

BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES

Données 2010-2011-2012

Rapport 2015



CHAPITRE 1
LA BDMS COMME OUTIL DE RECHERCHE ET DE GESTION



CHAPITRE 2
DONNÉES DE SUIVI DE LA GROSSESSE «VOLET PRÉNATAL»



CHAPITRE 3
DONNÉES DE NAISSANCES



CHAPITRE 4
LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL PRÉVENTIF DES ENFANTS

ÉDITEUR RESPONSABLE : Benoît PARMENTIER

► INTRODUCTION

En 2014, la BDMS fêtait ses 30 ans d'existence.

Trente ans pendant lesquels la BDMS a été construite et confortée, progressivement, à partir des indicateurs internationalement reconnus en matière de prévention périnatale et de la petite enfance. Elle a été enrichie par les choix des organes d'avis médicaux, collèges des conseillers pédiatres, gynécologues et sage-femme et conseil scientifique qui en garantissent la rigueur dans l'identification des problèmes prioritaires de santé maternelle et infantile mais aussi par les contributions des professionnels de terrain qui y apportent la vision de la réalité et permettent ainsi d'en affiner les variables. Cette dynamique bottom-up, top-down est continue et permet d'adapter les programmes de santé à l'évolution des connaissances et de l'épidémiologie.

Trente ans pendant lesquels la BDMS a démontré son utilité en tant qu'outil de planification pour les décideurs et en tant qu'outil de gestion pour les professionnels de terrain. Elle a contribué à la généralisation des savoirs acquis par le personnel de terrain comme à l'élaboration des politiques de santé.

Trente ans pendant lesquels, les travailleurs médico-sociaux, les coordinatrices, les médecins et conseillers médicaux ont activement collaboré avec la Cellule BDMS de l'ONE, assumant ainsi des tâches qui s'ajoutaient à leurs responsabilités opérationnelles et cliniques. Sans compter l'important soutien logistique des encodeuses et du service informatique qui veillent en permanence à la qualité des bases de données.

En 2014, un hommage a été rendu à tous ces collaborateurs, ainsi qu'aux deux concepteurs initiaux de la BDMS, les Docteurs P. Leleux et P. Delvoe, tous deux gynécologues, convaincus de l'utilité de doter l'ONE d'un outil performant d'autoévaluation qualitative.

Ces remerciements, nous les réitérons à l'occasion de la parution de ce huitième rapport. Le premier rapport BDMS paru en 2000 était plus ténu, il comptait un peu plus de 50 pages. Pourtant, nous avons déjà voulu qu'il soit avant tout un outil opérationnel, directement au service des acteurs de terrain. Au fil du temps et des rapports, cette volonté est restée intacte. Ce rapport n'a pas de véritable prétention scientifique. En effet, il ne représente qu'une partie de la population, celle qui entre en contact avec l'ONE. Cependant, il donne au personnel de l'ONE, les outils nécessaires à l'analyse de la population, de ses besoins spécifiques, et oriente la prise de décision en matière de médecine préventive et de promotion de la santé. La BDMS donne ainsi au personnel des consultations l'occasion de définir son projet annuel d'action, en particulier les projets santé-parentalité, avec des données propres à leur zone géographique et à leur population. Elle permet aussi aux directions de l'ONE de cadrer les recherches-action, de mettre en oeuvre des programmes de prévention et d'estimer la charge de travail qu'ils supposent.

Pour la première fois, pour des raisons écologiques, suivant en cela la résolution du Parlement de la FW-B, le rapport sera virtuel. Néanmoins, un résumé imprimé, sous forme d'un « Info ONE spécial » renvoyant vers la version informatisée sera distribué à l'ensemble des médecins et des TMS qui y ont collaboré en recueillant les données au fil de leurs consultations. De plus, tout professionnel ou décideur qui en fera la demande, pourra en recevoir un exemplaire papier.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Docteur Marie-Christine MAUROY
Directrice médicale de l'ONE



Rapport 2015

Banque de Données Médico-Sociales

▶ CHAPITRE 1

LA BDMS COMME OUTIL DE RECHERCHE ET DE GESTION

► 1. Introduction	5
► 2. Recherches basées sur les données de la BDMS	6
■ 2.1 Recherches opérationnelles	6
2.1.1 Prévention de l'obésité.....	6
2.1.2 Pratiques de l'allaitement en milieu d'accueil.....	6
■ 2.2 Recherches-action	7
2.2.1 Projets santé parentalité (PSP).....	7
2.2.2 Retards langagiers.....	7
2.2.3 Recherche-action de santé bucco-dentaire.....	8
2.2.4 La recherche-action « Inégalités Sociales de Santé »	8
■ 2.3 Enquêtes et études	9
2.3.1 L'étude AGNES «Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le suivi postnatal : quelles exigences et quelles solutions ?»	9
► 3. Recherches de l'ONE ayant donné lieu à des modifications de la BDMS	9
► 4. Utilisation de la BDMS pour les activités administratives et de gestion de l'ONE	9
■ 4.1 Gestion de la chaîne de froid	10
► 5. Evaluations connexes de programmes de santé	10
■ 5.1 Publics ciblés par des programmes de prévention spécifique	10
5.1.1 Troubles de la vue.....	10
5.1.2 Dépistage auditif.....	10
5.1.3 Prévention des événements médicaux graves en milieu d'accueil.....	10
5.1.4 Prévention et rapportage des incidents vaccinaux.....	11
► 6. Conclusion	11

► 1. INTRODUCTION

La banque de données médico-sociale (BDMS) de l'ONE contient une mine d'informations relatives au suivi périnatal en Communauté française, appelée depuis 2011 «Fédération Wallonie-Bruxelles» (FW-B)¹.

En concevant la BDMS en 1983-1985, les Docteurs LELEUX et DELVOYE avaient pour objectif, en accord avec le Conseil d'Administration de l'ONE, de le doter d'un outil informatisé qui permette de suivre l'état de santé périnatal des populations recourant aux services de l'ONE. Dans les années 80, les premiers enregistrements de données de la BDMS ont concerné le secteur prénatal. A cette époque, le suivi des femmes enceintes par les prénatales de l'ONE représentait de 20 à 30% des grossesses en FW-B, selon les sous-régions, et cette proportion est restée stable au cours du temps.

Le choix des indicateurs de santé constitutifs de cet outil a été réfléchi, concerté et construit avec des experts de santé publique, des professeurs de pédiatrie, des sociétés scientifiques telles que la SSMG² et le GGOLFB³, le Conseil scientifique de l'ONE, ses Collèges médicaux, sa Direction Etudes et Stratégie, sa Direction Médicale et ses professionnels (médecins, travailleurs médico-sociaux et coordinatrices). La rigueur méthodologique a été garantie, entre autre, par la collaboration avec les universités pour les recherches-action réalisées par - ou en partenariat avec - l'ONE.

Au cours de ses 30 années d'existence, la BDMS a éclairé l'état de santé des populations suivies à l'ONE. Elle s'est progressivement élargie à de nouvelles variables de manière à contribuer à l'évaluation permanente et au développement de ses activités de promotion et de prévention. De nouvelles variables ont été introduites à des moments clés dans des formulaires standardisés de récolte de données.

La BDMS s'est ainsi constituée en outil de santé publique susceptible de fournir aux collaborateurs de l'ONE des informations basées sur les activités de terrain et les caractéristiques des utilisateurs presque en temps réel.

L'outil s'est ouvert aux données relatives aux accouchements et aux naissances puis au suivi préventif de la santé du jeune enfant. Cette évolution, qui s'inscrit par ailleurs dans le contexte des missions attribuées par Décret à l'Institution, a été lente en raison de la complexité de l'outil et des formations qu'il a fallu donner aux professionnels concernés pour la récolte, l'encodage et le traitement des données.

Certains chercheurs regretteront que la BDMS ne suive pas certaines variables qui ont pour eux un intérêt majeur. Ils doivent comprendre que les exigences de la recherche ne sont pas celles de la gestion des activités, par exemple en matière de représentativité de la population étudiée, et que la BDMS a voulu répondre aux nécessités de l'organisation avant toute autre. Exiger une représentativité plus large eût été irréaliste au vu des moyens logistiques mis à la disposition de l'Institution et elle aurait nécessité un accord de l'ensemble des partenaires du réseau.

C'est pour toutes ces raisons que les données enregistrées ne sont représentatives que du public utilisateur des services de l'ONE. Pour un chercheur, il s'agit d'un biais d'échantillonnage lorsque son étude vise à une représentativité de toute la population maternelle et/ou infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B). Malheureusement, seuls les avis de naissances récoltés au départ des maternités concernent la quasi-totalité des naissances en FW-B.

On notera que la BDMS n'est pas la seule source de données et d'investigations utilisée par l'ONE. Il utilise aussi des données de routine provenant des secteurs de l'accompagnement et de l'accueil en vue de la gestion administrative de ses services. Ces informations précieuses situent et quantifient le contexte opérationnel dans lequel sont développés nombre d'activités et de services de l'ONE auxquels recourent les usagers repris dans la BDMS.

L'utilisation pratique de la BDMS par l'ONE montre la fertilité d'une rencontre, celle des statistiques, d'experts médecins et de professionnels de terrain qui utilisent leur expérience pour contribuer à la définition des stratégies de résolution des problèmes enregistrés fréquemment dans la pratique des consultations préventives (enfants et femmes enceintes) et des milieux d'accueil du petit enfant.

¹ Le 4 avril 2011 la Communauté française dévient «Fédération Wallonie-Bruxelles». Cette nouvelle appellation a depuis été adoptée officiellement par le Parlement et par le Gouvernement. <http://gouvernement.cfwb.be/f-d-r-ation-wallonie-bruxelles-lancement-d-un-march-pour-la-cr-ation-d-une-nouvelle-marque-visuelle-commune-aux-gouvernem>

² SSMG: Société scientifique de médecine générale

³ GGOLFB: Groupement des gynécologues, obstétriciens de langue française de Belgique

► 2. RECHERCHES BASÉES SUR LES DONNÉES DE LA BDMS

La BDMS a été utilisée pour initier et soutenir des recherches portant sur les inégalités sociales de santé, en particulier durant le suivi depuis la grossesse (volet prénatal), l'accouchement (avis de naissances) jusqu'au suivi de l'enfant (Premier contact et Bilans de santé).

La BDMS publie ces observations dans le cadre de ses rapports d'activités. Ces inégalités ont aussi fait l'objet d'un dossier spécial (Données 2006-2007) et d'exposés lors de journées d'études et de colloques ayant recours aux données de la BDMS^{4,5}.

► 2.1 RECHERCHES OPÉRATIONNELLES

A l'initiative des conseillers médicaux et de l'équipe de coordination de la recherche, avec notamment l'appui des coordinatrices, des diététiciennes ONE et des travailleurs médico-sociaux (TMS), certains projets locaux sont menés à partir d'indicateurs de la BDMS. Ils sont complétés le cas échéant par d'autres sources et par les données complémentaires enregistrées localement.

Ces développements ponctuels tout en s'appuyant sur des statistiques collectées dans le long terme pour de vastes ensembles de populations, ont l'ambition d'amplifier celles-ci en leur apportant un éclairage local contextualisé.

■ 2.1.1 Prévention de l'obésité

A titre d'exemple, des études locales portant sur la prévention de l'excès de poids chez l'enfant ont été menées à Liège. Il s'agissait :

- d'une enquête réalisée en 2012 auprès de 188 enfants âgés de 2 à 6 ans. Cette enquête fit appel aux variables de la BDMS relatives aux poids et taille de l'enfant (et poids de naissance), à l'allaitement et aux données sociales,
- d'une autre enquête menée à Liège et en Hainaut depuis 2014.

Toutes deux illustrent cette valorisation des données de la BDMS dans une perspective opérationnelle.

■ 2.1.2 Pratiques de l'allaitement en milieu d'accueil

Une autre étude locale a été menée en 2011 en Brabant Wallon et à Liège. Elle concernait les pratiques de l'allaitement dans tous les milieux d'accueil, et visait à retourner vers les structures étudiées les résultats observés localement pour les soutenir dans une politique de soutien à l'allaitement maternel.

La mesure de l'allaitement maternel fut réalisée à deux moments :

- l'un était fixé à une date précise, commune à toutes les structures,
- l'autre concernait le moment d'entrée de l'enfant dans son milieu d'accueil.

Le taux de participation à l'enquête en Brabant Wallon et à Liège fut respectivement de 16 et 24 %.

On a pu observer dans le cadre de cette étude qu'en Brabant Wallon, 46 % des enfants de moins de 6 mois fréquentant un milieu d'accueil étaient allaités à domicile contre 39 % dans l'échantillon de Liège.

Le Collège des Conseillers Pédiatres fut impliqué dans cette étude. Il identifia les pratiques alimentaires qui pouvaient être améliorées en milieu d'accueil.

Il observa qu'entre 6 et 12 mois, soit après la diversification alimentaire, près de 45 % des enfants accueillis en milieu d'accueil ne recevaient plus de lait, en dépit des recommandations techniques, qui prévoient 5 repas par jour et 3 prises de lait pour cette même période de la croissance. Concrètement, même si l'enfant bénéficiait d'une tétée le matin et d'une autre le soir, il lui en manquait une pendant son temps de présence en milieu d'accueil.

En ce qui concerne les enfants non allaités, le Collège releva que moins d'un enfant sur cinq non allaité et ayant moins de 6 mois ne recevait pas de lait en milieu d'accueil.

Ces enquêtes ont contribué à améliorer les pratiques d'alimentation dans ces milieux. Elles ont permis également de vérifier que l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil, qui correspond habituellement à la reprise du travail de la mère, ne provoquait pas de baisse significative de l'allaitement et que la moitié des enfants allaités à leur entrée en milieu d'accueil l'étaient toujours trois mois plus tard.

⁴ Recherche-action visant la réduction des inégalités sociales de santé dès avant la naissance de l'enfant, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin 2010 - 2012.

⁵ First EU-wide Stakeholder Debate « Together for Equity from the Start ». Equity Action. Budapest, 8-9 May 2012.

► 2.2 RECHERCHES-ACTION

■ 2.2.1 Projets santé parentalité (PSP)

Les «Projets santé parentalité» (PSP) doivent être formulés par chaque consultation pour enfants pour une période de cinq ans. Ils utilisent en routine les données de la BDMS et les intègrent dans le cadre de projets opérationnels localisés.

Chaque consultation développe donc son PSP. L'élaboration de ce projet requiert une réflexion et une concertation au sein de l'équipe de consultation, entre le comité, le TMS, le médecin et éventuellement le pouvoir organisateur. Dans la mesure du possible, les parents qui fréquentent la structure sont impliqués dans l'élaboration du projet et sont de toute façon informés des activités mises en place.

Tel que formulé par ses statuts, le PSP inclut :

- l'organisation d'un service universel, basé sur le programme d'accompagnement préventif pour le bien-être de l'enfant, pour tous les enfants de 0 à 6 ans accomplis fréquentant la structure, tel que défini dans le Guide de Médecine Préventive,
- un suivi renforcé pour les enfants ayant des besoins spécifiques correspondant aux situations de vulnérabilité définies par l'ONE,
- des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec d'autres services sociaux, médicaux ou médico-sociaux. Ces activités doivent être adaptées à la population desservie et sont concrétisées chaque année dans le programme annuel d'activité (PAA).

C'est à partir des consultations pour enfants que sont développés les PSP. A titre d'exemple, ils ont déjà porté sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, des addictions chez les parents, les troubles d'acquisition du langage de l'enfant, etc. Sur le même modèle, des consultations prénatales ont testé des projets d'accompagnement périnatal (PAP). Les inégalités sociales de santé sont très souvent intégrées dans cette réflexion. A partir de 2015 tous les programmes devront les prendre en considération.

■ 2.2.2 Retards langagiers

Une recherche-action (RA) intitulée : « La guidance parentale : un outil pour soutenir le développement langagier »⁶ a été menée pour améliorer l'aide au développement du langage chez le jeune-enfant.

La BDMS, dans son rapport de 2008, avait mis en évidence des retards de langage chez le jeune enfant sur base des normes suivantes :

- A 12 mois, l'enfant est en capacité de répéter quelques mots à bon escient,
- A 15 mois, il est en mesure de prononcer 4 à 6 mots,
- Entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir en prononcer environ 10,
- Enfin, à 24 mois, l'enfant doit savoir construire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle.

Sur base des indicateurs construits à partir de ces normes, les Bilans de santé avaient détecté un pourcentage préoccupant d'enfants présentant un retard de langage.

En appuyant cette recherche-action, l'ONE a voulu contribuer à la prévention du retard langagier chez les enfants n'ayant a priori aucune raison d'accuser ce type de retard. L'ONE a pour cela parié sur un soutien à l'apprentissage du langage mené dans un cadre collectif. Concrètement, la recherche s'est développée à partir des projets « santé parentalité » dans des consultations pour enfants et a été conçue pour réduire la prévalence des retards de langage et de leurs conséquences : troubles du comportement, difficultés d'intégration, repli et autres.

Le protocole de la RA visait à rendre plus précoce la détection des troubles langagiers avec des outils accordant une importance particulière aux dimensions non verbales et à les valider dans les populations vulnérables. Ce protocole cherchait aussi à évaluer et améliorer la qualité de l'outil « Guidance parentale précoce » afin qu'il puisse être utilisé dans les diverses structures de l'ONE (Accueil, Accompagnement, Visites à domicile, etc.).

Les outils d'animation devraient permettre aux parents :

- de mieux interagir avec leur enfant dès le plus jeune âge,
- d'améliorer le développement de son langage
- et à plus long terme, de favoriser de manière générale son insertion sociale et scolaire et particulièrement l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe.

⁶ Recherche-action sous la Direction de Madame le Professeur MAILLART, école de logopédie de l'ULG, a été menée de janvier 2012 à septembre 2014.

Les résultats de cette recherche ont été présentés à un colloque tenu le 20 novembre 2014 au Sart-Tilman à Liège : « Le langage des enfants, parlons-en ! ».

Ces résultats ont montré que la détection et le rattrapage des retards langagiers, mobilisant la participation active des parents, tels que testés dans cette expérience, sont à poursuivre et à encourager. Ils nécessitaient cependant des efforts supplémentaires tant en personnel qu'en formation⁷.

■ 2.2.3 Recherche-action portant sur la santé bucco-dentaire

L'objectif de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 2010 visait à ce que 90 % d'enfants de 6 ans soient exempts de carie, et dans la majorité des pays industrialisés, la santé bucco-dentaire des populations et des populations infantiles s'est fortement améliorée. Toutefois, les problèmes de santé dentaire restent préoccupants parmi les enfants issus des milieux défavorisés.

La « Promotion de la santé bucco-dentaire, dès les premiers mois de vie » a été une étude menée à l'initiative de certaines Conseillères pédiatres et du Service Education à la santé. Elle a bénéficié de l'appui scientifique et technique de la Fondation pour la santé dentaire.

Depuis longtemps, la promotion de la santé bucco-dentaire faisait partie des actions de prévention prioritaires développées par l'ONE dans ses consultations pour enfants. Les médecins et TMS y donnaient des conseils aux parents pour promouvoir le développement bucco-dentaire harmonieux et prévenir les caries.

Les bilans de santé à 18 mois permettent de détecter certaines polycaries du jeune enfant (syndrome du biberon sucré). Les bilans à 30 mois permettent d'obtenir des données quant à leur présence et au brossage quotidien des dents (minimum 1 fois par jour).

C'est ainsi qu'il est apparu que les caries dentaires étaient bien plus fréquentes dans les milieux défavorisés, notamment à bas niveau d'étude maternel.

S'appuyant sur les résultats de la BDMS et sur les résultats d'études montrant l'effet positif de la guidance parentale dans le cadre de structures semblables à ses consultations pour enfants, l'ONE a mis en place entre 2011 et 2014 une recherche-action à ce sujet.

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient l'expérimentation d'un protocole d'intervention conçu pour stimuler les comportements favorables à la santé bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 3 ans en matière :

- de succion alimentaire et non alimentaire,
- d'alimentation,
- d'hygiène bucco-dentaire et soins dentaires précoces,
- d'évaluation de l'impact de ces interventions dans une perspective de généralisation du protocole à toutes les structures ONE.

Cette étude épidémiologique interventionnelle a duré trois ans. Elle fut menée dans les consultations en zones défavorisées, choisies sur base volontaire (23 consultations de Bruxelles et 29 du Hainaut). Près d'un millier d'enfants y furent enrôlés pendant 6 mois. Le groupe contrôle était constitué de 700 enfants de 3 ans issus de consultations voisines de celles qui participaient à l'action, pourvus des mêmes caractéristiques socio-économiques. Ce groupe ne bénéficia au cours des 3 années que du suivi ONE classique, sans intervention particulière sur le plan bucco-dentaire.

Les résultats des questionnaires avant/après intervention, en cours d'analyse, permettront de vérifier la réalité de l'intégration des connaissances comportementales et d'identifier les freins aux changements de comportement. Les examens bucco-dentaires des enfants enrôlés comparés à ceux du groupe témoin devraient également apporter des renseignements quant à la santé dentaire de ces enfants.

■ 2.2.4 La recherche-action « Inégalités Sociales de Santé »

La recherche « Pour la réduction des inégalités sociales de santé dans les prénatales de l'ONE » fut menée par l'ONE en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin. Elle s'est attachée à développer au sein de six consultations prénatales de l'ONE des projets conçus pour réduire l'impact des inégalités sociales de santé (ISS) sur la parentalité, en agissant sur les compétences parentales.

Ces projets, soutenus par des travailleurs médico-sociaux des prénatales (TMS) et épaulés par une équipe de chercheurs, visaient à comprendre comment des messages de santé sont relayés par les services offerts auprès de toute la population et de voir comment ils s'adaptent aux caractéristiques du public cible, dans une optique de réduction des ISS.

⁷ On a noté une certaine usure de l'échantillon et une réduction progressive de la participation des acteurs. Ce phénomène est fréquent dans les RA où la participation est laissée au libre choix des bénéficiaires. Ce constat ne met en cause ni la pertinence de la méthode ni ses résultats encourageants.

Deux outils ont permis la réalisation de cette recherche-action : la « Lentille » ISS⁸ et la BDMS, via les volets pré-nataux.

- La « Lentille » visait à permettre aux responsables des projets locaux d'observer différents aspects des inégalités sociales de santé et de tenir compte davantage des différents sous-groupes au sein des populations concernées par les projets.
- La BDMS apportait des données utiles à l'établissement du diagnostic de la population permettant une meilleure adaptation des professionnels aux besoins du terrain.

► 2.3 ENQUÊTES ET ÉTUDES

L'ONE soutient des recherches menées par des Universités et des Hautes Ecoles en vue d'approfondir certains résultats interpellants de la BDMS et en menant des études descriptives ciblées et/ ou des recherches-action⁹.

■ 2.3.1 L'étude AGNES « Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le suivi postnatal : quelles exigences et quelles solutions ? »

Menée par une équipe de recherche proche du terrain, l'étude AGNES¹⁰, en s'appuyant sur des données de la BDMS et des données d'enquête récoltées auprès de professionnels et de patients a permis d'établir le profil des utilisatrices des consultations prénatales ONE. Celles-ci se distinguaient de la moyenne de la population par des caractéristiques telles que l'âge (elles sont plus jeunes), le niveau d'études (elles ont une scolarité plus limitée), leur isolement social, le statut professionnel et celui d'immigrée récente.

Ces femmes, avec un profil de vulnérabilité psychosociale, commençaient généralement plus tard le suivi de leur grossesse. De manière générale, cette étude a montré qu'il y a encore trop de mères dont la grossesse est mal suivie ou pas suivie du tout, et que le suivi suboptimal (tardif, irrégulier, erratique) et le non-suivi sont significativement associés aux caractéristiques susmentionnées : l'âge (très jeunes ou âgées), l'isolement (ne vivant pas en couple), le fait de ne pas être originaire de Belgique, de ne pas parler français/néerlandais, de ne pas être inscrite au registre national.

De fait, les mères avec un suivi suboptimal étaient issues pour la plupart de l'immigration, elles avaient un faible niveau d'instruction, le terme de leur grossesse était plus fréquemment dépassé et elles avaient plus souvent des bébés macrosomes (avec un poids à la naissance supérieur à 4 kg).

► 3. RECHERCHES DE L'ONE AYANT DONNÉ LIEU À DES MODIFICATIONS DE LA BDMS

L'exemple le plus récent concerne l'impact sur la BDMS de la recherche concernant les retards langagiers.

Cette recherche (cf. supra) s'est inscrite dans un contexte de soins de santé primaires pour lequel les actions de soutien à la parentalité étaient cruciales. Elle a montré que les variables de développement du langage enregistrées dans la BDMS (Bilans de santé) devraient être revues à la lumière des items inclus dans l'outil de dépistage précoce mis au point par Madame Maillart et ses collaborateurs.

► 4. UTILISATION DE LA BDMS POUR LES ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES ET DE GESTION DE L'ONE

La BDMS est un outil de santé publique dont l'usage premier consiste à fournir en routine, les informations nécessaires à la planification, à l'organisation et au suivi des activités préventives. Les statistiques annuelles sont présentées par sous-région de la FW-B ou par entité plus réduite à l'intention des professionnels de terrain et des décideurs.

A l'occasion de l'audit SOBEMAP de l'ONE en 1989, il est clairement apparu que les statistiques de la BDMS donnaient une opportunité indéniable de chiffrer l'évolution et les tendances de multiples indicateurs de santé publique et d'apporter des arguments de poids aux questions qui portaient sur les raisons d'être de l'Institution.

La BDMS permet aussi d'identifier les priorités de formation des professionnels de santé, en fonction de l'évaluation de l'état de santé des populations bénéficiaires.

⁸ <http://www.inegalitesdesante.be/>

⁹ Kacenenbogen et al. Parental separation and behaviours that influence the health of infants aged 7–11 months : a cross-sectional study. *BMJOpen* 2014 ; 4 : e005183. doi : 10.1136/bmjopen-2014-005183

¹⁰ <http://www.one.be/professionnels/l-one-organisme-scientifique/recherches/recherches-par-annees/recherches-2008/>

A la différence des données de santé publique de la BDMS qui se rapportent à des personnes (chaque formulaire de données de la BDMS se rapporte à une femme enceinte ou à un enfant particulier, unique, mais anonyme), les données administratives de l'ONE (publiées dans leur rapport annuel d'activité) concernent les structures, les subsides, le personnel affecté, les services prestés et le nombre total des utilisateurs des services. Ces informations concernent principalement les services prestés. Elles permettent de situer le cadre opérationnel dans lequel se développent les programmes de santé.

► 4.1 GESTION DE LA CHAÎNE DU FROID

Les données concernant les accidents de la chaîne du froid dans les consultations pour enfants ne sont pas rapportées par la BDMS. Elles sont gérées par la Direction Médicale de l'ONE en collaboration avec la DG Santé de la FW-B (jusqu'à fin 2014).

► 5. EVALUATIONS CONNEXES DE PROGRAMMES DE SANTÉ

► 5.1 PUBLICS CIBLÉS PAR DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION SPÉCIFIQUE

Certaines données de santé réalisées au bénéfice des usagers ONE sont récoltées en interne en complément de la BDMS.

■ 5.1.1 Troubles de la vue

Le programme de dépistage précoce des troubles de la vue fait l'objet d'un rapport de la Direction Médicale communiqué annuellement à tous les intervenants impliqués dans la réalisation des dépistages (voir chapitre «Dépistage visuel» du présent rapport).

Les objectifs principaux de ce programme visent d'une part, le dépistage précoce des troubles visuels susceptibles de freiner le développement de l'enfant et d'autre part, la prévention de l'amblyopie secondaire.

Il concerne les enfants âgés de 18 à 47 mois. Progressivement généralisé à l'ONE dès 2004, le programme se poursuit avec succès mais rencontre néanmoins certaines limites du fait de la pénurie d'orthoptistes. Il touche actuellement 45 % des enfants de la FW-B.

■ 5.1.2 Dépistage auditif

Un dépistage universel et systématique néonatal de la surdité, grâce au test d'oto-émissions acoustiques (OEA), est financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis l'année 2007¹¹.

Ce programme est coordonné par le Centre d'Epidémiologie Périnatale (CEPiP) et réalisé dans les maternités partenaires¹².

L'ONE collabore à ce dépistage en veillant à restreindre au maximum le nombre d'enfants ayant échappé au dépistage néonatal à la maternité et les perdus de vue, notamment lors du premier contact avec les familles après le retour de la maternité.

Par ailleurs, l'ONE complète ce dépistage tout au long du suivi du jeune enfant, grâce à divers tests : voix chuchotée, audiométrie, développement du babillage puis du langage. (Voir chapitre «Dépistage auditif»).

■ 5.1.3 Prévention des événements médicaux graves en milieu d'accueil

La Direction Médicale de l'ONE constitue, indépendamment de la BDMS, un cadastre des événements médicaux importants survenant dans tous les milieux d'accueil, subventionnés ou non, ainsi que dans les milieux d'accueil de crise surveillés par l'ONE. Ces événements ne concernent fort heureusement qu'un nombre très limité d'enfants, mais la gravité des situations mérite une attention particulière.

Les objectifs de ce cadastre sont de répertorier systématiquement et de façon anonyme les événements et leurs suites afin de développer des démarches préventives les plus adaptées à chaque situation décrite à partir des témoignages récoltés.

Les incidents sont analysés au cas par cas avec les professionnels concernés. Ils sont repris selon 3 catégories :

- décès dans les milieux d'accueil
- accidents graves en milieu d'accueil
- infections graves en milieu d'accueil

¹¹ Cette compétence sera gérée par l'ONE à partir du premier janvier 2015

¹² http://www.depistageonatal.be/familles_surdite/mater/mater.htm

Les statistiques du cadastre des événements médicaux graves sont publiées annuellement et communiquées aux conseillers pédiatres ainsi qu'aux coordinatrices accueil et accompagnement, qui développent des programmes de formation ad hoc ainsi que des recommandations relatives à l'organisation des milieux d'accueil.

■ 5.1.4 Prévention et rapportage des incidents vaccinaux

Les données concernant les incidents vaccinaux dans les consultations pour enfants ne sont pas rapportées par la BDMS. Ils sont gérés par la Direction Médicale de l'ONE.

► 6. CONCLUSION

La BDMS est ancrée dans les activités de santé développées à l'ONE dont elle assure prioritairement l'évaluation qualitative. Elle a été exploitée en tant qu'outil d'évaluation interne à l'ONE pour apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions. Elle s'est ainsi révélée être un maillon indispensable d'orientation de la politique de l'ONE dans le domaine de la petite enfance et de la prévention en période pré, péri et postnatale.

Les effets réciproques de la BDMS sur les recherches et de ces dernières sur la BDMS montrent l'utilité de leurs interactions. Ils montrent aussi que l'élaboration d'une collecte de données de routine est un processus dynamique. Même si seuls les avis de naissances concernent la quasi-totalité des enfants nés en FW-B, les autres données, qui ciblent exclusivement les usagers des services de l'ONE présentent un intérêt certain pour de nombreux chercheurs et professionnels de l'enfance hors ONE. Les données de la BDMS fournissent matière à de nouvelles recherches et alimentent les connaissances nécessaires à une meilleure approche des attentes et besoins des populations dans les domaines de la surveillance périnatale. Outil de santé publique, la BDMS est issue de la recherche-action. Elle constitue un véritable atout pour les chercheurs concernés par la santé maternelle et infantile.

Cependant, mis à part la BDMS, l'ONE a aussi besoin :

- d'autres données de routine collectées à partir de ses services administratifs en contact avec les structures préventives,
- d'études,
- de recherches-actions menées en interne ou non,

qui souvent, elles-mêmes, recourent aux données de la BDMS pour constituer des échantillons, étayer des hypothèses, fournir des points de comparaison avec les données de l'étude et conforter l'évaluation avec des données de routine.

Dans un futur proche, l'ONE accordera une attention toute particulière aux recherches conçues pour promouvoir une offre intégrée de services dans le cadre du suivi périnatal, en écho aux recommandations du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) répondant à une sollicitation du Gouvernement fédéral et de l'INAMI concernant le suivi prénatal, la période de l'accouchement et du postpartum.

Cette préoccupation conduira à de nouvelles mises en question et à un autre ajustement de l'offre à la demande.

Ce choix s'inscrit dans une réflexion globale visant à répondre à la diminution importante du temps de séjour en maternité et aux sorties de plus en plus précoces. Il s'agira d'analyser les modalités de coordination entre l'ONE et les partenaires concernés par la santé maternelle et infantile, afin d'offrir aux familles des services de qualité dans un souci de continuité et de participation active de celles-ci. La prise en compte de la fragilité des situations sociales constituera une priorité dans cette approche.

Dans cette phase de mutation des services périnataux, la BDMS sera plus que jamais un outil particulièrement précieux.



Rapport 2015

Banque de Données Médico-Sociales

▶ CHAPITRE 2

DONNÉES DE SUIVI DE LA GROSSESSE «VOLET PRÉNATAL»

► TABLE DES MATIÈRES

► Introduction	5
► 1. Consultations prénatales	5
► 2. Sources de données prénatales ONE	5
► 3. Fréquentation et caractéristiques régionales	6
► 4. Taux de remplissage du « Volet prénatal »	9
► 5. Profil des femmes enceintes suivies en CPN de l'ONE, en regard des données du volet prénatal de la banque de données médico-sociales	9
■ 5.1 Lieu de résidence des femmes enceintes	9
■ 5.2 Age des femmes enceintes suivies à l'ONE	10
■ 5.3 Situation relationnelle	13
■ 5.4 Situation professionnelle	14
■ 5.5 Niveau d'instruction	16
■ 5.6 Nationalité d'origine	17
■ 5.6 Gestité et parité	18
■ 5.7 Style de vie et comportements à risque	18
5.7.1 Le tabac	18
5.7.2 Autres assuétudes (alcool, drogues, médicaments...)	20
■ 5.8 Couverture en soins de santé (assurances, mutuelles...)	20
■ 5.9. Précocité du suivi de la grossesse : Age gestationnel à la première consultation	21
► 6. Interruption du suivi de la grossesse dans une structure ONE	22
► 7. Consultations de médecine préventive	23
► 8. Caractéristiques des enfants nés de femmes suivies durant leur grossesse	23
■ 8.1 Prématurnité	23
■ 8.2 Petits poids de naissance	24
► 9. Conclusions	24

► INTRODUCTION

Les consultations prénatales (CPN) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) sont des structures de médecine préventive conçues pour assurer le suivi psycho-médico-social des femmes enceintes ; la préparation à l'accouchement et au rôle de parent, dans une optique de proximité.

L'objectif global de ce suivi est l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons.

Les objectifs spécifiques sont :

- La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, en favorisant l'évolution harmonieuse de la grossesse, et en offrant une information pertinente aux futures mères/parents ;
- La diminution de la morbidité, de la mortinatalité, de la mortalité périnatale et de la mortalité infantile associée aux complications apparues pendant la grossesse et/ou l'accouchement, par la prévention et le dépistage précoce des risques ;
- La diffusion de l'information concernant la parenté responsable ;
- L'échange et le dialogue autour de la grossesse et de la parentalité.

Le service offert par l'ONE aux femmes enceintes comprend des séances en consultations prénatales ainsi que des visites à domicile, des activités collectives d'éducation à la santé, des entretiens lors de permanences dans les locaux de l'ONE, entre autre.

Dans les CPN-ONE, un document intitulé « Volet épidémiologique périnatal » ou simplement « Volet prénatal » est rempli de manière anonyme pour chaque femme enceinte. Les données récoltées sont encodées par une personne assermentée au niveau des administrations subrégionales et transmises au niveau central où elles sont validées avant d'être incorporées pour analyse à la BDMS.

L'étude des données prénatales permet de décrire la population qui fréquente les CPN-ONE, d'identifier les déterminants bio-médico-sociaux de la santé de la femme enceinte et du suivi de la grossesse (par exemple, la précocité du suivi de la grossesse ou les inégalités de santé liées au mode de vie) et de disposer ainsi d'une meilleure connaissance des variables socio-démographiques pour s'adapter aux besoins spécifiques de chacun et développer de nouveaux projets.

La banque de données médico-sociales (BDMS) repose donc sur un système intégré et dynamique de collecte de données relatives à la santé périnatale. Les données de ce rapport BDMS correspondent au suivi prénatal de l'ONE pour les années 2008 à 2012, à Bruxelles et en Wallonie.

► 1. CONSULTATIONS PRÉNATALES

L'ONE compte 43 CPN implantées à Bruxelles et en Wallonie. Ces structures sont importantes en raison de :

- l'universalité de leur offre – toutes les femmes sont bienvenues, indépendamment de leurs conditions de séjour en Belgique ;
- la gratuité des services offerts (pas de ticket modérateur à payer par la patiente) ;
- l'accessibilité géographique et la proximité des structures ;
- la qualité de la relation qui s'établit entre les futurs parents et les professionnels (travailleur médico-social et médecins ou sages-femmes).

Les consultations prénatales sont de deux types : les CPN hospitalières et les CPN de quartier.

Les CPN hospitalières sont implantées au sein d'un hôpital avec lequel l'ONE a établi une convention de collaboration.

Les CPN de quartier sont des structures de proximité implantées en dehors de toute structure hospitalière dans des zones urbaines (au sein des quartiers) et dans des zones rurales à faible densité de population.

► 2. SOURCES DE DONNÉES PRÉNATALES ONE

Les données de suivi de la grossesse, proviennent principalement de deux sources :

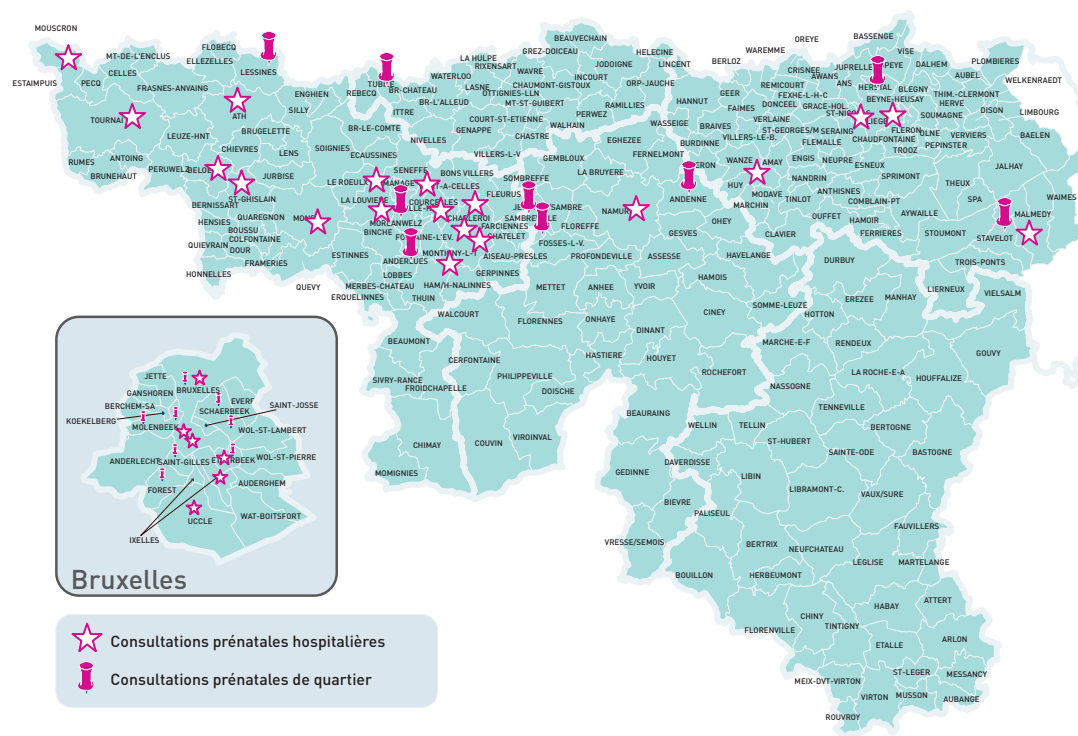
- d'une part, les données de subsides de la Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD). Cette direction s'occupe du suivi administratif et financier de l'ensemble des consultations. Ces données montrent qu'environ 30 % des futures mères de Wallonie et Bruxelles se sont inscrites au cours de leur grossesse dans une structure prénatale ONE.

- d'autre part, les données de la BDMS. A leur tour, ces données sont extraites de deux documents :
 - L'« **Avis de naissance** » qui donne l'information rétrospective du suivi de la grossesse au moment de la naissance. Ces « Avis » couvrent plus de 95 % des naissances officielles publiées par la Direction Générale de la Statistique et de l'Information Economique (DGSIE) du Service Public Fédéral Economie, PME, Classes moyennes et Energie. Elles montrent que près d'une nouvelle accouchée sur quatre en Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B) a eu au moins un contact avec une CPN de l'ONE au cours de sa grossesse.
 - Le « **Volet prénatal** » est le document central de ce chapitre. Il est complété tout au long du suivi de la grossesse et clôturé après son terme. La difficulté d'obtention des données après la fin de la grossesse explique que pas plus d'une femme enceinte sur cinq n'a un Volet prénatal rempli par le Travailleur médico-social (TMS) de la CPN. Ce document, une fois rempli, est renvoyé à l'administration subrégionale où il est encodé par les agents de la BDMS.

► 3. FRÉQUENTATION ET CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES

Cartographie 2.01 :

Implantation des Consultations prénatales ONE à Bruxelles et en Wallonie



Source : Données Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD), cartographie DES 2012

Les CPN ne sont pas distribuées de manière homogène sur le territoire de la Fédération Wallonie Bruxelles pour des raisons socio-économiques et historiques. Les consultations prénatales sont majoritairement implantées en province du Hainaut et à Bruxelles, et dans une moindre mesure dans les provinces de Liège et Namur. En 2012, Bruxelles comptait 14 structures de suivi de la grossesse, le Hainaut 18, Liège 6, Namur 4 et le Brabant wallon 1 seule.

En province de Luxembourg, un dispositif expérimental de suivi de la grossesse a été initié en 2012. Il comprend une plate-forme prénatale à laquelle des gynécologues conventionnés avec l'ONE ou des services sociaux peuvent référer des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité où un TMS spécialisé assure un accompagnement psychosocial.

De telles prises en charge sont très lourdes pour les TMS (familles toxicomanes, femmes déficientes mentales, problèmes psychiatriques, etc.) et elles entraînent d'abondantes démarches sociales et administratives. Les suivis sont donc réalisés en partenariat avec de nombreux acteurs sociaux.

L'évaluation de ce système est en cours actuellement. Il n'est pas abordé dans ce rapport.

Dans le Sud du Hainaut, en particulier au Sud de Chimay, il y a une précarité particulière évaluée en 2012 par une recherche de la Fondation Roi Baudouin. La mise en place d'un accompagnement prénatal en collaboration avec l'ONE pourrait répondre à cette problématique locale¹.

¹ Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins. Fondation Roi Baudouin. 2013

Les principaux indicateurs qui décrivent la fréquentation des structures prénatales de l'ONE via la DCVD sont les suivants :

- les « **nouvelles inscrites** » constituent l'ensemble des femmes enceintes se présentant pour la première fois en CPN-ONE durant l'année civile référencée.
- les « **inscrites annuelles** » représentent l'ensemble des femmes enceintes ayant fréquenté la structure au moins une fois pendant l'année civile.
- les « **présences** » mesurent la fréquentation des structures par les femmes enceintes, notamment en terme de nombre de consultations dont une femme enceinte a bénéficié, et nombre d'exams médicaux prénataux et postnataux réalisés.
- Enfin, les « **séances** » sont des plages horaires affectées aux exams médicaux de suivi de la grossesse dans les consultations pour femmes enceintes.

Tableau 2.01 :

Nombre de femmes enceintes nouvellement inscrites aux Consultations prénatales ONE (T) et taux de couverture par rapport aux naissances en FW-B (N) de 2008 à 2012*

		2008	2009	2010	2011	2012
Bruxelles	Quartier	1466	1218	1086	1188	1122
	Hôpital	5241	5135	5744	6248	6805
	TOTAL	6707	6353	6830	7436	7927
	Naissances	15957	16358	16751	16471	16706
	Ratio T/N	42,00%	38,80%	40,77%	45,15%	47,45%
Brabant wallon	Quartier	40	43	38	49	48
	Hôpital	0	0	0	0	0
	TOTAL	40	43	38	49	48
	Naissances	4054	4102	4054	3873	3934
	Ratio T/N	1,00%	1,00%	0,94%	1,27%	1,22%
Hainaut	Quartier	98	95	83	50	51
	Hospitalière	5765	5616	5938	5905	5586
	TOTAL	5863	5711	6021	5955	5637
	Naissances	15247	15055	15070	14978	14871
	Ratio T/N	38,40%	37,90%	39,95%	39,76%	37,91%
Liège	Quartier	15	14	14	9	11
	Hospitalière	2091	2148	2163	2046	1962
	TOTAL	2106	2162	2177	2055	1973
	Naissances	11558	11609	11759	11667	11647
	Ratio T/N	18,20%	18,60%	18,51%	17,61%	16,94%
Namur	Quartier	252	217	211	184	211
	Hospitalière	549	629	621	601	602
	TOTAL	801	846	832	785	813
	Naissances	5464	5438	5509	5496	5370
	Ratio T/N	14,60%	15,5	15,10%	14,28%	15,14%
Fédération Wallonie-Bruxelles	Quartier	1871	1587	1432	1480	1443
	Hospitalière	13646	13528	14466	14800	14955
	TOTAL	15517	15115	15898	16280	16398
	Naissances	52280	52562	53143	52485	52528
	Ratio T/N	29,68%	28,76%	29,92%	31,02%	31,22%

Source : Consultations : Données Direction des Consultations et Visites à Domicile - DCVD-ONE 2008-2012. Naissances : DGSIE - SPF Economie.

*Les données de naissances en Fédération Wallonie-Bruxelles (réparties selon la commune de résidence), ne comprennent pas celles des communes germanophones des cantons de l'Est, de l'arrondissement de Verviers et prennent en compte près de 90 % des naissances des résidentes bruxelloises. Pour le calcul du taux des naissances rapportées aux CPN de l'ONE par rapport au total des naissances en FWB, les naissances de la province du Luxembourg n'ont pas été incluses parce qu'aucune structure prénatale n'y était implantée pendant la période considérée.

Le suivi de la grossesse nécessite une approche plurielle et interdisciplinaire. De manière générale, l'ONE veille à prendre en compte les besoins spécifiques locaux, notamment grâce à l'analyse des caractéristiques socio-économiques de la population.

Nous estimons un taux de couverture en calculant le rapport entre le nombre de futures mères inscrites en CPN-ONE et le nombre de naissances de l'année en FW-B.

A l'avenir, l'informatisation du dossier hospitalier devrait permettre d'obtenir des indicateurs plus fiables, une meilleure exhaustivité des données et plus de continuité entre le dossier prénatal et l'issue de la grossesse.

Tableau 2.02 :

Nombre de femmes enceintes inscrites aux Consultations prénatales de quartier ONE par subrégion en 2012

	Inscrites annuelles ‡	Nouvelles inscrites °	Présences €	Examens prénataux	Examens postnataux
Bruxelles	1729	1122	7674	5782	896
Brabant wallon	39	48	422	322	63
Hainaut	87	51	416	360	49
Liège	16	11	39	37	1
Luxembourg	0	0	0	0	0
Namur	321	211	903	823	66
Total 2012	2192	1443	9454	7324	1075
2011	2271	1480	9627	7740	865
2010	2155	1432	9651	8040	935
2009	2418	1587	10680	8782	1122
2008	2882	1871	12201	10137	1175

Source : Données Direction des Consultations et Visites à Domicile - DCVD-ONE 2012

‡ Les inscriptions annuelles sont celles de l'ensemble des femmes enceintes ayant fréquenté la structure au moins une fois dans l'année civile, c'est-à-dire celles qui se sont inscrites au cours de l'année de référence auxquelles s'ajoutent celles de l'année précédente dont la grossesse est toujours suivie.

° Les nouvelles inscrites représentent le nombre de femmes enceintes inscrites pour la première fois au cours de l'année civile référencée.

€ Les présences constituent l'ensemble des femmes qui se présentent à la structure au cours de l'année considérée.

Après une légère augmentation d'inscrites annuelles jusqu'en 2008, les structures de quartier ont connu une diminution de leurs nouvelles inscriptions en 2009, compensée cependant par une augmentation en CPN hospitalières.

L'activité globale des CPN de quartier (séances, examens, ...) a suivi la même tendance.

Tableau 2.03 :

Nombre de femmes enceintes inscrites aux consultations prénatales hospitalières ONE par subrégion en 2012

	Inscrites annuelles ‡	Nouvelles inscrites	présences	Examens prénataux	Examens postnataux
Bruxelles	9746	6805	41049	38349	2700
Brabant wallon	0	0	0	0	0
Hainaut	9754	5586	41335	37481	3833
Liège	2735	1962	14218	13164	1052
Luxembourg	0	0	0	0	0
Namur	913	602	4114	3685	429
Total 2012	23148	14955	100716	92679	8014
2011	22880	14800	99952	91572	8145
2010	22070	14466	97268	89002	8128
2009	19531	13528	92175	84705	7427
2008	18485	12870	89750	82294	7424

Source : Données Direction des Consultations et Visites à Domicile - DCVD-ONE 2008-2012

‡ Les inscrites annuelles constituent l'ensemble des femmes enceintes ayant fréquenté la structure au moins une fois dans l'année civile, c'est-à-dire les inscrites de l'année de référence auxquelles s'ajoutent les inscrites de l'année précédente dont la grossesse est toujours suivie.

° Les nouvelles inscrites représentent le nombre de femmes enceintes inscrites pour la première fois au cours de l'année civile référencée.

€ Les présences constituent l'ensemble des femmes qui se présentent à la structure au cours de l'année considérée.

La fréquentation et les activités des CPN hospitalières ont augmenté régulièrement entre 2008 et 2012 (+16 % de nouvelles inscrites).

C'est la Région de Bruxelles qui draine la proportion la plus élevée de femmes enceintes suivies, suivie de près par la province du Hainaut, où l'implantation des structures CPN de l'ONE est historiquement la plus importante. Namur suit avec une proportion stable d'environ 15%. En 2012, le Brabant wallon disposait d'une seule CPN de quartier, et le Luxembourg s'est lancé dans un projet spécifique de plate-forme prénatale.

Des efforts ont été réalisés pour améliorer l'accessibilité des CPN, en particulier à l'intention des populations fragilisées. Les accords entre l'ONE et les hôpitaux partenaires améliorent également le travail de l'Office et sa visibilité au sein de la population.

► 4. TAUX DE REMPLISSAGE DU «VOLET PRÉNATAL»

Tableau 2.04 :

Couverture des «volet prénatal» BDMS par rapport à l'ensemble des nouvelles inscrites en CPN (DCVD)

	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Nombre de « volets prénataux » BDMS encodés(1)	9703	10669	10957	11874	13085	56288
Nombre de femmes enceintes inscrites en CPN-ONE(2)	15517	15115	15898	16280	16398	79208
RATIO : 1/2	62,53%	70,59%	68,92%	72,94%	79,80%	71,06%

Sources : BDMS pour les Volets prénataux et DCVD pour les femmes inscrites.

Le tableau 2.04 présente la couverture des «Volets prénataux». Elle s'est améliorée entre 2008 (62,3 %) et 2012 (79,8%), probablement grâce à l'effort de restitution des données vers les acteurs de terrain. Cet effort doit être soutenu parce que 20% des volets prénataux ne sont toujours pas remplis, si on se réfère au nombre de femmes inscrites.

Les données qui en sont extraites se basent donc sur un dénominateur distinct de celui des tableaux 2.01 à 2.04. : le nombre de Volets prénataux représente le nombre de femmes enceintes inscrites aux CPN de l'ONE pour lesquelles un document de collecte de données BDMS a été complété.

Par ailleurs, plusieurs hypothèses peuvent expliquer les taux de couverture relativement bas du volet prénatal par rapport à l'ensemble des femmes qui ont bénéficié d'un suivi de grossesse :

- le remplissage des documents administratifs est parfois considéré par les acteurs de terrain comme accessoire au regard des multiples tâches qui leur incombent, raison pour laquelle une partie des documents BDMS ne sont pas complétés ou ne le sont que partiellement ;
- une partie des grossesses n'aboutit pas à un accouchement l'année du suivi et d'autres n'aboutissent pas du tout ;
- il arrive que les TMS préfèrent attendre la 1ère visite postnatale pour compléter le volet, alors qu'un nombre important de femmes n'y vient pas.

► 5. PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES EN CPN DE L'ONE, EN REGARD DES DONNÉES DU VOLET PRÉNATAL DE LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES

► 5.1 LIEU DE RÉSIDENCE DES FEMMES ENCEINTES

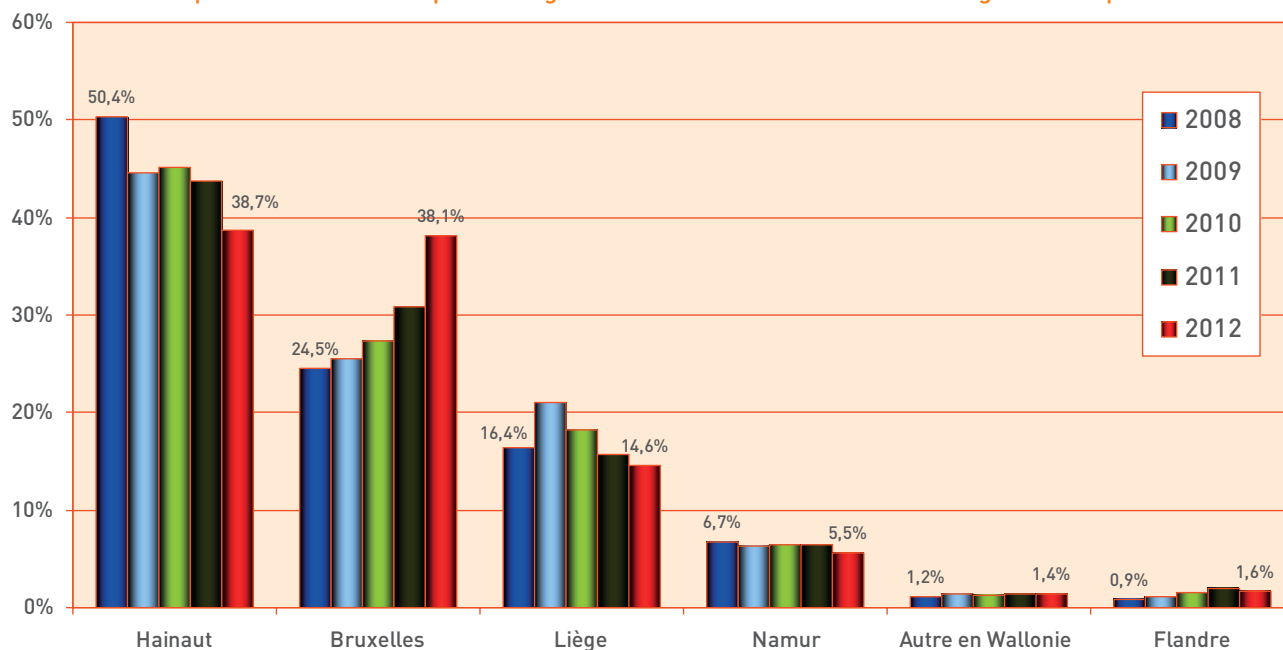
Les CPN de l'ONE sont des lieux de suivi préventif ouverts à toutes. Ils ont la particularité de bénéficier d'une équipe constituée d'un TMS et d'un médecin et/ou d'une sage-femme.

Les femmes enceintes fréquentant ces structures viennent de partout en Belgique. Parfois, elles résident à l'étranger et profitent alors du suivi ONE lors d'un séjour en Belgique.

Le graphique 2.01 montre l'évolution du taux de couverture de CPN de l'ONE par région de résidence.

Graphique 2.01 :

Evolution de la part relative de chaque subrégion de résidence dans le suivi de la grossesse par l'ONE



Source « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012.

L'interprétation de ce diagramme est délicate. La couverture la plus haute est obtenue en province du Hainaut. Cette part relative est en diminution alors qu'elle augmente à Bruxelles.

L'hypothèse la plus plausible est que le nombre absolu de femmes inscrites aux CPN du Hainaut est resté stable au cours du temps mais que l'accroissement de la fréquentation des CPN à Bruxelles a poussé à la hausse le nombre total de CPN délivrées par l'ONE, ce qui aurait fait diminuer le poids relatif des consultations du Hainaut.

► 5.2 AGE DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES À L'ONE

Les volets CPN de 2008 à 2012 montrent que l'âge médian des femmes enceintes suivies en CPN-ONE est passé à 28 ans depuis 2011. Si, dans les « Avis de naissance »², l'âge médian des mères à l'accouchement était d'environ 30 ans (et de 28 ans pour le premier accouchement) depuis 2007, on note que la population suivies dans les CPN de l'ONE est plus jeune que la moyenne de la population des accouchées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Tableau 2.05 :

Evolution des âges médian et moyen des femmes enceintes à l'inscription à la CPN-ONE

Année d'inscription	Age médian [P25-P75]	Age moyen	Ecart-type	Minimum	Maximum	N
2008	27 [23-32]	27,4	5,9	12	48	9076
2009	27 [23-32]	27,5	5,9	12	49	10109
2010	27 [23-32]	27,7	6,0	12	50	10625
2011	28 [23-32]	27,9	6,0	12	48	11561
2012	28 [24-32]	28,2	5,9	12	48	12619

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

L'âge moyen des femmes enceintes suivies varie selon les subrégions :

- Celles qui résident dans le Luxembourg sont en moyenne plus jeunes que les autres (27,2 ans) ;
- Dans le Hainaut et en province de Namur, elles ont 27,5 ans et 27,3 à Liège ;
- A Bruxelles, leur âge est de 28,6 ans et 29 dans le Brabant Wallon ;
- Les plus âgées sont les femmes enceintes résidant en Flandre qui fréquentent les structures ONE (29,1 en moyenne).

² Les données concernant la population globale des accouchées proviennent de l'analyse des « Avis de naissance » qui regroupent l'ensemble des femmes ayant accouché en Wallonie et à Bruxelles au cours d'une année ; qu'elles aient été suivies à l'ONE ou ailleurs, ou n'ayant pas eu de suivi de tout (voir chapitre « Avis de naissance »).

Par ailleurs, l'âge médian des primigestes vues en CPN-ONE était de 27 ans en 2012 (min : 13 ; max : 43), avec de grandes disparités subrégionales (en 2012 : 21,5 ans à Namur ; 27 ans à Bruxelles ; 24,5 ans à Liège ; 25 ans dans le Luxembourg et le Hainaut ; 26 ans enfin dans le Brabant wallon).

Pour la période 2008 - 2012, l'âge médian agrégé à la première grossesse est de 25 ans :

- 26 ans à Bruxelles, en Brabant wallon et chez les Néerlandophones qui fréquentent les structures ONE ;
- 25 ans en province de Luxembourg ;
- et 24 dans les autres provinces de Wallonie.

Tableau 2.06 :

Répartition par âge et par subrégion de résidence des femmes enceintes suivies en CPN-ONE

	Résidence des femmes suivies						Total
	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	
Moins de 15 ans	0,15%	0,00%	0,16%	0,23%	0,00%	0,27%	0,17%
15-17 ans	1,44%	2,15%	2,93%	2,75%	2,73%	2,64%	2,42%
18-19 ans	3,91%	4,64%	6,01%	6,27%	2,73%	5,77%	5,39%
20-24 ans	21,21%	14,40%	24,26%	26,85%	26,36%	24,50%	23,70%
25-29 ans	30,18%	33,44%	30,86%	30,11%	34,55%	32,21%	30,65%
30-34 ans	25,63%	28,64%	22,25%	20,94%	19,08%	21,66%	23,07%
35-39 ans	13,58%	14,24%	11,07%	10,54%	12,73%	10,22%	11,72%
40-44 ans	3,69%	1,99%	2,28%	2,15%	1,82%	2,64%	2,70%
45 ans et plus	0,21%	0,50%	0,18%	0,16%	0,00%	0,09%	0,18%
Total	16103	604	23975	9275	110	3375	53442

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

L'âge des femmes enceintes suivies varie de région à région, entre arrondissements et même entre communes :

- 3 % des femmes suivies en provinces de Liège, Namur et Hainaut ont moins de 18 ans ;
- A Bruxelles, cette proportion n'atteint pas 2 % ;
- En moyenne, les moins de 18 ans représentent 2,6 % des bénéficiaires du suivi de la grossesse.

La proportion des femmes enceintes de moins de 20 ans suivies en CPN est restée stable entre 2008 et 2012 à près de 8,7 %, mais cette proportion était distincte selon les subrégions :

- plus de 9 % dans les provinces de Liège et du Hainaut ;
- 8,7 % à Namur ;
- 6,8 % dans le Brabant wallon ;
- et 5,5 % à Bruxelles et en province de Luxembourg.
- au total, les moins de 20 ans représentent 8,0 % des femmes suivies en CPN ONE - contre 2,5 % des mères qui ont donné naissance à un bébé en FW-B. Ceci montre une des spécificités de la population des CPN-ONE par rapport à la population globale des accouchées (voir chapitre « Avis de naissance »).

Le tableau 2.07 et le graphique 2.02 montrent que le nombre absolu de suivis des moins de 20 ans est resté relativement stable au cours du temps mais que le poids relatif de ce groupe d'âge a diminué par rapport au total des femmes qui utilisent les CPN de l'ONE.

Tableau 2.07 :

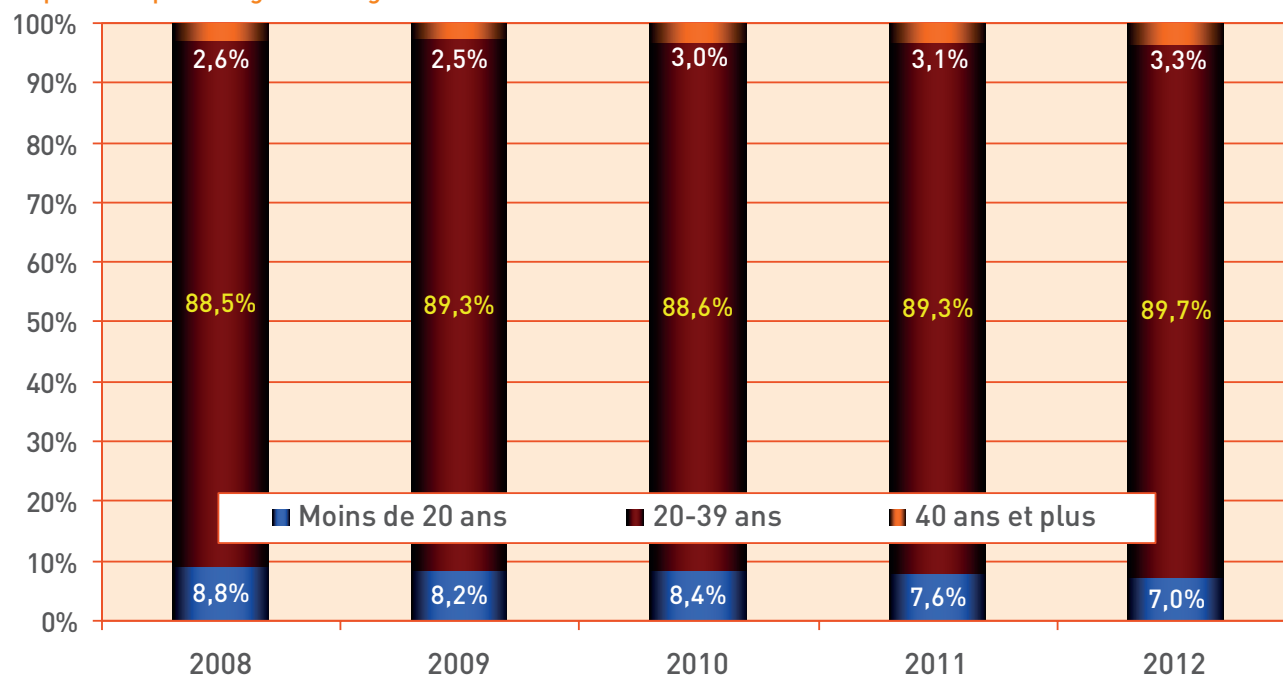
Répartition par catégorie d'âge et par année des femmes enceintes suivies en CPN-ONE

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Moins de 15 ans	17	20	19	19	17	92
	0,18%	0,19%	0,17%	0,16%	0,13%	0,16%
15-17 ans	258	253	267	293	287	1358
	2,67%	2,38%	2,45%	2,47%	2,20%	2,42%
18-19 ans	579	601	632	591	608	3011
	5,98%	5,65%	5,79%	4,99%	4,67%	5,37%
20-24 ans	2392	2644	2546	2758	2861	13201
	24,72%	24,86%	23,33%	23,27%	21,97%	23,53%
25-29 ans	2996	3275	3334	3600	4008	17213
	30,96%	30,79%	30,55%	30,38%	30,78%	30,68%
30-34 ans	2116	2382	2545	2761	3170	12974
	21,87%	22,40%	23,32%	23,30%	24,35%	23,13%
35-39 ans	1062	1191	1248	1462	1643	6606
	10,98%	11,20%	11,43%	12,34%	12,62%	11,78%
40-44 ans	245	254	301	340	397	1537
	2,53%	2,39%	2,76%	2,87%	3,05%	2,74%
45 ans et plus	11	15	23	27	30	106
	0,11%	0,14%	0,21%	0,23%	0,23%	0,19%
Total	9676	10635	10915	11851	13021	56098
Données manquantes	0,28%	0,77%	0,38%	0,19%	0,49%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Graphique 2.02 :

Répartition par catégories d'âge de femmes enceintes suivies en CPN-ONE



Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Entre 2008 et 2012, la proportion des femmes enceintes de moins de 20 ans a diminué mais leur nombre absolu reste important (tableau 2.07). Le nombre absolu de jeunes de moins de 15 ans enceintes et suivies à l'ONE est lui aussi resté stable. Il se limite à une vingtaine par an, ce qui représente moins de 0,2% des femmes suivies en CPN-ONE. Quant aux femmes enceintes de plus de 40 ans, elles sont également peu nombreuses bien que leur nombre soit passé de 255 à 425 en 5 ans (3,3% des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en 2012).

En 2006, l'OMS fixait pour objectif aux systèmes de santé une diminution du taux de grossesses des femmes de moins de 18 ans³. Si les grossesses précoces interpellent tout naturellement les décideurs, la proportion des consultations prénatales pour mineurs de moins de 18 ans reste limitée et elle a même une très légère tendance à diminuer. Cette tendance est d'autant plus remarquable que la population suivie par l'ONE est a priori plus jeune et plus vulnérable que la population générale.

Cette proportion indique néanmoins que l'effort doit être continué en matière d'éducation sexuelle à l'école et d'accès aux programmes de contraception. De plus, l'analyse de la distribution géographique de ces grossesses adolescentes permet de mettre en place des actions limitées localement afin de répondre à des problématiques spécifiques en adaptant les interventions de l'ONE, entre autre en matière de suivi contraceptif à la consultation postnatale, de relai vers les centres de planning et médecins privés et de coordination avec les services sociaux.

