

# 📄 Rapport

## Banque de Données Médico-Sociales

2005 - 2006

Dossier spécial : La prématurité



123456789  
987654321  
12%456789  
9876+4321  
1=34567%9  
987654321  
1%34567  
98765-3  
123%56789  
987654321  
12345=789  
%87654321



# ONE





# TABLE DES MATIERES

Le mot du Président .....	17
Présentation de la BDMS .....	19

## CHAPITRE 1

Données de naissances et prénatales .....	21
---	----

Données de naissances BDMS-ONE Communauté française de Belgique .....	23
---	----

Encodage des naissances par subrégion, mort-nés et nés vivants compris .....	23
--	----

Données relatives à l'enfant à l'accouchement .....	24
---	----

Mortalité périnatale .....	24
----------------------------	----

Le sex-ratio : La question du genre à la naissance .....	26
--	----

Présentation de l'enfant lors de l'accouchement .....	27
---	----

Modes d'accouchement .....	27
----------------------------	----

Poids de naissance .....	28
--------------------------	----

Les petits poids de naissance .....	28
-------------------------------------	----

La durée gestationnelle et la prématurité .....	29
---	----

La postmaturité .....	29
-----------------------	----

Les Scores d'apgar .....	30
--------------------------	----

Données relatives à la mère .....	31
-----------------------------------	----

L'âge des mères à l'accouchement .....	31
--	----

Les Interruptions de grossesses .....	32
---------------------------------------	----

La situation relationnelle de la mère au moment de l'accouchement .....	32
---	----

La gestité .....	33
------------------	----

La parité .....	33
-----------------	----

Les grossesses multiples .....	34
--------------------------------	----

L'analgésie .....	34
-------------------	----

L'induction .....	35
-------------------	----

La durée gestationnelle .....	35
-------------------------------	----

La mise au sein après l'accouchement .....	36
--	----

Le régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité .....	36
---	----

Conclusion .....	37
------------------	----

Le suivi prénatal ONE .....	38
-----------------------------	----

Données des Consultations prénatales, « volet CPN » de 2003 et 2004 .....	38
---	----

Age des femmes enceintes .....	42
--------------------------------	----

Situation relationnelle de la future mère .....	42
---	----

Situation professionnelle des femmes enceintes fréquentant .....	43
--	----

les Consultations prénatales ONE .....	43
--	----

Les comportements tabagiques des femmes enceintes .....	44
---	----

La diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse .....	45
--	----

La gestité .....	45
------------------	----

La Parité .....	46
-----------------	----

Conclusion .....	46
------------------	----

L'enfant né prématuré .....	49
Définitions .....	50
Considérations préliminaires : l'âge gestationnel .....	50
L'âge gestationnel anamnétique .....	50
L'âge échographique .....	50
L'âge pédiatrique .....	50
Définition de la prématurité .....	51
Durée moyenne de la grossesse .....	51
Evolution des définitions de la prématurité .....	51
Etiologie .....	52
Types de prématurité .....	53
La prématurité moyenne .....	53
La grande prématurité .....	53
La très grande prématurité .....	53
Historique .....	54
Données concernant la prématurité en Communauté française de Belgique .....	55
Différences liées au sexe .....	55
Différences régionales .....	55
Différences régionales au cours du temps .....	55
Différences liées à la subrégion de résidence .....	56
Différences liées à l'origine géographique de la mère .....	56
Différences liées à l'âge de la mère au moment de l'accouchement .....	58
Age gestationnel et poids de naissance .....	59
Différences entre hypotrophes (ou dysmatures) et prématurés .....	59
Durée gestationnelle en fonction de la gestité et parité .....	61
Prématurité et habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse .....	62
Allaitement maternel selon la durée gestationnelle .....	62
Différences liées à la situation relationnelle de la mère au moment de l'accouchement .....	63
Prématurité en fonction de la commune de résidence .....	64
Recherche sur le suivi préventif des grands prématurés .....	65
Projet de l'Université Libre de Bruxelles .....	65
Introduction .....	65
Objectifs .....	65
Population concernée .....	65
Méthodologie .....	66
Analyse longitudinale .....	67
Synthèse et perspective .....	67
Projet de l'Université Catholique de Louvain .....	68
Introduction .....	68
Objectifs .....	68
Population concernée .....	68
Méthodologie .....	68
Résultats .....	69
Conclusions .....	69
Projet de l'Université de Liège .....	70
Introduction .....	70
Objectifs .....	70
Population concernée .....	70
Méthodologie .....	70
Résultats .....	71

Conclusions.....	72
Conclusions générales de la Recherche.....	72
Anciens et nouveaux défis liés à la prématurité.....	73
<b>CHAPITRE 3</b>	
La surveillance médico-sociale préventive des enfants.....	79
<b>La première visite après la sortie de la maternité.....</b>	<b>81</b>
Le premier contact.....	81
Premier contact et enfants de petits poids à la naissance.....	85
<b>Les bilans de santé à 9, 18 et 30 mois.....</b>	<b>87</b>
Nombre de représentativité des bilans de santé.....	87
Nombre de bilans de santé.....	87
Origine des bilans.....	88
Quelques caractéristiques socio-économiques des familles et des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE.....	89
La situation socio-familiale.....	89
Le niveau d'enseignement.....	90
La situation d'emploi de la mère.....	90
Famille et revenu.....	92
La mère parle français.....	92
La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans.....	93
Le poids de naissance de l'enfant.....	93
L'âge des mères à l'accouchement.....	94
Le tabagisme.....	94
Conclusions.....	95
<b>Les vaccinations.....</b>	<b>95</b>
Poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hémophilus influenzae de type b et hépatite B.....	96
Le vaccin contre la poliomyélite.....	96
Le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.....	96
Vaccin DiTePer et Poliomyélite.....	96
Le vaccin contre l'Haemophilus influenzae de type b (Hib).....	97
Le vaccin contre l'hépatite B.....	97
Vaccin Hexavalent.....	98
Rougeole - Rubéole - Oreillons (RRO ou MMR).....	99
Méningocoque de type C.....	100
<b>Prévention de la mort subite du Nourrisson.....</b>	<b>101</b>
Les risques de mort subite inexplicée du nourrisson.....	102
La surveillance par monitoring.....	102
Les facteurs de risque.....	103
<b>Alimentation.....</b>	<b>105</b>
Evolution de la durée d'allaitement.....	105
Décroissance de l'allaitement maternel pendant la première année de vie de l'enfant.....	105
Allaitement maternel des enfants suivis dans les structures de l'ONE.....	106
Allaitement lors du bilan de santé à 9 mois.....	107
Allaitement lors du bilan de santé à 18 mois.....	109
Alimentation adaptée.....	109
<b>Excès pondéral.....</b>	<b>112</b>
Indices de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE à 9, 18 et 30 mois.....	113
Indices de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE à 9, 18 et 30 mois.....	114

<b>La santé bucco-dentaire</b> .....	<b>115</b>
Le syndrome du biberon sucré .....	115
Les caries dentaires .....	116
Le brossage des dents .....	117
<b>L'allergie</b> .....	<b>118</b>
Les symptômes de l'allergie .....	118
Influence des antécédents familiaux d'allergie .....	119
Influence du niveau socio-économique et de l'environnement .....	120
<b>Développement psychomoteur</b> .....	<b>121</b>
Bilans de santé à 9 mois (âge de l'enfant entre 7 mois et 11 mois) .....	121
Anomalie constatée à 9 mois par le médecin de la consultation .....	121
Anomalie confirmée à 9 mois par le médecin traitant de l'enfant .....	121
Bilans de santé à 18 mois (âge de l'enfant entre 16 mois et 20 mois) .....	122
Marche de l'enfant à 18 mois .....	122
Mots prononcés à 18 mois .....	122
Capacité à boire seul à 18 mois .....	123
Capacité à utiliser une cuillère à 18 mois .....	123
Score du développement psychomoteur à 18 mois .....	123
Bilans de santé à 30 mois (âge de l'enfant entre 28 mois et 32 mois) .....	124
Développement du langage à 30 mois .....	124
L'enfant construit une phrase de 3 mots .....	124
L'utilisation du «je» .....	124
Score du développement du langage à 30 mois .....	124
Développement psychomoteur à 30 mois .....	125
L'enfant s'habille seul .....	125
Le saut à pieds joints .....	126
Imitation d'un trait vertical et d'un cercle .....	126
Score du développement psychomoteur à 30 mois .....	127
<b>Le dépistage visuel</b> .....	<b>128</b>
Bilan des dépistages visuels .....	128
Suivi préventif des enfants .....	130
Bilans de santé à 30 mois .....	130
<b>Le dépistage auditif</b> .....	<b>131</b>
Dépistage des surdités de transmission .....	131
<b>Les accidents domestiques</b> .....	<b>132</b>
Morsures par animal .....	132
Les chutes .....	132
Les brûlures .....	133
Autres accidents domestiques .....	133
Score des accidents .....	133
<b>Le suivi des enfants de petits poids de naissance à 9, 18 et 30 mois</b> .....	<b>134</b>
Nombre de représentativité des enfants de petits poids de naissance dans les bilans de santé .....	134
Situation socio-familiale .....	135
Le niveau d'enseignement de la mère .....	135
La situation d'emploi de la mère .....	136
Alimentation .....	137
Allaitement lors du bilan de santé à 9 mois .....	137
Développement psychomoteur .....	138
Bilans de santé à 9 mois (âge de l'enfant entre 7 mois et 11 mois) .....	138
Anomalie constatée et confirmée à 9 mois .....	138
Bilans de santé à 18 mois (âge de l'enfant entre 16 mois et 20 mois) .....	138
Acquisition de la marche à 18 mois .....	138
Mots prononcés à 18 mois .....	139
Capacité à boire seul à 18 mois .....	139
Capacité à utiliser une cuillère à 18 mois .....	139
Score du développement psychomoteur .....	140
Bilans de santé à 30 mois (âge de l'enfant entre 28 mois et 32 mois) .....	140

Développement du langage à 30 mois .....	140
L'enfant construit une phrase de 3 mots .....	140
L'utilisation du «je» .....	141
Score du développement du langage à 30 mois .....	141
Développement psychomoteur à 30 mois .....	141
L'enfant s'habille seul .....	141
Le saut à pieds joints .....	142
Imitation d'un trait vertical et d'un cercle .....	142
Score du développement psychomoteur à 30 mois .....	143
Le dépistage visuel .....	143
Le dépistage auditif .....	144
Dépistage des surdités de transmission .....	144

**DU BON USAGE DES CHIFFRES .....** 145

Les études descriptives .....	145
L'interprétation des résultats statistiques .....	145
Conséquences de la vulgarisation statistique .....	145
Difficultés de l'interprétation statistique .....	145
Risque et facteurs de risque .....	145
L'hypothèse toutes choses égales par ailleurs .....	146
Limites de la modélisation .....	146

**CONCLUSIONS .....** 147

**COMPOSITION DE L'EQUIPE DE LA BANQUE DE DONNEES MEDICO-SOCIALES .....** 151





# INDEX DES TABLEAUX, FIGURES ET CARTOGRAPHIES



## CHAPITRE 1 : Données de naissances et prénatales BDMS-ONE Communauté française de Belgique

---

Tableau 1.1	Couverture « avis de naissance » ONE par rapport aux naissances de droits (Naissances officielles) de la Direction de la Statistique SPF Economie (ex. INS) Bruxelles et Wallonie de 1994 à 2005 .....	23
Tableau 1.2.1	Encodage des naissances par subrégion, mort-nés et nés vivants compris, 2004. .	23
Tableau 1.2.2	Encodage des naissances par subrégion, mort-nés et nés vivants compris, 2005. .	23
Tableau 1.3.1	Mortalité .....	24
Tableau 1.3.2	Mortalité périnatale, 2004 .....	24
Tableau 1.3.3	Mortalité périnatale, 2005 .....	24
Tableau 1.4	Sex ratio 2004-2005 .....	26
Tableau 1.5	Présentation de l'enfant .....	27
Tableau 1.6	Mode d'accouchement .....	27
Tableau 1.7	Poids de naissance .....	28
Tableau 1.8	Petits poids de naissance .....	29
Tableau 1.9	Prématurité .....	29
Tableau 1.10	Apgar à 1 minute de vie de l'enfant .....	30
Tableau 1.11	Apgar à 5 minutes de vie de l'enfant .....	30
Tableau 1.12	Tranche d'âge de la mère .....	31
Tableau 1.13	Situation relationnelle de la mère .....	32
Tableau 1.14	Gestité .....	33
Tableau 1.15	Parité .....	33
Tableau 1.16	Grossesses unique et multiples .....	34

Tableau 1.17	L'analgésie .....	34
Tableau 1.18	L'induction.....	35
Tableau 1.19	La durée gestationnelle.....	35
Tableau 1.20	La mise au sein après l'accouchement.....	36
Tableau 1.21	Le régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité .....	36
Tableau 1.22	Evolution des inscrites annuelles en consultations prénatales ONE de 1998 à 2004	38
Tableau 1.23	Rapport par province «volets CPN» rentrés à la BDMS en 2004 et nouvelles inscrites en consultations prénatales ONE.....	38
Tableau 1.24	Evolution de la couverture des volets prénatals (BDMS) sur les nouvelles inscrites en consultations prénatales ONE (DCVD) 1995-2004 .....	39
Tableau 1.25	Evolution des nouvelles inscrites en CPN de 1995 à 2005 et couverture par rapport aux naissances (Source DCVD) .....	40
Tableau 1.26	Suivi prénatal ONE de 1998 à 2003 (à partir des données «avis de naissance») .....	41
Figure 1.1	Suivi prénatal et âge gestationnel .....	41
Tableau 1.27	Catégories d'âge des futures mères inscrites dans les consultations prénatales ONE de 1998 à 2004.....	42
Tableau 1.28	Situation relationnelle des futures mères des consultations prénatales ONE de 1998 à 2004.....	42
Tableau 1.29	Situation professionnelle des femmes enceintes fréquentant les Consultations prénatales de l'ONE de 1998 à 2003 .....	43
Tableau 1.30	Niveau d'instruction des futures mères .....	44
Tableau 1.31	Habitudes tabagiques des futures mères fréquentant les consultations prénatales de l'ONE de 1998 à 2004 .....	44
Tableau 1.32	Diminution de la consommation tabagique chez les futures mères fréquentant les consultations prénatales de l'ONE de 1998 à 2004 .....	45
Tableau 1.33	Gestité des femmes enceintes fréquentant les structures prénatales de l'ONE de 1998 à 2004 .....	45
Tableau 1.34	Parité des femmes enceintes fréquentant les structures prénatales de l'ONE de 1998 à 2004 .....	46

## CHAPITRE 2 : Dossier spécial : La prématurité

Figure 2.1	Evolution de la prématurité de 1994 à 2005	.49
Figure 2.2	Durée de gestation en fonction du nombre d'enfants de la grossesse	.50
Figure 2.3	Facteurs de risque et signes de menace d'accouchement prématuré	.52
Figure 2.4	Points de repère autour de la naissance	.53
Tableau 2.1	Devenir selon la tranche de durée gestationnelle	.55
Tableau 2.2	Durée gestationnelle selon la subrégion de résidence de la mère	.56
Tableau 2.3	Durée gestationnelle selon la zone géographique d'origine de la mère	.57
Tableau 2.4	Durée gestationnelle selon la catégorie d'âge maternel	.58
Figure 2.5	Prématurité selon la catégorie d'âge de la mère	.58
Tableau 2.5	Age gestationnel et poids de naissance- Cumul des années 2004-2005	.59
Figure 2.6	Tableau comparatif entre hypotrophe et prématurité	.59
Figure 2.7	Courbe de prise de poids en fonction de la durée gestationnelle	.60
Figure 2.8	Poids de naissance en fonction du nombre d'enfant(s) par grossesse (grossesse unique versus grossesse gémellaire)	.60
Tableau 2.6	Durée gestationnelle en fonction de la gestité	.61
Tableau 2.7	Durée gestationnelle en fonction de la parité	.61
Tableau 2.8	Durée gestationnelle et habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse	.62
Tableau 2.9	Mise au sein après l'accouchement selon la durée gestationnelle	.62
Tableau 2.10	Régime alimentaire de l'enfant selon la durée gestationnelle	.63
Tableau 2.11	Durée gestationnelle en fonction de la situation relationnelle de la mère	.63

**Cartographie 2.1** Prématurité en fonction de la commune de résidence .....64

**Tableau 2.12** Rappel des fonctions investiguées par les Echelles de N. Bayley .....66

**Tableau 2.13** Analyse longitudinale .....67

**Tableau 2.14** Indice de développement moteur appelé PDI  
(Psychomotor Developmental Index) .....69

## CHAPITRE 3 : Le suivi de l'enfant

Tableau 3.1	Nombre d'enfants pour lequel un document « premier contact » a été établi par le TMS . . . . .	82
Tableau 3.2	Lieu du premier contact . . . . .	82
Tableau 3.3	Nombre de jours entre la réception de l'Avis de Naissance par le TMS de terrain et le 1er contact . . . . .	83
Tableau 3.4	Age de l'enfant lors du «1er contact» . . . . .	83
Tableau 3.5	Accompagnement ONE prévu par les parents lors du premier contact . . . . .	84
Tableau 3.6	Age des mères nouvellement accouchées et ayant bénéficié d'un premier contact avec l'ONE . . . . .	84
Figure 3.1	Histogramme de l'âge des mères nouvellement accouchées et ayant bénéficié d'un premier contact par province de résidence . . . . .	85
Tableau 3.7	Poids de naissance des nouveaux-nés bénéficiant d'un premier contact . . . . .	85
Figure 3.2	Courbes du délai entre la connaissance de la naissance et le 1er contact pour tous les enfants et les petits poids de naissance (< 2500 g) . . . . .	86
Tableau 3.8	La famille désire que l'enfant bénéficie d'un suivi ONE . . . . .	86
Tableau 3.9	Les différents Bilans de Santé . . . . .	87
Tableau 3.10	Volets 9, 18 et 30 mois rentrés par Province . . . . .	87
Tableau 3.11	L'enfant vit au quotidien avec . . . . .	89
Tableau 3.12	Niveau d'enseignement de la mère . . . . .	90
Tableau 3.13	Situation d'emploi de la mère . . . . .	91
Tableau 3.14	La famille vit avec . . . . .	92
Tableau 3.15	La mère parle le français . . . . .	92
Tableau 3.16	La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans . . . . .	93
Tableau 3.17	Poids de naissance de l'enfant . . . . .	93
Tableau 3.18	Age des mères à l'accouchement . . . . .	94
Tableau 3.19	Au moins 1 personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation . . . . .	94
Tableau 3.20	Vaccin DiTePer et Poliomyélite à 9 mois . . . . .	96
Tableau 3.21	Vaccin DiTePer et Poliomyélite à 18 mois . . . . .	96
Tableau 3.22	Vaccin Hémophilus Influenzae de type b à 9 mois . . . . .	97
Tableau 3.23	Vaccin Hémophilus Influenzae de type b à 18 mois . . . . .	97
Tableau 3.24	Vaccin Hépatite B à 9 mois . . . . .	97
Tableau 3.25	Vaccin Hépatite B à 18 mois . . . . .	98
Tableau 3.26	Vaccin Hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B) . . . . .	98
Tableau 3.27	Vaccin Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO) . . . . .	99
Tableau 3.28	Evolution du taux de vaccination au cours du temps du RRO . . . . .	99
Tableau 3.29	Vaccin Méningocoque de type C . . . . .	100
Tableau 3.30	Evolution du taux de vaccination contre le méningocoque de type C au cours du temps . . . . .	100
Tableau 3.31	Récapitulatif décès en Milieux d'accueil chez les enfants de moins d'un an de 2000 à 2005 . . . . .	101
Tableau 3.32	L'enfant a présenté un risque de mort subite inexplicquée du nourrisson (MSIN) . . . . .	102
Tableau 3.33	Tableau croisé « enfants à risques de MSIN » et « polysomnographie positive » . . . . .	102
Tableau 3.34	Tableau croisé « polysomnographie » et « surveillance par monitoring » . . . . .	102
Tableau 3.35	Tableau croisé « polysomnographie positive » et « tabagisme passif » . . . . .	103
Tableau 3.36	Tableau croisé « polysomnographie positive » et « petits poids de naissance » . . . . .	103
Tableau 3.37	Tableau croisé « polysomnographie positive » et « allaitement maternel » . . . . .	104

Tableau 3.38	Allaitement lors du premier contact	105
Tableau 3.39	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « allaitement » lors du 1er contact	106
Figure 3.3	Histogramme du type d'allaitement lors du 1er contact en fonction des poids de naissance.	106
Tableau 3.40	Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein	107
Tableau 3.41	Allaitement maternel exclusif par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois.	107
Figure 3.4	Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif au cours de la 1ère année de vie en Communauté française.	108
Tableau 3.42	Allaitement maternel complété par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois.	108
Tableau 3.43	L'enfant est encore allaité au jour du bilan de santé à 18 mois	109
Tableau 3.44	Enfants bénéficiant d'une alimentation adaptée à 9 mois	109
Figure 3.5	Histogramme sur la prise de lait adapté à 9 mois par province de résidence	110
Tableau 3.45	Prise de lait adapté à 18 mois.	110
Figure 3.6	Histogramme sur la prise de lait adapté à 18 mois par province de résidence	111
Figure 3.7	Histogramme sur l'indice de masse corporelle à 9, 18 et 30 mois chez les filles et garçons suivi à l'ONE	113
Tableau 3.46	Indice de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2003 et 2005.	113
Figure 3.8	Histogramme sur l'indice de masse corporelle des petits poids de naissance à 9, 18 et 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE	114
Tableau 3.47	Indice de masse corporelle des petits poids de naissances suivis dans les structures de l'ONE en 2005	114
Tableau 3.48	Syndrome du biberon sucré	115
Tableau 3.49	Tableau croisé « niveau d'études de la mère » et « syndrome du biberon sucré »	116
Tableau 3.50	Présence des caries dentaires (soignées ou non)	116
Tableau 3.51	L'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour	117
Tableau 3.52	Tableau croisé « l'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour » et « présente des caries dentaires soignées ou non »	117
Tableau 3.53	Tableau croisé « présente des caries dentaires soignées ou non » et « niveau d'études de la mère »	117
Tableau 3.54	L'enfant a au moins un parent et/ou frère/sœur allergique	118
Tableau 3.55	L'enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolites depuis sa naissance	118
Tableau 3.56	L'enfant a présenté de l'eczéma atopique depuis sa naissance.	118
Tableau 3.57	Score d'allergies.	119
Tableau 3.58	Tableau croisé « allergies familiales » et « 3 épisodes de bronchiolites au moins »	119
Tableau 3.59	Tableau croisé « allergies familiales » et « eczéma atopique ».	120
Tableau 3.60	Tableau croisé « tabagisme passif » et « au moins 3 épisodes de bronchiolite »	120
Tableau 3.61	Anomalie constatée par le médecin de la consultation.	121
Tableau 3.62	Anomalie confirmée par le médecin traitant de l'enfant	121
Tableau 3.63	L'enfant marche seul	122
Tableau 3.64	Nombre de mots prononcés.	122
Tableau 3.65	L'enfant sait boire seul à la tasse	123
Tableau 3.66	L'enfant sait se servir d'une cuillère	123
Tableau 3.67	Score développement psychomoteur à 18 mois	123
Tableau 3.68	L'enfant construit une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle	124
Tableau 3.69	L'enfant utilise le «je»	124
Tableau 3.70	Score développement du langage à 30 mois	125
Tableau 3.71	L'enfant sait s'habiller seul.	125
Tableau 3.72	L'enfant saute à pieds joints	126
Tableau 3.73	L'enfant imite un trait vertical	126

Tableau 3.74	L'enfant imite un cercle	126
Tableau 3.75	Score développement psychomoteur à 30 mois	127
Tableau 3.76	Bilan des dépistages visuels réalisés en Communauté française par l'ONE de 1997 à 2005	128
Figure 3.9	Histogramme du nombre de dépistages visuels réalisés en Communauté française par l'ONE de 1997 à 2005	129
Cartographie 3.1	Pourcentage de dépistages visuels effectués en Communauté française en 2005 par rapport au nombre de naissances en 2004	129
Tableau 3.77	Enfants examinés par un ophtalmologue suite à un dépistage positif et pour lequel nous avons une information quant au suivi	130
Tableau 3.78	L'enfant présente un trouble visuel connu des parents et nécessitant un suivi ophtalmologique	130
Tableau 3.79	Test de la voix chuchotée	131
Tableau 3.80	L'enfant a ou a eu des drains transtympaniques	131
Tableau 3.81	Nombre de morsures par un animal	132
Tableau 3.82	Nombre de chutes	132
Tableau 3.83	Nombre de brûlures	133
Tableau 3.84	Nombre d'autres accidents	133
Tableau 3.85	Score des accidents	133
Tableau 3.86	Tableau croisé « petit poids de naissance » et « durée gestationnelle »	134
Tableau 3.87	Poids des bébés bénéficiant d'un bilan de santé	134
Tableau 3.88	Tableau croisé « niveau d'études de la mère » et « petits poids de naissance »	135
Tableau 3.89	Tableau croisé « situation d'emploi de la mère » et « petits poids de naissance »	136
Tableau 3.90	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « allaitement exclusif »	137
Tableau 3.91	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « allaitement complété »	137
Tableau 3.92	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « anomalie constatée à 9 mois par le médecin de la consultation »	138
Tableau 3.93	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « anomalie confirmée par le médecin traitant de l'enfant »	138
Tableau 3.94	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant marche seul »	138
Tableau 3.95	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « nombre de mots prononcés »	139
Tableau 3.96	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant sait boire seul à la tasse »	139
Tableau 3.97	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant sait se servir d'une cuillère »	139
Tableau 3.98	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « score du développement psychomoteur à 18 mois »	140
Tableau 3.99	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant construit une phrase de 3 mots dans sa langue maternelle »	140
Tableau 3.100	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant utilise le «je» »	141
Tableau 3.101	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « score du développement du langage à 30 mois »	141
Tableau 3.102	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant sait s'habiller seul »	141
Tableau 3.103	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant saute à pieds joints »	142
Tableau 3.104	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant imite un trait vertical »	142
Tableau 3.105	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant imite un cercle »	142
Tableau 3.106	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « score du développement psychomoteur à 30 mois »	143

# Index des tableaux, figures et cartographies

Tableau 3.107	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « trouble visuel » . . . . .	143
Tableau 3.108	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « test de la voix chuchotée » . . . . .	144
Tableau 3.109	Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant a ou a eu des drains transtympaniques » . . . . .	144



# Le mot du Président



Faire du recueil de données n'est pas une fin en soi.

Depuis sa création il y a maintenant plus de 20 ans, la banque de données médico-sociales de l'ONE s'est donné pour objectif prioritaire de constituer un outil de monitoring et d'auto-évaluation à destination des équipes de terrain : Médecins, TMS, Conseillers Médicaux et Coordinatrices.

Les indicateurs de santé sélectionnés sont toujours en rapport direct avec l'un ou l'autre programme de santé prioritaire; quant aux indicateurs socio-économiques, ils reflètent le souci de l'ONE d'apporter une attention toute particulière aux populations les plus défavorisées, sans négliger pour autant son objectif fondamental de service universel.

La publication de ce cinquième rapport vise à mettre à la disposition des intervenants du secteur, qu'ils soient externes ou internes à l'ONE, les informations les plus pertinentes de la banque de données médico-sociales.

Selon le modèle déjà éprouvé, ce rapport est structuré en trois chapitres.

Dans le premier, figurent les indicateurs de santé périnatale et leur évolution sur les 12 dernières années (de 1994 à 2005).

Le deuxième chapitre est consacré à une analyse des données relatives à la problématique de la prématurité, qui constitue certainement un des plus importants problèmes de santé publique en rapport avec la période périnatale.

Enfin, la partie « Suivi de l'enfant » s'est encore largement étoffée. Outre les indicateurs déjà analysés dans le rapport 2003 (allaitement maternel, alimentation, vaccination, dépistage visuel, développement psycho-moteur, etc.), on peut y trouver, pour la première fois, des indicateurs concernant les accidents domestiques ainsi que le degré d'autonomie de l'enfant.

La publication de ce rapport constitue aussi l'opportunité d'une réflexion de l'ensemble des intervenants (décideurs politiques, acteurs médico-sociaux, société civile) sur la situation médico-sociale de celles et ceux qui constituent l'avenir de toute société, les futures mères et pères, les nouveaux-nés et les jeunes enfants.

Elle est aussi l'occasion de mesurer le chemin parcouru ces 20 dernières années par l'ONE dans la construction d'un service de prévention maternelle et infantile alliant rigueur professionnelle, respect et bienveillance. Je tiens particulièrement à remercier tous ceux, TMS, Médecins, Administratifs, Bénévoles, qui, jour après jour, nous aident à progresser dans cette voie.

A simple, stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a horizontal line with a vertical stroke on the left and a short horizontal stroke on the right.

Georges BOVY, Président de l'ONE



# Présentation de la Banque de Données Médico-Sociales



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

Outil d'évaluation interne à l'ONE, elle permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle un outil indispensable pour orienter la politique de l'ONE dans le domaine médico-social de la petite enfance. A côté de cela, elle diffuse des données relatives à la prévention médico-sociale de la (future) mère et du petit enfant auprès des chercheurs, des étudiants, des acteurs de santé et des responsables politiques.

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

Une fois complétées, ces fiches sont envoyées au Conseiller Médical de la subrégion<sup>1</sup> qui les transmet aux Encodeuses. Les fichiers sont rapatriés régulièrement à l'Administration centrale où ils sont nettoyés (aberrations et doublons), traités et analysés par l'équipe de la BDMS.

## Le « Volet Prénatal » ou « CPN »

Le « Volet prénatal » récolte des données sur les femmes enceintes suivies dans le cadre des Consultations prénatales de l'ONE. Ces données concernent le suivi de la femme enceinte ainsi que l'accouchement lorsque la grossesse est accompagnée jusqu'à la naissance. Les données sur le suivi de la femme enceinte concernent des caractéristiques générales (âge, nationalité, état civil, lieu de résidence), des données qui permettent d'établir un profil médical (gestité, parité, facteurs de risques, tabagisme) ainsi que des données qui concernent le suivi de la grossesse par l'ONE. Les données sur l'accouchement sont relatives à la naissance : date d'accouchement, nombre de semaines de gestation, nom de la maternité, nombre de nouveaux-nés, poids de l'enfant.

La BDMS dispose via les fiches CPN des données correspondant à environ 20 % des naissances pour lesquelles une fiche « Avis de naissance » est rédigée. Néanmoins, les données issues de la Direction des Consultations et des visites à domicile, montrent que l'ONE suit un peu plus de 25 % des futures mères.

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

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

## L' « Avis de Naissance »

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

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

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

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

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

## Le « Premier Contact »

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

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

Elles sont complétées à la première rencontre du TMS de quartier avec le nouveau-né. Celle-ci a généralement lieu au domicile du nouveau-né ou au local de l'ONE pendant la permanence du TMS mais aussi parfois directement à la Consultation pour enfant. Lorsque la visite du TMS ONE n'est pas souhaitée par les parents, la fiche de « Premier contact » est remplie dès la connaissance du refus. Un exemplaire des fiches est ensuite envoyé au Conseiller Pédiatre du Comité subrégional pour encodage dans la BDMS. L'autre exemplaire est conservé par la structure.

## Les « Bilans de Santé à 9, 18 et 30 mois »

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

Le « Bilan de santé à 9 mois » analyse essentiellement les risques de Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson, l'alimentation, les premières vaccinations et les premiers dépistages (surdité, anomalies).

Le « Bilan de santé à 18 mois » s'intéresse à l'alimentation, la suite des vaccinations, les accidents domestiques et le début du suivi du développement psychomoteur et du langage.

Le « Bilan de santé à 30 mois » est le dernier bilan réalisé avant le passage à l' cole. Il reprend les dépistages bucco-dentaire, le suivi du développement psychomoteur et du langage, la suite des dépistages (audition, vision) et les allergies.

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

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

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

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

## L'encodage des fiches de données

Les fiches arrivent dans les six comités subrégionaux au nom du Conseiller Médical garant de la confidentialité des données. Elles sont alors encodées aussi rapidement que possible par des encodeurs assermentés.

Ensuite, les données sont traitées et analysées par le Service Etudes et Stratégies de l'ONE au niveau de la Communauté française mais aussi au niveau local par subrégion à la demande de tout acteur de l'ONE. Pour ce faire, les six bases sont rapatriées à l'Administration centrale pour être fusionnées et donner ainsi une vision globale de l'état de santé des futures mères et des enfants suivis dans les structures de l'ONE.

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



## CHAPITRE 1

ONE / BDMS

Données de Naissances et Prénatales





# CHAPITRE 1

## Données de naissances et prénatales BDMS-ONE Communauté française de Belgique

Les données ONE des « avis de naissance » montrent une amélioration au fil des ans de la couverture des naissances, par rapport à l'ensemble des naissances officielles (dites de droit) publiées chaque année par la direction générale de la Statistique du Service Public Fédéral Economie. On peut observer que l'ONE dispose d'une information sur 96% des naissances de la population francophone de Belgique.

**Tableau 1.1**  
Couverture « avis de naissance » ONE par rapport aux naissances de droits (Naissances officielles) de la Direction de la Statistique SPF Economie (ex. INS) Bruxelles et Wallonie de 1994 à 2005

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Avis de naissance	42.930	42.762	44.762	43.589	43.252	44.031	44.604	47.867	45.759	44.918	50.144	50.797
Etat civil INS	52.547	50.994	51.811	47.917	47.844	48.155	49.520	49.848	49.929	49.251	52.075	52.624
Proportion			86,40%	90,97%	90,40%	91,44%	90,07%	96,03%	91,65%	91,20%	96,30%	96,53%

Flandre et cantons de l'est exclus

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE de 1994 à 2005 et Direction Générale de la Statistique SPF Economie

Depuis le courant de l'année 2003, l'ONE a pris en compte le rapport de 90% de francophones à Bruxelles, suite à la réponse à une question parlementaire adressée à la Ministre de la Justice sur la part des naissances francophones

à Bruxelles. Les données de 2004 et 2005 sont ainsi réparties en fonction de ce quota là.

### Encodage des naissances par subrégion, mort-nés et nés vivants compris

**Tableau 1.2.1**  
Encodage des naissances par subrégion, mort-nés et nés vivants compris, 2004

	BX	BW	HT	LG	LUX	NR	Total
INS 2004	13662	4149	14276	11359	3078	5551	52075
	15180						
BDMS 2004	14596	3691	13553	10111	3011	5182	50144
	106,8%	89,0%	94,9%	89,0%	97,8%	93,4%	96,3%
	96,2%						

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE de 2004 et Direction Générale de la Statistique SPF Economie

Pour faciliter la comparaison avec les années antérieures, deux taux de répartition (90% et 100%) de francophones sont maintenus à Bruxelles.