Par ailleurs, il faut se rappeler que de nombreuses cultures considèrent que les grossesses qui surviennent au-delà de 25 ans sont tardives. C'était le cas en Belgique il y a trois générations, avant que les femmes n'accèdent à l'éducation supérieure et au marché du travail.

► 5.3 SITUATION RELATIONNELLE

Tableau 2.08 :

Situation relationnelle des femmes suivies en CPN-ONE selon la catégorie d'âge

	catégories d'âge de femmes enceintes suivies						Total
	Moins de 20 ans		20-34 ans		35 ans et plus		
En couple	2532	58,77%	36942	88,18%	6931	87,38%	46405
En famille	1410	32,73%	2020	4,82%	286	3,61%	3716
Isolée	254	5,90%	2627	6,27%	674	8,50%	3555
En maison d'accueil	112	2,60%	304	0,73%	41	0,51%	457
Total	4308	100,00%	41893	100,00%	7932	100,00%	54133

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE données cumulées 2008-2012.

Les données du « Volet prénatal » (2008-2012) révèlent que la majorité des femmes enceintes suivies en CPN-ONE vivent en couple (85,7%) ou entourées de leur famille (6,9%).

Les femmes enceintes qui vivent seules ou en maison d'accueil (7,4% au total) ont évidemment des risques psycho-sociaux accrus. Des risques d'autant plus importants que ces femmes sont particulièrement nombreuses au sein du groupe des moins de 20 ans (8,5%) et de 35 ans et plus (9%).

3 http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf

► 5.4 SITUATION PROFESSIONNELLE

Le statut professionnel des femmes enceintes, comme celui des autres, est associé à des indicateurs socio-économiques tels que le revenu et le logement et c'est en tant que tel qu'il peut constituer un critère de risque biopsychosocial.

Tableau 2.09 :

Situation professionnelle des femmes enceintes suivies en CPN-ONE

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Occupe un emploi : y compris temps partiel, etc.	3195	3612	3777	3958	4291	18833
	36,61%	37,07%	37,65%	36,06%	36,52%	36,76%
Etudiante	467	468	496	539	546	2516
	5,35%	4,80%	4,94%	4,91%	4,65%	4,91%
Chômeuse	2018	2086	2045	2068	2078	10295
	23,12%	21,41%	20,38%	18,84%	17,69%	20,10%
Sans ressource fixe	666	688	685	913	901	3853
	7,63%	7,06%	6,83%	8,32%	7,67%	7,52%
Mère au foyer sans allocation sociale	1396	1675	1658	1924	2130	8783
	15,99%	17,19%	16,53%	17,53%	18,13%	17,15%
Aide sociale, indemnité mutuelle, revenu insertion	882	1066	1218	1482	1673	6321
	10,11%	10,94%	12,14%	13,50%	14,24%	12,34%
Autre	104	148	153	91	130	626
	1,19%	1,52%	1,53%	0,83%	1,11%	1,22%
TOTAL	8728	9743	10032	10975	11749	51227
Données manquantes	10,00%	8,60%	8,40%	7,50%	10,20%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012 (données manquantes : 10 % environ).

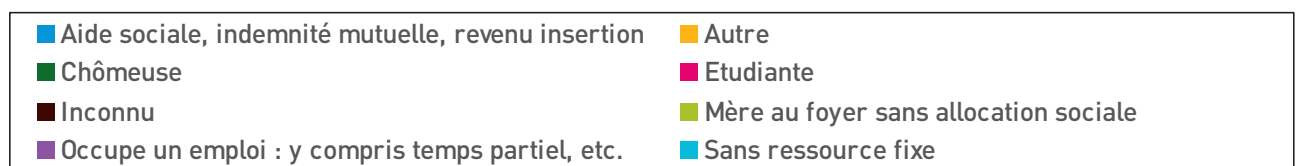
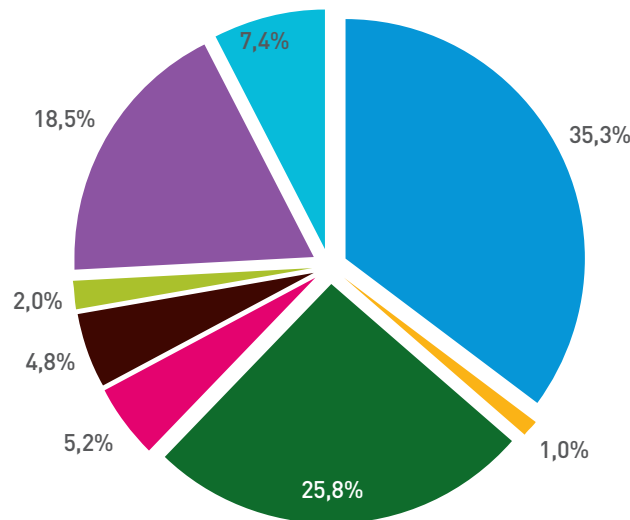
37 % des femmes enceintes qui fréquentaient les structures ONE en 2009 avaient un emploi, temps plein et temps partiel confondus. Cette proportion contraste avec les 57 % de femmes belges de 15 à 64 ans qui, selon Eurostat⁴ en avaient une cette même année. Malheureusement, entre 2008 et 2012, la situation de revenu des femmes enceintes suivies à l'ONE s'est encore détériorée, et de manière significative :

- La proportion de celles qui recevaient une allocation de chômage est passée de 23,1 % en 2008 à 17,7 % en 2012 - probablement à cause de règles d'allocations sociales plus restrictives que par le passé ;
- Parallèlement, la proportion de femmes au foyer sans allocation sociale a augmenté de 16,0 % à 18,1 %. A noter que l'on ne sait pas combien d'entre-elles ont délibérément fait ce choix ;
- La proportion de celles qui ne disposaient pas de ressources fixes est restée stable à 7,5 % ;
- La proportion de celles bénéficiant de l'aide sociale est passée de 10,1 à 14,2 % ;
- La proportion (mais non le nombre absolu) de femmes enceintes poursuivant des études a légèrement diminué, de 5,4 % à 4,6 %.

⁴ <http://www.toutleurope.eu/fr/actions/social/emploi-protection-sociale/presentation/comparatif-sur-le-taux-d-emploi-des-femmes-et-des-hommes-dans-l-ue.html>

Graphique 2.03 :

Situation professionnelle des femmes enceintes en situation d'isolement (N= 4025 femmes enceintes suivies de 2008 à 2012)



Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Les données cumulées 2008-2012 des volets prénataux relatives à la situation socio-économique des femmes enceintes isolées montrent que :

- moins d'une femme isolée sur cinq avait un emploi, à temps plein ou partiel (18,5%) ;
- un bon tiers d'entre elles a reçu une aide sociale ou une indemnité (35,3%) ;
- un quart environ (25,8%) a bénéficié d'allocations de chômage ;
- 15% de ces femmes n'avaient pratiquement aucun revenu (étudiantes, femmes au foyer, personnes sans ressources établies, etc.).

L'isolement pendant la grossesse est évidemment un facteur de risque, associé à d'autres facteurs de vulnérabilité sociaux, financiers ou matériels et éducatifs.

Le chômage est plus fréquent chez les femmes qui sont suivies dans les structures prénatales des villes et communes moins favorisées. L'accessibilité financière, culturelle et géographique des structures de suivi prénatal, est cruciale pour l'accès de ces populations aux soins préventifs.

Lorsque le chômage, l'isolement et l'extrême jeunesse se cumulent chez une même future mère, leurs effets se potentialisent et les risques de complication augmentent. L'ONE a prévu des protocoles spécifiques pour ces femmes, qui font l'objet d'une attention particulière de la part des TMS. Cependant, même si la coordination intersectorielle est correctement organisée, on ne peut attendre de l'ONE qu'il pallie à l'ensemble des facteurs de risque biopsychosociaux des femmes enceintes les plus vulnérables, qui méritent de politiques bien plus larges.

► 5.5 NIVEAU D'INSTRUCTION

Le Rapport Stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale (Plan d'Action National Inclusion Sociale, 2006-2008) soulignait le risque d'exclusion sociale que courent les femmes peu instruites. Le niveau d'instruction ou d'éducation des femmes enceintes est l'un des indicateurs de risque les plus sensibles pour la femme enceinte et pour l'enfant à venir. En particulier, l'éducation influence la compréhension et l'intégration de l'éducation à la santé et le mode d'utilisation des structures sociales et sanitaires.

Cependant, le niveau d'instruction atteint est une donnée sensible que l'on ne collecte pas facilement, ce qui se reflète dans la proportion élevée de données manquantes du « Volet prénatal » de la BDMS (environ 30% avec un pic à 45% en 2009) :

- Certains TMS hésitent encore à aborder ce thème avec les femmes enceintes ;
- L'équivalence du diplôme des populations étrangères ou du nombre d'années d'études validées dans le système éducatif belge est difficile à établir ;
- Enfin, les circonstances ne se prêtent pas toujours à la discussion de cette question.

La réalité du terrain pourrait donc être plus inquiétante que celle qui transparaît ici parce que le nombre de données manquantes est important et qu'il est plus aisé d'interroger une femme à propos de son niveau d'étude lorsqu'il y a des raisons de penser qu'il est relativement élevé. Ceci pourrait être à l'origine d'un biais de sélection et d'une sous-représentation systématique des femmes les moins instruites parmi celles pour qui cette information est disponible.

Tableau 2.10 :

Niveau d'instruction des femmes enceintes suivies par l'ONE

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé	164 2,43%	403 6,91%	559 7,52%	709 8,52%	787 8,69%	2622 7,01%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	725 10,74%	881 15,11%	1072 14,41%	1129 13,57%	1104 12,19%	4911 13,13%
Secondaire inférieur achevé	2313 34,26%	1807 30,99%	2132 28,67%	2412 28,99%	2506 27,68%	11170 29,87%
Secondaire supérieur achevé	1973 29,22%	1669 28,63%	2232 30,01%	2492 29,95%	2763 30,51%	11129 29,76%
Supérieur achevé - universitaire ou non	1577 23,36%	1070 18,35%	1442 19,39%	1579 18,98%	1895 20,93%	7563 20,22%
Total	6752	5830	7437	8321	9055	37395
Données manquantes	30,40%	45,40%	32,10%	29,90%	30,8%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Les données manquantes ont augmenté de 15% entre 2008 et 2012, passant de 30 à 45%. Un travail d'harmonisation avait alors été mené pour obtenir des catégories plus claires. Elles se sont ensuite stabilisées autour de 30%. A noter qu'il est difficile de récolter cet indicateur du fait de la diversité des origines, des langues, des cursus et des parcours scolaires. Il n'en demeure pas moins qu'un travail pédagogique continu et approfondi doit être mené sur le terrain pour continuer la sensibilisation des TMS à la récolte de ces données et afin de pouvoir établir un lien avec les nombreuses études disponibles relatives à la santé de la famille.

Les données de la BDMS relatives au niveau d'éducation des femmes enceintes doivent être analysées avec prudence vu le nombre élevé de données manquantes. Ces données suggèrent que plusieurs variables évoluent vite et défavorablement :

- Le nombre de femmes avec un niveau d'éducation faible augmente rapidement, et la proportion de celles qui n'ont pas achevé le cycle primaire a plus que triplé en 5 ans ;
- Le nombre de femmes qui n'ont terminé que le cycle primaire est passé de 2,4 à 8,7% entre 2008 et 2012 ;
- Par contre, dans la population suivie par l'ONE, la proportion de celles qui avaient un diplôme d'enseignement supérieur (universitaire ou autre) semble diminuer.

Rappelons que le nombre important de données manquantes ne permet pas de tirer de conclusions définitives. Néanmoins, ces données nous interpellent et elles justifient une étude qui permettrait de vérifier ces tendances et de dégager des pistes d'action en collaboration avec l'ensemble des partenaires.

► 5.6 NATIONALITÉ D'ORIGINE

On entend par nationalité d'origine, la nationalité au moment de la naissance de la future-mère. Les femmes enceintes d'origine étrangère constituent une population issue de migrations récentes et passées. Elles sont souvent soumises aux limitations du droit de séjour et requièrent une attention soutenue⁵ parce qu'elles cumulent des facteurs défavorables (revenus insuffisants ou absents, isolement, niveau d'éducation bas, etc.) et qu'elles manquent d'information quant aux structures mises à leur disposition. L'amélioration de leur connaissance des structures sociales d'appui s'avère capitale pour mener à bien la mission de l'ONE, notamment pour le suivi de la grossesse.

Tableau 2.11 :
Nationalités d'origine des femmes suivies en CPN-ONE

Origine des femmes enceintes suivies à l'ONE	Nombre de femmes enceintes suivies	Nombre	%
Union Européenne (27)	33575		63,5%
BELGIQUE		28800	54,5%
Autres pays fondateurs de l'UE (5) : France, Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas		2027	3,8%
Autres pays UE : Autriche, Danemark, Finlande, Grèce, Irlande, Portugal, Espagne, Suède, Royaume uni		466	0,9%
Derniers Pays adhérents 2004-2007 (12) : Bulgarie, Chypre, République tchèque, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie		2282 (dont, en particulier, la Bulgarie (580) et la Roumanie (1082))	4,3%
Reste de l'Europe	1894		3,6%
Maroc	6481		12,3%
Moyen et extrême Orient, Reste Afrique du nord	1801		3,4%
Turquie	1711		3,2%
Asie	573		1,1%
Afrique subsaharienne	5235		9,9%
Amérique centrale et latine	911		1,7%
Autres	693		1,3%
TOTAL	52874		100,0%

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE Données cumulées 2008-2012

Les femmes enceintes suivies ces dernières années dans les CPN-ONE sont originaires de 140 pays différents et pour la seule année 2012, elles étaient originaires de 120 pays distincts :

- Les femmes belges représentent plus de la moitié d'entre elles (soit 54,5% des données cumulées disponibles dans les volets prénataux 2008 – 2012) ;
- 63,5% des femmes suivies sont des ressortissantes de l'Union Européenne. 4,3% proviennent du groupe des 12 derniers pays ayant adhéré à l'Union européenne en 2004 et 2007. La Croatie n'est pas prise en compte ici du fait de son adhésion récente (Etat membre depuis juillet 2013) ;
- Parmi les femmes fréquentant les consultations prénatales de l'ONE, une sur trois n'est pas européenne ;
- Les femmes enceintes d'origine marocaine représentent 12,3% des femmes suivies ;
- Celles d'origine subsaharienne presque 10% ;
- Les femmes d'origine turque représentent 3,2% de cette population ;
- et celles d'Amérique latine moins de 2%, soit 1,7% des femmes enceintes fréquentant les consultations de l'ONE.

⁵ Nicolas Perrin, Rapport statistique et démographique 2008, Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique, groupe d'étude de démographie appliquée (UCL) & Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

Près de la moitié des femmes d'origine étrangère (45,5%) sont des primo-arrivantes c'est-à-dire qu'elles sont établies en Belgique depuis moins de 5 ans. Parmi ces primo-arrivantes 13% sont en Belgique depuis moins d'1 an mais leur distribution entre les divers lieux de consultation est très hétérogène. Ainsi, les structures bruxelloises suivent en moyenne plus de 70% de femmes d'origine étrangère et près de 40% de primo-arrivantes (données BDMS non présentées en détail dans ce rapport).

Les populations d'origine étrangère fréquentent les consultations de l'ONE principalement dans les grandes villes (Bruxelles, Liège et Charleroi). Elles ont de nombreux problèmes socio-économiques, culturels et administratifs qui entravent le suivi régulier et efficace de la grossesse. L'ONE réalise un effort permanent pour assurer le suivi adéquat de ces femmes.

► 5.6 GESTITÉ ET PARITÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé définit :

- la gestité d'une femme comme le nombre total de grossesses, menées à terme ou non
- et sa parité, comme le nombre d'accouchements viables, c'est-à-dire le nombre de grossesses menées à terme avec naissance d'un ou plusieurs enfants.

Les femmes qui vivent leur première grossesse (primigestes ou nullipares) requièrent un accompagnement spécifique et une attention particulière des TMS de l'ONE pour les préparer, ainsi que leur entourage, à l'accueil du nouveau-né et aux soins requis.

D'année en année, la proportion de primigestes parmi les femmes suivies, a oscillé autour de un tiers. Comme il s'agit d'un risque biopsychosocial, il serait utile que ces femmes bénéficient d'un suivi renforcé en consultation prénatale. Par ailleurs une attention particulière orientée « planning familial » devrait être apportée aux femmes qui ont porté plus de trois grossesses.

► 5.7 STYLE DE VIE ET COMPORTEMENTS À RISQUE

■ 5.7.1 Le tabac

Ainsi que discuté dans les précédents rapports, le tabac est depuis longtemps connu pour nuire gravement à la santé de la mère et de l'enfant.

A noter qu'aucune autre base de données que la BDMS n'enregistre le tabagisme maternel en Belgique, bien que la communauté scientifique internationale reconnaisse qu'il s'agit d'une variable qui permet d'interpréter et de prédire l'issue d'une grossesse (comme le petit poids de naissance) et de décider d'actions ciblées.

Sur base d'une enquête réalisée par la Commission européenne en 2009⁶, on estime qu'il y a 30% de fumeurs en Belgique dont 25% de femmes et 35% d'hommes. A ceux-ci s'ajoutent 3% de fumeurs occasionnels et 19% d'ex-fumeurs. Selon cette enquête, 52% de la population belge aurait consommé du tabac au moins une fois dans sa vie.

La prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes est difficile à quantifier⁷ parce que l'information est fournie par les intéressées et que leur subjectivité peut amener à sous-estimer cette donnée.

Tableau 2.12 :

Habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies en CPN-ONE

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Non fumeuses	6279	7247	7466	8989	9897	39878
	74,87%	76,75%	77,13%	79,42%	80,16%	77,93%
Fumeuses	2107	2195	2214	2330	2449	11295
	25,13%	23,25%	22,87%	20,58%	19,84%	22,07%
Total	8386	9442	9680	11319	12346	51173
Données manquantes	13,60%	11,50%	11,60%	4,70%	5,60%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

⁶ Special Eurobarometer, 332; European commission, may 2010; Fieldwork october 2009

⁷ 1-Heffner, L, Sherman, CB, Speizer, FE, Weiss, ST. Clinical and environmental predictors of preterm labor. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 750 2-Tong, VT, Jones, JR, Dietz, PM, et al. Trends in smoking before, during, and after pregnancy - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 31 sites, 2000-2005. *MMWR Surveill Summ* 2009; 58: 1. Sources : L'OCDE en chiffres 2005. Un supplément à L'Observateur de l'OCDE pour le Canada : Statistiques Canada (2005)

La proportion des non-fumeuses a augmenté d'un pourcent par an environ entre 2008 et 2012, pour dépasser les 80 % de non fumeuses durant le suivi de la grossesse.

Cependant, au cours de la période de 2008 à 2012, la proportion des fumeuses chez les femmes divorcées (40,7%), célibataires (32,5%) et séparées (33,0%) était nettement plus importante que chez les femmes des autres catégories d'état civil (veuves: 18,4% ; mariées: 10,3%).

La proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes isolées était de 30,3% (contre une sur cinq pour celles qui vivaient en couple). Cette proportion était encore plus élevée chez les femmes enceintes qui vivaient en famille (34,7%) (voir tableau 2.08).

La dépendance tabagique est plus fréquente chez les femmes de niveau scolaire inférieur et les femmes au chômage. Le lien entre le niveau socio-économique bas et l'exposition à la nicotine est connu depuis longtemps, entre autre grâce aux dosages de cotinine plasmatique (étude anglaise sur les déterminants sociaux de la santé, Jarvis M et al, 1999).

Tableau 2.13 :

Comportement tabagique en début de grossesse des femmes suivies en CPN-ONE

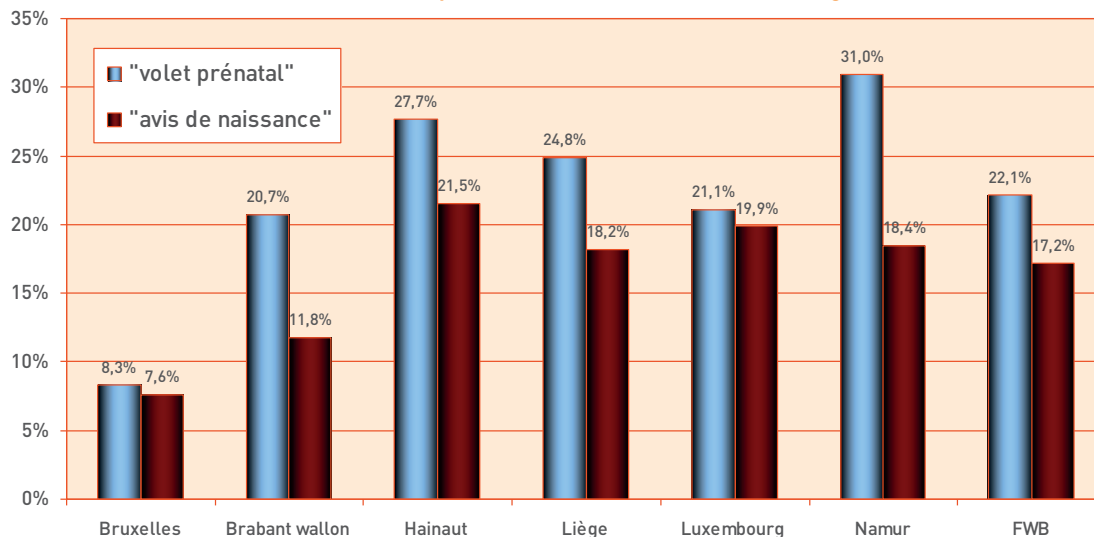
	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
1-5 cig/jr	455	486	490	530	582	2107
	22,47%	22,43%	22,36%	23,20%	24,28%	22,34%
6-10 cig/jr	711	744	775	783	895	3299
	35,11%	34,33%	35,37%	34,28%	37,34%	34,98%
11-15 cig/jr	304	379	345	355	363	1531
	15,01%	17,49%	15,75%	15,54%	15,14%	16,24%
16-20 cig/jr	289	300	313	366	349	1284
	14,27%	13,84%	14,29%	16,02%	14,56%	13,62%
Plus de 20 cig/j	266	258	268	250	208	1209
	13,14%	11,91%	12,23%	10,95%	8,68%	12,82%
Total	2025	2167	2191	2284	2397	9430
Données manquantes	3,90%	1,30%	1,00%	2,00%	2,10%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012, Données manquantes rapportées au nombre de fumeuses du tableau 2.12.

La quantité de cigarettes fumées par les femmes fréquentant les CPN-ONE en début de grossesse est restée plus ou moins stable au cours du temps. La moitié d'entre-elles déclaraient fumer moins de 10 cigarettes par jour. Par contre, le pourcentage de femmes fumant plus de 20 cigarettes par jour diminue régulièrement et est passé de 13,1% en 2008 à 8,7% en 2012 alors que celles fumant 1 à 5 cigarettes par jour est passé de 22,5% en 2008 à 24,3% en 2010. En moyenne, une femme sur cinq environ fumait pendant la grossesse, avec une consommation moyenne de 12 cigarettes par jour.

Graphique 2.04 :

Proportions comparées des nouvelles accouchées ayant fumé durant leur grossesse (« Avis de naissance ») et des femmes enceintes fumeuses (« Volet prénatal ») en fonction des subrégions de résidence



Sources : Données cumulées « Avis de naissance » 2012 et 2013 et « Volet prénatal » de 2008 à 2012, BDMS-ONE

Les données du graphique 2.04 proviennent de deux sources (voir point 2) : le « Volet prénatal », qui comprend des données prospectives collectées en cours de grossesse, et l'« Avis de naissance », collecté après l'accouchement. La proportion des fumeuses pendant la grossesse et à l'accouchement est nettement plus faible à Bruxelles que partout ailleurs (quatre fois plus faible qu'à Namur!).

Les enfants de mères fumeuses ont deux fois et demi plus de risque de naître avec un poids inférieur à 2500 grammes.

■ 5.7.2 Autres assuétudes (alcool, drogues, médicaments...)

La consommation de boissons alcoolisées, de drogues et de médicaments durant la grossesse est à l'origine de fausses-couches, d'accouchements prématurés, de retards de développement mental ou physique de l'enfant et de malformations.

Le suivi des femmes enceintes développant une dépendance à ces produits nécessite un soutien renforcé. C'est pourquoi, l'ONE envisage d'introduire cette thématique dans le volet CPN-ONE.

Depuis 2012, un travail exploratoire est réalisé dans certaines structures. La sensibilisation et l'accompagnement des TMS, des médecins et des sages-femmes, acteurs de première ligne, est faite simultanément.

► 5.8 COUVERTURE EN SOINS DE SANTÉ (ASSURANCES, MUTUELLES...)

L'affiliation à un organisme assureur en tant que titulaire ou personne à charge donne droit à des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le titulaire d'une affiliation à une mutuelle obtient le droit aux remboursements des soins de santé en payant des cotisations trimestrielles (avec son travail ou par une allocation sociale). Une personne à charge peut obtenir ce droit sur base d'un lien de parenté ou de cohabitation avec le titulaire. Il est à noter que la possession d'une carte SIS (Système d'Information Sociale) n'est pas en soi une garantie d'affiliation à une mutuelle ni au remboursement des frais de santé parce que cette carte peut être périmée.

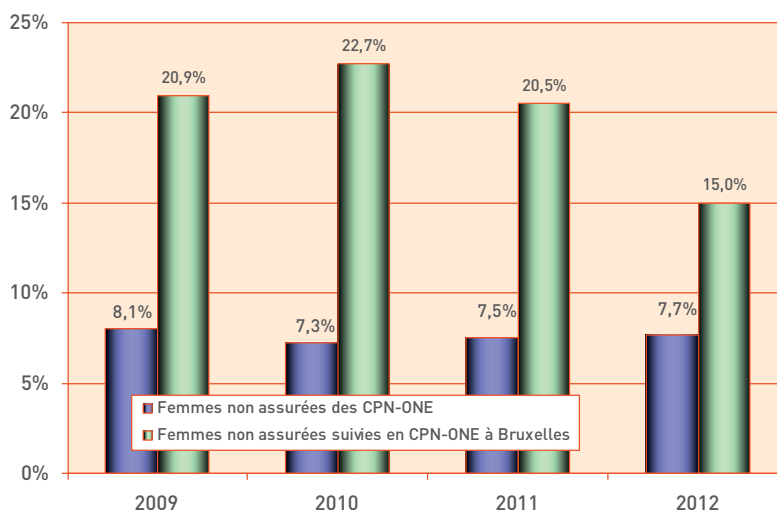
Les non titulaires d'une assurance santé qui répondent à des critères de vulnérabilité précis (demandeurs d'asiles notamment) peuvent bénéficier d'une aide médicale d'urgence via les CPAS. La mise en œuvre de ce droit demande cependant la création d'un dossier administratif détaillé, qui varie d'un CPAS à l'autre et dont l'aboutissement peut prendre des semaines, voire des mois.

Un certain nombre de femmes ne bénéficient d'aucune couverture de soins de santé soit parce qu'elles sont en séjour illégal en Belgique soit parce qu'elles sont légalement en Belgique mais sans ressources fixes, comme c'est le cas des populations tziganes d'Europe de l'Est. En pratique, en Belgique, les femmes en situation irrégulière ont accès à l'« Aide Médicale Urgente » (AMU) pour l'accouchement et le suivi de leur grossesse. Les femmes qui n'ont pas droit à l'AMU, comme par exemple les femmes originaires de l'Union Européenne qui n'ont pas de travail déclaré et dont le conjoint n'en a pas non plus, sont confrontées à une procédure complexe et lente.

L'intervention d'une mutuelle ou d'une assurance est indispensable pour pouvoir bénéficier de la couverture des soins de santé pendant le suivi d'une grossesse. En effet, si l'ONE garantit la gratuité de la consultation médicale, le suivi de la grossesse comprend aussi des analyses de sang, d'urines, des échographies, ... dont le coût est élevé et qui ne sont normalement pas à charge de l'ONE.

Graphique 2.05 :

Couverture des soins de santé des femmes enceintes suivies dans les CPN-ONE



Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Au cours de l'année 2009, 8% des femmes enceintes suivies à l'ONE n'avaient pas de couverture soins de santé et pouvaient de ce fait se trouver en situation de précarisation suite à des dépenses de santé. A Bruxelles, cette proportion culminait à 22,7% en 2010. Deux ans plus tard, cette proportion a un peu diminué à 15%. Ce chiffre, qui reste très élevé, montre que les CPN ONE de Bruxelles ont deux fois plus de femmes en grande difficulté socio-sanitaire. Une étude plus pointue de la situation de cette population mériterait certainement d'être réalisée afin de sensibiliser les décideurs et de trouver des solutions dignes pour ces femmes et sécurisées pour leur bébé.

Par ailleurs, nos données montrent qu'une femme sans ressource fixe sur deux est de nationalité étrangère. Ces femmes proviennent surtout d'Europe de l'est et d'Afrique noire, et elles sont en Belgique depuis moins de 5 ans. Elles consultent plus tardivement en cours de grossesse. 60% des femmes bénéficiant d'une assurance ont consulté au 1er trimestre de leur grossesse, alors que parmi les « non assurées » elles ne sont que 39% à avoir consulté au premier trimestre de leur grossesse. En outre, il nous revient que celles-ci changent souvent de filière de suivi en cours de grossesse (données non présentées).

Enfin, parmi toutes les femmes enceintes 'perdus de vue' au cours du suivi, une sur cinq n'avait pas de couverture des soins de santé.

► 5.9. PRÉCOCITÉ DU SUIVI DE LA GROSSESSE : AGE GESTATIONNEL À LA PREMIÈRE CONSULTATION

Les recommandations internationales stipulent qu'un suivi de grossesse doit être initié dès que possible pendant le premier trimestre de la grossesse. Un suivi est dit tardif lorsqu'il débute après la 15e semaine de gestation.

La précocité du suivi et le tabagisme, sont les deux indicateurs recommandés par les instances internationales (EUROSTAT, PERISTAT, NIH) et ne sont disponibles que dans la BDMS dans notre pays.

L'âge gestationnel des femmes suivies en CPN-ONE à la première consultation est enregistré dans le « Volet prénatal », que ce suivi ait lieu dans une consultation ONE ou dans une autre structure.

Tableau 2.14 :

Âge gestationnel à la première consultation de suivi de la grossesse (tous types de suivis confondus)

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Avant la 10e semaine	4542	5154	5459	5715	6140	27010
	51,74%	52,98%	55,20%	51,36%	52,94%	52,84%
Entre la 10e et la 15e semaine	2718	2957	2822	3345	3371	15213
	30,96%	30,39%	28,54%	30,06%	29,07%	29,76%
Entre la 16e et la 26e semaine	1077	1135	1101	1436	1400	6149
	12,27%	11,67%	11,13%	12,91%	12,07%	12,03%
Après la 26e semaine	441	483	507	631	686	2748
	5,02%	4,96%	5,13%	5,67%	5,92%	5,38%
Total	8778	9729	9889	11127	11597	51120
Données manquantes	9,53%	9,23%	9,75%	6,29%	11,37%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

En ce qui concerne la précocité du suivi :

- Plus de la moitié des femmes enceintes ont commencé le suivi de leur grossesse avant la 10e semaine ;
- un tiers d'entre-elles entre la 10e et la 15e semaine ;
- et près de 20% ont eu un suivi de grossesse tardif (dont 5% après la 26e semaine).

En 2012, l'âge gestationnel médian à la 1ère consultation avec une structure de suivi prénatal (organisée par l'ONE ou pas) était de 9 semaines, et de 11 semaines à la première consultation CPN-ONE. Cette donnée est d'ailleurs restée stable au cours des dernières années.

► 6. INTERRUPTION DU SUIVI DE LA GROSSESSE DANS UNE STRUCTURE ONE

Les femmes enceintes suivies à l'ONE choisissent librement la structure de leur accompagnement prénatal. Il arrive que ce suivi soit interrompu ou que la femme enceinte opte pour une autre filière de soins, au sein de l'ONE ou ailleurs.

Les raisons évoquées pour ces interruptions de suivi sont :

- la nécessité d'un suivi médical renforcé e.a. pour cause de grossesse à risque ;
- l'interruption de la grossesse (volontaire ou thérapeutique) ;
- le déménagement de la femme enceinte ;
- le choix de faire suivre la grossesse ailleurs ;
- une fausse couche, etc.

Selon les données cumulées de 2008 à 2012, globalement, moins de 14 % des femmes enceintes fréquentant les CPN ONE interrompaient le suivi de leur grossesse par la structure ONE initiale. Il existe cependant des différences régionales comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 2.15 :

Grossesses dont le suivi à l'ONE a été interrompu, par subrégion de résidence

	Résidence de la femme enceinte suivie						Total
	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	
Arrêt du suivi	2178	85	3110	1169	23	753	7318
	13,40%	14,00%	13,00%	12,60%	20,50%	22,20%	13,70%
TOTAL	16199	607	24002	9301	112	3389	53610

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Proportionnellement, on observe plus d'arrêts de suivi de la grossesse par l'ONE à Namur qu'à Bruxelles et dans le Hainaut, à mettre en relation avec le faible nombre de structures (4) à Namur.

Les données luxembourgeoises ne sont pas interprétables du fait qu'elles ne recouvrent pas la même période que pour les autres subrégions.

Tableau 2.16 :

Grossesses dont le suivi en CPN ONE a été interrompu, par subrégion de résidence (femmes enceintes âgées de moins de 20 ans)

	Résidence de la femme enceinte suivie						Total
	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	
Arrêt du suivi	124	11	380	129	0	89	733
	14,00%	26,80%	17,40%	15,00%	0,00%	30,40%	17,20%
TOTAL	886	41	2180	858	6	293	4264

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

La proportion de femmes de moins de 20 ans fréquentant les CPN de l'ONE dont le suivi s'est interrompu est nettement plus importante à Namur. A noter que la faiblesse des effectifs ne permet pas de tirer de conclusions pour le Brabant wallon.

La proportion d'arrêt de suivi chez les moins de 20 ans, toutes subrégions confondues, représente près d'un cas sur cinq, une fréquence qu'il y aurait lieu de réduire. L'impression des professionnels de terrain est qu'il pourrait s'agir de femmes en séjour illégal et/ou bénéficiant de l'aide des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS).

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de concevoir des stratégies pour diminuer le nombre de pertes de vue, et pour cela, une recherche étudie actuellement leurs parcours de soins.

D'un point de vue opérationnel, on pourrait réduire la proportion des pertes de vue en mettant en place un système de détection et de récupération des abandons de suivi (defaulters'tracing system).

► 7. CONSULTATIONS DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

Le guide des CPN édité par l'ONE, le Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) recommandent, en cas de grossesse normale, 9 à 10 visites prénatales pour les primipares et 7 pour les multipares⁸.

En moyenne, les femmes suivies à l'ONE bénéficient de 8 consultations médicales pendant la grossesse.

Tableau 2.17 :

Nombre de consultations médicales par femme enceinte suivie en CPN-ONE

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
1 consultation	567	713	777	830	904	3791
	6,66%	7,26%	7,64%	7,58%	8,10%	7,49%
2 consultations	339	446	474	535	576	2370
	3,98%	4,54%	4,66%	4,89%	5,16%	4,68%
3 consultations	355	390	448	470	475	2138
	4,17%	3,97%	4,40%	4,29%	4,25%	4,22%
4 consultations	358	386	495	485	554	2278
	4,21%	3,93%	4,87%	4,43%	4,96%	4,50%
5-8 consultations	3336	3714	3857	4256	4367	19530
	39,19%	37,82%	37,92%	38,87%	39,11%	38,58%
9-10 consultations	2292	2728	2694	2992	2876	13582
	26,92%	27,78%	26,48%	27,33%	25,75%	26,83%
Au delà de 10 consultations	1266	1443	1427	1380	1415	6931
	14,87%	14,69%	14,03%	12,61%	12,67%	13,69%
TOTAL	8513	9820	10172	10948	11167	50620
Données manquantes	12,30%	8,40%	7,20%	7,80%	14,70%	

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE 2008-2012

Les femmes pour lesquelles une information est disponible, et qui ont eu 5 CPN ou plus représentaient en 2012 environ 75% des femmes enceintes suivies à l'ONE et 15%, d'au moins 3 consultations.

Il importerait de veiller à réduire le nombre de cas sans information relative au nombre de consultations et utiliser 7 CPN (l'optimum recommandé internationalement) comme limite de catégorie dans la présentation des données dans une publication ultérieure.

► 8. CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS NÉS DE FEMMES SUIVIES DURANT LEUR GROSSESSE

► 8.1 PRÉMATURITÉ

Chez les femmes enceintes suivies dans les CPN de l'ONE et qui avaient accouché en 2012, 7,1% des naissances sont survenues avant terme (avant la 37^e semaine de gestation).

Le contrôle de la prématurité nécessite que l'on intervienne à divers niveaux :

- une prévention primaire orientée vers toutes les futures mères ;
- la prévention secondaire, axée sur l'élimination de risques détectés pendant la grossesse ;
- la prévention tertiaire, avec l'amélioration des soins au bébé prématuré⁹ ;
- le suivi préventif lors des consultations prénatales ONE et l'action du travailleur médicosocial permettent de repérer les femmes enceintes à risque, pour soutenir un accompagnement approprié qui contribue à éviter l'accouchement avant terme.

⁸ Guide de consultation prénatale, de boek, 2009, p 461

⁹ Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. Lancet 2008 ; 371 : 164.

Tableau 2.18:
Evolution de la prématurité

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Moins de 37 semaines	562	648	649	735	788	3382
	6,90%	7,10%	7,10%	7,30%	7,20%	7,10%
37 semaines et plus	7635	8419	8518	9379	10111	44062
	93,10%	92,90%	92,90%	92,70%	92,80%	92,90%
TOTAL	8197	9067	9167	10114	10899	47444

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE

Les pourcentages de prématurité observés pour les grossesses menées à terme au sein des structures CPN ONE sont moindres que ce à quoi on pourrait s'attendre au regard des profils socio-économique des futures mères suivies dans ces structures.

► 8.2 PETITS POIDS DE NAISSANCE

Le poids de naissance est généralement lié à l'âge gestationnel. Les poids de naissance extrêmes sont souvent associés à une morbidité et une mortalité accrues. Parmi les femmes enceintes suivies dans les CPN de l'ONE et ayant accouché en 2012, on recense 7,9 % de nouveau-nés de moins de 2500g.

Tableau 2.19:
Evolution de la prématurité et du petit poids de naissance

	Année d'inscription en CPN-ONE					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
Moins de 2500 grammes	651	720	778	774	872	3795
	7,80%	7,80%	8,40%	7,60%	7,90%	7,90%
2500 grammes et plus	7645	8462	8517	9463	10194	44281
	92,20%	92,20%	91,60%	92,40%	92,10%	92,10%
TOTAL	8296	9182	9295	10237	11066	48076

Source : « Volet prénatal » BDMS-ONE

La proportion de petits poids de naissance est plus grande que celle de la prématurité, et est surtout influencée par le tabagisme.

Avec en moyenne 1,5 % de naissances gémellaires, la part des jumeaux constitue la moitié de la proportion de nouveau-nés de petit poids de naissance sur base des données « Avis de naissance ».

► 9. CONCLUSIONS

Face à une réalité sociale, économique et culturelle changeante, l'ONE travaille dans la multidisciplinarité avec des interventions fondées sur l'empathie et la bienveillance, reposant sur des preuves scientifiques dans le respect des recommandations internationales.

L'ONE compte 42 CPN implantées à Bruxelles et en Wallonie. Ces structures sont importantes en raison de :

- l'universalité de leur offre – toutes les femmes sont bienvenues, indépendamment de leurs conditions de séjour en Belgique ;
- la gratuité des services offerts (pas de ticket modérateur) ;
- l'accessibilité géographique et la proximité des structures ;
- la qualité de la relation qui s'établit entre les futurs parents et les professionnels (TMS et médecins et/ou sages-femmes).

Les CPN sont de deux types : hospitalières et de quartier.

Les données de la BDMS analysées ici proviennent de deux documents :

- Les Volets prénataux (utilisés dans ce chapitre) ;
- Les Avis de naissance (présentés dans le chapitre suivant).

Les CPN ne sont pas distribuées de manière homogène sur le territoire de la Fédération Wallonie Bruxelles pour des raisons socio-économiques et historiques. Les consultations prénatales sont majoritairement implantées en province du Hainaut et à Bruxelles, et dans une moindre mesure dans les provinces de Liège et Namur. En 2012, Bruxelles comptait 14 structures de suivi de la grossesse, le Hainaut 18, Liège 6, Namur 4 et le Brabant wallon 1 seule.

La fréquentation et les activités des CPN hospitalières ont augmenté régulièrement entre 2008 et 2012 (+16 % de nouvelles inscrites), en raison surtout de l'accroissement du nombre de grossesses suivies par l'ONE au sein des structures hospitalières.

C'est la Région de Bruxelles qui draine la proportion la plus élevée de femmes enceintes suivies, suivie de près par la province du Hainaut, où l'implantation des structures CPN de l'ONE est historiquement la plus importante.

En 2012, le Volet prénatal a été rempli dans 8 cas sur 10 pour les femmes enceintes fréquentant les CPN-ONE et pour lesquelles un subside a été accordé par la Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD).

Si l'âge médian des femmes enceintes suivies en CPN-ONE est resté stable entre 2011 et 2012, à 28 ans, l'âge médian des primigestes était de 27 ans en 2012 (min : 13 ; max : 43).

Entre 2008 et 2012, la proportion de femmes enceintes de moins de 20 ans a diminué mais leur nombre absolu est en légère augmentation. Le nombre absolu de jeunes de moins de 15 ans enceintes et suivies à l'ONE est lui aussi resté stable, à une vingtaine de cas par an, ce qui représente moins de 0,2 % des femmes suivies en CPN-ONE. Quant aux femmes enceintes de plus de 40 ans, elles sont également peu nombreuses (3,3 % des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en 2012) bien que leur nombre soit passé de 255 à 425 en 5 ans.

Si les grossesses précoces interpellent tout naturellement les décideurs, le problème qu'elles posent ne doit pas être exagéré : la proportion des consultations prénatales pour mineures de 18 ans reste en définitive limitée et elle a même tendance à diminuer. Cette tendance est d'autant plus remarquable que la population suivie par l'ONE est a priori plus jeune et plus vulnérable que la population générale.

Cette proportion indique néanmoins que les interventions en matière d'éducation sexuelle à l'école et d'accès aux programmes de contraception doivent être continuées voire renforcées. De plus, l'analyse de la distribution géographique de ces grossesses adolescentes permet de mettre en place des actions limitées localement afin de répondre à des problématiques spécifiques en adaptant les interventions de l'ONE, entre autre en matière de suivi contraceptif à la consultation postnatale et de coordination avec les services sociaux pour le suivi des familles dont la mère est mineure.

Les données des volets prénataux (2008-2012) révèlent que la majorité des femmes enceintes suivies en CPN-ONE vivent en couple (85,7 %) ou entourées de leur famille (6,9 %). Les femmes enceintes qui vivent seules ou en maison d'accueil (7,4 % au total) ont évidemment des risques psychosociaux accrus, des risques majorés dans le groupe des moins de 20 ans (8,5 %) et de 35 ans et plus (9 %).

37 % des femmes enceintes qui fréquentaient les structures ONE en 2009 avaient un emploi, temps plein et temps partiel confondus. Cette proportion contraste avec les 57 % de femmes belges de 15 à 64 ans qui, selon Eurostat¹⁰ en avaient une cette même année. Malheureusement, entre 2008 et 2012, la situation de revenu des femmes enceintes suivies à l'ONE s'est encore détériorée, et de manière significative :

- La proportion de celles qui recevaient une allocation de chômage est passée de 23,1 % en 2008 à 17,7 % en 2012 - probablement à cause de règles d'allocations sociales plus restrictives que par le passé ;
- Parallèlement, la proportion de femmes au foyer sans allocation sociale a augmenté de 16,0 % à 18,1 %. A noter que l'on ne sait pas combien d'entre-elles ont délibérément fait ce choix ;
- La proportion de celles qui ne disposaient pas de ressources fixes est restée stable à 7,5 % ;
- La proportion (mais non le nombre absolu) de femmes enceintes poursuivant des études a légèrement diminué, de 5,4 % à 4,6 %.

Les données cumulées 2008-2012 des volets prénataux relatives à la situation socio-économique des femmes enceintes isolées montrent que :

- Un bon tiers d'entre elles ont reçu une aide sociale ou une indemnité (35,3 %) ;
- un quart environ (25,8 %) a bénéficié d'allocations de chômage ;
- moins d'une femme sur cinq avait un emploi (18,5 %) ;
- 15 % de ces femmes n'avaient pratiquement aucun revenu (étudiantes, femmes au foyer et personnes sans ressources établies, etc.).

¹⁰ <http://www.toutteleurope.eu/fr/actions/social/emploi-protection-sociale/presentation/comparatif-sur-le-taux-d-emploi-des-femmes-et-des-hommes-dans-l-ue.html>

Les données de la BDMS relatives au niveau d'instruction des femmes enceintes doivent être analysées avec prudence vu le nombre élevé de données manquantes. Ces données suggèrent néanmoins qu'au sein de la population suivie par l'ONE plusieurs variables évoluent vite et défavorablement :

- Le nombre de femmes avec un niveau d'instruction faible augmente rapidement, et la proportion de celles qui n'ont pas achevé le cycle primaire a plus que triplé en 5 ans ;
- Le nombre de femmes qui n'ont terminé que le cycle primaire est passé de 2,4 à 8,7 % entre 2008 et 2012 ;
- la proportion de celles qui avaient un diplôme d'enseignement supérieur (universitaire ou autre) semble diminuer.

Rappelons que le nombre important de données manquantes ne permet pas de tirer de conclusions définitives. Néanmoins, ces données nous interpellent et elles justifient une étude qui permettrait de vérifier ces tendances et de dégager des pistes d'action en collaboration avec l'ensemble des partenaires.

Les femmes enceintes suivies dans les CPN-ONE sont originaires de 140 pays différents et pour la seule année 2012, elles étaient originaires de 120 pays. Les femmes belges représentaient plus de deux tiers d'entre elles (68,5%) (données cumulées, volets prénataux 2008 – 2012).

Près d'un tiers de femmes enceintes suivies en structures prénatales ONE était d'origine étrangère, surtout dans les grandes villes (Bruxelles, Liège et Charleroi). Près de la moitié des femmes d'origine étrangère (45,5%) sont des primo-arrivantes, c'est-à-dire qu'elles sont établies en Belgique depuis moins de 5 ans et une sur dix depuis moins d'un an.

En 2012, près d'une femme sur cinq fumait pendant la grossesse, avec une consommation moyenne de 12 cigarettes par jour. La proportion des fumeuses pendant la grossesse et à l'accouchement est nettement plus faible à Bruxelles que partout ailleurs (quatre fois plus faible qu'à Namur!).

Au cours de l'année 2009, 8% des femmes enceintes suivies à l'ONE n'avaient pas de couverture en soins de santé et pouvaient de ce fait se trouver en situation de précarisation suite à des dépenses de santé. A Bruxelles, cette proportion se montait à 21,2% en 2010, et si deux ans plus tard, on n'en trouvait plus que 15%, on ne peut exclure que c'est parce qu'une partie des femmes enceintes en situation de séjour illégal avaient renoncé à fréquenter les services médicaux qu'elles étaient en droit d'utiliser.

Le manque de revenus semble être corrélé avec un début tardif du suivi de la grossesse et favoriser le changement de filière en cours de grossesse.

Les recommandations internationales stipulent qu'un suivi de grossesse doit être initié dès que possible pendant le premier trimestre de la grossesse. Le suivi est dit tardif lorsqu'il débute après la 15^e semaine de gestation. En ce qui concerne la précocité du suivi :

- Plus de la moitié des femmes enceintes ont commencé le suivi de leur grossesse avant la 10^e semaine ;
- un tiers d'entre-elles entre la 10^e et la 15^e semaine ;
- et près de 20% ont eu un suivi de grossesse tardif (dont 5% après la 26^e semaine).

En 2012, l'âge gestationnel médian à la 1^{ère} consultation était de 9 semaines en FW-B, et de 11 dans les consultations CPN-ONE, peut-être parce que le suivi initial en CPN-ONE était réalisé par un autre professionnel. Un peu moins de 14% des femmes enceintes fréquentant les CPN-ONE interrompaient le suivi de leur grossesse par la structure ONE initiale. 80% des femmes suivies, pour lesquelles une information était disponible, ont bénéficié d'au moins 5 consultations prénatales au cours de leur grossesse et 15%, d'au moins 3 consultations.

En définitive, les données « Avis de naissance » et « Volet prénatal » constituent deux bases de données d'importance majeure pour la gestion, l'évaluation et la prise de décision.

Il ressort de ces données que le principal problème pour l'ONE est celui des inégalités sociales et de leur retentissement sur la santé et le bien-être. Dans ce contexte l'Office est particulièrement actif et innovant dans tous les domaines du soutien à la parentalité.

Les défis auxquels l'ONE fait face sont très différents à Bruxelles et en Wallonie. A Bruxelles, les familles les plus vulnérables sont allochtones, primo-arrivantes, peu instruites, et ne parlent souvent aucune langue connue des soignants et des TMS. Le risque médical principal est le diabète gestationnel. Dans ce contexte, la mission de promotion de la santé alimentaire est prioritaire. En Wallonie, les familles les plus vulnérables sont autochtones, souvent sans emploi, et le tabagisme, l'obésité et la jeunesse des mères y sont plus fréquentes. La barrière de communication n'est pas linguistique, mais peut être comportementale. Le risque médical principal est la prématurité, et la mission de promotion de la santé touche à la fois à l'alimentation et au tabac.



Rapport 2015

Banque de Données Médico-Sociales

▶ CHAPITRE 3

DONNÉES DE NAISSANCES

► Introduction	5
► Les données officielles	5
► L'ONE	6
■ 1. Méthodologie	6
1.1. Naissances de droit	7
1.2 Naissances de fait	9
■ 2. Données de naissance fournies par les « Avis de naissance »	9
2.1. Données relatives à l'enfant autour de la naissance	9
2.2 Données relatives à la mère au moment de l'accouchement	18
► Conclusions	27
■ Caractéristiques des enfants	27
Evolution du mode d'accouchement :	27
Poids de naissance :	27
Petit poids extrême :	27
Bébés avec surpoids à la naissance :	27
Prématurité :	27
■ Caractéristiques des mères	28
Age :	28
Grossesses d'adolescentes :	28
Isolement :	28
Allaitement :	28
Rôle de l'ONE en relation avec la précarité en période périnatale :	28

► INTRODUCTION

Depuis 30 ans les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) récoltent systématiquement des données des femmes enceintes et des enfants dont elles assurent le suivi qu'ils/elles rencontrent afin de mieux connaître leur population et d'améliorer leur travail.

Cette récolte se fait par l'« Avis de naissance » dont l'objectif premier est d'informer l'équipe médico-sociale de la naissance d'un enfant dans leur secteur d'activités.

Ces données rendues anonymes sont transmises à la BDMS pour analyse et détermination des programmes prioritaires de l'Office et leur évaluation. Les statistiques sont ensuite retournées aux TMS.

Le présent chapitre est consacré aux naissances en Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B). Il étudie en particulier la relation entre les données officielles et les données collectées par l'ONE.

► LES DONNÉES OFFICIELLES¹

Au niveau fédéral, les statistiques officielles qui concernent les naissances sont établies par la Direction Générale de la Statistique et de l'Information Economique (DGSIE) du Service Public Fédéral Economie, PME, Classes moyennes et Energie.

Elles proviennent de deux sources :

- Les bulletins de déclaration des naissances vivantes à l'état civil (modèle 1).
Cette source est la plus importante et la plus riche car elle considère tous les enfants nés en Belgique quel que soit le statut des parents. Ces bulletins seront bientôt remplacés par e-Birth.
Les Communautés flamande et française et la Commission communautaire commune (bruxelloise) reçoivent les bulletins, en assurent le codage et la saisie, et produisent une première statistique relative aux naissances vivantes survenues dans leur aire de compétence. Puis elles transmettent les informations à la DGSIE.
- Le Registre National des personnes physiques (RN).

Le RN véhicule moins d'informations, mais plus rapidement. Elles concernent tous les enfants nés, en Belgique ou à l'étranger, dont la mère est inscrite à ce registre. C'est ce que l'on appelle les naissances de droit.

Les informations du RN ne permettent pas d'identifier de façon univoque la mère de l'enfant né vivant et nouvellement enregistré, de sorte qu'il n'est pas possible sur cette base d'établir une statistique valide de fécondité. Par ailleurs, le RN ne comporte aucune information sanitaire relative à la naissance – celles qui font la spécificité et l'intérêt des bulletins pour le suivi socio-sanitaire.

La DGSIE cherche une complémentarité entre ces deux sources (bulletins et RN), qui sont rarement tout-à-fait concordantes.

Depuis 2010, le RN a été utilisé comme référence et dès lors, les statistiques ont été établies sur base des naissances enregistrées au RN. Elles portent donc sur les naissances de mères résidentes en Belgique à ce moment. On notera que les enfants nés à l'étranger dont la mère a sa résidence habituelle en Belgique sont aussi des naissances de droit, mais elles ne sont plus prises en considération par la statistique des naissances.

Avec la notification électronique de naissance (e-Birth) mise en place depuis 2008, pour toutes les naissances communes aux deux sources, les données apportées par les bulletins qui viennent compléter celles qui ne sont extraites que du RN sont les suivantes :

- informations sanitaires (poids de naissance, durée de la grossesse...),
- données socio-économiques relatives aux parents (niveau d'instruction, état social dans la profession...).

¹ SPF Economie ; Juillet 2011 ; Naissances et fécondité – Notes explicatives

Ce changement a été rendu possible par le fait que la DGSIE a obtenu l'autorisation d'accéder à certaines informations du RN, ce qui lui a permis :

- 1° d'inclure dans la statistique des naissances, les enfants nés à l'étranger dont les mères résident en Belgique (entre 1500 et 2000 naissances par an, et qui ne figuraient pas sur les bulletins),
- 2° d'exclure de la statistique, les naissances survenues en Belgique alors que la résidence belge de la mère n'est pas confirmée par le RN (soit de 1200 à 1800 naissances par an qui ne sont pas enregistrées au RN).

La nouvelle procédure aboutit à un seul et même effectif, qui a été retenu pour quantifier le mouvement annuel de la population. Si au niveau global, ces changements n'ont que peu d'effets quantitatifs sur la statistique de fécondité, il n'en va pas de même au niveau régional, l'effet peut être plus important parce que :

- les naissances exclues étaient comptabilisées dans les zones de primo-installation des migrants internationaux (particulièrement à Bruxelles-Capitale),
- les naissances maintenant incluses viennent surtout enrichir les effectifs de naissance des communes frontalières des Régions flamande et wallonne.

► L'ONE

L'« Avis de naissance » est un document établi par les TMS de l'ONE à la naissance de l'enfant. Il s'agit d'un outil de liaison entre le lieu de naissance et le personnel de l'ONE chargé d'accompagner les familles après leur retour à domicile. Il est adressé au TMS de la consultation pour enfants la plus proche du domicile des parents.

Les données de l'enfant et de la mère, récoltées dans ce document, permettent à l'ONE de remplir une de ses missions de base qui se caractérise par l'accompagnement des familles, en particulier avec des visites à domicile au lieu de résidence habituelle de la mère, et cela, indépendamment de celui qui est enregistré par la DGSIE.

Ce sont ces données que nous présentons ici.

L'« Avis de naissance », qui regroupe les données relatives à l'accouchement, comporte trois parties :

- 1° Des données administratives qui permettent le suivi individualisé dès le retour à domicile. Elles ne sont pas encodées dans la BDMS afin de garantir l'anonymat,
- 2° Un relevé des caractéristiques (générales et médicales) du nouveau-né,
- 3° Des données relatives au suivi de la grossesse, à l'accouchement, à la mère et au mode d'alimentation du nourrisson.

Les « Avis de naissance » sont transmis à l'Administration subrégionale correspondante. C'est là que les données seront encodées, par un personnel soumis à une clause de confidentialité et sous supervision du conseiller pédiatre.

Ainsi, le personnel de terrain reçoit les documents immédiatement alors que les données rendues anonymes, ne sont intégrées à la BDMS que dans les mois qui suivent la naissance.

Après vérification et analyse, un feed-back est transmis à chaque subrégion avant d'être éventuellement publié.

► 1. MÉTHODOLOGIE

A l'exception des données du tableau 3.2 et du graphique 3.2, qui reprennent le nombre global des naissances en FW-B, les naissances prises en compte dans ce chapitre incluent toutes les naissances d'enfants de mères « francophones » ayant accouché à Bruxelles et en Wallonie et pour lesquelles les TMS ont établi un « Avis de naissance ». C'est le lieu de résidence qui définit le dénominateur.

Les mères germanophones des cantons de l'est sont exclues de ces statistiques car elles sont suivies par les services de Kaleido DG, anciennement DKF (Dienst für Kind und Familie) de la Communauté germanophone ou Deutsch Gemeinschaft (DG) en allemand.

Les mères néerlandophones de la région bruxelloise sont elles aussi exclues car elles sont suivies par Kind en Gezin.

Selon les Notes explicatives du SPF Economie, la définition de naissance de fait et naissance de droit est la suivante : « dans la commune (ou le pays) où elles surviennent, les naissances sont des naissances de fait, tandis qu'elles ne sont naissances de droit que dans la commune (ou le pays) de résidence habituelle de la mère »².

Rappelons que pour toute une série d'acteurs socio-sanitaires, disposer de statistiques liées au lieu de naissance (« de fait ») est fondamental – alors que les statistiques de population ne prennent en compte que les naissances « de droit ».

A noter aussi que le domicile est « le lieu où une personne physique est inscrite à titre principal, en Belgique, sur les registres de la population, sur le registre des étrangers ou sur le registre d'attente ». Quant à la résidence habituelle, elle est « le lieu où une personne physique s'est établie à titre principal, même en l'absence de tout enregistrement et indépendamment d'une autorisation de séjourner ou de s'établir... ».

■ 1.1. Naissances de droit

Cette première partie concerne les naissances dites « de droit », soit les naissances répertoriées officiellement, selon le lieu de résidence de la mère, par la Direction Générale de la Statistique et de l'Information Economique (DGSIE) du SPF Economie, après l'exclusion des naissances d'enfants dont les mères résident en Flandre ou dans la Communauté germanophone.

Pour établir la couverture des « Avis de Naissance » collectés par les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE, nous utilisons comme dénominateur de référence les données officielles de naissance établies par le DGSIE.

L'évolution de cette couverture montre l'importance du travail réalisé par l'Office pour disposer très rapidement des données de la grande majorité des naissances, ce qui est indispensable pour pouvoir accompagner ces familles dès l'arrivée de l'enfant à la maison.

Tableau 3.1 :

Evolution de la couverture entre les naissances de droit dans les « avis de naissance » de l'ONE et les naissances officielles du SPF Economie.

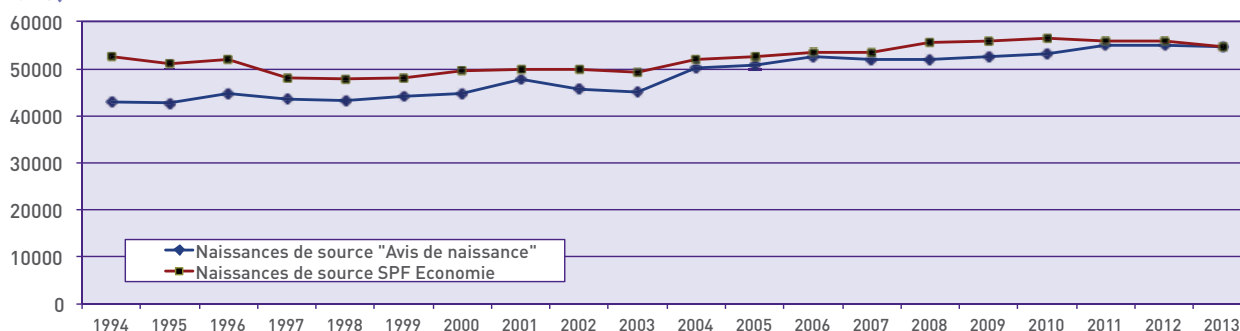
	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Naissances de source «Avis de naissance»	42930	44031	50047	52651	53204	54849	55049	54704
Naissances de source SPF Economie	52547	48155	52075	55812	56461	57768	55885	54810

Le tableau 3.1 compare l'évolution des « Avis de naissance » de l'ONE aux naissances officielles de la Direction générale de la Statistique et de l'Information Economique (DGSIE) du Service Public Fédéral Economie, PME et Classes moyennes.

Une augmentation progressive du nombre d'« Avis de naissance » de l'ONE est observée au fil des années atteignant 55 049 naissances en 2012 alors que pour la première fois une diminution de ces avis de naissance est constatée en 2013. Cette évolution est consolidée par le nombre de naissances de source officielle (SPF Economie).

Graphique 3.1 :

Evolution des naissances « Avis de naissance » de l'ONE et des naissances DGSIE du SPF Economie (1994 – 2013)

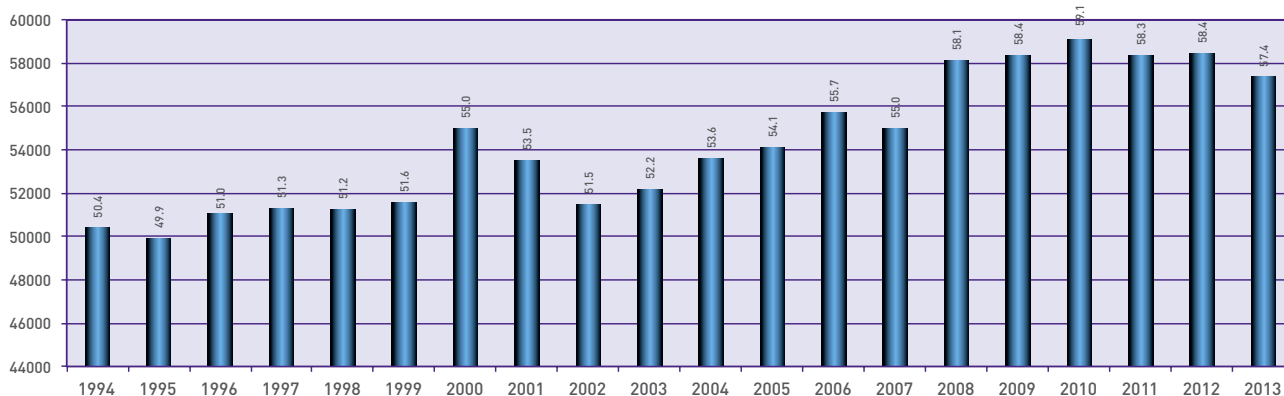


² SPF Economie, PME, classes moyennes. Naissances et fécondité – Notes explicatives. http://statbel.fgov.be/fr/binaries/Naissances%20et%20f%C3%A9condit%C3%A9_M%C3%A9s_FR_tcm326-197156.pdf accédé le 31 octobre 2014

Le grand nombre d'avis de naissance établis par les TMS, reflète la variation dans la taille de la population de droit (graphique 3.1). Sur les 5 dernières années, ces « Avis de naissance » représentent, en moyenne, 97 % des naissances officielles et, pour la période représentée, qui couvre les 20 dernières années, l'ONE couvre 93,2 % des naissances officielles (81,7 % en 1994 – 99,8 % en 2013).

Ces proportions permettent aux « Avis de naissances » de la BDMS de refléter les données de presque toutes les naissances en Fédération Wallonie-Bruxelles, constituant ainsi un gage de représentativité des naissances francophones en Wallonie et à Bruxelles.

Graphique 3.2:
Evolution des naissances officielles de droit exhaustives en FW-B (néerlandophones de Bruxelles et germanophones de Liège incluses)



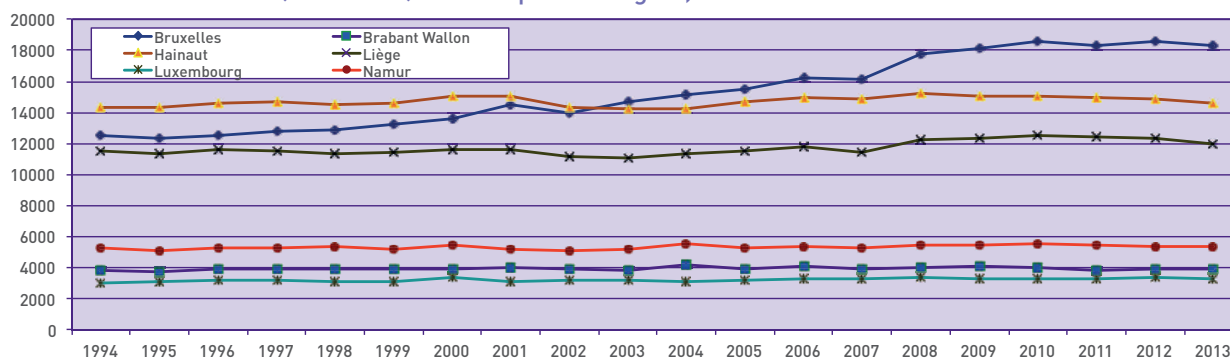
Le nombre total des naissances en FW-B, y compris les naissances de néerlandophones de Bruxelles et de germanophones des cantons de l'est est en augmentation marquée depuis 2008, une évolution observée aussi dans les naissances officielles de droit en FW-B.

La population suivie par l'ONE a augmenté de 13,8 % entre 1994 (l'ONE étant à ce moment-là parvenu à l'exhaustivité de ses données de liaison collectées en maternité) et 2013.

Dès 2008, on observe une hausse importante de naissances avec une moyenne d'environ 58.300 naissances par an avec un pic de 59 094 naissances en 2010.

Au cours de la période 2002-2007, cette moyenne n'atteignait que 53.600 naissances.

Graphique 3.3:
Evolution des naissances (officielles) de droit par subrégion, 1994-2013



Depuis 2008, on observe une augmentation des naissances « de droit » dans les grandes villes, notamment à Bruxelles où elles sont passées de 13.626 naissances en 2008 à 18.562 en 2012. Liège suit, avec 12 262 naissances en 2008 et 11.975 en 2013. Dans les autres subrégions le nombre de naissances est resté stable ou bien a légèrement diminué.

Bruxelles est la ville la plus peuplée et le nombre de naissances y est le plus important (près d'un tiers – 31,2 % - 18.562/58.444).

■ 1.2 Naissances de fait

Les naissances « de fait » sont établies par l'ONE en fonction du lieu de l'accouchement (Tableau 3.2). Elles sont plus nombreuses que celles « de droit », reprises dans le tableau précédent (Tableau 3.1), parce que l'information relative au lieu de résidence n'est pas encore prise en considération.

Cette restriction permet de comprendre les différences parfois observées entre les données publiées par l'ONE et celles qui sont publiées par d'autres organismes tel le Centre d'Epidémiologie Périnatale (CEpiP)³, un organisme chargé d'analyser les données exhaustives des naissances en FW-B.

En définitive, la complexité administrative de notre pays explique que ces données ne soient pas toujours concordantes.

Tableau 3.2:

Naissances de fait établies par les « Avis de naissance » selon le lieu d'accouchement et Ratio entre naissances de droit et naissances de fait

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Bruxelles	9573	12198	17944	18369	18188	19291	18802	19220
Brabant wallon	2107	2473	2662	3104	3077	2873	3020	3046
Hainaut	13224	13424	14156	13894	14150	14662	14429	14249
Liège	10762	10458	10209	11079	11614	12291	12246	11982
Luxembourg	2822	2847	3148	2865	2958	2908	2997	2847
Namur	4270	4068	4820	4846	4893	5020	4899	4896
TOTAL	42758	45468	52939	54157	54880	57045	56393	56240
RATIO D/F	100,40%	96,80%	94,50%	97,20%	96,90%	96,20%	97,60%	96,50%

Le tableau 3.2 montre que les naissances de fait (selon le lieu d'accouchement) sont, elles aussi en augmentation. Elles sont passées de 42 758 en 1994 à 56 240 en 2013. La grande majorité des naissances vivantes ont eu lieu à Bruxelles, au Hainaut et à Liège, où la concentration des maternités est la plus importante.

Entre 2009 et 2013, le taux annuel de naissances « de droit » par rapport aux naissances « de fait » fut en moyenne de 97,0%. La quasi-totalité des mères ont donc accouché dans leur région de résidence.

Toutefois, le taux de naissance de fait dans les sous-régions de Bruxelles et de Liège est proportionnellement plus important que le taux de naissance de droit, à cause du nombre et de l'attrait des maternités qui y sont implantées. En 2013 par exemple, ce surcroît par rapport aux naissances des résidentes était de 7,5% à Bruxelles et de 1,3% à Liège, des proportions qui masquent en réalité des contrastes plus importants lorsque l'on considère les villes et non les sous-régions.

Au contraire, c'est en Brabant wallon que les femmes ont le plus souvent accouché hors de leur région de résidence (18,7% de naissances), ainsi qu'en province de Luxembourg (12,2% des naissances).

► 2. DONNÉES DE NAISSANCE FOURNIES PAR LES « AVIS DE NAISSANCE » _____

La collecte des données de naissance, basées sur le lieu de résidence, est primordiale pour orienter le travail des agents de l'ONE dans l'accompagnement des familles après la naissance d'un enfant.

L'« Avis de naissance » traite de l'ensemble des données de naissance des enfants nés vivants. Il est rempli pour chaque enfant. Une grossesse gémellaire ou multiple va générer autant d'avis de naissances que d'enfants nés vivants pour une seule mère, c'est ce qui explique les différences entre les dénominateurs des mères et des enfants.

■ 2.1. Données relatives à l'enfant autour de la naissance

Les données relatives à l'enfant, collectées dans les avis de naissance et présentées dans ce rapport sont : la présentation de l'enfant à l'accouchement, le mode d'accouchement, son poids à la naissance, la durée de gestation et le score d'Apgar.

2.1.1 Présentation de l'enfant à l'accouchement

Le bébé se retourne naturellement à l'approche de l'accouchement pour prendre sa position définitive, dans la majorité des cas, vers la fin du septième mois.

³ Le CEpiP est l'organisme chargé d'analyser les données exhaustives des naissances en FW-B avec une orientation clinique destinée principalement aux gynécologues et sages-femmes.

La position la plus fréquente à l'accouchement est la position céphalique, c'est-à-dire tête la première dans le bassin maternel. Parfois, le fœtus reste assis dans le bassin avec sa tête dans la partie haute de l'utérus : c'est ce qu'on appelle la position « en siège ». Dans d'autres cas il ne se retourne pas complètement et reste en position dite « transversale » - une position qui justifie une césarienne ou une manœuvre obstétricale.

Tableau 3.3:
Présentation de l'enfant à l'accouchement

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Céphalique	39465	39528	44495	47004	46989	48274	48070	47471
%	95,10%	94,40%	94,60%	94,60%	94,40%	94,60%	94,40%	94,50%
Siège	1871	2091	2320	2414	2520	2467	2576	2488
%	4,50%	5,00%	4,90%	4,90%	5,10%	4,90%	5,10%	5,00%
Transversale	184	232	231	275	290	271	253	300
%	0,40%	0,60%	0,50%	0,60%	0,60%	0,50%	0,50%	0,60%
TOTAL	41520	41851	47046	49693	49799	51012	50899	50259
Données manquantes (%)	3,30%	4,60%	5,60%	5,60%	6,40%	7,00%	7,50%	8,10%

Source : « Avis de naissance » BDMS-ONE, 2013

Les données de présentation de l'enfant au moment de l'accouchement sont stables au cours du temps. La grande majorité (94,5 %) se présente en position céphalique alors qu'environ 5 % sont en position « en siège » et 0,5 % en position transversale au moment de l'accouchement.

Nous observons une augmentation progressive mais encore limitée des données manquantes pour cet item.

2.1.2 Mode d'accouchement

Il y a deux modes d'accouchement, par voie basse (vaginale) et par césarienne.

Les premiers peuvent justifier un éventuel recours à une ventouse, un forceps, ou à des manipulations - lorsque le bébé est « en siège ».

Tableau 3.4:
Evolution du mode d'accouchement

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Spontané	29089	29660	32619	34194	34037	36282	36426	35663
%	71,60%	71,90%	71,10%	70,90%	70,30%	71,00%	71,20%	70,30%
Ventouse	3892	3123	3027	2867	2871	3004	2934	2996
%	9,60%	7,60%	6,60%	5,90%	5,90%	5,90%	5,70%	5,90%
Forceps	1968	1736	1430	1196	1183	1192	1161	1039
%	4,80%	4,20%	3,10%	2,50%	2,40%	2,30%	2,30%	2,00%
Siège voie basse	121	66	37	40	24	27	43	29
%	0,30%	0,20%	0,10%	0,10%	0,00%	0,10%	0,10%	0,10%
Césarienne	5555	6677	8780	9907	10291	10626	10630	11017
%	13,70%	16,20%	19,10%	20,60%	21,30%	20,80%	20,80%	21,70%
Total	40625	41262	45893	48204	48406	51131	51194	50744
Données manquantes (%)	5,37%	6,29%	8,30%	8,45%	9,02%	6,78%	7,00%	7,24%

La distribution des naissances par voie basse est stable depuis que l'ONE a commencé à récolter cette donnée. En moyenne, 71,3 % des accouchements par voie basse se font de manière spontanée, 7,0 % requièrent l'usage d'une ventouse et 3,3 % de forceps. Les naissances par voie basse des bébés « en siège » restent exceptionnelles (1 ‰). A noter que dans le présent rapport, on entend par « accouchement spontané » une naissance par voie basse, sans manœuvre.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de naissances par césarienne est en hausse partout dans le monde. D'après l'OMS, le taux de césarienne devrait être compris entre 5 % et 15 % des naissances. Or, le Brésil atteint 40 % et la Chine, 46 %.

Cette progression se reflète dans les Avis de naissance de l'ONE (13,7 % en 2004 ; 21,7 % en 2013). Avec d'autres facteurs, la diminution de la tolérance à l'asphyxie transitoire du nouveau-né pourrait justifier cette augmentation des césariennes.

Tableau 3.5 :
Mode d'expulsion selon la présentation de l'enfant à l'accouchement (données cumulées 2011-2013)

	Césarienne		Forceps		Manœuvre sur siège		Spontanée		Ventouse		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Siège	6617	87,10%	23	0,30%	64	0,80%	878	11,60%	18	0,20%	7600
Sommet	23636	16,50%	3348	2,30%	33	0,00%	107659	75,00%	8864	6,20%	143540
Transversale	758	91,30%	7	0,80%	4	0,50%	53	6,40%	8	1,00%	830
Total	31011	20,40%	3378	2,20%	101	0,10%	108590	71,50%	8890	5,80%	151970

Les données cumulées de 2011 à 2013, portant sur 151.970 naissances, montraient que :

- Les enfants avec une présentation en siège sont nés par césarienne, par rapport à ceux nés de manière spontanée, dans respectivement 87,1 % et 11,6 % des cas ;
- 91,3 % des enfants en position transverse naissaient par césarienne et 6,4 % par expulsion dite « spontanée ». Pour ces deux types de présentation, l'utilisation de forceps ou de ventouses était exceptionnelle.
- 75,0 % des enfants avec présentation céphalique naissaient par expulsion spontanée et 16,5 % par césarienne. 6,2 % de ces naissances ont requis une ventouse et 2,3 %, des forceps.

Les manœuvres lorsque l'enfant se présente par le siège concernent un peu moins d'une naissance sur mille.

2.1.3 Poids de naissance

Le poids du bébé, mesuré immédiatement à la naissance, permet d'estimer son état de santé et de développement. Il n'existe pas de poids de naissance standard mais le poids de naissance moyen d'un bébé à terme est d'environ 3,3 kg⁴ ; à noter que les références utilisées par divers centres ne sont pas toujours comparables.

Les bébés nés avec moins de 2500 g, considérés comme ayant un petit poids de naissance, doivent être plus étroitement surveillés à cause des risques qu'ils encourent pendant la période périnatale. En cause, essentiellement, les naissances prématurées, les grossesses multiples, des complications pendant la grossesse et la consommation du tabac et/ou d'alcool par la future mère.

Les bébés peuvent naître avec plus de 4000 g parce que leurs parents sont de grande taille ou parce que la mère a développé un diabète pendant la grossesse ou qu'elle est elle-même en surpoids. Ils ont un risque accru de lésions au cours de l'accouchement et peuvent présenter des problèmes d'hypoglycémie à la naissance.

⁴ Mikolajczyk et al, A global reference for fetal-weight and birthweight percentiles. The Lancet, Volume 377, Issue 9780, Pages 1855 - 1861, 28 May 2011. doi: 10.1016/S0140-6736 (11) 60364-4

Tableau 3.6 :
Evolution du poids à la naissance

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
<500 g		6	7	12	14	35	48	43
%		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,10%	0,10%
500-999 g	103	120	108	111	110	175	218	248
%	0,20%	0,30%	0,20%	0,20%	0,20%	0,30%	0,40%	0,50%
1000-1499 g	239	270	294	324	290	387	379	409
%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,70%	0,70%	0,80%
1500-1999 g	589	610	700	706	746	720	755	808
%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,50%	1,40%	1,40%	1,50%
2000-2499 g	2145	2358	2493	2613	2644	2749	2687	2859
%	5,10%	5,40%	5,10%	5,10%	5,20%	5,20%	5,10%	5,40%
2500-2999 g	8861	9642	10040	10429	10475	10611	10610	10566
%	20,90%	22,00%	20,60%	20,50%	20,50%	20,10%	20,10%	20,00%
3000-3499 g	17498	17839	19662	20382	20462	21024	21039	21129
%	41,30%	40,80%	40,40%	40,10%	40,10%	39,90%	39,80%	40,10%
3500-3999 g	10392	10377	12349	12987	13014	13557	13674	13407
%	24,50%	23,70%	25,30%	25,50%	25,50%	25,70%	25,90%	25,40%
4000-4499 g	2281	2245	2764	2890	2951	3105	3046	2962
%	5,40%	5,10%	5,70%	5,70%	5,80%	5,90%	5,80%	5,60%
>4500 g	262	264	303	393	321	325	345	314
%	0,60%	0,60%	0,60%	0,80%	0,60%	0,60%	0,70%	0,60%
Total	42370	43731	48720	50847	51027	52688	52801	52745
Données manquantes [%]	1,30%	0,68%	2,65%	3,43%	4,09%	3,94%	4,08%	3,58%

Dans les avis de naissance collectés par l'ONE, 40,5% des bébés naissent en moyenne avec un poids de 3000 à 3499 g ; 24,9% de 3500 à 3999 g ; et 20,9% de 2500 à 2999 g.

Les bébés de moins de 2500 g représentent 7,6% du total. Parmi eux, on a observé au cours de ces trois dernières années une augmentation de ceux dont le poids est compris entre 1000 et 1499 g ainsi que ceux qui ont moins d'un kilo. Dans ce cadre, la Société Flamande de Pédiatrie (VVK) ⁵ a mené en 2014 une réflexion sur les critères des limites de viabilité du nouveau né de petit poids extrême.

Les naissances de bébés avec moins d'un kilo et demi restent encore limitées et représentent moins d'un pour-cent des naissances répertoriées mais on observe une augmentation progressive dans le nombre effectif de ces naissances, principalement dans les catégories extrêmes. Celles de moins de 500 grammes ont passé de 12 naissances en 2009 à 43 en 2013, celles avec un poids entre 500 et 999 grammes de 111 à 248 naissances et celles avec un poids entre 1000 et 1500 grammes ont passé de 324 à 409 naissances pour ces mêmes années.

Ceux qui ont plus de 4000 g concernent 6% des avis de naissance et ceux de plus de 4500 g, moins de 1%. Depuis 3 ans, on observe une diminution du nombre de ces cas, dont il est difficile de dire si elle est liée à une diminution réelle des macrosomies ou à une politique plus active d'induction du travail lorsqu'elles se présentent (voir tableau 3.6).

⁵ <http://vkindergeneeskunde.be/nl/publicaties/2014/06/aanbeveling-perinatale-zorgen-rond-levensvatbaarheid-in-vlaanderen>

Tableau 3.7 :
Poids de naissance selon le sexe

Année de naissance		Sexe		Total
		F	M	
2009	500 à 1499 g	247	287	534
		1,00%	1,10%	1,10%
	1500 à 2499 g	1876	1479	3355
		7,50%	5,70%	6,60%
	=> 2500 g	22775	24071	46846
	91,50%	93,20%	92,30%	
Total		24898	25837	50735
2010	500 à 1499 g	253	256	509
		1,00%	1,00%	1,00%
	1500 à 2499 g	1868	1596	3464
		7,50%	6,10%	6,80%
	=> 2500 g	22887	24386	47273
	91,50%	92,90%	92,20%	
Total		25008	26238	51246
2011	500 à 1499 g	287	266	553
		1,10%	1,00%	1,10%
	1500 à 2499 g	1897	1541	3438
		7,40%	5,80%	6,60%
	=> 2500 g	23367	24838	48205
	91,50%	93,20%	92,40%	
Total		25551	26645	52196
2012	500 à 1499 g	289	299	588
		1,10%	1,10%	1,10%
	1500 à 2499 g	1869	1534	3403
		7,30%	5,80%	6,50%
	=> 2500 g	23529	24710	48239
	91,60%	93,10%	92,40%	
Total		25687	26543	52230
2013	500 à 1499 g	318	327	645
		1,30%	1,20%	1,20%
	1500 à 2499 g	2018	1618	3636
		8,00%	6,00%	7,00%
	=> 2500 g	23012	24845	47857
	90,80%	92,70%	91,80%	
Total		25348	26790	52138

Les naissances de moins de 2500 g représentent 7,8% des cas et sont plus fréquentes chez les filles. Depuis 5 ans, elles représentent en moyenne chaque année 8,6% des naissances contre 7,2% pour les naissances masculines. En 2013 il y a eu une augmentation soudaine des naissances de petit poids, 9,3% pour les filles et 8,2% pour les garçons.

Par comparaison, le CEpiP fait état, à Bruxelles, de 7,9% de naissances de faible poids en 2011 et en Wallonie de 8,3% en 2010⁶

⁶ CEpiP ; Données périnatales en Wallonie, année 2011

Le petit poids à la naissance est défini comme la naissance d'un enfant de moins de 2500 g. Les naissances prises en compte sont les naissances vivantes de plus de

500 g, qu'elles soient uniques ou multiples, quel que soit l'âge gestationnel, qui sont survenues entre 2011 et 2013, soit 158.108 nouveau-nés.

Cette carte est donnée à titre informatif parce que la distribution géographique des naissances d'enfants de petit poids est aléatoire, du fait du petit nombre d'effectifs dans chaque commune.

2.1.4 Durée de gestation et prématurité

L'OMS considère les naissances à partir de 22 semaines comme étant d'une immaturité extrême⁷ et ceux qui sont nés vivant avant 37 semaines de gestation comme étant prématurés.

Cette organisation définit ainsi trois sous-catégories de prématurité⁸:

- la prématurité extrême (moins de 28 semaines)
- la grande prématurité (entre la 28e et la 32e semaine)
- la prématurité moyenne ou tardive (entre la 32e et la 37e semaine)

Tableau 3.8 :
Evolution de la prématurité

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
<37 semaines	2994	3397	3990	4033	4120	3940	3804	3990
%	7,40%	7,90%	8,30%	8,00%	8,20%	7,90%	8,30%	8,70%
>ou= à 37 sem	37601	39420	43914	46478	46340	45806	42068	42008
%	92,60%	92,10%	91,70%	92,00%	91,80%	92,10%	91,70%	91,30%
Total	40595	42817	47904	50511	50460	49746	45872	45998
Données manquantes (%)	5,44%	2,76%	4,28%	4,06%	5,16%	9,30%	16,67%	15,91%

Dans notre base de données, 8,2% des naissances ont en moyenne eu lieu avant 37 semaines de gestation. Depuis 5 ans, cette moyenne a augmenté jusqu'à 8,7% des naissances en 2013. Mais comme la proportion de données manquantes a elle aussi augmenté au cours de cette période, cette tendance est difficile à interpréter.

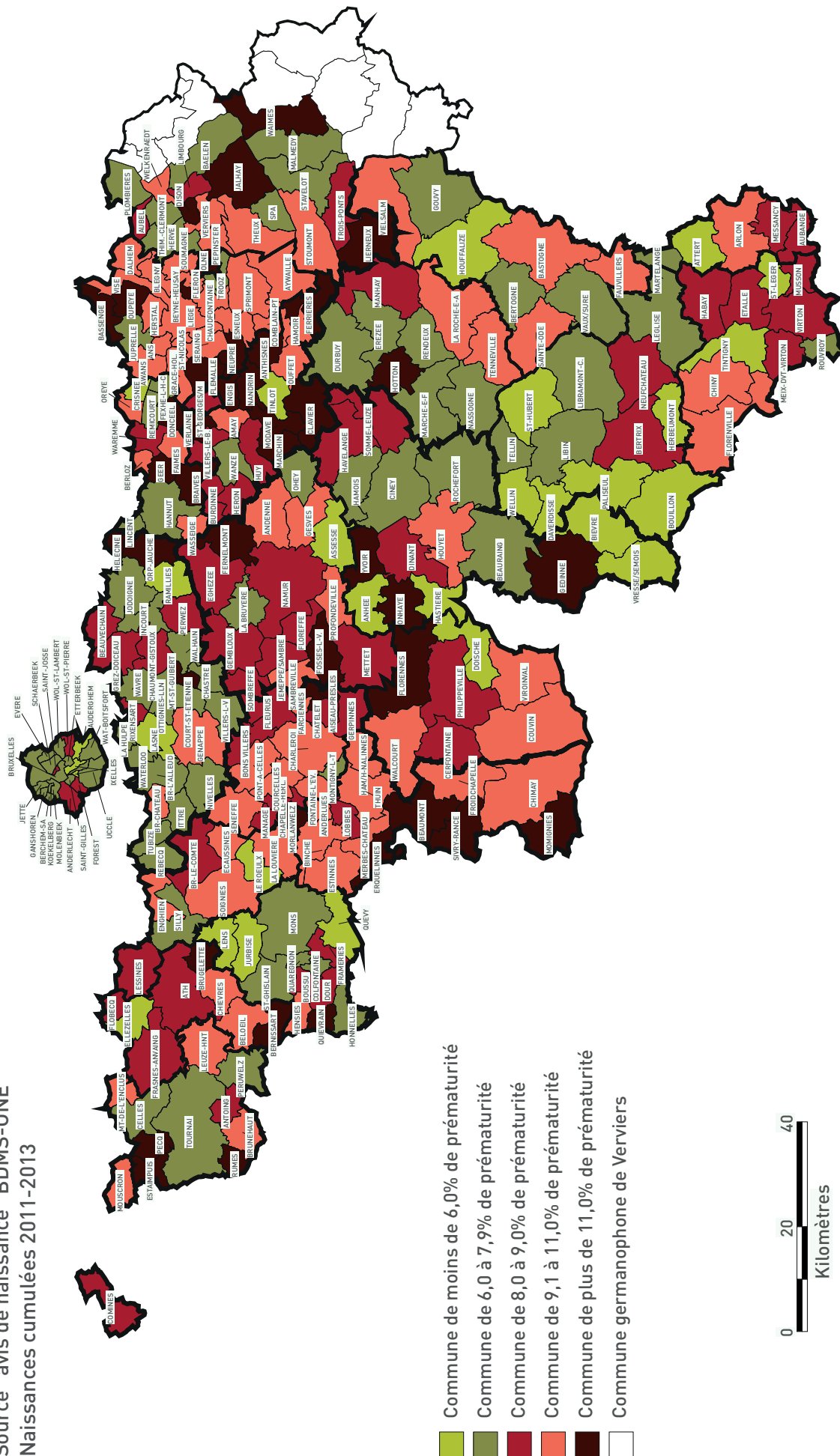
⁷ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43009/1/9242545872.pdf?ua=1>

⁸ OMS. Les naissances prématurées. Aide-mémoire N°363. Novembre 2013.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/> accédé le 30 octobre 2014

Cartographie 3.2:
Prématurité selon la commune de résidence de la mère

PREMATURITE SELON LA COMMUNE DE RESIDENCE DE LA MERE
(Communes de la Fédération Wallonie-Bruxelles)

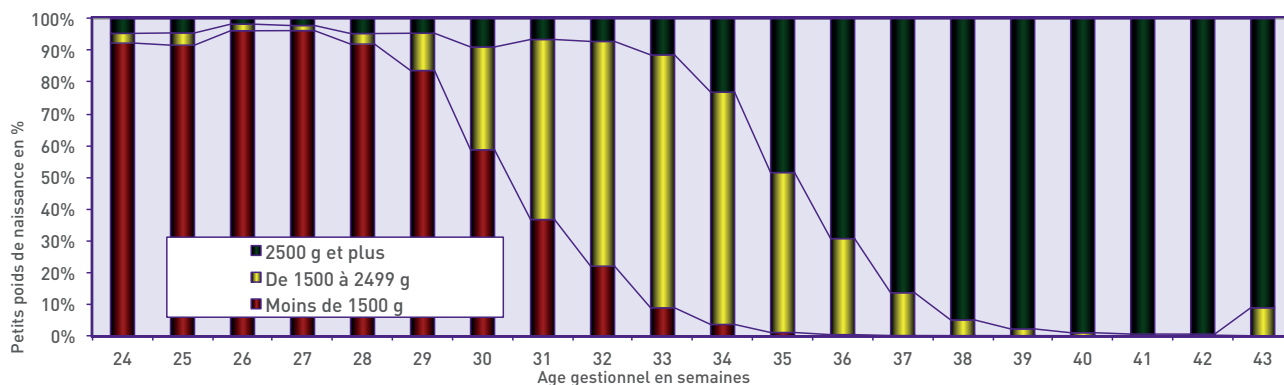
Source "avis de naissance" BDMS-ONE
Naissances cumulées 2011-2013



La durée gestationnelle et la prématurité sont décrites en détail dans la partie relative aux caractéristiques des femmes enceintes. En dépit de ses zones socialement défavorisées, Bruxelles a comparativement moins de naissances prématurées que la Wallonie, probablement grâce à des soins de santé plus accessibles.

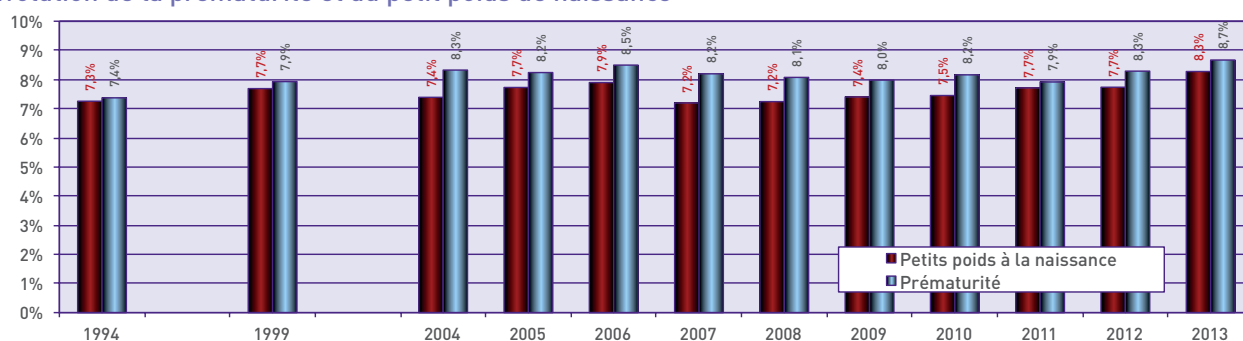
Graphique 3.4 :
Evolution du poids à la naissance de l'enfant selon l'âge gestationnel, 2013

Au cours des deux derniers mois de grossesse, le bébé est déjà formé et les fonctions de ses organes vitaux sont assurées. Il continue néanmoins à grandir et grossir.



Le graphique ci-dessus montre la relation entre le poids de naissance et l'âge gestationnel chez les nouveaux nés pour l'année 2013, selon les avis de naissance de la BDMS. Il est donné à titre indicatif en raison de l'aspect multifactoriel de la croissance fœtale d'une part, et de la définition uniquement statistique de cette anomalie d'autre part.

Graphique 3.5 :
Evolution de la prématurité et du petit poids de naissance



L'évolution de la prématurité reste stable entre 8 et 9 % des naissances et comme attendu, cette prématurité s'accompagne en très grande partie des naissances de moins de 2500 g (petit poids).

2.1.5. Le score d'Appgar

Le score d'APGAR est un test rapide qui permet d'évaluer l'état de santé du nouveau-né à la naissance. On le mesure deux fois à quelques minutes d'intervalle : une minute après sa naissance puis après cinq minutes, pour déterminer pour chaque nouveau-né la conduite à tenir ainsi que les paramètres qui doivent être surveillés.

Ce score est composé de 5 paramètres : la coloration de la peau, son rythme cardiaque, son tonus, sa respiration et ses réflexes.

Un score de 7 à 10 est considéré comme normal. Un score bas exige une assistance médicale urgente. Sous 7, il signe une détresse. Un bébé avec un score de 4 à 7 peut nécessiter des mesures de réanimation. Si le score est inférieur à 4, il a besoin de manœuvres de réanimation majeures et, s'il ne récupère pas rapidement, il doit être transféré dans un service de soins intensifs néonataux.

Tableau 3.9:

Score d'Apgar une minute après la naissance

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Score 0 à 4	1614	1315	1323	1396	1286	1392	1362	1412
%	4,10%	3,30%	2,80%	2,90%	2,90%	3,10%	3,10%	3,20%
Score 5 à 7	4664	4362	4545	4147	3731	3605	3288	3431
%	11,80%	10,90%	9,80%	8,70%	8,40%	8,10%	7,50%	7,80%
Score 8 à 10	33379	34506	40593	42137	39622	39484	39423	39155
%	84,20%	85,90%	87,40%	88,40%	88,80%	88,80%	89,40%	89,00%
Total	39657	40183	46461	47680	44639	44481	44073	43998
Données manquantes (%)	7,62%	8,74%	7,17%	9,44%	16,10%	18,90%	19,94%	19,57%

Ce sont pratiquement 90 % des enfants qui présentent un score d'Apgar supérieur à 7, une minute après leur naissance ce qui est en augmentation lente mais constante depuis 1994. La proportion de ceux dont le score se situe entre 5 et 7 a légèrement diminué alors que la proportion de ceux qui sont nés avec un score inférieur à 4 a légèrement augmenté depuis 5 ans.

Tableau 3.10:

Score d'Apgar cinq minutes après la naissance

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Score 1 à 6	875	606	601	867	688	625	601	706
%	2,40%	1,50%	1,30%	1,80%	1,50%	1,40%	1,40%	1,60%
Score 7 à 10	35653	38649	45406	46716	43876	43669	43285	43140
%	97,60%	98,50%	98,70%	98,20%	98,50%	98,60%	98,60%	98,40%
Total	36528	39255	46007	47583	44564	44294	43886	43846
Données manquantes (%)	14,91%	10,85%	8,07%	9,63%	16,24%	19,24%	20,28%	19,85%

En termes de pronostic de développement, c'est l'Apgar à 5 minutes qui est considéré comme étant le meilleur prédicteur. Cinq minutes après la naissance, plus de 98 % de bébés avaient un score supérieur à 7. Malheureusement, depuis 2009, le nombre de données manquantes augmente.

■ 2.2 Données relatives à la mère au moment de l'accouchement

Les données relatives à la mère concernent l'âge à l'accouchement, la situation matrimoniale, le nombre d'accouchements, la durée gestationnelle, les caractéristiques de l'accouchement et la mise au sein après l'accouchement.

2.2.1 L'âge maternel à l'accouchement

L'âge maternel à l'accouchement a significativement augmenté en Belgique, à cause de changements sociétaux (études, travail, choix du couple, ...) – ce qui ne manque pas de s'accompagner de risques et de difficultés.

Le rapport 2011 du Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpIP)⁹ fait état d'un âge moyen à l'accouchement de 29,5 ans en Wallonie (27,4 pour les primipares et 31,1 pour les multipares) et de 30,9 ans à Bruxelles (Âge moyen primipare : 29,2 ans - Âge moyen multipare : 32,2 ans).

Ces chiffres sont stables depuis le premier rapport du CEpIP en 2008 alors que dans la BDMS certains changements sont apparus depuis quelques années.

⁹ Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

Tableau 3.11 :
Evolution de l'âge des mères à l'accouchement

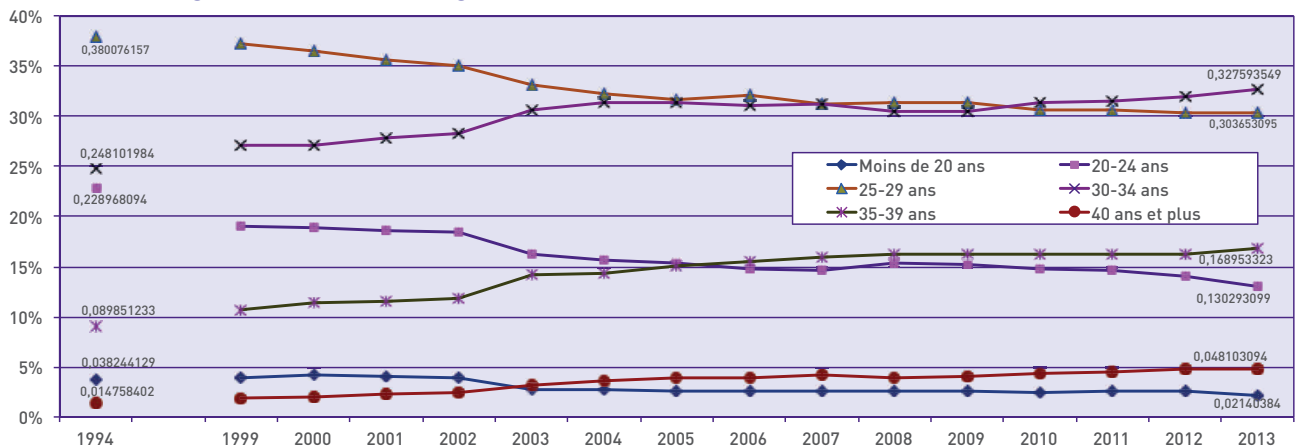
	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
<=15 ans	55	47	29	35	51	64	74	55
%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%
16-19 ans	1562	1656	1300	1300	1246	1306	1293	1101
%	3,70%	3,90%	2,60%	2,50%	2,40%	2,40%	2,40%	2,00%
20-24 ans	9681	8147	7691	7935	7835	7909	7629	7037
%	22,90%	19,00%	15,60%	15,20%	14,80%	14,70%	14,10%	13,00%
25-29 ans	16070	16006	15948	16359	16211	16467	16450	16400
%	38,00%	37,30%	32,30%	31,30%	30,70%	30,60%	30,40%	30,40%
30-34 ans	10490	11630	15479	15927	16561	16948	17288	17693
%	24,80%	27,10%	31,40%	30,50%	31,40%	31,50%	32,00%	32,80%
35-39 ans	3799	4590	7071	8513	8615	8749	8799	9125
%	9,00%	10,70%	14,30%	16,30%	16,30%	16,30%	16,30%	16,90%
40 ans et plus	624	810	1813	2143	2290	2392	2565	2598
%	1,50%	1,90%	3,70%	4,10%	4,30%	4,40%	4,70%	4,80%
Total	42281	42886	49331	52212	52809	53835	54098	54009
Données manquantes (%)	1,51%	2,60%	1,43%	0,83%	0,74%	1,85%	1,73%	1,27%

Depuis 5 ans, les grossesses juvéniles (<15 ans) sont restées rares (moins d'une pour mille) dans notre base de données, en dépit de l'augmentation du nombre effectif de grossesses, avec un pic de 74 grossesses (chiffre absolu) en 2012.

La proportion des mères ayant entre 16 et 19 ans diminue légèrement depuis 2009 pour atteindre 2% (1101 grossesses) en 2013. Cette diminution est aussi observée parmi les mères de 20 à 24 ans.

Les grossesses de celles qui ont moins de 30 ans diminuent progressivement alors qu'entre 30 et 34 ans, on observe une légère augmentation. La proportion de grossesses chez les femmes de 35 à 39 ans est restée stable autour des 16% alors qu'à partir de 40 ans l'augmentation a été plus importante, puisque ces grossesses approchent aujourd'hui 5% du total.

Graphique 3.6 :
Evolution de l'âge de la mère (en catégories) au moment de l'accouchement de 1994 à 2013

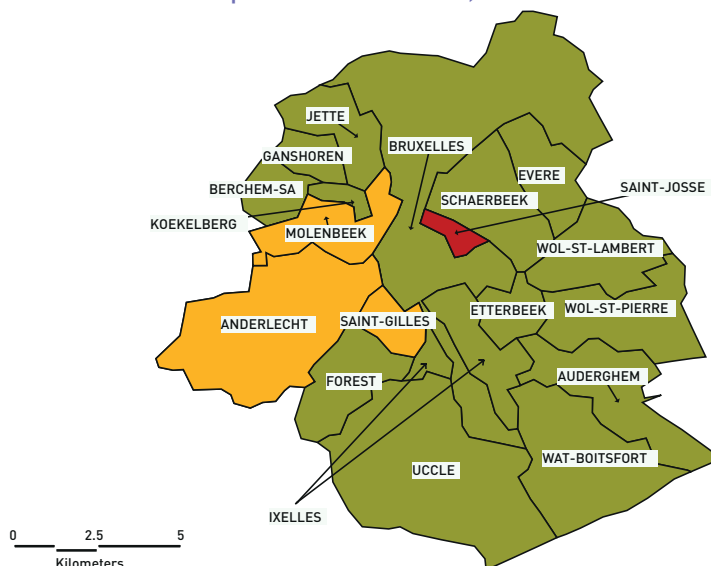


La part la plus importante des mères appartient à la catégorie des 30-34 ans. L'âge moyen à l'accouchement ne cesse de reculer avec la progression des accouchements dans des catégories spécifiques d'âge des mères (30 ans et plus). En 2013, l'âge médian se situe à 30,2 ans et est variable d'une subrégion à une autre.

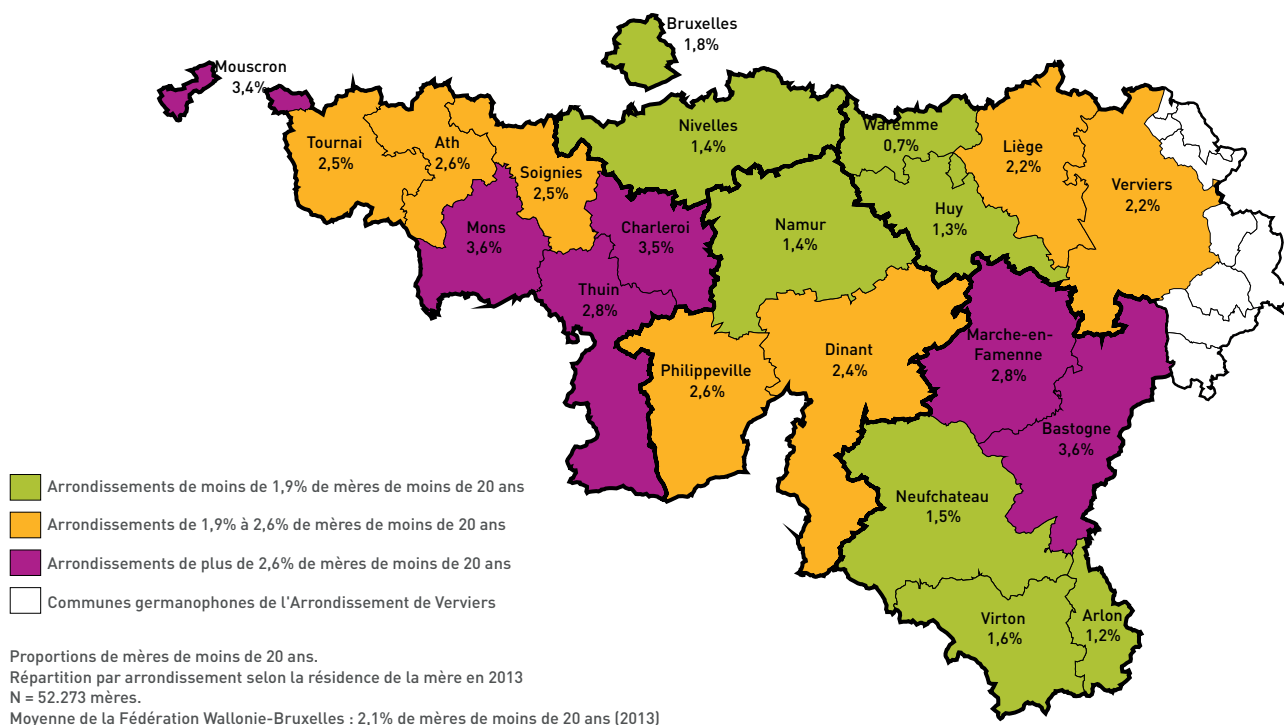
Depuis 2003, on observe une augmentation de la proportion des femmes de plus de 30 ans au moment de l'accouchement, une proportion qui s'est encore accrue en 2013.

Cartographie 3.3:

Répartition des mères de moins de 20 ans par arrondissement, 2013



REPARTITION PAR ARRONDISSEMENT DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES DES MERES DE MOINS DE 20 ANS
Source "avis de naissance" - Banque de données médico-sociales - ONE 2013



La répartition géographique des naissances chez les femmes de moins de 20 ans est inégale. En 2013 les arrondissements de Mons, Charleroi et Bastogne présentent un taux de plus de 3% de mères de moins de 20 ans.

Etant donné le nombre restreint de ces grossesses, les pourcentages ainsi que leur distribution peuvent varier d'une année à l'autre.

2.2.2 La situation relationnelle de la mère

La famille est en pleine mutation. Elle prend des formes diverses :

- recomposée,
- monoparentale,
- homoparentale,
- domicile séparé des parents, etc.

Les mères isolées sont spécialement vulnérables au moment de l'acquisition des compétences nécessaires à la parentalité, et cela d'autant plus que leur réseau social est faible.

Tableau 3.12:

Evolution de la situation relationnelle des mères au moment de l'accouchement

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
En couple/famille	28086	32723	36572	42528	41353	41511	41156	40939
%	94,80%	97,30%	96,30%	96,10%	96,20%	95,90%	96,10%	95,90%
Isolée/en MA	1544	904	1399	1707	1653	1771	1686	1762
%	5,20%	2,70%	3,70%	3,90%	3,80%	4,10%	3,90%	4,10%
Total	29630	33627	37971	44235	43006	43282	42842	42701
Données manquantes (%)	30,98%	23,63%	24,13%	15,98%	19,17%	21,09%	22,17%	21,94%

Depuis les 15 dernières années, la proportion des femmes vivant isolées avec leur enfant est passée de 2,7% (en 1999) à 4,1% en 2013.

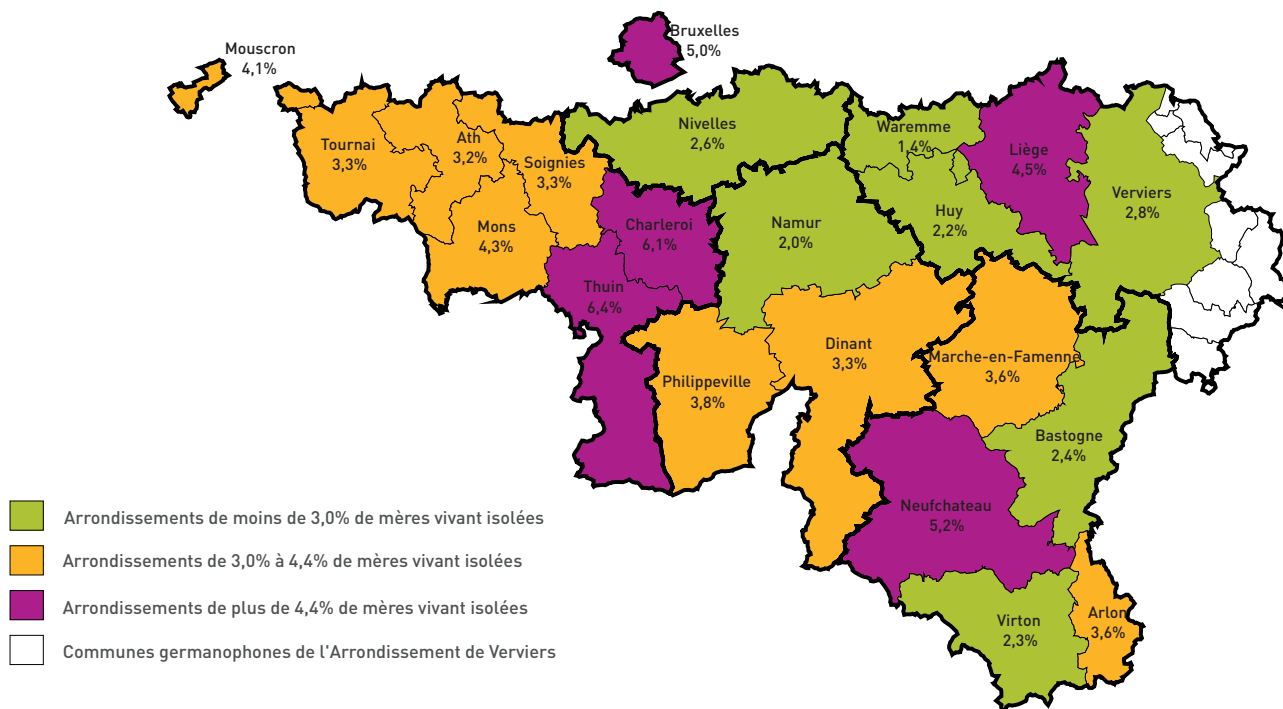
Ces données doivent être interprétées avec prudence parce que la question est sensible, difficile à soumettre à la maman, et la proportion de données manquantes est élevée.

Malgré le taux élevé de données manquantes, parmi les mères pour qui nous avons l'information, nous observons depuis 2009 une augmentation constante de cette proportion, celle-ci dépasse les 4% en 2013.

Cartographie 3.4:**Répartition par arrondissement des mères vivant isolées à Bruxelles et en Wallonie**

RÉPARTITION PAR ARRONDISSEMENT DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES DES MERES VIVANT ISOLEES

Source "avis de naissance" - Banque de données médico-sociales - ONE 2013



Proportions de mères vivant isolées (toute seule ou en maison d'accueil)
Répartition sur base du lieu de résidence de la mère en 2013

N= 52.957 mères

Proportion moyenne de mères vivant isolées : 4,1% (2013)

2.2.3 La parité

La parité indique le nombre d'accouchements d'enfant (s) viable (s) dans l'histoire obstétricale d'une femme. Elle indique le degré probable de risque pour la grossesse en cours et a une influence sur sa prise en charge. Par conséquent, le degré de normalité d'un accouchement varie avec la parité : l'accouchement d'une primipare est sensiblement différent de celui des multipares.

Tableau 3.13:
Evolution de la parité

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Primipare	18576	18988	21930	21211	20804	20711	20077	20043
%	44,50%	44,30%	45,20%	45,50%	44,90%	44,00%	43,60%	43,40%
2pare	13705	13757	15731	15307	15193	15582	15361	15421
%	32,80%	32,10%	32,40%	32,80%	32,80%	33,10%	33,40%	33,40%
3pare	5900	6390	6849	6368	6582	6804	6763	6796
%	14,10%	14,90%	14,10%	13,70%	14,20%	14,50%	14,70%	14,70%
4pare et plus	3540	3748	4017	3727	3709	3975	3798	3897
%	8,50%	8,70%	8,30%	8,00%	8,00%	8,40%	8,30%	8,40%
Total	41721	42883	48527	46613	46288	47072	45999	46157
Données manquantes (%)	2,82%	2,61%	3,04%	11,47%	13,00%	14,18%	16,44%	15,62%

Dans la population ONE, la proportion de primipares a légèrement diminué entre 2009 et 2013 alors que celle de multipares est restée relativement stable. La proportion de grandes multipares (4 accouchements et plus) est de 8,2% par an en moyenne.

2.2.4 Les grossesses multiples

Une grossesse multiple résulte de la fertilisation de deux ovocytes ou plus. La naissance multiple la plus fréquente est celle de jumeaux.

La variété de jumeaux la plus fréquente (7 à 11 sur 1000 naissances) est celle des jumeaux dizygotes, ou « faux jumeaux ». Ils proviennent de deux ovocytes différents produits lors d'un même cycle menstruel simultanément fécondés par deux spermatozoïdes différents. Ils s'implantent séparément et ils développent des membranes indépendantes. Chacun développe son propre placenta, son propre chorion et son propre amnios.

Il arrive que les deux placentas soient situés en contact l'un de l'autre et qu'ils fusionnent, tout comme d'ailleurs les chorions.

Les jumeaux monozygotes ou « vrais jumeaux » sont plus rares (3 à 4/1000 naissances). Ils résultent du clivage des blastomères à divers stades du développement et la disposition des membranes fœtales varie selon le moment de la séparation.

Comme les risques liés aux grossesses multiples sont accrus, particulièrement si les bébés partagent un placenta, la qualité du suivi prénatal est essentielle¹⁰.

Tableau 3.14:
Evolution des grossesses multiples

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Grossesse unique	41675	42563	48343	50941	51439	53161	53365	52957
%	98,50%	98,30%	98,50%	98,40%	98,30%	98,40%	98,50%	98,40%
Grossesses gémeillaires	593	696	725	844	862	834	824	856
%	1,40%	1,60%	1,50%	1,60%	1,60%	1,50%	1,50%	1,60%
Grossesses de haut rang	21	19	14	8	14	7	11	11
%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	42289	43278	49082	51793	52315	54002	54200	53824
Données manquantes (%)	1,49%	1,71%	1,93%	1,63%	1,67%	1,54%	1,54%	1,61%

¹⁰ <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/twins-healthy-multiple-pregnancy.aspx>

Les grossesses gémellaires concernent moins de 2% des grossesses dans notre base de données et celles de triplés ou plus, dites « de haut rang » représentent moins de 1 pour mille (0,02%) naissances. Entre 2009 et 2013 il y a eu en moyenne 10,2 grossesses de haut rang par an.

2.2.5 Durée gestationnelle

L'âge gestationnel ou durée de la grossesse est calculé à partir de la date des dernières règles et s'exprime en semaines d'aménorrhée. Il est calculé selon un cycle menstruel régulier de 28 jours. Comme ce n'est pas toujours le cas, cette date est approximative bien qu'importante pour le suivi de la grossesse.

Une durée gestationnelle entre 37 et 42 semaines est considérée comme normale.

L'accouchement prématuré est un accouchement qui a lieu avant la fin de la 37^e semaine de gestation. Il dépend de nombreux facteurs (constitutionnels, socioculturels, médicaux ou obstétricaux) et peut avoir des conséquences pour la mère et l'enfant.

On distingue la prématurité modérée (de 34 à 36 semaines), la grande prématurité (de 28 à 33 semaines) et la très grande prématurité (moins de 28 semaines).

Le dépassement de terme (au-delà de 42 semaines) entraîne aussi un risque de complications maternelles, fœtales et néonatales.

Il importe de connaître l'âge gestationnel de manière précise pour ne pas diagnostiquer de faux retards de croissance intra-utérin ou pour ne pas déclencher intempestivement un accouchement lors d'une grossesse dont le terme est à tort jugé dépassé.

Le tableau 3.15 présente le détail de la durée gestationnelle selon ces catégories.

Tableau 3.15 :
Evolution des catégories de durée gestationnelle

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
22-27 semaines	89	103	93	108	113	110	129	123
%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,30%	0,30%
28-33 semaines	584	615	769	849	836	818	778	844
%	1,50%	1,50%	1,60%	1,70%	1,70%	1,60%	1,70%	1,80%
34-36 semaines	2163	2460	3128	3076	3171	3012	2897	3023
%	5,40%	5,80%	6,50%	6,10%	6,30%	6,10%	6,30%	6,60%
37-39 semaines	19704	22942	26748	27662	27696	27317	26159	25785
%	48,90%	54,30%	55,80%	54,80%	54,90%	54,90%	57,00%	56,10%
40-42 semaines	17696	16125	17166	18811	18641	18481	15905	16218
%	44,00%	38,20%	35,80%	37,20%	36,90%	37,20%	34,70%	35,30%
43-44 semaines	18	10	3	5	3	8	4	5
%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	40254	42255	47907	50511	50460	49746	45872	45998
Données manquantes (%)	6,23%	4,03%	4,28%	4,06%	5,16%	9,30%	16,67%	15,91%

Les naissances prématurées (avant 37 semaines d'aménorrhée) représentent environ 8,2% des naissances annuelles depuis 2009 alors que la grande prématurité (avant 33 semaines d'aménorrhées) représente 1,2% des naissances pour lesquelles un avis de naissance a été dressé par nos TMS. Les naissances avec dépassement de terme sont exceptionnelles. Depuis 5 ans, ces proportions sont restées assez stables.

2.2.6 Analgésie

Depuis longtemps, on sait que l'intensité des douleurs liées à l'accouchement est importante mais qu'elle varie d'une femme à l'autre.

On peut gérer cette douleur de plusieurs manières et le plus souvent on informe les futurs parents, pendant la grossesse, de l'existence de différentes options pour les aider dans leur choix.

Tableau 3.16 :
Evolution de l'analgésie lors de l'accouchement

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Aucune analgésie	13648	10029	9413	9804	9912	10385	10163	9740
%	34,90%	24,40%	20,30%	19,90%	20,00%	20,40%	20,00%	19,40%
Péri/rachi durale	20646	27460	32939	33181	33046	33474	33504	33263
%	52,80%	66,80%	70,90%	67,30%	66,70%	65,60%	65,80%	66,40%
Narcose	1543	730	517	400	422	469	432	422
%	3,90%	1,80%	1,10%	0,80%	0,90%	0,90%	0,80%	0,80%
Autre analgésie	3263	2915	3586	5918	6152	6663	6799	6706
%	8,30%	7,10%	7,70%	12,00%	12,40%	13,10%	13,40%	13,40%
Total	39100	41134	46455	49303	49532	50991	50898	50131
Données manquantes [%]	8,92%	6,58%	7,18%	6,36%	6,90%	7,03%	7,54%	8,36%

L'analgésie pratiquée le plus fréquemment est la péridurale/rachianesthésie, que l'on pratique dans près de deux tiers des accouchements.

Un accouchement sur cinq ne requiert aucune analgésie alors qu'en 1994 c'était le cas pour plus d'un accouchement sur trois.

Par contre la catégorie « autre analgésie » est en nette augmentation. Cette catégorie recouvre des approches naturelles et non médicamenteuse (bains, massages, acupuncture et autres) et l'utilisation d'autres médicaments antidouleur (opiacés et autres).

2.2.7 Induction et césariennes programmées

Tableau 3.17 :
Evolution de l'induction lors de l'accouchement

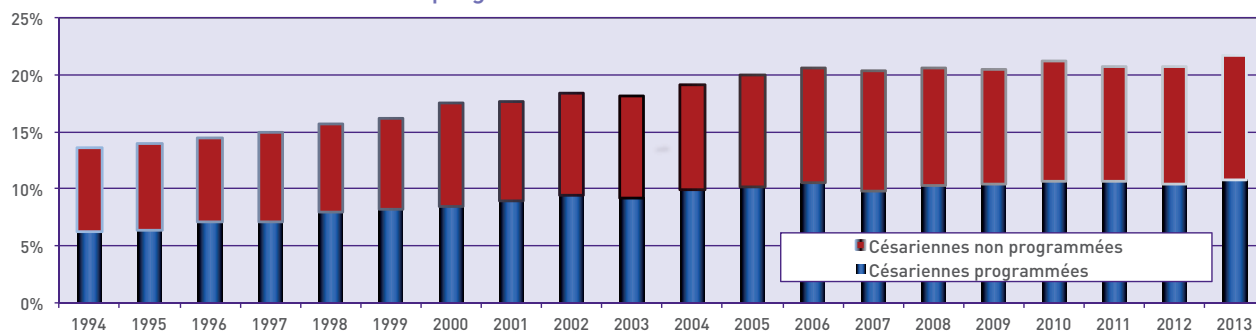
	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Pas d'induction	24230	23624	26782	29234	29453	31609	31604	30711
%	62,60%	59,90%	60,20%	62,00%	62,10%	62,40%	62,20%	61,10%
Induction	12077	12605	13299	12986	12920	13706	13910	14114
%	31,20%	32,00%	29,90%	27,50%	27,20%	27,00%	27,40%	28,10%
CS. Programmée	2430	3221	4424	4927	5047	5381	5286	5438
%	6,30%	8,20%	9,90%	10,50%	10,60%	10,60%	10,40%	10,80%
Total	38737	39450	44505	47147	47420	50696	50800	50263
Données manquantes [%]	9,77%	10,40%	11,07%	10,45%	10,87%	7,57%	7,72%	8,12%

Pour des raisons médicales ou si la grossesse se poursuit au-delà de 41 semaines, le médecin peut proposer de déclencher l'accouchement artificiellement. L'induction est le déclenchement artificiel de l'accouchement.

Un peu plus d'un tiers des accouchements se font à l'aide d'une induction et cette proportion se maintient avec des légères variations depuis 1994.

Graphique 3.7 :

Evolution des césariennes selon leur programmation ou non



Après une augmentation rapide de l'évolution des césariennes en Belgique en 2005 et 2006, la proportion des césariennes s'est stabilisée, pour repartir à la hausse en 2013 (21,7%).

2.2.8 Mise au sein après l'accouchement

Si l'état de la mère et de l'enfant le permettent, la mise au sein précoce favorise une tétée efficace et le lien mère-enfant.

Tableau 3.18 :

Evolution de la mise au sein de l'enfant après la naissance

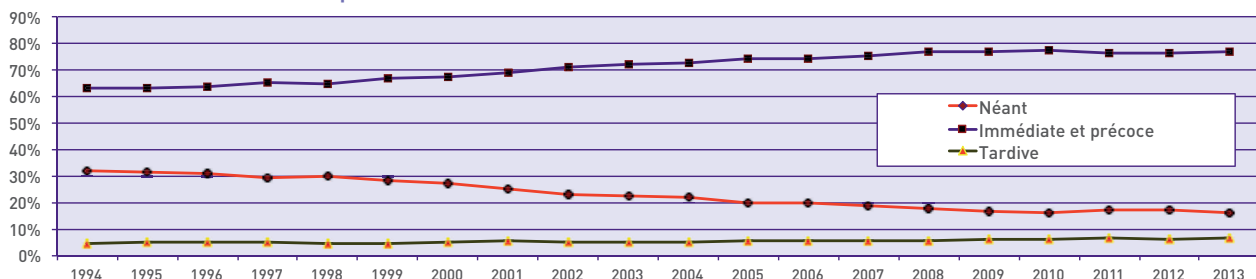
	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Néant	11442	10334	9117	7534	6970	7075	7078	6654
%	32,30%	28,50%	21,90%	17,00%	16,10%	17,10%	17,10%	16,10%
Immédiate/précoce	22365	24309	30419	34206	33572	31704	31766	31826
%	63,10%	67,00%	73,00%	77,00%	77,60%	76,40%	76,70%	77,00%
Tardive	1659	1644	2139	2683	2695	2709	2560	2867
%	4,70%	4,50%	5,10%	6,00%	6,20%	6,50%	6,20%	6,90%
Total	35466	36287	41675	44423	43237	41488	41404	41347
Données manquantes (%)	17,39%	17,59%	16,73%	15,63%	18,73%	24,36%	24,79%	24,42%

Il est heureux de constater que depuis 2009, la mise au sein immédiate ou précoce, prônée par l'ONE, avoisine les 80 % des naissances et que la mise au sein même tardive augmente progressivement. Par rapport à 1994 (63,01 %) et 2004 (73,0%), ces résultats sont encourageants. Néanmoins, une amélioration future reste possible, sans toutefois culpabiliser celles qui ne peuvent ou ne souhaitent pas allaiter.

Les résultats de ce tableau doivent être interprétés avec précaution du fait du grand nombre des données manquantes.

Graphique 3.8 :

Evolution de la mise au sein après l'accouchement



2.2.9 Le régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité

Le retour à la maison d'un bébé peut être source d'inquiétude et entraîner des difficultés dans la mise en route de l'allaitement maternel, surtout si le retour à domicile est précoce et le suivi à la maison est insuffisant. Chez tous les nouveau-nés, une perte de poids est physiologique lors des premiers jours.

La reprise pondérale commence généralement vers le 3^e jour au moment de la sortie. Il faut mesurer à nouveau le poids de naissance à 10 - 15 jours, et ne pas négliger le risque de déshydratation existant pendant les 10 premiers jours de vie¹¹.

Pour les jeunes mamans, l'allaitement maternel peut être d'autant plus difficile qu'il s'agit d'un premier bébé. Une légère diminution de la lactation peut être observée au retour à la maison, à cause de la fatigue maternelle. Il est alors important de poursuivre les mises au sein de manière régulière et fréquente pendant quelques jours pour stimuler la lactation.

Les TMS de l'ONE prennent le relais des sages-femmes lors des visites de Premier contact.

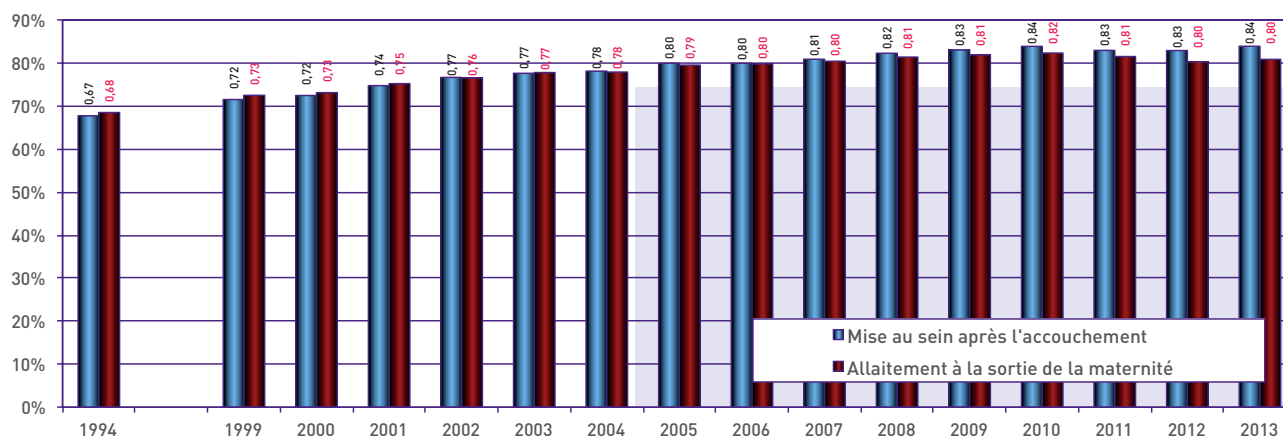
Tableau 3.19:
Evolution du régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité

	1994	1999	2004	2009	2010	2011	2012	2013
Allaitement artificiel	12380	11270	10038	7861	7580	7786	7992	7500
%	30,60%	26,60%	21,00%	16,00%	15,50%	15,90%	16,90%	16,10%
Abandon en maternité		49	86	540	572	652	630	636
%		0,10%	0,20%	1,10%	1,20%	1,30%	1,30%	1,40%
Allaitement mixte	357	336	419	462	513	592	683	785
%	0,90%	0,80%	0,90%	0,90%	1,00%	1,20%	1,40%	1,70%
Allaitement exclusif	27696	30730	37175	40134	40360	39819	37872	37679
%	68,50%	72,50%	77,90%	81,90%	82,30%	81,50%	80,30%	80,90%
Total	40433	42385	47718	48997	49025	48849	47177	46600
Données manquantes (%)	5,82%	3,74%	4,65%	6,94%	7,85%	10,94%	14,30%	14,81%

A la sortie de la maternité, l'allaitement maternel exclusif a fortement augmenté entre 1994 et 2009. Depuis 2012, ce taux a légèrement diminué, tout en restant supérieur à 80% alors que l'allaitement augmentait légèrement, ce qui laisse supposer que les TMS remplissent les documents de manière plus précise.

Entre 2009 et 2013 l'allaitement artificiel est resté stable alors que l'allaitement mixte augmentait progressivement.

Graphique 3.9:
Evolution de l'allaitement maternel



¹¹ Examen de sortie et suivi de l'enfant jusqu'à 30 jours, Support de Cours 2011-2012, Université Médicale Virtuelle Francophone

► CONCLUSIONS

Les naissances prises en compte dans ce chapitre incluent toutes les naissances d'enfants de mères « francophones » ayant accouché à Bruxelles et en Wallonie et pour lesquelles les TMS ont établi un « Avis de naissance ». C'est le lieu de résidence qui définit le dénominateur.

Le grand nombre d'« Avis de naissance » établis par les TMS, reflète la variation dans la taille de la population de droit (graphique 3.1). Sur les 5 dernières années, ces « Avis de naissance » représentent, en moyenne, 97 % des naissances officielles et, pour la période représentée, qui couvre les 20 dernières années, l'ONE couvre 93,2 % des naissances officielles (81,7 % en 1994 – 99,8 % en 2013).

Ces proportions permettent aux « Avis de naissances » de la BDMS de refléter les données de presque toutes les naissances en Fédération Wallonie-Bruxelles, constituant ainsi un gage de représentativité des naissances francophones en Wallonie et à Bruxelles.

On observe que le nombre de naissances était en augmentation jusqu'en 2012 alors qu'une légère tendance à la diminution a été constatée en 2013.

Depuis 2008, l'augmentation des naissances « de droit » a été observée notamment dans les grandes villes, à Bruxelles et à Liège.

► CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS

La présentation de l'enfant à l'accouchement dans presque 95 % des cas est céphalique (tête la première).

■ Evolution du mode d'accouchement :

En moyenne, 71,3 % des accouchements par voie basse se font de manière spontanée, 7,0 % requièrent l'usage d'une ventouse et 3,3 % de forceps. Les naissances par voie basse des bébés « en siège » restent exceptionnelles (1 ‰).

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de naissances par césarienne est en hausse partout dans le monde. D'après l'OMS, le taux de césarienne devrait être compris entre 5 % et 15 % des naissances. Or, le Brésil atteint 40 % et la Chine, 46 %. Cette progression se reflète dans les avis de naissance de l'ONE (13,7 % en 2004 ; 21,7 % en 2013).

■ Poids de naissance :

Dans les avis de naissance collectés par l'ONE, 40,5 % des bébés naissent avec un poids compris entre 3000 et 3499 g.

Les bébés de moins de 2500 g (petit poids) représentent 7,6 % du total.

■ Petit poids extrême :

Les naissances de bébés de moins d'un kilo et demi restent encore limitées et représentent moins d'un pourcent des naissances répertoriées mais on observe une augmentation progressive dans le nombre effectif de ces naissances, principalement dans les catégories extrêmes. Celles de moins de 500 g ont passé de 12 naissances en 2009 à 43 en 2013, celles avec un poids entre 500 et 999 g de 111 à 248 naissances et celles avec un poids entre 1000 et 1500 g ont passé de 324 à 409 naissances pour ces mêmes années.

■ Bébé avec surpoids à la naissance :

Les bébés qui ont plus de 4000 g concernent 6 % des avis de naissance et ceux de plus de 4500 g, moins de 1 %. Depuis 3 ans, on observe plutôt une diminution du nombre de ces cas.

■ Prématurité :

Les naissances prématurées (avant 37 semaines d'aménorrhée) représentent environ 8,2 % des naissances annuelles depuis 2009 alors que la grande prématurité (avant 33 semaines d'aménorrhée) représente 1,2 % des naissances pour lesquelles un avis de naissance a été dressé par nos TMS.

Il est important de souligner que malgré les efforts d'amélioration de la surveillance des femmes enceintes tout au long de leur grossesse et la disponibilité de nouveaux traitements médicamenteux, le taux de prématurité reste stable.

► CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES

■ Age :

Depuis 2003, on observe une augmentation de la proportion des femmes de plus de 30 ans au moment de l'accouchement, une proportion qui s'est encore accrue en 2013. Cette année, l'âge médian des mères était de 30,2 ans.

■ Grossesses d'adolescentes :

Depuis 5 ans, les grossesses juvéniles (<15 ans) sont restées rares (moins d'un pour mille) dans notre base de données, en dépit de l'augmentation du nombre effectif de grossesses, avec un pic de 74 grossesses (chiffre absolu) en 2012 et une nette diminution en 2013 (55 grossesses).

La proportion des mères ayant entre 16 et 19 ans diminue légèrement depuis 2009 pour atteindre 2% (1101 grossesses) en 2013. Cette diminution est aussi observée parmi les mères de 20 à 24 ans.

La prévention de ces grossesses n'est pas du ressort de l'ONE mais son suivi, ainsi que le suivi de l'enfant et des futurs jeunes parents, fait l'objet d'une attention particulière par les TMS.

Les grossesses chez les femmes qui ont moins de 30 ans diminuent progressivement alors qu'entre 30 et 34 ans, on observe une légère augmentation, une stabilité entre 35 et 39 ans (16%) et une augmentation à partir de 40 ans pour approcher 5% du total en 2013.

■ Isolement :

Nous avons l'information concernant la situation relationnelle des mères au moment de l'accouchement pour plus de 80% des Avis de naissance. Parmi elles, environ 4%, soit 1700 femmes se trouvent en situation d'isolement au moment de leur accouchement.

■ Allaitement :

Il est heureux de constater que depuis 2009, la mise au sein immédiate ou précoce, prônée par l'ONE, avoisine les 80% des naissances pour lesquelles l'information nous est connue.