**Tableau 1.2.2**  
Encodage des naissances par subrégion, mort-nés et nés vivants compris, 2005

	BX	BW	HT	LG	LUX	NR	Total
INS 2005	13852	4205	14336	11644	3085	5502	52624
	15391						
BDMS 2005	14708	3759	13660	10317	2987	5366	50797
	106,2%	89,4%	95,3%	88,6%	96,8%	97,5%	96,5%
	95,6%						

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE de 2005 et Direction Générale de la Statistique SPF Economie

Pour faciliter la comparaison avec les années antérieures, deux taux de répartition (90% et 100%) de francophones sont maintenus à Bruxelles.

## Données relatives à l'enfant à l'accouchement

### Mortalité périnatale

Cette donnée n'est qu'indicative et doit être considérée avec prudence. Nous ne pouvons pas garantir une totale exhaustivité des informations concernant les enfants morts-nés. En effet, le document « avis de naissance » étant établi pour un suivi à long terme des familles et des enfants vivants, il est possible que les taux d'enfants « morts-nés » soient

légèrement sous-estimés. Néanmoins, nous pouvons constater une grande constance de la mortalité au cours des 12 dernières années entre 4 et 5 pour mille naissances. (avec cependant une exception en 1995 à 2,9 pour 1000 probablement due à cette époque à un défaut dans le recueil des données).

**Tableau 1.3.1**  
Mortalité

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Naissances vivantes	44.573	47.674	45.572	44.722	49.834	50.580	238.382
%	996‰	996‰	996‰	996‰	996‰	996‰	996‰
Mort-nés	189	193	187	196	213	217	1.006
%	4,2‰	4,0‰	4,1‰	4,4‰	4,3‰	4,3‰	4,2‰
Total	44.762	47.867	45.759	44.918	50.047	50.797	239.388

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE de 1996 à 2005

**Tableau 1.3.2**  
Mortalité périnatale, 2004

	BX	BW	HT	LG	LUX	NR	Total
BDMS 2004	14596	3691	13553	10111	3011	5182	50144
Naissances vivantes	14535	3684	13478	10063	3002	5168	49930
Mort-nés	4,2‰	1,9‰	5,5‰	4,7‰	3,0‰	2,7‰	4,3‰

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE de 2004

**Tableau 1.3.3**  
Mortalité périnatale, 2005

	BX	BW	HT	LG	LUX	NR	Total
BDMS 2005	14708	3759	13660	10317	2987	5366	50797
Naissances vivantes	14632	3752	13588	10276	2975	5357	50580
Mort-nés	5,2‰	1,9‰	5,3‰	4,0‰	4,0‰	1,7‰	4,3‰

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE de 2005



## Avertissement

A la lecture de ce rapport, on peut se rendre compte que les dénominateurs diffèrent d'un tableau à l'autre. Plusieurs notions sont à prendre en compte selon la thématique abordée :

**Naissances** connues par l'ONE : Il s'agit d'abord de toutes les naissances vivantes et mortes issues des accouchements survenus dans les maternités de Bruxelles et de Wallonie où un TMS de l'ONE a accès et où celui-ci a pu rencontrer la mère après son accouchement pour remplir le volet « avis de naissance ».

A partir de ces naissances, une sélection est faite sur les mères résidant en Communauté française uniquement (excluant ainsi les germanophones des cantons de l'est -Verviers-, et les néerlandophones). Ensuite, une deuxième sélection est établie sur base des enfants nés vivants.

On obtient alors les **données relatives à l'enfant à l'accouchement**. La répartition par subrégion faite dans ces données est basée sur le lieu (commune) de résidence des mères et non sur le lieu d'accouchement.

Les tableaux ci-dessus reprennent les naissances mortes et vivantes de résidentes en Communauté française, alors que la base des analyses qui suivent est axée sur les naissances vivantes uniquement, de résidentes en Communauté française de Belgique.

Les **données maternelles** quant à elles sont dédoublées ou triplées lorsqu'il s'agit d'un accouchement multiple (jumeaux ou triplets). Dans ce cas, chaque enfant a un document « avis de naissance » pour une même mère. Cette méthodologie surestime les données maternelles d'environ 1,5% (Environ 3% des enfants issus de naissances multiples dont la plupart sont des jumeaux).

Les chiffres des totaux diffèrent d'un tableau à l'autre. Cette situation est liée au fait que quelques maternités n'acceptent pas encore de fournir l'ensemble des données contenues dans l'« avis de naissance » aux TMS de l'ONE. Ceci explique que les taux d'**inconnus** (et données manquantes) varient d'un tableau à l'autre en fonction de l'information demandée. Il est donc important de savoir que dans la plupart des cas, les « **données manquantes** » ne sont pas dispersées au sein de toutes les maternités mais représentent l'ensemble de la population des naissances de quelques maternités. C'est pourquoi, nous avons choisi pour la réalisation de nos tableaux, de les exclure du calcul des proportions. Les taux de données manquantes sont alors repris dans la dernière ligne des tableaux.

Les données 2004 et 2005 dans les tableaux qui suivent sont établies selon les naissances vivantes de résidentes en Communauté Wallonie Bruxelles. A Bruxelles on considère, sur base des actes d'état civil, qu'il y a 90% de francophones ; en Wallonie, on exclut les résidentes germanophones des cantons de l'est (arrondissement de Verviers).

Les données de naissances vivantes qui suivent sont celles de résidentes de Bruxelles et Wallonie.

Hormis les résidentes en Flandre ayant accouché à Bruxelles et ayant accepté de remplir avec la TMS un avis de naissance et les germanophones de l'arrondissement de Verviers à Liège.

## Le sex-ratio : La question du genre à la naissance

■ ■ ■ ■ **Tableau 1.4**  
**Sex ratio 2004-2005**

	2004	2005	Total
Filles	24197	24649	48846
%	48,4%	48,6%	48,5%
Garçons	25781	26064	51845
%	51,6%	51,4%	51,5%
Total	49978	50713	100691

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

Le sexe d'un enfant dans l'espèce humaine a des répercussions familiales, culturelles et sociales<sup>1</sup>. On observe des variations naturelles du sex-ratio enfants ( rapport du nombre de garçons sur le nombre de filles), alors qu'en théorie, l'espèce humaine devrait produire autant de garçons que de filles. Les conditions environnementales, familiales et individuelles pourraient donc chacune avoir un effet sur le sex-ratio.

Des données d'une étude de l'OMS portant sur 157 947 117 naissances durant la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle en Europe ont montré un déclin significatif du sex-ratio en Grèce, Hongrie, Pologne et Suède et à l'inverse une augmentation significative en France et en Italie<sup>2</sup>.

Dans les naissances européennes, on observe actuellement une moyenne d'environ 106 naissances de garçons/ 100 naissances de filles (sex-ratio : 51.4%). Chez l'adulte, à l'âge de 45-50 ans, il y a autant de femmes que d'hommes vivants, et, à l'âge de 75 ans, moins d'un tiers des vivants sont des hommes.

Les garçons restent majoritaires à la naissance, pourtant la répartition des chromosomes X (caractéristiques des filles) et Y (chez les garçons) ne s'écarte pas du 50% attendu pour une ségrégation mendélienne<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Cagnacci A, Renzi A, Arangino S, et al The male disadvantage and the seasonal rhythm of sex-ratio at the time of conception. Human reproduction 2003; 18:885-7

<sup>2</sup> Grech V, Vassallo-Agius P, Savona-Ventura C. Secular trends in sex ratios at birth in North America and Europe over the the second half of the 20th century. Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57:612-5

<sup>3</sup> Boklage CE. The epigenetic environment : secondary sex-ratio depends on differential survival in embryogenesis. Human reproduction 2005; 20:583-7

## Présentation de l'enfant lors de l'accouchement

L'enfant naissant se présente la tête la première la plupart du temps.

Dans certaines situations, cette présentation se fait par le siège, ce qui signifie que le siège ou les fesses tendent à sortir en premier. Un enfant se présentant par le siège peut naître normalement par voie basse si les circonstances s'y prêtent et avec un personnel bien formé.

On distingue la présentation dite de « siège complet » avec les jambes repliées contre le corps et genoux en tailleur

et pieds près des fesses ; de « siège décompleté en mode des fesses » ou les jambes du bébé sont allongées jusqu'aux oreilles et de « siège décompleté en mode des pieds » dans lequel une (ou les) jambe(s) est (sont) tendue(s) et le (ou les) pied(s) se présente(nt) en premier.

La présentation de l'enfant en allongement transverse (transversale) est plutôt rare : Dans ce cas, un bras ou le coude s'introduit en premier dans le canal vaginal.

**Tableau 1.5**  
Présentation de l'enfant

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Céphalique	40300	43576	41689	40278	44495	44810	214.848
%	94,8%	94,5%	94,2%	94,6%	94,6%	94,2%	94,4%
Siège	2012	2306	2333	2094	2320	2517	11.570
%	4,7%	5,0%	5,3%	4,9%	4,9%	5,3%	5,1%
Transversale	199	238	226	193	231	229	1.117
%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Total	42511	46120	44248	42565	47046	47556	227.535
Données manquantes (%)					5,6%	6,0%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## Mode d'accouchement

La hausse du nombre d'accouchements par césarienne interpelle car « ne conjugue pas avec une baisse du taux de morbidité des mères et des enfants ni avec une hausse des pathologies »<sup>4</sup>.

Cette hausse serait liée à des causes non médicales telles que les répercussions juridiques de plus en plus présentes, la convenance personnelle ou des raisons pratiques.

Le risque de césariennes croit avec l'âge, le contexte socio-économique défavorable, et, sans explication claire, le facteur géographique.

Les taux sont également différents d'un hôpital à un autre.

**Tableau 1.6**  
Mode d'accouchement

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Spontané	30270	32408	30982	30031	32619	33006	159.046
%	72,4%	71,5%	71,3%	72,0%	71,1%	70,6%	71,3%
Ventouse	3546	3235	2944	2758	3027	3014	14.978
%	8,5%	7,1%	6,8%	6,6%	6,6%	6,5%	6,7%
Forceps	1840	1653	1486	1304	1430	1318	7.191
%	4,4%	3,6%	3,4%	3,1%	3,1%	2,8%	3,2%
Césarienne	6067	8004	7986	7584	8780	9348	41.702
%	14,5%	17,6%	18,4%	18,2%	19,1%	20,0%	18,7%
Manœuvre sur siège	101	54	32	30	37	44	197
%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Total	41824	45354	43430	41707	45893	46730	223.114
Données manquantes (%)					7,9%	7,6%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

<sup>4</sup> Lucet C. et coll., Recours à la césarienne en Belgique : Evolution générale et disparités, Agence intermutualiste, Bruxelles, 2006

## Poids de naissance

Le poids de l'enfant à la naissance est le reflet de la croissance foetale. Il est le résultat de la durée de gestation et de facteurs intrinsèques au fœtus et à la mère.

Les déterminants du poids à la naissance sont la plupart du temps soit biomédicaux, soit socio-économiques.

**Tableau 1.7**  
**Poids de naissance**

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
<500g		3	10	2	7	5	27
%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
500-999g	87	123	112	96	108	137	576
%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
1000-1499g	252	293	277	249	294	317	1.430
%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
1500-1999g	595	718	679	548	700	743	3.388
%	1,4%	1,5%	1,5%	1,2%	1,4%	1,5%	1,4%
2000-2499g	2264	2632	2478	2397	2493	2606	12.606
%	5,2%	5,5%	5,5%	5,5%	5,1%	5,3%	5,4%
2500-2999g	9124	10312	9722	9430	10040	10174	49.678
%	21,0%	21,6%	21,4%	21,4%	20,6%	20,7%	21,1%
3000-3499g	17618	19230	18473	17913	19662	20060	95.338
%	40,6%	40,3%	40,7%	40,7%	40,4%	40,7%	40,6%
3500-3999g	10827	11559	11019	10865	12349	12199	57.991
%	25,0%	24,3%	24,3%	24,7%	25,3%	24,8%	24,7%
4000-4499g	2369	2404	2394	2210	2764	2696	12.468
%	5,5%	5,0%	5,3%	5,0%	5,7%	5,5%	5,3%
=>4500g	252	391	263	264	303	314	1.535
%	0,6%	0,8%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%
<b>Total</b>	<b>43388</b>	<b>47665</b>	<b>45427</b>	<b>43974</b>	<b>48720</b>	<b>49251</b>	<b>235.037</b>
Données manquantes (%)					2,2%	2,6%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## Les petits poids de naissance

On considère les bébés nés avec un poids de moins de 2500 grammes comme ayant un petit poids. Une insuffisance de poids à la naissance peut être attribuable à une naissance avant terme et/ou un retard de croissance intra-utérine.

Le taux de petits poids semble se stabiliser depuis 1998. Les très petits poids (<1500 grammes) restent constants depuis plus de 10 ans.

Lorsqu'on cumule les données 2004 et 2005, on constate une fréquence plus importante de petits poids chez les petites filles (8,7%) que chez les nouveau-nés garçons (7,0%), soit 8,7% de petits poids chez les fillettes et 7,3% chez les petits garçons en 2005 et 8,6% et 6,7% respectivement en 2004.

Les facteurs associés aux faibles poids à la naissance des enfants sont légions. Parmi ceux-ci on peut citer les accouchements multiples, les accouchements prématurés, l'âge maternel, les complications de la grossesse, l'alcool, la violence subie par la femme enceinte, le niveau d'instruction, les conditions socio-économiques et l'incontournable tabagisme autant passif qu'actif.

La prévention du petit poids chez les nouveau-nés est un défi de santé publique car les mécanismes des retards de croissance ne sont pas maîtrisés malgré l'identification des facteurs. Dans ce contexte l'axe de la promotion de la santé semblerait être l'approche la plus efficiente.

**Tableau 1.8**  
**Petits poids de naissance**

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
<1500g	339	419	399	347	409	459	2.033
%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%
1500-2499g	2859	3350	3157	2945	3193	3349	15.994
%	6,6%	7,0%	6,9%	6,7%	6,6%	6,8%	6,8%
=>2500g	40190	43896	42014	40682	45118	45443	217.153
%	92,6%	92,1%	92,2%	92,5%	92,6%	92,3%	92,3%
<b>Total</b>	<b>43388</b>	<b>47665</b>	<b>45570</b>	<b>43974</b>	<b>48720</b>	<b>49251</b>	<b>235.180</b>
Données manquantes (%)					2,2%	2,6%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## La durée gestationnelle et la prématurité

La durée gestationnelle d'une grossesse définit la maturité. La prématurité désigne un accouchement issu d'une grossesse dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines d'aménorrhée calculées à partir du premier jour des dernières règles (Moins de 259 jours).

La prématurité est en hausse depuis de nombreuses années en communauté française, en Belgique et dans de nombreux pays industrialisés.

Le dossier spécial de ce rapport essaiera de décrire la situation de la prématurité en Communauté française de façon plus approfondie.

**Tableau 1.9**  
**Prématurité**

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
<37 semaines	3110	3874	3737	3494	3990	4001	19.096
%	7,4%	8,2%	8,2%	8,1%	8,3%	8,2%	8,2%
>ou= à 37 semaines	38983	43640	41812	39656	43914	44534	213.556
%	92,6%	91,8%	91,8%	91,9%	91,7%	91,8%	91,8%
<b>Total</b>	<b>42093</b>	<b>47514</b>	<b>45549</b>	<b>43150</b>	<b>47904</b>	<b>48535</b>	<b>232.652</b>
Données manquantes (%)					3,9%	4,0%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## La postmaturité

La postmaturité désigne une naissance qui survient au delà de la 42e semaine de gestation révolue. Les causes de prolongement d'une grossesse au delà du terme sont mal connues. Des facteurs maternels seraient impliqués tels que les antécédents de postmaturité et l'origine géographique.

Les naissances ainsi caractérisées sont associées à des taux plus élevés de mortalité foeto-infantile et de morbidité néonatale et, donnent lieu à une expulsion provoquée ou chirurgicale<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Shea K, Wilcox A, Little R. ; "Postterm delivery : A challenge for epidemiologic research" ; Epidemiology 1998;9: 199-204

## Les Scores d'apgar

Scores calculés à la 1<sup>re</sup> et à la 5<sup>e</sup> minute de vie de l'enfant nouveau-né, ils sont les indices d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Les scores d'apgar se réfèrent à 5 paramètres qui sont : la coloration, le rythme cardiaque, le tonus, la respiration, les réflexes. Chacun d'eux est estimé selon une graduation de 0 à 2<sup>6</sup>.

Entre ces deux mesures, on constate généralement une amélioration du score, traduisant une adaptation progressive aux conditions de vie extra-utérines. Des scores bas peuvent notamment traduire une situation de souffrance périnatale.

**Tableau 1.10**  
Apgar à 1 minute de vie de l'enfant

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Score de 0 à 4	1652	1423	1297	1244	1323	1342	6.629
%	4,0%	3,3%	3,1%	3,0%	2,8%	2,9%	3,0%
Score de 5 à 7	4631	4561	4236	3940	4545	4477	21.759
%	11,3%	10,5%	10,0%	9,5%	9,8%	9,6%	9,9%
Score de 8 à 10	34650	37565	36808	36077	40593	40945	191.988
%	84,7%	86,3%	86,9%	87,4%	87,4%	87,6%	87,1%
Total	40933	43549	42341	41261	46461	46764	220.376
Données manquantes (%)					6,8%	7,5%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

**Tableau 1.11**  
Apgar à 5 minutes de vie de l'enfant

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Score de 0 à 6	917	690	683	611	601	657	3.242
%	2,4%	1,6%	1,6%	1,5%	1,3%	1,4%	1,5%
Score de 7 à 10	37343	42299	41247	40016	45406	45619	214.587
%	97,6%	98,4%	98,4%	98,5%	98,7%	98,6%	98,5%
Total	38260	42989	41930	40627	46007	46276	217.829
Données manquantes (%)					7,7%	8,5%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

<sup>6</sup> Sizonenko PC, « Précis de pédiatrie », Payot, Lausanne, 1996

## Données relatives à la mère

Les données maternelles sont relatives à l'accouchement et sont donc différentes des données de naissance. En effet, les accouchements de jumeaux ne devraient être comptés qu'une fois.

Il se fait donc que dans les données des tableaux ci-dessous, il y a une marge d'erreur de l'ordre de 1,5% à cause de la proportion d'enfants issus de naissances multiples qui représente environ 3% de naissances.

## L'âge des mères à l'accouchement

L'âge de la mère à l'accouchement ne cesse de reculer. En 2005, au premier enfant, l'âge de la mère se situe à 28 ans. Toute parité confondue, il est de 29 ans.

Depuis 2003, on observe un maintien à un niveau plancher de la proportion des accouchements de jeunes femmes de moins de 20 ans (2,7%).

La part la plus importante des accouchements reste celle des mères âgées de 25 à 29 ans. Cependant, cette part diminue d'années en années et rejoint progressivement

les mères de 30 à 34 ans au point d'être à ex æquo avec elles en 2005. Cette diminution de la part des mères de 25 à 29 ans, se fait également au profit des mères âgées de plus de 35 ans.

Les données sur l'âge de la mère à l'accouchement connaîtraient une meilleure et globale lisibilité si elles étaient mises en parallèle avec l'information sur la contraception, les interruptions de grossesses, etc.

**Tableau 1.12**  
Tranche d'âge de la mère

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
<=15 ans	36	56	65	26	29	32	208
%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
16-19 ans	1547	1812	1650	1169	1300	1289	7920
%	3,6%	3,9%	3,7%	2,6%	2,6%	2,6%	3,1%
20-24 ans	8907	8712	8216	7327	7691	7721	39667
%	20,6%	18,6%	18,4%	16,3%	15,6%	15,4%	16,8%
25-29 ans	16407	16663	15671	14860	15948	15894	79036
%	37,9%	35,6%	35,1%	33,1%	32,3%	31,7%	33,5%
30-34 ans	11432	13024	12626	13778	15479	15745	70652
%	26,4%	27,8%	28,3%	30,7%	31,4%	31,4%	30,0%
35-39 ans	4218	5429	5294	6342	7071	7583	31719
%	9,8%	11,6%	11,9%	14,1%	14,3%	15,1%	13,5%
=> 40 ans	695	1091	1076	1416	1813	1930	7326
%	1,6%	2,3%	2,4%	3,2%	3,7%	3,8%	3,1%
<b>Total</b>	<b>43242</b>	<b>46787</b>	<b>44598</b>	<b>44918</b>	<b>49331</b>	<b>50194</b>	<b>235828</b>
Données manquantes (%)					1,0%	0,8%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## Les Interruptions de grossesses

On estime qu'en 2005, 17.314 femmes ont procédé à un **avortement** en Belgique<sup>7</sup>, ce qui représente une augmentation de 4,2% par rapport à 2004. A Bruxelles, près de 20% des femmes enceintes ont pratiqué une IVG contre 12% en Wallonie et 10% en Flandre.

Ces chiffres sont en constante augmentation et la tranche d'âge la plus importante est celle des 20-24 ans.

En Belgique, 1 grossesse sur 8 est interrompue ; 4 femmes sur 10 n'ont pas eu recours à une méthode contraceptive le mois précédant l'interruption de grossesse ; chaque année, une femme de moins de 20 ans sur 60 est enceinte et, 50% de celles-ci avorteront. Au total, en 2005, ce sont 2301 interruptions volontaires de grossesses qui ont été effectuées chez les moins de 20 ans.

Selon une méta analyse parue dans la revue médicale canadien medical association journal en mars 2005, au moins 1 cas de recours à l'avortement sur 5 masque une violence (conjugale).

## La situation relationnelle de la mère au moment de l'accouchement

La situation d'isolement de la mère est un élément préoccupant pour l'ONE. L'isolement est un des plus importants facteurs de risque psycho-social pour la mère et l'enfant.

Le pourcentage des mères isolées, quoique constant, reste assez élevé selon les données de la BDMS et l'amélioration de la couverture des « avis de naissance » voile ainsi un nombre brut de mères isolées en augmentation. Pour ces données particulièrement « sensibles », nous constatons un nombre important de « données manquantes » liées notamment au fait que les « avis de naissance » sont rédigés lors d'un premier contact avec la jeune mère à la maternité et que cette question reste dans ces conditions encore difficile à poser.

En dehors des interruptions volontaires de grossesses, il existe aussi des **fausses couches** qui, elles, sont des interruptions spontanées, très fréquentes (entre 30 et 80% de toutes les conceptions) dans les trois premières semaines suivant la conception, inexplicables complètement par les experts.

L'hypothèse du stress maternel, les pathologies, ainsi que l'incompatibilité immunologique expliqueraient certains avortements spontanés. Une association a été établie entre fausse couche et cortisol urinaire maternel, un marqueur biologique de stress, par des chercheurs américains<sup>8</sup>.

Le soutien à la parentalité que J. Barudy définit comme « ...l'action d'amener les parents à accepter l'intervention de professionnels afin d'augmenter les chances d'un meilleur développement de l'enfant, pour autant que le regard vis-à-vis des parents soit bienveillant... », est un concept de parenté-sociale<sup>9</sup> qui aiderait, par un accompagnement global, ces parents en précarité relationnelle.

Tableau 1.13  
Situation relationnelle de la mère

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
En couple/en famille	28241	35176	34099	32816	36572	37973	176636
%	94,2%	96,7%	96,4%	96,2%	96,3%	96,3%	96,4%
Isolée/en maison d'accueil	1727	1192	1258	1285	1399	1450	6584
%	5,8%	3,3%	3,6%	3,8%	3,7%	3,7%	3,6%
Total	29968	36368	35357	34101	37971	39423	183.220
Données manquantes (%)					23,8%	22,1%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

<sup>7</sup> Rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi du 03 avril 1990 relative à l'interruption volontaire de grossesse, 2005.

<sup>8</sup> Nepomnaschy P.A. et coll., Proc. Natl. Acad. Science. USA, édition accélérée en ligne, févr 2006

<sup>9</sup> parenté social : les ressources de la communauté pour soutenir les parents dans leur rôle. On y retrouve par exemple l'entourage familial, les associations de quartier, les crèches...



## La gestité

La gestité est le nombre de **grossesses** qu'a porté une femme.

Une femme enceinte pour la première fois est donc une primigeste. Quel que soit le nombre d'enfants qu'elle porte.

Tableau 1.14  
Gestité

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Primigeste	15419	17696	16803	16523	18428	18235	87685
%	36,9%	38,3%	37,7%	38,1%	38,3%	37,6%	38,0%
2geste	13476	14705	13856	13843	14933	15215	72552
%	32,3%	31,8%	31,1%	31,9%	31,0%	31,4%	31,4%
3geste	7067	7682	7285	7029	7944	8013	37953
%	16,9%	16,6%	16,4%	16,2%	16,5%	16,5%	16,4%
4geste et plus	5779	6168	6586	5960	6864	7043	32621
%	13,8%	13,3%	14,8%	13,7%	14,3%	14,5%	14,1%
<b>Total</b>	<b>41741</b>	<b>46251</b>	<b>44530</b>	<b>43355</b>	<b>48169</b>	<b>48506</b>	<b>230811</b>
Données manquantes (%)					3,3%	4,1%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## La parité

La parité désigne le nombre d'**accouchements** viables qu'a connu une femme.

Une femme qui accouche pour la première fois de sa vie est une primipare. Si même elle porte des jumeaux, il n'en demeure pas moins qu'elle reste une primipare.

*Si elle est enceinte pour la première fois de jumeaux, elle est primigeste et primipare.*

Tableau 1.15  
Parité

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Primipare	18367	20762	19938	19682	21930	21931	104243
%	43,1%	44,1%	44,6%	45,0%	45,2%	44,9%	44,8%
2pare	14328	15224	14401	14304	15731	15940	75600
%	33,6%	32,3%	32,2%	32,7%	32,4%	32,6%	32,5%
3pare	6367	6861	6377	6169	6849	6888	33.144
%	14,9%	14,6%	14,3%	14,1%	14,1%	14,1%	14,2%
4pare et plus	3559	4256	3955	3563	4017	4089	19880
%	8,4%	9,0%	8,9%	8,2%	8,3%	8,4%	8,5%
<b>Total</b>	<b>42621</b>	<b>47103</b>	<b>44671</b>	<b>43718</b>	<b>48527</b>	<b>48848</b>	<b>232867</b>
Données manquantes (%)					2,6%	3,4%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## Les grossesses multiples

Les grossesses gémellaires représentent en moyenne 1,5% des accouchements. Environ 3% des enfants sont nés jumeaux chaque année en Communauté française. Les naissances multiples de haut rang, généralement des triplés, sont infimes.

Ces taux sont stables depuis plus d'une dizaine d'années.

Les grossesses multiples sont liées à un accouchement prématuré dans un cas sur quatre. La surveillance préventive de ces grossesses doit être adaptée notamment en raison d'un risque d'hypertension artérielle dédoublé et du risque d'accouchement avant terme.

**Tableau 1.16**  
Grossesses uniques et multiples

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Grossesses uniques	42725	46420	44173	44177	48343	48895	232008
%	98,5%	98,5%	98,3%	98,5%	98,5%	98,3%	98,4%
Grossesses gémellaires	622	691	743	648	725	820	3627
%	1,4%	1,5%	1,7%	1,4%	1,5%	1,6%	1,5%
Grossesses de haut rang	29	21	17	11	14	15	78
%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>43376</b>	<b>47132</b>	<b>44933</b>	<b>44836</b>	<b>49082</b>	<b>49730</b>	<b>235713</b>
Données manquantes (%)					1,5%	1,7%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## L'analgésie

L'analgésie est l'atténuation ou la suppression de la douleur lors de l'accouchement. L'utilisation de narcotiques est stable à 1,2% environ, après une diminution constante jusque 2002. La diminution de la proportion de femmes ne recourant à aucune analgésie est compensée par une augmentation du recours aux péridurale et rachidurale.

20% de femmes en 2005 n'ont recours à aucune méthode d'atténuation de la douleur lors de l'accouchement contre 35% en 1994 et, parallèlement, en 2005, 70% de femmes demandent une péridurale ou une rachidurale contre un peu plus de 50% il y a 12 ans.

**Tableau 1.17**  
L'analgésie

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Aucune analgésie	12465	10574	9030	9310	9413	9238	47565
%	30,4%	23,5%	21,1%	22,1%	20,3%	19,6%	21,3%
Péri/rachidurale	24038	30854	30541	29041	32939	33322	156697
%	58,6%	68,6%	71,3%	69,1%	70,9%	70,7%	70,1%
Narcose	1139	613	500	457	517	543	2630
%	2,8%	1,4%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%
Autre analgésie	3364	2954	2780	3235	3586	4024	16579
%	8,2%	6,6%	6,5%	7,7%	7,7%	8,5%	7,4%
<b>Total</b>	<b>41006</b>	<b>44995</b>	<b>42851</b>	<b>42043</b>	<b>46455</b>	<b>47127</b>	<b>223471</b>
Données manquantes (%)					6,8%	6,8%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## L'induction

L'induction est le déclenchement de l'accouchement. Celle-ci se fait soit par une programmation de césarienne, soit par l'utilisation de prostaglandines (à rôle de contraction des muscles utérins) ou d'ocytocine (hormone qui a un rôle dans le déclenchement de l'accouchement), soit encore par amniotomie (rupture de la poche des eaux).

Les recommandations de l'OMS sont de ne pas dépasser le seuil des 10% de déclenchements. Pourtant, depuis des décennies, on constate des taux importants de déclenchement de l'accouchement et ces proportions varient selon l'établissement hospitalier.

■ ■ ■ ■ ■ **Tableau 1.18**  
**L'induction**

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Pas d'induction	24910	25804	24023	24258	26782	27534	128401
%	62,5%	59,7%	57,9%	59,9%	60,2%	60,6%	59,7%
Induction par autre méthode	12136	13547	13598	12480	13299	13282	66206
%	30,4%	31,4%	32,7%	30,8%	29,9%	29,2%	30,8%
Césarienne programmée	2819	3850	3902	3743	4424	4638	20557
%	7,1%	8,9%	9,4%	9,2%	9,9%	10,2%	9,6%
<b>Total</b>	<b>39865</b>	<b>43201</b>	<b>41523</b>	<b>40481</b>	<b>44505</b>	<b>45454</b>	<b>215164</b>
Données manquantes (%)					10,7%	10,1%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## La durée gestationnelle

La durée de gestation est un indicateur capital dans le devenir à court terme de l'enfant nouveau-né.

La très grande prématurité (22-27 semaines de gestation) et la grande prématurité (28-33 semaines de gestation) sont stables, mais la prématurité moyenne (34-36 semaines de gestation) est en augmentation.

■ ■ ■ ■ ■ **Tableau 1.19**  
**La durée gestationnelle**

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
22-27 semaines	100	120	109	99	93	109	530
%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
28-33 semaines	608	688	704	629	769	874	3.664
%	1,5%	1,5%	1,6%	1,5%	1,6%	1,8%	1,6%
34-36 semaines	2200	2794	2618	2766	3128	3018	14.324
%	5,3%	6,1%	6,0%	6,4%	6,5%	6,2%	6,2%
37-39 semaines	22190	25262	24328	23953	26748	27016	127.307
%	53,2%	55,0%	55,5%	55,5%	55,8%	55,7%	55,5%
40-42 semaines	16599	17033	16080	15698	17166	17518	83.495
%	39,8%	37,1%	36,7%	36,4%	35,8%	36,1%	36,4%
43-44 semaines	7	6	9	5	3	5	28
%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>41704</b>	<b>45903</b>	<b>43848</b>	<b>43150</b>	<b>47907</b>	<b>48540</b>	<b>229.348</b>
Données manquantes (%)					3,9%	4,0%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## La mise au sein après l'accouchement

L'allaitement maternel prolonge la grossesse. Le sein constitue un moyen sans égal de nourrir son enfant de la façon la plus favorable à sa croissance et à son bon développement.

La mise au sein après l'accouchement est en augmentation

en Communauté française et atteint en 2005 un taux frôlant les 80%.

**Tableau 1.20**  
La mise au sein après l'accouchement

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Néant	10901	10493	9272	8273	9117	8680	45835
%	30,9%	25,3%	23,3%	22,4%	21,9%	20,1%	22,6%
Immédiate et précoce	22481	28619	28358	26787	30419	32174	146357
%	63,7%	68,9%	71,4%	72,5%	73,0%	74,3%	72,0%
Tardive	1890	2444	2107	1906	2139	2426	11022
%	5,4%	5,9%	5,3%	5,2%	5,1%	5,6%	5,4%
<b>Total</b>	<b>35272</b>	<b>41556</b>	<b>39737</b>	<b>36966</b>	<b>41675</b>	<b>43280</b>	<b>203214</b>
Données manquantes (%)					16,4%	14,4%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

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

L'allaitement maternel à la sortie de la maternité, c'est à dire au jour 5, est en progression parallèlement à la mise au sein. Il existe des disparités significatives entre les subrégions pour les deux paramètres de l'allaitement maternel. L'âge de la mère, l'origine géographique, la parité, la situation socio-économique, le tabagisme joueraient également un rôle.

En 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), créaient le label « ami des bébés » afin de promouvoir, soutenir et protéger les mères qui font le choix d'allaiter leur(s) enfant(s). Les hôpitaux belges –

sous l'impulsion du Comité fédéral de l'allaitement maternel (CFAM) – ayant suivi une démarche globale un an durant, viennent de se voir décerner (octobre 2006) le label international pour une durée de 4 ans. Les maternités de ces hôpitaux souscrivent à un programme ayant pour objectif d'assurer à chaque nouveau-né et à sa mère le meilleur capital de santé et de bien-être possible. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel sont contenues dans ce programme de l'OMS et l'Unicef. Ainsi, les 6 hôpitaux labellisés de Belgique, dont 3 de Bruxelles et un du Brabant wallon, ont un taux d'allaitement maternel de 75%.

**Tableau 1.21**  
Le régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité

	1996	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2001-2005
Allaitement artificiel	12197	11515	10427	9082	10038	9328	62.587
%	29,5%	23,7%	22,3%	21,2%	21,0%	19,4%	22,7%
Abandon allait. en maternité		86	139	83	86	121	515
%		0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Allaitement mixte	329	425	388	346	419	416	2.323
%	0,8%	0,9%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%
Allaitement maternel excl.	28864	36490	35727	33317	37175	38301	209.874
%	69,7%	75,2%	76,5%	77,8%	77,9%	79,5%	76,2%
<b>Total</b>	<b>41390</b>	<b>48516</b>	<b>46681</b>	<b>42828</b>	<b>47718</b>	<b>48166</b>	<b>275.299</b>
Données manquantes (%)					4,2%	4,8%	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1996 - 2005

## Conclusion

---

Ce chapitre du 5e rapport BDMS publiant les données de naissances des années 2004 et 2005 insiste sur l'évolution de divers paramètres utilisés en routine afin de permettre la comparaison avec les données publiées par ailleurs. Il s'agit des données récoltées en maternité par le service de liaison: le document « avis de naissance » servant de lien entre la maternité et le personnel de terrain.

La couverture de données est en amélioration et, l'« avis de naissance » reflète la réalité de la population. On n'est pas ici dans une logique d'échantillonnage.

Ce chapitre, au fil des rapports s'est enrichi de données que l'ONE n'a pas toujours publiées telles que les données de mortalité, le genre ; mais aussi d'un certain nombre de thématiques confortées ou non par des données, qui sont dans les éditoriaux de journaux et interpellants (Interruption de grossesses, césariennes, ...).