■ Rôle de l'ONE en relation avec la précarité en période périnatale :

Malgré le profil socio-économique défavorable des futures mères qui fréquentent les CPN de l'ONE, les résultats obstétricaux et néonataux similaires à ceux des femmes qui consultent des CPN non ONE suggèrent l'utilité et l'efficacité des interventions (principalement axée sur la prévention) mis en œuvre par l'Office dans le cadre des CPN (Voir chapitre « suivi prénatal »).

Une communication à ce sujet a été présentée en 2013, aux 43es Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale¹² et un poster a été exposé en 2014 à l'occasion du EUPHA's 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health à Grenade¹³.

¹² Gilles Ceysens, Ana Hernandez, Marie-Christine Mauroy et Samuel Ndam. Impact du suivi de la grossesse par l'ONE sur les issues périnatales
http://www.sfmp.net/download/sfmp2013/sfmp2013_PERINATALE_Abstracts_book.pdf

¹³ Gilles Ceysens, Ana Hernandez, Samuel Ndam. ONE antenatal care program and pregnancy outcomes.
http://www.eupha-migranthealthconference.com/wp-content/uploads/2014/09/BOOK_EUPHA_EASP_Granada_2014_last-updateSept-2.pdf



Rapport 2015

Banque de Données Médico-Sociales

CHAPITRE 4

LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL PRÉVENTIF DES ENFANTS

► 01. La première visite après la sortie de la maternité	5
■ 1.1. Le «Premier contact»	5
Décès du nouveau-né avant le Premier contact.....	7
■ 1.2. Premier contact et enfants de petit poids à la naissance	9
■ 1.3. Conclusions.....	10
► 02. Les Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois	11
■ 2.1. Nombre et représentativité des Bilans de santé	11
2.1.1. Nombre de Bilans de santé.....	11
2.1.2. Origine des Bilans	12
2.1.3. Le poids de naissance de l'enfant	12
2.1.4. L'âge des mères et des pères à l'accouchement.....	13
■ 2.2. Caractéristiques socio-économiques des familles et des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE	14
2.2.1. La situation socio-familiale.....	14
2.2.2. Le niveau d'enseignement de la mère.....	16
2.2.3. La situation d'emploi de la mère	19
2.2.4. Famille et revenu.....	20
2.2.5. La connaissance du français chez les parents	20
2.2.7. Durée du séjour (< ou ≥ 5 ans) de la mère et du père en Belgique	22
2.2.9. Enfant élevé dans une autre langue que le français.....	23
2.2.10. Les consultations pour enfants ONE et les milieux d'accueil subventionnés par l'ONE.....	24
■ 2.3. Conclusions.....	26
► 03. Les vaccinations	28
■ 3.1. Vaccination avec le vaccin hexavalent (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B).....	29
3.1.1. Vaccination à l'âge de 9 mois avec le vaccin «Hexavalent»	30
3.1.2. Vaccination à l'âge de 18 mois avec le vaccin «Hexavalent»	30
■ 3.2. Vaccination avec le vaccin anti-pneumocoque.....	31
■ 3.3. Rotavirus	33
■ 3.4. Rougeole, Rubéole et Oreillons (RRO ou MMR)	34
■ 3.5. Méningocoque de type C	36
■ 3.6. Conclusions.....	37
► 04. La prévention de la mort subite du nourrisson	38
■ 4.1. Politique de l'ONE en matière de mort subite du nourrisson	38
■ 4.2. Détection de la mort subite du nourrisson à l'ONE	38
■ 4.3. La surveillance par monitoring.....	40
■ 4.4. Etat des facteurs de risque en Belgique	41
4.4.1. Le tabagisme passif	41
4.4.2. Les petits poids de naissance	43
4.4.3. L'absence d'allaitement maternel	43
■ 4.4. Conclusions.....	44
► 05. L'alimentation	45
■ 5.1. Décroissance de l'allaitement maternel pendant la première année de vie de l'enfant	45
■ 5.2. Allaitement maternel des enfants suivis dans les structures de l'ONE	47
■ 5.3. Allaitement lors du Bilan de santé à 9 mois	47
■ 5.4. Allaitement au Bilan de santé à 18 mois	49
■ 5.5. Alimentation lactée	50
■ 5.6. Conclusions	51
► 06. L'excès pondéral	52
■ 6.1. Indices de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE à 18 et 30 mois	53
■ 6.2. Indices de masse corporelle des enfants de petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE à 30 mois.....	54
■ 6.3. Conclusions.....	55

▶ 07. La santé bucco-dentaire	56
■ 7.1. Les polycaries du jeune enfant (syndrome du biberon sucré)	56
■ 7.2. Les caries dentaires	57
■ 7.3. Le brossage des dents	57
■ 7.4. La visite chez le dentiste	58
■ 7.5. Conclusions.....	59
▶ 08. L'allergie	60
■ 8.1. Les antécédents familiaux et les symptômes de l'allergie	60
■ 8.2. Influence des antécédents familiaux d'allergie.....	62
■ 8.3. Influence du niveau socio-économique et de l'environnement	63
■ 8.4. Influence de l'allaitement.....	64
■ 8.5. Conclusions.....	65
▶ 9. Le développement psychomoteur et le langage	66
■ 9.1. Bilans de santé à 9 mois.....	66
9.1.1. Anomalies au Bilan de santé à 9 mois.....	66
9.1.2. Anomalies confirmées au Bilan de 9 mois	66
■ 9.2. Bilans de santé à 18 mois	66
9.2.1. Marche de l'enfant	66
9.2.2. Mots prononcés à 18 mois.....	67
9.2.3. Capacité de l'enfant à boire seul à 18 mois	68
9.2.4. Capacité des enfants à utiliser une cuillère à 18 mois.....	68
9.2.5. Score de développement psychomoteur à 18 mois	68
■ 9.3. Bilans de santé à 30 mois	69
9.3.1. Acquisition du langage au Bilan à 30 mois	69
9.3.2. Développement psychomoteur à 30 mois.....	71
■ 9.4. Conclusions.....	73
▶ 10. Le dépistage visuel	74
■ 10.1. Bilan des dépistages visuels	75
■ 10.2. Evolution de la couverture du dépistage visuel en fonction des naissances sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.....	75
■ 10.3. Le dépistage visuel en milieu d'accueil	77
■ 10.4. Suivi des enfants envoyés chez un ophtalmologue	78
■ 10.5. Bilans de santé à 30 mois.....	79
■ 10.6. Conclusions	80
▶ 11. Le dépistage auditif	81
■ 11.1. Dépistage des surdités néonatales	81
■ 11.2. Dépistage des troubles auditifs chez les nourrissons et les jeunes enfants	83
■ 11.3. Déficit auditif et retard de langage.....	84
■ 11.4. Conclusions.....	85
▶ 12. Les traumatismes de la vie courante	87
■ 12.1. En Belgique	87
■ 12.2. Les morsures d'animaux.....	88
■ 12.3. Les chutes	88
■ 12.4. Les brûlures.....	89
■ 12.5. L'ingestion de substances toxiques.....	90
■ 12.6. Autres traumatismes de la vie courante.....	90
■ 12.7. Traumatismes de la vie courante	91
■ 12.8. Conclusions.....	92

Le suivi des enfants par l'ONE est réalisé par le personnel des équipes médico-sociales de l'ONE (Médecin et TMS) lors des Consultations pour Enfants et/ou des 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 Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B).

L'évaluation de ce suivi médical est réalisée, depuis le début de 2004, grâce à l'analyse de données individualisées récoltées à des moments clés de la vie de l'enfant : lors du «Premier contact» après la sortie de maternité et lors des «Bilans de santé» établis à 9, 18 et 30 mois, en présence d'un de ses parents ou d'une personne qui les remplace. Cette rencontre à des moments importants du développement de l'enfant permet de passer en revue différents programmes de santé prioritaires définis ainsi par l'ONE. Quelques indicateurs socio-économiques sont également collectés à cette occasion.

► 01. LA PREMIÈRE VISITE APRÈS LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

► 1.1. LE «PREMIER CONTACT»

En vertu du principe d'universalité, le contrat de gestion de l'ONE prévoit que suite à la naissance d'un enfant, un Premier contact soit établi par les TMS avec toutes les familles. Ce «Premier contact» est proposé à la maternité à toutes les mères de la Fédération Wallonie-Bruxelles¹. En pratique, il concerne en 2012, 73 % des naissances dont l'ONE a eu connaissance. Ce Premier contact a généralement lieu au domicile de l'enfant (voir Tableau 4.1.2). Des recoupements avec le registre communal des naissances (principalement à Bruxelles) sont effectués pour obtenir les coordonnées des naissances survenues hors des structures hospitalières où un TMS de liaison est présent. Ceci permet d'améliorer la couverture des Premiers contacts.

Cependant, dès la maternité, tout parent a la possibilité de refuser les services de l'ONE. Leur choix est toujours respecté mais si le personnel soignant fait part d'inquiétudes concernant le devenir de l'enfant, le personnel de l'ONE établit un relai vers les services compétents.

Le TMS de terrain œuvrant sur le territoire où l'enfant est domicilié, réalise le Premier contact le plus rapidement possible après le départ de la maternité. Selon le souhait des parents, la disponibilité des TMS et certaines spécificités locales, il a lieu au domicile des parents, ou sous forme d'entretien TMS-Parents dans les locaux de l'ONE, ou encore lors de la première consultation de suivi médical préventif de l'enfant, ou enfin par téléphone.

Lors de ce Premier contact, le TMS complète une fiche (dite de Premier contact) qui reprend : l'identifiant de l'enfant et de sa mère, la date de naissance, les données anthropométriques de l'enfant, le type d'alimentation, le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (suivi ONE ou privé) et, depuis 2008, la surdité telle que dépistée en maternité par oto-émissions acoustiques (OEA). Ces données rendues anonymes sont encodées par chaque administration subrégionale puis analysées et traitées par l'équipe centrale de la BDMS. Rappelons que cette fiche n'est utilisée que depuis 2004.

Tableau 4.1.1

Nombre et fréquence des enfants pour lesquels un document « Premier contact » a été établi par un TMS

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bruxelles	n	10112	10528	9793	10882	10096	9519	10104	9510	9875
	%*	69,6%	72,0%	63,2%	69,6%	65,1%	59,1%	62,0%	56,5%	58,8%
Brabant Wallon	n	3146	3236	3075	3060	3383	3066	2891	2767	2783
	%*	85,4%	86,2%	84,5%	85,2%	94,8%	83,6%	80,3%	80,7%	79,2%
Hainaut	n	10643	10304	10375	10684	11659	10823	11135	11055	11065
	%*	79,0%	75,8%	75,4%	77,2%	83,3%	77,5%	77,6%	73,7%	74,5%
Liège (Germanophones Excl.)	n	7561	7923	7715	8115	8546	8649	8628	8832	8957
	%*	75,9%	77,1%	69,1%	77,4%	77,5%	79,6%	76,6%	79,6%	78,4%
Luxembourg	n	2631	2735	2602	2711	2795	2850	2926	2903	3015
	%*	87,6%	91,9%	86,1%	88,6%	94,2%	95,6%	97,0%	94,8%	94,2%
Namur	n	4541	4111	4628	4910	4968	4677	4705	4696	4583
	%*	87,9%	76,7%	88,5%	93,2%	93,5%	87,6%	87,2%	86,5%	86,9%
Total	n	38634	38837	38188	40362	41447	39584	40359	39763	40278
	%*	77,5%	76,8%	73,0%	77,8%	79,1%	74,8%	74,8%	72,5%	73,2%

BDMS ONE, «Premier contact», pas de données inconnues

* % = taux de couverture des Premiers contacts par rapport aux avis de naissance de l'ONE

¹ Toutes les mères habitant en Région Wallonne et les mères francophones de la Région de Bruxelles quel que soit le statut légal de la mère en Belgique.

Le tableau ci-dessus donne le nombre de documents « Premier contact » remplis par province de résidence, ainsi que le taux de couverture correspondant à partir des naissances enregistrées sur les formulaires « Avis de naissance » remplis par le TMS de liaison de l'ONE. A noter qu'à Liège, l'arrondissement de Verviers n'inclut pas les naissances des communes germanophones.

Par rapport aux années précédentes, le taux de couverture total, qui avoisinait les 78-79 %, est descendu à 74,8 % en 2009 pour atteindre 73,2 % en 2012. Ce phénomène peut s'expliquer notamment par l'augmentation du suivi des familles par des sages-femmes indépendantes lié au retour de plus en plus précoce à domicile.

Dans les provinces de Namur et du Luxembourg, le taux de couverture des Premiers contacts approche, voire dépasse les 90 %. Si Bruxelles est un peu à la traîne, c'est parce que les naissances ont augmenté plus vite qu'ailleurs, qu'il y prévaut une pénurie de personnel particulièrement marquée, que les parents y sont plus nombreux à refuser les visites de l'ONE et qu'enfin un certain nombre de parents optent pour un suivi par Kind en Gezin.

Tableau 4.1.2
Lieu du Premier contact

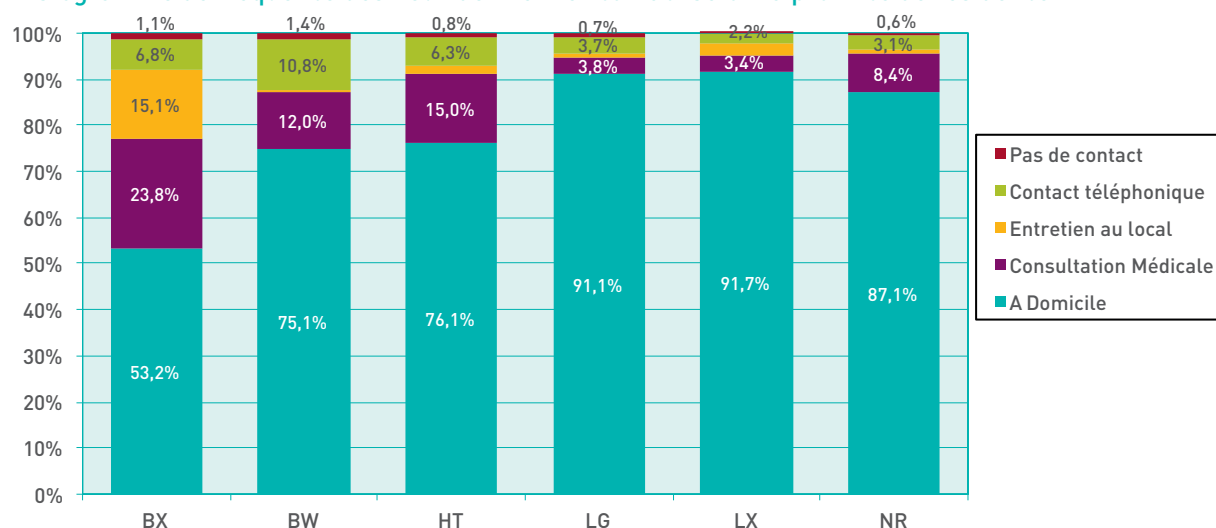
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A domicile	n	28079	28059	28090	29337	30525	29704	30256	29969	30679
	%	72,7%	72,2%	73,6%	72,7%	73,6%	75,0%	75,0%	75,4%	76,2%
En consultation médicale ONE	n	4305	4473	4203	4740	4842	4860	5300	5079	5176
	%	11,1%	11,5%	11,0%	11,7%	11,7%	12,3%	13,1%	12,8%	12,9%
Entretien avec TMS au local	n	776	1072	1028	1181	1326	1373	1646	1936	1895
	%	2,0%	2,8%	2,7%	2,9%	3,2%	3,5%	4,1%	4,9%	4,7%
Uniquement contact téléphonique	n	3522	3581	3699	3819	3765	2976	2686	2493	2203
	%	9,1%	9,2%	9,7%	9,5%	9,1%	7,5%	6,7%	6,3%	5,5%
Pas de contact	n	1952	1652	1168	1285	989	671	471	286	325
	%	5,1%	4,3%	3,1%	3,2%	2,4%	1,7%	1,2%	0,7%	0,8%
Total 100%	n	38634	38837	38188	40362	41447	39584	40359	39763	40278

BDMS ONE, «Premier contact», pas de données inconnues

Dans 75-76 % des cas, le Premier contact a lieu au domicile des parents. Cette proportion reste stable au cours des dernières années. Par contre, l'entretien avec un TMS dans les locaux de l'ONE a fortement augmenté entre 2004 (2 %) et 2012 (4,7 %).

La catégorie «pas de contact» regroupe les situations où aucun contact n'a pu être établi en dépit de plusieurs tentatives du TMS. Ces échecs peuvent être liés à des visites infructueuses, une mauvaise adresse, un courrier et/ou un appel téléphonique sans réponse ou au refus formel des parents de tout suivi ONE - signifié à la maternité. Son pourcentage a baissé ces dernières années pour se fixer à 0,8 % en 2012.

Graphique 4.1.1 :
Histogramme de fréquence des lieux de Premier contact selon la province de résidence



BDMS ONE, «Premier contact», 2012

Le graphique 4.1.1 illustre les lieux du Premier contact pour chaque province. Les variations en sont importantes, et reflètent les caractéristiques locales de mobilité, de répartition géographique des villes et villages ainsi que les habitudes de la population. Ainsi, dans les provinces, le TMS est appelé à domicile et il y est généreusement accueilli. A Bruxelles, par contre, une majorité de familles préfèrent rencontrer le TMS en dehors du domicile familial, et les visites à domicile y sont plus rares aussi en raison de la pénurie de personnel mentionnée ci-dessus. Les problèmes de mobilité des TMS (le temps pris par les déplacements en transport en commun ou le trafic) pourraient aussi y expliquer le plus faible pourcentage (53,2 %) de Premier contact à domicile à Bruxelles.

Dans le Brabant Wallon où la population est souvent plus aisée, les familles font plus souvent appel à leur médecin traitant pour suivre leurs enfants, ou à des pédiatres privés. Dès lors, les proportions de contact téléphonique (10,8 %) et de refus de suivi par l'ONE (1,4 %) sont plus importantes.

■ Décès du nouveau-né avant le Premier contact

Depuis 2007, on a ajouté une variable «décès du nouveau-né» au formulaire «Premier contact». Il permet au TMS de signaler les décès qui ont eu lieu peu après qu'un avis de naissance ait été dressé.

Tableau 4.1.3
Nombre et fréquence des enfants décédés avant le Premier contact

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	87	53	46	26	22	22
	‰	2,2‰	1,3‰	1,2‰	1‰	1‰	1‰
Non	n	39314	39362	39459	40333	39741	40256
	‰	997,8‰	998,7‰	998,8‰	999,0‰	999,0‰	999,0‰
Total	n	39401	39415	39505	40359	39763	40278
Inconnues exclues	‰	23,8‰	49,0‰	2,0‰	0‰	0‰	0‰

BDMS ONE, «Premier contact»

De 2007 à 2012, le taux de décès enregistré par les TMS est passé de 2,2 ‰ à 1 ‰. Soulignons cependant que ce taux de décès n'est pas représentatif de l'ensemble de la population.

Comme l'enfant a généralement moins de deux semaines au Premier contact avec le TMS (voir Tableau 4.1.5), cette mortalité fait partie de la mortalité néonatale, qui considère les décès d'enfants de 0 à 27 jours.

Ce tableau est donné uniquement à titre informatif, il n'a aucune valeur statistique. La question est posée pour que le TMS ne commette pas d'impair lors de la rencontre d'une famille dont le bébé est décédé.

Le chiffre le plus important dans ce tableau est le nombre d'inconnues. Nous pouvons nous féliciter qu'il soit passé à zéro ces trois dernières années.

Les tableaux suivants concernent les « Premiers contacts » effectifs. Les documents avec la mention « pas de contact » en ont été exclus.

Tableau 4.1.4
Nombre et fréquence cumulée des jours entre la réception de l'Avis de Naissance par le TMS de terrain et le Premier contact

	2004		2009		2010		2011		2012	
	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé
0 jour	4523	12,5	4034	10,4	3945	9,9	3681	9,3	3495	8,8
1 jour	3764	22,9	3770	20,1	3919	19,7	3989	19,4	4113	19,1
2 à 3 jours	7040	42,4	7441	39,2	7673	39,0	7966	39,6	8152	39,5
4 à 7 jours	11642	74,6	12928	72,4	12987	71,5	12921	72,4	13308	72,8
8 à 10 jours	4240	86,3	4670	84,5	4779	83,5	4682	84,2	4630	84,4
11 à 15 jours	2673	93,7	3122	92,5	3383	92,0	3060	92,0	2990	91,9
16 à 31 jours	1525	97,9	2107	97,9	2241	97,6	2235	97,7	2263	97,5
> 31 jours	747	100,0	816	100,0	946	100,0	925	100,0	984	100,0
Total	36154	100,0	38888	100,0	39873	100,0	39459	100,0	39935	100,0
Inconnues exclues	528	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

BDMS ONE, «Premier contact»

De 2004 à 2012, près de 75 % des Premiers contacts ont été réalisés endéans les 7 jours suivant la réception de l'Avis de naissance par le TMS, et plus de 90 % endéans les 15 jours.

Les Premiers contacts endéans les 3 premiers jours suivant la réception de l'Avis de naissance sont effectifs dans moins de 40 % des cas ce qui souligne la difficulté d'organiser le suivi lorsque la sortie de la maternité est précoce.

Ceci démontre la nécessité de la mise en place d'un système de suivi périnatal à domicile par les maternités et/ou les sages-femmes indépendantes, dans tous les cas de sortie précoce de la maternité, pour couvrir les besoins de soins de la mère et de l'enfant les 10 premiers jours après l'accouchement.

Tableau 4.1.5
Age de l'enfant au «Premier contact» : nombre et fréquence cumulée

	2004		2009		2010		2011		2012	
	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé
< 1 semaine	1855	5,1	1972	5,1	1963	4,9	2010	5,1	2285	5,7
1 < 2 semaines	20717	62,1	21854	61,3	22031	60,2	22069	61,0	22706	62,6
2 < 3 semaines	8567	85,7	8967	84,3	9418	83,8	8839	83,4	8644	84,3
3 < 5 semaines	3733	96,0	4122	94,9	4277	94,6	4357	94,5	4068	94,4
5 < 8 semaines	932	98,6	1177	98,0	1350	98,0	1382	98,0	1355	97,8
8 < 12 semaines	296	99,4	438	99,1	484	99,2	462	99,2	494	99,1
12 < 16 semaines	79	99,6	120	99,4	140	99,5	161	99,6	152	99,5
16 < 20 semaines	26	99,7	58	99,6	56	99,7	56	99,7	54	99,6
20 < 24 semaines	14	99,7	29	99,6	23	99,7	18	99,8	20	99,6
24 semaines < 1 an	43	99,8	55	99,8	58	99,9	39	99,9	59	99,8
1 an et plus	65	100,0	87	100,0	53	100,0	55	100,0	85	100,0
Total	36327	100,0	38879	100,0	39853	100,0	39448	100,0	39922	100,0
Inconnues exclues	355	1,0	9	0,0	20	0,1	11	0,0	13	0,0

BDMS ONE, «Premier contact»

Lors du Premier contact, les enfants ont moins de 2 semaines dans plus de 60 % des cas et moins de 3 semaines dans 84 % des cas. Ces données sont restées stables au cours du temps et ceci nous conforte dans l'idée que les TMS voient les familles peu après leur retour à domicile même si ce n'est pas dans les quelques jours qui suivent.

Tableau 4.1.6
Prévision d'un suivi ONE lors du Premier contact : nombre et fréquence cumulée

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	31643	32430	32492	34292	35024	34093	34767	34945	35895
	%	91,6%	92,0%	92,3%	92,4%	92,2%	93,0%	92,9%	93,2%	93,7%
Non	n	2893	2815	2695	2830	2965	2567	2649	2565	2416
	%	8,4%	8,0%	7,7%	7,6%	7,8%	7,0%	7,1%	6,8%	6,3%
Total 100%	n	34536	35245	35187	37122	37989	36660	37416	37510	38311
Inconnues exclues	%	5,9%	5,2%	4,8%	4,9%	6,0%	5,7%	6,2%	4,0%	4,1%

BDMS ONE, «Premier contact»

Plus de 9 parents sur 10 envisagent de recourir aux services de l'ONE pour le suivi médical préventif de leur enfant. Depuis 2004, ce pourcentage est en légère hausse et en 2012, il s'est établi à 93,7 %.

Statut de l'allaitement au Premier contact : (voir chapitre «Alimentation de l'enfant»)

► 1.2. PREMIER CONTACT ET ENFANTS DE PETIT POIDS À LA NAISSANCE

Le petit poids à la naissance (moins de 2500 grammes) est un facteur de vulnérabilité bien connu. La majorité des enfants de petits poids (90 %), sont prématurés. Ils doivent prioritairement bénéficier d'un suivi médical et le contact doit être rapidement établi entre leur famille et les structures de l'ONE.

Tableau 4.1.7

Poids de naissance des nouveau-nés bénéficiant d'un Premier contact : nombre et fréquence

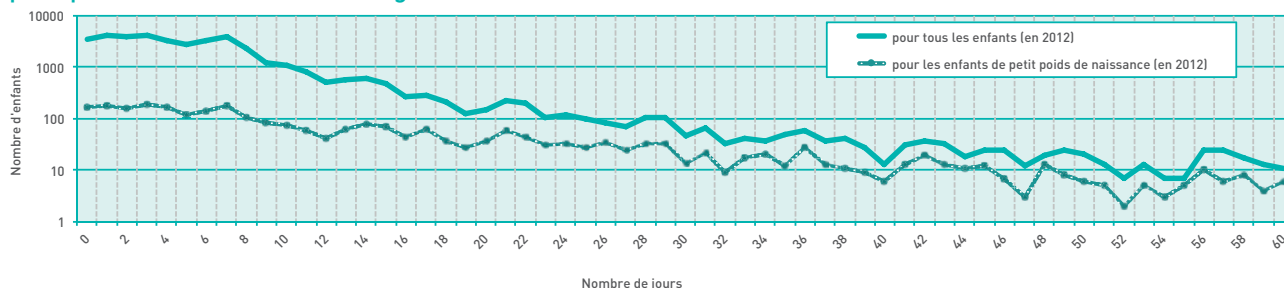
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
< 1500 g	n	220	233	236	248	314	296	289	292	335
	%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,8%
1500 - 2499 g	n	2334	2343	2401	2255	2496	2452	2577	2527	2529
	%	6,5%	6,4%	6,6%	5,9%	6,3%	6,4%	6,5%	6,5%	6,4%
>= 2500 g	n	33465	33897	33678	35868	37052	35583	36531	36231	36709
	%	92,9%	92,9%	92,7%	93,5%	93,0%	92,8%	92,7%	92,8%	92,8%
Total 100%	n	36019	36473	36315	38371	39862	38331	39397	39050	39573
Inconnues exclues	%	1,8%	1,9%	1,7%	1,7%	1,4%	1,4%	1,2%	1,0%	0,9%

BDMS ONE, «Premier contact»

Ces dernières années, le pourcentage d'enfants de petit poids (< 2500g) pour lesquels la famille a bénéficié d'un Premier contact de l'ONE après le retour à domicile est resté stable à 7,2 %, une donnée confirmée par les Avis de naissance (voir chapitre «Avis de naissance »).

Figure 4.1.2

Délai entre la connaissance de la naissance et le Premier contact pour tous les enfants et ceux qui ont un petit poids de naissance (< 2500 g)



BDMS ONE, «Premier contact», 2012

Un éventuel séjour au centre de néonatalogie retarde le Premier contact des prématurés. Sur le graphique 4.1.2, la courbe des petits poids rejoint progressivement le total général des enfants parce qu'une partie importante des enfants qui ont un contact tardif sont des prématurés ou des enfants de très petits poids de naissance.

Le tableau 4.1.8 donne le nombre de familles qui souhaitent le suivi ONE de leur enfant, en fonction de la catégorie du poids de naissance.

Tableau 4.1.8

Fréquence et nombre d'accompagnements prévus par l'ONE en fonction du poids de naissance

Petit poids de naissance		Accompagnement ONE prévu								
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
< 1500 g	n	173	186	183	202	268	238	250	250	293
	%	91,5%	89,9%	89,3%	91,8%	93,4%	92,6%	94,3%	93,6%	94,2%
1500 - 2499 g	n	1985	2018	2124	1984	2169	2148	2238	2194	2273
	%	92,5%	91,9%	93,6%	93,6%	93,2%	94,1%	93,2%	92,1%	94,4%
≥ 2500 g	n	29156	29875	29822	31742	32270	31387	32021	32250	33083
	%	92,1%	92,6%	92,7%	92,7%	92,4%	93,2%	93,2%	93,4%	93,8%
Total	n	31314	32079	32129	33928	34707	33773	34509	34694	35649
	%	92,1%	92,5%	92,7%	92,8%	92,5%	93,3%	93,2%	93,3%	93,8%

BDMS ONE, «Premier contact»

En général, plus de 9 familles sur 10 souhaitent un suivi ONE. La différence de pourcentage selon le poids de naissance n'est pas statistiquement significative à $p=0,05$, sauf en 2006 et 2011. Ceci se comprend par le suivi médical régulier des petits poids de naissance par le pédiatre traitant et l'accès au programme de bilans réguliers financé dans le cadre de l'action CAP 48. Néanmoins, entre 2004 et 2012, le nombre d'enfants de petits poids de naissance suivis à l'ONE est passé de 91,5 % à 94,2 % pour les enfants de moins de 1500 grammes et de 92,5 % à 94,4 % pour ceux entre 1500 et 2499 grammes.

► 1.3. CONCLUSIONS

Un Premier contact est proposé à la maternité à toutes les mères de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans ces maternités, plus de 9 parents sur 10 envisagent de recourir aux services de l'ONE pour le suivi médical préventif de leur enfant.

Le taux de couverture total de ce Premier contact a diminué de 74,8 % en 2009 à 73,2 % en 2012. L'augmentation du suivi des familles par des sages-femmes indépendantes, un phénomène lui-même lié au retour à domicile de plus en plus précoce, pourrait être la cause de cette diminution.

Les variations régionales sont importantes. À Namur et au Luxembourg, le taux de couverture dépasse les 90 % alors qu'à Bruxelles elle n'atteint pas les 60 %.

Ce Premier contact a généralement lieu au domicile de l'enfant et, moins souvent, dans une consultation pour enfants de l'ONE.

Depuis 2007, le document établi au Premier contact permet de signaler les décès qui ont eu lieu peu après qu'un avis de naissance ait été dressé de manière à permettre au TMS d'identifier les populations à risque de son secteur et de définir des stratégies destinées à l'accompagnement des familles concernées.

Entre 2004 et 2012, près de 75 % des Premiers contacts ont été réalisés endéans les 7 jours qui suivent la réception de l'Avis de naissance par le TMS, et plus de 90 % endéans les 15 jours. La plupart des enfants qui ont eu un contact tardif avec l'ONE sont des prématurés ou des enfants de très petits poids de naissance, probablement en raison de leur séjour en unité de néonatalogie.

Lors du Premier contact, les enfants avaient moins de 2 semaines dans plus de 60 % des cas et moins de 3 semaines dans 84 % des cas.

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

En 2010, suite à l'évolution de plusieurs programmes de santé et aux propositions formulées par les TMS et les Coordinateurs(trices) lors des rencontres de présentation des données BDMS, les «Bilans de santé» ont été revus par les Conseillers pédiatres et l'équipe de la BDMS. Le tableau ci-dessous décrit les thématiques classées selon le «Bilan de santé».

Tableau 4.2.1
Les différents Bilans de santé

Bilan de santé à 9 mois (réalisé entre 7 et 11 mois)	Bilan de santé à 18 mois (réalisé entre 16 et 20 mois)	Bilan de santé à 30 mois (réalisé entre 28 et 32 mois avant l'entrée à l'école)
* Premières vaccinations	* Suite des vaccinations	* Suite des vaccinations (RRO)
* Information sur le type d'alimentation (allaitement maternel exclusif ou complété)	* Suite d'information sur le type d'alimentation (lait adapté)	
	* Dépistages bucco-dentaires	* Dépistages bucco-dentaires
* Suivi du développement psychomoteur de l'enfant	* Suivi du développement psychomoteur, de l'autonomie et du langage de l'enfant	* Suivi du développement psychomoteur et du langage de l'enfant
* Mort subite inexpliquée du nourrisson	* Accidents domestiques	* Dépistages (Audition, Vision)
	* Allergies	
* Tabagisme passif	* Tabagisme passif	
* Situation socio-familiale	* Situation socio-familiale	* Situation socio-familiale

► 2.1. NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES BILANS DE SANTÉ

■ 2.1.1. Nombre de Bilans de santé

Les Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois ont été développés en 2003 pour remplacer le «volet d'évaluation 0-1 an» et permettre une vision globale de l'état de santé d'un enfant à trois âges clés de son développement.

Fin 2003, ces Bilans furent testés pendant 3 mois pour le Bilan à 9 mois et 2 mois pour les autres. Depuis 2004, le «Bilan de santé à 9 mois» est généralisé, tandis que ceux que l'on établit à 18 et 30 mois ne sont entrés en vigueur qu'en 2005.

Lorsqu'on lit ces données, il faut avoir à l'esprit que l'année d'un Bilan de santé établi entre 2004 et 2012 est celle pendant laquelle il a été effectué. Ainsi dans les Bilans 2012, on trouve pour les «9 mois», des enfants nés en 2011 et 2012; pour les «18 mois», des enfants nés en 2010 et 2011 et pour les «30 mois», des enfants nés en 2009 et 2010.

Tableau 4.2.2 :
Nombre de Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois rentrés par année pour la Fédération Wallonie-Bruxelles

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bilan de Santé à 9 mois	n	9512	11021	8761	10261	10761	10582	11957	11738	12071
	%*	25,6%	28,8%	21,8%	26,0%	26,7%	25,6%	29,1%	28,2%	29,9%
Bilan de Santé à 18 mois	n		6901	6654	7780	8466	8819	9445	9642	9883
	%*		18,8%	17,7%	20,2%	21,5%	22,3%	23,3%	23,2%	24,6%
Bilan de Santé à 30 mois	n		2910	2567	3424	3871	3919	4534	4407	4478
	%*		10,9%	9,3%	12,3%	13,5%	14,0%	15,8%	14,8%	14,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois», pas de données inconnues

* % = taux de couverture des Bilans de santé par rapport au nombre d'enfants inscrits dans les structures de l'ONE.

Le tableau ci-dessus reprend par année le nombre de Bilans à 9, 18 et 30 mois qui ont été complétés ainsi qu'une estimation de la couverture de ces documents par rapport aux enfants inscrits dans les structures de l'ONE.

Cette estimation se base sur les enfants inscrits chaque année dans les structures ONE : les enfants de 0 à 1 an pour la couverture des Bilans 9 mois, les enfants de 1 à 2 ans pour la couverture des Bilans 18 mois et les enfants de 2 à 3 ans pour la couverture des Bilans à 30 mois.

La notion de Bilan à un âge précis implique que les enfants « inscrits » mais qui ne se sont pas présentés à l'ONE à l'âge requis ne font l'objet d'aucun recueil de données.

Le taux de couverture de ces Bilans de santé par rapport au nombre d'enfants inscrits dans nos structures reste faible, même s'il augmente d'année en année. En 2012, le taux de couverture atteint les 30 % pour les Bilans à 9 mois, 25 % pour les Bilans à 18 mois et 15 % pour les Bilans à 30 mois.

Ces données reflètent le suivi très rapproché des enfants en bas âge au moment des vaccinations et suggèrent que, par après, le suivi ONE paraît moins utile aux parents si l'enfant est en bonne santé générale.

L'amélioration de la couverture des Bilans de santé est une priorité pour l'équipe BDMS. Il est crucial de pouvoir compter sur des données représentatives de la population cible de l'ONE si l'on veut améliorer le suivi préventif et les services aux familles.

A noter que certaines analyses plus fines réalisées régulièrement en interne (notamment lors de rencontres de terrain) et la stabilité chronologique des indicateurs nous incitent à croire que les données recueillies sont représentatives de toute la population qui fréquente les structures ONE.

Dans les prochaines années, les projets d'informatisation des TMS devraient permettre d'améliorer nettement cette couverture, principalement pour les enfants de moins de 6 mois et de plus de 3 ans.

2.1.2. Origine des Bilans

Tableau 4.2.3 :
Origine des Bilans de santé

	Bilans 9 mois				Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
	2004-2005	2006-2007	2008-2009	2010-2012	2005	2006-2007	2008-2009	2010-2012	2005	2006-2007	2008-2009	2010-2012
Accompagnement	92,0%	88,7%	87,5%	87,8%	85,6%	82,7%	81,9%	82,3%	76,0%	69,6%	68,8%	69,4%
Milieux d'Accueils Subventionnés	8,0%	11,4%	12,5%	12,2%	14,4%	17,3%	18,1%	17,7%	24,0%	30,4%	31,2%	30,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Dans le tableau 4.2.3, en 2010-2012, 87,8 % des Bilans de santé à 9 mois provenaient du secteur «Accompagnement» (consultations d'enfants, périodiques, cars sanitaires, etc.) et 12,2 % du secteur «Accueil» (crèches, maisons communales d'accueil de l'enfance, préguardiennats, etc.). La proportion de Bilans complétés par les milieux d'accueil collectifs augmente avec l'âge de l'enfant pour atteindre plus de 30 % pour les Bilans de santé à 30 mois.

A noter, que pour des raisons organisationnelles, les enfants vus en «maison d'enfants, crèche privée» sont comptabilisés dans le secteur «Accompagnement».

Entre les deux premières années (2004-2005) et les deux dernières (2010-2012), la proportion de Bilans complétés par les milieux d'accueil est passée de 8,0 % à 12,2 % à 9 mois; de 14,4 % à 17,7 % à 18 mois et de 24,0 % à 30,6 % à 30 mois.

A contrario, les Bilans de santé qui proviennent du secteur Accompagnement ont progressivement diminué pour les 3 Bilans de santé.

2.1.3. Le poids de naissance de l'enfant

Tableau 4.2.4 :
Poids de naissance des enfants pour lesquels nous disposons d'un Bilan de santé

		Bilans 9 mois				Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
		2004	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012
< 2500 g	%	7,1%	6,7%	7,2%	7,1%	6,7%	6,8%	6,7%	6,8%	8,0%	6,8%	6,8%	7,5%
>= 2500 g	%	92,9%	93,3%	92,8%	92,9%	93,3%	93,2%	93,3%	93,2%	92,0%	93,2%	93,2%	92,5%
Total 100%	n	9410	11849	11646	11986	6784	9310	9529	9796	2819	4432	4333	4417
Inconnues exclues	%	1,1%	0,9%	0,8%	0,7%	1,7%	1,4%	1,2%	0,9%	3,1%	2,2%	1,7%	1,4%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

La proportion des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2500 grammes et pour lequel un Bilan de santé a été rempli est restée stable au cours des dernières années, à près de 7 %. Ces données sont concordantes avec celles des Premiers contacts (voir Tableau 3.1.7) et celles des enfants de petits poids de naissance sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (voir Chapitre «Suivi de la grossesse»).

■ 2.1.4. L'âge des mères et des pères à l'accouchement

En 2010, outre l'âge des mères, une question relative à l'année de naissance du père a été ajoutée aux Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois.

Tableau 4.2.5 :
Age des mères à l'accouchement

		Bilans 9 mois				Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
		2005	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012
<= 15 ans	%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	0,3%
16-19 ans	%	4,1%	4,0%	3,7%	3,4%	3,6%	3,8%	3,6%	3,2%	3,4%	3,1%	3,1%	2,9%
20-24 ans	%	20,0%	18,6%	18,8%	18,2%	19,1%	17,8%	18,5%	17,8%	17,3%	16,2%	15,8%	16,3%
25-29 ans	%	33,8%	33,6%	32,2%	32,5%	35,4%	32,3%	32,5%	32,8%	33,2%	33,0%	32,9%	32,9%
30-34 ans	%	27,2%	27,2%	27,9%	28,3%	27,1%	28,3%	27,7%	29,0%	30,0%	29,5%	29,8%	30,0%
35-39 ans	%	11,7%	13,1%	14,0%	14,0%	11,9%	14,6%	14,1%	13,8%	12,8%	15,0%	14,9%	14,0%
>= 40 ans	%	3,0%	3,2%	3,3%	3,5%	2,6%	3,0%	3,3%	3,2%	3,0%	2,8%	3,3%	3,6%
Total 100%	n	10705	11767	11583	11933	6640	9258	9481	9761	2759	4438	4332	4408
Inconnues exclues	%	2,9%	1,6%	1,3%	1,1%	3,8%	2,0%	1,7%	1,2%	5,2%	2,1%	1,7%	1,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

La distribution de l'âge des mères à l'accouchement, qui font suivre leur enfant par les structures de l'ONE, est restée stable et comparable à celle observée dans les «Avis de naissance». Néanmoins, cette proportion chez les mères de moins de 30 ans (entre 52 % et 54 %) est supérieure à celle observée à partir des «Avis de naissance» (47 %), et inversement pour les mères de 30 ans ou plus. Ceci suggère que les mères de plus de 30 ans, de par leur expérience, sont moins enclines à faire suivre leur enfant à l'ONE ou qu'elles pourraient être plus nombreuses à travailler ou à avoir accès à un milieu d'accueil (dont les Bilans rentrent moins souvent).

Cependant, si l'on examine l'évolution entre les trois Bilans, on constate une légère diminution du suivi chez les mères de moins de 25 ans au contraire de celles qui sont plus âgées qui, au départ moins nombreuses, semblent être plus fidèles aux structures de l'ONE.

Tableau 4.2.6 :
Age des pères à l'accouchement

		Bilans 9 mois			Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<= 15 ans	%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
16-19 ans	%	1,3%	1,2%	1,0%	1,2%	1,3%	1,0%	1,0%	0,8%	1,1%
20-24 ans	%	9,5%	9,0%	8,4%	9,3%	8,7%	8,5%	7,7%	7,5%	6,6%
25-29 ans	%	24,9%	23,7%	23,9%	23,3%	23,6%	23,8%	24,5%	22,7%	22,8%
30-34 ans	%	29,0%	30,4%	29,6%	29,6%	31,0%	30,3%	31,4%	32,0%	31,5%
35-39 ans	%	20,0%	20,3%	20,8%	21,3%	20,7%	20,8%	21,0%	22,1%	21,9%
>= 40 ans	%	15,3%	15,3%	16,0%	15,3%	14,6%	15,5%	14,2%	15,0%	16,0%
Total 100%	n	8052	8760	9228	6546	7535	7845	3061	3380	3677
Inconnues exclues	%	32,7%	25,4%	23,6%	30,7%	21,9%	20,6%	32,5%	23,3%	17,9%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

La distribution de l'âge des pères à la naissance diffère de celle des mères. Près de deux tiers des pères ont 30 ans ou plus.

Comme pour toutes nouvelles questions introduites dans un document, le taux d'inconnues reste important, même s'il diminue progressivement.

► 2.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES ET DES ENFANTS QUI FRÉQUENTENT LES STRUCTURES DE L'ONE

Soulignons tout d'abord que les populations d'enfants pour lesquelles des Bilans de santé ont été réalisés constituent des échantillons différents selon qu'il s'agit des Bilans établis à 9 mois, 18 mois et 30 mois. Malheureusement nous ne pouvons pas garantir un suivi longitudinal des enfants pour les 3 Bilans de santé, les perdus de vue sont nombreux et peuvent être remplacés par d'autres enfants ayant leur suivi assuré par l'ONE. Dès lors, les populations d'enfants pour lesquels des Bilans de santé ont été réalisés à 9, 18 et 30 mois constituent des échantillons différents.

■ 2.2.1. La situation socio-familiale

La situation des familles est en pleine évolution. En 2010, il nous a paru important d'adapter les réponses à la question «l'enfant vit au quotidien avec».

Tableau 4.2.7 :
L'enfant vit au quotidien avec...

		Bilans 9 mois				Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
		2004	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012
Ses 2 parents	%	92,1%	93,1%	93,0%	92,4%	90,6%	92,3%	90,9%	92,1%	88,6%	91,1%	90,5%	89,2%
L'un et l'autre parent séparément (garde alternée)	%		2,4%	2,7%	2,8%		3,5%	4,2%	3,6%		4,7%	5,0%	6,1%
Ne voit plus qu'un seul de ses parents	%		3,1%	3,3%	3,6%		3,1%	3,5%	3,2%		3,0%	3,3%	3,3%
Un seul parent	%	6,6%				8,1%				9,3%			
Un parent et un beau-parent/compagnon	%	0,4%				0,6%				1,1%			
Pouponnière/Home/Famille d'accueil	%	0,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%
Autres (grands-parents, oncle, tante,...)	%	0,7%	1,0%	0,8%	0,9%	0,3%	0,7%	0,9%	0,7%	0,4%	0,6%	0,6%	0,7%
Total 100%	n	9272	11770	11550	11890	6722	8973	9517	9663	2880	3958	4202	4021
Inconnues exclues	%	2,5%	1,6%	1,6%	1,5%	2,6%	5,0%	1,3%	2,2%	1,0%	12,7%	4,7%	10,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Une case hachurée correspond à une réponse non disponible sur le volet de l'année concernée

Suite à la modification de la formulation de ces deux réponses, nous avons actualisé les directives de remplissage des Bilans.

Comment interpréter la question : «L'enfant vit au quotidien avec» ?

La réponse demande que l'on considère la situation de l'enfant dans son entourage parental habituel et qu'elle dise avec qui l'enfant vit la plupart du temps. Ne sont pas concernés les milieux d'accueil ou la personne qui garde l'enfant pendant le temps de travail des parents.

En cas de séparation parentale, et notamment de garde alternée, le TMS coche «l'un et l'autre parent séparément».

Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il n'y a donc pas de garde alternée, il coche «ne voit plus qu'un seul de ses parents».

Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., il coche «autre».

Si l'enfant est soustrait à la garde de ses parents en attendant la décision du juge, il coche «pouponnière/home/famille d'accueil».

Lorsqu'un enfant vit dans une famille élargie (ex : parents et grands-parents), la réponse décrit le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, il coche «vit avec ses 2 parents»).

Les pouponnières n'ont pas envoyé beaucoup de Bilans de santé. Les enfants signalés comme vivant en pouponnière, en famille d'accueil ou en home sont ceux qui sont examinés dans nos consultations.

Entre 9 et 30 mois, 9 enfants sur 10 vivent avec leurs deux parents. Cependant, cette proportion diminue avec l'âge. Vers 30 mois, plus d'un enfant sur dix fréquentant les consultations ONE ne vit plus avec ses deux parents – au profit soit de la famille monoparentale, soit de la garde alternée. On remarque, cependant, un taux d'inconnues proportionnellement plus élevé à 30 mois.

La garde alternée augmente elle aussi. En 2012, elle est passée de 2,8 % à 9 mois, à 6,1 % à 30 mois. En outre, 3 % des enfants de 9 à 30 mois ne voyait plus qu'un seul de leurs parents et ce chiffre semble stable dans le temps.

Diverses études confirment que la famille monoparentale est en plein développement. Un rapport de 2008² de l'Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS) signalait qu'entre 1991 et 2004, leur nombre avait augmenté de 32,10 %³⁻⁴.

Selon les données du Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale⁵, au 31 décembre 2004, il y avait en Belgique 414.258 parents isolés, dont 260.302 avec des enfants cohabitants et ayant moins de 20 ans.

La question sur la «garde alternée», présente auparavant uniquement dans le Bilan de santé à 30 mois, a été retirée puisque l'information est désormais disponible via la version remaniée en 2010 de la question «l'enfant vit au quotidien avec».

La question suivante nous permet d'évaluer à quelle fréquence l'enfant voit le parent chez qui il n'est pas domicilié.

Tableau 4.2.8 :

En cas de «séparation» sans garde alternée, à quelle fréquence l'enfant voit-il le parent chez lequel il n'est pas domicilié

		2008	2009	2010	2011	2012
Tous les jours	n	14	15	32	30	32
	%	12,8%	11,1%	9,1%	9,1%	10,1%
Minimum 1 fois par semaine	n	40	56	144	122	134
	%	36,7%	41,5%	41,0%	37,0%	42,1%
1 ou 2 fois par mois	n	38	29	86	76	72
	%	34,9%	21,5%	24,5%	23,0%	22,6%
Maximum 4 fois par an	n	12	9	20	20	13
	%	11,0%	6,7%	5,7%	6,1%	4,1%
Jamais	n	5	26	69	82	67
	%	4,6%	19,3%	19,7%	24,8%	21,1%
Total 100%	n	109	135	351	330	318
Inconnues exclues	%	58,9%	42,1%	35,8%	25,0%	30,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Comment interpréter la question : «En cas de séparation» ?

Si les parents sont séparés sans garde alternée, le TMS répond à la question en précisant à quelle fréquence l'enfant voit l'autre parent chez lequel il n'est pas domicilié.

Si les parents ne sont pas séparés ou avec garde alternée, il coche «Sans objet».

Dans le tableau ci-dessus, on observe qu'en 2012, lorsque les parents étaient séparés sans garde alternée, près de 10 % des enfants voyaient l'autre parent tous les jours, 40 % au moins une fois par semaine et 20 % 1 ou 2 fois par mois seulement. Tandis que 20 % ne le voyait plus du tout.

² Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS), « Les familles monoparentales en Belgique » dans FOCUS 2008-2, 44 pages.

³ LODEWIJCKX E., Types van huishoudens : veranderingen tussen 1991 en 2003, Bijdragen onderzoek, Huishoudens, 9 maart 2004, <http://aps.vlaanderen.be/cbgs>.

⁴ CORYN M. et LODEWIJCKX E., Samenwonen in België anno 2004, CBGS-Sitemap, Uit het onderzoek, 20 mei 2005, <http://aps.vlaanderen.be/cbgs>.

⁵ Le Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale comprend toutes les personnes qui sont connues auprès d'un organisme de sécurité sociale repris dans le Datawarehouse ainsi que les membres de leur ménage.

Si ces données doivent être traitées avec prudence à cause du taux élevé d'inconnues, on remarquera cependant que ces dernières sont passées de 59 % en 2008 à 30 % en 2012.

Selon l'ONAFTS⁶, l'âge du plus jeune enfant diffère selon que le parent isolé est un homme ou une femme. Les mères isolées ont des enfants plus jeunes que les pères isolés : presque 15 % de toutes les mères isolées ont au moins un enfant de moins de trois ans (contre près de 8 % des parents isolés). A l'inverse, plus de 58 % des pères isolés ont des enfants âgés de plus de 12 ans contre 39,36 % pour les familles monoparentales ayant une femme à la tête du ménage.

Selon la base de données interactive CYTISE⁷, en 2010, on comptait 9,3 % de ménages monoparentaux en Belgique (11,7 % en Wallonie et 10,8 % à Bruxelles). Près de 83 % d'entre eux ont à leur tête une femme (84 % en Wallonie et 87 % à Bruxelles).

Le Working paper 2013 de l'IWEPS⁸ consacré à la pauvreté et aux inégalités en Wallonie, montre qu'en Belgique, en 2011, une famille monoparentale sur trois ne parvient pas à échapper à la pauvreté. En Wallonie, c'est une famille monoparentale sur deux qui vit sous le seuil de pauvreté (54,3 %) et en situation de déprivation matérielle (43,2 %).

■ 2.2.2. Le niveau d'enseignement de la mère

Tableau 4.2.9 :

Niveau d'enseignement de la mère

		Bilans 9 mois				Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
		2005	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012	2005	2010	2011	2012
Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseignement spécialisé	%	4,7%	3,5%	2,9%	3,0%	3,8%	3,2%	3,5%	3,2%	4,4%	2,3%	2,5%	2,3%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	%	6,0%	5,9%	6,2%	5,9%	6,0%	5,3%	5,8%	5,1%	5,9%	4,9%	4,6%	4,4%
Secondaire inférieur achevé	%	19,5%	18,7%	17,7%	17,6%	17,6%	16,7%	16,5%	16,9%	15,4%	14,0%	12,5%	14,7%
Secondaire supérieur achevé	%	36,8%	34,7%	34,2%	33,5%	36,1%	34,0%	32,4%	33,1%	32,1%	30,0%	32,1%	30,7%
Supérieur achevé	%	32,9%	37,3%	39,0%	40,1%	36,4%	40,8%	41,8%	41,7%	42,2%	48,7%	48,3%	47,9%
Total 100%	n	9116	9956	9605	10048	5816	7549	8019	8166	2422	3202	3571	3443
Inconnues exclues	%	17,3%	16,7%	18,2%	16,8%	15,7%	20,1%	16,8%	17,4%	16,8%	29,4%	19,0%	23,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Comment interpréter la question : «Niveau d'enseignement de la mère» ?

A l'exception de la 1ère catégorie (primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé), ce tableau rapporte le niveau d'enseignement le plus élevé que la mère a achevé avec succès, que l'enfant vive ou non avec sa mère.

Tendanciellement,

- Les taux de données «inconnues» restent élevés (17-23 %). Ils s'expliquent notamment par la difficulté d'établir des équivalences entre le classement éducatif belge et celui d'autres pays. Les «inconnues» recouvrent surtout des niveaux d'enseignement peu élevés ou inclassables.

⁶ ONAFTS, op. cit

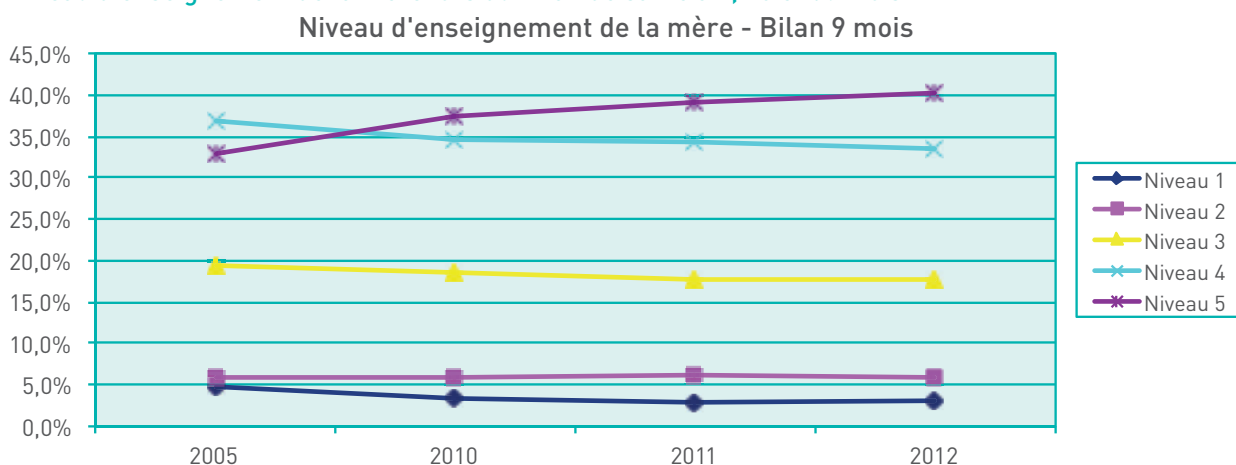
⁷ <http://cytisecommunes.gedap.be/asp/interfcst.asp>

⁸ Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), «Regard sur la pauvreté et les inégalités en Wallonie», Working Paper de l'IWEPS n°16, Septembre 2013.

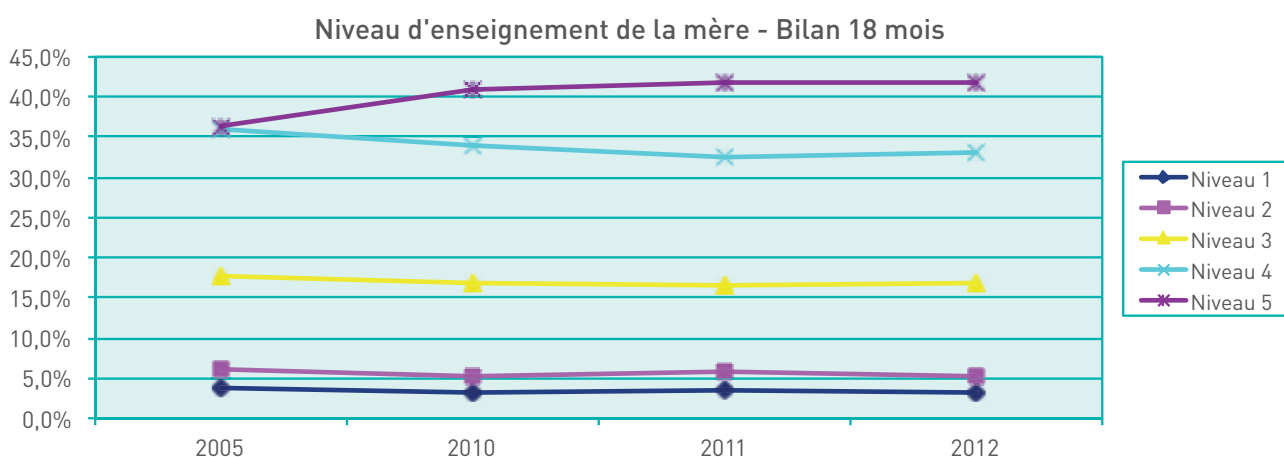
- Dans la population générale, le nombre de mères ayant obtenu un diplôme supérieur augmente. Au cours des 50 dernières années, l'essor de l'éducation a induit des mutations sociales profondes dans les pays de l'OCDE. En 1961, même l'accès au deuxième cycle de l'enseignement secondaire était fermé à la majorité des jeunes dans de nombreux pays. Aujourd'hui, l'immense majorité de la population a suivi un enseignement secondaire et la proportion de diplômés de l'enseignement tertiaire (études supérieures universitaires, baccalauréat) s'élève à un adulte sur trois dans certains pays, et un sur deux dans d'autres. Selon le rapport de l'OCDE, en 2012, dans la population belge, 43 % des 25-34 ans et 40 % des 35-44 ans avaient un diplôme d'études supérieures⁹.
- Dans la population fréquentant les consultations ONE, depuis 2005, les divers niveaux d'enseignement des mères se répartissent de manière relativement homogène et constante : 9 à 11 % des mères n'ont pas atteint le niveau «secondaire inférieur» au moment du «Bilan de santé à 9 mois» de leur enfant, et 1/3 des mères a terminé un enseignement «secondaire supérieur». Ces chiffres sont sans doute surestimés vu le taux élevé de données inconnues.
- La population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE et qui réalise les Bilans de santé pour leurs enfants est différente de celle qui fait appel au secteur «Accueil» : les mères qui ont terminé ou atteint un niveau d'étude secondaire inférieur ne représentent que 5 % de la population faisant appel aux milieux d'accueil contre 31 % dans les consultations de l'ONE (voir Graphique 4.2.5).
- Entre 2005 et 2012, le profil de niveau d'enseignement de ces mères s'est amélioré. A la fin de cette période, les «Bilans de santé à 30 mois» enregistreraient une proportion de 48 % des mères qui terminaient l'enseignement supérieur. Les suivis les plus longs pour les enfants pourraient donc être corrélés avec un niveau d'enseignement plus élevé des mères.

Graphique 4.2.1 :

Niveau d'enseignement de la mère lors du Bilan de santé à 9, 18 et 30 mois



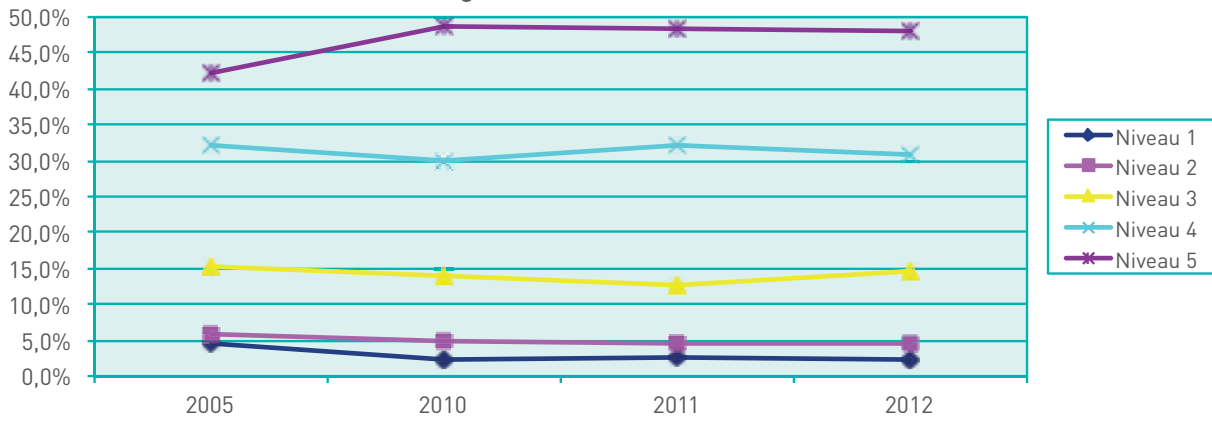
BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» *



BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois» *

⁹ OCDE, Regards sur l'éducation 2014 : les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, 2014.

Niveau d'enseignement de la mère - Bilan 30 mois



BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois» *

* Légende des trois graphiques :

- Niveau 1 = Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseignement spécialisé
- Niveau 2 = Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé
- Niveau 3 = Secondaire inférieur achevé
- Niveau 4 = Secondaire supérieur achevé
- Niveau 5 = Supérieur achevé

Au cours des trois dernières années, plus de 40 % des mères avaient un niveau d'éducation supérieur et constituaient donc le groupe le plus représenté fréquentant nos structures. Cette proportion n'a cessé d'augmenter pour le Bilan à 9 mois lors duquel elles sont passées de 37,3 % en 2010 à 40,1 % en 2012 – alors que cette proportion restait stable pour les Bilans à 18 et 30 mois.

Le deuxième groupe par ordre d'importance est celui des mères qui ont achevé leur niveau d'instruction secondaire supérieur : dans nos structures, elles avoisinent les 35 % pour le Bilan à 9 et 18 mois et 30 % pour le Bilan à 30 mois.

Enfin, les mères n'ayant achevé que l'école primaire représentaient environ 5 % et celles qui n'y étaient pas parvenues, sans scolarité ou avec un diplôme d'enseignement spécialisé représentaient environ 3 % d'entre elles.

En définitive, le nombre élevé de données manquantes ne permet pas de conclure à un meilleur suivi des enfants chez les femmes mieux scolarisées, mais il s'agirait d'un résultat logique. Les services publics sont en général mieux utilisés par les segments de la population qui en ont le moins besoin.

A noter qu'il est probable que dans les données inconnues se trouvent un nombre important de personnes ayant une scolarité faible. Il est en effet plus agréable de répondre à cette question lorsqu'on a un niveau de scolarité élevé.

■ 2.2.3. La situation d'emploi de la mère

Depuis 2008, ces données ne sont plus disponibles dans les Bilans de santé à 18 et 30 mois, mais bien dans les Bilans de santé à 9 mois.

Tableau 4.2.10 :
Situation d'emploi de la mère

		Bilans 9 mois							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Au chômage et/ou au foyer	%	51,8%	51,2%	50,2%	46,7%	46,6%	48,1%	46,5%	45,2%
Travaille à temps plein	%	32,5%	27,4%	27,4%	29,0%	28,5%	27,2%	27,5%	28,7%
Travaille à temps partiel	%	10,3%	16,2%	17,9%	18,6%	18,8%	17,9%	19,2%	19,6%
Pause carrière/congé parental à temps plein	%	1,3%	1,8%	1,6%	2,5%	2,6%	2,9%	2,9%	2,6%
Pause carrière/congé parental à temps partiel	%	0,5%	0,9%	0,9%	0,5%				
Aide sociale, indemnité mutuelle et revenu d'insertion	%	2,5%							
Etudiante	%	0,7%			1,7%	2,0%	2,1%	2,2%	2,2%
Sans ressources fixes	%	0,3%							
Autre (incapacités de travail, invalidités, pré-pensionné)	%	0,2%	2,4%	2,0%	1,0%	1,4%	1,8%	1,6%	1,6%
Total 100%	n	10600	8448	9893	10337	10113	11489	11210	11567
Inconnues exclues	%	3,8%	3,6%	3,6%	3,9%	4,4%	3,9%	4,5%	4,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Une case hachurée correspond à une réponse non disponible sur le volet de l'année concernée

*Comment interpréter la question : «L'activité principale de la mère» ?
Ici, il faut considérer l'activité officielle de la mère au jour du Bilan de santé de son enfant.*

Dans ce tableau, on constate qu'un peu moins de 50 % des mères, dont l'enfant a eu un Bilan à 9 mois, ont un travail : près de 30 % à plein temps et près de 20 % à temps partiel. Entre 2005 et 2012, le travail à temps plein des mamans a très légèrement diminué, alors que le travail à temps partiel ou la pause carrière/congé parental à temps plein ont presque doublé.

Selon l'ONAFST¹⁰, les formules d'interruption de carrière à temps partiel, où l'intéressé continue à travailler, mais réduit ses prestations hebdomadaires du cinquième à la moitié, sont plus populaires que les interruptions à temps plein. Cette mesure est nettement plus populaire chez les femmes, particulièrement les mères qui vivent en couple. Seules 3,9 % des mères isolées avec un contrat de salariée sont en interruption de carrière ou crédit-temps partiel, contre 9,4 % des mères qui vivent en couple. En ce qui concerne l'interruption complète de la carrière, la différence est encore plus grande : 0,35 % chez les mères isolées contre 1,7 % chez les mères qui vivent en couple. A noter que le taux d'emploi des femmes augmente tendanciellement avec l'âge et l'autonomisation des enfants.

Chez les parents isolés (dont les enfants ont moins de 20 ans) le taux de travail s'élève à 56,2 %, contre 78,7 % chez les parents qui vivent en couple. Le taux de travail le plus élevé se retrouve chez les pères qui vivent en couple : 88,1 %.

Cet échantillon confirme que la population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE et qui réalise les Bilans des enfants est différente de celle qui fait appel au secteur «Accueil» (voir Graphique 4.2.5) : le taux d'emploi des mères qui recourent à un milieu d'accueil était de 92,5 % en 2010-2012, contre 43 % chez celles qui fréquentaient les consultations pour enfants.

Par ailleurs, 45-50 % des mères de notre population sont au chômage ou au foyer, une proportion qui s'est réduite de 52 % en 2005 à 45 % en 2012.

¹⁰ ONAFST, op. cit

■ 2.2.4. Famille et revenu

Depuis 2008, ces données ne sont plus disponibles dans les Bilans de santé à 18 et 30 mois. On les retrouve uniquement dans les Bilans de santé à 9 mois.

Tableau 4.2.11 :
Revenus de la famille

		Bilans 9 mois								
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Un revenu professionnel	%	36,2%	38,8%	39,0%	38,2%	31,9%	31,1%	28,9%	28,4%	26,8%
Deux revenus professionnels	%	46,9%	42,9%	43,6%	45,4%	47,6%	46,5%	43,4%	45,3%	46,3%
Un revenu professionnel + un revenu de remplacement	%					4,0%	6,1%	9,0%	9,9%	9,7%
Uniquement un/des revenus de remplacement	%	15,3%	15,7%	15,2%	14,4%	12,4%	13,6%	15,5%	14,4%	15,3%
Pas de revenu fixe	%	1,6%	2,0%	1,7%	1,6%	3,4%	2,2%	2,6%	1,5%	1,4%
Autres	%	0,0%	0,5%	0,6%	0,4%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
Total 100%	n	8938	10599	8423	9878	10267	10054	11478	11201	11524
Inconnues exclues	%	6,0%	3,8%	3,9%	3,7%	4,6%	5,0%	4,0%	4,6%	4,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Une case hachurée correspond à une réponse non disponible sur le volet de l'année concernée

Pour interpréter la question : «La famille vit avec...», il faut considérer la situation officielle de travail. La réponse «un revenu professionnel» connote une famille qui vit uniquement avec un seul revenu professionnel. Le «revenu de remplacement» suppose une allocation de chômage, ou une allocation pour handicapé, ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent. Enfin, la catégorie «deux revenus professionnels» implique que le 2ème revenu professionnel provient de l'autre parent, du beau-père ou de la belle-mère, ou encore du compagnon.

Entre 2004 et 2012, le pourcentage des familles bénéficiant de deux revenus professionnels est resté stable à 46 %, alors que celles dotées d'un seul revenu professionnel passaient de 36,2 % en 2004 à 31,9 % en 2008 et à 26,8 % en 2012. Et pour celles disposant d'un revenu professionnel et d'un revenu de remplacement (ex : allocation de chômage), elles passaient de 4,0 % en 2008 à 9,7 % en 2012. Ces changements pourraient être liés à ce qu'en 2008, nous avons ajouté la possibilité de sélectionner «un revenu professionnel + un revenu de remplacement» dans les réponses, alors qu'auparavant le TMS devait choisir la réponse «un revenu professionnel» dans les deux cas de figure.

En outre, près de 15 % des familles vivaient de revenus de remplacement et celles qui n'avaient pas de revenus fixes oscillaient entre 1,5 et 3 %.

■ 2.2.5. La connaissance du français chez les parents

Depuis 2010, les Bilans de santé à 9 et 18 mois comprennent une question relative à la maîtrise du français par le papa.

Tableau 4.2.12 :
La maîtrise du français par la mère

		Bilans 9 mois					Bilans 18 mois				
		2005	2009	2010	2011	2012	2005	2009	2010	2011	2012
Très bien	%	85,5%	88,8%	92,6%	90,2%	88,4%	87,3%	89,2%	94,0%	90,8%	89,5%
Un peu	%	10,6%	8,0%	0,6%	6,4%	8,7%	9,8%	8,1%	0,5%	6,4%	8,1%
Pas du tout	%	3,9%	3,1%	6,8%	3,4%	2,9%	2,9%	2,8%	5,5%	2,9%	2,4%
Total 100%	n	7270	10256	11643	11448	11810	6748	8515	8839	9424	9577
Inconnues exclues	%	34,0%	3,1%	2,6%	2,5%	2,2%	2,2%	3,4%	6,4%	2,3%	3,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

On remarque que 2 à 3 % en moyenne des mères dont l'enfant est suivi au sein d'une structure de l'ONE, ne parlent pas le français et 7 à 9 % s'expriment mal dans cette langue.

Cette proportion diminue légèrement alors que l'enfant grandit, ce qui pourrait s'expliquer par un apprentissage de la langue ou l'abandon du service au fil du temps.

En 2010, la différence de pourcentage entre les réponses «un peu» et «pas du tout», s'expliquait par une erreur d'impression de cette question qui empêchait le TMS de choisir la réponse «un peu». Ce problème a été corrigé en 2011.

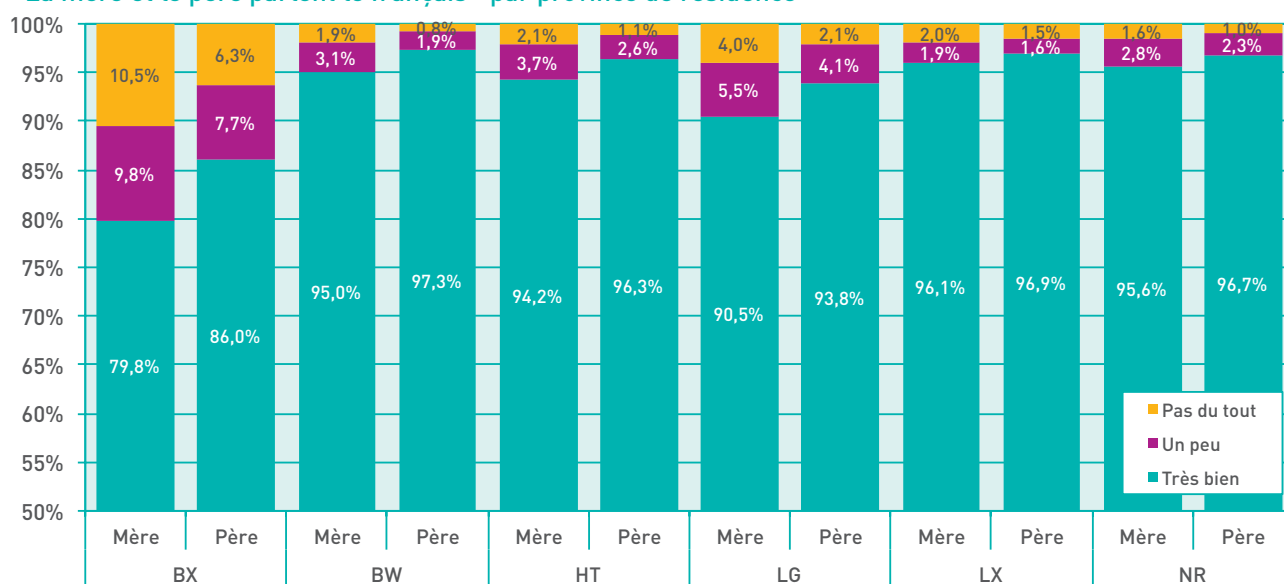
Tableau 4.2.13 :
La maîtrise du français par le père

		Bilans 9 mois			Bilans 18 mois		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
Très bien	%	95,6%	93,5%	92,0%	96,4%	93,5%	93,1%
Un peu	%	0,2%	4,7%	6,6%	0,1%	4,9%	5,8%
Pas du tout	%	4,2%	1,8%	1,5%	3,5%	1,6%	1,1%
Total 100%	n	9965	10645	11164	7751	8853	9061
Inconnues exclues	%	16,7%	9,3%	7,5%	17,9%	8,2%	8,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Les pères maîtrisent un peu mieux le français que les mères. Seuls 1 à 1,5 % ne parlent pas le français et 6 à 7 % s'expriment mal dans cette langue, peut-être parce que les hommes résident en Belgique depuis plus longtemps que leurs épouses/compagnes (voir tableaux 4.2.14 et 4.2.15) ou parce que leurs occupations professionnelles les obligent à avoir recours au français. D'ailleurs, si on croise la maîtrise du français avec la durée de séjour, on remarque que 95,5 à 97,5 % des pères qui maîtrisent très bien le français vivent en Belgique depuis plus de 5 ans.

Graphique 4.2.2 :
«La mère et le père parlent le français» par province de résidence



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2010 à 2012 cumulés

Le graphique 4.2.2 révèle que c'est principalement à Bruxelles que les parents éprouvent des difficultés avec l'usage du français (20 % des mères et 14 % des pères ne s'expriment pas ou peu en français). Si on croise la maîtrise du français avec la durée de séjour, on remarque que 46 % des mères et 40 % des pères vivant à Bruxelles depuis moins de 5 ans ne maîtrisent pas du tout ou peu le français.

Pour favoriser le dialogue (relatif à l'enfant) avec les parents, l'ONE subventionne le recours à des interprètes dans ses consultations, une préoccupation d'ailleurs inscrite dans son contrat de gestion. L'ONE a ainsi signé des conventions avec des services d'interprétariat qui interviennent à la demande. Les langues les plus demandées sont le turc, l'arabe, le russe, le serbo-croate, l'albanais et le polonais.

Les interprètes peuvent intervenir lors des consultations, des activités collectives ou des visites à domicile. Certaines prestations sont téléphoniques, par exemple pour les prises de rendez-vous et les cas d'urgence. Enfin, certaines traductions écrites sont parfois nécessaires.

■ 2.2.7. Durée du séjour (< ou ≥ 5 ans) de la mère et du père en Belgique

Depuis 2010, les Bilans de santé à 9 et 18 mois comprennent une question relative au temps de séjour en Belgique du père.

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

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

BDMS ONE, «Bilans de santé»

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

Pour le Bilan de santé à 18 mois, le pourcentage de mères présentes en Belgique depuis moins de 5 ans était de 10,2 % en 2009 contre 11,6 % en 2012 et 22,1 % en 2005.

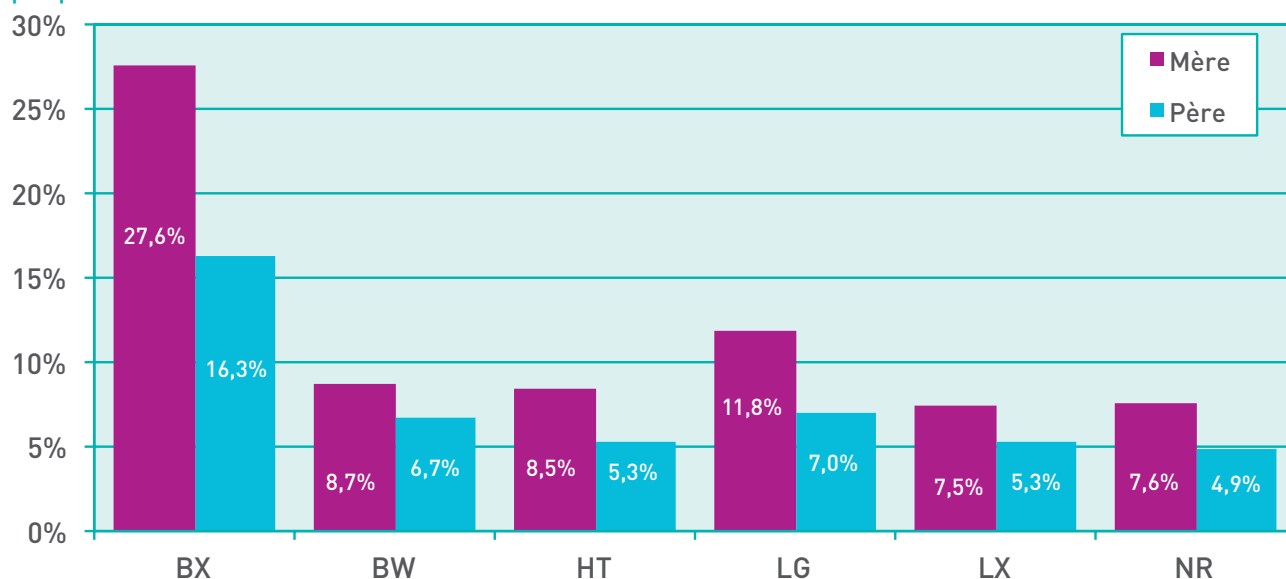
Tableau 4.2.15 :
Le père vit en Belgique depuis moins de 5 ans

		Bilans 9 mois			Bilans 18 mois		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
Oui	%	8,4%	7,9%	8,1%	7,6%	6,6%	7,0%
Non	%	91,6%	92,1%	91,1%	92,4%	93,4%	93,0%
Total 100%	n	9854	10448	10878	7694	8699	8886
Inconnues exclues	%	17,6%	11,0%	9,9%	18,5%	9,8%	10,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

En 2010, les pères séjournant en Belgique depuis moins de 5 ans représentaient environ 8,4 % de l'échantillon au Bilan de santé à 9 mois et 7,6 % lors du Bilan de santé à 18 mois. En 2012, ils sont passés respectivement à 8,1 % et 7 %.

Graphique 4.2.3 :
Proportion des pères et mères d'enfants de 9 mois séjournant en Belgique depuis moins de 5 ans, par province de résidence



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2010 à 2012 cumulés

A noter que les recherches scientifiques admettent communément comme définition des primo-arrivants les personnes séjournant en Belgique depuis moins de 5 ans. Lors des deux Bilans, le taux de mères «primo-arrivantes» est plus élevé (10 à 14 %) que le taux de pères «primo-arrivants» (6,5 à 8,5 %). C'est à Bruxelles que le taux de parents «primo-arrivants» est le plus élevé (16 % des pères et 27 % des mères). Suit Liège, avec 7 % des pères et 12 % des mères. Les autres subrégions connaissent des taux variant entre 5 et 7 % des pères, et 7,5 à 9 % des mères.

Si l'on se réfère aux statistiques de la DGSIE¹¹, au 01/01/2013, la Belgique comptait 11.099.554 habitants, dont 1.195.122 de nationalité étrangère, soit 11 % de la population totale.

D'après le rapport sur la migration¹² publié en 2013, la présence féminine dans les flux d'immigration vers la Belgique a été non négligeable ces dernières années. En 2011, 48 % des immigrations internationales ont été effectuées par des femmes. Cette proportion est toutefois très variable selon l'origine des immigrants. On voit par exemple que les pays pour lesquels la part des femmes est supérieure à celle des hommes sont plutôt situés en Asie du Sud-Est (comme la Thaïlande ou les Philippines) ainsi qu'en Europe orientale (comme l'Ukraine ou la Russie). Soulignons également la surreprésentation des femmes au sein de l'immigration latino-américaine comme c'est le cas pour le Brésil.

Quelques pays se démarquent par contre par une sur-masculinisation. Il s'agit principalement de pays de l'UE (Portugal, Italie, Royaume-Uni, Pays-Bas notamment). Cependant, certains pays non européens se caractérisent également par une présence masculine marquée (par exemple, l'Afghanistan, l'Irak, l'Inde, le Pakistan, la Tunisie ou l'Algérie).

La Flandre est la région qui a accueilli le plus grand nombre de nouveaux immigrants en 2010 (42 % des entrées) suivie par Bruxelles (33 % des entrées) et par la Wallonie (25 % des entrées). Toutefois, si l'on tient compte de la taille de la population de chacune des régions, il est évident que l'impact de l'immigration est beaucoup plus important dans la Région de Bruxelles-Capitale¹³.

■ 2.2.9. Enfant élevé dans une autre langue que le français

Une question sur la «langue parlée à la maison» a été ajoutée, en 2010, aux Bilans de santé à 18 et 30 mois.

Tableau 4.2.16 :
L'enfant est élevé à la maison dans une autre langue que le français

		Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
Oui	%	39,3%	39,9%	41,1%	35,6%	39,3%	37,8%
Non	%	60,7%	60,1%	58,9%	64,4%	60,7%	62,2%
Total 100%	n	8054	9135	9270	3479	4057	3920
Inconnues exclues	%	14,7%	5,3%	6,2%	23,3%	7,9%	12,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Dans ce tableau, près de 40 % des enfants de 18 et 30 mois fréquentant une structure de l'ONE sont élevés à la maison dans une autre langue que le français.

C'est surtout à Bruxelles (Graphique 4.2.4) que les enfants sont élevés dans une autre langue que le français (68 - 76 %). Les autres subrégions connaissent des taux variant entre 18 et 39 %.

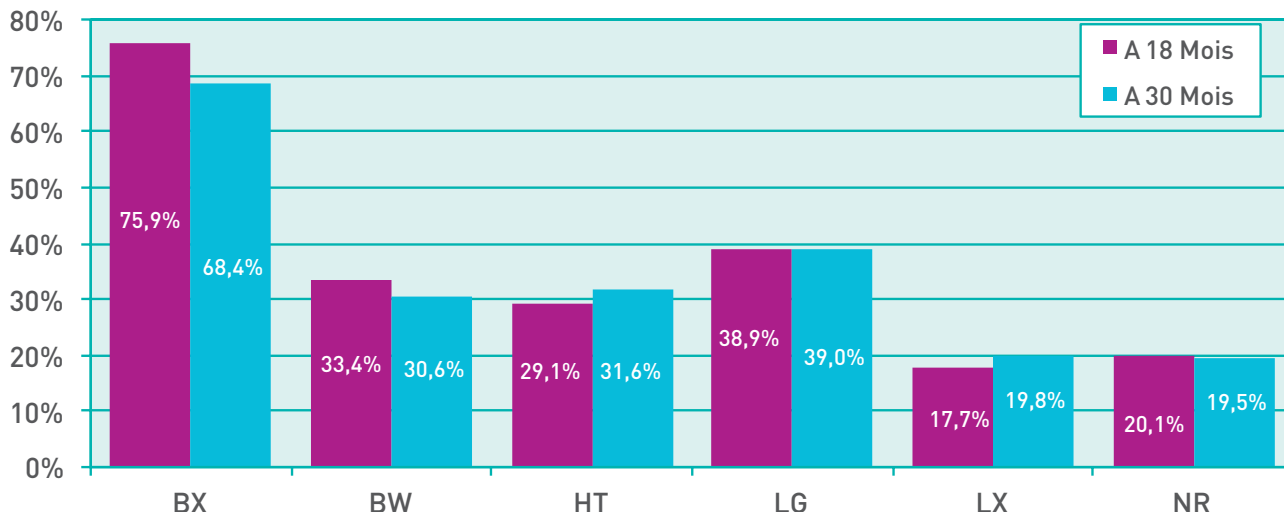
¹¹ Direction générale Statistique et Information économique du Service public fédéral Economie (ex-INS), <http://statbel.fgov.be>.

¹² Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et UCL-DEMO, «Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique», Bruxelles, 2013, 178 pages.

¹³ Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et UCL-DEMO, op. cit

Graphique 4.2.4 :

Pourcentage d'enfants élevés à la maison dans une autre langue que le français à l'âge de 18 et 30 mois par province de résidence



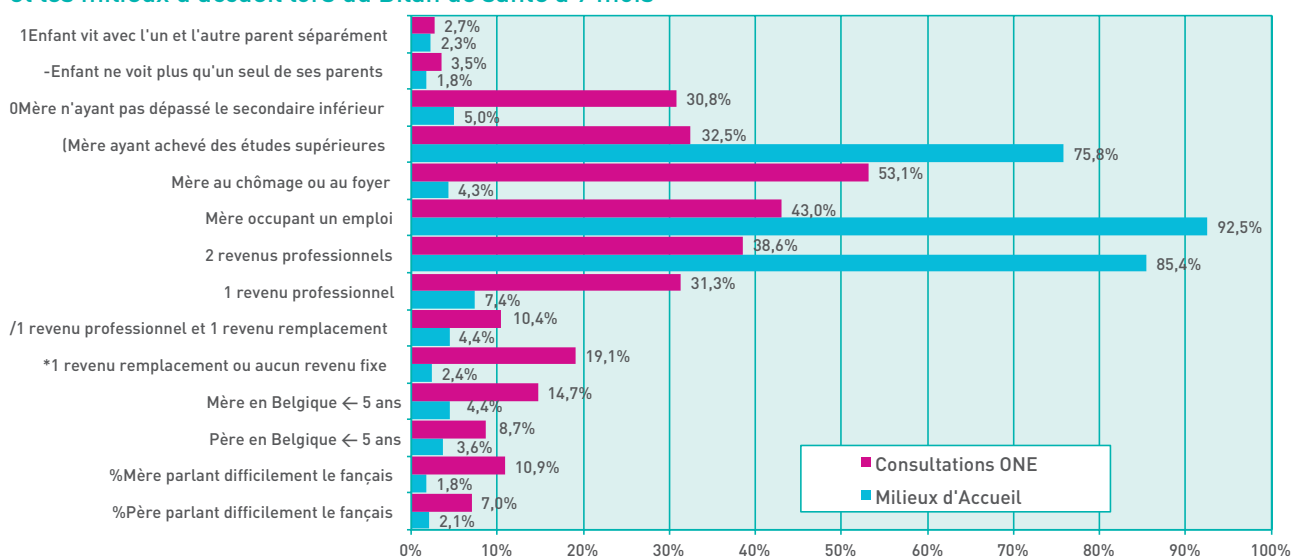
BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 et 30 mois», 2010 à 2012 cumulés

2.2.10. Les consultations pour enfants ONE et les milieux d'accueil subventionnés par l'ONE

Comme le montre le graphique 4.2.5, la population qui fréquente les consultations pour enfants et qui réalise les Bilans de santé et celle qui fréquente les milieux d'accueil ont des profils différents.

Graphique 4.2.5 :

Type de population fréquentant les consultations ONE et les milieux d'accueil lors du Bilan de santé à 9 mois



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2010 à 2012 cumulés

La population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE, et pour laquelle nous avons des informations, provient de tous les milieux socio-économiques – avec une surreprésentation de populations «fragilisées» par rapport à la population des milieux d'accueil.

Selon les données cumulées de 2010 à 2012 pour les «Bilans de santé à 9 mois» en consultations :

- Près de 3 % des enfants vivent avec l'un et l'autre parent séparément, en garde alternée;
- 3,5 % des enfants ne voient plus qu'un seul de leurs parents;
- 31 % des mères n'ont pas dépassé le niveau d'étude secondaire inférieur;
- 32,5 % des mères ont atteint le niveau d'étude supérieur (universitaire ou non);
- Plus d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer;
- 43 % des mères occupent un emploi;
- Trois familles sur dix vivent avec un seul revenu professionnel;

- Une famille sur dix, vit avec un revenu professionnel et un revenu de remplacement;
- 19 % des familles vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe;
- Près de quatre familles sur dix vivent avec deux revenus professionnels;
- 15 % des mères sont «primo-arrivantes»;
- 9 % des pères sont «primo-arrivants»;
- 11 % des mères ont des difficultés à parler le français;
- 7 % des pères ont des difficultés à parler le français.

La population fréquentant les milieux d'accueil est plus favorisée :

- 2 % des enfants vivent avec l'un et l'autre parent séparément (garde alternée);
- 2 % des enfants ne voient plus qu'un seul de leurs parents;
- 5 % seulement des mères n'ont pas dépassé le niveau d'étude secondaire inférieur;
- 76 % des mères ont atteint le niveau d'étude supérieur (universitaire ou non);
- 4 % des mères sont au chômage ou au foyer;
- 92,5 % des mères occupent un emploi;
- 7,5 % des familles vivent avec un seul revenu professionnel;
- 4,5 % des familles vivent avec un revenu professionnel et un revenu de remplacement;
- 2,5 % des familles vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe;
- 85,5 % des familles vivent avec deux revenus professionnels;
- 4,5 % des mères sont «primo-arrivantes»;
- 3,5 % des pères sont «primo-arrivants»;
- Près de 2 % des mères ont des difficultés à parler le français;
- 2 % des pères ont des difficultés à parler le français.

En 2010, une question relative à la fréquentation d'un milieu d'accueil par l'enfant a été ajoutée aux Bilans de santé à 9 et 30 mois.

Tableau 4.2.17 :
Fréquentation d'un milieu d'accueil ou d'un préguardiennat à l'âge du Bilan

		Bilans 9 mois			Bilans 30 mois		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
Oui	%	30,1%	33,4%	36,1%	54,7%	58,4%	57,9%
Non	%	69,9%	66,6%	63,9%	45,3%	41,6%	42,1%
Total 100%	n	9454	9983	10454	3443	4035	3896
Inconnues exclues	%	20,9%	15,0%	13,4%	24,1%	8,4%	13,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Dans le tableau ci-dessus, en 2012, 36,1 % des enfants à 9 mois et 57,9 % à 30 mois fréquentaient un milieu d'accueil ou un préguardiennat. A noter que la fréquentation d'un milieu d'accueil est importante pour la socialisation et le bien-être de l'enfant dans la perspective de sa prochaine scolarisation.

Si on croise la fréquentation d'un milieu d'accueil avec la durée de séjour, on remarque, en 2012, que seulement 13 à 17,5 % des enfants de 9 mois fréquentent un milieu d'accueil quand les parents sont en Belgique depuis moins de 5 ans. Et pour la maîtrise du français, en 2012, seulement 12 à 24 % des enfants de 9 mois fréquentent un milieu d'accueil quand les parents maîtrisent peu ou pas du tout le français.

Le séjour en milieu d'accueil permet également d'améliorer le langage si on ne parle pas le français à la maison. En 2012, on observe que 43 % des enfants de 30 mois qui fréquentent un milieu d'accueil sont élevés dans une autre langue que le français à la maison.

► 2.3. CONCLUSIONS

Les enfants inscrits chaque année dans les structures ONE (milieux d'accueil et consultations) font l'objet de Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois. Il est difficile d'interpréter les variations des taux de couverture parce que le dénominateur est lui-même instable d'une année à l'autre à cause des migrations internes et externes, et parce que la fréquence du suivi par des professionnels privés varie elle-aussi.

L'année prise en compte dans ces statistiques est celle de la réalisation du Bilan en question. Ainsi dans les bilans 2012, on trouve sous la rubrique «9 mois», des enfants nés en 2011 et en 2012; pour les «18 mois», des enfants nés en 2010 et 2011; et pour les «30 mois», des enfants nés en 2009 et 2010.

Les enfants qui se sont présentés à l'ONE en dehors des tranches d'âge requises ne font l'objet d'aucun recueil de données. Cette sous-estimation des taux de couverture devrait s'améliorer dans le cadre de l'informatisation des TMS.

Malgré une augmentation progressive, le taux de couverture des Bilans de santé par rapport au nombre d'enfants inscrits dans nos structures reste faible, mais probablement assez représentatif de la population ONE globale.

En 2012, le taux de couverture atteignait les 30 % pour les Bilans à 9 mois, 25 % pour les Bilans à 18 mois et 15 % pour les Bilans à 30 mois. Ces données reflètent un suivi très rapproché des enfants en bas âge et plus occasionnel ultérieurement, ainsi qu'on pouvait s'y attendre.

Pour la période 2010-2012, 87,8 % des Bilans de santé à 9 mois émanent du secteur «Accompagnement» (consultations d'enfants, cars sanitaires, maisons d'enfants, etc.) et 12,2 % du secteur «milieux d'accueil collectifs» (crèches, maisons communales d'accueil de l'enfance, préguardiennats, etc.).

L'analyse de l'âge des parents nous montre qu'environ un tiers des mères d'enfants pour lesquels a été dressé un Bilan à 9, 18 ou 30 mois ont entre 25 à 29 ans, suivies de près par celles de 30 à 35 ans, alors que près de deux tiers des pères ont 30 ans ou plus. A noter que nous discutons le cas particulier des très jeunes mamans au chapitre 2.

La plupart des enfants pour qui un Bilan a été dressé, vivent au quotidien avec leurs 2 parents et bien entendu, cette proportion diminue avec l'âge des enfants. En 2012, 92,4 % des enfants vivaient au quotidien avec leurs 2 parents au moment du Bilan à 9 mois, 92,1 % au Bilan à 18 mois et 89,2 % à 30 mois. La garde alternée semble elle aussi augmenter avec l'âge de l'enfant : en 2012, elle est passée de 2,8 % à 9 mois, à 6,1 % à 30 mois.

En 2012 toujours, lorsque les parents étaient séparés sans garde alternée, près de 10 % des enfants voyaient l'autre parent tous les jours, 40 % au moins une fois par semaine et 20 % 1 ou 2 fois par mois. 20 % des enfants ne voyaient plus l'autre parent.

Au cours des trois dernières années (2010-2012), plus de 40 % des mères avaient un niveau d'éducation supérieur, 35 % avaient achevé leur niveau d'instruction secondaire supérieur au moment du Bilan à 9 et 18 mois de leur enfant et 30 % pour le Bilan à 30 mois. Les mères n'ayant achevé que l'école primaire ne représentaient que 5 % de notre population environ, et celles sans scolarité ou avec un diplôme d'enseignement spécialisé, 3 % d'entre elles. Ces données doivent être interprétées avec précaution car les données manquantes sont nombreuses (17 à 23 %).

Lors du Bilan à 9 mois, moins de la moitié des mères avaient un travail (près de 30 % à plein temps et de 20 % à temps partiel) alors que l'autre moitié des mères de notre population était au chômage ou au foyer, une proportion qui s'est réduite de 52 % en 2005 à 45 % en 2012.

Entre 2009 et 2012, le pourcentage des familles bénéficiant de deux revenus professionnels est resté stable à 46 %, alors que celles qui n'avaient qu'un seul revenu professionnel étaient passées de 36,2 % en 2004 à 31,9 % en 2008 et à 26,8 % en 2012. On ne peut exclure ici un artéfact lié à la modification du questionnaire introduite en 2010. Par ailleurs, près de 15 % des familles vivaient de revenus de remplacement et celles qui n'avaient pas de revenus fixes oscillaient entre 1,5 et 3 %. A noter que le profil socio-économique des parents est détaillé par région dans le deuxième chapitre du présent rapport.

On remarque qu'en moyenne 2 à 3 % des mères dont l'enfant était suivi par une structure de l'ONE, ne parlaient pas le français et 7 à 9 % s'exprimaient mal dans cette langue. Les pères la maîtrisaient un peu mieux mais 1 à 1,5 % ne le parlaient pas et 6 à 7 % s'exprimaient mal. C'est principalement à Bruxelles que ce problème existait.

A noter que depuis longtemps, l'ONE fait un grand effort pour pallier ce problème :

- L'ONE encourage les parents à apprendre le français et les dirige vers des cours de promotion sociale;
- L'Office favorise l'utilisation du français sans réprimer celle de la langue maternelle, en effectuant des recherches ad hoc;
- Il fait appel à un service d'interprétariat pour les langues les plus couramment utilisées.

Lors des Bilans de santé à 9 mois réalisés en 2012, 13,4 % des mères séjournaient en Belgique depuis moins de 5 ans et cette proportion est passée à 11,6 % lors du Bilan de santé à 18 mois (contre 8,1 % et 7 % respectivement pour les pères).

Près de 40 % des enfants de 18 et 30 mois fréquentant une structure de l'ONE étaient élevés à la maison dans une autre langue que le français, et plus encore à Bruxelles (68 - 76 %).

Les données cumulées de 2010 à 2012 pour les «Bilans de santé à 9 mois» montraient que la population fréquentant les consultations pour enfants (CE) et dont les enfants bénéficiaient d'un Bilan de santé, était différente de celle dont les enfants fréquentaient les milieux d'accueil (MA) par plusieurs aspects :

- pour les CE, la proportion de mères n'ayant pas dépassé le niveau secondaire inférieur était 6 fois plus importante que les autres;
- ces mères étaient deux fois moins nombreuses à terminer des études supérieures;
- plus de la moitié étaient au chômage ou au foyer alors que dans le deuxième groupe (MA), elles représentaient moins de 5 %;
- leur ménage bénéficiait de deux revenus professionnels dans moins de 40 % des cas, comparé aux 85,4 % des autres;
- leur ménage ne pouvait compter que sur un seul revenu professionnel ou sur des revenus de substitution bien plus souvent que dans l'autre groupe;
- enfin, la proportion des nouvelles arrivantes et de celles qui maîtrisaient mal le français y étaient supérieure.

Si on croise la fréquentation d'un milieu d'accueil avec la durée de séjour, on remarque, en 2012, que seulement 13 à 17,5 % des enfants de 9 mois fréquentent un milieu d'accueil quand les parents sont en Belgique depuis moins de 5 ans. Et pour la maîtrise du français, en 2012, seulement 12 à 24 % des enfants de 9 mois fréquentent un milieu d'accueil quand les parents maîtrisent peu ou pas du tout le français.

► 03. LES VACCINATIONS

La vaccination est un enjeu majeur de santé publique, tant par son effet sur la protection individuelle que par la protection de la collectivité qu'elle assure, en limitant la circulation des agents pathogènes.

Depuis 2002, la Communauté française puis la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B)¹⁴ ont recommandé, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement conjoint de l'Etat fédéral et de la Fédération Wallonie-Bruxelles¹⁵.

Les données de la dernière enquête Provac réalisée en 2012¹⁶ ont confirmé ce qui ressortait des enquêtes précédentes, à savoir que sur son territoire, l'ONE est le premier organisme vaccinateur, qu'il assure la vaccination chez 60 % des enfants sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles et 64,6 % de la population infantile à Bruxelles¹⁷.

L'OMS recommande un taux de couverture d'au moins 95 %, pour pouvoir protéger efficacement la population, notamment contre la rougeole. C'est pour cela que l'accès à la vaccination doit être totalement gratuit et aisé. Cette couverture est atteinte depuis 2005, chez les enfants de 9 mois qui fréquentent les structures ONE pour les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (pertussis), la poliomyélite, l'haemophilus influenzae de type b et l'hépatite B, avec le vaccin Hexavalent Di-Te-Per-Polio-Hib-HB, et contre le pneumocoque depuis 2009.

Pour ce qui est des vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (RRO) chez les enfants de 18 mois, l'ONE n'est pas loin de cet objectif : il a atteint 94,5 % des enfants ayant fréquenté les structures ONE en 2012.

Si 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), il existe une obligation vaccinale pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil agréé par l'ONE, en vertu de l'article 31 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 février 2003 qui fixe le principe de cette vaccination.

L'obligation vaccinale pour les enfants accueillis en dehors de leur famille est fixée par cet arrêté et appliquée par l'ONE. Elle concerne la vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, l'haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole, et les oreillons.

Par ailleurs, l'ONE suit le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé, qui comprend aussi les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le rotavirus.

Toutes ces vaccinations constituent donc une mesure de prévention collective. Elles sont indispensables, particulièrement là où plusieurs enfants sont accueillis ensemble parce que cette condition est idéale pour la transmission des maladies.

Le présent rapport expose des données vaccinales qui proviennent de plusieurs sources :

- le Bilan de santé à «9 mois» donne des informations relatives à la couverture vaccinale des enfants pour les vaccins Di-Te-Per-Polio-Hib-HB (Hexavalent), pneumocoque et rotavirus,
- le Bilan de santé à «18 mois» présente des informations relatives à la couverture vaccinale des enfants pour les vaccins Di-Te-Per-Polio-Hib-HB, Méningocoque C, RRO et pneumocoque,
- enfin, depuis 2007, le Bilan de santé à «30 mois» reprend la couverture vaccinale du vaccin RRO.

¹⁴ Depuis le 25 mai 2011, sans que sa dénomination constitutionnelle ait été changée, la Communauté française se désigne elle-même sous le nom de Fédération Wallonie-Bruxelles

¹⁵ Dès le 1^{er} janvier 2015, le financement du programme de vaccination a été transféré à l'ONE.

¹⁶ Fédération Wallonie-Bruxelles et PROVAC, Couvertures vaccinales en Fédération Wallonie-Bruxelles, Avril 2013.

¹⁷ ROBERT E. et SWENNEN B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale – Année 2012, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, 2012.

► 3.1. VACCINATION AVEC LE VACCIN HEXAVALENT (POLIOMYÉLITE, DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE, HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B, HÉPATITE B) _____

Quelles sont les six maladies visées par le vaccin hexavalent ?

■ **La diphtérie :**

Le bacille diphtérique provoque une angine sévère. On l'appelait autrefois « croup » parce que les amygdales sont recouvertes d'une substance épaisse qui s'étend vers le fond et le bas de la gorge, rendant la respiration difficile et pouvant même entraîner l'asphyxie. Ses complications cardiaques, rénales et neurologiques sont graves et parfois mortelles.

■ **Le tétanos :**

Suite à la contamination d'une plaie, même minime, par le bacille tétanique ou ses spores présents dans la terre ou dans des selles d'animal, ses toxines causent une maladie qui peut encore être mortelle (par paralysie des muscles respiratoires). Elle se caractérise par des contractures musculaires très douloureuses qui nécessitent des soins intensifs.

■ **La coqueluche :**

Cette maladie très contagieuse, due à une bactérie, se caractérise par de violentes quintes de toux qui peuvent entraîner des difficultés respiratoires et des vomissements. C'est une maladie grave, qui peut être mortelle avant l'âge de 6 mois parce que les quintes de toux peuvent provoquer des arrêts respiratoires ou cardiaques. Les adultes infectés étant souvent asymptomatiques, ils peuvent sans le savoir transmettre le microbe.

■ **La poliomyélite :**

Maladie virale aiguë dont la gravité est variable. Elle se manifeste par de la fièvre, des maux de tête, une angine ou un dérangement gastro-intestinal. Elle peut entraîner des atteintes de la moelle épinière responsable de paralysie.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est obligatoire pour tous les enfants en Belgique.

■ **L'haemophilus influenzae de type b (Hib) :**

Cette bactérie peut provoquer des méningites mais aussi des otites, des pneumonies ou des septicémies. Les infections à Hib peuvent être mortelles ou occasionner des séquelles graves comme la surdité ou des paralysies.

■ **L'hépatite B :**

Maladie virale qui touche le foie et se manifeste initialement par un état grippal : fièvre, courbatures, maux de tête, vomissements et/ou fatigue. La maladie peut guérir spontanément mais dans un cas sur dix, elle passe à chronicité et provoque alors une cirrhose ou, plus tard, un cancer du foie. Plus l'infection par le virus de l'hépatite B survient tôt dans la vie, plus est grand le risque de devenir porteur chronique. A noter que le porteur chronique peut transmettre le virus toute sa vie. Le virus se transmet par le sang, les selles et le lait maternel.

■ 3.1.1. Vaccination à l'âge de 9 mois avec le vaccin «Hexavalent»

Depuis 2004, la Fédération Wallonie-Bruxelles offre le vaccin «hexavalent» qui réunit en une seule injection une protection contre 6 maladies : diphtérie, tétanos, coqueluche (pertussis), poliomyélite, haemophilus influenzae de type b et hépatite B (Di-Te-Per-Polio-Hib-HB).

Selon le schéma vaccinal recommandé, les enfants doivent avoir reçu 3 doses de ces vaccins à l'âge de 9 mois.

Tableau 4.3.1 :
Couverture du vaccin Hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B) à 9 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	43	6	19	36	27	36	38	22
	%	0,4%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
1 dose	n	30	8	14	17	11	17	16	13
	%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
2 doses	n	45	35	85	86	69	138	109	95
	%	0,4%	0,4%	0,8%	0,8%	0,7%	1,2%	0,9%	0,8%
3 doses	n	10498	8511	9994	10441	10300	11414	11226	11603
	%	95,3%	97,1%	97,4%	97,0%	97,3%	95,5%	95,6%	96,1%
Inconnu	n	405	201	149	181	175	352	349	338
	%	3,7%	2,3%	1,5%	1,7%	1,7%	2,9%	3,0%	2,8%
Total	n	11021	8761	10261	10761	10582	11957	11738	12071

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Entre 2005 et 2009, la couverture vaccinale du vaccin Hexavalent s'est améliorée au point que les enfants non ou insuffisamment vaccinés ne représentent plus qu'un pourcent de ceux qui ont un Bilan de santé à 9 mois. D'autant plus qu'une partie des enfants dont nous n'avons pas l'information sont probablement des enfants vus en l'absence des parents (grands-parents, accueillantes,... qui n'ont pas le carnet de l'enfant avec eux).

La proportion d'enfants complètement vaccinés est tout-à-fait satisfaisante, et le seuil critique d'immunité collective de 95 % préconisé par l'OMS¹⁸ est largement atteint dans le Bilan de santé à l'âge de 9 mois.

Il y a très peu de données manquantes pour cette variable.

■ 3.1.2. Vaccination à l'âge de 18 mois avec le vaccin «Hexavalent»

Avant 2006, les vaccinations de rappel à 12 mois s'effectuaient avec un vaccin «tétravalent» contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, une dose de rappel de l'haemophilus influenzae de type b et une dose de rappel de l'hépatite B.

Après 2007, toutes les vaccinations de rappel vaccinal après l'âge de 12 mois l'ont été avec le vaccin « Hexavalent » (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B).

En conclusion, la vaccination complète à 18 mois comprend 4 doses de ce vaccin.

¹⁸ WHO, 2013 The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP).

Tableau 4.3.2 :
Couverture du vaccin «Hexavalent» (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B) à 18 mois

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	25	32	101	44	28	24
	%	0,3%	0,4%	1,1%	0,5%	0,3%	0,2%
1 dose	n	23	26	24	12	7	10
	%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%
2 doses	n	14	11	22	14	17	7
	%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
3 doses	n	402	481	459	396	464	442
	%	5,2%	5,7%	5,2%	4,2%	4,8%	4,5%
4 doses	n	7108	7725	7747	8414	8808	9048
	%	91,4%	91,2%	87,8%	89,1%	91,4%	91,6%
Inconnu	n	208	191	466	565	318	352
	%	2,7%	2,3%	5,3%	6,0%	3,3%	3,6%
Total	n	7780	8466	8819	9445	9642	9883

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

En 2011-2012, on constate que seulement 91,5 % des enfants de 18 mois ont été vaccinés complètement, un taux inférieur aux objectifs de santé publique souhaitable (soit un taux de couverture de 95 %).

Si le taux d'inconnues reste faible, pour les mêmes raisons que celles signalées plus haut, on note ici une perte de suivi vaccinal pour 4 à 5 % des enfants. Cette situation est stable depuis cinq ans mais nécessite que les efforts de rattrapage vaccinal continuent et s'intensifient.

► 3.2. VACCINATION AVEC LE VACCIN ANTI-PNEUMOCOQUE

Les infections causées par une bactérie appelée « Streptococcus pneumoniae » :

La maladie la plus grave que provoque le «Streptocoque pneumoniae» est la méningite, mais cette bactérie est aussi responsable d'otites, de pneumonies et de septicémies.

Le vaccin que l'on utilise aujourd'hui prévient les maladies causées par les treize sérotypes les plus fréquents. Il est administré gratuitement depuis le premier septembre 2011 en lieu et place du vaccin à sept valences que l'on utilisait depuis 2007.

Le schéma vaccinal comprend 3 doses de vaccins : aux âges de 2 mois, 4 mois et 12 mois.

Avant 2007, alors que le vaccin était encore à charge des parents, le schéma prescrit était de 3 doses avant 1 an et un rappel à 14 mois. C'est ce qui explique que dans les Bilans de santé à «9 mois» une partie des enfants aient déjà reçu trois doses et que dans les Bilans de santé à «18 mois», une partie des enfants en aient reçu quatre.

Depuis 2013, le Conseil Supérieur de la Santé estime que lorsque la première dose est administrée après l'âge d'un an, il n'est pas nécessaire d'administrer une dose de rappel. C'est ce qui explique que 36 % des enfants n'aient reçu qu'une dose à 18 mois en 2007 (voir Tableau 4.3.4).

Tableau 4.3.3 :
Vaccination contre le Pneumocoque à 9 mois

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	559	155	96	109	107	59
	%	5,4%	1,4%	0,9%	0,9%	0,9%	0,5%
1 dose	n	905	160	101	93	75	86
	%	8,8%	1,5%	1,0%	0,8%	0,6%	0,7%
2 doses	n	6829	10022	10061	11258	11058	11441
	%	66,6%	93,1%	95,1%	94,2%	94,2%	94,8%
3 doses	n	1102	151	103	136	149	135
	%	10,7%	1,4%	1,0%	1,1%	1,3%	1,1%
Inconnu	n	866	273	221	361	349	350
	%	8,4%	2,5%	2,1%	3,0%	3,0%	2,9%
Total	n	10261	10761	10582	11957	11738	12071

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

En 2012, au moment du Bilan de santé à 9 mois, 94,8 % des enfants étaient vaccinés complètement contre le pneumocoque (soit 2 doses), tandis qu'à 18 mois (tableau suivant) la proportion des enfants ayant reçu une vaccination complète (soit 3 doses) n'était que de 89,8 % malgré une augmentation progressive observée depuis 2008.

Cette situation correspond au même déficit de rappel vaccinal à un an (4 à 5 %) observé par ailleurs avec le vaccin hexavalent. Si l'objectif d'une couverture vaccinale de 95 % est presque atteint chez les enfants de moins d'un an, ce n'est pas encore le cas pour ceux de plus d'un an.

Tableau 4.3.4 :
Vaccination contre le Pneumocoque à 18 mois

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	531	137	134	107	72	79
	%	6,8%	1,6%	1,5%	1,1%	0,7%	0,8%
1 dose	n	2828	406	280	166	124	114
	%	36,3%	4,8%	3,2%	1,8%	1,3%	1,2%
2 doses	n	698	852	536	415	425	390
	%	9,0%	10,1%	6,1%	4,4%	4,4%	3,9%
3 doses	n	1232	6405	7195	8108	8632	8872
	%	15,8%	75,7%	81,6%	85,8%	89,5%	89,8%
4 doses	n	1876	378	53	31	21	30
	%	24,1%	4,5%	0,6%	0,3%	0,2%	0,3%
Inconnu	n	615	288	621	618	368	398
	%	7,9%	3,4%	7,0%	6,5%	3,8%	4,0%
Total	n	7780	8466	8819	9445	9642	9883

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

On remarque que les enfants ayant reçu 4 doses représentent moins d'un demi-pourcent et que le nombre de données inconnues a diminué au cours des années.

► 3.3. ROTAVIRUS

Le Rotavirus est un virus ubiquitaire. Il est la première cause de diarrhée sévère du nourrisson et du jeune enfant dans le monde.

Les principaux symptômes en sont des vomissements, une diarrhée aqueuse et de la fièvre pouvant dépasser les 40°C. Sa période d'incubation est brève (2 jours environ). Quant aux autres symptômes, tels que douleurs abdominales, malaises, asthénie, ils ne sont pas rares. Chez le nourrisson, un malaise grave peut en être le premier signe.

L'intensité des symptômes est variable : parfois modérée, la gastro-entérite peut conduire à une déshydratation sévère en particulier chez le nourrisson. Dans nos pays, les décès restent exceptionnels.

La vaccination contre le rotavirus n'est plus recommandée après l'âge de 6 mois.

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande que l'on administre par voie orale 2 ou 3 doses de vaccin contre le rotavirus aux enfants de moins d'un an¹⁹, idéalement à 2, 3 et 4 mois de vie. Il n'est pas fourni gratuitement par la Fédération Wallonie-Bruxelles et doit être prescrit par le médecin et acheté en pharmacie par les parents. Une partie du coût du vaccin est à charge des parents.

Les données relatives à la vaccination contre le rotavirus ont été recueillies pour la première fois en 2007.

Tableau 4.3.5 :
Vaccination contre le Rotavirus à 9 mois

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	2574	799	664	874	836	834
	%	25,1%	7,4%	6,3%	7,3%	7,1%	6,9%
1 dose	n	258	237	189	253	257	305
	%	2,5%	2,2%	1,8%	2,1%	2,2%	2,5%
2 doses	n	5048	8453	8016	8554	8381	9013
	%	49,2%	78,6%	75,8%	71,5%	71,4%	74,7%
3 doses	n	24	366	1126	1612	1643	1278
	%	0,2%	3,4%	10,6%	13,5%	14,0%	10,6%
Inconnu	n	2357	906	587	664	621	641
	%	23,0%	8,4%	5,5%	5,6%	5,3%	5,3%
Total	n	10261	10761	10582	11957	11738	12071

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Bien que le vaccin contre le rotavirus ne soit pas inclus dans le circuit des vaccins gratuits de la Fédération Wallonie-Bruxelles, près de 75 % des enfants en ont reçu deux doses lors de leur Bilan de santé à 9 mois réalisé en 2012 et, s'ils ont reçu du Rotarix, ils peuvent être considérés comme vaccinés complètement (le «Rotarix» a été mis sur le marché avant le «RotaTeq»). Comme la proportion des enfants qui reçoivent 3 doses est comprise entre 10,6 et 14 % depuis 2009, on peut donc considérer que 85 % des enfants sont correctement vaccinés contre le rotavirus.

En 2009, l'enquête Provac²⁰ a montré que le vaccin était bien accepté. La principale raison d'absence ou de report de vaccination contre le Rotavirus était la non-fréquentation d'un milieu d'accueil.

L'enquête Provac de 2012²¹ a révélé que «les raisons les plus souvent évoquées de ne pas avoir fait vacciner son enfant contre cette maladie étaient, dans près de la moitié des cas, que le médecin n'avait pas proposé le vaccin ou que les parents en ignoraient l'existence. On trouvait en deuxième lieu, dans 32,2 % des cas de refus, le caractère non obligatoire ou un choix personnel des parents».

¹⁹ Le médecin a le choix entre deux marques de vaccins couvrant des sérotypes partiellement différents : le «Rotarix», qui nécessite deux doses ; et le «RotaTeq» qui en nécessite trois.

²⁰ SWENNEN B et ROBERT E., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française (Bruxelles excepté), Rapport Provac-ULB, Novembre 2009.

²¹ ROBERT E. et SWENNEN B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale – Année 2012, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, 2012.

► 3.4. ROUGEOLE, RUBÉOLE ET OREILLONS (RRO OU MMR)

Le vaccin RRO protège contre 3 maladies :

■ La rougeole :

C'est une maladie virale qui se manifeste d'abord par une fièvre prolongée accompagnée de toux rauque et d'un catarrhe oculo-nasal puis, après quelques jours, d'une éruption de taches rouges sur l'ensemble du corps. Cette maladie est réputée bénigne ... à tort ! Car elle peut être suivie de diverses complications telles des otites, une broncho-pneumonie ou même une encéphalite généralement fatale.

■ La rubéole :

Maladie infantile bénigne d'origine virale, elle se caractérise par des symptômes bénins (fièvre, toux, rhinite et pharyngite associés à une éruption pâle sur le visage, puis sur le corps et les membres). Pourtant, cette maladie est particulièrement dangereuse pour la femme enceinte pendant les trois premiers mois de grossesse car elle cause alors des malformations graves du fœtus. Il faut donc vacciner tous les enfants, garçons et filles, dès l'âge d'un an, pour éviter la propagation de la maladie aux jeunes femmes qui ne l'ont pas eue dans leur enfance et qui ne sont donc pas protégées.

■ Les oreillons :

Maladie virale caractérisée par de la fièvre, il s'agit d'une rhino-pharyngite accompagné d'un gonflement douloureux des glandes salivaires parotidiennes. Cette maladie se complique parfois de surdité, d'une pancréatite, de myocardite ou d'une méningo-encéphalite chez l'adolescent et l'adulte. L'inflammation des testicules (orchite) ou des ovaires n'entraîne de stérilité qu'exceptionnellement.

Avant 2004, il était recommandé de pratiquer cette vaccination à 15 mois. Depuis 2004, elle a été avancée à 12-13 mois. L'information concernant cette vaccination est donc recueillie via le Bilan de santé à 18 mois.

En accord avec les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé, les enfants sont dits complètement vaccinés lorsqu'ils ont reçu à 18 mois 1 dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Tableau 4.3.6 :

Vaccination Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO)   18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	375	224	328	333	307	266	189	160
	%	5,4%	3,4%	4,2%	3,9%	3,5%	2,8%	2,0%	1,6%
1 dose	n	6193	6178	7159	7853	8060	8582	9096	9343
	%	89,7%	92,8%	92,0%	92,8%	91,4%	90,9%	94,3%	94,5%
Inconnu	n	333	252	293	280	452	597	357	380
	%	4,8%	3,8%	3,8%	3,3%	5,1%	6,3%	3,7%	3,8%
Total	n	6901	6654	7780	8466	8819	9445	9642	9883

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Malgré l'augmentation réelle du taux de vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, l'objectif de 95 % n'a été «atteint» qu'en 2012 (94,5 %) dans les statistiques des Bilans de santé à 18 mois.

Tableau 4.3.7 :

Vaccination Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO)   30 mois

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	36	84	52	46	17	20
	%	1,1%	2,2%	1,3%	1,0%	0,4%	0,4%
1 dose	n	2991	3555	3629	3540	3790	3642
	%	87,4%	91,8%	92,6%	78,1%	86,0%	81,3%
2 doses	n	20	35	29	58	27	25
	%	0,6%	0,9%	0,7%	1,3%	0,6%	0,6%
Inconnu	n	377	197	209	890	573	791
	%	11,0%	5,1%	5,3%	19,6%	13,0%	17,7%
Total	n	3424	3871	3919	4534	4407	4478

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Dans le tableau 4.3.7, en 2012, cette proportion a diminué et seuls 81,3 % des enfants qui fréquentaient l'ONE après 2 ans avaient reçu une dose du vaccin RRO au Bilan de santé à 30 mois. Toutefois, il faut interpréter ce chiffre avec prudence à cause d'un taux élevé d'inconnues, qui comme on peut le constater a augmenté entre les Bilans de santé de 18 et de 30 mois.

Ce tableau traduit plus un déficit d'information de l'ONE concernant les enfants de cette tranche d'âge qu'une diminution de la vaccination qui ne correspond ni au Bilan de santé à 18 mois, ni à l'enquête Provac. En tout cas, il serait intéressant d'explorer si les inconnues sont plus fréquentes parmi les données récoltées dans les milieux d'accueil ou dans les consultations pour enfants.

Graphique 4.3.1 :

Evolution du taux de vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons au cours du temps



* Les données ONE proviennent en 1997 d'une étude rétrospective menée par l'ONE, et de 2003 à 2012 des «Bilans de santé à 18 mois» de la BDMS.

** Les données PROVAC proviennent des enquêtes de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ce graphique montre le possible impact en Belgique d'une publication de 1998 évoquant une association causale entre la vaccination RRO et l'autisme²². La phobie qu'elle a engendré a fait notablement baisser la couverture vaccinale, alors qu'augmentaient les cas de rougeole et apparaissaient les épidémies en 2007 et 2011 (voir ci-dessous le graphique de l'évolution de la rougeole en Belgique, rapport de 2012 du programme de surveillance des maladies pédiatriques, PediSurv)²³.

Les scientifiques ont invalidé ultérieurement la publication susmentionnée, sur base d'un nombre insuffisant de cas²⁴ mais des rumeurs infondées se sont mises à circuler et l'hypothèse d'une relation entre la vaccination RRO et un nouveau type d'autisme a semé la méfiance chez les parents.

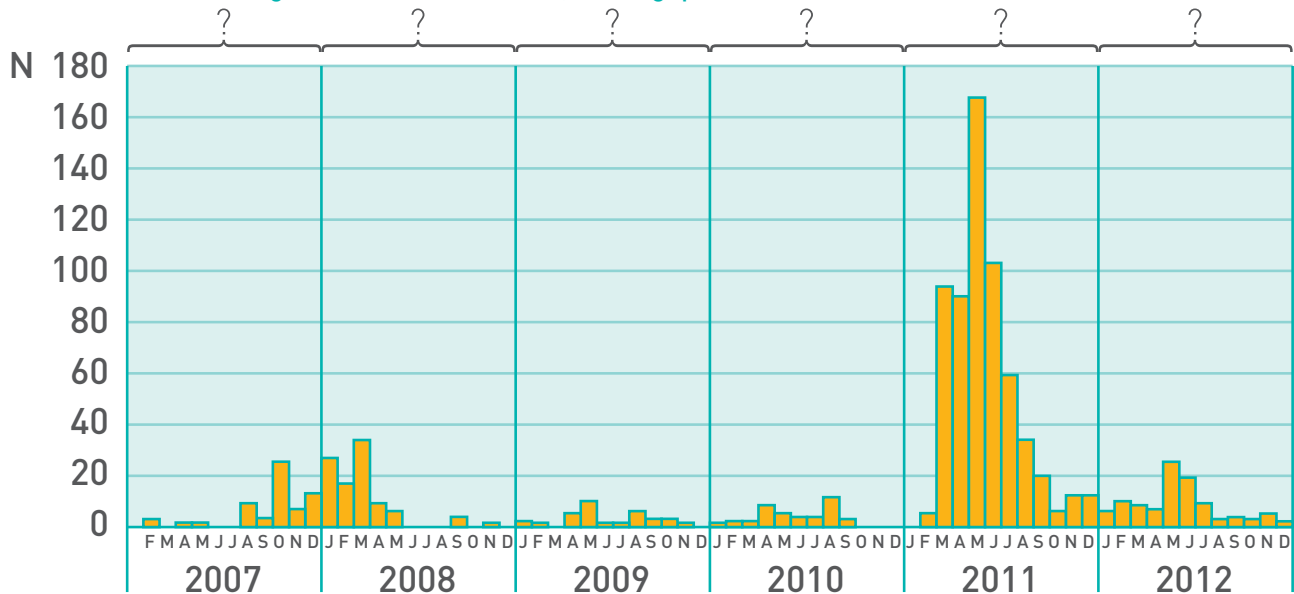
Alors que le taux de couverture des enfants nés en 1997 (avant la publication de l'article d'A. Wakefield) était de 92,5 %, celle des enfants nés en 2001 avait baissé à 80 %. Heureusement, depuis lors, la couverture vaccinale telle qu'observée dans les Bilans de santé a augmenté progressivement pour approcher les 95 % en 2011 et 2012.

²² Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, Berelowitz M, Dhillon AP, Thomson MA, Harvey P, Valentine A, Davies SE, Walker-Smith JA. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet. 1998 Feb. 28; 351(9103): 637-41.

²³ https://www.wiv-isp.be/pedisurv/f_index.htm

²⁴ Ghosh S, Armitage E, Wilson D, Minor PD, Afzal MA. Detection of persistent measles virus infection in Crohn's disease: current status of experimental work. Gut. 2001 Jun. 48(6): 748-52.

Graphique 4.3.2 :
Nombre de cas de rougeole entre 2007 et 2012, en Belgique



Source : PediSurv, CNR, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et déclarations obligatoires

La complication la plus fréquente de la rougeole est l'infection de l'ouïe, que l'on observe dans près d'un cas sur dix. Elle peut provoquer une perte permanente de l'audition.

Les autres complications sévères de la maladie sont la pneumonie (dans un cas sur vingt), l'encéphalite (dans un cas sur mille) et le décès (un à deux patients sur mille).

Les complications sévères de la rougeole sont beaucoup plus fréquentes dans les pays en développement, où elles sont liées à la malnutrition. Cependant, elles concernent aussi les pays industrialisés. En Belgique, durant l'épidémie de 2011, parmi les 341 cas pour lesquels l'information était disponible il y eu 91 hospitalisations avec une durée moyenne de séjour de 4 jours (1-14 jours). Trente complications pulmonaires dont un cas compliqué par un choc septique et une encéphalite.

► 3.5. MÉNINGOCOQUE DE TYPE C

Les infections invasives à méningocoque revêtent deux formes :

- *une méningite avec risque de séquelles cérébrales,*
- *une septicémie fulgurante qui évolue vers un syndrome de coagulation intra-vasculaire disséminée, une cause de décès et d'importantes séquelles physiques.*

La transmission de cette maladie est exclusivement humaine, par sécrétion naso-pharyngée, ou par contact avec un porteur sain ou malade parce que la bactérie est incapable de survivre en dehors de l'organisme humain.

Le méningocoque de type C était la principale cause d'infection à méningocoque avant la généralisation de la vaccination.

Depuis 2001, un vaccin contre le méningocoque de type C est disponible en Belgique. Il est fourni gratuitement par la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis 2002. Il est recommandé d'en administrer une dose vers 15 mois, en même temps que la dernière dose du vaccin « Hexavalent ». Depuis l'introduction du vaccin contre le pneumocoque dans le schéma, on a postposé l'administration du méningocoque de type C de 12-13 mois à 14-15 mois.

Les enfants de 18 mois sont considérés comme complètement vaccinés contre le méningocoque de type C lorsqu'ils ont reçu 1 dose de vaccin.

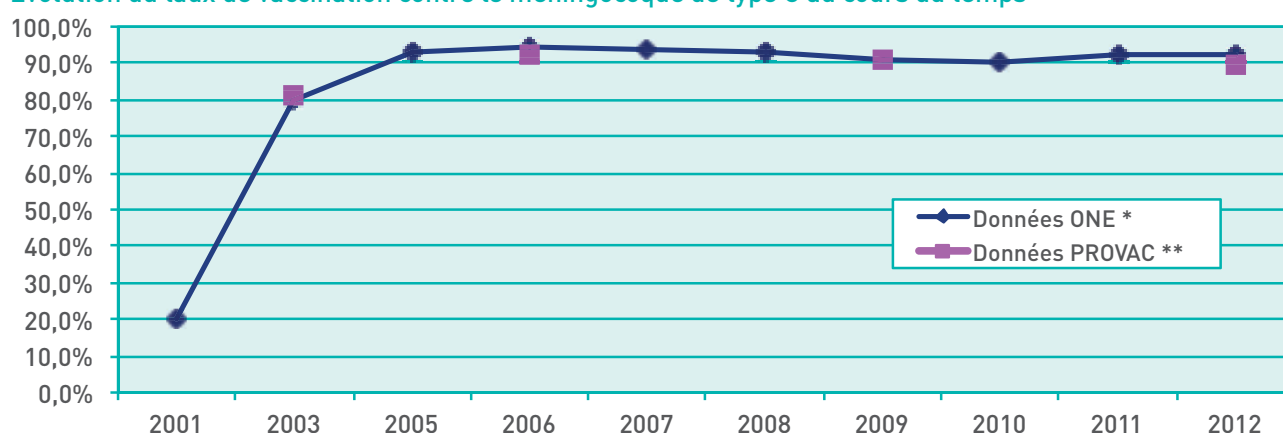
Tableau 4.3.8 :
Vaccination contre le Méningocoque de type C à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 dose	n	189	140	211	284	300	269	282	303
	%	2,7%	2,1%	2,7%	3,4%	3,4%	2,8%	2,9%	3,1%
1 dose	n	6440	6292	7293	7907	8026	8540	8931	9138
	%	93,3%	94,6%	93,7%	93,4%	91,0%	90,4%	92,6%	92,5%
Inconnu	n	272	222	276	275	493	636	429	442
	%	3,9%	3,3%	3,5%	3,2%	5,6%	6,7%	4,4%	4,5%
Total	n	6901	6654	7780	8466	8819	9445	9642	9883

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Entre 2005 et 2008, le taux de vaccination contre le méningocoque C dépassaient 93 %, avec un pic en 2006 à 94,6 %. En 2009 et 2010, le taux de couverture a baissé puis s'est repris en 2011 et 2012, en même temps le taux d'enfants non vaccinés augmentait légèrement (+ 1 %). Quant au taux d'inconnues, il croissait de 1,2 %.

Graphique 4.3.3 :
Evolution du taux de vaccination contre le méningocoque de type C au cours du temps



* Les données ONE proviennent en 2001 de l'estimation des ventes de vaccins, et de 2003 à 2012 des «Bilans de santé à 18 mois» de la BDMS.

** Les données PROVAC proviennent des enquêtes de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Depuis 2005, le taux de vaccination contre le méningocoque C a été compris entre 90,4 % (en 2010) et 94,6 % (en 2006) avec une stabilisation à 92,5 % ces deux dernières années.

► 3.6. CONCLUSIONS

La Belgique, comme d'autres pays voisins, fait face à une recrudescence de plusieurs maladies pédiatriques à prévention vaccinale. En 2012, notre pays a enregistré une forte augmentation des cas de coqueluche, dont malheureusement les nourrissons constituent le groupe le plus touché²⁵.

L'OMS recommande un taux de couverture d'au moins 95 %, si l'on veut s'assurer que la population soit efficacement protégée²⁶.

Selon les Bilans de santé à 9 mois, cette couverture est atteinte chez les enfants qui fréquentent les structures ONE, pour les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (pertussis), la poliomyélite, l'haemophilus influenzae de type b et l'hépatite B depuis 2005, et contre le pneumocoque depuis 2009.

Selon les Bilans de santé à 18 mois, la couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (RRO) n'est pas loin d'avoir atteint cet objectif avec 94,5 % chez les enfants qui fréquentaient les structures ONE en 2012.

Rappelons que ces vaccinations constituent une mesure de prévention collective, qui est indispensable dans les communautés d'enfants où le jeune âge, les modes de contamination et la promiscuité favorisent la transmission des microbes. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, l'haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons est obligatoire pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil²⁷.

²⁵ Sabbe et al., Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale – Tendances et développement en Belgique et dans les communautés, Institut scientifique de Santé Publique, 2012.

²⁶ Le taux varie d'une maladie à l'autre, 95 % est une moyenne, notamment pour la rougeole.

²⁷ 27 Février 2003, Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant réglementation générale des milieux d'accueil.

► 04. LA PRÉVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

► 4.1. POLITIQUE DE L'ONE EN MATIÈRE DE MORT SUBITE DU NOURRISSON

La Mort Subite du Nourrisson (MSN) se définit comme un décès soudain, imprévu au vu de l'histoire de l'enfant et que les examens post-mortem ne permettent pas d'expliquer. Certes, une autopsie complète est indispensable au diagnostic et à la compréhension des circonstances du décès, mais c'est lorsqu'aucune cause n'est décelée que l'on parle de «mort subite».

Les cas de MSN surviennent surtout avant 6 mois : 80 % des cas se produisent entre 2 et 6 mois; moins de 10 % avant 6 semaines et moins d'1 % après un an²⁸.

On retient aujourd'hui l'hypothèse selon laquelle les MSN résulteraient de l'interaction de divers facteurs péri et postnataux classés en trois groupes : Maturation, Maladies et Milieu (que l'on appelle les «3 M»). Leur synergie fragilise le nourrisson et l'expose dangereusement, dans des circonstances postnatales défavorables.

En matière de prévention, l'ONE intervient à plusieurs niveaux du système de santé, avec des interventions ciblées, que nous résumons ici :

- Pour ce qui est des facteurs «Maturation» et «Maladies», l'ONE incite les parents à consulter leur médecin sans tarder lorsqu'apparaissent chez l'enfant des signes liés au risque de MSN. Elle les pousse à la mise au point médicale recommandée - dont la polysomnographie, indiquée chez les enfants à risque. Les signes d'alerte de risque de MSN sont détaillés dans le «Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant» de l'ONE. A noter que le dépistage par polysomnographie n'est indiqué que dans le cadre d'un Bilan global de la santé de l'enfant et sur utilisation de critères médicaux spécifiques : prématurité, transpiration anormale, antécédents familiaux,...
- Pour ce qui est des causes environnementales (dites «Milieu»), l'ONE rappelle régulièrement à ses professionnels les recommandations internationales en matière de prévention des MSN. En particulier, l'ONE sensibilise les professionnels et les parents aux risques sur lesquels ils peuvent agir : le tabagisme passif, la position du couchage, la température de la chambre à coucher, etc.
- L'ONE recense tous les cas de décès survenus dans ses structures, y compris donc ceux qui sont liés à la MSN. En pratique, tous les milieux d'accueil agréés par l'ONE ont l'obligation de rapporter les événements médicaux graves et les décès à la Direction Médicale.

► 4.2. DÉTECTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON À L'ONE

En 1982, une étude de l'ONE a montré que la prévalence des cas de MSN était de 1,7 cas pour 1000 naissances vivantes en Fédération Wallonie-Bruxelles et que ce chiffre était similaire à celui des pays limitrophes. Depuis 2000, les campagnes de prévention ont ramené ce chiffre à 0,8 pour 1000 naissances²⁹. En 2011, 31 enfants sont décédés de mort subite du nourrisson sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (voir tableau 4.4.2, ci-dessous).

Le tableau 4.4.1 présente le nombre annuel de décès survenus en milieux d'accueil chez les enfants de moins d'un an entre 2000 et 2013. Ces chiffres ne nous permettent cependant pas d'estimer le nombre total de MSN par mille enfants accueillis pour diverses raisons : le nombre d'enfants accueillis fluctue au cours du temps, tout comme les formules d'accueil à temps partiel. Le nombre de places d'accueil ne reflète donc pas de manière précise le nombre d'enfants accueillis. L'établissement de tendances est a fortiori très hasardeux, d'autant que les MSN sont très rares et que le nombre d'autopsies de confirmation (tel qu'il nous est transmis) reste faible.