L'année 2005 est aussi une année de transition par la réécriture de la base de données et une adaptation technologique de l'outil aux exigences du moment. D'autre part, dans les années à venir ces données seront enrichies par des nouveaux programmes de santé publique comme par exemple les dépistages auditifs réalisés au sein des maternités.



## Le suivi prénatal ONE

### Données des Consultations prénatales, « volet CPN » de 2003 et 2004

**Remarque préalable :** les données figurant dans ce chapitre sont classées en fonction de la date d'inscription de la mère à la Consultation prénatale et non en fonction de la date de l'accouchement. Ainsi, dans les données des inscrites 2004, figurent des mères qui ont accouché en 2004 et en 2005. Ceci explique que les données de ce chapitre semblent avoir un an de retard par rapport aux autres chapitres alors que ce n'est pas le cas.

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

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

Sur base de ces données, il ressort que l'ONE voit au moins une fois ¼ des futures mères de la Communauté française ( 24,5 % en 2002, 25,8 % en 2003, 26,4 % en 2004 et 27,3 % en 2005 ) voir tableau Cp. 03

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

**Tableau 1.22**  
Evolution des inscrites annuelles en consultations prénatales ONE de 1998 à 2004

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bruxelles	n	2397	2503	2446	1930	2033	2127	1977
	%	26,09%	26,97%	25,96%	23,97%	26,53%	28,30%	23,51%
Brabant wallon	n	57	103	83	99	107	42	39
	%	0,62%	1,11%	0,88%	1,23%	1,40%	0,56%	0,46%
Hainaut	n	3845	3854	4089	3807	3754	3583	4034
	%	41,84%	41,53%	43,39%	47,28%	49,00%	47,67%	47,96%
Liège	n	2017	1953	1862	1578	1186	1014	1720
	%	21,95%	21,04%	19,76%	19,60%	15,48%	13,49%	20,45%
Namur	n	873	868	944	638	582	751	641
	%	9,50%	9,35%	10,02%	7,92%	7,60%	9,99%	7,62%
<b>TOTAL</b>		<b>9189</b>	<b>9281</b>	<b>9424</b>	<b>8052</b>	<b>7662</b>	<b>7517</b>	<b>8411</b>

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

**Tableau 1.23**  
Rapport par province «volets CPN» rentrés à la BDMS en 2004 et nouvelles inscrites en consultations prénatales ONE

	Bruxelles	Brabant w.	Hainaut	Liège	Namur
<b>Nouvelles inscrites DCVD</b>	5166	42	5300	2015	833
<b>Volets CPN - BDMS</b>	1977	39	4034	1720	641
<b>Rapport BDMS/DCVD</b>	38,30%	92,80%	76,10%	85,30%	76,90%

Sources : «Volet prénatal» BDMS et DCVD, ONE, 2004

■ ■ ■ ■ Tableau 1.24

**Evolution de la couverture des volets prénatals (BDMS)  
sur les nouvelles inscrites en consultations prénatales ONE (DCVD) 1995-2004**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Volets prénatals BDMS</b>	8156	9563	8733	9189	9281	9424	8052	7662	7517	8411	-
<b>Couverture BDMS/DCVD</b>	69,56%	74,56%	71,95%	72,27%	72,51%	72,31%	66,26%	64,65%	59,40%	62,98%	

Sources : «Volet prénatal» BDMS et DCVD, ONE, 1995 - 2004

La part globale de volets CPN rentrés à la Banque de données par rapport au nombre de nouvelles inscrites repris dans les données DCVD (Direction des Consultations et Visites à Domicile) pour 2004 est de 63%.

Les structures de consultations prénatales de l'ONE sont inégalement réparties sur le territoire de la Communauté française. Leur nombre varie selon les subrégions et en fonction des réalités locales. Le Luxembourg n'en compte aucune. La part de la province du Hainaut dans le suivi des femmes

enceintes en consultations prénatales ONE et pour lesquelles des données via un « volet CPN » ont été envoyées à la BDMS est la plus élevée. Elle concerne près de 50% des suivis de grossesses enregistrés. Bruxelles suit ensuite avec environ 25% des futures mères suivies par l'ONE en 2004



Tableau 1.25

Evolution des nouvelles inscrites en CPN de 1995 à 2005  
et couverture par rapport aux naissances (Source DCVD)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BXL quartier	1244	1286	1344	1355	1351	1470	1506	1547	1503	1533	1609
BXL hospi et péri	2138	2479	2352	2678	2862	2856	2741	2737	3256	3633	3784
BXL total	3382	3765	3696	4033	4213	4326	4247	4284	4759	5166	5393
BXL naissances	12338	12549	12751	12908	13241	13626	14513	13929	14668	15180	15391
Ratio Inscrites/ Naissances	27,4%	30,0%	29,0%	31,2%	31,8%	31,7%	29,3%	30,8%	32,4%	34,0%	35,0%
Sur 90% de naissances	30,5%	33,3%	32,2%	34,7%	35,4%	35,3%	32,5%	34,2%	36,1%	37,8%	38,9%
BW quartier	91	143	163	163	160	118	63	76	60	42	38
BW total	91	143	163	163	160	118	63	76	60	42	38
BW naissances	3730	3885	3922	3953	3913	3939	3983	3879	3858	4149	4205
Ratio Inscrites/ Naissances	2,4%	3,7%	4,2%	4,1%	4,1%	3,0%	1,6%	2,0%	1,6%	1,0%	0,9%
HT quartier	777	801	640	621	523	519	429	243	159	156	141
HT hospi, péri et conventionné	4185	4539	4301	4595	4475	4721	4450	2949	3427	3726	3869
HT RHMS	0	0	0	0	0	0	0	1366	1397	1418	1365
HT total	4962	5340	4941	5216	4998	5240	4879	4558	4983	5300	5375
HT naissances	14335	14607	14681	14509	14646	15040	15065	14295	14222	14276	14366
Ratio Inscrites/ Naissances	34,6%	36,6%	33,7%	36,0%	34,1%	34,8%	32,4%	31,9%	35,0%	37,1%	37,4%
LG quartier	561	513	319	262	210	179	108	140	106	52	28
LG hospi et conventionné	1823	1945	1973	1960	2117	2007	1879	1904	1862	1963	2111
LG total	2384	2458	2292	2222	2327	2186	1987	2044	1968	2015	2139
LG naissances	11323	11598	11522	11359	11427	11581	11631	11158	11051	11359	11644
Ratio Inscrites/ Naissances	21,1%	21,2%	19,9%	19,6%	20,4%	18,9%	17,1%	18,3%	17,8%	17,7%	18,4%
NA quartier	297	340	294	296	266	239	217	228	190	178	205
NA hospi	609	780	751	784	835	923	760	662	695	655	780
NA total	906	1120	1045	1080	1101	1162	977	890	885	833	985
NA naissances	5104	5232	5252	5360	5198	5454	5191	5054	5204	5551	5502
Ratio Inscrites/ Naissances	17,8%	21,4%	19,9%	20,2%	21,2%	21,3%	18,8%	17,6%	17,0%	15,0%	17,9%
<b>TOTAL CF</b>	<b>11725</b>	<b>12826</b>	<b>12137</b>	<b>12714</b>	<b>12799</b>	<b>13032</b>	<b>12153</b>	<b>11852</b>	<b>12655</b>	<b>13356</b>	<b>13930</b>
CF naissances	46830	47871	48128	48089	48425	49640	50383	48315	49003	50515	51108
Ratio Inscrites/ Naissances	26,04%	26,79%	25,22%	26,44%	26,43%	26,25%	24,12%	24,53%	25,82%	26,44%	27,26%

Les naissances néerlandophones incluses à Bruxelles et les germanophones à Liège; les naissances de Luxembourg non comprises  
Sources : DCVD, ONE, 1995 - 2005 et Direction Générale de la Statistique SPF Economie



**Tableau 1.26**  
**Suivi prénatal ONE de 1998 à 2003**  
 (à partir des données «avis de naissance»)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ONE	8908	9148	8993	9331	8633	8809
	22,12%	22,81%	21,80%	20,71%	19,21%	20,85%
Hors ONE	31231	30829	32148	35568	36155	33264
	77,57%	76,85%	77,91%	78,94%	80,46%	78,75%
Non suivies	124	137	120	158	145	168
	0,31%	0,34%	0,29%	0,35%	0,32%	0,40%
<b>TOTAL</b>	<b>40263</b>	<b>40114</b>	<b>41261</b>	<b>45057</b>	<b>44933</b>	<b>42241</b>

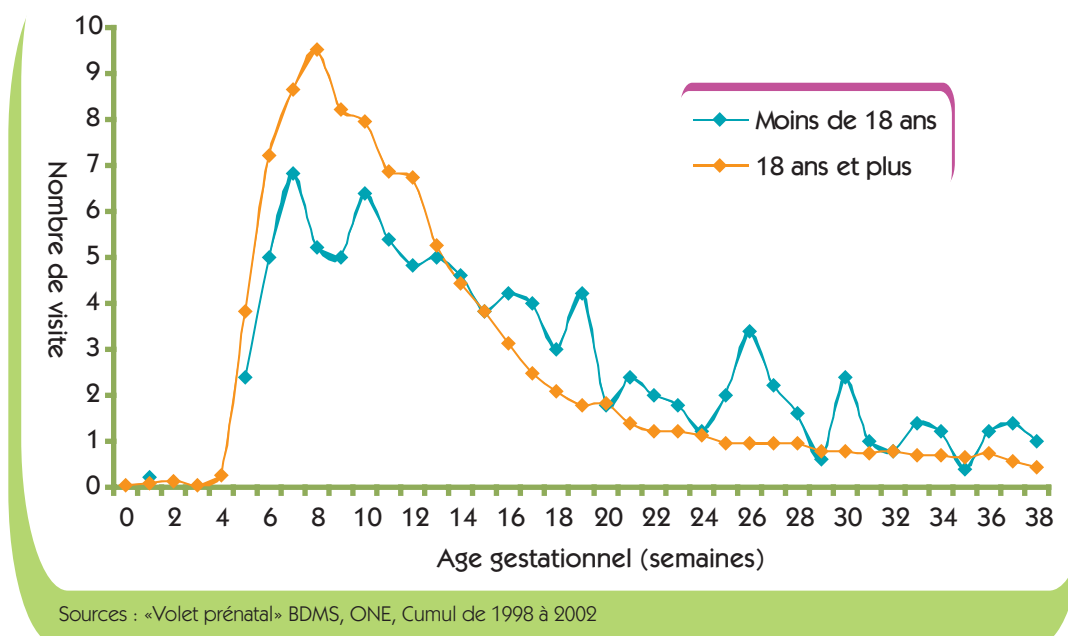
Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 1998 - 2003

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

Le type de suivi prénatal peut également être estimé à travers les données « Avis de naissance ». Nous y voyons que près de 21% de toutes les naissances connues par l'ONE sont suivies par une structure prénatale de l'ONE.

La fréquence de grossesses caractérisées de non-suivies est surtout importante chez les jeunes femmes. Pour l'ensemble de femmes, cette fréquence se situe à 0,4% en 2003. L'absence de suivi prénatal est également plus marquée à Bruxelles qu'en région wallonne, chez les mères d'origine étrangère beaucoup plus que chez les belges, et chez les femmes isolées.

**Figure 1.1**  
**Suivi prénatal et âge gestationnel**



## Age des femmes enceintes

La comparaison entre la répartition des âges des mères en CPN-ONE et dans la population générale des mères selon nos données « avis de naissance » (voir tableau page 21) montre que le pourcentage de futures mères de moins de 20 ans reste de manière constante deux fois plus élevé en CPN de l'ONE que dans la population générale des jeunes mères de la Communauté française. Ainsi en 2004, on note

5,4% de futures mères de moins de 20 ans en CPN ONE pour 2,7% dans l'ensemble des « avis de naissance ». On observe le même phénomène pour les futures mères de 20 à 24 ans qui sont 23% en CPN ONE pour 15,6% dans la population globale.

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

**Tableau 1.27**  
Catégories d'âge des futures mères inscrites  
dans les consultations prénatales ONE de 1998 à 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
12 - 15 ans	20 0,23%	14 0,17%	23 0,27%	11 0,15%	15 0,21%	9 0,13%	7 0,10%
16 - 19 ans	611 7,03%	626 7,54%	645 7,58%	411 5,68%	384 5,44%	322 4,73%	393 5,35%
20 - 24 ans	2299 26,44%	2237 26,93%	2227 26,18%	1830 25,28%	1728 24,47%	1571 23,09%	1693 23,05%
25 - 29 ans	2994 34,44%	2743 33,02%	2853 33,54%	2364 32,66%	2246 31,80%	2160 31,75%	2291 31,19%
30 - 34 ans	1851 21,29%	1752 21,09%	1806 21,23%	1698 23,46%	1695 24,00%	1736 25,52%	1830 24,91%
35 - 39 ans	764 8,79%	807 9,71%	779 9,16%	749 10,35%	808 11,44%	801 11,77%	888 12,09%
40 ans et plus	155 1,78%	128 1,54%	173 2,03%	175 2,42%	187 2,65%	204 3,00%	243 3,31%
<b>TOTAL</b>	<b>8694</b>	<b>8307</b>	<b>8506</b>	<b>7238</b>	<b>7063</b>	<b>6803</b>	<b>7345</b>
Données manquantes	5,40%	10,50%	9,70%	10,10%	7,80%	9,50%	12,70%

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

Des études ont montré une prépondérance de naissances prématurées chez les femmes de jeune âge ainsi que chez celles de plus de 35 ans. Les causes étant la plupart du temps

d'ordre socio-économique chez les premières et médical chez les dernières.

## Situation relationnelle de la future mère

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

La proportion de femmes isolées fréquentant les consultations prénatales ONE est au delà de 2 fois plus élevée que dans les « avis de naissance ».

**Tableau 1.28**  
Situation relationnelle des futures mères  
des consultations prénatales ONE de 1998 à 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
En couple/ En famille	7881 94,24%	7669 94,32%	7613 94,61%	6807 94,59%	6692 93,99%	6505 92,96%	7383 91,57%
Isolées/ Maison d'accueil	482 5,76%	462 5,68%	434 5,39%	389 5,41%	428 6,01%	493 7,04%	680 8,43%
<b>TOTAL</b>	<b>8363</b>	<b>8131</b>	<b>8047</b>	<b>7196</b>	<b>7120</b>	<b>6998</b>	<b>8063</b>
Données manquantes	9,0%	12,4%	14,6%	10,6%	7,1%	6,9%	4,1%

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

## Situation professionnelle des femmes enceintes fréquentant les Consultations prénatales de l'ONE

Le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de l'aide sociale semble se stabiliser autour des 10 %.

Néanmoins, on constate que les consultations prénatales ONE drainent toujours une part importante de femmes sans emploi. Si on cumule les futures mères chômeuses, sans professions et sous aide sociale, on atteint 59,8 % pour les inscrites en 2002 et 59% pour les inscrites 2003. A cela s'ajoutent 5 % de futures mères « étudiantes ».

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

Dans cette population, on estime que près de 60% de femmes sont actives<sup>10</sup>.

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

**Tableau 1.29**  
Situation professionnelle des femmes enceintes fréquentant les Consultations prénatales de l'ONE de 1998 à 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Active	2873	2810	2958	2433	2428	1416
	32,92%	32,93%	34,65%	33,80%	35,24%	35,89%
Etudiante	437	402	410	361	371	203
	5,01%	4,71%	4,80%	5,01%	5,38%	5,15%
Chômeuse	2440	2299	2335	1998	1870	1148
	27,96%	26,94%	27,35%	27,75%	27,14%	29,10%
Pensionnée, Invalide	52	53	41	30	23	19
	0,60%	0,62%	0,48%	0,42%	0,33%	0,48%
Sans profession	2124	2071	1898	1608	1435	756
	24,34%	24,27%	22,23%	22,34%	20,83%	19,16%
Sous aide sociale (CPAS)	801	898	895	769	763	403
	9,18%	10,52%	10,48%	10,68%	11,07%	10,22%
<b>TOTAL</b>	<b>8727</b>	<b>8533</b>	<b>8537</b>	<b>7199</b>	<b>6890</b>	<b>3945</b>
Données manquantes	5,0%	8,1%	9,4%	10,6%	10,1%	47,5%

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2003

Il est à mentionner ici la part importante de données manquantes, due au fait du changement de la nomenclature de cette variable dans le courant de l'année 2003. Ceci veut dire que les 47% de données manquantes (mentionné en dessous du tableau ci-dessus) sont pour la plupart encodées sous la nouvelle version de la variable. Il en sera de même de la variable « niveau d'instruction » ci-après.

Ces deux variables selon le codage, donnent des résultats dissemblables et, ainsi, ne seront pas reprises pour l'année 2004 et seulement les distributions des données partielles

de 2003 seront rapportées pour une meilleure comparabilité. Les modifications portées rendent ces données inexploitable pour 2004 et seront retravaillées avec les agents de première ligne pour une visibilité plus claire et une meilleure description de la population fréquentant les structures prénatales de l'ONE.

<sup>10</sup> Données Panel démographique 91-2002 ; Population active de mères avec un enfant de moins de 16 ans en communauté française.

**Tableau 1.30**  
Niveau d'instruction des futures mères

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Primaire non achevé	98	103	126	96	96	55
	1,56%	1,65%	2,07%	1,74%	1,86%	1,91%
Primaire terminé	594	683	613	481	442	215
	9,45%	10,96%	10,06%	8,70%	8,58%	7,45%
Second. Inf. techn. Prof	3289	3221	3173	2905	2788	1579
	52,34%	51,67%	52,08%	52,56%	54,13%	54,71%
Second. Sup.	1163	1222	1149	1089	983	565
	18,51%	19,60%	18,86%	19,70%	19,08%	19,58%
Supérieur type court	692	629	692	673	596	312
	11,01%	10,09%	11,36%	12,18%	11,57%	10,81%
Sup. type long ou univ.	361	320	307	236	222	142
	5,74%	5,13%	5,04%	4,27%	4,31%	4,92%
Illétrée	87	56	33	47	24	18
	1,38%	0,90%	0,54%	0,85%	0,47%	0,62%
<b>TOTAL</b>	<b>6284</b>	<b>6234</b>	<b>6093</b>	<b>5527</b>	<b>5151</b>	<b>2886</b>
Données manquantes	31,6%	32,8%	35,3%	31,4%	32,8%	61,6%

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2003

## Les comportements tabagiques des femmes enceintes

De 1998 à 2001, on note une augmentation constante du nombre de mères fumeuses, passant de 28 % en 1998 à 34,5 % en 2002. Cette tendance semble légèrement s'infléchir pour les mères inscrites en 2003 et 2004 pour revenir en 2004 à près de 70 % des mères qui se déclarent « non fumeuses ».

Le pourcentage de futures mères « grosses fumeuses » oscille autour de 9 % depuis 1998 avec un pic à plus de 10 % en 2001.

Il faut aussi tenir compte du fait que comme il s'agit d'une donnée « sensible », nous obtenons encore de nombreuses inconnues pour cette question, même si en 2004, on atteint les proportions en diminution de données manquantes.

**Tableau 1.31**  
Habitudes tabagiques des futures mères fréquentant les consultations prénatales de l'ONE de 1998 à 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Non fumeuses	6365	5742	5043	3729	3715	4070	4889
	71,85%	69,69%	67,50%	63,26%	65,44%	67,98%	69,67%
Fumeuses de 1 à 10 c/jr	1248	1315	1273	1204	1098	1006	1143
	14,09%	15,96%	17,04%	20,42%	19,34%	16,80%	16,29%
Fumeuses de 11 à 20 c/jr	793	752	743	605	544	563	598
	8,95%	9,13%	9,95%	10,26%	9,58%	9,40%	8,52%
Fumeuses de plus de 20 c/jr	453	430	412	357	320	348	387
	5,11%	5,22%	5,51%	6,06%	5,64%	5,81%	5,52%
<b>TOTAL</b>	<b>8859</b>	<b>8239</b>	<b>7471</b>	<b>5895</b>	<b>5677</b>	<b>5987</b>	<b>7017</b>
Données manquantes	3,6%	11,2%	20,7%	26,8%	25,9%	20,4%	16,6%

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

## La diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse

Si seules + ou - 16 % des femmes enceintes déclaraient diminuer leur consommation de cigarettes au cours de leur grossesse entre 1998 et 2001, on peut espérer l'apparition

d'une meilleure prise de conscience du problème ces deux dernières années puisque ce chiffre passe à 25,2 % en 2003 et 36,1 % en 2004.

Tableau 1.32

### Diminution de la consommation tabagique chez les futures mères fréquentant les consultations prénatales de l'ONE de 1998 à 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
OUI	413	424	387	351	388	484	770
	16,56%	16,98%	15,94%	16,21%	19,78%	25,22%	36,15%
NON	2081	2073	2041	1815	1574	1435	1360
	83,44%	83,02%	84,06%	83,80%	80,22%	74,78%	63,85%
TOTAL	2494	2497	2428	2166	1962	1919	2130

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

## La gestité

La répartition de femmes selon leur gestité reste assez constante dans la population des CPN de l'ONE depuis 1998. De même, les différences avec la population générale des «avis de naissance» se maintiennent. Dans la population des CPN de l'ONE, on trouve moins de primigestes

et de 2ème gestes, une proportion équivalents de 3ème gestes, et nettement plus de 4ème gestes. Donc à nouveau une population plus « à risque ».

Tableau 1.33

### Gestité des femmes enceintes fréquentant les structures prénatales de l'ONE de 1998 à 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Primigeste	3119	3054	3074	2617	2531	2445	2787
	33,97%	33,01%	32,67%	32,70%	33,22%	32,82%	33,37%
2 <sup>ème</sup> geste	2605	2641	2694	2276	2195	2165	2403
	28,37%	28,54%	28,64%	28,44%	28,81%	29,06%	28,77%
3 <sup>ème</sup> geste	1618	1667	1619	1389	1277	1431	1501
	17,62%	18,02%	17,21%	17,36%	16,76%	19,21%	17,97%
4 <sup>ème</sup> geste et plus	1839	1891	2021	1721	1616	1409	1662
	20,03%	20,44%	21,48%	21,50%	21,21%	18,91%	19,90%
TOTAL	9181	9253	9408	8003	7619	7450	8353
Données manquantes	0,1%	0,3%	0,2%	0,6%	0,6%	0,9%	0,7%

Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

## La Parité

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

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

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

**Tableau 1.34**  
**Parité des femmes enceintes fréquentant les structures prénatales de l'ONE de 1998 à 2004**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nullipare	3809	3774	3787	3272	3136	3132	3506
	41,51%	40,84%	40,19%	40,99%	41,23%	42,02%	41,97%
Primipare	2772	2801	2856	2409	2364	2273	2555
	30,21%	30,31%	30,31%	30,18%	31,08%	30,49%	30,58%
2 <sup>ème</sup> pare	1450	1565	1535	1273	1179	1200	1310
	15,80%	16,94%	16,29%	15,95%	15,50%	16,10%	15,68%
3 <sup>ème</sup> pare et plus	1145	1100	1245	1028	928	849	983
	12,48%	11,90%	13,21%	12,88%	12,20%	11,39%	11,77%
<b>TOTAL</b>	<b>9176</b>	<b>9240</b>	<b>9423</b>	<b>7982</b>	<b>7607</b>	<b>7454</b>	<b>8354</b>
Données manquantes	0,1%	0,4%	0,0%	0,9%	0,7%	0,8%	0,7%

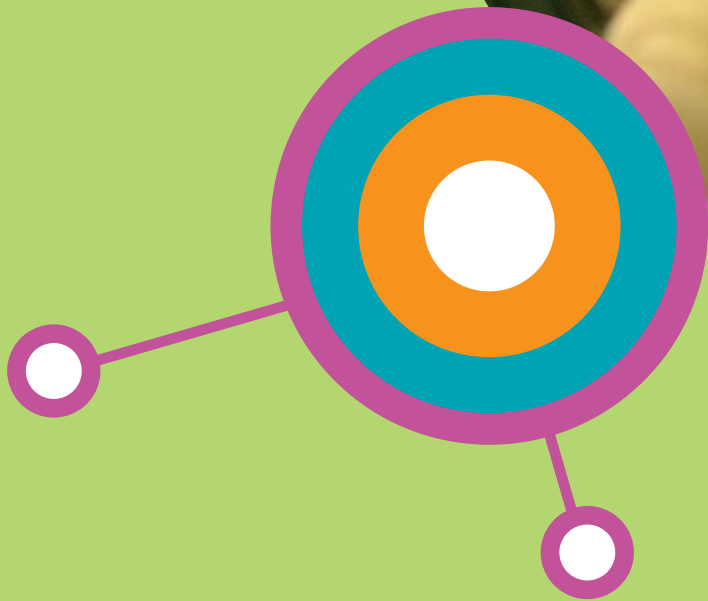
Sources : «Volet prénatal» BDMS, ONE, 1998 - 2004

## Conclusion

Les structures prénatales de l'ONE ont un rôle de guidance médico-sociale de la grossesse. Les relevés qui en reviennent dressent une description de la population qui les fréquente de façon à ajuster les besoins et cibler les populations nécessiteuses. Il demeure que malgré les principes majeurs d'accessibilité géographique et financière, d'universalité et de non discrimination, une proportion non négligeable de femmes enceintes n'est pas suivie durant la grossesse.

Des recherches autour des structures prénatales et périnatales de l'ONE sont en cours et visent la qualité et l'optimisation des services de ce secteur. Il s'agit de deux recherches menées par le conseil scientifique de l'ONE sur la « mise en place de dispositifs de soutien et d'accompagnement des futures mères » et le « profil des mères nouvellement accouchées ». dépistages auditifs réalisés au sein des maternités.

Samuel NDAME - Direction Etudes et Stratégies



## CHAPITRE 2

ONE / BDMS

Dossier spécial : La prématurité





ONE / BDMS Dossier spécial : La prématurité

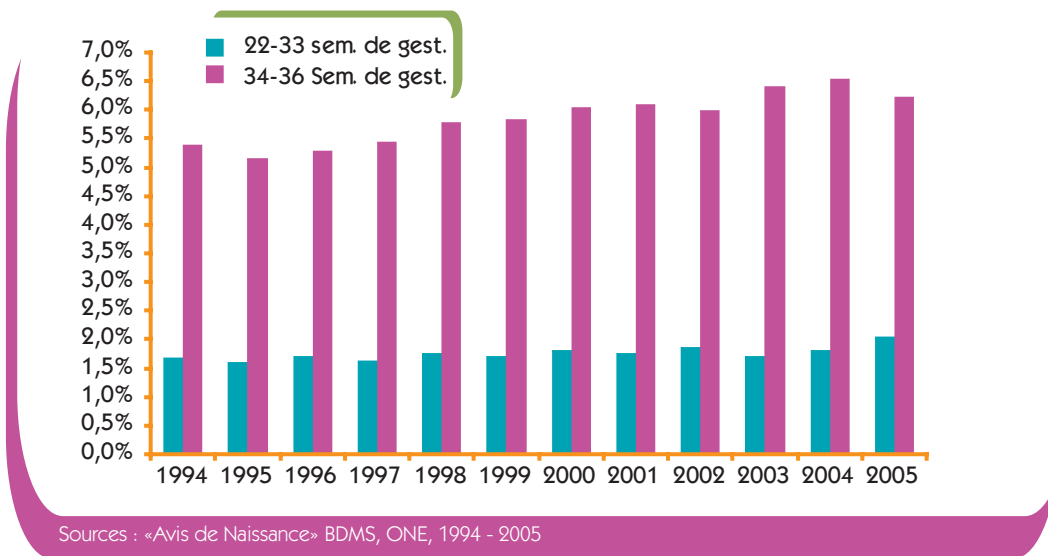




### L'enfant né prématuré

L'incidence de la prématurité est en augmentation dans les données BDMS, passant de 7,4% en 1996 à 8,2% en 2005. La prématurité est une situation à risque de séquelles pour l'enfant et toutes ne sont pas prévisibles à la sortie du centre néonatal. Le suivi permet de les repérer au cours du développement de l'enfant et la prise en charge précoce et efficace est capitale pour son devenir.

**Figure 2.1**  
Evolution de la prématurité de 1994 à 2005  
BDMS-ONE

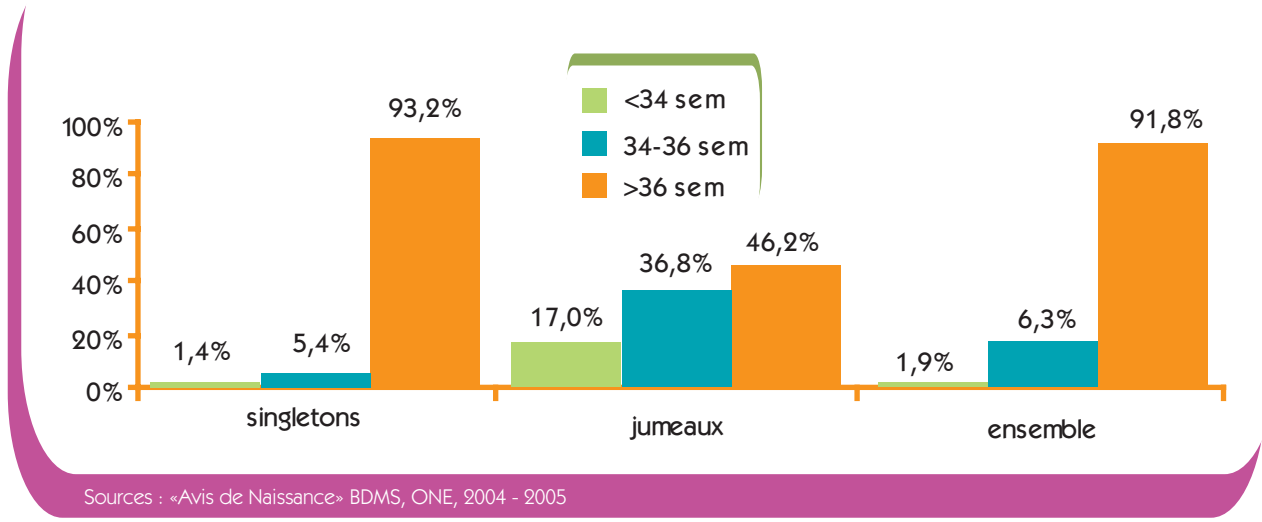


Les grossesses multiples ont un taux de prématurité plus important, dépassant 50%. Le risque pour des jumeaux de naître prématurément est multiplié par 8 par rapport à un enfant unique. Plus que le poids, jadis pris en compte, c'est l'âge gestationnel qui détermine le pronostic pour l'enfant. La morbidité et la mortalité des prématurés sont liées **principalement**

aux infections, aux détresses respiratoires et aux complications neurologiques<sup>1</sup> et, ces trois causes sont associées dans trois cas **sur quatre**. Les problèmes de santé courants ne sont cependant ni plus graves, ni plus fréquents chez le prématuré.

<sup>1</sup> Dossier « L'enfant prématuré » in la FMC du généraliste n° 2278 du 20 février 2004

**Figure 2.2**  
Durée de gestation en fonction du nombre d'enfants de la grossesse



## Définitions

### Considérations préliminaires : l'âge gestationnel

#### L'âge gestationnel anamnestique (basé sur la date des dernières règles)

L'âge gestationnel s'exprime en semaines et en jours<sup>2</sup> d'aménorrhée, à partir du premier jour des dernières règles. Il s'agit de l'âge post-menstruel. Selon cette définition (10th revision of International Classification of diseases), la période entre 30 semaines + 0 jours et 30 semaines + 6 jours, par exemple, sera définie comme la 30<sup>e</sup> semaine de gestation révolue (210-216 jours). Le fœtus aura donc terminé sa 30<sup>e</sup> semaine et se trouvera dans sa 31<sup>e</sup> semaine de gestation.

#### L'âge échographique

L'âge gestationnel calculé sur la base des dernières règles est correct si la femme ovule au 14<sup>ème</sup> jour du cycle. Néanmoins, si l'ovulation, et donc la conception, arrive plus tard au cours du cycle menstruel, une grossesse normale aura une période d'aménorrhée plus longue. Et dans ces cas, l'âge de la grossesse calculé sur la base des dernières menstruations sera incorrect. Les mesures échographiques (ultrasonographiques), en début de grossesse, permettent de corriger cette erreur liée à un éventuel retard d'ovulation: en effet, en début de grossesse (6 à 12 semaines), les mesures de l'embryon permettent de définir avec une très bonne précision (à 2 ou 3 jours près) l'âge réel de la grossesse. La mesure la plus utilisée est la Longueur Céphalo-Caudale : du sommet de la tête au bas de la colonne (LCC ou CRL en anglais : Crown-Rump Length).

#### L'âge pédiatrique

En absence de repères anamnestiques ou échographiques, l'âge gestationnel peut être évalué après la naissance sur la base de critères pédiatriques cliniques. Cette évaluation clinique postnatale du nouveau-né, en cas d'absence d'examen obstétrical précoce, permet ainsi de confirmer ou de corriger l'âge gestationnel calculé sur la base des dernières règles seules, ou d'évaluer l'âge gestationnel en absence de données anamnestiques ou échographiques.

<sup>2</sup> International Classification of Disease, 10th revision, vol.1, World Health Organization, Geneva, 1992

## Définition de la prématurité

### Durée moyenne de la grossesse

La prématurité est définie à partir de la durée de la grossesse. Une grossesse dure en moyenne 40 semaines (du 1<sup>er</sup> jour des dernières menstruations jusqu'au jour de la naissance). Lorsque le bébé naît avant la 37<sup>e</sup> semaine accomplie, on dit qu'il est prématuré. Si son corps semble tout à fait formé, il est cependant de petit poids et certains organes sont immatures, particulièrement les poumons, le système digestif, le cerveau. Plus le bébé est prématuré, plus il aura besoin de soins spécialisés.

### Evolution des définitions de la prématurité

Jusque fin des années 90, la déclaration légale et obligatoire de la naissance était fixée à 28 semaines<sup>3</sup>. Par la suite, tous les enfants nés vivants à partir de la 22<sup>e</sup> semaine d'âge gestationnel ou pesant au moins 500 grammes, doivent être enregistrés à l'Etat-civil (OMS).

Pendant des années, on a défini la prématurité par un petit poids de naissance (moins de 2.500 grammes). Les moins de 1500 grammes étaient dits « grands prématurés » et les moins de 1000 grammes « très grands » prématurés ». Cependant, à poids de naissance équivalents, le pronostic de viabilité peut être très différent et dépend surtout de l'âge gestationnel. Aujourd'hui, une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée est dite prématurée.

#### On distingue :

- Une prématurité moyenne : naissance survenant de 33 à 36 semaines et 6 jours d'aménorrhée.
- Une grande prématurité : naissance survenant de 28 à 32 semaines et 6 jours d'aménorrhée.
- Une très grande prématurité : toute naissance survenant avant 28 semaines d'aménorrhée.

Ce découpage, aujourd'hui classique, ne date, en pratique, que de la fin des années 80.



<sup>3</sup> Loi du 27 avril 1999 introduisant un article 80bis dans le code civil et abrogeant le décret du 4 juillet 1806 concernant le mode de rédaction de l'acte par lequel l'officier de l'état civil constate qu'il lui a été présenté un enfant sans vie.