L'ONE continue à recueillir ces informations pour suivre l'évolution de ces décès dans ses structures d'accueil, rappeler que de tels décès existent, promouvoir la prévention et améliorer les procédures, plus que pour dresser des indicateurs globaux sur l'évolution de ces décès. Pour rappel, l'analyse de données globales de décès est du ressort de la Direction générale de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles jusque fin 2014 et des régions à partir de 2015.

²⁸ ONE, Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant, 2011.

²⁹ ONE, op. cit

Tableau 4.4.1 :

Récapitulatif des décès survenus en milieu d'accueil chez les enfants de moins d'un an entre 2000 et 2013

	Total des décès signalés	Mort subite inexpliquée du nourrisson	Rapport d'autopsie communiqué	Mort subite du nourrisson avec cause identifiée	Cause communiquée
2000	1	1	Non	0	
2001	3	1	Non	2	Myocardite
					Infarctus
2002	2	1	Non	1	Infection à méningocoque
2003	1	1	Non	0	
2004	5	3	Non	2	Infection à méningocoque
					Strangulation
2005	4	1	Oui	3	Infection à méningocoque
					Infection à streptocoque
					Pneumonie fulgurante
2006	3	3	Non	0	
2007	4	3	Oui pour 1 cas	1	Convulsions, enfant éveillé
2008	3	3	Oui	0	
2009	1	0		1	Strangulation
2010	5	3	Oui pour 2 cas	2	Enquête en cours
2011	2	2	Oui	0	
2012	4	2	Oui pour 1 cas	2	Infection pneumocoque probable
					Malaise enfant éveillé : Broncho inhalation
2013	4	2	Non	2	Dossier inaccessible
2013					Infection à méningocoque
Total	42	26		16	

Entre 2000 et 2013, 42 décès sont survenus dans les milieux d'accueil : 26 ont été diagnostiqués comme «mort subite du nourrisson» bien que la confirmation grâce à un rapport d'autopsie n'ai pu être obtenue par le Conseil-pédiatre que dans 10 cas sur 26. Ceci s'explique par le fait que certains parents refusent l'autopsie, qu'ils vivent comme une agression insupportable, mais aussi dans certain cas par une action judiciaire qu'interdit tout accès au dossier.

Par ailleurs, les statistiques des causes médicales figurant dans les certificats de décès signés par un médecin, lors du constat de décès, donnent chaque année le nombre de MSN en Belgique³⁰. Le tableau 4.4.2 les classe par groupe d'âge pour les années 2010 et 2011. Il fait apparaître que le moment le plus dangereux se situe entre 3 et 5 mois.

³⁰ http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_causes_de_decès.jsp#.VBxE6ZR_vK0

Tableau 4.4.2 :

Syndrome de la mort subite du nourrisson (R95) repris dans la liste de décès d'enfants de moins de 5 ans, par groupe de causes initiales de décès (Liste spéciale 3 de l'OMS), sexe et groupe d'âge, Belgique 2010 et 2011

Ages des enfants	2010			2011		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1 semaine	3	0	3	1	0	1
2 semaines	0	0	0	0	0	0
3 semaines	0	0	0	1	0	1
De 28 jours à 1 mois	2	2	4	3	0	3
2 mois	4	0	4	3	3	6
De 3 à 5 mois	11	5	16	10	5	15
De 6 à 8 mois	3	2	5	1	1	2
De 9 à 11 mois	2	0	2	1	0	1
1 an	1	0	1	2	0	2
Total	26	9	35	22	9	31

Source : Tab 4.6 Groupes L3 OMS³¹

Jusqu'au milieu des années 1990, la MSN constituait la première cause de mortalité infantile et de mortalité post-néonatale en Belgique (c.à.d. parmi les enfants décédés entre 28 et 364 jours révolus)³². Mais depuis 1995, les campagnes d'information et de prévention ont contribué à la réduction, et de manière très significative, de la fréquence des cas de MSN.

A Bruxelles, avant 1990, le taux de mortalité par mort subite était de 2 à 2,5 pour 1000 naissances vivantes. En 2004, il n'était plus que de 0,5 pour 1000, soit 8 décès³³.

A titre de comparaison, les données de déclaration de décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles faisaient état en 2006 de 22 enfants décédés de MSN en Région Wallonne³⁴. Et en 2006 toujours, les milieux d'accueil de la Région wallonne détectaient 2 cas de décès par MSN.

► 4.3. LA SURVEILLANCE PAR MONITORING

En 2010, les paramètres du Bilan de santé à 9 mois relatifs à la MSN ont été profondément modifiés. Le souci était de réduire la charge administrative pesant sur les professionnels et les travailleurs de la santé.

On a donc retiré plusieurs questions pour concentrer le suivi sur un seul type de surveillance, celle des enfants sous monitoring - qui étaient considérés «à risque» sur base d'un dépistage positif des examens polysomnographiques du sommeil.

Tableau 4.4.3 :

L'enfant a bénéficié ou bénéficie d'une surveillance par monitoring à domicile

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	237	284	226	234	313	327	317
	%	3,7%	3,6%	2,7%	2,7%	2,8%	2,9%	2,8%
Non	n	6179	7568	8196	8298	11006	10805	11113
	%	96,3%	96,4%	97,3%	97,3%	97,2%	97,1%	97,2%
Total 100%	n	6416	7852	8422	8532	11319	11132	11430
Inconnues exclues	%	26,8%	23,5%	21,7%	19,4%	5,3%	5,2%	5,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

³¹ http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_causes_de_deces.jsp#.VCpramd_vK1 accédé le 30/09/2014.

³² Tafforeau J, Pirenne Y, De Roubaix J, Binon J, Diament M, Van Oyen H, Drieskens S. Naissances, mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1993-1995. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut Scientifique de la Santé Publique, Communauté française, Direction Générale de la Santé. 2001.

³³ Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2007.

³⁴ PUDDU M. et al., «Naissances et Mortalité foeto-infantile en Communauté française, 2000-2006» dans Les Rapports de la Direction générale de la Santé, page 28.

On voit que les enfants qui ont bénéficié ou bénéficient d'une surveillance par monitoring à domicile représentent 3 % des enfants de 9 mois. La proportion de données inconnues pour cette variable a fortement diminué et depuis trois ans, elle s'est stabilisée à près de 5 %.

Les données inconnues ont été exclues avant d'estimer la fréquence des catégories oui/non et ne sont données qu'à titre informatif.

► 4.4. ETAT DES FACTEURS DE RISQUE EN BELGIQUE

Les données de détection enregistrées en routine par les services de l'ONE donnent un aperçu probablement biaisé de l'épidémiologie de la MSN en Belgique parce que les Conseillers pédiatres reçoivent rarement la confirmation du diagnostic d'autopsie. Cependant, elles sont très utiles au développement des programmes qui visent à les contrôler et à l'évaluation de leur pertinence.

La littérature internationale considère généralement que les risques de MSN augmentent particulièrement dans trois situations dont le «Bilan de santé à 9 mois» permet l'analyse :

1. le tabagisme passif (pendant la grossesse et après la naissance),
2. le petit poids de naissance (< 2500 grammes),
3. l'absence d'allaitement maternel.

Ce sont donc ces trois items que sont suivis par le programme mis en place par l'ONE.

■ 4.4.1. Le tabagisme passif

Depuis 1993, on sait que le tabagisme passif constitue une cause de mort subite du nourrisson. Il est probable que plus de 40 % des cas de décès de nourrissons pourraient être évités si les parents, et les mamans en particulier, arrêtaient de fumer. Selon certaines études, fumer avant et après l'accouchement augmenterait de 4 à 9 fois le risque de mort subite durant le sommeil³⁵.

Une question relative au tabagisme passif est donc présente dans les Bilans de santé.

En 2010, dans le Bilan de santé à 9 mois, la question sur le tabagisme passif «Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume quotidiennement dans l'habitation», a été subdivisée en deux questions :

- «Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume quotidiennement» et
- «Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume dans l'habitation».

Cette distinction nous permet ainsi de mieux distinguer les personnes qui fument et celles qui le font dans leur habitation.

Tableau 4.4.4 :
Proportion des ménages dont un membre au moins fume quotidiennement

		2010	2011	2012
Oui	n	3687	3764	3828
	%	35,3%	34,6%	33,8%
Non	n	6765	7104	7507
	%	64,7%	65,4%	66,2%
Total 100%	n	10452	10868	11335
Inconnues exclues	%	12,6%	7,4%	6,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

En 2012, sur base des Bilans de santé à 9 mois, on peut dire que près d'un tiers des enfants vivent avec un ou des parents qui fument tous les jours.

Quant aux données inconnues, elles ont diminué de moitié au cours de ces trois dernières années.

³⁵ U.S. Department of Health and Human Services. 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014 Ch 12. Smoking-Attributable Morbidity, Mortality, and Economic Costs; http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sg/50th-anniversary/index.htm

Voici quelques données qui justifient que le programme de lutte contre le tabagisme passif soit un des programmes prioritaires de l'ONE :

- En 2012, la population belge comptait 27 % de fumeurs (20 % de fumeurs réguliers et 7 % de fumeurs occasionnels) soit 3 % de plus qu'en 2010 (enquête du CRIOC)³⁶,
- Avec ses 19 % de fumeurs réguliers, la Belgique francophone avait donc une épidémiologie du tabac très similaire à celle de la Flandre, où la proportion de fumeurs était de 20 %,
- La proportion de fumeurs réguliers (24 %) était nettement plus importante que celle des fumeuses régulières (16 %),
- Parmi les adolescents et les jeunes dans la vingtaine, il y avait 10 % de fumeurs de plus que la moyenne de l'ensemble de la population (37 %),
- Les fumeurs journaliers continuaient à représenter 25 % des moins de 40 ans, ce qui est évidemment préoccupant,
- Chez les 65 ans et plus, seuls 10 % fumaient tous les jours.

Tableau 4.4.5 :
Proportion des ménages dont un membre au moins fume dans l'habitation

		2010*	2011	2012
Oui	n	1492	1231	1073
	%	13,6%	11,5%	9,8%
Non	n	9468	9471	9899
	%	86,4%	88,5%	90,2%
Total 100%	n	10960	10702	10972
Inconnues exclues	%	8,3%	8,8%	9,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

En 2010, avec le nouveau questionnaire, on peut dire que près de 14 % des enfants vivent encore dans une habitation où une personne au moins fume et en 2012, ils sont moins de 10 %. Rappelons une fois encore que pour diminuer les risques de mort subite du nourrisson, il faut supprimer toute fumée de tabac dans l'environnement de l'enfant, et cela aussi bien avant qu'après la naissance.

La diminution constante du pourcentage des enfants soumis au tabagisme passif de ces 3 dernières années suggère que les TMS et médecins de l'ONE jouent un rôle actif dans la lutte contre le tabagisme passif infantile.

Tableau 4.4.6 :
Tableau croisé de la «surveillance par monitoring à domicile» et du «tabagisme passif dans l'habitation»

Surveillance par monitoring		Tabagisme passif dans l'habitation					
		2010		2011		2012	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	55	236	38	268	45	246
	%	3,8%	2,6%	3,2%	3,0%	4,3%	2,6%
Non	n	1386	8842	1150	8799	991	9236
	%	96,2%	97,4%	96,8%	97,0%	95,7%	97,4%
Total	n	1441	9078	1188	9067	1036	9482
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,01		p = 0,65 (NS)		p = 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 1,49 (IC : 1,10-2,01)		OR = 1,09 (IC : 0,77-1,53)		OR = 1,71 (IC : 1,23-2,36)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

³⁶ CRIOC, «La consommation de tabac», enquête du CRIOC, Bruxelles, Février 2012.

On observe que les enfants soumis au tabagisme dans l'habitation ont beaucoup plus de risque d'être placés sous monitoring que les enfants qui ne le sont pas (4,3 % contre 2,6 % en 2012) et que cette association est statistiquement très significative³⁷ - sauf en 2011.

■ 4.4.2. Les petits poids de naissance

Tableau 4.4.7 :

Tableau croisé «surveillance par monitoring à domicile» et «petits poids de naissance»

Surveillance par monitoring		Petit poids de naissance								
		2010			2011			2012		
		< 1500 g	1500 - 2499 g	>= 2500 g	< 1500 g	1500 - 2499 g	>= 2500 g	< 1500 g	1500 - 2499 g	>= 2500 g
Oui	n	38	78	197	38	77	212	44	80	193
	%	51,4%	11,5%	1,9%	52,1%	10,6%	2,1%	59,5%	11,0%	1,8%
Non	n	36	600	10370	35	647	10123	30	646	10437
	%	48,6%	88,5%	98,1%	47,9%	89,4%	97,9%	40,5%	89,0%	98,2%
Total	n	74	678	10567	73	724	10335	74	726	10630
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

La proportion de surveillance par monitoring à domicile est nettement supérieure chez les enfants à très petits poids de naissance (< 1500 grammes) et à petits poids de naissance (1500 à 2499 grammes), de façon statistiquement significative.

En général, nos données confirment, dans le Bilan de santé à 9 mois, que les enfants de petits poids de naissance (< 2500 grammes) sont plus à risque de MSN et qu'ils sont plus souvent mis sous surveillance par monitoring.

■ 4.4.3. L'absence d'allaitement maternel

Tableau 4.4.8 :

Tableau croisé «surveillance par monitoring à domicile» et «allaitement maternel»

Surveillance par monitoring		Allaitement maternel					
		2010		2011		2012	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	195	111	204	106	172	126
	%	2,4%	4,1%	2,5%	4,1%	2,1%	4,5%
Non	n	8063	2618	7896	2469	8047	2650
	%	97,6%	95,9%	97,5%	95,9%	97,9%	95,5%
Total	n	8258	2729	8100	2575	8219	2776
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 0,57 (IC : 0,45-0,73)		OR = 0,60 (IC : 0,47-0,76)		OR = 0,45 (IC : 0,36-0,57)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Les enfants non allaités ont plus de risque de MSN et d'être donc placés sous surveillance par monitoring. Selon nos données, depuis 2010, l'association de l'absence d'allaitement maternel et de la surveillance par monitoring est régulièrement, statistiquement significative (p < 0,001).

³⁷ 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.

► 4.4. CONCLUSIONS

L'ONE recense tous les cas de décès d'enfants survenus dans ses structures, y compris ceux de mort subite du nourrisson (MSN). Les milieux d'accueil agréés par l'ONE ont l'obligation de rapporter les événements médicaux graves et les décès à la Direction Médicale.

Le recueil de ces données rappelle aux professionnels de terrain l'existence de ces événements tragiques et permet à l'ONE de promouvoir leur prévention, ainsi que l'amélioration des procédures de sécurité (position de l'enfant endormi, literie, etc.).

Entre 2000 et 2013, 42 décès survinrent dans les milieux d'accueil : 26 ont été diagnostiqués comme MSN, mais le Conseiller Pédiatre n'a obtenu la confirmation du diagnostic par rapport d'autopsie que pour dix d'entre eux. Le nombre de décès par MSN dans les milieux d'accueil a oscillé entre un et trois par année.

En ce qui concerne le tabagisme passif, on note l'augmentation de la proportion de fumeurs dans la population belge entre 2010 et 2012. Cependant, la baisse du tabagisme dans la population des parents des enfants suivis à l'ONE suggère un impact positif des recommandations de prévention.

Lors du Bilan à 9 mois, 3 % des enfants ont bénéficié ou bénéficient d'une surveillance par monitoring à domicile et près d'un tiers vit dans une famille dont un membre au moins fume quotidiennement. La proportion d'enfants qui vivent dans une habitation où une personne au moins fume à l'intérieur est passée de 14 % en 2010 à moins de 10 % en 2012. Les enfants soumis à ce type de tabagisme ont presque deux fois plus de risque d'être placés sous monitoring que les enfants qui ne le sont pas.

Enfin, les enfants de petits poids de naissance (< 2500 grammes) et ceux non allaités au sein sont plus souvent mis sous surveillance par monitoring.

► 05. L'ALIMENTATION

«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»³⁸.

Stricto sensu, l'allaitement est le fait de nourrir son bébé au sein. Mais en pratique, la définition de l'allaitement maternel comme antonyme de l'alimentation au biberon, dit aussi «allaitement artificiel», est encore d'usage.

L'allaitement maternel est un programme prioritaire de l'ONE, et cela depuis que cette institution existe. Il faut reconnaître toutefois que la peur de culpabiliser les nombreuses femmes qui n'allaitaient plus et une confiance excessive dans les progrès, indéniables, des laits de substitution ont parfois laissé la promotion de l'allaitement en jachère.

De nombreuses études, récentes, ont confirmé la supériorité du lait maternel, tant pour la mère que pour l'enfant.

Selon l'«Avis de naissance», le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité était en 2012, sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de 80,3 % (cf. chapitre «Avis de naissance»). Mais si les mères étaient nombreuses à commencer un allaitement maternel exclusif, elles l'étaient aussi à introduire précocement d'autres aliments ou à arrêter l'allaitement quelques semaines après l'accouchement.

Sur tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, nos données relatives à l'abandon de l'allaitement entre 1996 et 2012 révèlent une diminution trop rapide de la fréquence de l'allaitement maternel au moment du retour à domicile. A cette période charnière, il est fondamental que toutes les mères bénéficient des conseils nécessaires et du soutien d'un professionnel compétent, qui renforcera la pratique de l'allaitement et conseillera l'introduction adéquate d'aliments complémentaires.

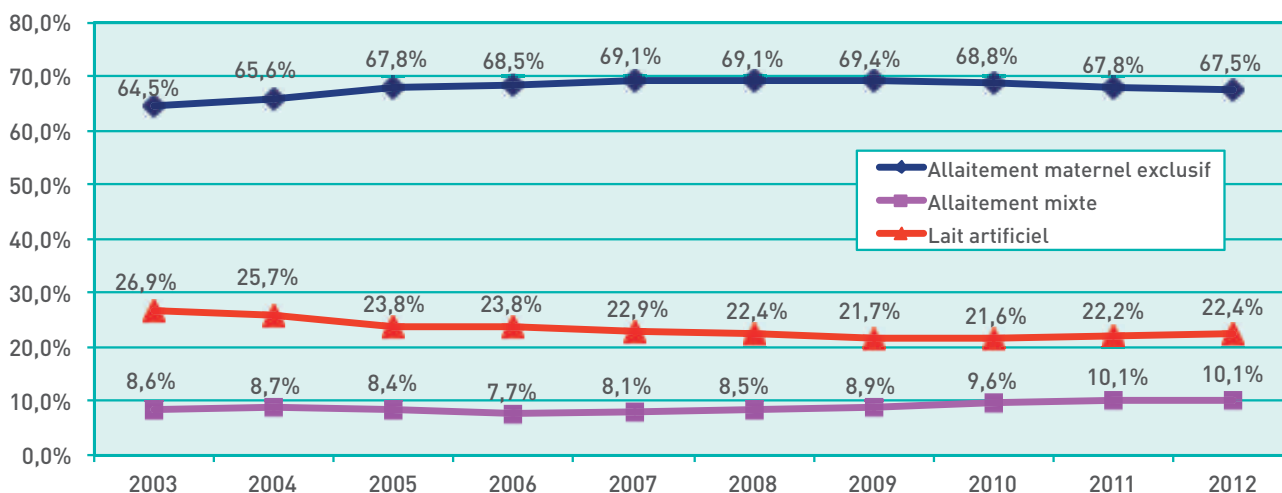
Dans cette optique, l'Office forme et sensibilise son personnel aux avantages pour l'enfant et pour la mère de l'allaitement maternel. Il le fait dans le respect du choix des familles.

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

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, puis en association avec des aliments complémentaires jusqu'à 2 ans et plus.

Graphique 4.5.1 :

Type d'alimentation lors du premier contact à domicile par année sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS ONE, «Premier contact»

Depuis trois ans, on observe dans les données collectées au premier contact entre le TMS de l'ONE et la famille, une stagnation de l'allaitement maternel exclusif après le retour à domicile (67,5 %) par rapport à 2009 (69,4 %).

Pour rappel, l'âge de l'enfant lors du premier contact à domicile est d'environ 3 semaines.

³⁸ Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS-Genève, 1992.

Tableau 4.5.1 :

Tableau croisé «enfants de petits poids de naissance» et «allaitement» au 1^{er} contact à domicile

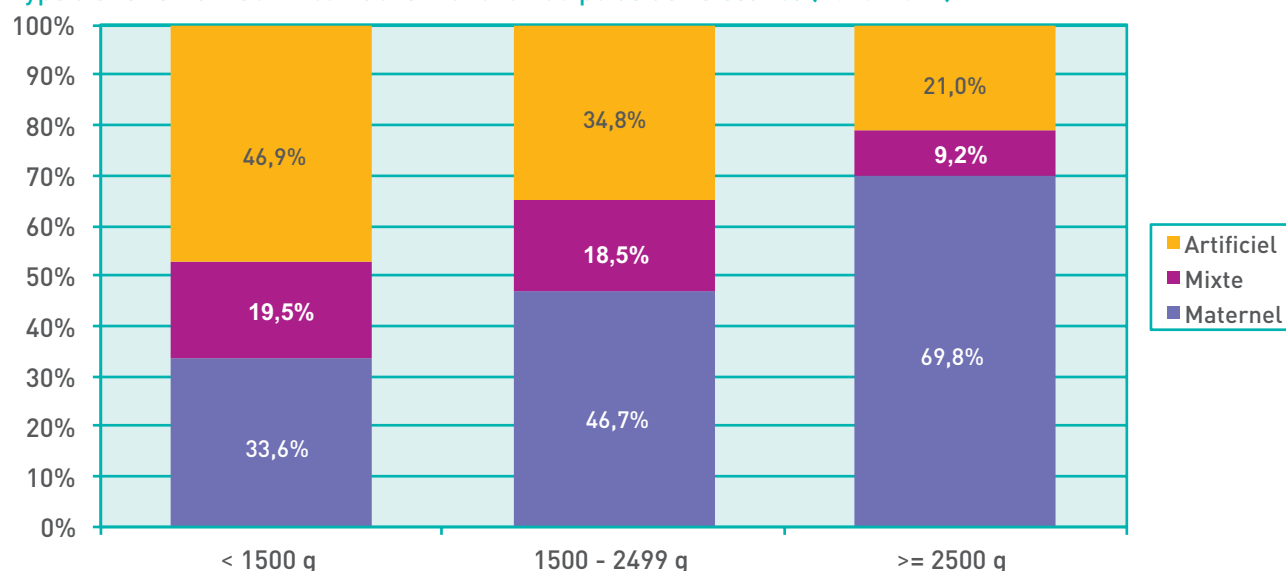
PPN		Allaitement au 1 ^{er} contact											
		2004			2010			2011			2012		
		Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel
< 1500 g	n	35	41	106	106	48	109	86	52	139	97	68	156
	%	19,2%	22,5%	58,2%	40,3%	18,3%	41,4%	31,0%	18,8%	50,2%	30,2%	21,2%	48,6%
1500 - 2499 g	n	921	386	860	1169	425	858	1137	459	820	1115	467	868
	%	42,5%	17,8%	39,7%	47,7%	17,3%	35,0%	47,1%	19,0%	33,9%	45,5%	19,1%	35,4%
≥ 2500 g	n	21244	2515	7738	24513	3107	7160	24267	3263	7403	24797	3347	7599
	%	67,4%	8,0%	24,6%	70,5%	8,9%	20,6%	69,5%	9,3%	21,2%	69,4%	9,4%	21,3%
Total	n	22200	2942	8704	25788	3580	8127	25490	3774	8362	26009	3882	8623
	%	65,6%	8,7%	25,7%	69,1%	8,0%	22,9%	69,0%	8,4%	22,5%	69,4%	8,9%	21,8%

BDMS ONE, «Premier contact»

Le tableau 4.5.1 montre une augmentation de l'allaitement maternel des enfants de petits poids de naissance (de 42,5 % en 2004 à 45,5 % en 2012) et un accroissement plus marqué encore de celui des enfants de très petit poids (de 19 % en 2004 à 30 % en 2012). Ces données traduisent l'effort de conscientisation des parents, des services néonataux, des professionnels (médecins et sages-femmes) et des travailleurs de l'ONE.

Graphique 4.5.2 :

Type d'allaitement au 1^{er} contact en fonction du poids de naissance (2010-2012)



BDMS ONE, «Premier contact», 2010 à 2012 cumulés

En dépit de ces progrès, le tableau 4.5.1 et le graphique 4.5.2 montrent que l'allaitement maternel reste faible chez les enfants de très petits poids (<1500g) malgré les efforts des centres néonataux. Ceci s'explique en partie par les pathologies de l'enfant et le stress vécu par la mère. Quant au taux d'allaitement des enfants de plus de 1500 grammes, il s'accroît de manière constante.

► 5.2. ALLAITEMENT MATERNEL DES ENFANTS SUIVIS DANS LES STRUCTURES DE L'ONE

Les données du tableau 4.5.2 sont relatives au suivi de l'enfant. Les fiches de collectes des données se sont modifiées au cours du temps et les données de 1997 ne sont pas comparables à celles des années suivantes. Depuis 2004, ces données figurent dans le «Bilan de santé à 9 mois».

Tableau 4.5.2 :

Proportion des enfants fréquentant les structures ONE et allaités exclusivement au sein

		Année de naissance							
		1997	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre d'enfants	n	14630	8993	9841	10302	10143	11470	11095	11409
Enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	%	66,5%	67,9%	71,5%	74,3%	75,4%	75,4%	76,0%	74,6%
Enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	%	23,8%	32,5%	36,9%	38,0%	39,9%	40,5%	40,9%	39,6%
Inconnues exclues	%	11,5%	4,9%	3,9%	3,9%	3,8%	3,7%	4,8%	4,9%

BDMS ONE, «Volet 0-1 an» pour 1997 puis «Bilans de santé à 9 mois» 2004-2012

Le tableau 4.5.2 montre que la proportion des enfants allaités exclusivement au sein la première semaine de vie a augmenté de 7 % entre 2004 et 2012, avec des fluctuations.

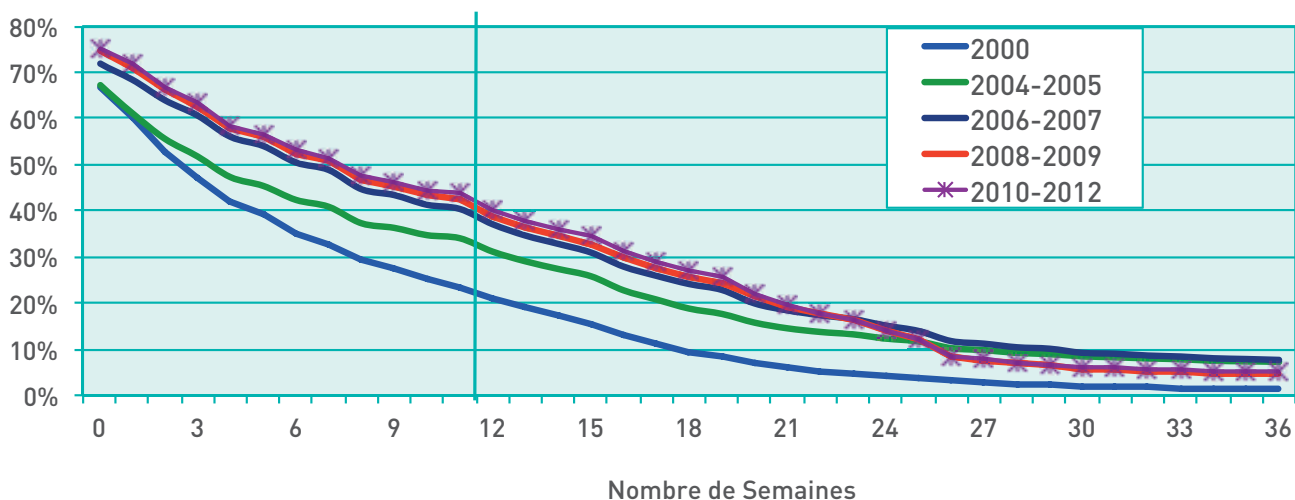
La proportion des enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 12 semaines de vie a augmenté progressivement entre 1997 et 2012 pour s'établir à près de 40 % des enfants allaités.

La proportion des données inconnues pour cette question ne dépasse pas 5 %. Ces données ont été exclues du calcul des proportions dans les autres catégories.

► 5.3. ALLAITEMENT LORS DU BILAN DE SANTÉ À 9 MOIS

Graphique 4.5.3 :

Courbes d'évolution de l'allaitement maternel exclusif au cours de la première année de vie des enfants suivis dans les structures de l'ONE



BDMS ONE, «Volet 0-1 an» en 2000 et «Bilans de santé à 9 mois» 2004-2012

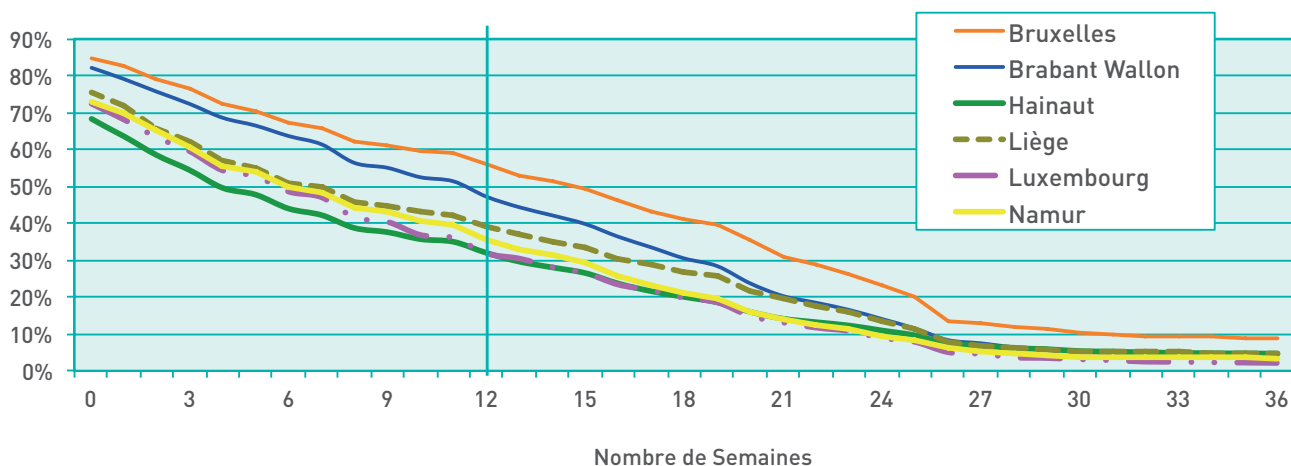
Entre 2000 et 2012, le nombre de femmes qui ont opté pour l'allaitement maternel exclusif à la naissance de leur enfant a aussi augmenté (66,9 % en 2000 - 74,6 % en 2012). En 2012, 39,5 % des femmes allaitaient exclusivement jusqu'à 12 semaines et 13,5 % jusqu'à 24 semaines.

Mais si le recours à l'allaitement maternel à la naissance tend à augmenter, la durée de l'allaitement maternel ne s'allonge pas. Au contraire, on note une inflexion de la courbe à 12 semaines, qui correspond à la fin du congé de maternité pour de nombreuses mères. Ceci constitue un argument en faveur d'un soutien multidimensionnel accru aux mères allaitantes, pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Il s'agira, entre autre, de favoriser l'accès à des conseils de professionnels, le congé parental et la mobilisation adéquate des aides sociales.

En définitive, si la durée de l'allaitement stagne, sa fréquence a légèrement augmenté depuis trois ans.

Graphique 4.5.4 :

Courbes d'évolution de l'allaitement maternel exclusif au cours de la première année de vie par province de résidence chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2010-2012



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» 2010 à 2012 cumulés

En analysant l'évolution de l'allaitement par subrégion³⁹, en 2010-2012, on note que les courbes de Bruxelles (84,5 %) et du Brabant Wallon (82,2 %) se ressemblent, et qu'elles se distinguent des autres subrégions - qui ont un taux d'allaitement inférieur (entre 68 % et 76 %). A 12 semaines, il y avait 56 % d'allaitement exclusif à Bruxelles et 47 % dans le Brabant Wallon contre 32 % à 39 % ailleurs.

En 2012, la moyenne de l'allaitement exclusif sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles était de 13,2 semaines et la médiane, de 12 semaines. Il semble que dans de nombreux cas, ce soit la reprise du travail de la mère qui justifie l'arrêt d'une partie des allaitements.

Tableau 4.5.3 :

Allaitement maternel exclusif par province de résidence au Bilan de santé à 9 mois en 2010-2012

	Bruxelles	Brabant Wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
% d'enfants allaités exclusivement	6222 (84,6)	1870 (82,4)	6906 (68,3)	7000 (75,8)	1409 (72,5)	2365 (73)	25772 (75,4)
Durée de l'allaitement exclusif :							
< 12 semaines	1859 (29,9)	702 (37,5)	3355 (48,6)	3087 (44,1)	707 (50,2)	1071 (45,3)	10781 (41,8)
Entre 12 et 23 semaines	2379 (38,2)	789 (42,2)	2284 (33,1)	2393 (34,2)	490 (34,8)	901 (38,1)	9236 (35,8)
>= 24 semaines	1984 (31,9)	379 (20,3)	1267 (18,3)	1520 (21,7)	212 (15,0)	393 (16,6)	5755 (22,3)
Total	6222 (100,0)	1870 (100,0)	6906 (100,0)	7000 (100,0)	1409 (100,0)	2365 (100,0)	25772 (100,0)

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» 2010 à 2012 cumulés

Le tableau 4.5.3 révèle qu'au Bilan de santé à 9 mois, les enfants ayant bénéficié d'un allaitement maternel exclusif étaient proportionnellement plus nombreux à Bruxelles et dans le Brabant Wallon qu'ailleurs.

Si l'on s'intéresse à la durée de l'allaitement maternel exclusif, on remarque que 44 à 50 % des femmes du Luxembourg, de Liège, du Hainaut et de Namur interrompaient l'allaitement avant la 12^{ème} semaine. Au contraire, dans le Brabant Wallon, elles étaient encore 42 % à allaiter exclusivement entre 12 et 23 semaines et à Bruxelles 32 % des mères allaitaient encore exclusivement à 24 semaines.

³⁹ Taux d'allaitement à la naissance.

Tableau 4.5.4 :**Allaitement maternel complété, par province de résidence au Bilan de santé à 9 mois en 2010-2012**

	Bruxelles	Brabant Wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
% d'enfants allaités de manière complétée	5332 (76,1)	1468 (67,9)	5481 (55,9)	6068 (68,1)	1159 (60,9)	1850 (59,9)	21358 (65)
Durée de l'allaitement complété :							
< 12 semaines	498 (9,3)	250 (17,0)	1355 (24,7)	1526 (25,1)	319 (27,5)	468 (25,3)	4416 (20,7)
Entre 12 et 23 semaines	1022 (19,2)	410 (27,9)	1485 (27,1)	1501 (24,7)	346 (29,9)	531 (28,7)	5295 (24,8)
Entre 24 et 35 semaines	951 (17,8)	304 (20,7)	897 (16,4)	951 (15,7)	210 (18,1)	325 (17,6)	3638 (17,0)
>= 36 semaines	2861 (53,7)	504 (34,3)	1744 (31,8)	2090 (34,4)	284 (24,5)	526 (28,4)	8009 (37,5)
Total	5332 (100,0)	1468 (100,0)	5481 (100,0)	6068 (100,0)	1159 (100,0)	1850 (100,0)	21358 (100,0)

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» 2010 à 2012 cumulés

Le tableau 4.5.4 montre qu'au Bilan de santé à 9 mois, les enfants bénéficiant d'un allaitement complété (avec du lait maternel et un autre aliment solide ou liquide) étaient proportionnellement plus nombreux à Bruxelles qu'ailleurs (76 %), et selon les régions, 19 à 30 % des enfants bénéficiaient d'un allaitement complété entre 12 et 23 semaines.

En 2012, la moyenne de l'allaitement complété était de 17,5 semaines et la médiane de 17 semaines sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, et c'était à Bruxelles que les enfants avaient la durée d'allaitement complété la plus longue (53,7 % à 36 semaines ou plus). Par rapport à 2009 (Rapport BDMS 2008-2010), la durée de l'allaitement complété à 36 semaines ou plus a donc augmenté dans chacune des provinces, mais de manière contrastée, avec 34 % pour le Brabant Wallon et Liège, et 24 % à 32 % pour le Luxembourg, Namur et le Hainaut.

► 5.4. ALLAITEMENT AU BILAN DE SANTÉ À 18 MOIS

Tableau 4.5.5 :**Enfants suivis dans les structures de l'ONE toujours allaités au jour du Bilan de santé à 18 mois**

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	265	254	337	391	423	526	543	565
	%	4,2%	4,0%	4,6%	4,8%	5,1%	5,9%	5,9%	6,0%
Non	n	6060	6026	7056	7694	7922	8398	8616	8865
	%	95,8%	96,0%	95,4%	95,2%	94,9%	94,1%	94,1%	94,0%
Total 100%	n	6325	6280	7393	8085	8345	8924	9159	9430
Inconnues exclues	%	8,3%	5,6%	5,0%	4,5%	5,4%	5,5%	5,0%	4,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Le nombre d'enfants allaités à 18 mois a légèrement et régulièrement augmenté (4 % en 2005; 5,1 % en 2009; 6 % en 2012).

Les données manquantes sont passées de 8,3 % en 2005 à 4,6 % en 2012. Ces données ont été exclues du calcul des fréquences des autres catégories du tableau.

► 5.5. ALIMENTATION LACTÉE

En l'absence d'allaitement maternel, il est recommandé de donner au nourrisson de moins de 18 mois un lait infantile adapté à ses besoins.

Tableau 4.5.6 :

Type d'alimentation lactée chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE à l'âge de 9 mois

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lait infantile	n	6778	8037	6411	7758	8073	7814	9080	8597	8734
	%	81,4%	82,2%	82,4%	82,6%	82,9%	82,1%	82,4%	82,1%	82,4%
Lait maternel	n	552	757	591	695	438	436	569	573	534
	%	6,6%	7,7%	7,6%	7,4%	4,5%	4,6%	5,2%	5,5%	5,0%
Lait non infantile	n	999	979	777	941	1223	1272	1373	1304	1337
	%	12,0%	10,0%	10,0%	10,0%	12,6%	13,4%	12,5%	12,4%	12,6%
Total 100%	n	8329	9773	7779	9394	9734	9522	11022	10474	10605
Inconnues exclues	%	12,4%	11,3%	11,2%	8,4%	9,5%	10,0%	7,8%	10,8%	12,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Depuis plusieurs années, près de 90 % des enfants pour lesquels l'information est disponible reçoivent un lait adapté (maternel ou infantile) à 9 mois. Dans 10 à 13 % des cas, le lait reçu par l'enfant ne répond pas à ses besoins de croissance. En général, il s'agit alors de lait de vache.

Graphique 4.5.5 :

Type d'alimentation lactée chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE à l'âge de 9 mois par province de résidence en 2010-2012



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» 2010 à 2012 cumulés

En 2010-2012, 84 à 90 % des enfants de 9 mois bénéficiaient d'une alimentation lactée recommandée (lait infantile ou allaitement maternel) dans toutes les provinces. C'est à Bruxelles que le taux d'allaitement maternel y était le plus élevé avec 8,7 % des enfants encore nourris au lait maternel à 9 mois.

Cependant, c'est à Bruxelles qu'on trouve le nombre le plus élevé (16,4 %) d'enfants qui reçoivent à 18 mois un lait non adapté.

Tableau 4.5.7 :

Prise de lait infantile à 18 mois chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	3925	4037	4816	5556	5903	6371	6587	6759
	%	60,6%	63,9%	65,2%	68,8%	70,5%	71,3%	71,9%	71,9%
Non	n	2547	2284	2571	2523	2473	2564	2579	2640
	%	39,4%	36,1%	34,8%	31,2%	29,5%	28,7%	28,1%	28,1%
Total 100%	n	6472	6321	7387	8079	8376	8935	9166	9399
Inconnues exclues	%	6,2%	5,0%	5,1%	4,6%	5,0%	5,4%	4,9%	4,9%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Entre 2005 et 2012, le nombre d'enfants recevant encore un lait infantile à l'âge de 18 mois a augmenté dans la population des enfants suivis à l'ONE, passant de 60,6 % en 2005 à près de 72 % en 2012.

Graphique 4.5.6 :

Prise de lait infantile à 18 mois par province de résidence chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2010-2012



BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois» 2010 à 2012 cumulés

Enfin, on notera qu'en 2010-2012, les différences entre subrégions de prise de lait infantile à 18 mois étaient peu importantes. A l'exception de la province de Namur où ce taux était de 67,5 %, 70 % des enfants au moins en bénéficiaient.

► 5.6. CONCLUSIONS

Depuis sa création, l'allaitement maternel est un programme prioritaire de l'ONE. L'OMS recommande actuellement un allaitement exclusif de 6 mois, suivi si possible, d'un allaitement complété jusqu'à 2 ans.

On observe dans les données collectées au Premier contact entre le TMS de l'ONE et la famille que depuis quelques années, l'allaitement maternel exclusif diminue progressivement après le retour au domicile (69,4 % en 2009; 67,5 % en 2012) alors que la proportion des enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 12 semaines de vie a augmenté entre 1997 et 2012 pour s'établir à près de 40 % des enfants allaités. Ce Premier contact a lieu dans les 3 semaines (en moyenne) qui suivent le retour à domicile.

Par ailleurs, l'allaitement maternel des enfants de petits poids de naissance a augmenté (42,5 % en 2004; 45,5 % en 2012) et plus encore chez les enfants de très petit poids (19 % en 2004; 30 % en 2012). Cette tendance suggère que tout en respectant le choix de la mère, les services néonataux, en collaboration avec l'ONE, ont eu un impact positif sur l'allaitement de ces enfants plus fragiles.

Mais si les efforts de promotion du recours à l'allaitement maternel à la naissance portent leurs fruits, la durée de l'allaitement maternel qui a augmenté entre 2000 et 2008, tend à se stabiliser depuis 2009 et a fléchi à partir de 12 semaines, à la fin du congé de maternité de nombreuses mères.

Au Bilan de santé à 9 mois, les enfants ayant bénéficié d'un allaitement maternel exclusif à la naissance étaient proportionnellement plus nombreux à Bruxelles et dans le Brabant Wallon qu'ailleurs.

En 2012, c'est aussi à Bruxelles que la durée d'allaitement complété était la plus longue (53,7 % à 36 semaines ou plus) contre 17,5 semaines en moyenne sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Par ailleurs, le nombre d'enfants allaités à 18 mois a augmenté progressivement (4 % en 2005; 5,1 % en 2009; 6 % en 2012).

En l'absence d'allaitement maternel, il est recommandé de donner au nourrisson de moins de 18 mois un lait infantile adapté à ses besoins. A 9 mois, près de 90 % des enfants pour qui l'information était disponible recevaient un lait adapté (maternel ou infantile). Dans 10 % à 13 % des cas, le lait reçu ne répondait pas à leurs besoins de croissance. Dans ces cas, le plus souvent, il s'agissait de lait de vache.

► 06. L'EXCÈS PONDÉRAL

À l'Assemblée mondiale de la Santé de 2012, les pays participants convinrent d'œuvrer à la lutte contre l'excès pondéral des enfants. En choisissant cette problématique comme l'une des six priorités mondiales, d'ici 2025, l'OMS⁴⁰ recommande d'intervenir en matière de nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

Aux USA comme en Europe, l'incidence de l'excès pondéral et de l'obésité est un problème préoccupant chez les adultes et chez les enfants. En 2011, l'OMS estimait que le surpoids et l'obésité constituaient le cinquième facteur mondial de risque de décès, un risque car 2,8 millions d'adultes en mourraient chaque année. De plus, 44 % des diabètes, 23 % des cardiopathies ischémiques et de 7 % à 41 % de certains cancers étaient attribuables au surpoids et à l'obésité. Au plan psychosocial, des études signalaient l'association entre l'excès de poids chez les enfants et la perception négative de leur image par leurs pairs⁴¹. Or, en 2012⁴², l'OMS considérait que 44 millions d'enfants de moins de 5 ans (6,7 %) présentaient un excès pondéral ou une obésité.

En présentant la croissance normale au cours de la petite enfance dans des conditions environnementales optimales, les courbes de croissance de l'OMS de 2006⁴³ constituent la référence internationale pour décrire la croissance physiologique des enfants de moins de 5 ans, quels que soient l'ethnie, la situation socio-économique et le type d'alimentation du pays ou de la région considérés. Sur ces courbes, le percentile 85 (P85) correspond au seuil de l'excès de poids, ainsi défini par l'International Obesity Task Force (Childhood Obesity Working Group de l'OMS). Quant au seuil de l'obésité, il a été placé au percentile 97 (P97).

Actuellement, l'OMS estime qu'un enfant européen sur trois entre 6 et 9 ans est en surpoids ou obèse. En 2012, un enfant belge sur cinq souffrait de surpoids; 19 % des enfants âgés de 9 à 12 ans étaient en surpoids ou obèses; et près de 10 % des adolescents étaient obèses. En 20 ans, l'obésité infantile a augmenté de 17 % en Belgique⁴⁴ !

Ces chiffres sont préoccupants parce que l'on sait que si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque qu'elle persiste à l'âge adulte est de 30 % à 50 %⁴⁵.

À côté de la promotion de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois, qui constitue l'une des manières efficaces de prévenir l'excès pondéral précoce, la surveillance de la croissance staturo-pondérale dès la naissance est un des éléments-clé des consultations pour enfants de l'ONE. On y établit l'Indice de Masse Corporelle de l'enfant (IMC), qui est exprimé en kg/m².

Normalement, l'IMC diminue entre 1 an et 6 ans, pour remonter ensuite jusqu'à l'âge adulte. Son suivi permet théoriquement d'intervenir à temps car la progression avant 6 ans de la corpulence de l'enfant vers des percentiles⁴⁶ trop élevés pronostique un excès pondéral en fin de croissance. En effet, des chercheurs de l'Inserm⁴⁷ qui se sont penchés sur le rôle des phases de la croissance entre 0 et 5 ans, sur la quantité de masse grasse observée à l'adolescence, ont montré que les périodes de croissance sont loin de présenter toutes la même association avec la masse grasse à l'adolescence : c'est la prise de poids rapide à 3 mois, puis à partir de 3 ans qui présente la plus forte association avec le risque de surpoids ultérieur. Ainsi, à 3 mois, chaque augmentation de la vitesse de croissance de 143g/mois accroît le risque d'être en surpoids de 52 %. Par contre, entre 1 et 2 ans, la vitesse de prise de poids ne témoigne pas d'association avec la masse grasse ultérieure.

Par ailleurs, des différences ont été observées entre filles et garçons. La vitesse de croissance des garçons à 3 mois est corrélée à la fois avec la masse grasse et la masse musculaire ultérieures. En revanche, une croissance rapide chez les filles à cette période se traduira surtout par une augmentation de la masse grasse. Cette période serait donc plus à risque chez les filles que chez les garçons.

Vers 3 mois et après 3 ans, la petite enfance présente donc des périodes de risque de surpoids futur. Au contraire, entre 1 et 2 ans, le risque de stocker un excès d'énergie sous forme de masse grasse est faible. Une réduction des apports énergétiques pourrait à cette période être même préjudiciable.

⁴⁰ Organisation Mondiale de la Santé, «Obésité et surpoids» in Aide-mémoire, Numéro 311, Mars 2011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>.

⁴¹ Guide de Médecine Préventive, ONE, 2011, page 97.

⁴² Organisation Mondiale de la Santé, «Statistiques sanitaires mondiales 2014 : une masse d'informations sur la santé publique mondiale» Editions de l'OMS, Genève (Suisse), 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1.

⁴³ Organisation Mondiale de la Santé, «Étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance», <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/fr/>

⁴⁴ Mieux manger et mieux bouger en Communauté française, Education Santé, Numéro 215, septembre 2006, <http://educationsante.be/article/mieux-manger-et-mieux-bouger-en-communauté-française/>

⁴⁵ Sénat de Belgique, Document législatif n°5-1518/1, Session de 2011-2012, Mars 2012, <http://www.senate.be/www/?Mlval=publications/viewPub&COLL=S&PUIID=83888250&TID=83891073&POS=1&LANG=fr>.

⁴⁶ Les percentiles représentent la subdivision en cent parties de toute la dispersion de la population définie comme «normale». Au-delà du percentile 97 se trouvent 3 % de cette population; en deçà du percentile 3 se trouvent également 3 % de cette même population.

⁴⁷ Unité Inserm 780, «Postnatal weight and height growth velocities at different ages between birth and 5 years and body composition in adolescent boys and girls» in American Journal of Clinical Nutrition, Juin 2008, 87 : 1760-1768.

► 6.1. INDICES DE MASSE CORPORELLE DES ENFANTS SUIVIS DANS LES STRUCTURES DE L'ONE À 18 ET 30 MOIS

L'épidémiologie de l'obésité en Belgique est préoccupante. Des enquêtes réalisées par l'ONE en 1996 et en 2002 dans la province de Liège auprès de 200 enfants de 2 à 6 ans fréquentant les consultations de l'ONE ont montré l'accroissement rapide de la proportion d'enfants en excès de poids, qui en 6 ans est passé de 8 % à 13 % (IMC > P97 établi à partir des courbes françaises de Rolland-Cachera).

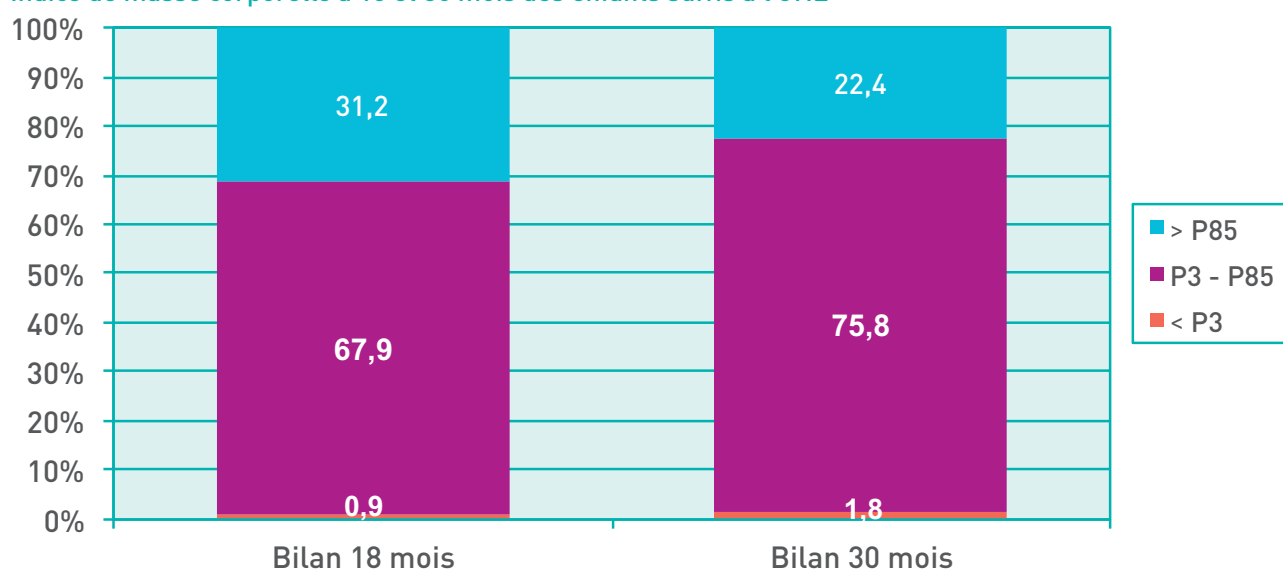
En routine, l'ONE établit l'IMC chez les enfants de 18 et 30 mois. Si l'ONE a utilisé les courbes de croissance de Rolland-Cachera entre 2005 à 2009, il a adopté depuis 2010 les courbes de l'OMS – ce qui ne permet pas d'établir de comparaisons entre ces périodes. Actuellement, les enfants sont classés en trois catégories :

- < P3 : enfants avec un IMC trop bas
- P3 à P85 : enfants avec un IMC normal,
- > P85 : enfants en excès de poids/surpoids.

Dans les données cumulées des années 2010 à 2012, 31,2 % des enfants présentaient un BMI supérieur au P85 au Bilan de santé à 18 mois, contre 22,4 % seulement à 30 mois (Graphique 4.6.1).

Graphique 4.6.1 :

Indice de masse corporelle à 18 et 30 mois des enfants suivis à l'ONE



BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 et 30 mois» 2010 à 2012 cumulés

Tableau 4.6.1 :

Indice de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE de 2010 à 2012

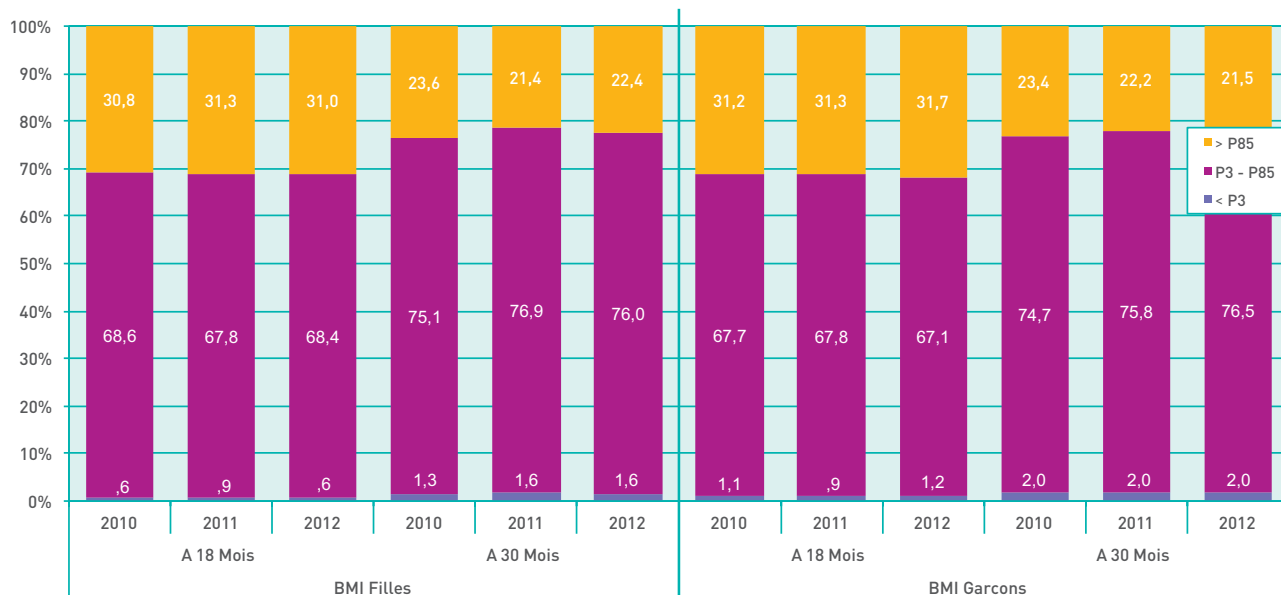
Bilans de santé	Percentile	Norme	2010*	2011	2012
			%	%	%
A 18 mois	< P3	3%	0,9%	0,9%	0,9%
	P3 - P85	82%	68,1%	67,8%	67,8%
	> P85	15%	31,0%	31,3%	31,4%
	n total	n	8805	9063	9376
	Inconnues	%	6,8%	6,0%	5,1%
A 30 mois	< P3	3%	1,7%	1,8%	1,8%
	P3 - P85	82%	74,9%	76,4%	76,3%
	> P85	15%	23,5%	21,8%	21,9%
	n total	n	4097	4019	4109
	Inconnues	%	9,6%	8,8%	8,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 et 30 mois»

* A partir de 2010, le BMI est calculé selon les courbes OMS et non plus selon celles de Rolland-Cachera

D'après le tableau 4.6.1, la proportion d'enfants dont le BMI est supérieur au P85 à 18 mois variait autour de 31 %. A 30 mois, cette proportion n'était 'que' de 23,5 % en 2010 et 21,9 % en 2012, avec des valeurs différant peu pour les garçons et les filles (Graphique 4.6.2). En réalité, c'est à la puberté que se marquent les différences : celle des filles commence deux ans plus tôt mais celle des garçons dure plus longtemps, d'où une différence moyenne de taille adulte d'environ 13 cm⁴⁸.

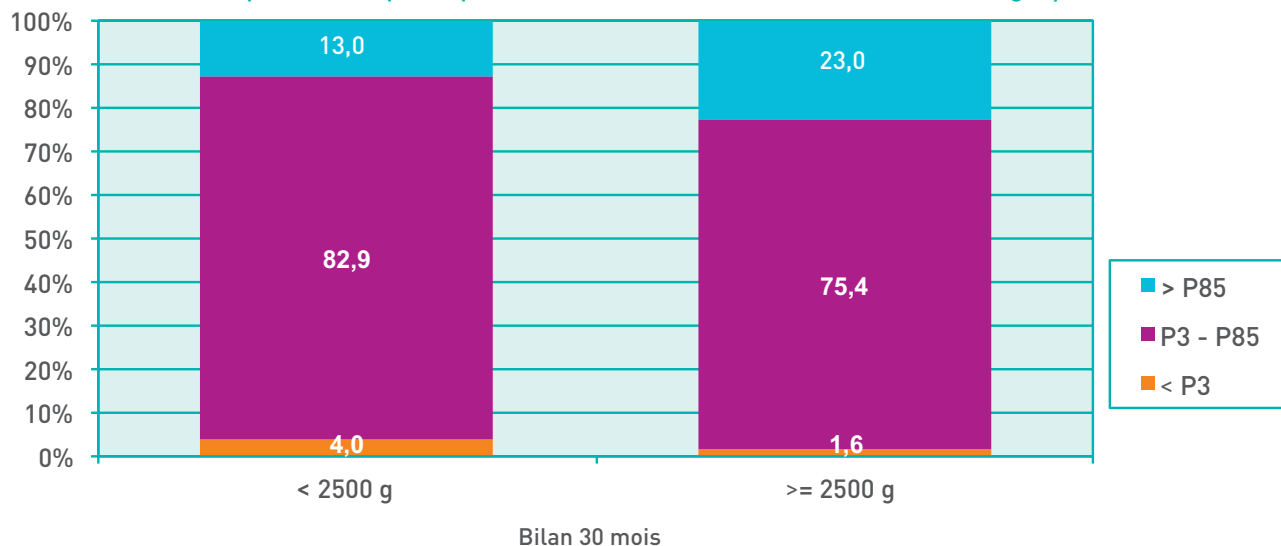
Graphique 4.6.2 :
Indice de masse corporelle à 18 et 30 mois des filles et des garçons suivis dans les structures de l'ONE de 2010 à 2012



BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 et 30 mois»

► 6.2. INDICES DE MASSE CORPORELLE DES ENFANTS DE PETITS POIDS DE NAISSANCE SUIVIS DANS LES STRUCTURES DE L'ONE À 30 MOIS

Graphique 4.6.3 :
Indice de masse corporelle des petits poids de naissance à 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE



BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois» 2010 à 2012 cumulés

Dans les données cumulées des années 2010 à 2012, la fréquence de surpoids chez les enfants nés avec un petit poids (<2500g) était de 13 % contre 23 % chez ceux qui étaient nés avec 2500 grammes ou plus. Parmi eux, à 30 mois, 4 % des enfants se situaient sous le P3 (Graphique 4.6.3).

⁴⁸ <http://www.pediatrie.be/fr/ii-croissance/151/2>

Tableau 4.6.2 :

Indice de masse corporelle à 30 mois des enfants de petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE

			2010*	2011	2012
Poids de naissance	Percentile	Norme	%	%	%
< 2500 grammes	< P3	3%	4,0%	3,2%	4,9%
	P3 - P85	82%	84,1%	82,5%	82,2%
	> P85	15%	11,9%	14,3%	12,9%
	n total	n	277	280	309
	Inconnues	%	8,0%	5,4%	6,4%
≥ 2500 grammes	< P3	3%	1,4%	1,7%	1,6%
	P3 - P85	82%	74,4%	75,9%	76,0%
	> P85	15%	24,1%	22,4%	22,4%
	n total	n	3727	3671	3746
	Inconnues	%	9,8%	9,1%	8,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

* A partir de 2010, le BMI est calculé selon les courbes OMS et non plus selon celles de Rolland-Cachera

Entre 2010 et 2012, la fréquence de l'excès de poids (IMC > P85) chez les enfants de < 2500 grammes à la naissance s'établissait entre 12 % et 14 % au Bilan de santé à 30 mois.

► 6.3. CONCLUSIONS

Indépendamment des problèmes psychosociaux, l'obésité de l'enfant est associée à de nombreuses complications graves et à un risque accru d'apparition prématurée de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires.

Si la Belgique fait mieux que la moyenne européenne, l'évolution du surpoids et de l'obésité chez l'enfant y reste préoccupante. L'analyse des données cumulées des années 2010 à 2012 montre que 31,2 % des enfants présentent un Indice de Masse Corporelle supérieur au percentile 85 lors du Bilan de santé à 18 mois, et qu'ils sont moins nombreux (22,4 %) au Bilan de santé à 30 mois.

Entre 2010 et 2012, la fréquence de l'excès de poids (IMC > P85) parmi les enfants de < 2500 grammes à la naissance s'est établie entre 12 % et 14 % au Bilan de santé à 30 mois de l'ONE.

► 07. LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La «polycarie du jeune enfant» ou «carie de la petite enfance» (ci-dessous 'polycarie') est une forme particulièrement virulente de carie dentaire qui peut détruire la dentition primaire des bébés et des enfants en âge préscolaire. C'est donc une affection sévère des dents primaires, qui débute juste après l'éruption des dents.

L'appellation «syndrome du biberon sucré» autrefois utilisée pour désigner les polycaries des dents primaires chez le très jeune enfant se justifiait parce que cette carie était liée à un usage prolongé du biberon au coucher ou pendant la journée. Elle a cependant été remplacée par le terme «polycarie du jeune enfant» ou «carie de la petite enfance» qui reflète mieux le processus étiologique multifactoriel de la maladie.

L'ONE vise à prévenir l'apparition des caries dentaires, et en particulier les polycaries, en modifiant les comportements diététiques, en favorisant l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire et en généralisant la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers.

L'ONE recommande le brossage régulier des dents dès leur apparition, l'utilisation d'un dentifrice dont la concentration en fluor est adaptée à l'âge de l'enfant et une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ - 3 ans.

La mise en oeuvre du programme de promotion de la santé bucco-dentaire est évaluée à deux moments :

- Au «Bilan de santé à 18 mois», on enregistre le nombre de cas de polycaries et un indicateur de brossage des dents ;
- Au «Bilan de santé à 30 mois», on enregistre le nombre de caries dentaires, le brossage des dents et la visite préventive chez le dentiste.

► 7.1. LES POLYCARIES DU JEUNE ENFANT (SYNDROME DU BIBERON SUCRÉ)

On enregistre un syndrome des polycaries en cas de caries du nourrisson de moins de 2 ans suffisamment sévères pour détruire les dents de lait.

Tableau 4.7.1 :

Polycaries du jeune enfant constatées par le médecin de l'ONE au Bilan de santé à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	181	170	167	203	171	204	163	151
	%	2,8%	2,7%	2,2%	2,5%	2,0%	2,3%	1,8%	1,6%
Non	n	6363	6228	7302	8011	8203	8624	8830	9011
	%	97,2%	97,3%	97,8%	97,5%	98,0%	97,7%	98,2%	98,4%
Total 100%	n	6544	6398	7469	8214	8374	8828	8993	9162
Inconnues exclues	%	5,2%	3,8%	4,0%	3,0%	5,0%	6,5%	6,7%	7,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Il y a une dizaine d'années, la prévalence des polycaries à 18 mois était déjà faible dans la population des enfants fréquentant les structures de l'ONE. Depuis lors, cette prévalence s'est établie à 1,6 % en 2012, un taux très satisfaisant. Si le nombre de Bilans obtenus a fortement augmenté (9162 en 2012), le nombre de données inconnues ou manquantes s'est malheureusement accru depuis 2009. Elles sont exclues des catégories oui/non du tableau 4.7.1.

► 7.2. LES CARIES DENTAIRES

Tableau 4.7.2 :

Nombre et prévalence des caries dentaires (soignées ou non) au Bilan de santé à 30 mois dans la population infantile ONE

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pas de caries	n	2648	2347	3186	3534	3591	4103	3982	4007
	%	97,5%	97,1%	97,4%	96,6%	97,5%	96,6%	97,3%	97,0%
1 à 2 caries	n	36	45	59	81	72	104	72	76
	%	1,3%	1,9%	1,8%	2,2%	2,0%	2,4%	1,8%	1,8%
3 caries et plus	n	32	26	26	42	20	42	39	47
	%	1,2%	1,1%	0,8%	1,1%	0,5%	1,0%	1,0%	1,1%
Total 100%	n	2716	2418	3271	3657	3683	4249	4093	4130
Inconnues exclues	%	6,7%	5,8%	4,5%	5,5%	6,0%	6,3%	7,1%	7,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Entre 2005 et 2012, 2 % des enfants fréquentant les structures de l'ONE, au Bilan de 30 mois, présentaient une ou deux caries dentaires et 1 % d'entre eux avaient trois caries ou plus.

La Belgique ne dispose que de peu d'études relatives à la prévalence de la carie dentaire. Cependant, une étude pilote menée par l'équipe du service de dentisterie conservatrice de l'Université de Liège⁴⁹ a répertorié les facteurs de risques de la maladie carieuse et a recensé les épisodes carieux (actuels et passés) des enfants de 6 à 13 ans. Un dépistage clinique fut mené dans 2 écoles de la région liégeoise chez 306 enfants. Cette étude permet de constater que les jeunes patients indemnes de caries ne dépassaient pas 16 % et que la maladie carieuse était significativement plus fréquente dans les dents de lait que dans les dents définitives ($p < 0,001$).

On pourrait donc imaginer que si le problème des polycaries précoces a fortement diminué dans la population ONE de moins de 3 ans, ceci ne signifie pas que les caries n'apparaissent pas plus tardivement.

Il serait utile de vérifier cet indicateur chez les enfants de 6 ans suivis à l'ONE.

► 7.3. LE BROSSAGE DES DENTS

En 2010, on a ajouté une question relative au brossage des dents dans le Bilan de santé à 18 mois.

Tableau 4.7.3 :

Nombre et proportion des enfants qui se brossent les dents au moins 1 fois par jour avec l'aide des parents

		Bilans 18 mois			Bilans 30 mois				
		2010	2011	2012	2005	2009	2010	2011	2012
Oui	n	5923	6515	6891	2296	3292	3732	3665	3753
	%	77,5%	78,0%	79,3%	89,0%	92,7%	92,5%	92,5%	92,6%
Non	n	1716	1837	1802	285	261	303	297	298
	%	22,5%	22,0%	20,7%	11,0%	7,3%	7,5%	7,5%	7,4%
Total 100%	n	7639	8352	8693	2581	3553	4035	3962	4051
Inconnues exclues	%	19,1%	13,4%	12,0%	11,3%	9,3%	11,0%	10,1%	9,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 et 30 mois»

Le brossage des dents est une recommandation essentielle du programme de «promotion de la santé bucco-dentaire» de l'ONE. Si les réponses sont données par les adultes qui présentent un enfant à la consultation, on ne peut exclure un biais de mémoire (recall bias) ou un biais de sélection, qui serait lié à la population qui fréquente nos consultations, d'où la possibilité d'une surestimation des réponses positives. Quoi qu'il en soit, les recommandations de l'ONE semblent être prises en compte par les parents de près de 80 % des enfants de 18 mois et plus de 90 % de ceux des enfants de 30 mois. Ces résultats sont plus que satisfaisants si on les compare aux résultats de l'enquête de Lardinois et al. menée dans la population générale belge en 2009⁵⁰. En effet, l'examen clinique et les données enregistrées par cette enquête à partir d'un questionnaire distribué aux parents ont révélé que moins de la moitié des enfants examinés se brossaient les dents efficacement.

⁴⁹ GEERTS S. et GUEDERS A., «Données épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire chez des enfants scolarisés en région liégeoise» in IVème Congrès de la SMD, Octobre 2011, <http://hdl.handle.net/2268/120810>.

⁵⁰ LARDINOIS J., GUEDERS A. et GEERTS S., «Le point sur les données actuellement disponibles en épidémiologie de la carie chez les enfants Belges» in Revue Médicale de Liège, 2009, 64(11) : 587-591.

Pour améliorer la situation des enfants belges, c'est l'ensemble du personnel médical et paramédical, des institutrices et des éducateurs qui devraient mobiliser les parents pour prévenir la maladie carieuse. Notons que la Fondation pour la Santé Dentaire fait un travail remarquable en la matière, en collaboration avec l'ONE et les PSE.

Par ailleurs, on sait que le fluor renforce l'émail. Si certains parents des élèves examinés semblent méconnaître ce sujet (15 % des parents interrogés disent ne pas donner de dentifrice fluoré à leur enfant), le pourcentage des enfants qui n'en reçoivent pas pourrait bien être plus faible étant donné que 99 % des pâtes dentaires mises sur le marché belge contiennent du fluor sous diverses formes et à des dosages variables.

Tableau 4.7.4 :

Tableau croisé : «brossage quotidien minimum» et «présence de caries dentaires soignées ou non»

Brossage minimum 1x/jour		Enfant présentant des caries dentaires				
		2005	2009	2010	2011	2012
Oui	n	53	64	97	82	84
	%	2,4%	2,0%	2,7%	2,4%	2,4%
Non	n	11	19	34	22	33
	%	4,2%	8,0%	12,0%	7,9%	11,9%
Total	n	64	83	131	104	117
	%	2,6%	2,4%	3,4%	2,8%	3,0%
Chi ² de Pearson	p	p = 0,09 (NS)	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Risque relatif [Intervalle de Confiance à 95 %]	RR (IC)	RR = 1,76 [IC : 0,91-3,42]	RR = 4,19 [IC : 2,47-7,13]	RR = 4,90 [IC : 3,25-7,39]	RR = 3,55 [IC : 2,18-5,77]	RR = 5,61 [IC : 3,68-8,57]

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

En dépit de ses valeurs p, ce tableau doit être interprété avec beaucoup de prudence parce que les effectifs sont faibles et que l'effet de la prévention n'est pas immédiat.

L'association entre l'absence de brossage des dents au moins une fois par jour et la présence de caries dentaires est forte : en 2012, les enfants qui ne se brossaient pas les dents présentaient 5 fois plus de risque d'avoir des caries dentaires (p < 0,001).

► 7.4. LA VISITE CHEZ LE DENTISTE

En 2010, une question relative à la visite chez le dentiste a été ajoutée dans le Bilan de santé à 30 mois.

Tableau 4.7.5 :

Nombre et proportion des enfants qui sont déjà allés chez le dentiste avant le Bilan de santé à 30 mois

		2010	2011	2012
Oui	n	386	441	455
	%	11,9%	13,2%	13,0%
Rendez-vous pris	n	260	133	152
	%	8,0%	4,0%	4,3%
Non	n	2596	2770	2898
	%	80,1%	82,8%	82,7%
Total 100%	n	3242	3344	3505
Inconnues exclues	%	28,5%	24,1%	21,7%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Pour rappel, l'ONE recommande une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ - 3 ans. Or, au Bilan de santé à 30 mois, seuls 13 % des enfants l'avaient déjà fait et 4 à 8 % avaient un rendez-vous proche. C'est donc 80 % des enfants de notre échantillon qui n'avaient jamais vu un dentiste.

Depuis le premier mai 2009, les soins dentaires sont gratuits pour tous les enfants jusqu'à 18 ans. Cette gratuité⁵¹ permet aux enfants de toutes les familles, y compris ceux des familles nombreuses et/ou défavorisées, de bénéficier de soins dentaires adéquats.

⁵¹ On entend par gratuité, l'absence de ticket modérateur, ce qui signifie la gratuité des soins chez les dentistes conventionnés.

► 7.5. CONCLUSIONS

La «polycarie du jeune enfant» ou «syndrome du biberon sucré» est une forme virulente de la carie dentaire qui peut détruire la dentition primaire des bébés et des enfants en âge préscolaire.

Pour la prévenir, outre des conseils diététiques appropriés, l'ONE recommande :

- le brossage régulier des dents dès leur apparition, avec une fréquence adaptée à l'âge de l'enfant.
- l'utilisation d'un dentifrice dont la concentration en fluor est adaptée à l'âge de l'enfant.
- une visite préventive annuelle chez le dentiste dès l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$ - 3 ans.

Cette politique porte ses fruits : la prévalence des polycaries est faible à 18 mois et elle tend à diminuer, puisqu'elle atteint 1,6 % en 2012.

Entre 2005 et 2012, 2 % des enfants à 30 mois présentaient une ou deux caries dentaires et 1 %, trois caries ou plus. Par ailleurs, 80 % des enfants à 18 mois et plus de 90 % à 30 mois se brossaient les dents au moins une fois par jour avec l'aide des parents.

Au Bilan de santé à 30 mois, seuls 13 % des enfants avaient consulté un dentiste et 4 à 8 % avaient un rendez-vous ultérieurement.

► 08. L'ALLERGIE

La prévalence des maladies allergiques augmente dans le monde, tout comme leur complexité et leur sévérité. C'est particulièrement vrai pour les enfants, qui sont exposés aux allergies alimentaires, à l'eczéma et à l'asthme.

En Belgique, après ajustement pour l'âge et le sexe, le pourcentage de personnes souffrant d'allergie semble être resté constant entre 1997 et 2008. On a cependant enregistré, entre 2004 et 2008, une augmentation significative du nombre de personnes allergiques qui ont consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé. Si les causes précises de ces augmentations restent mal comprises, elles ont néanmoins stimulé la recherche et le développement.

Chez le nourrisson, les atteintes qui peuvent signer une allergie sont les symptômes gastro-intestinaux, la dermatite atopique et les sifflements respiratoires récidivants.

Plus tard, les expressions de l'allergie sont l'asthme, la rhinite et la conjonctivite allergique. Les allergies alimentaires, principalement dues au lait de vache et à l'œuf, surviennent habituellement dans les premières années de la vie. L'allergie aux aéroallergènes est plus tardive.

Chronologiquement, les manifestations allergiques chez le petit enfant sont d'abord digestives (diarrhées, vomissements), puis cutanées (eczéma atopique) et enfin respiratoires (asthme du nourrisson).

Au niveau de la BDMS, nous récoltons trois types de données relatives à l'allergie :

- l'existence d'allergie dans la famille de l'enfant,
- les antécédents d'épisodes de bronchiolite,
- et d'eczéma atopique.

Depuis 2010, les questions relatives aux allergies ont été déplacées du Bilan de santé à 30 mois au Bilan de santé à 18 mois, ce qui empêche la comparaison des données de la période 2005 -2009 avec celles que nous présentons ici.

► 8.1. LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ET LES SYMPTÔMES DE L'ALLERGIE

Tableau 4.8.1 :

L'enfant a au moins un parent et/ou frère/sœur allergique au Bilan de santé à 18 mois

		2010	2011	2012
Oui	n	2665	2896	2868
	%	32,9%	32,7%	31,9%
Non	n	5438	5954	6136
	%	67,1%	67,3%	68,1%
Total 100%	n	8103	8850	9004
Inconnues exclues	%	14,2%	8,2%	8,9%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Près d'un tiers des enfants de notre échantillon ont donc un parent allergique (père, mère ou autre enfant de la fratrie) ou plus. Cette proportion doit être interprétée avec réserve parce qu'elle repose sur la déclaration des parents, sans confirmation diagnostique, et parfois le public et certains soignants posent le diagnostic d'allergie sans preuve tangible.

Tableau 4.8.2 :

L'enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolite depuis sa naissance jusqu'à 18 mois

		2010	2011	2012
Oui	n	607	672	681
	%	7,4%	7,5%	7,4%
Non	n	7556	8238	8476
	%	92,6%	92,5%	92,6%
Total 100%	n	8163	8910	9157
Inconnues exclues	%	13,6%	7,6%	7,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Tableau 4.8.3 :
L'enfant a présenté de l'eczéma atopique depuis sa naissance jusqu'à 18 mois

		2010	2011	2012
Oui	n	1074	1199	1121
	%	13,2%	13,5%	12,2%
Non	n	7089	7665	8059
	%	86,8%	86,5%	87,8%
Total 100%	n	8163	8864	9180
Inconnues exclues	%	13,6%	7,0%	7,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

La proportion des enfants qui ont développé des symptômes de bronchiolite est restée stable et la proportion de ceux qui souffraient d'eczéma atopique a très légèrement diminué en 2012 (Tableaux 4.8.2 et 4.8.3).

Soulignons que les bronchiolites à répétition ne signent pas nécessairement une allergie, ce qui rend l'interprétation de ces données incertaine. On remarquera cependant la grande stabilité d'incidence et de ces symptômes.

L'allergie est une maladie dont les causes sont multifactorielles et les manifestations multiples. L'enfant qui cumule ces facteurs de risque et/ou ces expressions a une probabilité plus grande d'être allergique. Dans la BDMS ont été inclus les enfants qui présentent une ou deux manifestations en lien avec l'allergie. Il a ainsi été défini un score qui réunit les variables «3 épisodes de bronchiolite» et «eczéma atopique», qui permet de connaître la fréquence des enfants qui cumulent ces manifestations d'allergie :

- Le «score 0» correspond aux enfants qui n'ont aucune manifestation d'allergie,
- Le «score 1» correspond à ceux qui présentent une manifestation d'allergie (3 épisodes de bronchiolite ou de l'eczéma atopique),
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent ces deux manifestations.

Tableau 4.8.4 :
Score d'allergies au Bilan de santé à 18 mois

		2010	2011	2012
Zéro	n	7934	7955	8250
	%	84,0%	84,2%	87,3%
Un	n	1341	1503	1464
	%	14,2%	15,9%	15,5%
Deux	n	170	184	169
	%	1,8%	1,9%	1,8%
Total 100%	n	9445	9642	9883
Inconnues exclues	%	0,0%	0,0%	0,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

La grande majorité des enfants n'ont aucune manifestation allergique. 15 % des enfants de notre échantillon ont souffert d'eczéma atopique ou de 3 épisodes de bronchiolite, et moins de 2 % ont présenté ces deux manifestations d'allergie depuis leur naissance.

► 8.2. INFLUENCE DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'ALLERGIE

Les maladies allergiques dont l'étiologie est multifactorielle résultent notamment d'interactions entre l'hérédité et l'environnement pendant la vie fœtale et les premiers mois de vie. Elles sont modulées, principalement, par les contacts avec les allergènes inhalés et alimentaires, l'exposition aux polluants et l'exposition aux infections.

La présence de maladies allergiques telles que l'eczéma atopique, l'asthme, la rhinite allergique ou une allergie alimentaire chez l'un des parents ou dans la fratrie, accroît la probabilité d'une allergie infantile.

Tableau 4.8.5 :

Fréquence des allergies familiales parmi les enfants ayant eu 3 épisodes de bronchiolite au moins à 18 mois

Allergies familiales		Enfant ayant eu au moins 3 épisodes de bronchiolites					
		2010		2011		2012	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	303	2269	315	2479	338	2431
	%	11,8%	88,2%	11,3%	88,7%	12,2%	87,8%
Non	n	262	5070	326	5536	302	5747
	%	4,9%	95,1%	5,6%	94,4%	5,0%	95,0%
Total	n	565	7339	641	8015	640	8178
	%	7,1%	92,9%	7,4%	92,6%	7,3%	92,7%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 2,58 (IC : 2,17-3,07)		OR = 2,16 (IC : 1,84-2,54)		OR = 2,65 (IC : 2,25-3,11)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Les données des tableaux 4.8.5 et 4.8.6 illustrent bien cette association, avec des odd ratios compris entre 2,16 et 2,65 (p < 0,001) ; 3 et 3,76 (p < 0,001) entre 2010 et 2012 pour, respectivement, les bronchiolites et l'eczéma.

Tableau 4.8.6 :

Fréquence des allergies familiales parmi les enfants ayant présenté de l'eczéma atopique à 18 mois

Allergies familiales		Enfant ayant présenté de l'eczéma atopique					
		2010		2011		2012	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	622	1960	637	2169	598	2169
	%	24,1%	75,9%	22,7%	77,3%	21,6%	78,4%
Non	n	414	4904	522	5339	460	5589
	%	7,8%	92,2%	8,9%	91,1%	7,6%	92,4%
Total	n	1036	6864	1159	7508	1058	7758
	%	13,1%	86,9%	13,4%	86,6%	12,0%	88,0%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 3,76 (IC : 3,29-4,30)		OR = 3,00 (IC : 2,65-3,40)		OR = 3,35 (IC : 2,94-3,82)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Le tableau 4.8.7 donne la proportion des enfants qui ont eu une ou deux manifestations allergiques (regroupées en une seule catégorie) en fonction des antécédents familiaux.

Tableau 4.8.7 :

Fréquence des allergies familiales parmi les enfants ayant présenté 3 épisodes de bronchiolite au moins et/ou de l'eczéma atopique à 18 mois

		Enfant ayant présenté des épisodes de bronchiolites et/ou de l'eczéma atopique					
		2010		2011		2012	
Allergies familiales		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	815	1850	840	2056	829	2039
	%	30,6%	69,4%	29,0%	71,0%	28,9%	71,1%
Non	n	626	4812	782	5172	710	5426
	%	11,5%	88,5%	13,1%	86,9%	11,6%	88,4%
Total	n	1441	6662	1622	7228	1539	7465
	%	17,8%	82,2%	18,3%	81,7%	17,1%	82,9%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 3,39 (IC : 3,01-3,81)		OR = 2,70 (IC : 2,42-3,02)		OR = 3,11 (IC : 2,78-3,48)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Comme attendu, l'association de l'une ou l'autre de ces deux manifestations à l'existence d'allergie familiale est plus forte que si on les considère isolément.

► 8.3. INFLUENCE DU NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

Au contraire des bronchiolites, dans notre échantillon, l'eczéma atopique est associée ($p < 0,01$) au niveau d'étude des mamans (tableau 4.8.8) : les enfants de celles qui ont un niveau universitaire ou un baccalauréat ont plus de risque de souffrir d'eczéma atopique que ceux de mères dont le niveau d'études est primaire ou secondaire inférieur.

Tableau 4.8.8 :

Tableau croisé «niveau d'enseignement de la mère» et «eczéma atopique» à l'âge de 18 mois

		Enfant ayant présenté de l'eczéma atopique					
		2010		2011		2012	
Niveau d'enseignement de la mère		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Primaire achevé ou non, Secondaire inférieur achevé ou non	n	215	1525	218	1730	211	1758
	%	12,4%	87,6%	11,2%	88,8%	10,7%	89,3%
Secondaire supérieur achevé	n	318	1986	348	2122	303	2267
	%	13,8%	86,2%	14,1%	85,9%	11,8%	88,2%
Supérieur achevé	n	387	2259	464	2649	460	2718
	%	14,6%	85,4%	14,9%	85,1%	14,5%	85,5%
Total	n	920	5770	1030	6501	974	6743
	%	13,8%	86,2%	13,7%	86,3%	12,6%	87,4%
Chi ² de Pearson	p	p = 0,10 (NS)		p < 0,01		p < 0,001	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Dans notre échantillon, comme dans la littérature scientifique, il n'y a pas d'association significative entre le tabagisme passif et l'eczéma atopique mais bien entre les bronchiolites et le tabagisme passif (tableau 4.8.9). Les enfants de 18 mois dont un membre de la famille fume tous les jours ont 1,3 à 1,5 fois plus de risque d'avoir au moins 3 épisodes de bronchiolite par rapport à ceux dont les parents ne fument pas.

De nombreuses études soulignent le risque d'infections respiratoires de l'enfant lié au tabagisme passif, qui fragilise l'arbre respiratoire du nourrisson. Le tabagisme passif in utero augmente le risque de voies aériennes étroites et de sensibilisation allergique, et ce d'autant plus que la mère ou les deux parents sont allergiques. En outre, le tabagisme passif dans l'enfance augmente la fréquence et la gravité des symptômes d'asthme.

Tableau 4.8.9 :
Fréquence des épisodes de bronchiolite en fonction de l'exposition au tabagisme passif

		Enfant ayant eu au moins 3 épisodes de bronchiolites					
		2010		2011		2012	
Quelqu'un du ménage fume quotidiennement		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	225	2360	260	2693	279	2695
	%	8,7%	91,3%	8,8%	91,2%	9,4%	90,6%
Non	n	346	4813	383	5116	374	5407
	%	6,7%	93,3%	7,0%	93,0%	6,5%	93,5%
Total	n	571	7173	643	7809	653	8102
	%	7,4%	92,6%	7,6%	92,4%	7,5%	92,5%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,01		p < 0,01		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 1,33 (IC : 1,11-1,58)		OR = 1,29 (IC : 1,09-1,52)		OR = 1,50 (IC : 1,27-1,76)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

► 8.4. INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT

Diverses études ont démontré un lien entre l'allaitement exclusif durant les 4 à 6 premiers mois de la vie et la prévention des allergies. Par ailleurs, il est actuellement admis par le milieu scientifique que le meilleur moment pour induire la tolérance aux allergènes alimentaires par la diversification de l'alimentation se situerait entre 4 et 6-7 mois.

Dans notre échantillon au bilan de santé à 18 mois, l'association entre l'allaitement et les épisodes de bronchiolite est positivement significative en 2011 et en 2012 (tableau 4.8.10) en faveur de l'allaitement.

Les enfants n'ayant pas été allaités ont de 1,8 à 2,8 fois plus de risque d'avoir au moins 3 épisodes de bronchiolite que les autres enfants.

Tableau 4.8.10 :
fréquence des antécédents de bronchiolite à 18 mois en fonction de l'allaitement

		Enfant ayant eu au moins 3 épisodes de bronchiolites					
		2010		2011		2012	
Allaitement		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	26	427	15	492	23	499
	%	5,7%	94,3%	3,0%	97,0%	4,4%	95,6%
Non	n	548	6778	625	7361	619	7619
	%	7,5%	92,5%	7,8%	92,2%	7,5%	92,5%
Total	n	574	7205	640	7853	642	8118
	%	7,4%	92,6%	7,5%	92,5%	7,3%	92,7%
Chi ² de Pearson	p	p = 0,17 (NS)		p < 0,001		p < 0,01	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 1,33 (IC : 0,89-1,99)		OR = 2,79 (IC : 1,66-4,69)		OR = 1,76 (IC : 1,15-2,70)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Tableau 4.8.11 :
fréquence des antécédents d'eczéma atopique à 18 mois en fonction de l'allaitement

Allaitement		Enfant ayant présenté de l'eczéma atopique					
		2010		2011		2012	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	44	410	54	452	63	461
	%	9,7%	90,3%	10,7%	89,3%	12,0%	88,0%
Non	n	980	6341	1093	6947	1019	7248
	%	13,4%	86,6%	13,6%	86,4%	12,3%	87,7%
Total	n	1024	6751	1147	7399	1082	7709
	%	13,2%	86,8%	13,4%	86,6%	12,3%	87,7%
Chi ² de Pearson	p	p = 0,24 (NS)		p = 0,61 (NS)		p = 0,84 (NS)	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 1,44 (IC : 1,05-1,98)		OR = 1,32 (IC : 0,99-1,76)		OR = 1,03 (IC : 0,78-1,35)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Par contre, l'association entre allaitement et la présence d'eczéma atopique n'est statistiquement significative pour aucune des trois années considérées.

► 8.5. CONCLUSIONS

Dans notre échantillon, environ 15 % des enfants ont des manifestations d'allergie et près d'un tiers des enfants ont des antécédents familiaux d'allergie. Comme attendu, l'eczéma atopique et les bronchiolites sont statistiquement associés à de tels antécédents.

En 2011 et 2012, les manifestations d'allergie sont statistiquement plus fréquentes lorsque le niveau d'étude de la mère est plus élevé, lorsque les parents fument et en l'absence d'allaitement maternel.

L'allergie doit être reconnue comme un problème de santé publique et des efforts de prévention et de traitement doivent être accomplis. Pour cela, l'association internationale des sociétés d'allergologie (WAO) recommande que «l'opinion publique soit informée, grâce à l'éducation sanitaire, et que les professionnels bénéficient de formations théoriques et pratiques à l'approche intégrée et holistique du diagnostic et de la gestion des maladies allergiques»⁵².

⁵² World Allergy Organization (WAO). White Book on Allergy, 2011, http://www.worldallergy.org/definingthespecialty/2011_white_book.php

► 9. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET LE LANGAGE

► 9.1. BILANS DE SANTÉ À 9 MOIS

L'information relative au développement psychomoteur de l'enfant est initialement collectée au Bilan de santé à 9 mois, lorsque l'enfant est âgé entre 7 et 11 mois.

■ 9.1.1. Anomalies au Bilan de santé à 9 mois

Le Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant de l'ONE établit les critères de l'examen neurologique du nourrisson qui permettent de détecter les anomalies de son développement psychomoteur.

Tableau 4.9.1 :

Anomalies constatées au Bilan de 9 mois par le médecin de la consultation ONE

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	247	198	146	170	146	158	212	184	205
	%	2,7%	1,9%	1,7%	1,7%	1,4%	1,6%	1,8%	1,7%	1,8%
Non	n	8895	10376	8311	9697	10175	9915	11256	10906	11196
	%	97,3%	98,1%	98,3%	98,3%	98,6%	98,4%	98,2%	98,3%	98,2%
Total 100%	n	9142	10574	8457	9867	10321	10073	11468	11090	11401
Inconnues exclues	%	3,9%	4,1%	3,5%	3,8%	4,1%	4,8%	4,1%	5,5%	5,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Depuis 2005, la fréquence des enfants souffrant d'une anomalie du développement psychomoteur, constatée par le médecin de la consultation ONE, est inférieure à 2 %.

■ 9.1.2. Anomalies confirmées au Bilan de 9 mois

Tableau 4.9.2 :

Anomalies confirmées par le médecin traitant de l'enfant à 9 mois

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	138	97	59	81	83	83	103	86	106
	%	82,1%	67,4%	71,1%	75,7%	81,4%	72,8%	72,0%	71,1%	72,6%
Non	n	30	47	24	26	19	31	40	35	40
	%	17,9%	32,6%	28,9%	24,3%	18,6%	27,2%	28,0%	28,9%	27,4%
Total 100%	n	168	144	83	107	102	114	143	121	146
Inconnues exclues	%	32,0%	27,3%	43,2%	37,1%	30,1%	27,8%	32,5%	34,2%	28,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Dans trois cas sur quatre, le médecin traitant a confirmé l'anomalie repérée par le médecin de la consultation ONE. Cependant, la proportion d'inconnues relatives au suivi de ces enfants est restée trop élevée (autour de 30 %).

► 9.2. BILANS DE SANTÉ À 18 MOIS

Au Bilan de santé à 18 mois, alors que l'enfant a de 16 à 20 mois, on estime son développement psychomoteur grâce à des tests par objectif, dont les statistiques sont présentées ici.

■ 9.2.1. Marche de l'enfant

Si, en moyenne, le bébé marche seul à partir de 13 mois, il n'y a pas lieu de s'inquiéter jusqu'à 16 mois et, dans tous les cas, la marche doit être acquise avant 18 mois. A noter que la rapidité de l'apprentissage dépend de la tonicité musculaire de l'enfant, de son équilibre, de la manière dont on le stimule, de sa stature et de ses craintes.

Tableau 4.9.3 :
Proportion des enfants qui marchent seuls à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	6376	6262	7262	8040	8164	8705	9073	9230
	%	95,3%	95,8%	95,5%	95,9%	95,3%	95,5%	95,8%	95,3%
Non	n	317	277	343	346	404	414	401	458
	%	4,7%	4,2%	4,5%	4,1%	4,7%	4,5%	4,2%	4,7%
Total 100%	n	6693	6539	7605	8386	8568	9119	9474	9688
Inconnues exclues	%	3,0%	1,7%	2,2%	0,9%	2,8%	3,5%	1,7%	2,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Au Bilan de santé à 18 mois, plus de 95 % des enfants marchent seuls.

■ 9.2.2. Mots prononcés à 18 mois

L'acquisition du langage est un indicateur important du développement psychomoteur. A 12 mois, l'enfant est en principe capable de pouvoir répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer de 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir en prononcer environ 10.

Tableau 4.9.4 :
Nombre de mots prononcés à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011	2012
0 mot	n	241	283	349	394	327	244	276	236
	%	3,6%	4,4%	4,7%	4,8%	3,9%	2,9%	3,0%	2,5%
1 à 2 mots	n	3006	3007	3008	3009	3010	1649	1414	1220
	%						19,3%	15,4%	13,1%
3 à 5 mots	n	4533	4666	4044	3644	3622	3756	3208	3189
	%	45,3%	46,6%	40,4%	36,4%	36,2%	44,0%	34,8%	34,1%
6 mots et plus	n	3382	3053	3417	3907	3950	2881	4312	4695
	%	51,0%	47,3%	45,9%	47,2%	47,5%	33,8%	46,8%	50,3%
Total 100%	n	6629	6452	7452	8274	8320	8530	9210	9340
Inconnues exclues	%	3,9%	3,0%	4,2%	2,3%	5,7%	9,7%	4,5%	5,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Depuis 2010, le nombre d'enfants qui ne prononcent toujours aucun mot au Bilan de santé de 18 mois est inférieur à 3 %. Ces enfants requièrent une attention particulière au niveau du développement de leur langage, mais aussi de leur audition, voire de leur stimulation.

La proportion des enfants qui ne prononcent qu'un à deux mots a significativement baissé entre 2010 et 2012 (de 19,3 à 13,1 %) tout comme la proportion de ceux qui ne disent que 3 à 5 mots (de 44,0 à 34,1 %). Enfin, la proportion des enfants qui disent 6 mots ou plus au Bilan de 18 mois est passée de 33,9 à 50,3% pour cette même période. En l'absence d'un programme spécifique à ces dates, il faut interpréter ces données avec prudence et en particulier envisager l'hypothèse d'un biais de sélection. Cependant ces données restent interpellantes; c'est pourquoi, l'ONE a réalisé, en collaboration avec une équipe de chercheuses du service de logopédie de l'ULg, une recherche-action sur le développement du langage entre 2012 et 2014. Ces résultats, qui confirmaient le retard de langage chez une proportion importante d'enfants, ont été présentés lors du colloque «Le langage des enfants, parlons-en !» tenu le 20 novembre 2014 au Sart-Tilman à Liège.

■ 9.2.3. Capacité de l'enfant à boire seul à 18 mois

Tableau 4.9.5 :

Proportion des enfants qui boivent seuls à la tasse ou au verre sans bec verseur, au Bilan de 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	5114	5145	5864	6617	6583	6921	7456	7439
	%	79,4%	81,1%	80,3%	81,2%	81,1%	79,0%	80,4%	80,1%
Non	n	1329	1196	1439	1529	1530	1840	1814	1849
	%	20,6%	18,9%	19,7%	18,8%	18,9%	21,0%	19,6%	19,9%
Total 100%	n	6443	6341	7303	8146	8113	8761	9270	9288
Inconnues exclues	%	6,6%	4,7%	6,1%	3,8%	8,0%	7,2%	3,9%	6,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Cette question évalue un aspect de l'autonomie de l'enfant plus que son développement psychomoteur. Cette capacité varie en fonction de facteurs culturels et dans notre échantillon, elle reste stable depuis 2005 à près de 80 %.

■ 9.2.4. Capacité des enfants à utiliser une cuillère à 18 mois

Ce que l'on évalue ici, c'est la capacité de l'enfant à se servir d'une cuillère pour prendre les aliments et les porter en bouche, même maladroitement.

Tableau 4.9.6 :

Proportion des enfants qui se servent d'une cuillère à l'âge de 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	5439	5317	6158	6854	6806	7394	7849	7894
	%	83,5%	83,4%	84,1%	83,9%	83,9%	84,3%	84,3%	84,8%
Non	n	1074	1056	1167	1319	1308	1373	1458	1417
	%	16,5%	16,6%	15,9%	16,1%	16,1%	15,7%	15,7%	15,2%
Total 100%	n	6513	6373	7325	8173	8114	8767	9307	9311
Inconnues exclues	%	5,6%	4,2%	5,8%	3,5%	8,0%	7,2%	3,5%	5,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Cette question évalue un autre aspect de l'autonomie de l'enfant, qui varie aussi en fonction de facteurs culturels. La proportion des enfants qui savent se servir d'une cuillère à l'âge de 18 mois reste stable depuis 2005 à environ 85 %.

■ 9.2.5. Score de développement psychomoteur à 18 mois

Le Guide de Médecine Préventive de l'ONE recommande un avis du médecin traitant pour tout enfant qui présente un retard d'au moins 2 items dans son développement psychomoteur. A fortiori, le cumul de plusieurs retards doit attirer l'attention des soignants. C'est pour cette raison que nous avons élaboré un score de développement psychomoteur avec les catégories suivantes :

- le score 0 est celui des enfants qui ne présentent aucun retard;
- le score 1 correspond à ceux qui ont un retard pour la marche ou pour le langage;
- et le score 2 est attribué à ceux qui ont à la fois un retard dans la marche et dans le langage.

Tableau 4.9.7 :
Score de développement psychomoteur à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zéro	n	5962	5946	6824	7603	7680	8239	8640	8730
	%	92,1%	92,2%	91,6%	91,9%	92,3%	93,4%	93,4%	93,3%
Un	n	476	459	575	605	576	546	561	582
	%	7,4%	7,1%	7,7%	7,3%	6,9%	6,2%	6,1%	6,2%
Deux	n	33	47	53	66	64	40	47	44
	%	0,5%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,5%	0,5%	0,5%
Total 100%	n	6471	6452	7452	8274	8320	8825	9248	9356
Inconnues exclues	%	6,2%	3,0%	4,2%	2,3%	5,7%	6,6%	4,1%	5,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Entre 2005 et 2012, les fréquences sont restées remarquablement constantes. La proportion d'enfants cumulant les deux retards a toujours été très faible (<1 %). Et environ 7 % en ont un.

► 9.3. BILANS DE SANTÉ À 30 MOIS

Au Bilan à 30 mois, les enfants ont entre 28 et 32 mois d'âge. Leur développement psychomoteur est évalué avec 5 tests :

- à 24 mois, l'enfant doit pouvoir construire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle;
- et à 30 mois, il est capable de sauter à pieds joints, d'imiter un trait vertical, de dessiner un cercle et il peut dire son prénom.

Ces tests ont été extraits de l'échelle du développement psychomoteur de Denver. Ils ont été choisis pour leur simplicité et leur faisabilité en consultation. Reste que la coopération de l'enfant n'est pas toujours facile à obtenir et que parfois des tests ne peuvent être réalisés en raison du refus de l'enfant ('examens non réalisés').

■ 9.3.1. Acquisition du langage au Bilan à 30 mois

On sait depuis longtemps qu'un retard de langage en début de scolarisation réduit la probabilité de réussite, augmente le risque de doubler une année, de ne pas terminer les études secondaires et d'être dirigé vers l'enseignement spécial. Ces retards sont particulièrement fréquents chez les enfants de familles défavorisées⁵³ parce que l'apprentissage à la maison est crucial. Leur vocabulaire peut se développer jusqu'à quatre fois plus lentement que celui de leurs pairs économiquement plus favorisés⁵⁴⁻⁵⁵.

De faibles niveaux de compréhension et de production lexicale peuvent prédire des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe⁵⁶. Les interventions préventives dans les familles à risque doivent donc cibler suffisamment tôt les divers facteurs qui sont impliqués dans l'acquisition du langage.

⁵³ HOFF E., « The specificity of environmental influence : Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech » in *Child Development*, 2003, 74 (5) : 1368-1378.

⁵⁴ ARRIAGA RI., FENSON L. et al., « Scores on the MacArthur communicative development inventory of children from low-and middle-income families » in *Applied Psycholinguistics*, 1998, 19(2): 209-223.

⁵⁵ FELDMAN HM., DOLLAGHAN CA. et al., « Measurement properties of the MacArthur communicative development inventories at ages one and two years » in *Child Development*, 2000, 71 (2) : 310-322.

⁵⁶ WALKER D., GREENWOOD C. et al., « Prediction of school outcomes based on early language production and socioeconomic factors » in *Child Development*, 1994, 65(2) : 606-621.

9.3.1.1. L'enfant construit une phrase de 3 mots

Tableau 4.9.8 :

Proportion des enfants qui savent construire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans leur langue maternelle à 30 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	2202	2006	2642	3005	3043	3257	3412	3369
	%	80,5%	81,5%	81,9%	80,9%	81,0%	75,1%	80,9%	78,6%
Non	n	533	456	584	709	712	1077	803	919
	%	19,5%	18,5%	18,1%	19,1%	19,0%	24,9%	19,1%	21,4%
Total 100%	n	2735	2462	3226	3714	3755	4334	4215	4288
Examens non réalisés exclus	%	6,0%	4,1%	5,8%	4,1%	4,2%	4,4%	4,4%	4,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Cette proportion est relativement stable et reste grosso modo comprise entre 75 et 80 %.

9.3.1.2. L'enfant sait dire son prénom

Depuis 2010, la question portant sur l'utilisation du «je» par l'enfant a été substituée par une autre visant à déterminer s'il sait dire son prénom pour des raisons culturelles. Ainsi, dans certaines langues d'origine asiatique et turque, le «je» n'existe pas comme tel alors que la capacité de dire son prénom est universelle.

Tableau 4.9.9 :

Proportion des enfants capables de dire leur prénom au Bilan de santé à 30 mois

		2010	2011	2012
Oui	n	2878	3297	3308
	%	74,9%	82,9%	79,4%
Non	n	966	682	856
	%	25,1%	17,1%	20,6%
Total 100%	n	3844	3979	4164
Examens non réalisés exclus	%	15,2%	9,7%	7,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Au Bilan de santé à 30 mois, entre 2010 et 2012, une proportion de 75 à 83 % des enfants savaient dire leur prénom.

9.3.1.3. Score de développement du langage à 30 mois

Nous avons élaboré un score de développement du langage à l'âge de 30 mois en utilisant les deux critères précités :

- le score 0 est attribué aux enfants qui ne présentent aucun retard de langage;
- le score 1 est celui des enfants qui ont un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots ou ne savent pas dire leur prénom;
- le score 2 est attribué à ceux qui présentent les deux retards.

Tableau 4.9.10 :

Score du développement du langage à 30 mois

		2010*	2011	2012
Zéro	n	2809	2958	2958
	%	68,3%	74,8%	72,5%
Un	n	600	553	515
	%	14,6%	14,0%	12,6%
Deux	n	704	446	606
	%	17,1%	11,3%	14,9%
Total 100%	n	4113	3957	4079
Examens non réalisés exclus	%	9,3%	10,2%	8,9%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Au bilan à 30 mois, 68 à 75 % des enfants n'ont aucun retard de langage. La proportion des autres est importante : de 25 à 32 % des enfants ont un ou deux retards langagiers. Cette fréquence est préoccupante parce qu'à cet âge, ils rentrent à l'école maternelle. Il faut donc être particulièrement attentif à ce problème. A ce sujet, la recherche-action établie avec le service de logopédie de l'ULg et l'ONE entre 2012 et 2014 vise à repérer au plus tôt les signes de retard de langage et propose aux parents des techniques simples de soutien à l'apprentissage du langage de leur enfant (voir chapitre 1).

■ 9.3.2. Développement psychomoteur à 30 mois

Au même titre que le retard de langage, le retard psychomoteur peut avoir des conséquences pour le développement et l'épanouissement de l'enfant.

9.3.2.1. Le saut à pieds joints

Tableau 4.9.11 :

Proportion des enfants de 30 mois capables de sauter à pieds joints

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	2221	2017	2652	3002	3075	3345	3240	3193
	%	90,1%	92,7%	91,8%	92,3%	93,5%	87,4%	91,4%	88,8%
Non	n	243	160	238	251	214	483	306	401
	%	9,9%	7,3%	8,2%	7,7%	6,5%	12,6%	8,6%	11,2%
Total 100%	n	2464	2177	2890	3253	3289	3828	3546	3594
Examens non réalisés exclus	%	15,3%	15,2%	15,6%	16,0%	16,1%	15,6%	19,5%	19,7%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Environ 90 % des enfants passent avec succès ce test au Bilan à 30 mois. Toutefois, la proportion d'inconnues a augmenté ces dernières années pour atteindre 20 %.

9.3.2.2. Reproduction d'un trait vertical et d'un cercle

Tableau 4.9.12 :

Proportion des enfants capables de reproduire un trait vertical

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	1925	1686	2199	2421	2505	2723	2535	2445
	%	82,4%	82,5%	82,3%	81,2%	83,0%	77,4%	81,3%	76,9%
Non	n	410	357	474	562	513	810	594	751
	%	17,6%	17,5%	17,7%	18,8%	17,0%	23,0%	19,0%	23,6%
Total 100%	n	2335	2043	2673	2983	3018	3533	3129	3196
Examens non réalisés exclus	%	19,8%	20,4%	21,9%	22,9%	23,0%	22,1%	29,0%	28,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Sur la période considérée, de 77 à 80 % des enfants ayant effectué le Bilan santé à 30 mois ont passé ce test avec succès. Cependant, on est interpellé par le fait que près d'un tiers des enfants ne sont pas testés pour cet item et parmi ceux qui le sont, le nombre de ceux qui ne réussissent pas est passé de 17 à 23 % en 8 ans.

Tableau 4.9.13 :

Proportion des enfants capables de reproduire un cercle au Bilan à 30 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	1773	1539	2045	2194	2228	2457	2296	2277
	%	75,2%	75,2%	76,9%	73,8%	75,1%	69,9%	73,6%	71,6%
Non	n	585	508	614	778	737	1060	824	904
	%	24,8%	24,8%	23,1%	26,2%	24,9%	30,1%	26,4%	28,4%
Total 100%	n	2358	2047	2659	2972	2965	3517	3120	3181
Examens non réalisés exclus	%	19,0%	20,3%	22,3%	23,2%	24,3%	22,4%	29,2%	29,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Plus que le précédent, ce critère teste la motricité fine. En moyenne, au Bilan à 30 mois sur la période considérée, 74 % des enfants étaient capables de reproduire un cercle.

Le nombre d'inconnues de ces deux derniers tests (examens non réalisés) approche 30 % depuis deux ans, ce qui appelle à la prudence dans l'interprétation de ces données. Il faut reconnaître que les conditions de la consultation ne sont pas toujours favorables à la réalisation de ce type de test. Cependant, ici aussi, on constate une augmentation du nombre de « non suivis ».

9.3.2.3. Score de développement psychomoteur à 30 mois

Nous avons établi un indice de développement psychomoteur à partir du résultat des enfants à ces trois tests pour les mêmes raisons que celles qui ont été expliquées précédemment.

Cet indice est conçu comme suit :

- le score 0 est accordé aux enfants qui n'ont aucun retard;
- le score 1 est attribué à ceux qui présentent un retard pour le saut à pieds joints, pour la reproduction d'un trait vertical ou d'un cercle;
- le score 2 caractérise les enfants qui présentent deux retards simultanément;
- le score 3 est donné aux enfants qui présentent les trois retards en même temps.

Tableau 4.9.14 :
Score du développement psychomoteur à 30 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zéro	n	1332	1205	1629	1755	1815	2008	1858	1860
	%	65,9%	66,6%	68,0%	65,7%	67,0%	62,4%	66,2%	64,0%
Un	n	356	346	435	481	524	559	482	462
	%	17,6%	19,1%	18,1%	18,0%	19,4%	17,4%	17,2%	15,9%
Deux	n	247	213	250	361	300	353	313	322
	%	12,2%	11,8%	10,4%	13,5%	11,1%	11,0%	11,2%	11,1%
Trois	n	87	45	83	74	69	299	154	264
	%	4,3%	2,5%	3,5%	2,8%	2,5%	9,3%	5,5%	9,1%
Total 100%	n	2022	1809	2397	2671	2708	3219	2807	2908
Examens non réalisés exclus	%	30,5%	29,5%	30,0%	31,0%	30,9%	29,0%	36,3%	35,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Dans notre échantillon, 65 % des enfants environ n'ont en moyenne aucun retard psychomoteur à 30 mois, 18 % en ont un, 11,5 en ont deux et entre 5 à 9 % en ont trois. Nous ne savons pas si l'augmentation de cette dernière catégorie, observée ces dernières années, est liée à une observation plus attentive des tests ou à un changement réel dans la population. Néanmoins, parmi la population testée, on observe que 16 à 20 % des enfants ne réussissent pas au moins 2 tests et ceci pendant 3 années de suite. Telle observation mériterait d'être approfondie à travers une recherche plus pointue. Le choix des indicateurs pourrait également être incriminé.

► 9.4. CONCLUSIONS

Le Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant de l'ONE établit les critères de l'examen neurologique du nourrisson qui permettent de détecter les anomalies de son développement psychomoteur et de l'acquisition du langage. C'est sur base de ces critères, à partir des observations menées dans les consultations de l'ONE, qu'a été élaboré le présent chapitre de ce rapport.

Récapitulons-en les principales observations, en matière de langage d'abord, de développement psychomoteur ensuite, en rappelant la nécessité d'une interprétation prudente.

Pour ce qui est de l'acquisition du langage tel qu'observé au Bilan à 18 mois,

- depuis 2010, la proportion d'enfants qui n'ont dit aucun mot au Bilan de santé est restée inférieure à 3 %;
- entre 2010 et 2012, la proportion des enfants qui ne prononçaient qu'1 à 2 mots a significativement baissé (de 19,3 à 13,1 %) tout comme la proportion de ceux qui ne disaient que 3 à 5 mots (de 44,0 à 34,1 %), alors que la proportion de ceux qui disaient 6 mots ou plus est passée de 33,9 à 50,3 %. Cette évolution est favorable mais reste inférieure à ce qui pourrait être attendu.

Par contre, au Bilan à 30 mois,

- la proportion des enfants qui savaient construire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans leur langue maternelle est restée stable, entre 75 et 80 %, et, selon les années, 75 à 83 % des enfants savaient dire leur prénom,
- la proportion de ceux qui présentaient des retards de langage est préoccupante - de 25 à 32 % des enfants avaient une ou deux insuffisances - une fréquence préoccupante à l'âge de l'entrée en maternelle. A ce sujet, rappelons qu'en collaboration avec le service de logopédie de l'ULg, l'ONE a réalisé une recherche-action sur le développement du langage entre 2012 et 2014. Celle-ci devrait déboucher sur des propositions d'action concrètes.

Au même titre que le retard de langage, le retard psychomoteur peut avoir des conséquences pour le développement et l'épanouissement de l'enfant. Dans ce domaine, depuis 2005,

Au Bilan à 9 mois :

- la fréquence des enfants souffrant d'une anomalie du développement psychomoteur est restée en-deça de 2 %. Dans trois cas sur quatre, le médecin traitant de l'enfant a confirmé l'anomalie repérée par le médecin de la consultation ONE.

Au Bilan de 18 mois :

- plus de 95 % des enfants marchaient seuls,
- la proportion des enfants qui buvaient seul à la tasse ou au verre sans bec verseur est restée stable à près de 80 %,
- la proportion des enfants qui savaient se servir d'une cuillère à l'âge de 18 mois est restée relativement constante elle aussi à environ 85 %,
- la proportion d'enfants cumulant les deux retards (incapacité de boire à la tasse et de se servir d'une cuillère) a toujours été très faible (<1 %).

Au Bilan à 30 mois :

- depuis 2005, on observe qu'environ 90 % des enfants sont capables de sauter à pieds joints,
- entre 77 et 80 % des enfants étaient capables de reproduire un trait vertical et 74 % des enfants, de reproduire un cercle.
- en moyenne 65 % des enfants n'avaient aucun retard psychomoteur, 18 % en ont un, 11,5 % en avaient deux et 5 %, trois. Nous ne sommes pas en mesure de conclure que l'augmentation de cette dernière catégorie, observée les trois dernières années, était liée à une observation plus attentive des tests ou à un changement réel dans la population.

Parmi la population testée, on observe que 16 à 20 % des enfants ne réussissent pas au moins 2 tests et ceci pendant 3 années de suite. Telle observation mériterait d'être approfondie à travers une recherche plus pointue.

► 10. LE DÉPISTAGE VISUEL

Depuis les années 1980, la prévention des troubles de la vue a été au centre des préoccupations de l'ONE et le «Dépistage des troubles visuels» est devenu l'un des programmes prioritaires de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant.

L'amblyopie est une atteinte fonctionnelle ou organique de la fonction visuelle d'un œil ou des deux, qui s'installe pendant l'enfance et peut persister toute la vie. Un œil est susceptible d'envoyer au cerveau une image dont la qualité est inférieure à celle de l'autre, soit parce qu'il présente un défaut de réfraction, soit parce qu'il ne fixe pas l'objet dans le même axe que l'autre (strabisme). Dans ces deux cas, il ne développera pas toutes ses potentialités visuelles et comme conséquence, les couches cellulaires du cortex visuel seront moins denses, puisqu'il ne développera pas correctement ses connections avec le cerveau. L'œil perd alors de l'acuité définitivement. C'est ce qu'on appelle l'amblyopie fonctionnelle.

Entre 1 et 3 % de la population souffre d'amblyopie fonctionnelle, toutes diminutions (uni ou bilatérale) de l'acuité visuelle confondues⁵⁷. De récentes études montrent que l'efficacité du traitement de l'amblyopie commence à diminuer après le cinquième anniversaire⁵⁸ et que la gravité de l'amblyopie anisométrique (unilatérale) augmente avec l'âge⁵⁹. C'est ce qui rend la précocité de la détection si importante pour le développement de l'enfant.

Selon l'Association Américaine des Ophtalmologues Pédiatriques⁶⁰, la détection de l'amblyopie et des problèmes graves de réfraction reste l'objectif principal du dépistage visuel pédiatrique.

En 1995, le développement et la commercialisation des réfractomètres portables ont marqué un changement qualitatif majeur dans le dépistage des troubles de la vue. Ces appareils, utilisés par un personnel spécialisé, permettent une évaluation automatisée fiable, qualitative et objective, de la capacité de réfraction des yeux.

C'est une recherche-action, qui se déroula dans le Brabant Wallon à partir de juin 1997, et dont les résultats ont fait l'objet de la thèse de doctorat défendue par le Pr M. Cordonnier à l'École de Santé Publique de l'ULB, qui permit de mettre au point la méthodologie de dépistage que l'on utilise encore aujourd'hui.

Le programme prévoit pour chaque enfant un examen visuel complet entre 18 et 47 mois. Le dépistage comprend une observation fine des yeux, divers tests manuels (Biprisme de Gracis, Lang stéréo-test, Cover-test) et une mesure de la réfraction de la lumière grâce au réfractomètre portable. L'ONE possède 20 appareils de mesure de réfractométrie, de type «Retinomax» et une équipe de personnel médical ou paramédical spécialisé. En 2011, cette équipe était constituée de 8 orthoptistes et 11 médecins.

Ce dépistage est mis en place dans les milieux d'accueil en introduisant une demande par le comité organisateur auprès du secrétariat en charge du dépistage visuel de la subrégion dont il dépend.

La secrétaire établit un planning en fonction des demandes et des disponibilités des examinateurs. Le temps d'attente peut varier entre 3 à 6 mois. Une fois le calendrier établi, elle prévient les milieux d'accueil ayant fait la demande des rendez-vous à venir et leur fait parvenir tous les documents administratifs nécessaires (invitations, affiches, etc...).

Les milieux d'accueil envoient alors les invitations aux parents.

⁵⁷ Barret et al, The Relationship between Anisometropia and Amblyopia. *Prog Retin Eye Res.* 2013. 36: 120-158. doi:10.1016/j.preteyeres.2013.05.001.

⁵⁸ Holmes JM, Lazar EL, Melia BM, Astle WF, Dagi LR, Donahue SP, Fraizer MG, Hertle RW, Repka MX, Quinn GE, Weise KK, Pediatric Eye Disease Investigator Group. Effect of age on response to amblyopia treatment in children. *Arch. Ophthalmol.* 2011;145:1-7.

⁵⁹ Donahue SP. Relationship between anisometropia, patient age, and the development of amblyopia. *Am J Ophthalmol.* 2006;132:132-140.

⁶⁰ AAPOS. Site accédé le 21 octobre 2014 http://www.aapos.org/client_data/files/2014/1075_aapostechniquesforpediatricvisionscreening.pdf

► 10.1. BILAN DES DÉPISTAGES VISUELS

Tableau 4.10.1 :

Bilan des dépistages visuels réalisés par l'ONE sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles de 2003 à 2012

	Nombre d'examens réalisés	Dépistages Normaux	Dépistages Anormaux	Dépistages Douteux	Dépistages Irréalisables
2003	5283	76,0%	13,0%	7,0%	4,0%
2004	12051	72,2%	11,9%	9,0%	6,8%
2005	13031	71,3%	11,0%	8,8%	8,9%
2006	15826	68,8%	12,7%	10,7%	7,8%
2007	18307	66,8%	11,5%	6,4%	15,3%
2008	20623	71,0%	11,8%	4,0%	13,0%
2009	24104	73,0%	11,2%	3,5%	12,5%
2010	25446	74,0%	11,2%	3,2%	11,3%
2011	26163	74,6%	11,0%	2,8%	11,5%
2012	24598	75,5%	10,4%	2,7%	11,4%

Ces résultats sont très encourageants parce que de manière tendancielle, depuis une dizaine d'années, le nombre d'examens a augmenté. Cependant, en 2012, on note une diminution de 6 % du nombre d'examens réalisés par rapport à 2011, une situation qui s'explique par la difficulté de remplacer les examinateurs qui avaient réduit leur temps de travail (pour des raisons familiales ou de santé).

Par ailleurs, près de 11 % des tests réalisés montrent une anomalie (Dépistages Anormaux) et les enfants sont envoyés chez un ophtalmologue pour confirmer le diagnostic et si nécessaire, commencer un traitement.

Enfin, environ 11 % des examens sont rapportés comme irréalisables et 3 % montrent des résultats douteux. Bien que ces examens soient non invasifs, ils demandent quelques minutes de calme et d'attention de la part de l'enfant, ce qui n'est pas toujours aisé à obtenir chez les très jeunes enfants. Dans ce cas, on invite les parents à représenter leur enfant au contrôle quelques mois plus tard.

Quoi qu'il en soit, avec les années, le nombre de dépistages douteux a fortement diminué, au point de ne plus représenter que 3 % des examens réalisés, grâce à la plus grande maîtrise des outils de dépistage par les examinateurs.

► 10.2. EVOLUTION DE LA COUVERTURE DU DÉPISTAGE VISUEL EN FONCTION DES NAISSANCES SUR LE TERRITOIRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

En Fédération Wallonie-Bruxelles, on estime la couverture en fonction des naissances sur base de la formule de calcul suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'enfants examinés pendant l'année [x] multiplié par 100}}{\text{Nombre de naissances de l'année [x -2]}}$$

Tableau 4.10.2 :

Estimation de couverture en fonction des naissances sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles de 2003 à 2012

Année de naissance (x moins 2)	Nombre de naissances (Données BDMS*)	Année du test (x)	Nombres d'enfants examinés	Estimation de couverture
2001	47867	2003	5283	11,0%
2002	45759	2004	12051	26,0%
2003	44918	2005	13031	29,0%
2004	50047	2006	15826	31,0%
2005	50797	2007	18307	36,0%
2006	52463	2008	20623	39,0%
2007	52074	2009	24104	46,0%
2008	52096	2010	25446	48,0%
2009	56554	2011	26163	46,0%
2010	56535	2012	24598	43,0%

* Nombre d'avis de naissances BDMS, naissances vivantes et résidant sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (francophones)

En dépit de l'augmentation du nombre des naissances, cette couverture a évolué favorablement jusqu'en 2010. Les deux dernières années cependant, le taux de couverture s'est tassé, et la diminution du nombre de dépistages réalisés n'a pas permis à l'ONE d'atteindre son objectif de 50 % de la population vue dans ses structures.

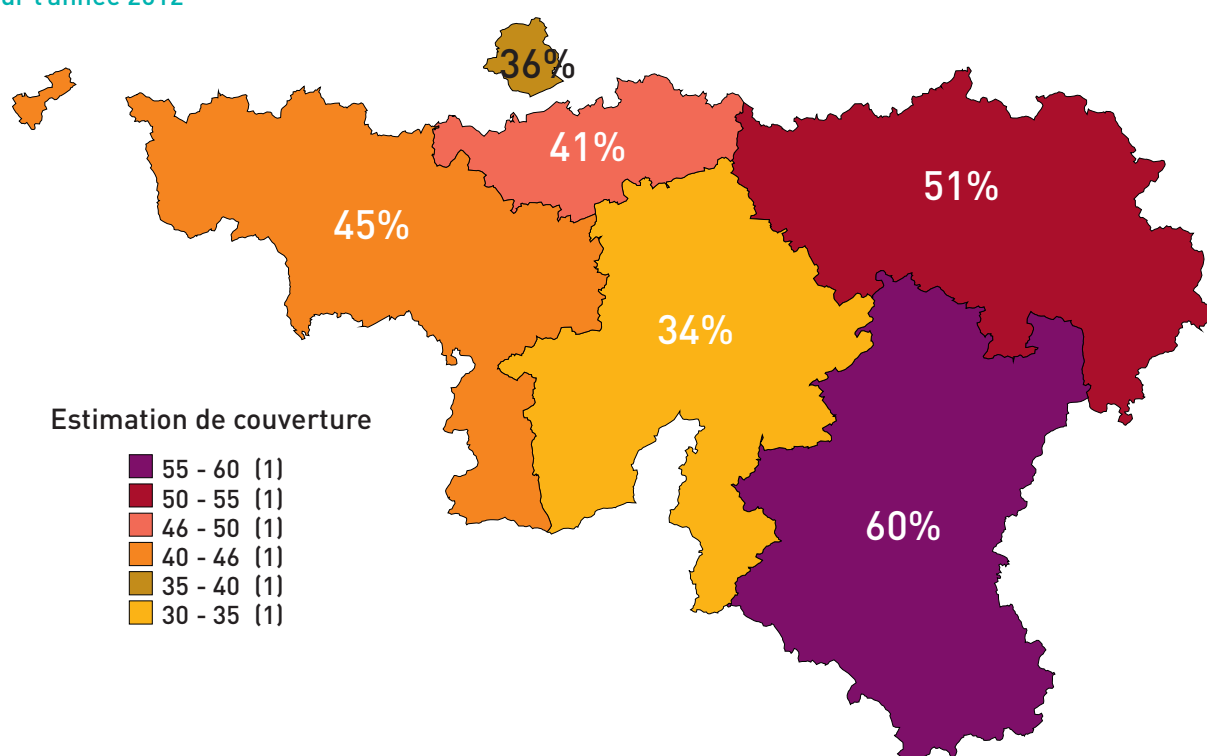
Tableau 4.10.3 :

Nombre d'examen réalisés par province et estimation de couverture pour l'année 2012

	Brabant Wallon	Bruxelles (90%)	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur
Nombre de naissances en 2010	3878	16471	14978	12434	3283	5496
Nombre d'enfants examinés en 2012	1805	5877	6679	6389	1985	1863
Estimation de couverture	47%	36%	45%	51%	60%	34%

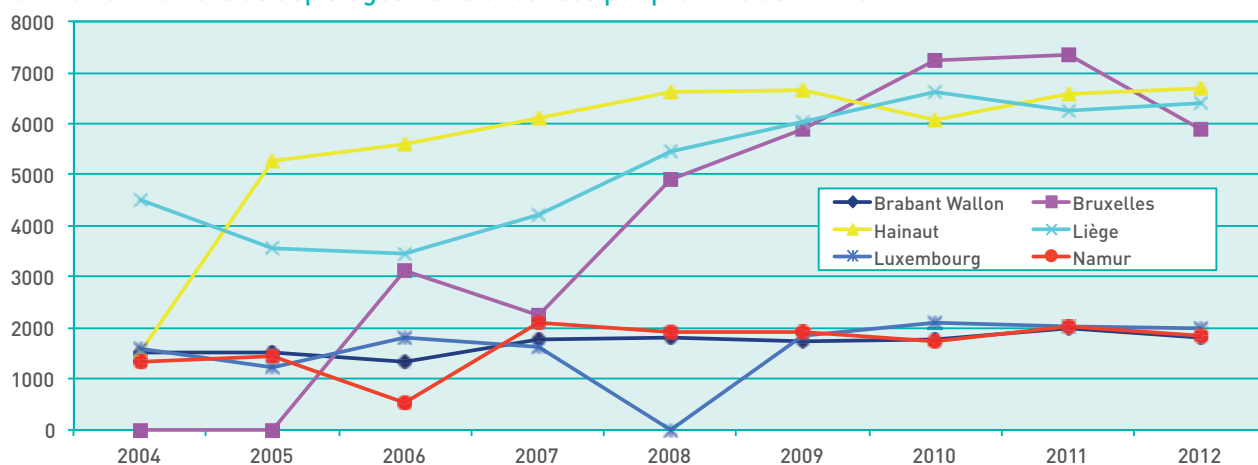
Cartographie 4.10.1 :

Estimation de la couverture du dépistage visuel sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'année 2012



La couverture sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles varie entre 34 % à Namur et 61 % au Luxembourg, des différences qui s'expliquent par la disponibilité variable de la personne en charge du dépistage dans chaque subrégion.

Figure 4.10.1 :
Evolution du nombre de dépistages visuels réalisés par province de 2004 à 2012



Si l'on s'intéresse à la dynamique de la couverture, on distingue clairement deux groupes :

- Namur, Luxembourg et Brabant Wallon,
- Hainaut, Liège et Bruxelles.

Avec respectivement près de 2000 tests annuels réalisés contre 6000 dans le deuxième groupe.

En 2012, cette évolution fut aussi tributaire de la disponibilité des examinateurs et de la difficulté de remplacer les absents. C'est la région de Bruxelles qui a le plus souffert de cette pénurie de professionnels.

► 10.3. LE DÉPISTAGE VISUEL EN MILIEU D'ACCUEIL

Depuis qu'il existe, le programme a permis que l'on réalise les dépistages visuels :

- en milieux d'accueil – lorsque les structures sont suffisamment grandes pour permettre d'y voir un nombre suffisant d'enfants à chaque séance, soit au minimum huit,
- ou lors de la consultation des nourrissons – pour les enfants séjournant dans les petites structures d'accueil.

Depuis 2007, le système d'information permet donc de distinguer les lieux de dépistage selon les critères «Examen réalisé en milieu d'accueil» et «Examen réalisé en consultation pour enfants».

Tableau 4.10.4 :
Pourcentage d'examen visuels réalisés en milieu d'accueil et en consultation pour enfants de 2007 à 2012

Années	Nombre d'examen réalisés	En Milieu d'accueil	En consultation pour enfants	Données inconnues
2007	18276	6368	11788	120
	100%	34,8%	64,5%	0,7%
2008	21782	6449	15333	
	100%	29,6%	70,4%	
2009	24104	7581	16523	
	100%	31,5%	68,5%	
2010	25446	8968	16302	176
	100%	35,2%	64,1%	0,7%
2011	26163	9323	16464	436
	100%	35,6%	62,9%	1,7%
2012	24494	8016	16478	
	100%	32,7%	67,3%	

On voit que le nombre de dépistages réalisés en 2012 est légèrement inférieur au total des dépistages repris dans le tableau 4.10.2 comme ayant été réalisés cette année (24 494 au lieu de 24 598); une différence de 104 dépistages qui s'explique par le fait que l'information du type de structure où le dépistage a été réalisé n'a pas été mentionnée (données manquantes).

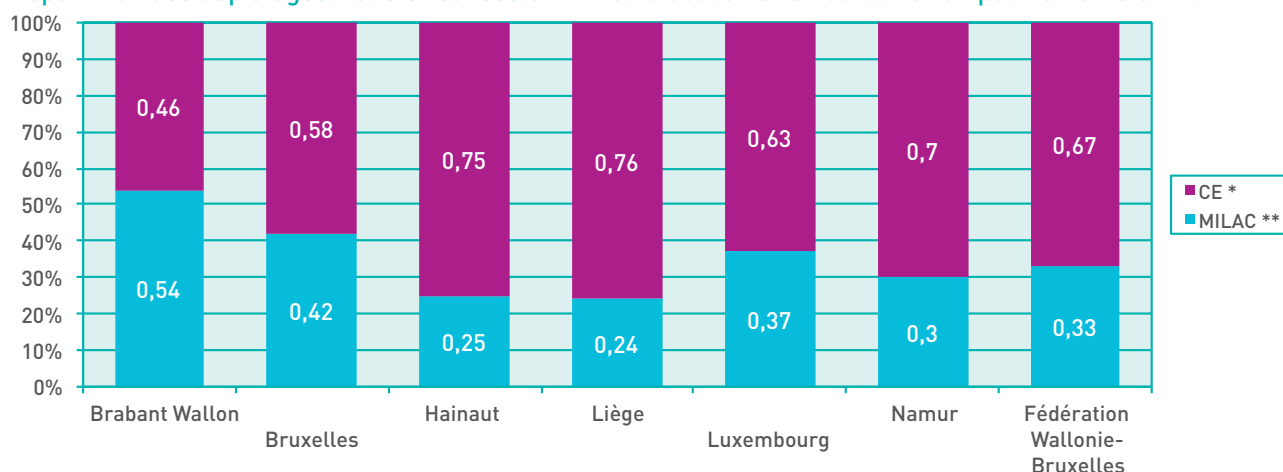
Par ailleurs, on observe peu de variation dans la proportion relative des lieux d'examen visuels : elle évolue depuis 2007 aux alentours d'un tiers de dépistages en milieu d'accueil pour deux tiers dans les consultations pour enfants.

Tableau 4.10.5 :
Pourcentage d'examen visuels réalisés en milieu d'accueil par province de 2008 à 2012

	Brabant Wallon	Bruxelles	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur
2008	64%	43%	24%	13%	28%	27%
2009	59%	43%	37%	21%	22%	30%
2010	61%	47%	28%	25%	26%	34%
2011	61%	47%	27%	27%	32%	30%
2012	54%	42%	25%	24%	37%	30%

Ces proportions varient d'une province à l'autre pour diverses raisons : histoire de l'implantation du dépistage, importance du nombre de milieux d'accueil collectifs, intérêt pour le dépistage, disponibilité des ressources humaines, etc.

Figure 4.10.2 :
Répartition des dépistages visuels réalisés en milieu d'accueil et en consultation pour enfants en 2012



* CE = Consultation pour enfants

** MILAC = Milieu d'accueil

► 10.4. SUIVI DES ENFANTS ENVOYÉS CHEZ UN OPHTALMOLOGUE

Depuis 2004, le système d'information sanitaire de l'ONE enregistre (de manière anonyme) le suivi des enfants dépistés qui sont adressés à un ophtalmologue. Ces données nous sont communiquées par l'ophtalmologue traitant, la directrice du milieu d'accueil, le travailleur médico-social de l'ONE ou encore par les parents. Nous ne les présentons donc qu'à titre indicatif.

Ces données permettent cependant de nous rassurer quant à la spécificité de nos examens de dépistage : l'anomalie est confirmée pour 75 à 80 % des enfants envoyés chez l'ophtalmologue. Dans ces cas, un traitement est prescrit d'emblée à l'enfant ou encore, l'ophtalmologue demande de le revoir dans 6 ou 12 mois. Notre programme de dépistage est donc très efficace.

A titre d'exemple, en 2012, pour 1067 réponses reçues, 797 (75 %) anomalies ont été confirmées par un ophtalmologue, contre 189 (17 %) qui ne l'ont pas été, 32 (3 %) ont été considérés comme douteuses et 49 (5 %), à revoir (et donc sans diagnostic).

Sur les 797 anomalies confirmées, voici la répartition du traitement prescrit aux 681 enfants qui en ont reçu un :

- 603 : prescriptions de lunettes
- 24 : prescriptions de lunettes + cache oculaire
- 16 : prescriptions de cache oculaire
- 6 : interventions chirurgicales
- 32 : traitement non précisé

► 10.5. BILANS DE SANTÉ À 30 MOIS

Les Bilans de santé à 30 mois, permettent de vérifier si les enfants qui fréquentent l'ONE à l'âge de 30 mois ont bénéficié d'un dépistage visuel réalisé par l'ONE et si un avis chez un ophtalmologue a été demandé par la suite.

En 2010, la question globale relative au dépistage visuel dans le Bilan de santé à 30 mois a été remplacée par trois autres questions dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Tableau 4.10.6 :
Pourcentage d'examens visuels réalisés en consultation pour enfants de 2010 à 2012

		2010	2011	2012
Oui	n	2186	2381	2250
	%	58,5%	58,0%	54,1%
Non	n	1548	1722	1911
	%	41,5%	42,0%	45,9%
Total 100%	n	3734	4103	4161
Inconnues exclues	%	17,6%	6,9%	7,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Les données du tableau 4.10.6 montrent que 54 à 59 % des enfants ayant eu un Bilan de santé à 30 mois ont bénéficié du dépistage visuel en consultation pour enfants de l'ONE et pour 14 à 16 % de ces enfants, un avis chez un ophtalmologue a été demandé (voir tableau 3.10.7). A noter que l'examen visuel complet peut être réalisé entre 18 et 47 mois.