## Etiologie

Dans plus de 50% des cas, on ignore les raisons du déclenchement prématuré de l'accouchement: la naissance survient alors que tout allait bien, sans avertissement. Les facteurs biologiques sont souvent importants. Les facteurs biologiques sont, entre autres, une augmentation de la tension artérielle, les grossesses multiples, des saignements vaginaux, les infections ...

*On peut distinguer trois types d'étiologies du déclenchement prématuré :*

### Causes directes :

Les principales sont :

- une surdistension utérine (grossesses multiples, hydramnios, ...),
- les infections génito-urinaires
- des infections généralisées avec hyperthermie (pneumonie, grippe, listériose)
- des anomalies utérines (béance cervico-isthmique, malformations utérines, ...),
- des problèmes placentaires (placenta previa, ...)

### Causes indirectes :

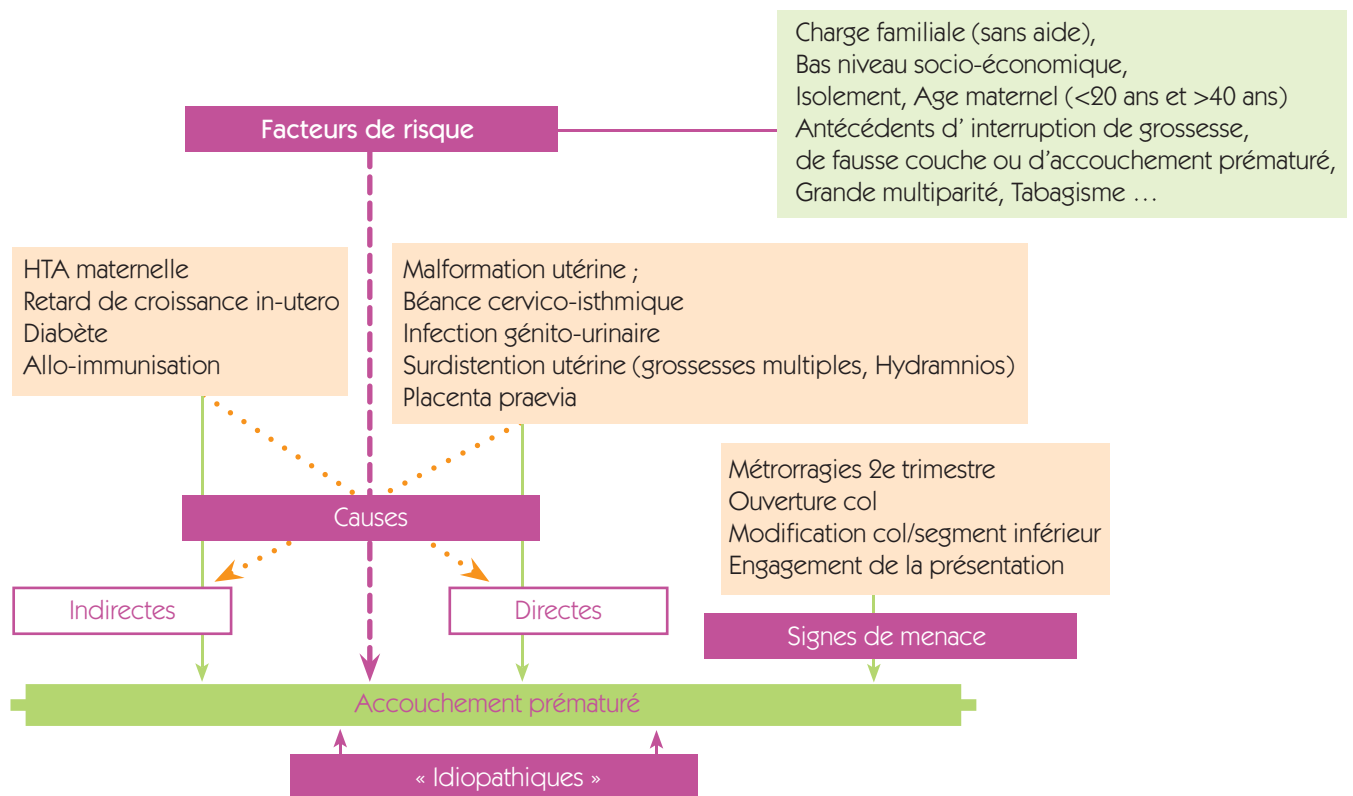
Menaçant directement la mère et/ou l'enfant, elles peuvent être, par exemple l'hypertension artérielle (HTA) maternelle et la toxémie gravidique, le retard de croissance intra-utérin (RCIU), le diabète, les allo immunisations Rhésus, l'hématome rétro placentaire, la souffrance foetale aiguë.

### Facteurs de risque :

Sans constituer une cause directe ou indirecte, les facteurs de risque sont des situations associées statistiquement à des accouchements prématurés. Ces facteurs de risque d'accouchement prématuré doivent donc être pris en compte en terme de prévention. On peut identifier plusieurs facteurs de risque d'accouchement prématuré : âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans, tabagisme, multiparité, mauvaises conditions socio-économiques: fatigue excessive liée au travail professionnel ou familial, déplacements quotidiens, position debout prolongée, etc.

Il ne faut pas confondre facteurs de risque, causes et signes de menace : l'accouchement prématuré est plus fréquent chez les femmes qui présentent des facteurs de risque que dans la population générale. Si l'accouchement précédent est prématuré, le risque que cela se reproduise est multiplié par un facteur 3. Le lien avec le facteur « risque » concerne une grossesse antérieure et ne peut pas être d'ordre causal pour la grossesse actuelle.

**Figure 2.3**  
Facteurs de risque et signes de menace d'accouchement prématuré



## Types de prématurité

### La prématurité moyenne

Environ 6% des nouveau-nés en Communauté française de Belgique naissent entre 34 0/7 et 36 6/7 semaines d'âge gestationnel (AG). En principe, ces naissances peuvent avoir lieu dans une clinique obstétricale pourvue uniquement d'un département de néonatalogie « n » : néonatalogie de base, non attachée à une unité de néonatalogie « N » : département néonatal de soins intensifs (NIC : Neonatal Intensive Care ou Soins Intensifs Néonataux)

Cependant, comparés aux nouveau-nés à terme (37 0/7 jusqu'à 42 0/7 semaines), les enfants prématurés de cette catégorie d'âge gestationnel présentent plus de complications à la naissance et durant les premiers jours de vie<sup>4</sup>, cependant, ils seront rarement en couveuse et pourront rester auprès de la mère.

### La grande prématurité

Les grands prématurés (nés entre 28 semaines 0/7 et 33 semaines 6/7), pèsent généralement moins de 2000 grammes et doivent bénéficier de soins particuliers. Environ 1% des enfants sont nés grands prématurés en Communauté française et cette proportion est constante depuis une décennie. Ces enfants resteront un certain temps en couveuse.

### La très grande prématurité

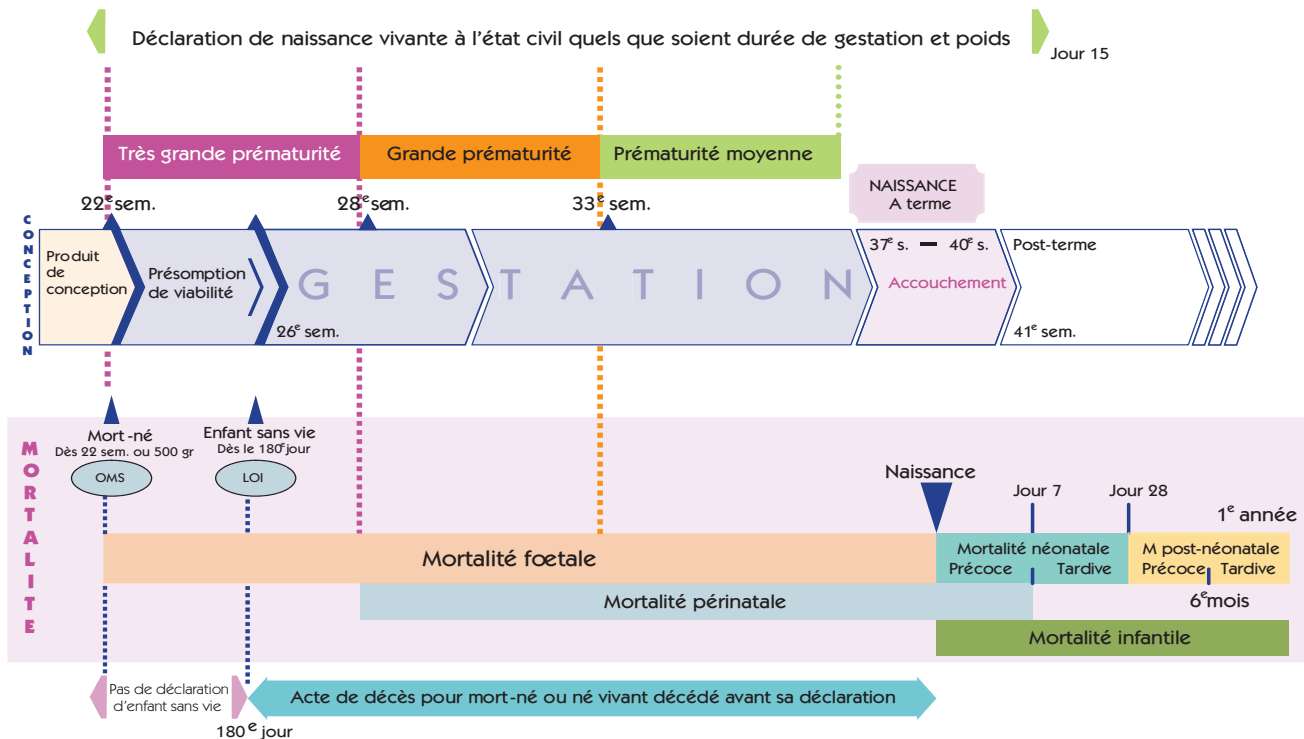
Ces nouveau-nés (entre 22 semaines 0/7 et 27 semaines 6/7) ont généralement un poids inférieur à 1000 grammes. Le pronostic tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité est beaucoup plus réservé. La limite d'âge gestationnel à partir duquel la réanimation néonatale est légitime est en perpétuelle évolution compte tenu des progrès de la néonatalogie et fait l'objet de débats éthiques qui sortent du champ du présent travail.

Les données récentes montrent que les bébés nés à 23 semaines 0/7 auront un pronostic très différent de ceux nés à 25 semaines. Le taux de survie néonatale augmente rapidement au cours de cet intervalle de temps de deux semaines, passant de 10% à 50%<sup>5</sup>.

A 23 semaines, parmi les nouveau-nés qui survivent, 20 % à 35 % présentent des handicaps sévères (paralysie cérébrale, hydrocéphalie, déficit intellectuel sévère, cécité ou surdité, ou plusieurs d'entre elles qui exigent des soins importants.

Entre 25 et 26 semaines complètes (175 à 188 jours), le taux de survie des nourrissons est de 50% à 80%. Les déficits et handicaps affectent 10 % à 25 % de ces bébés.

Figure 2.4  
Points de repère autour de la naissance



<sup>4</sup> Szabo P., Arlettaz R., Bucher H.U.: « prise en charge des enfants prématurés de 34 à 36 semaines d'âge gestationnel », Réunion annuelle de la Société Suisse de Pédiatrie, Fribourg, 2002

<sup>5</sup> Effer SB, Lopes LM, Whitfield : When does outcomes justify heroic intervention? Univariate analysis of gestation age-specific neonatal mortality and morbidity, J Soc Obstet Gynecol Canada, 1992; 14(6) : 39-49

## Historique

Extraits du mémoire de psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de Madame Sylvette Rey intitulé « La prématurité au fil des jours en pédiatrie néonatale » Université de Paris-Nord, 1997.

La première documentation précise et détaillée sur les soins après la naissance, décrivant entre autres la prématurité, est donnée par Soranus d'Ephèse (98-138 après J.-C.). Avant lui, Hippocrate (460-377 avant J.-C.), tout en constatant que « peu d'enfants nés à sept mois survivent », reconnaît que les fœtus sont alors constitués en toutes leurs parties et qu'ils peuvent vivre : « Le rapport et le temps où ils ont été nourris dans la matrice leur ont donné tout ce que possèdent les fœtus les plus parfaits et le plus en état de vivre. »

En 1765, Mauquest de la Motte, dans son « Traité des accouchements naturels, non naturels et contre nature » écrit : « Les enfants peuvent vivre à sept ou huit mois, mais mieux à huit qu'à sept... la Raison insinue suffisamment qu'un enfant est d'autant plus en état de vivre qu'il approche plus au terme de 9 mois ».

Il est possible qu'il n'y ait eu à cette époque que 15 pour 100 de survivants dont faisaient partie Galilée, Newton et Voltaire et, plus près de nous, Victor Hugo et Louis Napoléon Bonaparte.

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, apparaissent les premiers hôpitaux de soins réservés aux enfants (Hôpital des Enfants malades en 1802). Mais il faudra encore presque un siècle pour que naisse une véritable médecine pour les enfants.

Dans le même temps, Tarnier, accoucheur, visite au jardin d'acclimatation les nouveaux incubateurs à poulets, que l'on expérimente à partir de plans très anciens découverts dans des hiéroglyphes. « Il a l'idée d'appliquer la méthode aux nouveau-nés et fait construire les premières couveuses (une caisse en bois isolant l'enfant) qui sont essayées à la maternité de Port-Royal (Paris) en 1880.

Avec ses élèves, il pose les bases essentielles de la réanimation néonatale et des soins aux prématurés : hygiène rigoureuse, alimentation suffisante par gavage, élevage dans une atmosphère humide, à température constante et isolement des enfants ».

Toutefois, dans son livre « L'allaitement », publié en 1907, Pierre Budin préconise le premier que les mères de prématurés soient invitées à participer étroitement à l'alimentation et aux soins de leur enfant.

Malheureusement, les problèmes d'infection rencontrés incitent un de ses disciples, Martin Cooney, à développer les premières unités d'accueil et de soins aux nouveau-nés et aux prématurés en interdisant aux parents l'entrée dans ces unités. Le taux élevé de mortalité conduit les médecins à rendre encore plus strict l'isolement et à interdire l'alimentation maternelle.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les recommandations spécifient que l'on utilise des incubateurs faciles à désinfecter, que les salles ne soient pas surpeuplées, que le personnel porte des blouses, se lave les mains avant de s'occuper d'un bébé et que tout bébé porteur d'infection soit isolé (Churchill et De Gaulle naissent prématurément à cette époque).

Aux Etats-Unis, Hess fonde le premier centre de prématurés en 1922 et Levine, le plus grand spécialiste de la physiologie du prématuré, décrit tout ce qui manque au prématuré et par conséquent tout ce qui permet d'y remédier.

Dans les années 40, on estime encore que la survie est exclue pour un bébé venu au monde avec un poids inférieur à 1500 grammes, malgré de rares exceptions.

Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que la pédiatrie néonatale devient une science à part entière. Les recherches scientifiques portent alors sur les adaptations physiologiques du bébé à la vie extra-utérine.

En France, Minkowski est un des premiers à se consacrer entièrement à cette discipline de pédiatrie néonatale : « Toutes nos connaissances et tout ce que nous avons pu faire dans nos services, nous le devons à la recherche scientifique » (Minkowski, 1976).

A ce moment là, le handicap biologique reconnu du bébé prématuré se double d'un handicap psychique en grande partie méconnu. En effet, sur le plan psychique, on considère que le nouveau-né n'est pas un être en relation et que l'attachement maternel est plus de l'ordre de l'instinct.

Les progrès technologiques ont permis que surgisse à nouveau la question du psychique : les conséquences psychologiques de la séparation sont de mieux en mieux connues (maternité vide, dépression de la mère, risque de mauvais traitements).

La relative maîtrise du risque biologique permet l'ouverture progressive des services de néonatalogie aux parents :

- jusqu'à la fin des années 60, les médecins préconisent l'isolement total. Jusqu'à la sortie de l'enfant, quelquefois trois ou quatre mois après sa naissance, au poids d'au moins 3 kg, les parents ne peuvent donc « visiter » leur bébé prématuré que derrière une vitre. La mère ne s'est pas ou peu occupée de son bébé, et c'est pratiquement un inconnu qui arrive dans sa famille.

- au début des années 70, les parents sont invités à entrer petit à petit dans les services et à toucher leur bébé dans la couveuse lorsqu'on se rend compte que leur présence n'engendre pas plus de problème d'infection. Ils s'inquiètent des variations de poids, des machines, et il faut, contrairement à l'usage antérieur, que les médecins et les infirmières apportent une réponse quotidienne.

- dans les années 80, l'accueil des parents est devenu un souci constant pour les équipes. Le père est souvent le premier à venir faire la connaissance de son bébé, il fait le lien avec la maman. Celle-ci peut prendre son bébé dans les bras dès que possible. Les parents font la toilette, donnent le bain, biberon. La maman met son bébé au sein très tôt. Les parents sont maintenant de véritables « partenaires » dans la prise en charge de leur bébé prématuré.

# Données concernant la prématurité en Communauté française de Belgique

(Banque de données de l'ONE 2004-2005)

Les données de mortalité montrent une surmortalité chez les prématurés en 2005, de l'ordre de 102‰ chez les nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 34 semaines, 11‰ entre 34 et 36 semaines de durée gestationnelle et environ 1‰ parmi les naissances au delà de la 36<sup>e</sup> semaine de durée gestationnelle. La part de mortalité connue via les documents « avis de naissance » de l'ONE et transmise à la BDMS à l'administration pour traitement est de 4 pour mille naissances. Le cumul des données 2004 et 2005 donne les résultats repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2.1

Devenir selon la tranche de durée gestationnelle BDMS-ONE 2004-2005

Cumul de données 2004 et 2005 « avis de naissance – ONE »		Devenir de l'enfant		TOTAL
		Mort	Vivant	
Moins de 34 semaines de gestation	N	222	1857	2079
	‰	107‰	893‰	
De 34-36 semaines de gestation	N	69	6166	6235
	‰	11‰	989‰	
37 semaines de gestation et plus	N	114	88619	88733
	‰	1‰	999‰	
TOTAL	N	405	96642	97047
	‰	4‰	996‰	

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

Le présent rapport traite cependant exclusivement des naissances vivantes dans les tableaux développés ci-après.

Les chiffres de ce chapitre, comme l'ensemble des données « avis de naissance », sont issus des données des services de liaison ONE présents dans différentes maternités de la Communauté française, ils sont ceux des naissances vivantes des années 2004 et 2005 issues de grossesses uniques de résidentes à Bruxelles et Wallonie, excluant ainsi les naissances multiples.

## Différences liées au sexe

Chez les garçons, le taux de prématurité est de 7,2% contre 6,5% chez les petites filles.

## Différences régionales

Pour l'année 2004, le taux de prématurité en Flandre (Données SPE 2005) était de 6,6% contre 6,9% en Communauté francophone (Source ONE). La Région de Bruxelles-Capitale avait un taux de prématurité à 6,0% et la région wallonne avait 7,2% de naissances prématurées.

## Différences régionales au cours du temps

Le taux de prématurité augmente régulièrement, et ce pour les régions wallonne et flamande : ainsi, en Wallonie, le taux de prématurité était de 5,8% en 1995, 6,0% à Bruxelles (augmentation de 19% en 10 ans pour la partie francophone, même si Bruxelles reste stable), et en Flandre de 5,3% (augmentation de 24% dans la même durée).

## Différences liées à la subrégion de résidence

Selon la subrégion de résidence de la mère, il y a une différence des taux de prématurité.

Ainsi, à Bruxelles, le taux de prématurité connaît un niveau plancher par rapport à la Communauté française au seuil des 5,8%, alors que Liège plafonne à près de 2 unités au dessus de ce seuil à 7,6%.

Les causes des différences de prématurité liées à la nationalité d'origine sont multifactorielles, et chaque subrégion a sa réalité socio-économique et culturelle. Sur le plan de la prématurité, la proportion des populations d'origine

étrangère, notamment d'Afrique du Nord et de Turquie dans la capitale apporte un élément de réponse à cette différence significative entre les régions, mais aussi entre subrégions. Le tableau de la durée gestationnelle selon l'origine géographique des mères ci-dessous conforte ce point de vue.

**Tableau 2.2**  
Durée gestationnelle selon la subrégion de résidence de la mère BDMS-ONE 2004-2005

	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
Bruxelles	771	12127	12898	741	12241	12982	1512	24368	25880
	6,0%	94,0%	100,0%	5,7%	94,3%	100,0%	5,8%	94,2%	100,0%
Brabant wallon	233	3226	3459	217	3370	3587	450	6596	7046
	6,7%	93,3%	100,0%	6,1%	94,0%	100,0%	6,4%	93,6%	100,0%
Hainaut	934	11901	12835	881	11816	12697	1815	23717	25532
	7,3%	92,7%	100,0%	6,9%	93,1%	100,0%	7,1%	92,9%	100,0%
Liège	737	8714	9451	741	8999	9740	1478	17713	19191
	7,8%	92,2%	100,0%	7,6%	92,4%	100,0%	7,7%	92,3%	100,0%
Luxembourg	178	2708	2886	173	2665	2838	351	5373	5724
	6,2%	93,8%	100,0%	6,1%	93,9%	100,0%	6,1%	93,9%	100,0%
Namur	349	4591	4940	356	4711	5067	705	9302	10007
	7,1%	92,9%	100,0%	7,0%	93,0%	100,0%	7,0%	93,0%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3202</b>	<b>43267</b>	<b>46469</b>	<b>3109</b>	<b>43802</b>	<b>46911</b>	<b>6311</b>	<b>87069</b>	<b>93380</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

## Différences liées à l'origine géographique de la mère

Si l'on regroupe les nationalités selon l'appartenance géographique, et les modes socioculturels, on peut faire des entités plus ou moins homogènes ainsi que le montre le tableau qui suit.

Plus de 140 nationalités d'origine différentes sont représentées dans la banque de donnée de l'ONE. La mosaïque des nationalités ainsi formée n'est pas exhaustive et montre des divergences, mais surtout, suscite des interrogations et nécessite des recherches plus poussées...

Il ressort toutefois que le groupe géographique qui comporte les taux les plus bas de prématurité est celui constitué des femmes originaires de l'Afrique du Nord, du moyen et extrême Orient et de Turquie, avec un pourcentage de 5,6% de prématurés. Les femmes belges ont un taux de 7,2% de prématurité contre 6,3% des ressortissantes de l'Union Européenne et 6,4% pour le reste de l'Europe. Les taux les plus importants de prématurité sont observés dans les populations originaires d'Amérique centrale et latine avec des taux dépassant les 10%.



Tableau 2.3

Durée gestationnelle selon la zone géographique d'origine de la mère BDMS-ONE 2004-2005

	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
Belgique	2027	26224	28251	1946	26793	28739	3973	53017	56990
	7,2%	92,8%	100,0%	6,8%	93,2%	100,0%	7,0%	93,0%	100,0%
Union Européenne (25)	133	1986	2119	122	1931	2053	255	3917	4172
	6,3%	93,7%	100,0%	5,9%	94,1%	100,0%	6,1%	93,9%	100,0%
Autre Europe	39	571	610	32	569	601	71	1140	1211
	6,4%	93,6%	100,0%	5,3%	94,7%	100,0%	5,9%	94,1%	100,0%
Afrique du N. Moy. et Extr. Orient et Turquie	177	2966	3143	179	3358	3537	356	6324	6680
	5,6%	94,4%	100,0%	5,1%	94,9%	100,0%	5,3%	94,7%	100,0%
Afrique Noire	77	1058	1135	87	1182	1269	164	2240	2404
	6,8%	93,2%	100,0%	6,9%	93,1%	100,0%	6,8%	93,2%	100,0%
Asie	16	280	296	12	260	272	28	540	568
	5,4%	94,6%	100,0%	4,4%	95,6%	100,0%	4,9%	95,1%	100,0%
Amérique du Nord	2	6	8	-	18	18	2	24	26
	-	-	-	-	-	-	7,7%	92,3%	100,0%
Amérique centrale et latine	22	160	182	24	171	195	46	331	377
	12,1%	87,9%	100,0%	12,3%	87,7%	100,0%	12,2%	87,8%	100,0%
Océanie	2	6	8	0	0	0	2	6	8
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2495</b>	<b>33257</b>	<b>35752</b>	<b>2402</b>	<b>34282</b>	<b>36684</b>	<b>4897</b>	<b>67539</b>	<b>72436</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005



## Différences liées à l'âge de la mère au moment de l'accouchement

Aux tranches d'âge extrêmes, les taux de prématurité sont plus importants. Ainsi, on observe le taux de prématurité le plus important chez les jeunes mères âgées de moins

de 20 ans (9,4%). Au delà de 40 ans, le taux est relativement élevé : 8,8%. Les taux minima de prématurité se retrouvent dans la tranche d'âge de 30-34 ans : 6,3%.

**Tableau 2.4**  
Durée gestationnelle selon la catégorie d'âge maternel BDMS-ONE 2004-2005

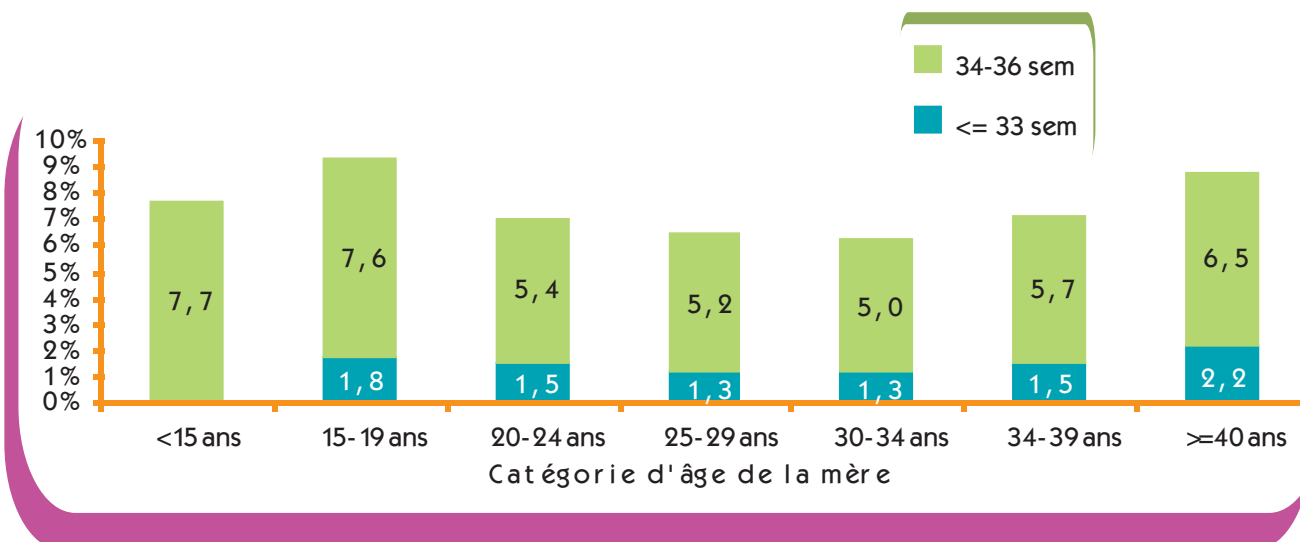
	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
Moins 15 ans	0	6	6	1	6	7	1	12	13
	-	-	-	-	-	-	7,7%	92,3%	100,0%
15-19 ans	116	1152	1268	120	1133	1253	236	2285	2521
	9,1%	90,9%	100,0%	9,6%	90,4%	100,0%	9,4%	90,6%	100,0%
20-24 ans	507	6716	7223	502	6740	7242	1009	13456	14465
	7,0%	93,0%	100,0%	6,9%	93,1%	100,0%	7,0%	93,0%	100,0%
25-29 ans	1004	13987	14991	925	13919	14844	1929	27906	29835
	6,7%	93,3%	100,0%	6,2%	93,8%	100,0%	6,5%	93,5%	100,0%
30-34 ans	909	13496	14405	904	13697	14601	1813	27193	29006
	6,3%	93,7%	100,0%	6,2%	93,8%	100,0%	6,3%	93,8%	100,0%
35-39 ans	498	6044	6542	473	6499	6972	971	12543	13514
	7,6%	92,4%	100,0%	6,8%	93,2%	100,0%	7,2%	92,8%	100,0%
40 ans et plus	137	1563	1700	166	1597	1763	303	3160	3463
	8,1%	91,9%	100,0%	9,4%	90,6%	100,0%	8,8%	91,3%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3171</b>	<b>42964</b>	<b>46135</b>	<b>3091</b>	<b>43591</b>	<b>46682</b>	<b>6262</b>	<b>86555</b>	<b>92817</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

Le risque relatif d'avoir un enfant prématuré chez les mères âgées de 15 à 19 ans par rapport à celles âgées de 30 à 34 ans est de 1,5 en 2005. C'est à dire que, la probabilité

de survenue de prématurité est accrue de 50% chez les mères de moins de 20 ans par rapport aux mères de 30 à 34 ans.

**Figure 2.5**  
Prématurité selon la catégorie d'âge de la mère BDMS-ONE 2004-2005



## Age gestationnel et poids de naissance

Tableau 2.5

Age gestationnel et poids de naissance- Cumul des années 2004-2005 BDMS-ONE

	< 1500 grammes	1500-2499 grammes	>= 2500 grammes	TOTAL
< 37 semaines	566	2419	3293	6278
%	9,00%	38,50%	52,50%	100,00%
>= 37 semaines	25	2544	84338	86907
%	0,00%	3,00%	97,00%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>591</b>	<b>4963</b>	<b>87631</b>	<b>93185</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

Les petits poids de naissance sont liés à la prématurité dans la plupart des cas.

L'issue des grossesses de durée inférieure à 37 semaines se traduit par un poids de naissance inférieur à 2.500 grammes dans 47,5% des cas. D'un autre côté, 3% d'enfants viennent au monde avec un poids inférieur à 2.500 grammes bien que la grossesse ait été menée à terme.

Le tableau précédent révèle en sus, qu'à l'intérieur de la population générale (ensemble de naissances vivantes), la proportion d'enfants nés avant terme, est supérieure à celle des enfants nés avant terme et de poids de naissance connu (tableau ci-dessus). Ceci veut dire que les bébés dont les poids sont manquants sont des naissances de petit poids, très probablement prématurés, et vraisemblablement transférés en unités spécialisées.

La proportion de prématurité issue du tableau croisé précédent (poids de naissance et durée gestationnelle) est de 6,7% au lieu de 8,2% dans la population générale.

## Différences entre hypotrophes (ou dysmatures) et prématurés

Figure 2.6

Tableau comparatif entre hypotrophe et prématurité

### Prématurité

#### » Liée à l'immatrité :

- Respiratoire
- Vasculaire et neurologique
- Hépatique
- Digestive
- Rénale
- Immunitaire
- Hématopoïèse
- Thermorégulation

» Peu liée à l'étiologie :

### Hypotrophie

#### » Liée à la souffrance foetale et la malnutrition :

- Asphyxie périnatale
- Troubles métaboliques
- Troubles micro-circulatoires

#### » Liée à l'étiologie :

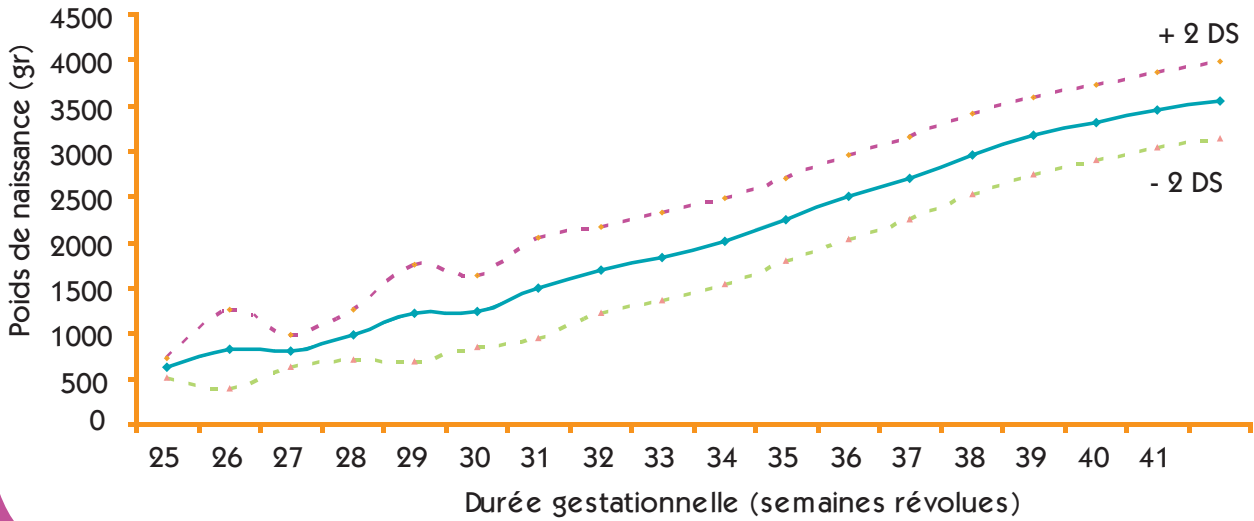
- Embryopathie
- Malnutrition foetale

Pris séparément, chacun des 2 phénomènes - Prématurité et Hypotrophie - concerne donc 4.000 enfants/an en Communauté française actuellement. Mais un assez grand

nombre de ces enfants sont à la fois prématurés et hypotrophes.

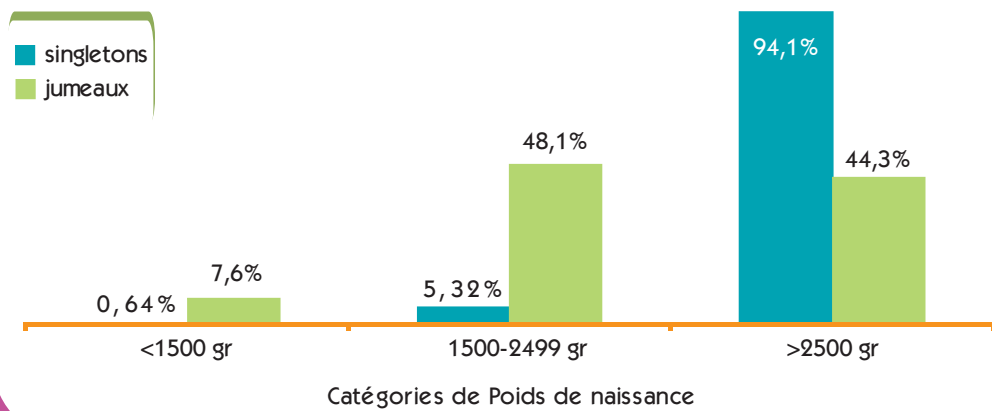
La variation du poids à la naissance par rapport à la durée gestationnelle est traduite par la courbe ci-dessous pour les naissances uniques des deux années considérées dans notre étude :

**Figure 2.7**  
**Courbe de prise de poids en fonction de la durée gestationnelle BDMS-ONE 2004-2005**



Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

**Figure 2.8**  
**Poids de naissance en fonction du nombre d'enfant(s) par grossesse (grossesse unique versus grossesse gémellaire) BDMS-ONE 2004-2005**



Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

## Durée gestationnelle en fonction de la gestité et parité

La prématurité est-elle influencée par le nombre de grossesses antérieures de la mère (gestité) ou le nombre d'accouchements viables (parité) antérieurs ?

Les données de la BDMS montrent, tant pour la gestité que pour la parité, un taux minimal de prématurés (6,2% et 6,0%) chez les mères de gestité et parité égales à 2. Les taux de prématurité sont plus élevés chez les primigestes et primipares (6,5 et 6,9 %) et plus encore chez les grandes multigestes et grandes multipares (4 gestes et 4 pares), respectivement 8,6 et 8,3 %.

**Tableau 2.6**  
Durée gestationnelle en fonction de la gestité

	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
1	1190	16408	17598	1101	16356	17457	2291	32764	35055
	6,8%	93,2%	100,0%	6,3%	93,7%	100,0%	6,5%	93,5%	100,0%
2	875	13320	14195	897	13609	14506	1772	26929	28701
	6,2%	93,8%	100,0%	6,2%	93,8%	100,0%	6,2%	93,8%	100,0%
3	510	7052	7562	495	7148	7643	1005	14200	15205
	6,7%	93,3%	100,0%	6,5%	93,5%	100,0%	6,6%	93,4%	100,0%
4	573	5945	6518	561	6121	6682	1134	12066	13200
	8,8%	91,2%	100,0%	8,4%	91,6%	100,0%	8,6%	91,4%	100,0%
et plus									
TOTAL	3148	42725	45873	3054	43234	46288	6202	85959	92161

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

**Tableau 2.7**  
Durée gestationnelle en fonction de la parité

	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
1	1454	19502	20956	1428	19600	21028	2882	39102	41984
	6,9%	93,1%	100,0%	6,8%	93,2%	100,0%	6,9%	93,1%	100,0%
2	920	14052	14972	884	14282	15166	1804	28334	30138
	6,1%	93,9%	100,0%	5,8%	94,2%	100,0%	6,0%	94,0%	100,0%
3	463	6020	6483	469	6067	6536	932	12087	13019
	7,1%	92,9%	100,0%	7,2%	92,8%	100,0%	7,2%	92,8%	100,0%
4	333	3445	3778	301	3557	3858	634	7002	7636
	8,8%	91,2%	100,0%	7,8%	92,2%	100,0%	8,3%	91,7%	100,0%
et plus									
TOTAL	3170	43019	46189	3082	43506	46588	6252	86525	92777

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

## Prématurité et habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse

Le tabagisme de la femme enceinte a toujours été incriminé dans la survenue des petits poids à la naissance et plusieurs études l'ont démontré.

Le phénomène dose-effet est très visible quand on croise le nombre de cigarettes quotidiennes fumées par la mère et la prématurité. Plus une mère a fumé pendant sa grossesse, plus elle présente un risque d'avoir un enfant né avant terme. Si chez les non fumeuses, la part de prématurité est de 6,2% pour la Communauté française, elle est presque doublée chez les mères qui fument plus de 20 cigarettes par jour.

La difficulté de chiffrer l'impact des campagnes antitabac fait adapter sans cesse les messages et aide à trouver chaque fois de nouveaux slogans publicitaires. Ainsi, au mois de février dernier, le lancement d'une campagne antitabac du ministère de la Santé Publique, la VRGT et le FARES, destinée au 12-18 ans a donné lieu à des slogans plus forts et audacieux, parfois teintés d'ironie tels que : « soyez gentils avec les fumeurs, ils vivront moins longtemps que vous ». D'autres modalités de soutien sont également mis en place comme celles de l'«entretien motivationnel», un partenariat entre l'ONE, le Fonds Houtman et le FARES est en cours à ce sujet.

**Tableau 2.8**  
Durée gestationnelle et habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse  
BDMS-ONE 2004-2005

	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
Non-fumeuses	1741	26430	28171	1750	29309	31059	3491	55739	59230
	6,2%	93,8%	100,0%	5,6%	94,4%	100,0%	5,9%	94,1%	100,0%
1-10 cig./jr	300	3325	3625	309	3322	3631	609	6647	7256
	8,3%	91,7%	100,0%	8,5%	91,5%	100,0%	8,4%	91,6%	100,0%
11-20 cig./jr	103	884	987	155	1381	1536	258	2265	2523
	10,4%	89,6%	100,0%	10,1%	89,9%	100,0%	10,2%	89,8%	100,0%
>20 cig./jr	160	1233	1393	81	612	693	241	1845	2086
	11,5%	88,5%	100,0%	11,7%	88,3%	100,0%	11,6%	88,4%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>2304</b>	<b>31872</b>	<b>34176</b>	<b>2295</b>	<b>34624</b>	<b>36919</b>	<b>4599</b>	<b>66496</b>	<b>71095</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

## Allaitement maternel selon la durée gestationnelle

68,5% des bébés nés prématurément sont mis au sein après l'accouchement contre 79,0% d'enfants nés à terme.

**Tableau 2.9**  
Mise au sein après l'accouchement selon la durée gestationnelle  
BDMS-ONE 2004-2005

	2004			2005			Cumul 2004-2005		
	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL	< 37 sem	>=37 sem	TOTAL
Nouveau-nés non mis au sein	836	7803	8639	736	7403	8139	1572	15206	16778
	9,7%	90,3%	100,0%	9,0%	91,0%	100,0%	9,4%	90,6%	100,0%
Nouveau-nés mis au sein	1816	29361	31177	1853	31359	33212	3669	60720	64389
	5,8%	94,2%	100,0%	5,6%	94,4%	100,0%	5,7%	94,3%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>2652</b>	<b>37164</b>	<b>39816</b>	<b>2589</b>	<b>38762</b>	<b>41351</b>	<b>5241</b>	<b>75926</b>	<b>81167</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

La variable régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité, qui est le même paramètre que le précédent, mais au jour 5 environ, montre une toute légère amélioration

de l'allaitement maternel chez les enfants nés avant terme : 72,0% contre 68,5% au jour 1.

■ ■ ■ ■ **Tableau 2.10**

**Régime alimentaire de l'enfant selon la durée gestationnelle  
BDMS-ONE 2004-2005**

	2004		TOTAL	2005		TOTAL	Cumul 2004-2005		TOTAL
	< 37 sem	>=37 sem		< 37 sem	>=37 sem		< 37 sem	>=37 sem	
Lait maternel	2190	33449	35639	2174	34504	36678	4364	67953	72317
	6,1%	93,9%	100,0%	5,9%	94,1%	100,0%	6,0%	94,0%	100,0%
Autre allaitement	853	8900	9753	740	8450	9190	1593	17350	18943
	8,7%	91,3%	100,0%	8,1%	91,9%	100,0%	8,4%	91,6%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3043</b>	<b>42349</b>	<b>45392</b>	<b>2914</b>	<b>42954</b>	<b>45868</b>	<b>5957</b>	<b>85303</b>	<b>91260</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

Même si la «montée de lait» (qui s'accompagne parfois d'une congestion mammaire le deuxième ou troisième jour) peut être retardée ou diminuée par rapport à une naissance à terme, la composition du colostrum, puis du lait produits sera adaptée aux besoins du bébé prématuré. Le lait pré terme est riche en enzymes, en acides gras à chaîne moyenne, en sels biliaires pour une meilleure digestion des graisses. Cette composition particulière aura comme conséquence directe de limiter le potentiel reflux gastro-oesophagien, et aidera à la maturation cérébrale. Ce lait est concentré en protéines et très énergétique, pour une croissance proche de celle du fœtus. Les anticorps, les facteurs anti-infectieux et de renouvellement cellulaire protègent le bébé de certaines agressions contre lesquelles il ne pourrait se défendre<sup>6</sup>.

L'allaitement au sein invite à travailler le réseau musculaire buccal, et le lait maternel stimule le développement du sens gustatif.

Le mode alimentaire du prématuré dépendra de son âge gestationnel et de son poids. Suivant ces paramètres, il peut recevoir par voie orale un cocktail qui lui fournit ce dont il a besoin pour continuer à se construire sauf en cas de pathologie ou encore les tous premiers jours. Plusieurs semaines peuvent s'écouler entre la naissance et la mise au sein.

La voie orale favorise la succion non nutritive. Cette succion peut être stimulée en donnant au bébé quelques minutes par heure une tétine si possible conçue spécifiquement pour les prématurés (Als H., matériel NIDCAP, Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement, Harvard, USA).

### Différences liées à la situation relationnelle de la mère au moment de l'accouchement

La situation d'isolement des mères est un facteur de risque démontré et, dans la population de la BDMS de l'ONE (73.594 mères en 2004 et 2005), 8,9% des mères isolées ont un enfant né avant terme contre 6,8% des mères entourées par leur famille ou en couple.

■ ■ ■ ■ **Tableau 2.11**

**Durée gestationnelle en fonction de la situation relationnelle de la mère  
BDMS-ONE 2004-2005**

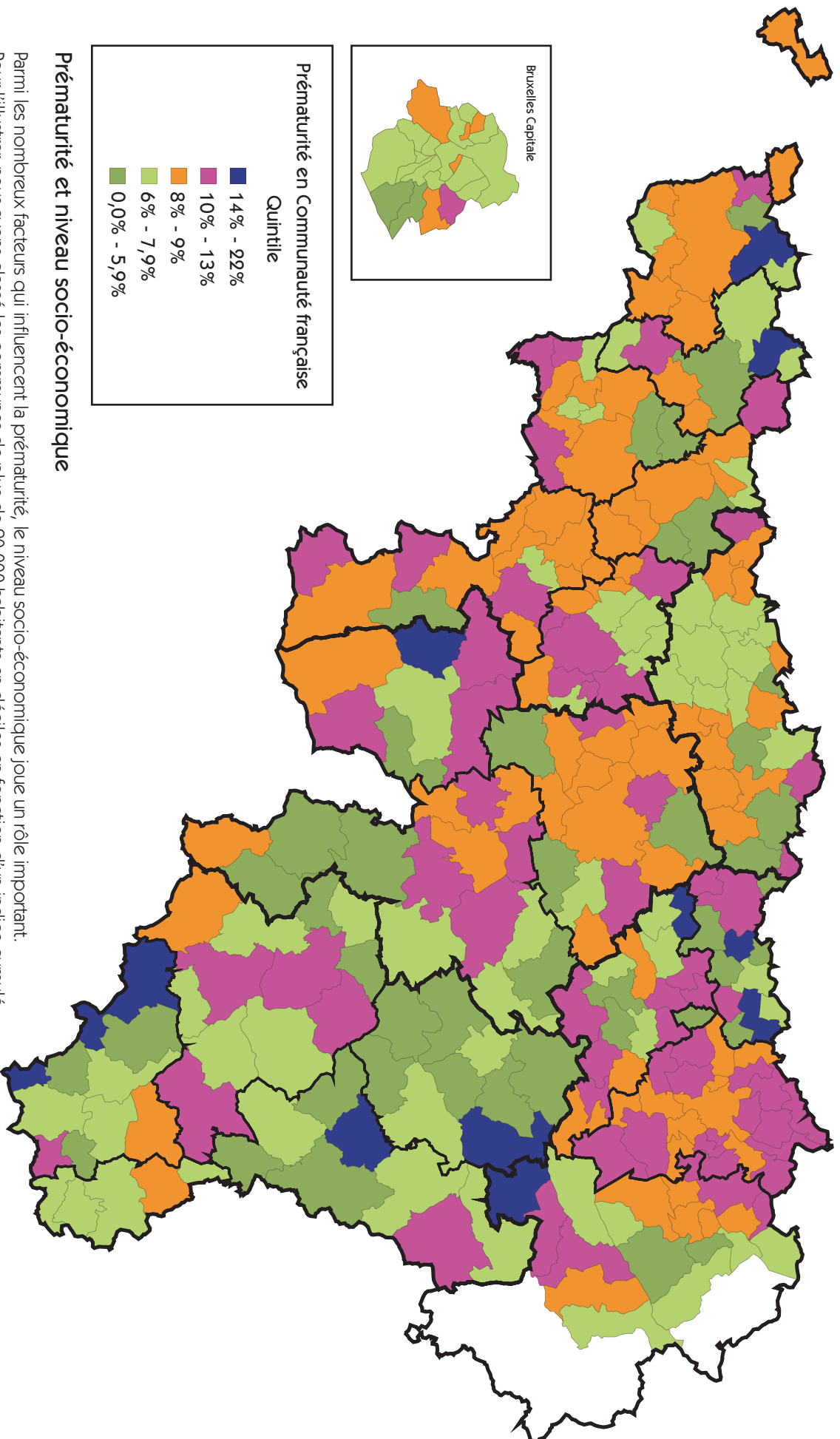
	2004		TOTAL	2005		TOTAL	Cumul 2004-2005		TOTAL
	< 37 sem	>=37 sem		< 37 sem	>=37 sem		< 37 sem	>=37 sem	
Entourées ou en famille	2419	32377	34796	2373	33732	36105	4792	66109	70901
	7,0%	93,0%	100,0%	6,6%	93,4%	100,0%	6,8%	93,2%	100,0%
Isolées	110	1217	1327	130	1236	1366	240	2453	2693
	8,3%	91,7%	100,0%	9,5%	90,5%	100,0%	8,9%	91,1%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>2529</b>	<b>33594</b>	<b>36123</b>	<b>2503</b>	<b>34968</b>	<b>37471</b>	<b>5032</b>	<b>68562</b>	<b>73594</b>

Sources : «Avis de Naissance» BDMS, ONE, 2004 - 2005

Samuel NDAME - Direction Etudes et Stratégies  
Dr. DELVOYE - Conseiller gynécologue

<sup>6</sup> [http://www.peau-a-peau.be/allt\\_prema.htm](http://www.peau-a-peau.be/allt_prema.htm)

# Prématurité en fonction de la commune de résidence (communes de la communauté française de Belgique) Bruxelles – Wallonie sauf les cantons de l'EST



## Prématurité et niveau socio-économique

Parmi les nombreux facteurs qui influencent la prématurité, le niveau socio-économique joue un rôle important. Pour l'illustrer, nous avons classé les communes de plus de 20.000 habitants en déciles en fonction d'un indice cumulé calculé sur la base de 3 critères (le revenu par habitant, le chômage et le niveau d'instruction des femmes). Dans le décile supérieur comprenant les communes les plus favorisées, le score de prématurité moyen est de 7,31 % tandis que dans le décile inférieur composé des communes les plus défavorisées, il est de 9,66 % soit une différence de plus de 2 %.



# RECHERCHE SUR LE SUIVI PREVENTIF DES GRANDS PREMATURES

## Partenariat entre le Fonds Houtman et le Conseil Scientifique de l'ONE (2002-2004)

---

### Projet de l'Université Libre de Bruxelles

« Implantation des soins de développement dans l'unité néonatale intensive par l'approche NIDCAP. Evaluation de son impact dans le suivi des grands prématurés »  
Prof. D.Haumont et coll.

### **INTRODUCTION**

Plusieurs études ont identifié la qualité de l'environnement familial et psychosocial de l'enfant comme facteur prédictif du devenir du prématuré à long terme. Un des éléments essentiels des soins de développement consiste en l'intégration maximale des parents dans la prise en charge du bébé et ce, à différents niveaux.

### **OBJECTIFS**

Le but de la recherche est d'évaluer les effets de l'introduction des soins de développement et de la prise en charge psychologique des parents sur le devenir des grands prématurés.

### **POPULATION CONCERNEE**

Enfants nés avant 32 semaines de gestation et pesant moins de 1500 grammes à la naissance, ne présentant ni retard de croissance ni syndrome de sevrage, ni syndrome neurologique ou malformatif ou dont les parents n'ont pas une connaissance suffisante du français qui ne leur permet pas de participer à un entretien portant sur les observations faites à partir des échelles de Bayley.

## METHODOLOGIE

Les enfants rencontrés ont tous bénéficié d'observations NIDCAP; dès qu'ils arrivent à terme, l'échelle BRAZELTON leur est administrée ; tous les parents se sont vus proposer un entretien psychologique ; les enfants sont évalués par le psychologue, en ambulatoire, à différents âges (3, 7, 12, 18 mois) en présence de l'un ou des deux parents.

Une cohorte de 38 enfants a pu être suivie et les résultats obtenus aux échelles de Bayley les concernent donc. Tous les scores sont calculés en fonction de leur âge corrigé.

**Tableau 2.12**  
Rappel des fonctions investiguées par les Echelles de N. Bayley

Echelles	Fonctions	Cotation - conversion	Classifications
Mentale	Aptitudes visuelles (fixation, poursuite..)	Par item : réussite, échec, refus	Performance accélérée (MDI - PDI > ou = 115)
	Aptitudes auditives (réactions, préférence...)	Conversion de notes brutes en notes standards	Performances dans les limites de la normale
	Réactions comport. aux stimulations sensorielles	Calcul d'un indice de développement mental (MDI) et d'un indice de développement psychomoteur (PDI) Moyenne = 100 Ecart-type = 15	
	Acquisition de la permanence de l'objet et sa trace mnésique	Item scoré de 1 à 5	70 < ou = MDI-PDI < ou = 84 Performance significativement retardée
	Orientation spatiale	--> score par rubrique	MDI-PDI < ou = 69
	Prélangage et langage	--> percentile par rubrique	Non-optimal
	Motrice	Motricité globale	--> percentil total
Motricité fine			Questionnable
Degré de contrôle du corps			11 < ou = P < ou = 25
Coordination oculomotrice			Dans les limites de la normale
Comportementale (rubrique variable selon les âges)	Niveau d'éveil et d'attention (stade dominant et labilité éventuelle, affects, consolabilité, hypersensibilité aux stimuli)		P > ou = 26
	Orientation et contact (qualité du contact et des interactions)		
	Régulation, émotionnelle (irritabilité, frustration aux échecs, affects, etc...)		
	Qualité du contrôle moteur (fonctions neuromotrices : hypertonie, trémularions, etc...)		

## ANALYSE LONGITUDINALE

Voici le pourcentage des enfants ayant des performances se situant dans les limites de la normale pour les différents champs explorés.

Tableau 2.13

Fonctions	Ages au moment de la passation		
	3 mois	7 mois	12 mois
Développement mental	65%	73%	88%
Dévelop. psychomoteur	77%	50%	65%
Eveil / Attention	88%		
Orientation / Contact		75%	76%
Régulation émotionnelle		70%	82%
Qualité du contrôle moteur	73%	50%	88%

Nous voyons donc que, au niveau mental, le pourcentage d'enfants ayant des performances les situant dans les limites de la normale ne fait que croître. Les difficultés les plus manifestes se situent au niveau des stades de développement moteur et de la qualité du contrôle moteur, avec des pourcentages qui fluctuent au cours de la première année.

Certains enfants ont bénéficié d'une rééducation précoce de type Bobath, il n'est pas possible de préciser ce qui relève de la valeur préventive et thérapeutique des entretiens menés autour des évaluations.

## SYNTHESE ET PERSPECTIVE

Soulignons d'abord la difficulté d'atteindre et d'encourager à revenir, ensuite, les familles les plus précarisées malgré la gratuité des bilans et des entretiens.

Chez ces enfants grands prématurés ce sont les difficultés motrices qui dominent. Même si ces difficultés peuvent paraître mineures, elles ne le sont pas du point de vue de l'harmonie du développement global de l'enfant à long terme. Il nous semble important sur la prise en charge précoce des enfants ayant ce type de difficultés soit kinésithérapie Bobath, soit en psychomotricité relationnelle avec les parents.

Les échelles de N. Bayley nous paraissent un outil précieux, tant sur le plan des observations que sur le plan diagnostic. Les âges de 3 et 12 mois paraissent être des moments-clés pour évaluer le développement de ces enfants et la qualité des relations précoces.

Les indices de développement mental et les scores comportementaux des enfants sont supérieurs à ceux décrits dans la littérature. Nous ne pouvons que souligner l'influence possible du programme NIDCAP, de la prise en charge psychologique des parents pendant l'hospitalisation néonatale et des observations partagées avec eux autour du test de Brazelton sur les capacités cognitives et interactives de ces enfants.

## INTRODUCTION

De nombreuses études internationales montrent que les enfants nés grands prématurés présentent un risque plus important de développer des problèmes susceptibles d'avoir des répercussions à long terme. Il est donc important de se préoccuper de leur évolution si on veut donner à ces enfants les mêmes chances de développement et d'épanouissement affectif. De nombreux auteurs ont montré l'influence significative des programmes d'intervention multidisciplinaire, notamment sur l'évolution cognitive et comportementale des enfants nés grands prématurés.

## OBJECTIFS

La recherche-action a pour objectif de tester et de proposer un bilan multidisciplinaire complet et le plus synthétique possible pour les enfants nés grands prématurés, âgés entre 2,5 et 3,5 ans.

## POPULATION CONCERNEE

Une cohorte de 36 enfants a été recrutée. Tous sont de grands prématurés avec un âge gestationnel inférieur à 30 sem et/ou un poids de naissance inférieur à 1250 g. et ayant atteint l'âge de 2,5 à 3 ans.

## METHODOLOGIE

*Le bilan multidisciplinaire comporte des examens médicaux, psychologique et développemental.*

### Examens médicaux :

- Examen pédiatrique
- Examen neuropédiatrique
- Examen ORL
- Examen ophtalmologique

**Examen psychologique :** consiste en un entretien avec les parents et permet d'évaluer

- La qualité des liens d'attachement
- Les capacités d'autonomie de l'enfant
- La qualité de sa communication
- Le début de la scolarisation

**Examen développemental :** évaluation des aptitudes verbales, perceptives, intellectuelles, mnésiques et psychomotrices de l'enfant. Le test qui a été jugé le mieux adapté est le « Bayley Scales of Infant Development - Second Edition » 1993 (BSID-II).

### Description du BSID-II

#### Echelle mentale :

- Les aptitudes perceptives
- Les premières notions quantitatives et de nombre
- La résolution de problèmes
- La mémoire
- Le langage (versants réceptif et expressif)
- Les constructions spatiales

Tous ces items regroupés donnent un indice de développement mental appelé MDI (Mental Developmental Index)

#### Echelle motrice :

- Le contrôle moteur global (sauts, course, équilibre, montée et descente des escaliers)
- Le contrôle de la motricité fine
- La capacité d'imitation des gestes

Tous ces items regroupés permettent de donner un indice de développement moteur appelé PDI (psychomotor Developmental Index).

MDI/PDI	Catégorisation
115 et plus	« performance accélérée »
85 –114	« dans les limites de la normale »
70- 84	« performance moyennement en retard »
69 et moins	« performance significativement en retard »

Echelle du comportement :

- L'orientation et engagement de l'enfant pendant le test
- La régulation émotionnelle
- La qualité du mouvement

Le comportement peut être catégorisé comme «dans les limites de la normale», «questionnable», «non optimal».

## RESULTATS

Certains enfants (notamment 4 enfants IMC ) ont dû être retirés pour éviter de biaiser l'analyse des résultats. Les MDI et PDI sont tous calculés en âge corrigé.

Aperçu général :

MDI : 30 « normal », 6 « retard »  
 PDI : 26 « normal », 10 « retard »

Comparaison entre MDI et PDI :

Selon la littérature, les enfants nés prématurés obtiennent de meilleures scores à l'échelle mentale.

Les résultats de l'étude montrent que la moyenne MDI est supérieure à la moyenne PDI mais la différence n'est pas significative.

Influence du sexe :

Les moyennes MDI et PDI sont supérieures chez les filles mais les différences ne sont pas significatives.

Influence de l'âge gestationnel :

Les enfants nés le plus prématurément tendent à avoir une moyenne inférieure par rapport aux autres enfants.

Influence du poids de naissance :

Les enfants de très petits poids tendent à avoir une moyenne inférieure.

Au niveau comportemental :

31 « normal » (86%)  
 5 « questionnable » (14%)

Suivi à prévoir suite au bilan :

5 enfants nécessitent une rééducation en psychomotricité  
 17 enfants nécessitent un suivi pour une réévaluation de leur développement.

## CONCLUSIONS

Le bilan multidisciplinaire a permis de mettre en évidence des difficultés à des degrés divers :

- Troubles de coordination visuo-motrices
- Troubles des praxies constructives
- Retard de coordination motrice
- Troubles de compréhension ou d'expression verbales
- Troubles comportementaux : opposition, troubles d'attention, du sommeil et ...

Les résultats de la recherche permettent donc de conclure en la nécessité d'organiser un suivi pluridisciplinaire des enfants nés grands prématurés ; ce suivi intégrerait une guidance parentale et un travail psychologique centré sur l'éveil de l'enfant, sur ses difficultés d'attention et sur le contrôle de son comportement.

## INTRODUCTION

La grande prématurité augmente de façon significative les risques de santé à long terme. Parmi ceux-ci les troubles d'apprentissage et d'adaptation scolaire ont une fréquence et une intensité qui sont fonction du degré de prématurité. Notre projet de recherche s'est axé sur le dépistage des troubles d'apprentissage et d'adaptation scolaire chez les grands prématurés âgés actuellement de 4,5 à 6 ans.

## OBJECTIFS

D'un point de vue paramédical, notre objectif a été de sélectionner parmi les épreuves faisant partie d'un bilan multidisciplinaire (psychologique, neuropsychologique, logopédique et psychomoteur) celles qui seraient les plus pertinentes et pourraient à ce titre constituer une batterie de tests minimale permettant le dépistage des grands prématurés les plus à risque au niveau des apprentissages scolaires.

## POPULATION CONCERNEE

La population a été recrutée par le Service universitaire de Néonatalogie de l'Université de Liège ainsi que par le Service de Néonatalogie du Centre Hospitalier Saint Vincent de Rocourt.

Elle comporte une cohorte de 30 enfants (10 filles et 20 garçons) anciens prématurés d'âge gestationnel  $\leq 32$  semaines et/ou de poids  $< 1500$  g, dépourvus de handicaps moteurs, mentaux et sensoriels et ayant atteint un âge compris entre 4 ; 3 ans et 6 ; 1 ans.

## METHODOLOGIE

Le bilan multidisciplinaire comporte des examens médicaux et paramédicaux.

Les examens médicaux sont les suivants :

- Examen pédiatrique
- Examen ORL
- Examen ophtalmologique
- Examen psychométrique
- Examen neuropsychologique
- Examen logopédique
- Examen psychomoteur

Au terme des bilans paramédicaux, une remise de conclusions est réalisée en présence des parents, de l'enfant et des différents thérapeutes paramédicaux.

### Examen psychométrique

L'évaluation des aptitudes intellectuelles générales a été réalisée à l'aide de l'[Echelle de Wechsler pour la période Préscolaire et Primaire Forme révisée \(WPPSI-R\)](#) qui individualise une échelle verbale et une échelle de performance.

L'échelle verbale comprend les subtests suivants :

- Information
- Compréhension
- Arithmétique
- Vocabulaire
- Similitudes

L'échelle de performance comprend les subtests suivants :

- Assemblage d'objets
- Figures géométriques
- Carrés
- Labyrinthes
- Complètement d'images

### Examen neuropsychologique

L'évaluation de l'attention sélective visuelle ainsi que de la mémoire à court terme a été réalisée sur base des épreuves suivantes :

Attention sélective visuelle :

- **Barrages de lapins et de chats** : enfants < 5 ans (NEPSY de Korkman, 1998) ;
- **Barrages de chats et de visages** : enfants ≤ 5ans (NEPSY de Korkman, 1998) ;

Mémoire à court terme

- **Empan de chiffres en ordre** (étalonnage de Dellatolas et al, 1996)
- **Empan visuo-spatial séquentiel** du BTT de Corsi (étalonnage de Dellatolas et al, 1996)
- **Mémoire visuelle** (empan simultané), issue de la K-ABC, Batterie pour l'Examen psychologique de l'Enfant de Kaufman et Kaufman (1983)
- **Mouvements de mains** (empan séquentiel) de la K-ABC, Batterie pour l'Examen psychologique de l'Enfant de Kaufman et Kaufman (1983).

### Examen logopédique :

Afin de faciliter la présentation des différentes épreuves constituant l'examen du langage, nous les avons regroupées selon les différentes composantes évaluées et ce pour les versants productif et réceptif.

Composante phonologique

Nous avons repris les épreuves de **Phonologie et Articulation** issues des **Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage (N-EEL)** de CHEVRIE-MULLER et PLAZA (2001) pour évaluer le versant productif. Pour le versant réceptif, nous avons utilisé **l'Epreuve de Discrimination Phonétique (EDP 4-8)** de DELTOUR. Au niveau métaphonologique, nous avons choisi **l'Epreuve de rimes issue des N-EEL** de CHEVRIE-MULLER et PLAZA (2001).

Composante lexicale

Nous avons repris l'épreuve d'**Expression vocabulaire (vocabulaire 1 : mots concrets)** issue des N-EEL de CHEVRIE-MULLER et PLAZA pour évaluer le versant productif et **l'Echelle de Vocabulaire en Images Peabody (EVIP)** de DUNN et coll. (1993) pour le versant réceptif.

Composante morpho-syntaxique

Le **Test de Closure Grammaticale pour enfants de 3 à 8 ans (T.C.G. 3-8)** de DELTOUR (1992) a été utilisé pour évaluer le versant productif. Un échantillon de langage spontané a également été recueilli sur base de **l'Epreuve de récit sur images « la chute dans la boue »** issue des Epreuves pour l'Examen du Langage (EEL) de CHEVRIE-MULLER, SIMON

et DECANTE (1981) **L'Epreuve d'évaluation des stratégies de compréhension en situation orale (σ 52)** de KHOMSI (1987) a été reprise pour le versant réceptif.

Examen psychomoteur :

Dans cette partie, nous allons décrire les batteries qui nous ont permis d'évaluer successivement le schéma corporel, la motricité globale, la motricité fine, l'analyse visuo-spatiale, l'analyse auditivo-verbale et la latéralité.

### Echelle de motricité (M.S.C.A.)

Cette échelle est issue des échelles d'aptitudes pour enfants de McCARTHY (1976).

Elle comprend les tests suivants :

- Coordination des jambes
- Coordination des bras
- Action imitative
- Dessin de figures géométriques
- Dessin d'un enfant

Tout au long de la passation, les auteurs ont prévu l'observation de la latéralité qui permet de déterminer, au terme des 5 tests, la dominance manuelle et l'œil utilisé préférentiellement par l'enfant.

**Epreuves de Coordination visuo-motrice, de Discrimination figure-fond et de Position dans l'espace** issues du Test de Développement de la Perception Visuelle de FROSTIG (1966).

**Epreuve de reproduction de structures rythmiques** issue des Epreuves pour l'Examen du Langage (EEL) de CHEVRIE-MULLER, SIMON et DECANTE (1981).

**Epreuve des praxies bucco-faciales** issue de la Batterie d'Evaluation Psycholinguistique (BEPL) de CHEVRIE-MULLER et Coll. (1988)

## RESULTATS

Parmi les enfants soumis à ce bilan multidisciplinaire :

- 8 enfants nécessitent la mise en place d'une rééducation pluridisciplinaire dans un centre de réadaptation
- 9 enfants nécessitent une rééducation uniquement logopédique (principalement orientée sur les aspects visuo-moteurs)
- 1 enfant a été orienté vers un suivi psychologique
- 3 enfants ne nécessitent que quelques suggestions d'exercices et d'activités psychomotrices à faire à la maison, tout en restant vigilant quant à l'évolution
- 7 enfants n'ont nécessité aucune mesure particulière ni aucun suivi

## CONCLUSIONS

Sur base des résultats obtenus aux différentes épreuves, il est intéressant de réaliser un bilan multidisciplinaire de dépistage des troubles d'apprentissage chez des enfants nés grands prématurés. Cette évaluation pourrait comporter deux séances d'une heure et demi d'examen et une séance d'une demi heure pour la remise de conclusions. Elle s'adresserait idéalement à des enfants de deuxième maternelle (âgés de +/- 4,5 à 5 ans) afin de pouvoir mettre en place une rééducation appropriée, si besoin est, au cours de la 3ème maternelle en vue de les préparer au mieux pour l'entrée en primaire.

L'évaluation des aptitudes intellectuelles à l'aide de l'**Echelle de Wechsler pour la période Préscolaire et Primaire Forme révisée (WPPSI-R)** paraît tout à fait pertinente dans le cadre d'un examen de « première ligne ». Il semblerait intéressant d'y inclure le subtest de « maison des animaux » qui, en cas de performance en deçà de la moyenne, pourrait laisser suspecter des difficultés attentionnelles nécessitant une exploration plus approfondie dans un second temps.

Du point de vue logopédique, le bilan se limiterait à l'évaluation des composantes phonologiques et métaphonologiques. Il est toutefois évident que, dans le cas où le quotient verbal évalué à l'aide de la WPPSI-R (voir examen psychométrique) s'avérerait faible ou déficitaire ou que certaines épreuves de cette échelle étaient en deçà de la moyenne, un examen logopédique complet serait vivement conseillé pour investiguer finement les différentes composantes structurales du langage (notamment le lexique et la syntaxe).

Du point de vue psychomoteur, les domaines de la motricité fine (grapho-motricité) et de l'analyse visuo-spatiale doivent être investigués en première ligne. Il semblerait également judicieux d'inclure la copie de la Figure simplifiée de Rey afin d'affiner l'analyse de ces deux domaines.

Il semblerait ainsi intéressant de recourir dans un premier temps à l'ensemble des épreuves suivantes :

- **Echelle de Wechsler pour la période Préscolaire et Primaire Forme révisée (WPPSI-R)** y compris le subtest de maison des animaux ;
- **Phonologie et Articulation issues des Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage (N-EEL)** de CHEVRIE-MULLER et PLAZA (2001) ;
- **Epreuve de Discrimination Phonétique (EDP 4-8)** de DELTOUR ;
- **Epreuve de rimes issue des N-EEL** de CHEVRIE-MULLER et PLAZA (2001).
- **Echelle de motricité (M.S.C.A.)** ;
- **Epreuves de Coordination visuo-motrice** issue du Test de Développement de la Perception Visuelle de FROSTIG (1966) ;
- **Copie de la figure simplifiée de Rey.**

## CONCLUSIONS GENERALES DE LA RECHERCHE

Les trois recherches confirment l'importance du dépistage et le risque de séquelles à tous les âges. La précocité de la prise en charge est très importante afin de permettre une orientation et une intervention éventuelle adaptée. Les travaux présentés sont axés sur l'évaluation du développement par des outils adaptés.

Jusqu'à 3,5 ans l'utilisation des Echelles de Bayley fait l'objet d'un consensus ; en âge préscolaire un bilan type a été proposé.

Cette recherche s'inscrit dans la préoccupation partagée par les services NIC afin d'assurer aux prématurés à risque un programme de suivi structuré et multidisciplinaire. En Communauté française, il n'existe pas de structure spécifique agréée pour le dépistage et la prise en charge des troubles du développement, de nombreuses compétences existent sur le terrain mais ces activités ne sont pas coordonnées de manière optimales et le coût de certaines interventions entraîne une limitation d'accès pour certaines familles.

Il paraît donc important d'introduire en Communauté Française la notion de « Centre de dépistage des troubles du développement ».