Tableau 4.10.7 :
Pourcentage d'avis ophtalmologiques demandés en cas de dépistage anormal de 2010 à 2012

		2010	2011	2012
Oui	n	320	314	288
	%	16,3%	14,5%	14,0%
Non	n	1648	1846	1764
	%	83,7%	85,5%	86,0%
Total 100%	n	1968	2160	2052
Inconnues exclues	%	10,0%	9,3%	8,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Tableau 4.10.8 :
L'enfant est suivi par un ophtalmologue

		2010	2011	2012
Oui	n	339	335	325
	%	12,8%	11,9%	11,5%
Rdv pris	n	196	118	108
	%	7,4%	4,2%	3,8%
Non	n	2120	2367	2383
	%	79,8%	83,9%	84,6%
Total 100%	n	2655	2820	2816
Inconnues exclues	%	41,4%	36,0%	37,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Le Bilan de santé à 30 mois inclut également une question destinée à vérifier si l'enfant est suivi par un ophtalmologue. Les données de la BDMS confirment qu'au moment de ce Bilan, environ 11,5 à 13 % des enfants étaient suivis par un ophtalmologue, un chiffre très proche de la proportion d'enfants avec un dépistage visuel anormal (11 %).

Comme pour toute nouvelle question introduite dans un document, le taux d'inconnues reste important, même s'il diminue progressivement.

► 10.6. CONCLUSIONS

À l'ONE, le dépistage des troubles visuels est un programme prioritaire de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. Les données dont il prévoit les variables à collecter, permettent la prise en charge précoce et le contrôle des problèmes de vision des enfants.

Pourquoi ce dépistage est-il important ?

- Parce qu'entre 1 et 3 % de la population souffre d'amblyopie fonctionnelle, toutes diminutions (uni et bilatérale) de l'acuité visuelle confondues⁶¹,
- L'amblyopie est une atteinte fonctionnelle ou organique de la fonction visuelle d'un œil ou des deux, qui s'installe pendant l'enfance et qui peut persister toute la vie.

La précocité de la détection est cruciale pour le développement de l'enfant :

- L'efficacité du traitement de l'amblyopie commence à diminuer après le cinquième anniversaire⁶²,
- la gravité de l'amblyopie anisométrique (unilatérale) augmente avec l'âge⁶³.

La Direction médicale de l'ONE coordonne la collecte de données spécifique qui lui est consacrée. Elle prévoit que le Bilan de santé à 30 mois de la BDMS inclut une question destinée à vérifier si l'enfant qui présente un trouble de la vision mérite une évaluation ophtalmologique.

Nous espérons bientôt recruter de nouveaux professionnels pour atteindre une couverture en dépistage visuel de 50 % des enfants fréquentant les structures ONE. Quoique subsistent d'importantes différences régionales (34 % à Namur et 61 % au Luxembourg), un effort doit être fait pour faciliter la formation des optométristes en Belgique et pour stimuler la réalisation de ce dépistage chez les enfants fréquentant un milieu d'accueil.

Quelle est la situation actuelle ?

- Près de la moitié des enfants vus par les structures de l'ONE (milieu d'accueil ou consultation pour enfants) a bénéficié d'un dépistage de la vue entre 18 et 47 mois,
- Parmi les enfants dépistés, un enfant sur dix a été dirigé vers un spécialiste qui a confirmé l'anomalie dans 75 à 80 % des cas.

Les résultats du programme de dépistage de l'ONE sont très encourageants. Le nombre d'examen a augmenté progressivement, malgré une diminution de 6 % d'examen réalisés en 2012.

Près de 11 % des tests réalisés montrent une anomalie. Les enfants concernés sont dirigés chez un ophtalmologue pour confirmer le diagnostic et si nécessaire, commencer un traitement.

Environ 11 % des examens sont rapportés comme irréalisables et 3 % montrent des résultats douteux. Bien que ces examens soient non invasifs, ils demandent quelques minutes de calme et d'attention de la part de l'enfant, ce qui n'est pas toujours aisé à obtenir chez les très jeunes. Dans ce cas, on invite l'enfant à se représenter au contrôle quelques mois plus tard.

Grâce à la plus grande maîtrise des outils de dépistage par les examinateurs, le nombre de dépistages douteux a fortement diminué et ne représentent que 3 % des examens réalisés.

⁶¹ Barret et al, The Relationship between Anisometropia and Amblyopia. Prog Retin Eye Res. 2013. 36: 120-158. doi:10.1016/j.preteyeres.2013.05.001.

⁶² Holmes JM, Lazar EL, Melia BM, Astle WF, Dagi LR, Donahue SP, Fraizer MG, Hertle RW, Repka MX, Quinn GE, Weise KK, Pediatric Eye Disease Investigator Group. Effect of age on response to amblyopia treatment in children. Arch. Ophthalmol. 2011;145:1-7.

⁶³ Donahue SP. Relationship between anisometropia, patient age, and the development of amblyopia. Am J Ophthalmol. 2006;132:132-140.

► 11. LE DÉPISTAGE AUDITIF

La plasticité du système nerveux auditif central, dont la période sensible se situe surtout en première année de vie, s'estompe au-delà de l'âge de 3 ans.

C'est pourquoi l'enfant malentendant doit être dépisté précocement si l'on veut qu'il bénéficie d'une prise en charge optimale et des appareillages adaptés à sa déficience.

Un dépistage précoce, un diagnostic avant l'âge de 3 mois et la mise en place avant l'âge de 6 mois des mesures adéquates, permettront d'améliorer significativement l'acquisition ultérieure du langage oral, les compétences communicatives et le développement cognitif et psychosocial. En l'absence d'un dépistage précoce, le trouble auditif est rarement diagnostiqué avant l'âge de 18 à 30 mois avec de lourdes conséquences sur le développement global de l'enfant.

Un programme de dépistage néonatal de la surdité a été mis en place en 2006 à l'initiative de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. A l'heure actuelle, 43 maternités sur 44 de la FWB participent à ce programme en adhérant à son protocole.

La technique utilisée est celle des oto-émissions acoustiques automatisées provoquées. Elle permet de mesurer objectivement l'état de la cochlée, l'organe d'audition qui se situe au sein de l'oreille interne. Ce test est absolument indolore et se pratique en quelques minutes auprès d'un bébé calme ou endormi⁶⁴.

Ensuite, au cours des premières années de vie, il est indispensable de continuer à surveiller l'audition des enfants. En effet, certaines surdités de perception peuvent apparaître au-delà de la période néonatale (elles sont principalement dues au cytomégalovirus, à la méningite ou peuvent avoir une origine génétique) et des surdités de transmission peuvent se développer chez les enfants qui ont des affections ORL répétées.

L'ONE intervient à la fois dans le rattrapage des enfants qui ont échappé au dépistage néonatal à la maternité ou qui n'ont pas bénéficié du contrôle proposé, ainsi que dans le repérage de tout déficit auditif d'apparition plus tardive.

► 11.1. DÉPISTAGE DES SURDITÉS NÉONATALES

Si le dépistage des surdités néonatales concerne quasi exclusivement les surdités de perception, elle peut aussi permettre de mettre en évidence des surdités de transmission précoces.

Voici un résumé des dernières données du « dépistage néonatal de la surdité sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles »⁶⁵:

« Depuis la fin de l'année 2006, la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) organise un dépistage néonatal de la surdité et propose aux hôpitaux disposant d'un service de maternité d'y participer. L'adhésion à ce programme s'effectue sur base volontaire et, au début de l'année 2013, 43 des 46 hôpitaux disposant d'un service de maternité avaient choisi d'organiser le dépistage de la surdité, tel que prévu dans le protocole de la FWB. »

Tableau 4.11.1 :

Statut auditif pour l'ensemble des nouveau-nés suite au dépistage de la surdité en maternité en 2013

Normo-entendants	n	46001
	%	90,5%
Echappés	n	3285
	%	6,5%
Perdus de vue	n	1419
	%	2,8%
Déficiences auditives	n	134
	%	0,3%
Total 100%	n	50839

Source : Vos B., Van den Bril C., Levêque A., Programme de dépistage néonatal de la surdité.

⁶⁴ Plus d'informations sur le site www.depistagesurdite.be

⁶⁵ Vos B., Van den Bril C., Levêque A., Programme de dépistage néonatal de la surdité. Principaux résultats relatifs aux naissances de l'année 2013. Centre de référence pour le Programme de dépistage néonatal de la surdité, Centre d'Epidémiologie Périnatale CEpiP asbl, Bruxelles, 2014.

Le tableau 4.11.1 présente les résultats du programme de dépistage néonatal de la surdité dans la FWB, pour les enfants nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2013 dans les maternités participantes. La proportion de nouveau-nés qui n'ont bénéficié d'aucun test de l'audition s'élève à 6,5 % ; moins de 3 % des nouveau-nés étaient considérés comme perdus de vue ; le statut auditif était inconnu pour plus de 9 % de la population éligible ; 26 nouveau-nés pour 10.000 présentaient un trouble de l'audition ; et neuf nouveau-nés sur dix étaient considérés comme normo-entendants à la naissance.

La prévalence de la déficience auditive rapportée par le programme de dépistage néonatal s'élevait donc à 2,6 ‰, mais il faut préciser que le type de déficience auditive était largement sous-notifié tout comme le caractère uni- ou bilatéral de l'atteinte. Les atteintes de transmission temporaires étaient celles qui étaient le plus souvent mentionnées.

Dans les prochaines années, il sera donc crucial de réduire la proportion des nouveau-nés qui ont échappé au programme et d'offrir à tous les parents la possibilité de tester l'audition de leur nouveau-né. Les enfants pour lesquels le statut auditif n'est pas connu après un ou plusieurs tests (perdus de vue) devront également être encouragés à finaliser les tests d'audition, notamment grâce à la collaboration avec les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) de l'ONE⁶⁶.

Au niveau de la BDMS, depuis 2008, l'information relative à la réalisation du dépistage auditif à la maternité est contrôlée par le TMS de l'ONE lors de son Premier contact avec la famille après la sortie de la maternité, sur base des informations écrites dans le carnet de santé de l'enfant. Lorsque le test est dit « PASS », l'enfant est considéré comme normo-entendant. Par contre, lorsque le test est qualifié de « REFER », il doit être contrôlé ou complété par des examens plus approfondis.

Tableau 4.11.2 :
Dépistage de la surdité en maternité par oto-émissions acoustiques (OEA)

		2008	2009	2010	2011	2012
PASS pour les 2 oreilles	n	11937	25320	28509	28811	30201
	%	90,8%	91,7%	91,0%	89,1%	89,4%
REFER pour 1 ou 2 oreille(s)	n	557	1000	1203	1356	1586
	%	4,2%	3,6%	3,8%	4,2%	4,7%
Non fait	n	650	1278	1631	2182	2010
	%	4,9%	4,6%	5,2%	6,7%	5,9%
Total 100%	n	13144	27598	31343	32349	33797
Inconnues exclues	%	67,5%	29,0%	21,4%	18,0%	15,4%

BDMS ONE, «1er contact»

Le tableau 4.11.2 montre que 90 % des enfants entendent correctement à la naissance. Le pourcentage de « REFER » d'environ 4 % correspond aux résultats attendus par le programme. Le nombre d'inconnues diminue avec le temps, mais il reste toujours trop élevé. Le nombre d'enfants qui n'ont pas bénéficié du dépistage augmente légèrement d'année en année pour s'établir à 6 – 6,5 %. Les raisons en sont diverses : la maternité n'adhère pas au programme de la Fédération Wallonie-Bruxelles ; ou les parents refusent de réaliser le dépistage ; ou encore le dépistage sera effectué par Kind&Gezin vers l'âge de 1 mois ; ou enfin la naissance a eu lieu dans un pays limitrophe ou dans une maternité néerlandophone (Flandre ou Bruxelles) où le dépistage n'est pas organisé.

C'est aux TMS de veiller à ce que les enfants qui n'ont pas bénéficié du test puissent le passer dès que possible et si à la passation de celui-ci, le résultat est «REFER», leur rôle est de s'assurer de la réalisation d'un bilan par un ORL.

⁶⁶ Vos B., Van den Bril C., Levêque A., Programme de dépistage néonatal de la surdité. Principaux résultats relatifs aux naissances de l'année 2013. Centre de référence pour le Programme de dépistage néonatal de la surdité, Centre d'Epidémiologie Périnatale CEpiP asbl, Bruxelles, 2014.

Tableau 4.11.3 :
Proportion de bilans auditifs par un ORL dans les cas de statut « REFER »

		2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	269	668	886	1033	1215
	%	78,2%	84,3%	86,9%	85,4%	87,6%
Non - A faire - Conseillé	n	75	124	134	177	172
	%	21,8%	15,7%	13,1%	14,6%	12,4%
Total 100%	n	344	792	1020	1210	1387
Inconnues exclues	%	38,2%	20,8%	15,2%	10,8%	12,5%

BDMS ONE, «1er contact»

En cas de statut « REFER » pour 1 ou 2 oreille(s), en 2012, un bilan auditif par un ORL a été planifié dans 87,5 % des cas. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2008. 12,5 % des enfants avec un test perturbé n'avaient donc pas de contrôle ORL prévu. Par contre, et heureusement, le nombre d'inconnues diminue d'année en année.

► 11.2. DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS CHEZ LES NOURRISSONS ET LES JEUNES ENFANTS

Si ce dépistage concerne principalement les surdités de transmission, il permet d'identifier aussi des surdités de perception non diagnostiquées précocement ou d'apparition tardive.

Les surdités de transmission sont liées à des atteintes de la sphère ORL. Elles peuvent régresser spontanément en quelques semaines ou fluctuer. Cependant, lorsqu'elles persistent pendant plusieurs mois, elles interfèrent avec l'apprentissage du langage et avec la socialisation de l'enfant à un âge particulièrement important et peuvent générer des troubles du développement cognitif et psychosocial. Elles nécessitent un bilan et un suivi ORL.

Pour étudier ce problème, deux indicateurs figurent dans le bilan de santé à 30 mois (les résultats du test de la voix chuchotée et la proportion d'enfants ayant des drains transtympaniques).

Le « test de la voix chuchotée » peut être réalisé en consultation ONE à 2 ans ½ - 3 ans. Il est facilement réalisable à grande échelle parce qu'il n'exige aucun matériel particulier. Il est peu sensible et peu spécifique (voir Guide de Médecine Préventive page 188) mais peut être révélateur, surtout s'il est associé à une anamnèse, un examen clinique ORL et un test par audiométrie PA 5.

En cas de doute, il faut donc le compléter par une mise au point plus objective et plus fine. Depuis 2005, l'ONE s'est équipé d'audiomètres pédiatriques (PA 5). Ce test peut utilement remplacer celui de la voix chuchotée chez les enfants de 3 à 6 ans et permet, chez ces enfants, une mesure de l'acuité auditive plus fiable et reproductible. Il demande néanmoins une participation plus active de l'enfant et une concentration de quelques minutes.

Tableau 4.11.4 :
Résultats des tests de la voix chuchotée au bilan de santé à 30 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
L'enfant entend bien	n	2384	2092	2758	3072	3082	3473	3508	3505
	%	81,9%	81,5%	80,5%	79,4%	78,6%	76,6%	79,6%	78,3%
L'enfant entend mal	n	46	52	69	74	70	460	184	330
	%	1,6%	2,0%	2,0%	1,9%	1,8%	10,1%	4,2%	7,4%
Examen non réalisé	n	480	423	597	725	767	601	715	643
	%	16,5%	16,5%	17,4%	18,7%	19,6%	13,3%	16,2%	14,4%
Total 100%	n	2910	2567	3424	3871	3919	4534	4407	4478

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Le tableau 4.11.4 montre qu'environ 15 % des enfants de notre échantillon n'ont pas bénéficié d'une surveillance de leur audition. Cette proportion a diminué entre 2005 et 2012, au contraire du nombre d'enfants qui entendent mal, un nombre qui s'est alors établi à 7,4 % en 2012 et qui concerne surtout des déficits auditifs de transmission. Ces résultats justifient que l'on rappelle aux équipes médico-sociales de terrain l'intérêt du suivi permanent de l'audition de l'enfant.

Tableau 4.11.5 :
Proportion des enfants qui ont ou ont eu un (des) drain(s) transtympanique(s)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oui	n	151	110	165	194	194	215	190	173
	%	5,5%	4,5%	5,2%	5,3%	5,3%	5,4%	4,7%	4,3%
Non	n	2571	2316	2979	3435	3457	3784	3830	3833
	%	94,5%	95,5%	94,8%	94,7%	94,7%	94,6%	95,3%	95,7%
Total 100%	n	2722	2426	3144	3629	3651	3999	4020	4006
Inconnues exclues	%	6,5%	5,5%	8,2%	6,3%	6,8%	11,8%	8,8%	10,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Dans notre échantillon, le nombre d'enfants qui ont eu un ou des drains transtympaniques est restée relativement constante à 5 % entre 2005 et 2012, mais le nombre d'inconnues a augmenté, alors que l'évolution de cette pathologie à cet âge mérite d'être suivie.

► 11.3. DÉFICIT AUDITIF ET RETARD DE LANGAGE

Dès la naissance, l'enfant est immergé dans le bain sonore familial et acquiert ainsi les phonèmes de la langue maternelle. Le premier mot doit apparaître vers un an, et à 2 ans l'enfant doit pouvoir associer deux mots.

Quel que soit l'âge de l'enfant, tout retard d'acquisition du langage justifie un bilan auditif.

Dans les tableaux 4.11.6 et 4.11.7, les indicateurs de développement du langage à 30 mois ont été croisés avec le test de la voix chuchotée et la présence de drains transtympaniques.

Dans ces tableaux :

- le score « aucun » correspond aux enfants qui n'ont aucun retard à 30 mois;
- le score « un ou deux » est celui des enfants qui présentent un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots, ou parce qu'il ne sait pas dire son prénom, ou encore qu'il présente les deux retards simultanément.

Tableau 4.11.6 :
Tableau croisé « retard de langage » et « voix chuchotée »

Retard de langage*		Test de la voix chuchotée					
		2010		2011		2012	
		Entend bien	Entend mal	Entend bien	Entend mal	Entend bien	Entend mal
Aucun	n	2435	51	2537	23	2560	39
	%	97,9%	2,1%	99,1%	0,9%	98,5%	1,5%
Un ou Deux	n	733	395	667	154	688	287
	%	65,0%	35,0%	81,2%	18,8%	70,6%	29,4%
Total	n	3168	446	3204	177	3248	326
	%	87,7%	12,3%	94,8%	5,2%	90,9%	9,1%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 25,73 (IC : 19,00-34,84)		OR = 25,47 (IC : 16,30-39,80)		OR = 27,38 (IC : 19,39-38,66)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Lorsqu'on corrèle le retard de langage à 30 mois avec le test de la voix chuchotée (tableau 4.11.6), entre 2010 et 2012, on observe une association statistiquement significative ($p < 0,001$). Les enfants qui entendent mal au test de la voix chuchotée ont de 25 à 27,40 fois plus de risque d'avoir un retard de langage.

Tableau 4.11.7 :
Tableau croisé « retard de langage » et « drains transtympaniques »

		Drains transtympaniques					
		2010		2011		2012	
Retard de langage*		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aucun	n	116	2505	124	2659	113	2652
	%	4,4%	95,6%	4,5%	95,5%	4,1%	95,9%
Un ou Deux	n	72	983	49	862	51	925
	%	6,8%	93,2%	5,4%	94,6%	5,2%	94,8%
Total	n	188	3488	173	3521	164	3577
	%	5,1%	94,9%	4,7%	95,3%	4,4%	95,6%
Chi ² de Pearson	p	p < 0,01		p = 0,25 (NS)		p = 0,14 (NS)	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR (IC)	OR = 0,63 (IC : 0,47-0,86)		OR = 0,82 (IC : 0,58-1,15)		OR = 0,77 (IC : 0,55-1,09)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

* A partir de 2010, les items du score du développement du langage ont changés (l'utilisation du «Je» par l'enfant a été remplacé par sa capacité à dire son prénom).

Par contre, lorsqu'on met en corrélation le retard de langage à 30 mois avec la présence de drains transtympaniques, l'association n'est pas statistiquement significative (p < 0,01) qu'en 2010 (voir tableau 4.11.7).

► 11.4. CONCLUSIONS

Pour ce qui est du dépistage néonatal de la surdité :

La précocité du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge adaptée (au plus tard à 6 mois) conditionnent grandement l'acquisition du langage de l'enfant malentendant, ses compétences communicatives, ainsi que son développement cognitif et psychosocial. Un programme de dépistage néonatal de la surdité a été mis en place depuis 2006, dans les maternités francophones et à l'heure actuelle, en FWB, 43 maternités sur 44 y participent.

La technique utilisée est celle des oto-émissions acoustiques automatisées provoquées (OEA). Elle permet de mesurer objectivement l'état de la cochlée, l'organe de l'audition qui se situe au sein de l'oreille interne.

L'ONE intervient à la fois dans le rattrapage des enfants qui ont échappé au dépistage néonatal à la maternité ou qui n'ont pas bénéficié du contrôle proposé, ainsi que dans le repérage de tout déficit auditif d'apparition plus tardive.

Lorsque le test est dit « PASS », l'enfant est considéré comme normo-entendant. Par contre, lorsque le test est qualifié de « REFER », un bilan auditif en ORL est nécessaire.

Les résultats du programme de dépistage néonatal de la surdité en FWB, pour les enfants nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2013 dans les maternités participantes sont les suivants :

La proportion de nouveau-nés qui n'ont bénéficié d'aucun test de l'audition s'élève à 6,5 % ; moins de 3 % des nouveau-nés étaient considérés comme perdus de vue ; le statut auditif était inconnu pour plus de 9 % ; 26 nouveau-nés pour 10.000 présentaient un trouble de l'audition ; et neuf nouveau-nés sur dix étaient considérés comme normo-entendants à la naissance.

La prévalence de la déficience auditive rapportée par le programme de dépistage néonatal s'élevait donc à 2,6 ‰, mais il faut préciser que le type de déficience auditive était largement sous-notifié tout comme le caractère uni- ou bilatéral de l'atteinte.

Les résultats du Test par OEA dans les maternités participantes sont les suivants :

Au Bilan de santé de 9 mois, 90 % des enfants entendent correctement (Test « PASS »). Le pourcentage de « REFER » est d'environ 4 % et correspond aux résultats attendus par le programme. Le nombre d'inconnues diminue avec le temps, mais il reste toujours trop élevé. Le nombre d'enfants qui n'ont pas bénéficié du dépistage augmente légèrement d'année en année pour s'établir entre 6 et 6,5 %. Les raisons en sont diverses : la maternité n'adhère pas au programme de la Fédération Wallonie-Bruxelles ; ou les parents refusent de réaliser le dépistage ; ou encore le dépistage sera effectué par Kind&Gezin vers l'âge de 1 mois ; ou enfin la naissance a eu lieu dans un pays limitrophe où le dépistage n'est pas organisé ou bien dans une maternité néerlandophone.

Pour le suivi de l'audition et du langage en consultation pour enfant :

Le « Test de la voix chuchotée » peut être réalisé en consultation ONE à 2 ans ½ - 3 ans. Il est facilement réalisable mais il est peu sensible et peu spécifique, cependant il peut-être révélateur, surtout s'il est associé à une anamnèse, un examen ONE et un test par audiomètre PA 5.

Depuis 2005, l'ONE s'est équipé d'audiomètres pédiatriques (PA 5) qui permettent chez les enfants de 3 à 6 ans une évaluation plus fiable de l'acuité auditive. Il demande néanmoins une participation plus active de l'enfant et une concentration de quelques minutes.

Au Bilan à 30 mois, environ 15 % des enfants de notre échantillon n'ont pas bénéficié d'une surveillance de leur audition par le test de la voix chuchotée. Cette proportion a diminué entre 2005 et 2012, au contraire du nombre d'enfants qui entendent mal, un nombre qui s'est établi à 7,4 %.

Le nombre d'enfants qui ont eu un ou des drains transtympaniques est restée relativement constante à 5 % entre 2005 et 2012.

La corrélation du retard de langage à 30 mois avec le test de la voix chuchotée, entre 2010 et 2012, montre une association statistiquement significative ($p < 0,001$). Les enfants qui entendent mal au test de la voix chuchotée ont de 25 à 27,40 fois plus de risque d'avoir un retard de langage.

Par contre, lorsqu'on met en corrélation le retard de langage à 30 mois avec la présence de drains transtympaniques, l'association n'est statistiquement significative ($p < 0,01$) qu'en 2010.

► 12. LES TRAUMATISMES DE LA VIE COURANTE

Les traumatismes de la vie courante, appelés communément « accidents domestiques », désignent une catégorie d'événements (tels que les blessures, handicaps et décès) qui impliquent des risques dont la nature est étroitement liée à la modification de notre mode de vie. Il en va ainsi de l'accélération de la mise sur le marché de produits issus de technologies complexes, de l'évolution des loisirs et de l'habitat.

Ces accidents peuvent avoir lieu à la maison ou aux alentours (au jardin par exemple), à l'école, dans les plaines de jeux, dans les structures d'accueil, les aires de transports et autres. Comme ils peuvent être très graves, il faut dans toute la mesure du possible, essayer d'en diminuer la fréquence et les prévenir.

L'OMS estime que les accidents domestiques dans leur ensemble constituent une cause majeure de décès chez les enfants et qu'ils représentent 40 % de leurs décès dans les pays développés⁶⁷.

► 12.1. EN BELGIQUE

Les données relatives aux accidents survenant dans la sphère privée sont lacunaires, bien que la connaissance de leurs caractéristiques soit importante pour définir leur politique de prévention.

Dans un rapport de 2011, Cultures & Santé⁶⁸ affirme que les accidents domestiques (chutes, brûlures, intoxications, ...), évitables pour la plupart, constituent une des principales causes de mortalité des enfants de 0 à 14 ans. Comme ils peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de la vie de l'enfant et de la famille, ils représentent un enjeu important de santé publique. Par ailleurs, ce rapport précise que les accidents les plus graves sont les brûlures, les intoxications et les noyades, alors que les plus fréquents sont les chutes.

Les statistiques belges de décès⁶⁹ montrent qu'entre 1990 et 2006, 14.033 enfants âgés de 14 ans ou moins sont décédés, dont 2102 décès de cause « non naturelle »⁷⁰. En d'autres termes, 15 % des décès de cette tranche d'âge sont accidentels. Parmi eux, 808 (42,8 %) furent des accidents de transport et 169 (8%), des chutes et des empoisonnements.

L'Enquête de Santé par Interview 2008, effectuée par l'Institut Scientifique de Santé Publique⁷¹ fait état d'un accident ayant entraîné une blessure pour 7,1 % des enfants âgés de 0 à 14 ans enrôlés dans l'étude, dont 56,5 % à la maison ou pendant les loisirs, et impliquent une majorité de garçons⁷².

Le SPF Economie établit une liste des décès d'enfants de moins de 5 ans, par groupe de causes initiales de décès. En 2011⁷³, elle fait état de 48 décès liés à une cause externe, dont 7 dûs à des accidents de transport, 5 à des noyades et 12 à des accidents affectant la respiration.

Dans l'enquête de l'European Child Safety Alliance qui explorait la prévention des traumatismes et des accidents quotidiens dans l'Union européenne⁷⁴, les pays les plus performants en termes de prévention des accidents avaient centré leurs efforts sur la sécurisation des habitations (la pose de garde-fous aux fenêtres et de garde-corps aux balcons à partir du 1er étage réduisent de moitié les défenestrations) et le port obligatoire d'un casque à vélo (qui diminue de 70 % la probabilité de blessure grave). Or ces mesures ne sont pas obligatoires en Belgique, et notre pays se classait donc 26ème sur 31 en 2012.

Par ailleurs, pour la première fois, ce rapport démontrait que les accidents domestiques comportaient un gradient social, les enfants défavorisés étant plus exposés à un environnement domestique, des jeux et des mode de vie dangereux. Par exemple, ils sont plus souvent laissés à la surveillance d'un grand frère ou d'une grande sœur, et leurs parents sont moins informés des mesures de prévention⁷⁵.

⁶⁷ OMS, « Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant », Genève, 2008, page 2.

⁶⁸ Cultures & Santé, « Accidents domestiques chez l'enfant et inégalités sociales de santé ». Bruxelles, Focus Santé n°1, Novembre 2011, http://sipes.ulb.ac.be/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=69&cf_id=24

⁶⁹ Les données de mortalité sont issues de l'application SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis) développée par le Center for Operational Research in Public Health (CORPH) qui est une Unité de Recherche de l'Institut Scientifique de Santé Publique (www.wiv-isp.be/epidemie/spma/index.htm).

⁷⁰ On entend par cause non naturelle de décès les « accidents de transports », les « chutes accidentelles », les « empoisonnements accidentels », les « suicides », les « homicides » et toutes les autres causes non naturelles indéterminées

⁷¹ Toutes les informations sur l'enquête sont disponibles à cette adresse : www.wiv-isp.be/epidemie.

⁷² Cultures & Santé, « Accidents domestiques chez l'enfant et inégalités sociales de santé » in FOCUS SANTE, Bruxelles, Focus Santé n°1, Novembre 2011, http://sipes.ulb.ac.be/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=69&cf_id=24

⁷³ http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_causes_de_deces.jsp#.VRqfco5Zjs5

⁷⁴ <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/child-safety-report-cards-europe-summary-2012.pdf>

⁷⁵ <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/child-safety-report-cards-europe-summary-2012.pdf>

A l'ONE, les Bilans de santé à 18 mois enregistrent les données relatives aux traumatismes de la vie courante déclarés par les parents. Elles ne sont sans doute pas exhaustives mais elles reflètent les événements dont les parents se souviennent. Soulignons que les accidents enregistrés concernent ceux qui ont entraîné une consultation médicale.

Enfin, indépendamment de la BDMS, rappelons que la Direction Médicale de l'ONE tient à jour un cadastre des événements médicaux importants qui surviennent dans les milieux d'accueil, subventionnés ou non, ainsi que dans les milieux d'accueil de crise surveillés par l'Office (ces données ne sont pas incluses dans ce rapport).

► 12.2. LES MORSURES D'ANIMAUX

La plupart des enfants mordus par un animal le sont par leur chien familial. Comme ces morsures peuvent avoir des conséquences très graves, il convient d'être strict en la matière et de ne laisser en aucun cas, l'enfant seul avec l'animal, fût-il très familier. Des brochures et des émissions de télévision ont été réalisées par l'ONE, en collaboration avec des experts extérieurs et des professionnels de terrain, pour aider à mieux appréhender les comportements des chiens, les comprendre et les éduquer, afin de favoriser une relation harmonieuse et plus sécurisée avec l'enfant⁷⁶.

Le Bilan de santé à 18 mois donne des statistiques relatives aux morsures de chiens (tableau 4.12.1)

Tableau 4.12.1 :
Proportion d'enfants ayant subi des morsures par un animal.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aucune	n	4481	5108	6227	6917	6659	7578	7396	7614
	%	99,1%	99,4%	99,3%	99,4%	98,9%	99,3%	99,4%	99,5%
Une	n	33	25	37	27	48	41	35	27
	%	0,7%	0,5%	0,6%	0,4%	0,7%	0,5%	0,5%	0,4%
Deux ou plus	n	8	4	6	15	25	14	9	8
	%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%
Total 100%	n	4522	5137	6270	6959	6732	7633	7440	7649
Inconnues exclues	%	34,5%	22,8%	19,4%	17,8%	23,7%	19,2%	22,8%	22,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

De 2005 à 2012, de 0,5 à 1 % des enfants fréquentant nos consultations ont été mordus une ou plusieurs fois. Remarquons cependant que le taux d'inconnues était important dans notre échantillon puisqu'il atteignait 22,6 % en 2012.

► 12.3. LES CHUTES

Dans les premiers mois, l'enfant est dépendant de ses parents pour tous ses déplacements. Le risque de chute est donc plus élevé au cours de la première année de vie. Les accidents les plus fréquents sont les chutes qui nécessitent parfois une consultation médicale, et qui touchent près d'un enfant sur dix⁷⁷. Celles qui sont les plus fréquentes chez le jeune enfant sont les chutes d'une hauteur : ils peuvent tomber d'une table à langer, d'une chaise haute, d'un lit ou d'un escalier. Parce que leurs conséquences sont plus graves que les chutes au niveau du sol, ces chutes ont été reprises dans la liste des priorités du Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants 2007-2017⁷⁸.

Les principales mesures de prévention sont les suivantes :

- ne jamais quitter un bébé posé sur la table à langer;
- ne jamais déposer un relax ou maxi cosy en hauteur;
- vérifier la hauteur des barreaux du lit dès 6 mois;
- et installer une barrière à l'entrée des escaliers.

Lorsque l'enfant grandit et qu'il apprend à marcher, l'enfant veut explorer les pièces de la maison. Il faut alors installer des barrières en haut et en bas des escaliers. Les parents doivent aussi être alertés du risque de chutes par la fenêtre ou le balcon.

⁷⁶ [http://www.one.be/parents/publications-parents/detail-publication/l-enfant-et-le-chien-de-la-securite-a-la-complicite/?tt_products\[backPID\]=563&tt_products\[begin_at\]=24](http://www.one.be/parents/publications-parents/detail-publication/l-enfant-et-le-chien-de-la-securite-a-la-complicite/?tt_products[backPID]=563&tt_products[begin_at]=24)

⁷⁷ CRIOC, « Accidents chez les enfants de 0 à 5 ans » in CRIOC, Bruxelles, 28/02/2001.

⁷⁸ CRIOC, Proposition pour un Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants : 2007-2017, Bruxelles, 2007, 83 pages.

Le tableau 4.12.2 présente la fréquence des chutes au Bilan de santé à 18 mois.

Tableau 4.12.2 :
Proportion d'enfants victimes de chutes au Bilan de santé à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aucune	n	4062	4678	5715	6384	6136	7024	6874	7062
	%	87,5%	89,9%	90,2%	91,0%	90,5%	91,1%	91,6%	91,4%
Une	n	498	460	561	585	578	613	577	610
	%	10,7%	8,8%	8,9%	8,3%	8,5%	7,9%	7,7%	7,9%
Deux ou plus	n	80	63	61	48	67	76	57	54
	%	1,7%	1,2%	1,0%	0,7%	1,0%	1,0%	0,8%	0,7%
Total 100%	n	4640	5201	6337	7017	6781	7713	7508	7726
Inconnues exclues	%	32,8%	21,8%	18,5%	17,1%	23,1%	18,3%	22,1%	21,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Le nombre d'enfants avec au moins une chute ayant nécessité une intervention médicale reste élevée (presque 8 % en 2012) bien que la proportion des enfants victimes de chute ait diminué entre 2005 et 2012 : moins 2,8 % de chutes uniques, et moins 1 % de chutes multiples. Le taux d'inconnues est malheureusement resté assez élevé.

► 12.4. LES BRÛLURES

La prévention des brûlures mérite toute notre attention en raison de la gravité du préjudice pour l'enfant et de l'importance des traitements. Elle est donc aussi reprise dans la liste des priorités du Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants 2007-2017⁷⁹.

Pour les enfants, la cuisine est l'endroit dangereux par excellence. Les casseroles et les poêles y sont à l'origine d'une brûlure sur deux. C'est pourquoi, les manches doivent être tournés vers l'intérieur pour éviter que les enfants ne les touchent, même de manière involontaire.

En général, les enfants se brûlent avec un liquide chaud ou brûlant comme de l'eau, du thé ou de la soupe. Les bébés peuvent se brûler aussi lorsqu'ils boivent leur biberon ou lorsqu'ils prennent leur bain, raison pour laquelle il faut vérifier si la température n'est pas trop élevée. A noter que la Belgique n'impose pas de limiter la température de l'eau provenant du boiler, bien qu'il s'agisse d'une mesure de prévention efficace, lorsqu'elle est associée à des actions de sensibilisation.

En Région de Bruxelles-Capitale, les détecteurs de fumée ne sont obligatoires que dans les logements loués et en Région wallonne, ils le sont partout depuis le 01 juillet 2006. En Flandre par contre, il n'y a aucune d'obligation, si ce n'est un décret qui encourage leur installation.

Le tableau 4.12.3 présente la fréquence des brûlures chez les enfants qui passent leur Bilan de santé à 18 mois.

Tableau 4.12.3 :
Proportion d'enfants ayant subi des brûlures au Bilan de santé à 18 mois

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aucune	n	4358	4992	6114	6809	6548	7440	7296	7490
	%	95,7%	96,7%	97,5%	97,7%	97,1%	97,1%	97,7%	97,5%
Une	n	188	164	152	152	179	213	169	188
	%	4,1%	3,2%	2,4%	2,2%	2,7%	2,8%	2,3%	2,4%
Deux ou plus	n	7	7	5	7	19	11	3	5
	%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%
Total 100%	n	4553	5163	6271	6968	6746	7664	7468	7683
Inconnues exclues	%	34,0%	22,4%	19,4%	17,7%	23,5%	18,9%	22,5%	22,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

⁷⁹ CRIOC, Proposition pour un Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants : 2007-2017, Bruxelles, 2007, 83 pages.

Dans cet échantillon, toutes catégories confondues, le nombre des enfants brûlés a progressivement diminué (de 4,3 % en 2005 à 2,5 % en 2012), tout comme d'ailleurs la proportion d'inconnues.

► 12.5. L'INGESTION DE SUBSTANCES TOXIQUES

Le rapport 2013 du Centre Antipoisons⁸⁰ rapporte que près de la moitié des victimes d'empoisonnements en Belgique sont des enfants de 0 à 14 ans (44 %) et que ce risque est plus élevé chez les petits enfants (29 % des victimes sont des enfants de 1 à 4 ans) à cause de leur comportement explorateur, et dans ce cas, ce sont plutôt les filles qui sont concernées.

Les substances en cause sont les médicaments (51,2 %), suivis des produits ménagers (25,1 %).

Certains médicaments ont une marge thérapeutique étroite dont l'ingestion d'un seul comprimé est toxique pour les jeunes enfants, entre autre les anti-arythmiques (flecainide, propafénone,...) ; les analgésiques narcotiques (buprénorphine, méthadone) figurent en bonne place ; ainsi que les décongestionnants pour le nez à base de naphazoline.

Une seule gorgée de certains produits d'usage courant suffit à provoquer des problèmes graves : les produits caustiques (déboucheurs, esprit de sel, ammoniac, ...) provoquent de graves brûlures de l'oesophage ; les produits à base de dérivés pétroliers (huile pour lampe, rénovateurs pour meubles, ...) peuvent occasionner une pneumonie chimique ; le méthanol et l'éthylène glycol sont aussi toxiques en faible quantité. Par ailleurs, l'ingestion accidentelle de plantes (les champignons, 4 %) et de cosmétiques (4,8 %) est aussi en cause. L'empoisonnement alimentaire (3,1 %) fait aussi partie des accidents domestiques, notamment à cause du dépassement de la date de péremption.

Tableau 4.12.4 :

Proportion d'enfants victimes d'ingestion de substances toxiques au Bilan de santé à 18 mois

		2010	2011	2012
Aucune	n	7145	7317	7579
	%	99,4%	99,5%	99,6%
Une	n	36	34	26
	%	0,5%	0,5%	0,3%
Deux ou plus	n	7	3	5
	%	0,1%	0,0%	0,1%
Total 100%	n	7188	7354	7610
Inconnues exclues	%	23,9%	23,7%	23,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

On a commencé à enregistrer les ingestions de substances toxiques en 2010 lors du Bilan de santé à 18 mois. La fréquence de ces accidents reste heureusement fort inhabituelle, sous 0,5 % (tableau 4.12.4). Quant au taux d'inconnues, il reste élevé (23 %).

► 12.6. AUTRES TRAUMATISMES DE LA VIE COURANTE

On inclut dans cette catégorie les étouffements et les noyades.

Les étouffements sont généralement provoqués par l'inhalation d'aliments (cacahuètes, mie de pain, ...) et des petits objets tels que des billes, pièces de monnaie, et jouets de petite taille. Dans ces cas, il est essentiel d'agir rapidement car les secours risquent d'arriver trop tard⁸¹. En termes de prévention, les jouets doivent être adaptés à l'âge de l'enfant et conformes aux normes européennes de sécurité⁸².

Quant à la prévention des noyades, il ne faut jamais laisser seul un bébé dans le bain ou près d'une pièce d'eau car un moment d'inattention suffit pour se noyer, ce qui peut se produire dans 10 cm d'eau parce qu'ils ne sont pas encore capables de relever la tête (20 cm pour un enfant de 18 mois)⁸³. Lorsque l'enfant est plus grand, on recommande de poser un tapis antidérapant au fond de la baignoire ou de la douche ainsi qu'à la sortie du bain⁸⁴.

⁸⁰ Centre Antipoisons, Rapport d'activité 2013, Bruxelles, 2014, 61 pages.

⁸¹ CRIOC, « Les accidents domestiques : A croire que nous ne sommes pas à l'abri chez nous ! » in CRIOC, Bruxelles, 30/08/2011.

⁸² DELVAUX J., « Eviter les accidents domestiques, c'est possible » in En marche, 04 octobre 2012, http://www.enmarche.be/Societe/Vie_quotidienne/20121004_eviter_les_accidents_domestiques.htm

⁸³ CRIOC, « Les accidents domestiques : A croire que nous ne sommes pas à l'abri chez nous ! » in CRIOC, Bruxelles, 30/08/2011.

⁸⁴ DELVAUX J., « Eviter les accidents domestiques, c'est possible » in En marche, 04 octobre 2012, http://www.enmarche.be/Societe/Vie_quotidienne/20121004_eviter_les_accidents_domestiques.htm

Tableau 4.12.5 :**Proportion d'enfants ayant subi d'autres traumatismes de la vie courante au Bilan de santé à 18 mois**

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aucun	n	3894	4583	5460	6063	5844	5592	5456	5371
	%	97,6%	97,6%	98,2%	97,6%	97,1%	98,7%	98,0%	98,1%
Un	n	93	107	92	120	127	63	67	61
	%	2,3%	2,3%	1,7%	1,9%	2,1%	1,1%	1,2%	1,1%
Deux ou plus	n	2	7	9	31	49	13	43	44
	%	0,1%	0,1%	0,2%	0,5%	0,8%	0,2%	0,8%	0,8%
Total 100%	n	3989	4697	5561	6214	6020	5668	5566	5476
Inconnues exclues	%	42,2%	29,4%	28,5%	26,6%	31,7%	40,0%	42,3%	44,6%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Au Bilan de 18 mois, 2 à 3 % d'enfants ont été victimes de ce type d'accidents, des chiffres à prendre avec prudence vu le nombre élevé d'inconnues (40-45 %).

► 12.7. TRAUMATISMES DE LA VIE COURANTE

Pour déterminer la fréquence des enfants polytraumatisés, on a élaboré un index composite, dont

- le score 0 correspond aux enfants qui n'ont subi aucun accident domestique;
- le score 1 est celui des enfants qui ont eu un seul accident (par morsure animale, chute, brûlure, ingestion toxique ou une autre forme d'accident);
- le score 2 est attribué à ceux qui en ont eu deux accidents, quels qu'ils soient;
- Le score 3 à 5 correspond aux enfants qui en ont subi davantage.

Tableau 4.12.6 :**Score des traumatismes de la vie courante au Bilan de santé à 18 mois**

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zéro	n	6058	5865	6929	7557	7888	8470	8714	8927
	%	87,8%	88,1%	89,1%	89,3%	89,4%	89,7%	90,4%	90,3%
Un	n	782	745	793	855	831	912	876	903
	%	11,3%	11,2%	10,2%	10,1%	9,4%	9,7%	9,1%	9,1%
Deux	n	58	41	49	41	63	39	44	43
	%	0,8%	0,6%	0,6%	0,5%	0,7%	0,4%	0,5%	0,4%
Trois à cinq	n	3	3	9	13	37	24	8	10
	%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%
Total 100%	n	6901	6654	7780	8466	8819	9445	9642	9883

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Si un enfant sur dix fréquentant les consultations de l'ONE a vécu un accident domestique à l'âge de 18 mois, le cumul de ces événements est extrêmement rare (score 2 : 0,5 % ; score 3-5 : 0,1 %) et d'une manière générale, abstraction faite des données manquantes, la tendance semble être à la baisse. Ces données suggèrent que les recommandations du gouvernement et de l'ONE semblent porter leurs fruits.

A noter que les accidents de la route ne sont pas repris dans ces chiffres.

► 12.8. CONCLUSIONS

L'OMS estime que les accidents domestiques dans leur ensemble constituent une cause majeure de décès chez les enfants et qu'ils représentent 40 % de leurs décès dans les pays développés⁸⁵.

Les statistiques belges de décès montrent qu'entre 1990 et 2006, 15 % des décès d'enfants âgés de 14 ans ou moins sont accidentels.

Par ailleurs, la liste des décès d'enfants de moins de 5 ans, par groupe de causes initiales de décès, établie par le SPF Economie fait état de 48 décès liés à une cause externe en 2011. Parce que les conséquences de ces accidents peuvent être particulièrement graves un Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants 2007-2017 a été élaboré.

La prévention de ces accidents est un point prioritaire de l'ONE et à ce titre des recommandations ont été émises depuis la première édition du « Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant »⁸⁶ en 1997.

La Direction Médicale de l'ONE constitue, indépendamment de la BDMS, un cadastre des événements médicaux importants survenant dans tous les milieux d'accueil, subventionnés ou non, ainsi que dans les milieux d'accueil de crise surveillés par l'Office (ces données ne font pas partie de ce rapport).

A l'ONE, les Bilans de santé à 18 mois enregistrent les données relatives aux traumatismes de la vie courante déclarés par les parents. Soulignons que les accidents enregistrés ne sont que ceux qui ont entraîné une consultation médicale.

Au Bilan de santé à 18 mois, les données montrent que de 2005 à 2012 :

- 0,5 à 1 % des enfants fréquentant nos consultations ont été mordus par un animal une ou plusieurs fois;
- Le nombre d'enfants avec au moins une chute ayant nécessité une intervention médicale reste élevée (presque 8 % en 2012) bien que la proportion des enfants victimes de chute a diminué : de 10,7 % en 2005 à 7,9 % en 2012;
- le nombre des enfants brûlés a progressivement diminué (de 4,3 % en 2005 à 2,5 % en 2012);
- les ingestions de substances toxiques enregistrées depuis 2010 restent heureusement fort inhabituelles, en-dessous de 0,5 %;
- 2 à 3 % d'enfants ont été victimes d'autre type d'accidents.

A noter que les accidents de la route ne sont pas repris dans ces chiffres.

Si un enfant sur dix fréquentant les consultations de l'ONE a vécu un accident domestique à l'âge de 18 mois, le cumul de ces événements est extrêmement rare et d'une manière générale, abstraction faite des données manquantes, la tendance semble être à la baisse. Ces données suggèrent que les recommandations du gouvernement et de l'ONE semblent porter leurs fruits.

Pour rappel, des brochures pour « Grandir en sécurité » selon plusieurs tranches d'âge et pour avoir « Un logement sûr pour nos enfants » sont disponibles dans le site internet de l'ONE.

⁸⁵ OMS, « Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant », Genève, 2008, page 2.

⁸⁶ [http://www.one.be/index.php?id=558&tt_products\[backPID\]=1036&tt_products\[product\]=394&cHash=fabad251e2](http://www.one.be/index.php?id=558&tt_products[backPID]=1036&tt_products[product]=394&cHash=fabad251e2)



Rapport 2014

Banque de Données Médico-Sociales

▶ ANNEXES

DIRECTIVES POUR LA TENUE DES FICHES DE PREMIER CONTACT

- **L'ORIGINAL** est adressé au Comité Subrégional de l'ONE dans les 10 jours du premier contact effectif.
L'autre exemplaire reste dans le carnet.
N.B. A défaut de contact effectif, renvoyer la fiche au Comité dans les deux mois à dater de la connaissance de la naissance.
- **Mode d'emploi** : toutes les rubriques doivent être remplies ou cochées.
- **Le numéro d'identification** doit être précis, complet et clairement lisible.
Il ne peut pas changer d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique « N° d'identification ».
- **Si vous ne connaissez pas le code de maternité**, veuillez en indiquer le nom et le lieu au dessus du code.
- **Pour l'item « uniquement contact téléphonique »** : cocher uniquement lorsque vous n'avez réalisé aucun autre suivi ONE pour cet enfant.
Attention, si vous téléphonez pour une prise de rendez-vous, cela n'est pas considéré comme un contact téléphonique.
- **Pour les visites infructueuses**, indiquer le nombre de 0 à 8. Si plus de 8 visites infructueuses, indiquer malgré tout 8. 9 signifie « nombre inconnu ».
- **Rubriques Allaitement et Accompagnement** : nous vous rappelons que lorsque vous n'avez pas de contact avec la maman, vous ne pouvez pas avoir d'information sur l'allaitement lors du 1er contact et sur l'accompagnement qui sera prévu. Vous devez donc cocher les cases « sans objet » de ces deux rubriques.
- **Dépistage de la surdité en maternité par oto-émissions acoustiques (=OEA) :**
 - Si le dépistage a été fait, les résultats doivent se trouver dans le carnet de l'enfant page 7.
 - Un bilan auditif chez un spécialiste ORL doit être prévu dans 2 cas :
 - Si le dépistage est anormal (REFER) en maternité
 - Si l'enfant présente un facteur de risque de surdité congénitale

Dans ces circonstances, si le bilan auditif est prévu, le noter (sinon, conseiller aux parents de le prévoir).

N.B. Si le dépistage auditif n'a pas été fait en maternité, conseiller aux parents de recontacter la maternité pour effectuer le dépistage.
- **Remarque** : pour la rubrique « IDENTITE DU TMS », employer votre cachet.



Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée.
(numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

PREMIER CONTACT

(après retour à domicile du nouveau-né)

Numéro d'identification

Date de naissance mère

Date de naissance enfant

Numéro de maternité

¹²

Poids naissance enfant (G)

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Commune de résidence effective de l'enfant (avant fusion):.....

J'en ai eu connaissance le 20 par Avis de naissance (1)

Adm. Communale (2) Comité Subr. ONE (3) La famille elle-même (4)

Autre (5) Inconnu (9)

Premier contact

Date du contact effectif

(Ne cocher que le contact le plus précoce)

à domicile en consultation médicale ONE entretien avec TMS au local

uniquement contact téléphonique (**pas prise de RDV**) pas de contact

et/ou nombre de visites infructueuses : (8 ou plus = 8; inconnu = 9)

Décès de l'enfant

Allaitement lors du 1^{er} contact :

maternel (1) - mixte (2) - artificiel (3) - sans objet (4) - inconnu (9)

Dépistage de la surdité en maternité par oto-émissions acoustiques (OEA) :

PASS pour les 2 oreilles

REFER pour 1 ou 2 oreille(s) → Un bilan auditif chez un ORL est prévu :

Non fait → Oui Non - A faire - Conseillé

Inconnu Inconnu

Accompagnement ONE prévu

oui (1) - non (2) - sans objet (3) - inconnu (9)

Observations :

.....

Identité du TMS

Cachet

- Les bilans peuvent être réalisés entre 7 et 11 mois.
- Toutes les questions posées concernent l'enfant, la mère, le père ou la famille au jour du bilan.
- Le numéro d'identification doit être précis et complet.
- Si la réponse propose 2 cases, il faut remplir les 2 cases ex.: 0 8

**Ce document doit être rempli par le médecin et le TMS en collaboration.
Les TMS remplissant les parties plus psycho-sociales et les médecins, les parties plus médicales.**

- **LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION** : il est important que le N° d'identification soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique " N° d'identification ".
- **LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT** : Si vous ne connaissez pas le code INS = 5 chiffres (à ne pas confondre avec le code postal = 4 chiffres), veuillez écrire la commune de résidence sur les pointillés prévus à cet effet. Lorsque l'enfant réside à l'étranger, écrivez le pays en toute lettre.
- **RISQUE DE MORT SUBITE INEXPLIQUÉE DU NOURRISSON** : Se référer aux signes d'alarme du Guide de Médecine Préventive.
- **ALIMENTATION**
 - **"L'enfant a reçu ou reçoit du lait maternel"**
 - Si vous répondez « jamais », ne pas répondre aux questions sur l'allaitement exclusif et l'allaitement complété. Passez directement à la question sur le lait infantile.
 - Si vous répondez « oui antérieurement », veuillez compléter la durée de l'allaitement exclusif et/ou de l'allaitement complété.
 - Si vous répondez « toujours en cours », veuillez compléter **uniquement** la durée l'allaitement exclusif.
 - **Allaitement exclusif** = l'enfant reçoit uniquement du lait maternel + éventuellement de l'eau et/ou des vitamines.
 - **Allaitement complété - mixte** = l'enfant reçoit du lait maternel + un autre aliment solide ou liquide (ex. : jus d'orange, banane, lait en poudre, ...)
- **VACCINATIONS** : A partir de janvier 2004, le schéma vaccinal pour tous les nouveau-nés recommande d'utiliser l'hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-HB). Pour les enfants dont les parents refusent ce schéma vaccinal, il faut cocher "Refus de l'hexavalent ayant conduit à un autre schéma vaccinal".
- **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**
 - **"L'enfant vit au quotidien avec"** (Ici, on considère la situation de l'enfant)
Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (et non la personne qui garde l'enfant la journée).
 - S'il s'agit d'une garde alternée, cocher "l'un et l'autre parent séparément".
 - Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il ne s'agit pas d'une garde alternée, cocher "ne voit plus qu'un seul de ses parents".
 - Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., cocher "autre".
 - Si l'enfant est retiré de la garde de ses parents en attendant la décision du juge, cocher "pouponnière/home/famille d'accueil".
 - Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex: parents et grand-parents), il faut privilégier le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, cocher "vit avec ses 2 parents").
 - **"Le niveau d'enseignement de la mère"** : A l'exception de la 1ère catégorie (primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès, peu importe si l'enfant vit avec sa mère ou non.
 - **"activité principale de la mère"**
 - **"La famille vit avec"** : (ici, il faut considérer la situation officielle de travail)
un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.
- **CODE STRUCTURE** : N'oubliez pas de noter le N° de structure (soit avec un cachet soit manuellement) dans le coin inférieur droit à l'endroit prévu à cet effet, ainsi que le matricule TMS/milieu d'accueil et le cachet du médecin.
Lorsqu'il s'agit de SED pur, il faut également compléter le bilan. Le code de structure doit être indiqué : 41

- Les bilans peuvent être réalisés entre 16 et 20 mois.
- Toutes les questions posées concernent l'enfant, la mère, le père ou la famille au jour du bilan.
- Le numéro d'identification doit être précis et complet.
- Si la réponse propose 2 cases, il faut remplir les 2 cases ex.: 0 8

Ce document doit être rempli par le médecin et le TMS en collaboration.

Les TMS remplissant les parties plus psycho-sociales et les médecins, les parties plus médicales.

- **LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION** : il est important que le N° d'identification soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique " N° d'identification ".
- **LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT** : Si vous ne connaissez pas le code INS = 5 chiffres (à ne pas confondre avec le code postal = 4 chiffres), veuillez écrire la commune de résidence sur les pointillés prévus à cet effet. Lorsque l'enfant réside à l'étranger, écrivez le pays en toute lettre.
- **BUCCO-DENTAIRE** : La polycarie du jeune enfant / carie de la petite enfance, est une forme particulièrement virulente de carie dentaire, qui peut détruire la dentition primaire des bébés et des enfants d'âge préscolaire.
L'appellation "syndrome du biberon sucré" était couramment utilisée pour désigner la carie des dents primaires chez le très jeune enfant, causée par un usage prolongé du biberon au coucher ou pendant la journée.
- **VACCINATIONS** : Si l'enfant n'a pas reçu de dose, noter "0". Si on ne sait pas combien de doses il a reçu, noter "9".
- **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**
 - **"L'enfant vit au quotidien avec"** (Ici, on considère la situation de l'enfant)
Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (et non la personne qui garde l'enfant la journée).
 - S'il s'agit d'une garde alternée, cocher "l'un et l'autre parent séparément".
 - Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il ne s'agit pas d'une garde alternée, cocher "ne voit plus qu'un seul de ses parents".
 - Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., cocher "autre".
 - Si l'enfant est retiré de la garde de ses parents en attendant la décision du juge, cocher "pouponnière/home/famille d'accueil".
 - Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex: parents et grand-parents), il faut privilégier le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, cocher "vit avec ses 2 parents").
 - **"Le niveau d'enseignement de la mère"** : A l'exception de la 1ère catégorie (primaire non achevée ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès, peu importe si l'enfant vit avec sa mère ou non.
 - **"La famille vit avec"** : (ici, il faut considérer la situation officielle de travail)
un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.
- **CODE STRUCTURE** : N'oubliez pas de noter le N° de structure (soit avec un cachet soit manuellement) dans le coin inférieur droit à l'endroit prévu à cet effet, ainsi que le matricule TMS/milieu d'accueil et le cachet du médecin.
Lorsqu'il s'agit de SED pur, il faut également compléter le bilan. Le code de structure doit être indiqué : 41

- Les bilans peuvent être réalisés entre 28 et 32 mois.
- Toutes les questions posées concernent l'enfant, la mère, le père ou la famille au jour du bilan.
- Le numéro d'identification doit être précis et complet.
- Si la réponse propose 2 cases, il faut remplir les 2 cases ex.: 0 8

**Ce document doit être rempli par le médecin et le TMS en collaboration.
Les TMS remplissant les parties plus psycho-sociales et les médecins, les parties plus médicales.**

- **LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION** : il est important que le N° d'identification soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique " N° d'identification ".
- **LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT** : Si vous ne connaissez pas le code INS = 5 chiffres (à ne pas confondre avec le code postal = 4 chiffres), veuillez écrire la commune de résidence sur les pointillés prévus à cet effet. Lorsque l'enfant réside à l'étranger, écrivez le pays en toute lettre.
- **VACCINATIONS** : Si l'enfant n'a pas reçu de dose, noter "0". Si on ne sait pas combien de doses il a reçu, noter "9".
- **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**
 - **"L'enfant vit au quotidien avec"** (Ici, on considère la situation de l'enfant)
Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (et non la personne qui garde l'enfant la journée).
 - Si il s'agit d'une garde alternée, cocher "l'un et l'autre parent séparément".
 - Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il ne s'agit pas d'une garde alternée, cocher "ne voit plus qu'un seul de ses parents".
 - Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., cocher "autre".
 - Si l'enfant est retiré de la garde de ses parents en attendant la décision du juge, cocher "pouponnière/home/famille d'accueil".
 - Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex: parents et grand-parents), il faut privilégier le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, cocher "vit avec ses 2 parents").
 - **"En cas de séparation"** :
 - Si les parents sont séparés, répondre à la question en précisant à quelle fréquence l'enfant voit-il l'autre parent.
 - Si les parents ne sont pas séparés, cocher "Sans objet".
 - **"La famille vit avec"** : (ici, il faut considérer la situation officielle de travail)
un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.
- **CODE STRUCTURE** : N'oubliez pas de noter le N° de structure (soit avec un cachet soit manuellement) dans le coin inférieur droit à l'endroit prévu à cet effet, ainsi que le matricule TMS/milieu d'accueil et le cachet du médecin.
Lorsqu'il s'agit de SED pur, il faut également compléter le bilan. Le code de structure doit être indiqué : 41

DIRECTIVES POUR LA TENUE DU VOLET EPIDEMIOLOGIQUE PRENATAL

Toutes les données de ce document sont importantes, il est dès lors indispensable que toutes les rubriques soient correctement remplies à l'aide du mode d'emploi ci-joint.

Noter « inconnu » ou « 9 » si la notion est impossible à obtenir.

N° de référence = numéro d'inscription sur le cahier de la consultation (repartir à 1 chaque début d'année SVP).

Couverture soin de santé: OUI = toute personne émergeant et en ordre pour l'INAMI ou ayant une assurance santé autre (par exemple de son pays) valable en Belgique. **NON** = toute personne pour laquelle vous devez faire des démarches spéciales pour obtenir une intervention de soin de santé (CPAS, ONE, ...).

Définition parité: la parité désigne le nombre d'accouchements viables (à partir de 22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme. Une nullipare est une femme qui n'a pas encore accouché. Une primipare est une femme qui a déjà accouché une fois. Une femme qui accouche de jumeaux ne compte que pour une pare. Cette partie du document étant remplie avant l'accouchement, il n'est pas tenu compte ici de l'accouchement à venir.

ETAT CIVIL : A	ENTOUREE : B	NIVEAU D'INSTRUCTION	SITUATION PROFESSIONNELLE
1. Mariée	1. En couple	1. Primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé	1. Occupe un emploi (y compris temps partiel, travail saisonnier, pause carrière, congé de maternité, écartement prophylactique, congé parental, congé d'allaitement, intérim)
2. Célibataire	2. En famille (entourée)	2. Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	2. Chômeuse
3. Séparée	3. Vit seule	3. Secondaire inférieur achevé	3. Aide sociale, indemnité mutuelle, revenu d'insertion
4. Veuve	4. Maison d'accueil	4. Secondaire supérieur achevé	4. Mère au foyer sans allocation sociale
5. Divorcée		5. Supérieur achevé (universitaire ou non)	5. Etudiante
			6. Sans ressource fixe
	8. Autre		8. Autre
9. Inconnu	9. Inconnu	9. Inconnu	9. Inconnu

Niveau d'instruction : A l'exception des deux 1ères catégories (primaire achevé ou non), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès.

Attention :

Précocité: La notion de précocité de la première visite prénatale concerne les consultations ONE. ou non ONE.

Suivi ONE: Ne concerne que les consultations ONE .

Accouchement: Ne pas oublier de compléter la partie des données concernant l'accouchement. Cette information peut se trouver dans le dossier médical ou l'avis de naissance ou par contact avec la TMS de liaison.

Dans le cas où la liaison fonctionnelle est difficile, il est indispensable que la partie accouchement soit remplie en consultation postnatale avant envoi au Comité subrégional.

Pathologie pendant la grossesse: écrire le type de pathologie.

Décès maternel: On parle de décès maternel pour tout décès survenant depuis le début de la grossesse jusqu'au 12ème jour du post-partum.

Le ou les enfants nés de cette grossesse : pour ces données, il est chaque fois prévu la place pour deux enfants. Lorsqu'il n'y en a qu'un comme c'est le cas pour 98,5 % des grossesses, ne remplir que l'enfant 1.

NIC= Néonatale intensive care = séjour en unité néonatale de soins intensifs.

Mort nés: On parle de « Mort nés » à partir de 28 semaines à dater des dernières règles ou 180 jours à dater de la conception. Avant cela, on parle de fausse couche.



VOLET EPIDEMIOLOGIQUE PRENATAL (VE)

Année d'inscription

Matricule de la CPN (cachet)

N° de référence

CPN 20

Future mère	Date de naissance/...../19.....
Commune	Commune ou pays de résidence habituelle	Code INS :
Assurance santé	Couverture soins de santé en ordre (assurance, mutuelle)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Parité	Nombre accouchements antérieurs (voir définition)	Parité :
L'accouchement à venir ne doit pas être compté	Date éventuelle du dernier accouchement.....	-- / -- / ----
	Antécédent de césarienne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nationalité	A la naissance de la future mère.....
	Actuelle.....
	Si non Belge, vit depuis.....année(s) en Belgique ou <input type="checkbox"/> depuis moins d'un an.	
Socio-Economique	A. Etat civil (voir codes) B. Entourée / non (voir codes)	A..... B.....
	Niveau instruction (voir codes)	Code :
	Situation professionnelle (voir codes)	Code :
Tabagisme	1. Nbre de cigarettes/jour en début de grossesse	1. Nbre :
	2. Nbre de cigarettes/jour pdt le dernier trimestre grossesse	2. Nbre :
Précocité	Nombre de sem. de gestation lors de la 1ère CPN (ONE ou non)	1ère CPN :sem.
Suivi ONE	Nombre de sem. de gestation lors de la 1ère inscription CPN ONEsem
	Nbre de cons.CPN ONE suivies au cours de la grossesse	Nbre CPN :
	Nbre de visites à domicile (VAD) proposées :	VAD réalisées :
	Arrêt de suivi prénatal O.N.E. (avant l'accouchement)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse-couche <input type="checkbox"/> tout autre suivi non ONE	<input type="checkbox"/> Perdue de vue
Pathologies durant la grossesse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Décrire :
	Décès maternel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui date : / /	
Etudes locales	1.....	
	2.....	
Accouchement	Date de l'accouchement / / 20.....
	Nombre de semaines de gestation à l'accouchement	Nbre sem. :
	Maternité (nom complet svp)	Ville :
	Nbre de nouveau-nés	Nbre :
	Poids du ou des enfants en grammes	Enfant 1 g. Enfant 2 g.
Devenir de l'enfant	Enf. 1	Mort-né <input type="checkbox"/> Décès postnatal <input type="checkbox"/> Enfant vivant <input type="checkbox"/> Séjour de l'enfant en NIC <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Enf. 2	Mort-né <input type="checkbox"/> Décès postnatal <input type="checkbox"/> Enfant vivant <input type="checkbox"/> Séjour de l'enfant en NIC <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

A remplir automatiquement sur ce volet

Cachet médecin ou accoucheuse

Cachet TMS

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES

Rapport 2015

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

D/2015/74.80/27

Ce 8ème rapport offre un relevé de la collecte de données relatives au suivi de la femme enceinte, aux nouveau-nés durant le séjour en maternité et après le retour de la mère et l'enfant à domicile, aux familles avec enfant(s) âgés de 9, 18 ou 30 mois fréquentant les Consultations de l'ONE ou les Milieux d'accueil.

Coordination : Dr Ingrid MORALES, Direction Médicale

Rédaction :

Dr Marie-Christine MAUROY : Maître de fichier BDMS et Directeur médical de l'ONE

Dr Ingrid MORALES : Direction Médicale

Cedric DE JONGHE : Direction Médicale

Samuel NDAME EBONGUE : Direction Études et Stratégies

Murielle LIEGEOIS : Direction Études et Stratégies

En collaboration avec le Collège des Conseillers Médicaux Pédiatres et Gynécologues Sage-femme de l'ONE.

Remerciements :

Nous remercions Mme Geneviève BAZIER, Directrice du service Etudes et Stratégies et Mme Laetitia FONTAINE pour leur soutien à l'équipe BDMS et à Mme Laura RAEYMACKERS pour sa relecture attentive.

Ce 8ème rapport est la concrétisation d'un travail collectif des agents et services de différents niveaux que sont les travailleurs médico-sociaux de l'ONE, le personnel des milieux d'accueil, les encodeurs, les coordinateurs accompagnement et accueil, les conseillers médicaux gynécologues et pédiatres, les administrations subrégionales, la Direction de la Coordination Accompagnement, la Direction des Consultations et Visites à Domicile, la Direction de la Coordination accueil, la Direction des Techniques de l'Information, la Direction Médicale, le service Achat et logistique, les services de Communications Interne et Externe, etc. Qu'ils soient ici remerciés.

Mise en page : Jean-François BACHELY, Infographie

Pour tout complément d'information

Banque de Données Médico-Sociales - Office de la Naissance et de l'Enfance

95, Chaussée de Charleroi - 1060 Bruxelles • Tél. 02 542 14 14 • E-mail : info@one.be

Ce document est disponible sur le site internet de l'ONE : www.one.be

Pour en mentionner la source :

Rapport 2015 de la Banque de Données Médico-Sociales,

Office de la Naissance et de l'Enfance,

Fédération Wallonie-Bruxelles, 2015



OFFICE
DE LA NAISSANCE
ET DE L'ENFANCE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

ONE.be