**Dr. DUBRU - Conseiller pédiatre**

### Le suivi des enfants de petits poids de naissance

Au niveau de la BDMS, ne disposant pas dans les « Bilans de santé » de données prématurité (sur la gestité) pour le suivi de l'enfant, nous avons décidé d'étudier les enfants de petits poids de naissance en comparant ceux qui ont un poids de naissance < 2500 g ou > = 2500 g. Vous trouverez cette analyse dans le chapitre 3 : « le suivi de l'enfant » en page 69.



La prématurité reste un problème majeur malgré les progrès considérables accomplis par les pédiatres néonatalogues en matière de soins aux enfants nés prématurément. L'ONE s'est de tout temps préoccupé des causes et des conséquences de la naissance prématurée.

Comme la situation évolue tant sur le plan social que médical, il convient de procéder régulièrement à une évaluation de la situation.

Le professeur Lambotte a été l'un des pionniers dans le domaine de la prévention des grossesses à risques.

Il fut membre du Conseil Supérieur Médical de l'Oeuvre Nationale de l'Enfance et présida pendant plusieurs années le Conseil scientifique de l'ONE. Il a été par ailleurs membre du Comité Fédéral de bioéthique pendant 6 ans. Il constitue donc un témoin privilégié de l'évolution de la prévention de la prématurité. Voilà pourquoi Madame Sommer, Directrice du Service Etudes et Stratégies de l'ONE, l'a interviewé sur ce sujet.

### Myriam Sommer

A vous entendre, l'évolution de la prise en charge de la prématurité, ce n'est pas seulement une évolution technique, mais c'est un peu l'histoire de la collaboration entre les différents professionnels qui prennent en charge la grossesse, la naissance et le suivi de l'enfant : ce que l'on appellerait aujourd'hui la périnatalité.

### Professeur Lambotte

Il fut une époque où l'obstétricien n'avait aucune possibilité d'intervention sur l'enfant in utero, faute de moyens techniques et où il consacrait pratiquement toute son attention à la mère. Dès le moment où la réanimation maternelle a été dans les mains des anesthésistes grâce aux progrès de ces techniques et de la césarienne en particulier, la césarienne n'a plus été considérée par l'accoucheur comme un échec ce qui était le cas précédemment mais comme une autre façon de naître.

Les premiers réanimateurs formés comme on les connaît actuellement, sont apparus dans nos régions vers les années 60 avant cela, c'était les chirurgiens eux-mêmes ou les obstétriciens qui faisaient les anesthésies.

Corrélativement ou parallèlement, les progrès de la réanimation néonatale sont arrivés. Avant cette période là, c'était l'obstétricien qui réanimait et les dix premiers jours de la vie étaient sous sa surveillance. Progressivement les pédiatres se sont mis à s'intéresser au nouveau-né mais d'une manière totalement différente de l'obstétricien en ce sens qu'ils faisaient un peu de salle une fois par jour mais n'étaient pas présents au moment de l'accouchement.

Or nous savons maintenant que les premières minutes de la vie sont essentielles et ce n'est que très progressivement que les néonatalogues se sont mis à assister à la naissance en salle d'accouchement vers les années 70-75- ce n'est donc pas si ancien. Il y avait des couveuses et préalablement des services spéciaux mais un enfant était toujours pris en charge quelques heures, de nombreuses heures parfois, après sa naissance.

## M.S.

Vous avez mis à cette époque beaucoup d'énergie pour défendre le transfert in utéro de la mère. Pourquoi ?

## Professeur Lambotte

Vers les années 70-75 on a commencé suite aux travaux qui avaient été effectués au Canada notamment, à avoir une certaine centralisation des accouchements à hauts risques ce qui ne voulait pas dire que certaines petites maternités ou certains obstétriciens étaient incapables d'assumer la surveillance des enfants mais il fallait bien reconnaître que certaines petites maternités n'avaient pas une trop grande fréquence de prématurés.

Même si parfois le matériel était présent, on ne savait pas le faire fonctionner au moment opportun. En outre, quand l'enfant naissait les personnes capables de le mettre en marche n'étaient pas là au moment de l'accouchement et c'est pour cela que l'on a préconisé de transférer l'enfant vers un centre techniquement plus outillé.

Cela n'a malheureusement pas tellement amélioré la qualité de la survie des nouveau-nés et c'est pour cela que l'on est passé au stade suivant en souhaitant que ce soit la mère qui soit transférée avec l'enfant in utero.

L'enfant peut ainsi être pris directement en charge dès sa naissance que ce soit par voie haute ou par voie basse par les néonatalogues afin d'éviter toutes anoxies dans les premières minutes de la vie. Cette nouvelle situation a nécessité des accords entre les Maternités périphériques et les Centres que l'on appelle actuellement Maternité Intensive Care (MIC) et les Néonatalogies Intensive Care (NIC) qui ont été réparties dans le pays d'une manière rationnelle.

Lorsque nous avons préconisé l'organisation, d'une hiérarchie fonctionnelle entre les Maternités dès 1977, de manière à permettre le transfert du nouveau-né, nous nous sommes heurtés à une opposition majeure de certains gestionnaires et des médecins de ces Maternités y voyaient une organisation politique de l'obstétrique. Ce n'était pas le but, mais nous préférons qu'une liaison s'effectue spontanément entre les responsables de ces diverses Maternités avant de voir surgir des problèmes médico-légaux. Il est évident que, ceux-ci sont arrivés et arriveront encore parce que l'on ne peut pas tout prévoir mais comme les petites Maternités ont été fermées, les accords de transferts ont été réalisés. Maintenant nous constatons le retour, avec l'élargissement des prérogatives des sages-femmes à un accouchement à domicile sans péridurale, sans possibilité de réanimation. Ce nouveau cadre, des Maisons dites de naissance, nous rend extrêmement inquiets. Notre souhait est de voir ces Maisons de naissance se créer à l'intérieur des Maternités afin de pouvoir pallier les incidents aigus et très souvent imprévisibles qui peuvent survenir durant la parturition. N'oublions pas que dans le passé, la grande cause de mortalité maternelle était l'hémorragie et que celle-ci survient rapidement. Le transfert des futures mères à l'hôpital avec des taux d'hémoglobine extrêmement faibles rend la réanimation aléatoire. Les sages-femmes doivent bien réfléchir à ce problème. Leur rôle est fondamental dans la surveillance prénatale et dans le cadre de la surveillance de l'accouchement mais il faut que cela se réalise dans de bonnes conditions.

## M.S.

En 1975-76 l'ONE a mis en place une grande campagne de prévention de la prématurité qui a notamment donné lieu à l'élaboration du Carnet de la mère, au suivi à domicile de la femme enceinte par des infirmières, à des séances d'éducation à la santé et à l'usage d'un outil de prévention de la prématurité : le CRAP que vous et votre équipe avez mis au point en vous inspirant des travaux de Papiernik et de ses collaborateurs.<sup>1</sup>

## Professeur Lambotte

A l'époque on espérait réduire la prématurité de 8 % à moins de 5 % notamment en évaluant les facteurs de risques. Le CRAP ( Coefficient de risque d'Accouchement Prématuro) permettait de mesurer sur une échelle les risques de prématurité et de cette manière de déterminer les grossesses qui requéraient des examens spécialisés et peut être une intervention thérapeutique. Nous avons adaptés les travaux français notamment en séparant les facteurs de risques constants et ceux qui évoluaient au cours de la grossesse.

Le Conseil médical Supérieur de l'ONE avait recommandé l'usage du CRAP dans les consultations de l'ONE : parce qu'il favorisait le dialogue entre le médecin et la future mère, parce qu'il attirait l'attention du médecin sur l'importance des facteurs économiques et parce qu'il renforçait l'action de l'infirmière sociale et incitait à s'assurer de la suite réservée aux conseils donnés.

Au départ il est évident que les grandes causes de prématurité sur lesquelles nous pouvions agir étaient des causes sociales et c'est pour ça que nous avons créé le CRAP. Il n'avait pas la prétention d'assurer une absence de prématurité mais avait pour but d'attirer l'attention de celui qui assumait la surveillance prénatale sur un certain nombre de risques qui pouvaient lui échapper. On a montré d'ailleurs que d'après la valeur de certaines items du CRAP, on pouvait améliorer ou diminuer tout au moins la prématurité. Mais il n'était qu'une étape parce que dès le moment où les soins de réanimation tant de la mère que du nouveau-né ont été améliorés, tout le monde s'est concentré sur les problèmes techniques médicaux qui ont évidemment permis des progrès. Seulement nous remarquons que le taux de prématurité reste toujours très élevé dans notre pays parce que d'une part il faut distinguer la prématurité provoquée suite aux progrès de l'obstétrique prénatal, la procréation médicalement assistée qui a créé un nombre accru de grossesses multiples, bien que cela tend à se régulariser mais d'autre part ne sous-estimons pas l'impact des problèmes médico-sociaux en particulier dans une période de régression sociale telle que nous la vivons.

<sup>1</sup> Voir la revue L'Enfant, N°2/1975 pp.93 à 110 et N° 2/1977 pp. 150 à 163

## M.S.

Aujourd'hui, la prématurité reste élevée et a même tendance à augmenter d'une part parce que des progrès ont permis de sauver plus d'enfants grands - prématurés mais peut être aussi parce que d'autres facteurs psycho-sociaux viennent perturber la grossesse. Les questions éthiques sont au centre du débat.

## Professeur Lambotte

Le nouveau-né et notamment le prématuré a été de plus en plus considéré comme une personne puisque la définition légale du nouveau-né est un enfant né vivant et viable. En dessous de 26 semaines les chances de survie avec une intégrité de toutes les fonctions sont extrêmement minimales. La tendance qui consiste à réanimer les enfants de moins de 25 semaines s'accompagne d'une prise en charge minimale et nécessite de réfléchir avec les parents afin d'éviter de manière futile tout acharnement thérapeutique. L'avis et le rôle des parents demeurent essentiels, ils sont présents en salle de néonatalogie, peuvent toucher leur enfant, ils leur est ainsi plus aisé de faire leur deuil, de pas avoir la sensation d'être considérés comme des numéros et d'être privés du plaisir d'avoir eu un enfant. Ce dernier est un être humain à part entière. Tout cela concerne la prématurité spontanée mais il y a un autre aspect lié à l'amélioration de la réanimation des enfants qui présentent des risques de mourir in utero avant la maturation complète de toutes les fonctions vitales. Ces enfants, si vous ne les faites pas naître prématurément et en particulier par césarienne, ils vont mourir in utero, c'est ce qu'on appelle la prématurité provoquée. Beaucoup de femmes ont actuellement des enfants en vie, parfaitement normaux, parce qu'on les extrait d'un milieu intra-utérin toxique. C'est notamment le cas de la pré-éclampsie ou d'autres affections morbides. L'obstétrique moderne est devenue une pédiatrie prénatale où l'on prend en considération les conditions de la vie intra-utérine de l'enfant en fonction des possibilités de la qualité de survie. La décision de provoquer l'accouchement est toujours prise dans tous les centres en concertation entre néonatalogues et obstétriciens.

Un problème plus particulier concerne les enfants chez lesquels on découvre une maladie ou une malformation intra utérine qui peut obérer la qualité de sa survie. Une interruption médicale de grossesse peut être envisagée, soit avant la 12<sup>ème</sup> semaine, période où l'avortement est légalisé, soit au-delà de cette limite jusque la mise en travail. C'est un problème difficile à discuter il se fait d'abord par un colloque entre les obstétriciens, les pédiatres, les généticiens et les spécialistes de l'affection dont l'enfant sera atteint. Toutes ces données sont exposées aux parents qui prennent finalement la décision de poursuivre la grossesse ou de l'interrompre : c'est toujours une décision extrêmement douloureuse pour tous les participants. Il faut bien reconnaître que les progrès de la médecine nous ont posé de nouveaux problèmes éthiques et de nouveaux problèmes médicaux. Cela n'a pas simplifié notre existence.

Dans la très grande prématurité il y a bien entendu des réflexions collégiales qui doivent intervenir entre ceux qui envoient l'enfant venant d'une Maternité extérieure et ceux qui travaillent dans le Centre de soins intensifs. Les attitudes de prises en charge optimales et d'accompagnement du prématuré font l'objet de conventions entre les différentes Maternités. Vu que le nombre de séquelles des enfants réanimés en-dessous de 25 semaines est important, il semble logique de ne pas réaliser le transfert dans cette hypothèse. Toutefois il va de soi que si malgré l'information la plus objective possible on ne convainc pas les parents, on effectue malgré tout le transfert et cet enfant sera pris en charge comme il convient. Le transfert n'est vraiment indiqué qu'au-delà de la 25<sup>ème</sup> semaine. Le pédiatre est alors présent en salle d'accouchement pour accueillir l'enfant et installer une réanimation adéquate.

Après 26 semaines, les possibilités de survie de qualité sont beaucoup plus élevées. Une césarienne de sauvetage vital est très souvent réalisée. La prise en charge de la réanimation et l'évaluation de la situation avec les parents est faite régulièrement sans acharnement thérapeutique.

Alors il va de soi qu'au moment où les parents le souhaitent, vu les séquelles probables, une interruption des soins, il est exclu de les abandonner. Un médecin ou une sage-femme accompagnent l'enfant vers le décès en essayant de réduire au maximum son éventuelle souffrance, sa détresse respiratoire en lui administrant divers produits qui peuvent l'anesthésier. La présence des parents est toujours souhaitée, ils peuvent donner à leur enfant toutes les manifestations de tendresse qu'ils désirent.

La conduite en cas de grande prématurité a été présentée par les chefs de service d'obstétrique et de néonatalogie au Comité d'éthique de l'hôpital CHR-Citadelle, auquel je participe, en ce qui concerne la réanimation en périnatalogie. Ces propositions ont été acceptées, elles sont d'ailleurs conformes aux recommandations de l'Académie nationale de France.

M.S.

Face à une vérité qui est difficile à dire et à entendre, comment réagissent les parents aujourd'hui ?

### Professeur Lambotte

Avec lucidité. Il est évident que ces situations sont toujours hautement émotionnelles tant pour les parents que pour les professionnels. En général on essaie de fournir le maximum d'informations et d'éviter de se trouver dans une situation aiguë au cours de laquelle la réaction des parents est imprévisible tandis que lorsque l'on a réalisé une préparation ils sont prêts à faire face aux difficultés.

La Loi permet à l'heure actuelle d'enterrer les enfants même mort-nés. Une pelouse doit être réservée dans les cimetières et les parents ont la possibilité s'ils le désirent de venir fleurir une stèle commune. Une telle situation est surtout importante dans les cas d'infertilité parce que les parents peuvent se raccrocher à quelque chose. Dans le cas où ils ne désirent pas recourir à une inhumation officielle, l'enfant sera incinéré dans l'hôpital.

M.S.

Merci Professeur Lambotte. La façon dont les hôpitaux traitent aujourd'hui ce problème de la prématurité extrême – travail collégial des professionnels, respect des valeurs des parents, respect de la personne de l'enfant, transparence – rejoint tout à fait les principes qui avaient été mis en avant par le Conseil Scientifique de l'ONE en 1999-2000 lorsque vous en étiez le Président. Avaient également participé aux travaux du Conseil Scientifique sur la prématurité: les Professeurs Verellen et Evrard de l'UCL, les Professeurs Kahn et Vokaer de l'ULB, les Professeurs Rigo et Thoumsin de l'ULG. Rappelons-en les conclusions.

**Les premiers instants de vie d'un enfant fragile ou fragilisé comportent des décisions dont les conséquences seront durables pour lui, sa famille, la société.**

**Ces décisions doivent se baser sur une réflexion éthique partagée en toute transparence entre les parents et les proches qu'ils désignent, les médecins et les soignants**

**Le respect de l'enfant en tant que personne inclut la possibilité de ne pas instaurer ou maintenir des soins curatifs. Cette éventualité doit se baser sur des données médicales actualisées et donc changeantes qui, confrontées aux valeurs des parents, doivent amener à se forger une conviction sur le meilleur accompagnement à offrir à leur nouveau-né.**

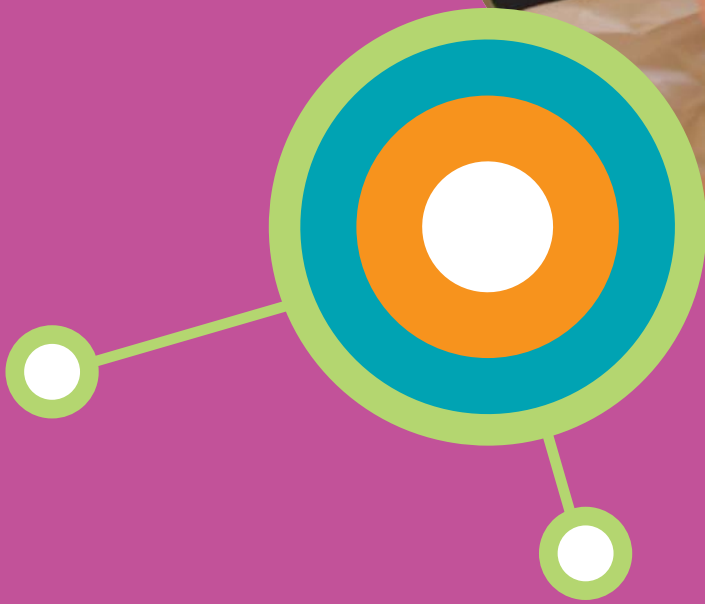




## CHAPITRE 3

ONE / BDMS  
Le suivi de l'enfant







## CHAPITRE 3

# La surveillance médico-sociale préventive des enfants



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

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

Depuis 2003, nous avons opté pour une formule mieux adaptée à la pratique du terrain. La notion de «volet 0-1 an», reprenant des éléments s'étant déroulés pendant toute la première année de vie de l'enfant, est remplacée par la notion de «Bilans de santé» à des âges clefs. Ces «Bilans de santé» doivent idéalement être complétés lorsque l'enfant est examiné à l'âge correspondant, en présence d'un de ses parents ou d'une personne les remplaçant. Cette rencontre à des moments significatifs de la vie de l'enfant (9 mois, 18 mois et 30 mois) permet de passer en revue différents programmes de santé définis comme prioritaires à l'ONE. Quelques indicateurs socio-économiques sont collectés à cette occasion.

Les Bilans de santé à 9 mois ont été réalisés systématiquement à partir d'octobre 2003. Après une période de test de 2 mois en 2003, les bilans de santé à 18 et 30 mois ont été systématisés à partir de janvier 2005.

## La première visite après la sortie de la maternité

### Le premier contact

Le contrat de gestion de l'ONE prévoit, en vertu du principe d'universalité, qu'un premier contact soit établi par les TMS avec toutes les familles suite à la naissance d'un enfant. Ce «Premier Contact» au domicile de l'enfant est proposé à toutes les mères qui ont accouché dans les maternités où l'ONE est présent, ce qui concerne 78 % des naissances connues de l'ONE. Des recoupements avec les registres de naissances communaux (principalement à Bruxelles) sont effectués pour obtenir les coordonnées des naissances survenues en dehors des structures où l'ONE est présent, ce qui permet d'améliorer la couverture du suivi. De plus, la visite est proposée aux parents de tout nouveau-né quel que soit son statut légal en Belgique.

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

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

Lors de ce premier contact le TMS complète une fiche (1er contact) qui reprend un numéro identifiant l'enfant (date de naissance, taille, poids, ...), le type d'alimentation et le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (ONE ou privée). Ce dernier a été revu afin de mieux répondre aux besoins du terrain et est opérationnel depuis le 01 avril 2003. Le taux de couverture pour 2003 se réfère donc à une estimation du nombre de naissance des 9 derniers mois de 2003 soit  $\frac{3}{4}$  des naissances de l'année 2003.

**Tableau 3.1**  
**Nombre d'enfants pour lequel un document « premier contact » a été établi par le TMS**

	2003			2004			2005		
	n	%	Couverture*	n	%	Couverture*	n	%	Couverture*
Bruxelles	5543	22,7	52,4%	10112	26,2	69,6%	10528	27,1	72,0%
Brabant Wallon	2446	10,0	114,2%	3146	8,1	85,4%	3236	8,3	86,2%
Hainaut	7844	32,1	80,8%	10643	27,5	79,0%	10304	26,5	75,8%
Liège (Germ Exclus)**	3798	15,5	62,7%	7561	19,6	75,9%	7923	20,4	77,1%
Luxembourg	1759	7,2	81,2%	2631	6,8	87,6%	2735	7,0	91,9%
Namur	3051	12,5	83,2%	4541	11,8	87,9%	4111	10,6	76,7%
<b>Total</b>	<b>24441</b>	<b>100,0</b>	<b>71,2%</b>	<b>38634</b>	<b>100,0</b>	<b>77,5%</b>	<b>38837</b>	<b>100,0</b>	<b>76,8%</b>

BDMS ONE, «1er contact», pas d'inconnues.

En 2003, les 1er contacts ont été opérationnels à partir du 01 avril.

\* Taux de couverture des 1er contacts en fonction du nombre de naissances collectées à l'ONE par l'Avis de naissance.

\*\* Pour Liège, l'arrondissement de Verviers ne compte pas les naissances des communes germanophones.

En 2004 et 2005, le taux de couverture des 1er contacts en fonction des naissances répertoriées par l'Institut National de Statistiques (INS) est de 75 %. Si on se réfère au nombre de naissances récoltées dans l'Avis de naissance rempli par l'ONE, notre taux de couverture est de +/- 78 % (voir

tableau ci-dessus). Cela signifie que l'ONE a proposé un premier contact après la sortie de la maternité à 4 nouveaux-nés sur 5, soit à domicile soit en consultation soit dans un local prévu à cet effet.

**Tableau 3.2**  
**Lieu du premier contact**

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
A domicile	17320	70,9	28079	72,7	28059	72,2
En consultation médicale ONE	3204	13,1	4305	11,1	4473	11,5
Entretien avec TMS au local	340	1,4	776	2,0	1072	2,8
Uniquement contact	2153	8,8	3522	9,1	3581	9,2
Pas de contact	1424	5,8	1952	5,1	1652	4,3
<b>Total</b>	<b>24441</b>	<b>100,0</b>	<b>38634</b>	<b>100,0</b>	<b>38837</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «1er contact», pas d'inconnues.

Dans trois cas sur quatre, le premier contact se fait à domicile. Cette situation paraît stable.

La catégorie «pas de contact» regroupe les situations où un contact n'a pu être établi malgré plusieurs tentatives du TMS (visite infructueuse, inconnu à l'adresse mentionnée, courrier

et téléphone sans réponse) ainsi que celles où les parents ont signifié à la maternité leur refus formel d'un suivi ONE. Le pourcentage d'enfants concernés semble en diminution entre 2003 et 2005.

Les tableaux suivants concernent les « premiers contacts » effectifs. Les documents « pas de contact » ont été exclus.

**Tableau 3.3**  
**Nombre de jours entre la réception de l'Avis de Naissance par le TMS de terrain et le 1er contact**

	2003			2004			2005		
	n	%	% cumulé	n	%	% cumulé	n	%	% cumulé
0 jour	3210	14,1	14,1	4523	12,5	12,5	4462	12,1	12,1
1 jour	2524	11,1	25,2	3764	10,4	22,9	3903	10,6	22,8
2 à 3 jours	4183	18,4	43,6	7040	19,5	42,4	7176	19,5	42,3
4 à 7 jours	7269	32,0	75,6	11642	32,2	74,6	11705	31,9	74,1
8 à 10 jours	2603	11,4	87,0	4240	11,7	86,3	4399	12,0	86,1
11 à 15 jours	1628	7,2	94,2	2673	7,4	93,7	2630	7,2	93,3
16 à 31 jours	903	4,0	98,2	1525	4,2	97,9	1659	4,5	97,8
> 31 jours	419	1,8	100,0	747	2,1	100,0	812	2,2	100,0
<b>Total</b>	<b>22739</b>	<b>100,0</b>		<b>36154</b>	<b>100,0</b>		<b>36746</b>	<b>100,0</b>	
Inconnues exclues	278	1,2		528	1,4		439	1,2	

BDMS ONE, «1er contact».

Les ¾ des premiers contacts sont réalisés dans les 7 jours et 93-94 % dans les 15 jours. Cette situation reste stable suivant la réception de l'Avis de naissance par le TMS, sur les trois années étudiées.

**Tableau 3.4**  
**Age de l'enfant lors du «1er contact»**

	2003			2004			2005		
	n	%	% cumulé	n	%	% cumulé	n	%	% cumulé
< 1 semaine	1229	5,4	5,4	1855	5,1	5,1	1726	4,7	4,7
1 < 2 semaines	13034	56,8	62,2	20717	57,0	62,1	20835	56,4	61,1
2 < 3 semaines	5455	23,8	86,0	8567	23,6	85,7	9065	24,5	85,6
3 < 5 semaines	2319	10,1	96,1	3733	10,3	96,0	3713	10,1	95,7
5 < 8 semaines	618	2,7	98,8	932	2,6	98,5	1021	2,8	98,4
8 < 12 semaines	139	0,6	99,4	296	0,8	99,3	279	0,8	99,2
12 < 16 semaines	58	0,3	99,7	79	0,2	99,6	98	0,3	99,4
16 < 20 semaines	20	0,1	99,8	26	0,1	99,6	43	0,1	99,6
20 < 24 semaines	9	0,0	99,8	14	0,0	99,7	12	0,0	99,6
24 semaines < 1 an	16	0,1	99,9	43	0,1	99,8	46	0,1	99,7
1 an et plus	32	0,1	100,0	79	0,2	100,0	103	0,3	100,0
<b>Total</b>	<b>22929</b>	<b>100,0</b>		<b>36341</b>	<b>100,0</b>		<b>36941</b>	<b>100,0</b>	
Inconnues exclues	88	0,4		341	0,9		244	0,7	

BDMS ONE, «1er contact».

Nous observons que 62 % des enfants bénéficient d'un contact avec l'ONE après leur sortie de la maternité au cours de leurs 2 premières semaines de vie et 85 % dans les 3 premières semaines. Ces données restent très stables au cours du temps.

**Tableau 3.5**  
**Accompagnement ONE prévu par les parents lors du premier contact**

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Oui	19858	91,5	31643	91,6	32430	92,0
Non	1841	8,5	2893	8,4	2815	8,0
Total	21699	100,0	34536	100,0	35245	100,0
Inconnues exclues	1318	5,7	2146	5,9	1940	5,2

BDMS ONE, «1er contact».

Plus de 9 parents contactés sur 10 envisagent d'avoir recours aux services de l'ONE pour le suivi médical préventif de leur enfant.

**Tableau 3.6**  
**Age des mères nouvellement accouchées et ayant bénéficié d'un premier contact avec l'ONE**

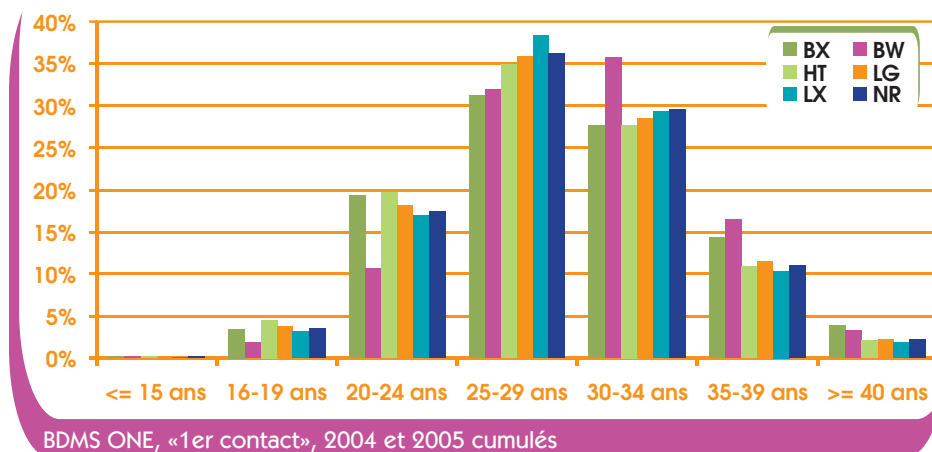
	2003			2004			2005		
	n	%	% cumulé	n	%	% cumulé	n	%	% cumulé
<= 15 ans	36	0,2	0,2	55	0,2	0,2	57	0,2	0,2
16-19 ans	709	3,2	3,4	1292	3,7	3,9	1296	3,7	3,9
20-24 ans	3972	18,0	21,4	6407	18,4	22,3	6275	17,8	21,7
25-29 ans	7717	35,0	56,4	12009	34,5	56,9	12106	34,4	56,0
30-34 ans	6501	29,5	85,9	10047	28,9	85,8	10095	28,6	84,7
35-39 ans	2656	12,0	97,9	4079	11,7	97,5	4459	12,7	97,3
>= 40 ans	470	2,1	100,0	883	2,5	100,0	948	2,7	100,0
Total	22061	100,0		34772	100,0		35236	100,0	
Inconnues exclues	956	4,2		1910	5,2		1949	5,2	

BDMS ONE, «1er contact».

Comme on peut s'y attendre étant donné l'importance de la couverture des « premier contact », ce tableau est assez proche du tableau 1.12 (page 31) qui reprend l'âge des mères ayant accouché d'un enfant ayant généré un « Avis de naissance ». Nous constatons que l'âge des mères ayant bénéficié d'un premier contact reste stable au fil de ces trois années. Mais proportionnellement aux « Avis de naissance », on note, et cela se confirme sur les trois années, une petite diminution

des premiers contacts chez les mères âgées de plus de 30 ans et en contre partie une augmentation des premiers contacts chez les mères de moins de 30 ans ainsi que chez les mères adolescentes.

**Figure 3.1**  
**Histogramme de l'âge des mères nouvellement accouchées et ayant bénéficié d'un premier contact par province de résidence**



Lorsque nous comparons l'âge des mères nouvellement accouchées par province de résidence, on constate que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans. Néanmoins, nous pouvons remarquer que pour Bruxelles et surtout le Brabant Wallon les mères sont de plus en plus

âgées (35,7 % pour les 30-34 ans ; 16,5 % pour les 35-39 ans et 3,3 % pour les plus de 40 ans dans le Brabant Wallon). Toutefois, nous distinguerons également que 4,7 % des mères ont moins de 20 ans dans la province du Hainaut.

Allaitement lors du premier contact : (voir page 105 alimentation de l'enfant)

### Premier contact et enfants de petit poids à la naissance

Le petit poids de naissance (moins de 2500 grammes) est un facteur de vulnérabilité, 90 % de ces enfants sont des enfants nés prématurément. Il est donc particulièrement important

que ces enfants bénéficient d'un suivi ONE et qu'un contact rapide soit établi entre leur famille et les structures de l'ONE.

**Tableau 3.7**  
**Poids de naissance des nouveaux-nés bénéficiant d'un premier contact**

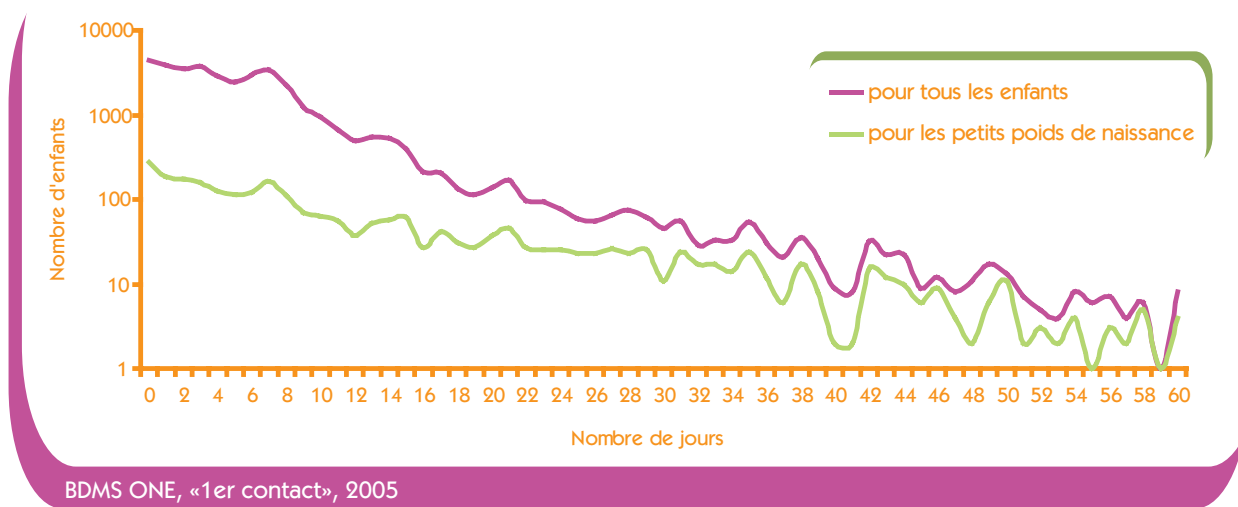
	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
< 1500 g	153	0,7	227	0,6	247	0,7
1500 - 2499 g	1576	6,9	2327	6,3	2337	6,3
>= 2500 g	21276	92,5	34121	93,0	34601	93,1
<b>Total</b>	<b>23005</b>	<b>100,0</b>	<b>36675</b>	<b>100,0</b>	<b>37185</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	12	0,1	7	0,0	0	0,0

BDMS ONE, «1er contact»

Le pourcentage d'enfants de petit poids dont la famille a bénéficié d'un premier contact de l'ONE après le retour à domicile est très légèrement inférieur à celui de la population générale (voir tableau 1.8 page 29, Avis de naissance).

Ceci s'explique probablement en partie par le fait que certains d'entre eux séjournent longuement dans le service néonatal et/ou décèdent précocement.

**Figure 3.2**  
**Courbes du délai entre la connaissance de la naissance**  
**et le 1er contact pour tous les enfants et les petits poids de naissance (< 2500 g)**



En regardant ce graphique nous pouvons noter qu'un effort tout particulier est mis en œuvre pour permettre un contact rapide avec les familles que ce soit pour les petits poids de naissance ou pour tous les autres enfants.

**Tableau 3.8**  
**La famille désire que l'enfant bénéficie d'un suivi ONE**

		Accompagnement ONE prévu					
		2003		2004		2005	
PPN		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
< 1500 g	n	117	15	179	16	198	22
	%	88,6%	11,4%	91,8%	8,2%	90,0%	10,0%
1500 - 2499 g	n	1333	124	1979	162	2013	177
	%	91,5%	8,5%	92,4%	7,6%	91,9%	8,1%
≥ 2500 g	n	18401	1699	29482	2712	30219	2616
	%	91,5%	8,5%	91,6%	8,4%	92,0%	8,0%
Total	n	19851	1838	31640	2890	32430	2815
	%	91,5%	8,5%	91,6%	8,4%	92,0%	8,0%

BDMS ONE, «1er contact»

On observe que 90 % des familles des enfants de petit poids de naissance (< 2500 g) et de très petit poids de naissance (< 1500 g) désirent bénéficier du suivi ONE.

## Les Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois

Tableau 3.9  
Les différents Bilans de Santé

9 mois (réalisé entre 7 et 11 mois)	18 mois (réalisé entre 16 et 20 mois)	30 mois (réalisé entre 28 et 32 mois avant l'entrée à l'école)
Premières vaccinations	Suite des vaccinations	
Information sur type d'alimentation (exclusif ou complété)	Suite d'information sur type d'alimentation (lait adapté)	Dépistages bucco-dentaires
	Début du suivi du développement psychomoteur et du langage	Suivi du développement psychomoteur et du langage
Premiers dépistages (Surdité, Anomalies)		Suite des dépistages (Audition, Vision)
Analyse des risques de «Mort subite inexpliquée du nourrisson»	Accidents domestiques	Allergies
Situation socio-familiale	Situation socio-familiale	Situation socio-familiale

### Nombre et représentativité des bilans de santé

#### Nombre de bilans de santé

Les bilans de santé ont été testés pendant deux ou trois mois en 2003 ce qui explique leur nombre assez limité.

Le « Bilan de santé à 9 mois » est instauré en routine depuis 2004, les « Bilans de santé à 18 et 30 mois » depuis 2005.

L'analyse des données par structure et par province ainsi que les comparaisons avec les données budgétaires, nous montre que la BDMS de l'ONE ne reçoit des « Bilans de santé » que pour une partie des enfants réellement inscrits et suivis dans ses structures. Les données présentées dans ce chapitre ne sont donc pas exhaustives. Cependant, les analyses plus fines que nous réalisons régulièrement en interne (notamment lors de rencontres de terrain) nous permettent de considérer que ces données sont

relativement représentatives de la population qui fréquente les structures de l'ONE. Néanmoins, nous nous fixons comme priorité dans les années à venir, l'amélioration de nos couvertures en « Bilans de santé ».

Il est important lors de la lecture de ces données de bien avoir à l'esprit que quand nous parlons de bilans de santé 2003, 2004 ou 2005, il s'agit de l'année pendant laquelle ces bilans ont été remplis. Ainsi dans les bilans 2005, nous trouverons pour les « 9 mois », des enfants nés en 2004 et 2005, pour les « 18 mois », des enfants nés en 2003 et 2004 et pour les « 30 mois », des enfants nés en 2002 et 2003.

Tableau 3.10  
Volets 9, 18 et 30 mois rentrés par Province

9 mois	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Bruxelles	739	26,9	2548	26,8	3123	28,3
Brabant Wallon	393	14,3	810	8,5	871	7,9
Hainaut	272	9,9	2812	29,6	2564	23,3
Liège (Germ Excl)*	569	20,7	1564	16,4	2853	25,9
Luxembourg	456	16,6	975	10,3	782	7,1
Namur	268	9,8	803	8,4	828	7,5
Total	2746	100,0	9512	100,0	11021	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», pas d'inconnues.

En 2003, les bilans de santé 9 mois ont été opérationnels à partir du 01 octobre (période de 3 mois).

\* Pour Liège, l'arrondissement de Verviers ne compte pas les communes germanophones.

18 mois	2003		2005	
	n	%	n	%
Bruxelles	677	26,9	1843	26,7
Brabant Wallon	163	6,5	628	9,1
Hainaut	703	27,9	1607	23,3
Liège (Germ Exclus)*	543	21,6	1903	27,6
Luxembourg	240	9,5	450	6,5
Namur	192	7,6	470	6,8
<b>Total</b>	<b>2518</b>	<b>100,0</b>	<b>6901</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», pas d'inconnues

En 2003, les bilans de santé 18 mois ont été testés pendant une période de 2 mois et furent opérationnels à partir du 01 janvier 2005.

\* Pour Liège, l'arrondissement de Verviers ne compte pas les communes germanophones.

30 mois	2003		2005	
	n	%	n	%
Bruxelles	302	30,1	788	27,1
Brabant Wallon	76	7,6	291	10,0
Hainaut	254	25,3	516	17,7
Liège (Germ Exclus)*	217	21,6	979	33,6
Luxembourg	84	8,4	135	4,6
Namur	72	7,2	201	6,9
<b>Total</b>	<b>1005</b>	<b>100,0</b>	<b>2910</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», pas d'inconnues

En 2003, les bilans de santé 30 mois ont été testés pendant une période de 2 mois et furent opérationnels à partir du 01 janvier 2005.

\* Pour Liège, l'arrondissement de Verviers ne compte pas les communes germanophones.

On observe une augmentation progressive mais encore insuffisante du nombre de bilans reçus.

Les 3/4 des données proviennent des trois grandes sub-régions : Bruxelles, Hainaut et Liège.

### Origine des bilans

**9 mois :** 89 % en 2003 et 92 % en 2004-2005 sont envoyés par le secteur « Accompagnement » (Consultations d'enfants et cars sanitaires), 11 % en 2003 et 8 % en 2004-2005 viennent des « Milieux d'Accueils Subventionnés » (crèches et Maisons Communales d'accueil).

**18 mois :** 82,4 % en 2003 et 85,6 % en 2005 sont envoyés par le secteur « Accompagnement » (Consultations d'enfants et cars sanitaires), 17,6 % en 2003 et 14,4 % en 2005 viennent des « Milieux d'Accueils Subventionnés » (crèches et Maisons Communales d'accueil).

**30 mois :** 66 % en 2003 et 76 % en 2005 sont envoyés par le secteur « Accompagnement » (Consultations d'enfants et cars sanitaires), 34 % en 2003 et 24,4% en 2005 viennent des « Milieux d'Accueils Subventionnés » (crèches et Maisons Communales d'accueil).





## Quelques caractéristiques socio-économiques des familles et des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE

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

### La situation socio-familiale

■ ■ ■ ■ Tableau 3.11  
L'enfant vit au quotidien avec

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	2003	2004	2005	2003	2005	2003	2005
Un seul parent	5,5%	6,6%	6,7%	8,6%	8,1%	9,8%	9,3%
Ses 2 parents	92,9%	92,1%	92,6%	89,8%	90,6%	85,0%	88,6%
Un parent et un beau-parent/compagnon	0,6%	0,4%	0,4%	0,8%	0,6%	1,0%	1,1%
Pouponnière/Home/Famille d'accueil	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%
Autres (grands-parents, oncle, tante,...)	0,6%	0,7%	0,2%	0,5%	0,3%	0,8%	0,4%
Total 100%	n =						
	2687	9272	10851	2443	6722	1015	2880
Inconnues exclues	2,1%	2,5%	1,5%	3,8%	2,6%	3,7%	1,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

#### Explication de «L'enfant vit au quotidien avec» :

Cela signifie que l'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, le TMS coche «un seul parent».

Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent / oncle / tante,... il coche «un (ou plusieurs) autre membre de la famille».

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

Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex : parents et grand-parents), on privilégie le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, il coche «vit avec ses 2 parents»).

Les pouponnières ne nous ont pas envoyé de Bilans de santé. Les enfants repris comme vivant en pouponnière, en famille d'accueil, en home, sont ceux qui sont examinés dans nos Consultations.

On note une diminution progressive en fonction de leur âge, du nombre d'enfants qui vivent avec leurs deux parents. Ainsi, vers 30 mois, près d'un enfant sur dix ne vit plus avec ses deux parents et ceci principalement au profit de la famille monoparentale. La situation où l'enfant vit avec un parent et un beau-parent reste marginale (+/- 1 %).

## Le niveau d'enseignement

Tableau 3.12  
Niveau d'enseignement de la mère

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	2003	2004	2005	2003	2005	2003	2005
Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseignement spécialisé	6,6%	8,4%	4,7%	7,3%	3,8%	7,7%	4,4%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé			6,0%		6,0%		5,9%
Secondaire inférieur achevé	22,4%	23,6%	19,5%	25,1%	17,6%	20,3%	15,4%
Secondaire supérieur achevé	34,6%	35,6%	36,8%	33,8%	36,1%	29,4%	32,1%
Supérieur achevé	36,4%	32,3%	32,9%	33,7%	36,4%	42,5%	42,2%
Total 100%	n = 2238	7748	9116	2024	5816	816	2422
Inconnues exclues	18,5%	18,5%	17,3%	20,3%	15,7%	20,2%	16,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

### Explication du «Niveau d'enseignement de la mère» :

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.

#### Les grandes tendances qui se dégagent sont :

- une diminution lente du taux des « inconnus », bien que ceux-ci restent trop élevés (de 20 à 15 %).
- une répartition relativement homogène et constante des différents niveaux d'enseignement des mères, avec peut-être une petite augmentation des mères n'ayant pas atteint le niveau « secondaire inférieur ». Ceci traduit la volonté de l'ONE d'offrir ses services à un large public et de manière universelle. Il est probable qu'il y ait une sur-représentation des mères ayant un niveau d'enseignement supérieur, en effet, le taux élevé d'inconnues correspond habituellement à des niveaux d'enseignement peu élevés ou inclassables.

Ces données montrent combien la population qui fréquente les consultations pour enfant de l'ONE est différente de celle qui fait appel au secteur « Accueil » (cf. le rapport de l'enquête réalisée en 2005 auprès des usagers des services ONE, les mères ayant atteint au plus un niveau d'étude secondaire inférieur ne représentent que 8,9 % de la population faisant appel aux milieux d'accueil).

#### La situation d'emploi de la mère

Vous trouverez ci-dessous deux tableaux, l'un fournissant les données 2003 et 2004 et l'autre les données 2005.

En effet, suite aux conclusions des tests réalisés en 2003 et 2004, les indicateurs ont été légèrement revus en 2005.

Tableau 3.13  
Situation d'emploi de la mère

	2003		2004	
	n	%	n	%
Occupe un emploi	1277	50,0	4097	45,3
Au chômage et/ou au foyer	1055	41,3	4180	46,2
Aide sociale, indemnité mutuelle et revenu d'insertion	123	4,8	416	4,6
Etudiante	41	1,6	149	1,6
Sans ressources fixes	42	1,6	147	1,6
Autres	17	0,7	56	0,6
<b>Total</b>	<b>2555</b>	<b>100,0</b>	<b>9045</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	180	7,0	467	4,9

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

	2005					
	Bilans 9 mois		Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	n	%	n	%	n	%
Travaille à temps plein	3448	32,5	1960	29,6	984	35,6
Travaille à temps partiel	1088	10,3	1213	18,3	496	18,0
Pause carrière/congé parental à temps plein	136	1,3	83	1,3	36	1,3
Pause carrière/congé parental à temps partiel	52	0,5	53	0,8	16	0,6
Au chômage et/ou au foyer	5492	51,8	3131	47,3	1159	42,0
Aide sociale, indemnité mutuelle et revenu d'insertion	262	2,5				
Etudiante	74	0,7				
Sans ressources fixes	27	0,3				
Autre (pré-pensionné, invalidités, incapacités de travail)	21	0,2	183	2,8	70	2,5
<b>Total</b>	<b>10600</b>	<b>100,0</b>	<b>6623</b>	<b>100,0</b>	<b>2761</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	421	3,8	278	4,0	149	5,1

BDMS ONE, «Bilans de santé», 2005

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

### Explication de «L'activité principale de la mère» :

Ici, il faut considérer l'activité officielle de la mère au jour du bilan de santé.

Ici aussi, les tableaux montrent combien la population qui fréquente les consultations pour enfant de l'ONE est très différente de celle qui fait appel au secteur « Accueil » (cf. le rapport de l'enquête réalisée en 2005 auprès des usagers des services ONE, le taux de l'emploi des mères ayant recours à un Milieu d'accueil est de 93,7 %).

Dans notre échantillon, on constate qu'1/3 des mères ont un travail à plein temps. On observe également une augmentation du travail à temps partiel au fur et à mesure que l'enfant grandit. Ce phénomène s'accompagne d'une diminution des mères « au chômage et/ou au foyer ».

## Famille et revenu

Tableau 3.14  
La famille vit avec

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois	Bilans 30 mois
	2003	2004	2005	2005	2005
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Un revenu professionnel	877 (34,2)	3235 (36,2)	4115 (38,8)	2376 (35,8)	964 (34,3)
Deux revenus professionnels	1339 (52,1)	4189 (46,9)	4552 (42,9)	3156 (47,6)	1441 (51,3)
Uniquement un/des revenus de remplacement	311 (12,1)	1371 (15,3)	1662 (15,7)	970 (14,6)	343 (12,2)
Pas de revenu fixe	41 (1,6)	142 (1,6)	214 (2,0)	93 (1,4)	48 (1,7)
Autres		1 (0,0)	56 (0,5)	36 (0,5)	11 (0,4)
<b>Total</b>	<b>2568 (100)</b>	<b>8938 (100)</b>	<b>10599 (100)</b>	<b>6631 (100)</b>	<b>2807 (100)</b>
Inconnues exclues	6,5%	6,0%	3,8%	3,9%	3,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

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

### Explication de «La famille vit avec» :

Ici, il faut considérer la situation officielle de travail.

Un revenu professionnel = une famille qui vit uniquement avec un revenu professionnel ou bien avec un revenu professionnel et un revenu de remplacement (ex : un revenu professionnel + un revenu de chômage = on coche un revenu professionnel).

Concernant la catégorie «deux revenus professionnels», le 2ème revenu peut venir de l'autre parent ou du beau parent/compagnon.

Entre 2003 et 2005, on remarque que 40 à 50 % des familles bénéficient de deux revenus professionnels, 34 à 39 % d'un seul revenu professionnel. Mais également que 12 à 15 % des familles vivent de revenus de remplacement

et celles qui n'ont pas de revenus fixes oscillent entre 1,4 et 2 %. Pour l'année 2003, il est possible qu'il y ait eu mauvaise compréhension des consignes de classement.

## La mère parle français

Cette information n'est collectée que depuis 2005.

Tableau 3.15  
La mère parle le français

	Bilans 9 mois		Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	n	%	n	%	n	%
Très bien	6215	85,5	5894	87,3	2452	87,6
Un peu	769	10,6	660	9,8	276	9,9
Pas du tout	286	3,9	194	2,9	71	2,5
<b>Total</b>	<b>7270</b>	<b>100,0</b>	<b>6748</b>	<b>100,0</b>	<b>2799</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	3751	34,0	153	2,2	111	3,8

BDMS ONE, «Bilans de santé», 2005

Nous remarquons qu'une mère sur dix parle peu le français et qu'entre 2,5 et 4 % des mères ne le parlent pas du tout.

Le taux important d'inconnues (34 %) dans le bilan de santé « 9 mois » peut s'expliquer par le fait que cette question n'était pas posée dans les premières versions des bilans de santé « 9 mois » en 2003 et 2004.

## La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans

Cette information n'est collectée que depuis 2005.

Tableau 3.16  
La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans

	Bilans 9 mois		Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	n	%	n	%	n	%
Oui	1770	25,3	1434	22,1	584	21,6
Non	5219	74,7	5044	77,9	2114	78,4
Total	6989	100,0	6478	100,0	2698	100,0
Inconnues exclues	4032	36,6	423	6,1	212	7,3

BDMS ONE, «Bilans de santé», 2005

Si l'on se réfère à une définition commune dans le secteur des recherches scientifiques, les mères séjournant en Belgique depuis moins de 5 ans sont considérées comme « primo-arrivantes ».

On observe que 20 à 25 % des mères qui fréquentent les structures de l'ONE sont des « primo-arrivantes ». Ce chiffre tend à diminuer progressivement à mesure que l'enfant grandit. Ce chiffre nous semble fort élevé et devra donc être conforté ultérieurement. Néanmoins, les recoupements que nous avons réalisés avec le niveau d'étude de la mère et son acquisition

de la langue française, nous montrent des correspondances nettes entre : « maman en Belgique depuis moins de 5 ans » et l'item « niveau d'étude primaire non achevé ou pas de scolarité » (50 %) ainsi que l'item « maman ne parle pas du tout le français » (76 %).

De même que pour la variable « la mère parle le français », le taux important d'inconnues (36,6 %) dans le bilan de santé « 9 mois » peut s'expliquer par le fait que cette question n'était également pas posée dans les premières versions des bilans de santé « 9 mois » en 2003 et 2004.

## Le poids de naissance de l'enfant

Tableau 3.17  
Poids de naissance de l'enfant

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois		Bilans 30 mois		
	2003	2004	2005	2003	2005	2003	2005	
< 2500 g	7,4%	7,3%	7,2%	7,5%	6,8%	7,5%	8,0%	
>= 2500 g	92,6%	92,7%	92,7%	92,5%	93,2%	92,5%	92,0%	
Total	100%	n = 2703	9511	11020	2483	6901	988	2909
Inconnues exclues	1,5%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	3,4%	0,0%	

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Dans l'ensemble, la proportion d'enfants de moins de 2500 grammes est légèrement inférieure à la proportion des petits poids de naissance en Communauté française (voir page 29).

Une explication possible serait qu'une partie des enfants de petits poids sont suivis par des consultations spécialisées.

## L'âge des mères à l'accouchement

Tableau 3.18  
Age des mères à l'accouchement

	Bilans 9 mois		Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	n	%	n	%	n	%
<= 15 ans	21	0,2	18	0,3	8	0,3
16-19 ans	444	4,1	239	3,6	93	3,4
20-24 ans	2136	20,0	1269	19,1	478	17,3
25-29 ans	3616	33,8	2351	35,4	915	33,2
30-34 ans	2912	27,2	1800	27,1	829	30,0
35-39 ans	1256	11,7	791	11,9	353	12,8
>= 40 ans	320	3,0	171	2,6	83	3,0
<b>Total</b>	<b>10705</b>	<b>100,0</b>	<b>6639</b>	<b>100,0</b>	<b>2759</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	316	2,9	262	3,8	151	5,2

BDMS ONE, «Bilans de santé», 2005

Avec ce tableau, on remarque que la répartition de l'âge des mères est assez semblable à celle des « Avis de naissance ». Nous pouvons donc constater que l'ONE suit tout aussi bien les enfants des mères adolescentes que des mères plus âgées.

## Le tabagisme

Tableau 3.19  
Au moins 1 personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Oui	703	29,0	2514	29,7	2865	28,4
Non	1723	71,0	5962	70,3	7216	71,6
<b>Total</b>	<b>2426</b>	<b>100,0</b>	<b>8476</b>	<b>100,0</b>	<b>10081</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	285	11,7	1036	10,9	940	8,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

En ce qui concerne les enfants fréquentant les structures de l'ONE, l'analyse des « Bilans de santé 9 mois » montre que 29 % des enfants vivent encore dans une habitation enfumée et ce chiffre reste constant depuis 2003.

Selon l'Enquête Nationale de Santé (ISSP), en Belgique en 2001, 24,2 % des personnes de 15 ans et plus déclarent fumer au moins une cigarette par jour (28,3 % des hommes et 20,1 % des femmes).

## Conclusions

La population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE, et pour laquelle nous avons des informations, est diversifiée. Elle provient de tous les milieux socio-économiques mais avec une grande représentation de populations « fragiles » :

- Plus de trois mères sur dix vivent avec un seul revenu professionnel,
- Une mère sur quatre serait primo-arrivante,
- Près de 15 % des mères vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe,
- Une mère sur quatre n'a pas dépassé le niveau d'étude secondaire inférieur,
- Près d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer,
- Près d'un enfant sur trois serait « à risque » de tabagisme passif.
- Une mère sur huit a des difficultés à parler le français,

## Les vaccinations

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

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

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

Pour qu'un programme de vaccination à l'échelle d'une population soit efficace en terme de santé publique, il est nécessaire d'atteindre un taux de couverture d'au moins 95 %. Pour atteindre un tel taux de couverture, il faut que l'accès à la vaccination (au produit et au vaccinateur) soit totalement gratuit et aisé. Depuis 2005, ce taux est atteint chez les enfants de 9 mois qui fréquentent les structures ONE pour les vaccins contre la polio, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hémophilus influenzae de type b et l'hépatite B. Il reste encore trop bas pour le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

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).

L'ONE exige la vaccination des enfants qui fréquentent les milieux d'accueil. Actuellement, les vaccins exigés sont : Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Rougeole, Rubéole, Oreillons. Début 2004, l'hémophilus Influenzae de type b a été ajouté à cette liste. De plus, les vaccins contre l'hépatite B et le méningocoque de type C, s'ils ne sont pas obligatoires, sont fortement recommandés.

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

Tous ces vaccins sont fournis gratuitement par la Communauté française.

Un vaccin contre le pneumocoque existe. Il est commercialisé en Belgique depuis 2004 et sera probablement distribué gratuitement en 2007. Le prix actuellement très élevé de ce vaccin ne permet qu'à une petite frange de la population d'y avoir accès. Nous ne disposons pas encore de chiffres concernant cette vaccination.

*Les données vaccinales reprises dans ce rapport proviennent de plusieurs sources :*

- le Volet 0-1 an (1996-2002)
- le Bilan de santé « 9 mois »
- le Bilan de santé « 18 mois »

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

## Poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hémophilus influenzae de type b et hépatite B

### Le vaccin contre la poliomyélite

La poliomyélite a heureusement disparu de notre paysage quotidien mais son éradication à l'échelle planétaire n'est pas totale. C'est la raison pour laquelle le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande le maintien du programme vaccinal anti-poliomyélite obligatoire. Le passage au vaccin tué injectable vise la disparition des cas de poliomyélite vaccinale, même si le risque est minime (estimation d'un cas en Belgique tous les 7-10 ans). Depuis 2001, le vaccin polio se fait sous forme intramusculaire dans la même injection que le DiTePer.

### Le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche

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

**La diphtérie** : trois cas ont été déclarés en Belgique entre 1980 et 1989. L'épidémie de diphtérie survenue dans les pays de l'est en 1990 et les dizaines de milliers de morts qu'elle a causés rappellent tout l'intérêt de ce type de vaccin. L'état sérologique de la population adulte belge souligne par ailleurs la nécessité d'un renforcement de la protection par les vaccinations de rappel.

**Le tétanos** : quelques cas sont déclarés annuellement, ils concernent essentiellement des personnes âgées et surtout des femmes. La prévention de la maladie est possible, elle repose sur la protection vaccinale individuelle. La maladie ne se transmet pas de personne à personne.

**La coqueluche** : l'incidence de la coqueluche a régressé depuis les campagnes de vaccination lancées dans les années 60. Actuellement, les adolescents et les adultes représentent la principale source d'infection pour les nourrissons. Depuis 2004, le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande donc la vaccination des adultes en contact avec des enfants.

**Remarque** : en 2003 et 2004, les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio sont ensemble dans une seule seringue, les vaccins contre l'hémophilus influenzae de type b et l'hépatite B sont dans des flampules séparées. Il est donc possible de ne pas les administrer. A partir de 2005, ces 6 vaccins sont fournis dans une seule préparation. Il n'y a donc plus de choix possible dans le système gratuit.

## Vaccin DiTePer et Poliomyélite

Les enfants correctement vaccinés à 9 mois contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio sont ceux qui ont reçu au moins 3 doses de vaccin.

Tableau 3.20  
Vaccin DiTePer et Poliomyélite à 9 mois

	Vaccin Tetravac en 2003 - 2004				Vaccin Hexavalent en 2005	
	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	23	0,8	42	0,4	43	0,4
1 dose	5	0,2	16	0,2	30	0,3
2 doses	28	1,0	87	0,9	45	0,4
3 doses	2690	98,0	9061	95,3	10498	95,2
Inconnu	0	0,0	306	3,2	405	3,7
<b>Total</b>	<b>2746</b>	<b>100,0</b>	<b>9512</b>	<b>100,0</b>	<b>11021</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

La diminution du taux de vaccination entre 2003 et 2004-2005 est presque entièrement compensée par l'augmentation du taux d'inconnus. Ceux-ci avaient été exclus dans le calcul des données en 2003.

Les enfants correctement vaccinés à 18 mois contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio sont ceux qui ont reçu au moins 4 doses de vaccin.

Tableau 3.21  
Vaccin DiTePer et Poliomyélite à 18 mois

	2003		2005	
	n	%	n	%
0 dose	27	1,1	9	0,1
1 dose	1	0,0	5	0,1
2 doses	1	0,0	4	0,1
3 doses	152	6,0	382	5,5
4 doses	2354	92,7	6367	92,2
Inconnu	5	0,2	134	1,9
<b>Total</b>	<b>2540</b>	<b>100,0</b>	<b>6901</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»



## Le vaccin contre l'Haemophilus influenzae de type b (Hib)

Le germe de l'Haemophilus influenzae de type b était la première cause de méningite bactérienne chez l'enfant de moins de 5 ans. Avant l'introduction du vaccin en 1993, l'incidence des infections invasives chez les enfants de moins de 5 ans en Communauté française était de 44/100 000. Actuellement, les formes invasives de ces infections ont pratiquement disparu. Dans les pays où la couverture vaccinale atteint plus de 90 %, la maladie a été éradiquée.

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

Les enfants correctement vaccinés à 9 mois contre l'hémophilus Influenzae de type b sont ceux qui ont reçu au moins 3 doses de vaccin.

Les enfants correctement vaccinés à 18 mois contre l'hémophilus Influenzae de type b sont ceux qui ont reçu au moins 4 doses de vaccin.

**Tableau 3.22**  
Vaccin Hémophilus Influenzae de type b à 9 mois

	Vaccin Acthib en 2003 - 2004				Vaccin Hexavalent en 2005	
	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	23	1,8	79	0,8	43	0,4
1 dose	5	0,2	20	0,2	30	0,3
2 doses	28	2,9	126	1,3	45	0,4
3 doses	2690	95,0	8966	94,3	10498	95,2
Inconnu	0	0,0	321	3,4	405	3,7
<b>Total</b>	<b>2746</b>	<b>100,0</b>	<b>9512</b>	<b>100,0</b>	<b>11021</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

**Tableau 3.23**  
Vaccin Hémophilus Influenzae de type b à 18 mois

	2003		2005	
	n	%	n	%
0 dose	35	1,4	16	0,2
1 dose	16	0,6	17	0,2
2 doses	12	0,5	12	0,2
3 doses	175	6,9	403	5,8
4 doses	2296	90,4	6303	91,3
Inconnu	6	0,2	150	2,2
<b>Total</b>	<b>2540</b>	<b>100,0</b>	<b>6901</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

## Le vaccin contre l'hépatite B

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

L'hépatite B est la première cause de cirrhose et de cancer du foie à l'âge adulte.

**Tableau 3.24**  
Vaccin Hépatite B à 9 mois

	Vaccin HB vax en 2003 - 2004				Vaccin Hexavalent en 2005	
	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	314	11,4	550	5,8	43	0,4
1 dose	131	4,8	254	2,7	30	0,3
2 doses	2160	78,7	4906	51,6	45	0,4
3 doses	141	5,1	3447	36,2	10498	95,2
Inconnu	0	0,0	355	3,7	405	3,7
<b>Total</b>	<b>2746</b>	<b>100,0</b>	<b>9512</b>	<b>100,0</b>	<b>11021</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Les enfants correctement vaccinés à 9 mois contre l'hépatite B ont reçu au moins 2 doses de vaccin en 2003-2004 et au moins 3 doses de vaccin hexavalent en 2005.

Depuis l'introduction de l'Hexavalent en 2004, nous pouvons remarquer une forte augmentation du taux de vaccination contre l'Hépatite B. De 83,8 % en 2003 nous passons à 95,2 % en 2005.

Les enfants correctement vaccinés à 18 mois contre l'hépatite B ont reçu au moins 3 doses de vaccin.

**Tableau 3.25**  
**Vaccin Hépatite B à 18 mois**

	2003		2005	
	n	%	n	%
0 dose	347	13,7	170	2,5
1 dose	102	4,0	48	0,7
2 doses	457	18,0	152	2,2
3 doses	1611	63,4	2316	33,6
4 doses	13	0,5	4027	58,4
Inconnu	10	0,4	188	2,7
<b>Total</b>	<b>2540</b>	<b>100,0</b>	<b>6901</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»



## Vaccin Hexavalent

A partir de 2004, la Communauté française a fourni un vaccin « hexavalent » associant 6 vaccins (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hémophilus Influenzae de type b, hépatite B). Cependant, l'ancien schéma vaccinal a été conservé pour les enfants dont la vaccination était déjà commencée en 2003. Ceci explique qu'en 2004 et 2005 (pour les 18 mois), on observe encore des taux de couverture différents pour les vaccins diphtérie-tétanos-coqueluche-polio, hémophilus influenzae de type b et Hépatite B.

**Tableau 3.26**  
**Vaccin Hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B)**

	Bilans 9 mois	
	n	%
0 dose	43	0,4
1 dose	30	0,3
2 doses	45	0,4
3 doses	10498	95,2
Inconnu	405	3,7
<b>Total</b>	<b>11021</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Pour ces 6 vaccinations, (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B), on constate une stabilisation du taux connu de vaccination autour de 95 % avec une très nette amélioration de la couverture de vaccination contre l'hépatite B. Afin de ne pas donner une fausse idée de la couverture vaccinale, nous avons inclus dans ce chapitre, les inconnues dans le calcul des pourcentages de couverture. Ce pourcentage d'inconnues varie de 2 à 3,7 %. Il concerne probablement des enfants vus en l'absence des parents (grands-parents, accueillantes). Une partie de ces enfants sont malgré tout probablement vaccinés mais nous ne disposons pas de l'information.

## Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO ou MMR)

La rougeole, la rubéole et les oreillons : l'incidence de la rougeole et des oreillons est évaluée à partir du réseau de médecins vigies de l'Institut Scientifique de la Santé Publique (I.S.P.). Cette incidence a fortement diminué depuis l'introduction du vaccin trivalent en 1985 (un peu plus tard à Bruxelles). Il n'existe pas de données complètes et fiables pour la rubéole. La rubéole congénitale qui seule fait l'objet d'une déclaration systématique, a pratiquement disparu ces dernières années.

Avant 2004, il était recommandé de faire cette vaccination à l'âge de 15 mois ; à partir de 2004, à 12-13 mois. Cette information est donc recueillie via le « Bilan de santé à 18 mois ».

Les enfants correctement vaccinés à 18 mois contre la rougeole, la rubéole et les oreillons ont reçu au moins 1 dose de vaccin.

**Tableau 3.27**  
Vaccin Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO)

	Bilans 18 mois	
	n	%
0 dose	375	5,4
1 dose	6193	89,8
Inconnu	333	4,8
<b>Total</b>	<b>6901</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

**Tableau 3.28**  
Evolution du taux de vaccination au cours du temps du RRO

	Enfants correctement vaccinés
Etude rétrospective ONE sur enfants nés en mars 1997	92,5%
Bilans de santé 18 mois - enfants nés en 2001 (1)	80,0%
Rapport Provac 2003 (2)	82,5%
Bilans de santé 18 mois 2005 - enfants nés en 2003-2004	<b>89,8%</b>

(1) Rapport BDMS 2004, page 79

(2) Données «Enquête de couverture vaccinale en Communauté française (Bruxelles excepté)», Rapport Provac-ULB, page 17, 2003

Environ 90 % des enfants figurant dans cet échantillon ont reçu 1 dose RRO (4,8 % de données inconnues incluses), ce qui montre une amélioration très nette de notre taux de couverture (+ 10 % ) entre les enfants nés en 2001

et ceux nés en 2003-2004. Néanmoins, nous devons maintenir notre vigilance puisque l'on estime qu'il faut atteindre un taux de 95 % pour éviter l'apparition d'épidémies de rougeole.

## Méningocoque de type C

Les infections invasives dues aux méningocoques peuvent revêtir deux formes différentes :

- Une méningite avec risques de séquelles cérébrales.
- Une septicémie fulgurante évoluant vers un syndrome de coagulation intra-vasculaire disséminée, cause de décès et d'importantes séquelles physiques.

La transmission de la maladie est exclusivement humaine, via les sécrétions naso-pharyngées par contact avec un porteur sain ou un porteur malade. La bactérie est incapable de survivre en dehors de l'organisme humain.

Depuis 2001, un vaccin contre le méningocoque de type C est disponible en Belgique. Le vaccin est fourni gratuitement par la Communauté française depuis 2002. Il est recommandé de faire une dose vers l'âge de un an. Le vaccin peut être fait en même temps que le vaccin contre la rougeole, rubéole, oreillons.

Les enfants correctement vaccinés à 18 mois contre le méningocoque de type C ont reçu au moins 1 dose de vaccin

**Tableau 3.29**  
Vaccin Méningocoque de type C

	Bilans 18 mois	
	n	%
0 dose	189	2,7
1 dose	6440	93,4
Inconnu	272	3,9
Total	6901	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

**Tableau 3.30**  
Evolution du taux de vaccination contre le méningocoque de type C au cours du temps

	Enfants correctement vaccinés
Estimation année 2001 (vente des vaccins)	20,0%
Bilans de santé 18 mois - enfants nés en 2001 (1)	80,0%
Rapport Provac 2003 (2)	81,5%
Bilans de santé 18 mois 2005 - enfants nés en 2003-2004	93,4%

(1) Rapport BDMS 2004, page 80

(2) Données «Enquête de couverture vaccinale en Communauté française (Bruxelles excepté)», Rapport Provac-ULB, page 16, 2003

## Prévention de la mort subite du nourrisson

La Mort Subite est définie comme un décès soudain, qui est inattendu au vu de l'histoire de l'enfant et qui demeure inexpliqué malgré les examens réalisés après la mort. Une autopsie complète est indispensable au diagnostic, car bien souvent, elle apporte une explication au décès. Seuls les décès pour lesquels aucune cause n'est décelée sont appelés «morts subites».

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

L'hypothèse actuellement admise est que les accidents de mort subite sont le fruit de l'accumulation de facteurs périnataux et postnataux. La combinaison de ces facteurs «fragilise» le nourrisson, qui est alors plus exposé que d'autres à des circonstances défavorables après la naissance.

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

Une étude menée par l'ONE en 1982 montrait que la prévalence des accidents de morts subites était de 1,7 cas pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre était comparable à ceux des pays limitrophes. Depuis 2000, grâce aux campagnes de prévention, il est tombé à moins de 0,8 pour 1000 naissances (donnée estimée par l'observatoire de la mortalité infantile). L'incidence à Bruxelles en 2003 était de 0,4 cas pour 1000 naissances vivantes<sup>1</sup>.

Des données recueillies à l'ONE grâce au « cadastre des événements médicaux graves » dans les milieux d'accueil montre l'évolution suivante (voir tableau n° 3.31 ci-dessous). Attention, ces données faisant l'objet d'une déclaration volontaire doivent être pris avec une certaine prudence. Ils ont cependant été confirmés par les coordinatrices accueil.

**Tableau 3.31**  
Récapitulatif décès en Milieux d'accueil chez les enfants de moins d'un an de 2000 à 2005

	Mort subite inexpliquée	Mort subite expliquée	Cause communiquée	Total des décès signalés
2000	1	0		1
2001	1	2	Myocardite	3
			Infarctus	
2002	1	1	Infection à méningocoque	2
2003	1	0		1
2004	3	2	Infection à méningocoque	5
			Strangulation	
2005	1	3	Infection à méningocoque	4
			Infection à streptocoque	
			Pneumonie fulgurante	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>16</b>

Ce tableau nous permet de constater que la moitié des décès par mort subite en milieu d'accueil est expliquée par une cause médicale, l'autre moitié reste inexpliquée.

Dans le cadre de ses actions de prévention, l'ONE intervient à différents niveaux :

En ce qui concerne la maturation et les maladies, l'ONE sensibilise les parents à consulter leur médecin en cas de maladie et encourage les parents à faire réaliser les divers examens demandés dont les polysomnographies lorsque les enfants sont considérés «à risque» de mort subite. Les signes d'alarmes, permettant de considérer qu'un enfant est à risque de mort subite, sont détaillés dans le «Guide

de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant» page 161. La pratique du dépistage par examen polysomnographique n'est recommandée que dans le cadre d'un bilan global de la santé de l'enfant et suivant des critères médicaux précis (prématurité, transpiration anormale, antécédents familiaux,...).

<sup>1</sup> Données mortalités avant l'âge d'un an, Observatoire de la Santé Bruxelles Capitale – Commission Communautaire Commune, 2003.

## Les risques de mort subite inexpliquée du nourrisson

Tableau 3.32

L'enfant a présenté un risque de mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN)

	2004		2005	
	n	%	n	%
Oui	470	5,2	544	5,2
Non	8495	94,8	9997	94,8
Total	8965	100,0	10541	100,0
Inconnues exclues	547	5,8	480	4,4

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Les données recueillies par la BDMS nous permettent d'avoir une approche de la pratique des examens polysomnographiques de sommeil, réalisés dans un but de dépistage

des enfants «à risque» et de la mise sous monitoring d'enfants considérés «à risque» suite à un dépistage positif.

Tableau 3.33

Tableau croisé « enfants à risques de MSIN » et « polysomnographie positive »

		Enfants à risques de mort subite		
		2003	2004	2005
Polysomnographie positive	n =	114	398	304
Oui	n	43	207	127
	%	37,7%	52,0%	41,8%
Non	n	71	191	177
	%	62,3%	48,0%	58,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

On observe que nous ne possédons pas des données sur les résultats d'une éventuelle polysomnographie pour

une partie des enfants «à risque». Parmi ceux-ci, 40 à 50 % ont eu une polysomnographie positive.

## La surveillance par monitoring

Cette information n'est collectée que depuis 2005.

De façon inattendue, le tableau ci-dessous montre qu'1/5 des enfants ayant une polysomnographie positive n'est pas sous monitoring. Une explication possible repose sur le fait qu'au moment où le bilan est réalisé (vers 9 mois), l'enfant a eu un contrôle polysomnographique normalisé et n'a donc plus besoin de surveillance particulière.

Nous constatons qu'un certain nombre d'enfants sont sous surveillance monitoring bien qu'ils n'aient pas de polysomnographie positive et ceci malgré le fait que l'INAMI accorde un remboursement des frais encourus uniquement en cas de polysomnographie positive.

Tableau 3.34

Tableau croisé « polysomnographie » et « surveillance par monitoring »

Polysomnographie		Surveillance monitoring		
		Oui	Non	Total
Positive	n	114	32	146
	%	78,1%	21,9%	100,0%
Négative	n	14	664	678
	%	2,1%	97,9%	100,0%
Total	n	128	696	824
	%	15,5%	84,5%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

## Les facteurs de risque

On considère habituellement dans la littérature internationale que les risques de mort subite inexplicée du nourrisson sont augmentés notamment dans trois situations. Nous avons analysé ces situations dans le cadre du « bilan de santé à 9 mois ». Il s'agit de :

- le tabagisme passif dans l'habitation du nourrisson,
- le petit poids de naissance,
- le fait que le nourrisson soit nourri au lait artificiel.

### Attention

Dans les trois tableaux suivants, le nombre de polysomnographies réalisées varie fortement d'une année à l'autre. Il est probable que la polysomnographie «négative» et «sans objet» parce que non réalisée ont parfois été confondus, ce qui fait monter artificiellement le nombre de polysomnographie total.

Tableau 3.35  
Tableau croisé « polysomnographie positive » et « tabagisme passif »

Polysomnographie		Tabagisme passif					
		2003		2004		2005	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Positive	n	26	30	143	197	54	85
	%	5,4%	2,5%	8,2%	4,9%	18,4%	14,1%
Négative	n	455	1160	1599	3863	240	516
	%	94,6%	97,5%	91,8%	95,1%	81,6%	85,9%
Total	n	481	1190	1742	4060	294	601
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi <sup>2</sup> de Pearson		p < 0,05		p < 0,001		p = 0,10 (NS)	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95 %)		RR = 2,07 (IC : 1,2-3,5)		RR = 1,75 (IC : 1,40-2,19)		RR = 1,37 (IC : 0,94-1,99)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Tableau 3.36  
Tableau croisé « polysomnographie positive » et « petits poids de naissance »

Polysomnographie		Petit poids de naissance					
		2003		2004		2005	
		< 2500 g	>= 2500 g	< 2500 g	>= 2500 g	< 2500 g	>= 2500 g
Positive	n	29	35	88	287	52	103
	%	19,2%	2,1%	17,4%	4,9%	30,4%	12,7%
Négative	n	122	1669	419	5618	119	707
	%	80,8%	97,9%	82,6%	95,1%	69,6%	87,3%
Total	n	151	1704	507	5905	171	810
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi <sup>2</sup> de Pearson		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95 %)		RR = 10,06		RR = 4,11 (IC : 3,17-5,33)		RR = 2,99 (IC : 2,04-4,41)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Tableau 3.37  
Tableau croisé « polysomnographie positive » et « allaitement maternel »

Polysomnographie		Allaitement maternel					
		2003		2004		2005	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Positive	n	48	19	206	153	76	70
	%	3,3%	4,2%	5,0%	7,7%	12,7%	20,5%
Négative	n	1415	434	3902	1825	522	272
	%	96,7%	95,8%	95,0%	92,3%	87,3%	79,5%
Total	n	1463	453	4108	1978	598	342
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi <sup>2</sup> de Pearson		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,01	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95 %)		RR = 0,78		RR = 0,63 (IC : 0,51-0,78)		RR = 0,57 (IC : 0,40-0,80)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Ces trois tableaux montrent que chaque année, entre 2003 et 2005, on retrouve une association statistiquement significative ( $p < 0,001$ )<sup>2</sup> entre la polysomnographie positive et les enfants soumis au tabagisme passif, les enfants de petit poids de naissance et les enfants non allaités. La relation n'est toutefois pas statistiquement significative ( $p = 0,10$ ) entre la polysomnographie positive et les enfants soumis au tabagisme passif en 2005.

Lorsque l'on observe les risques relatifs<sup>3</sup>, on remarque au fil des années, que plus l'enfant naît avec un petit poids de naissance (< 2500 g), plus il a de risque d'avoir une polysomnographie positive. Cela se confirme également pour l'exposition au tabagisme passif et pour les enfants non allaités.



<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Le risque relatif est le rapport entre le risque chez les personnes exposées et le risque chez celles non exposées. Il permet de mesurer la force d'association entre le facteur de risque et l'événement.



## 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 »<sup>4</sup>.

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

L'allaitement maternel est un des programmes prioritaires auquel l'ONE est extrêmement attaché depuis ses débuts, même si la peur de culpabiliser les nombreuses femmes qui n'allaitaient plus, d'une part et la croyance un peu excessive aux progrès, indéniables, des laits de substitution, d'autre part, ont à un certain moment laissé la promotion de l'allaitement en jachère. Les nombreuses études publiées ces dernières années ont confirmé la supériorité du lait maternel et ses nombreux avantages, en terme de santé, tant pour

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

En Europe, les taux d'allaitement à la maternité varient de 34% en Irlande à 99 % au Danemark.

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

Le taux d'allaitement à la maternité en Communauté française en 2005 est de **79,5 %** (voir page 36, Avis de naissance).

## Evolution de la durée d'allaitement

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

L'évolution des taux d'allaitement en Suède<sup>5</sup>, depuis les années septante, montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales et à l'information des familles et des professionnels.

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

Pour la Communauté française, l'analyse de nos données concernant l'abandon de l'allaitement de 1996 à 2005 nous montre une diminution rapide de la prévalence du taux d'allaitement maternel pendant la période qui suit le retour à domicile au sortir de la maternité. Il s'agit d'une période charnière pendant laquelle il est fondamental que toutes les mères puissent bénéficier si nécessaire des conseils et du soutien d'un professionnel compétent en matière d'allaitement.

## Décroissance de l'allaitement maternel pendant la première année de vie de l'enfant

■ ■ ■ ■ **Tableau 3.38**  
**Allaitement lors du premier contact**

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Maternel	13822	64,5	22472	65,6	23773	67,8
Mixte	1844	8,6	2996	8,7	2964	8,4
Artificiel	5776	26,9	8789	25,7	8345	23,8
<b>Total</b>	<b>21442</b>	<b>100,0</b>	<b>34257</b>	<b>100,0</b>	<b>35082</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	1575	6,8	2425	6,6	2103	5,7

BDMS ONE, «1er contact»

Ces chiffres doivent être analysés avec prudence puisqu'ils concernent des enfants d'âge différents (cf. tableau n° 3.4, l'âge moyen des enfants lors du 1er contact est de 3 semaines). On peut constater une baisse non négligeable (12 à 14 %) des taux d'allaitement maternel complet par rapport à ceux constatés à la maternité (cf. tableau n° 1.21 page 36 Avis de naissance). Un peu plus de 8 % des mères ont déjà opté pour un allaitement mixte et une mère sur quatre n'allait pas lors du premier contact à l'ONE.

Néanmoins, la tendance lente mais continue à l'augmentation du nombre d'allaitement maternel est confirmée par ce tableau.

<sup>4</sup> Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS-Genève, 1992.

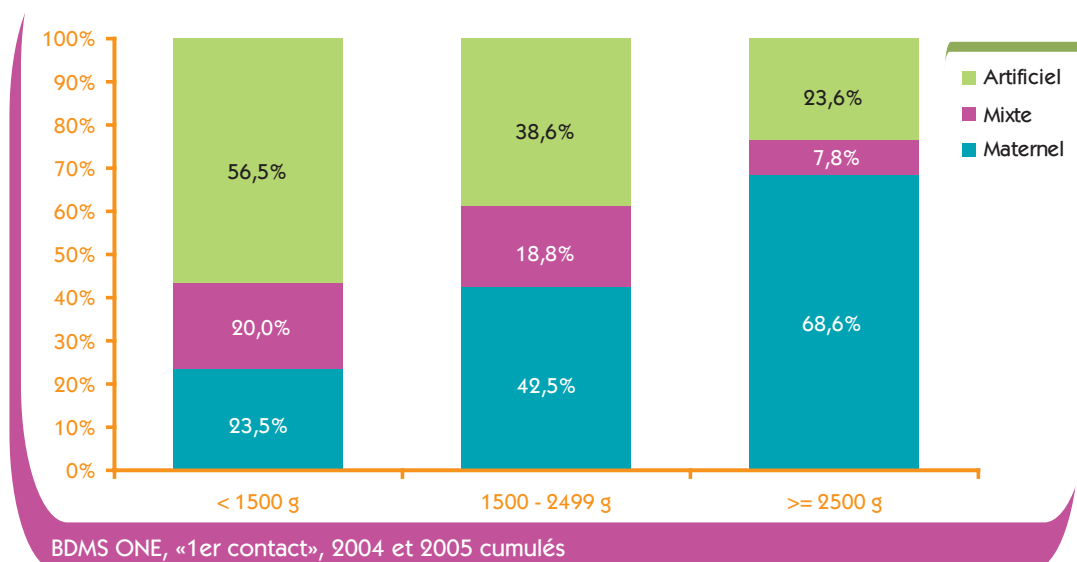
<sup>5</sup> Swedish Breastfeeding Institute.

**Tableau 3.39**  
**Tableau croisé « petits poids de naissance » et « allaitement » lors du 1er contact**

PPN		Allaitement lors du 1er contact								
		2003			2004			2005		
		Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel
< 1500 g	n	14	24	92	38	42	109	56	38	117
	%	10,8%	18,5%	70,8%	20,1%	22,2%	57,7%	26,5%	18,0%	55,5%
1500 - 2499 g	n	572	268	606	918	385	857	931	434	823
	%	39,6%	18,5%	41,9%	42,5%	17,8%	39,7%	42,6%	19,8%	37,6%
≥ 2500 g	n	13229	1552	5076	21513	2568	7822	22786	2492	7405
	%	66,6%	7,8%	25,6%	67,4%	8,1%	24,5%	69,7%	7,6%	22,7%
Total	n	13815	1844	5774	22469	2995	8788	23773	2964	8345
	%	64,5%	8,6%	26,9%	65,6%	8,7%	25,7%	67,8%	8,4%	23,8%

BDMS ONE, «1er contact»

**Figure 3.3**  
**Histogramme du type d'allaitement lors du 1er contact en fonction des poids de naissance**



Le tableau et le graphique ci-dessus montrent bien que l'allaitement maternel chez les enfants de petits poids reste faible mais il est néanmoins en augmentation par rapport aux années précédentes. En effet, un effort remarquable a été fait

au sein des structures néonatales s'occupant de très petits poids de naissance. Par contre, l'accroissement des taux pour les plus de 1500 grammes est moins spectaculaire.

### Allaitement maternel des enfants suivis dans les structures de l'ONE

Les données présentées ci-dessous sont relatives au suivi de l'enfant et sont issues de plusieurs fiches de collectes de données qui ont varié au cours du temps (cf. Rapports BDMS 2000, 2001, 2002-2003 et 2004). Depuis 2003, ces données figurent dans le « bilan de santé à 9 mois ».

On doit donc être attentif au fait que les populations considérées entre 1997 et 2002 ne sont pas tout à fait superposables aux populations prises en compte à partir de 2003. Depuis 2003, ces données figurent dans le « bilan de santé à 9 mois », elles ne concernent donc que les enfants qui ont été suivis jusqu'à l'âge de 9 mois dans les structures de l'ONE.

■ ■ ■ ■ **Tableau 3.40**  
**Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein**

	Année de naissance							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (1)	2004	2005
Nombre d'enfants	14630	13096	17366	17780	15339	5884	8993	5951
Enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	66,5%	68,3%	67,0%	67,3%	68,9%	66,9%	67,9%	66,3%
Enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	23,8%	24,9%	23,3%	24,3%	25,9%	25,9%	32,5%	29,3%
Inconnues exclues	11,5%	13,8%	11,0%	11,0%	12,2%	12,6%	4,9%	18,0%

BDMS ONE, «Volet 0-1 an» puis «Bilans de santé à 9 mois» 2004 et 2005  
 (1) Données de la Communauté française excepté la province de Liège

Le document de recueil de données ayant été modifié en 2003, les données 2003 pour l'allaitement maternel n'ont pu être exploitées valablement.

Le tableau ci-dessus montre une très légère fluctuation dans la proportion d'enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 1 semaine de vie entre 1997 et 2005.

En ce qui concerne le pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 12 semaines de vie, on note une augmentation lente mais constante depuis 1997, avec un pic à 32,5 % en 2004 avec seulement 4,9 % d'inconnus. En 2005, ce taux redescend à 29,3 % mais pour cette année, on note 18 % de données manquantes.

## Allaitement lors du bilan de santé à 9 mois

■ ■ ■ ■ **Tableau 3.41**  
**Allaitement maternel exclusif par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois**

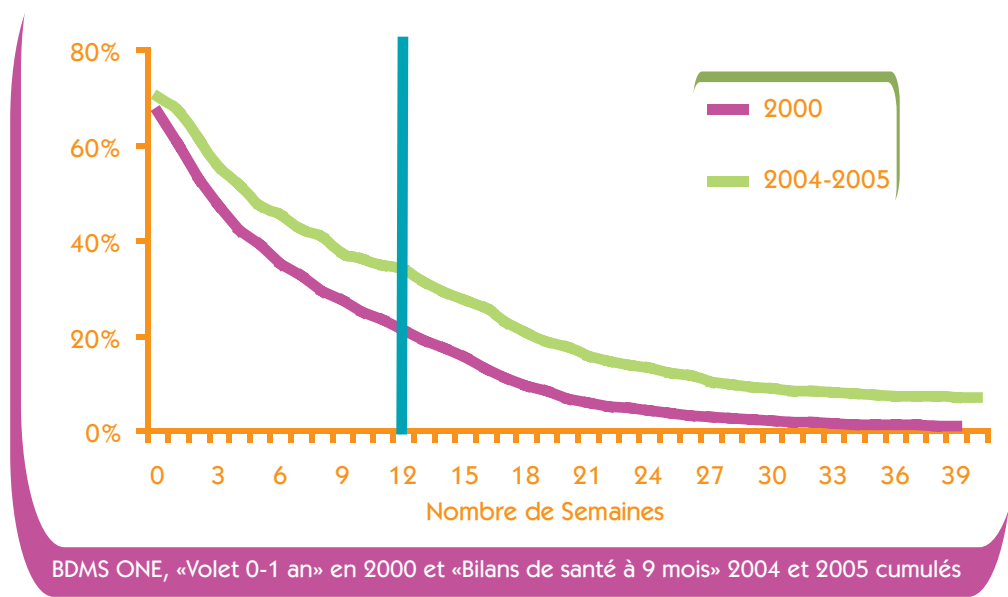
	Bruxelles	Brabant Wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pas d'allaitement exclusif	660 (22,1)	182 (22,5)	971 (38,8)	740 (26,9)	255 (34,4)	238 (31,3)	3046 (28,9)
A allaité exclusivement mais a arrêté	1986 (66,4)	573 (70,7)	1397 (55,8)	1829 (66,5)	458 (61,8)	507 (66,7)	6750 (64,0)
Toujours en cours	344 (11,5)	55 (6,8)	135 (5,4)	180 (6,5)	28 (3,8)	15 (2,0)	757 (7,2)
Total	2990 (100,0)	810 (100,0)	2503 (100,0)	2749 (100,0)	741 (100,0)	760 (100,0)	10553 (100,0)

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Dans ce tableau comparatif, on peut constater que les enfants n'ayant pas eu d'allaitement exclusif (allaitement maternel) sont plus nombreux dans le Hainaut. Ceux qui en ont

bénéficié sont plus nombreux dans le Brabant Wallon et ceux qui sont encore allaités à 9 mois sont plus nombreux à Bruxelles.

**Figure 3.4**  
**Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif**  
**au cours de la 1ère année de vie en Communauté française**



Avant de pouvoir interpréter le graphique ci-dessus, il est important de signaler que les deux courbes n'ont pas été obtenues de la même façon. La courbe de 2000 a été générée à partir des données du Volet 0-1 an, alors que celle pour 2004-2005 provient des bilans de santé à 9 mois. Cela peut expliquer certaines différences.

Toujours est-il, nous pouvons observer une augmentation du nombre de femmes qui optent à la naissance de leur enfant pour l'allaitement maternel exclusif (plus de 70 % en 2005).

On peut constater qu'en 2005, 31 % des femmes allaitent exclusivement jusqu'à 12 semaines et 12 % jusqu'à 24 semaines. Par ailleurs, on remarque une inflexion de la courbe 2004-2005 vers 12 semaines, synonyme de la fin du congé de maternité pour certaines.

**Tableau 3.42**  
**Allaitement maternel complété par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois**

	Bruxelles	Brabant Wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pas d'allaitement complété	959 (35,6)	226 (32,1)	1119 (49,6)	857 (35,0)	287 (42,5)	267 (40,2)	3715 (39,3)
A allaité de manière complétée mais a arrêté	1213 (45,0)	386 (54,9)	946 (41,9)	1260 (51,5)	353 (52,2)	351 (52,8)	4509 (47,8)
Toujours en cours	521 (19,4)	91 (12,9)	191 (8,5)	330 (13,5)	36 (5,3)	47 (7,0)	1216 (12,9)
<b>Total</b>	<b>2693</b> <b>(100,0)</b>	<b>703</b> <b>(100,0)</b>	<b>2256</b> <b>(100,0)</b>	<b>2447</b> <b>(100,0)</b>	<b>676</b> <b>(100,0)</b>	<b>665</b> <b>(100,0)</b>	<b>9440</b> <b>(100,0)</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Dans ce tableau, on peut remarquer les mêmes tendances que pour l'allaitement exclusif. Les enfants n'ayant pas eu d'allaitement mixte (exclusif et complété) sont plus nombreux dans le Hainaut, ceux qui en ont bénéficié sont plus

nombreux dans le Brabant Wallon et ceux qui sont encore allaités de manière exclusive et complétée à 9 mois sont plus nombreux à Bruxelles.

## Allaitement lors du bilan de santé à 18 mois

Tableau 3.43

L'enfant est encore allaité au jour du bilan de santé à 18 mois

	Bilans 18 mois	
	n	%
Oui	265	4,2
Non	6060	95,8
Total	6325	100,0
Inconnues exclues	576	8,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Le tableau ci-dessus montre qu'en 2005, 4,2 % d'enfants sont encore allaités à 18 mois.

## Alimentation adaptée

Tableau 3.44

Enfants bénéficiant d'une alimentation adaptée à 9 mois

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Lait artificiel adapté	1954	82,5	6778	81,4	8037	82,2
Lait maternel	203	7,8	552	6,6	757	7,7
Lait non adapté	211	9,7	999	12,0	979	10,0
Total	2492	100,0	8329	100,0	9773	100,0
Inconnues exclues	355	13,8	1183	12,4	1248	11,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Environ 90 % des enfants de notre population reçoivent du lait adapté (maternel ou artificiel) pour +/- 10 % d'enfants qui reçoivent du lait non adapté.



**Figure 3.5**  
**Histogramme sur la prise de lait adapté à 9 mois par province de résidence**



En 2004 et 2005, on peut constater qu'à 9 mois 80 % des enfants bénéficient d'une alimentation artificielle adaptée dans chacune des provinces. C'est à Bruxelles que l'allaitement maternel est encore le plus présent. On observe

que 12 % des enfants y sont encore nourris au lait maternel à 9 mois. En général, la proportion d'enfants nourris avec un lait non adapté est d'environ 10 %. Dans la province de Namur, cette proportion atteint les 13,7 %.

**Tableau 3.45**  
**Prise de lait adapté à 18 mois**

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	1183	48,9	3925	60,6
Non	1238	51,1	2547	39,4
Total	2421	100,0	6472	100,0
Inconnues exclues	120	4,7	429	6,2

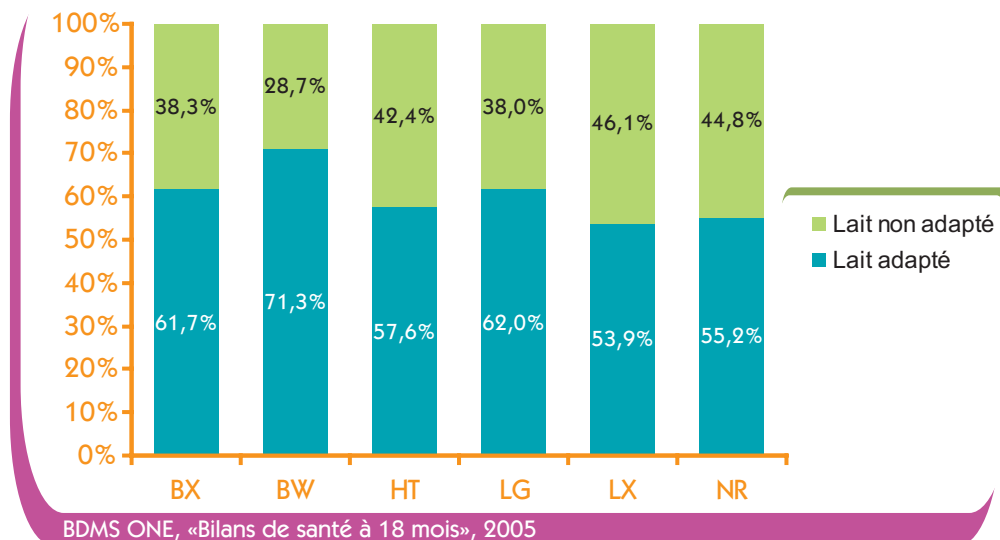
BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

En 2005, à 18 mois, il n'y a que 60 % des enfants qui reçoivent un lait adapté. Malgré une augmentation de plus de 10 % entre 2003 et 2005, ce taux devra encore être amélioré afin de se rapprocher des recommandations (lait adapté jusqu'à 18 mois au moins) de l'OMS.



Figure 3.6

### Histogramme sur la prise de lait adapté à 18 mois par province de résidence



Le Brabant Wallon présente le taux le plus haut de prise de lait adapté avec plus de 70 % tandis que le Luxembourg a le taux le plus bas (environ 54 %) suivi par Namur et le Hainaut.

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



## Excès pondéral

L'excès pondéral et l'obésité sont des problèmes croissants dans nos pays industrialisés, y compris chez les enfants. La tendance générale de l'incidence aux USA et en Europe est à l'augmentation. En France, le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral (Indice de masse corporelle (IMC) > P97) est passé de 3 % en 1965 à 5 % en 1980, 12 % en 1996 puis 16 % en 2000<sup>6</sup>.

Une enquête réalisée en 1996 et 2002 dans la province de Liège auprès de 200 enfants de 2 à 6 ans fréquentant les consultations de l'ONE montre une prévalence de l'excès de poids respectivement de 8 % et 13 % (IMC > P97). L'augmentation du pourcentage d'excès de poids entre 2 et 6 ans témoigne de ce rebond précoce d'adiposité de certains enfants, plus souvent observé vers 3 et 4 ans.

Certaines enquêtes mettent en évidence une relation entre un rebond d'adiposité précoce (c'est à dire une augmentation de l'Indice de Masse Corporelle avant l'âge de 6 ans) et une obésité chez le grand enfant persistant à l'âge adulte.

Bien qu'on évitera de catégoriser un enfant comme étant obèse même s'il présente un Indice de Masse Corporelle élevé, il convient de surveiller sa croissance afin de pouvoir intervenir si sa corpulence progresse vers des percentiles<sup>7</sup> plus élevés. En effet, un rebond d'adiposité précoce avant l'âge de 6 ans pronostique un excès pondéral en fin de croissance définissant ainsi un tel enfant comme étant à risque élevé d'obésité future. En outre, l'excès de masse grasse est associé à des complications à court et à long terme. Sur le plan psychosocial, plusieurs études ont montré l'association entre l'excès de poids chez les enfants et la perception négative de l'image de ceux-ci par leurs pairs (voir Guide de Médecine Préventive, page 105, ONE).

Les normogrammes que nous utilisons sont ceux de Roland-Cachera actualisés en 1991. L'IMC ou Indice de Masse Corporelle (poids (kg) / taille<sup>2</sup> (m)) diminue de l'âge de 1 an jusque l'âge de 6 ans pour remonter ensuite jusqu'à l'âge adulte et se distribue dans la population normale en centiles représentés par les différents percentiles de la courbe. Le percentile 97 de la courbe correspond au seuil de l'excès de poids soit la valeur de 25 chez l'adulte. Ces seuils ont été définis par l'international Obesity Task Force (Childhood Obesity Working Group de l'OMS). Les seuils de l'obésité (valeur 30 pour l'adulte) sont nettement au dessus de ce percentile 97. Nous parlerons donc dans nos statistiques de la BDMS d'excès de poids et non d'obésité chez l'enfant en bas âge.

L'indice de Masse Corporelle (poids (kg) / taille<sup>2</sup> (m)) a été calculé pour les enfants de 9,18 et 30 mois suivis dans nos consultations. Nous avons retenu les trois catégories suivantes :

- < P3 : enfants avec un IMC trop bas donc trop maigres,
- P3 à P97 : enfants avec un IMC normal,
- > P97 : enfants en excès de poids.

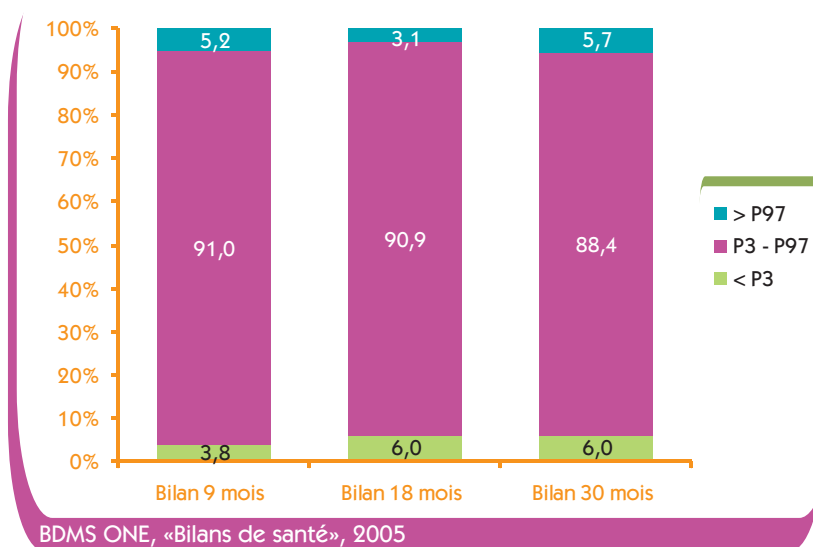
<sup>6</sup> Rolland-Cachera M-F, Castetbon K., Arnault N., Bellisle F., Romano M-C., Lehighue Y., Frelut M-L., Hercberg S., Body mass index in 7-9-y-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness., Int. J. Obes. Relat. Med. Disord. 2002 ; 26(12) : 1610-6.

<sup>7</sup> 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 (voir Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant, page 87, ONE).



## Indices de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE à 9, 18 et 30 mois

**Figure 3.7**  
**Histogramme sur l'indice de masse corporelle à 9, 18 et 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE**



Lorsque nous reportons les données ONE sur les courbes de Rolland-Cachera, nous obtenons les résultats suivants.

**Tableau 3.46**  
**Indice de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2003 et 2005**

Type de bilans de santé	2003			2005		
	Percentile	Norme	%	Percentile	Norme	%
A 9 mois				< P3	3%	3,9%
				P3 - P97	94%	91,0%
	> P97	3%	2,6%	> P97	3%	5,2%
			n total = 2746 Inconnus = 3,8%			n total = 11021 Inconnus = 9,4%
A 18 mois				< P3	3%	6%
				P3 - P97	94%	90,9%
	> P97	3%	3,8%	> P97	3%	3,1%
			n total = 2540 Inconnus = 3,8%			n total = 6902 Inconnus = 5,7%
A 30 mois				< P3	3%	6,0%
				P3 - P97	94%	88,4%
	> P97	3%	5,6%	> P97	3%	5,7%
			n total = 1023 Inconnus = 5,2%			n total = 2910 Inconnus = 7,2%

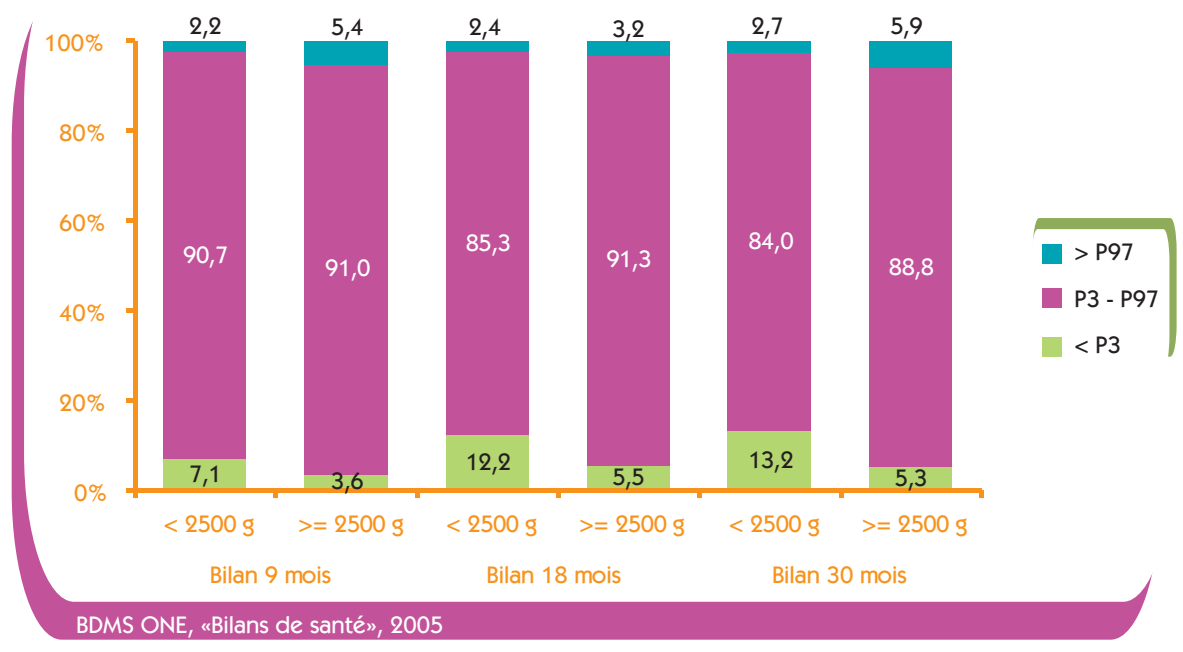
BDMS ONE, «Bilans de santé», 2003 et 2005

On peut estimer approximativement à 5 % la prévalence de l'excès de poids (IMC > P97) chez les enfants de 30 mois

fréquentant les consultations de l'ONE. Ce pourcentage augmente avec l'âge, de 9 mois à 18 et 30 mois.

## Indices de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE à 9, 18 et 30 mois

**Figure 3.8**  
Histogramme sur l'indice de masse corporelle des petits poids de naissance à 9, 18 et 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE



**Tableau 3.47**  
Indice de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE en 2005

Type de bilans de santé	Percentile	Norme	Type de poids de naissance	
			< 2500 g	>= 2500 g
A 9 mois	< P3	3%	7,1%	3,6%
	P3 - P97	94%	90,7%	91,0%
	> P97	3%	2,2%	5,4%
			n total = 799 Inconnus = 8,6%	n total = 10221 Inconnus = 9,5%
A 18 mois	< P3	3%	12,3%	5,5%
	P3 - P97	94%	85,3%	91,3%
	> P97	3%	2,5%	3,2%
			n total = 466 Inconnus = 3,7%	n total = 6436 Inconnus = 5,8%
A 30 mois	< P3	3%	13,2%	5,3%
	P3 - P97	94%	84,0%	88,8%
	> P97	3%	2,7%	5,9%
			n total = 234 Inconnus = 6,4%	n total = 2675 Inconnus = 7,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé», 2005

Pour les enfants de < 2500 grammes à la naissance, on peut estimer approximativement à 2,5 % la prévalence de l'excès de poids (IMC > P97). Par ailleurs, on peut observer que le pourcentage d'IMC < P3 est deux fois plus important chez les petits poids de naissance que chez les enfants >= 2500 grammes. Ce pourcentage augmente avec l'âge, de 9 à 18 et 30 mois.

Ces résultats contredisent étrangement les dires de la littérature, selon lesquels les petits poids de naissance sont davantage exposés à l'excès pondéral.

## La santé bucco-dentaire

Le syndrome du biberon sucré consiste en l'apparition de caries sévères chez le tout jeune enfant (avant 2 ans) entraînant une destruction des dents de lait.

La prévalence du syndrome du biberon sucré aux Etats-Unis est de 3 à 6 % chez les enfants de 1 à 3 ans (HOROWITZ 1998).

Dans les pays occidentaux, la prévalence est inférieure ou égale à 5 % (JOHNSON et MESSER 1994).

Les études notent une grande variation d'un pays à l'autre, et au sein d'un même pays, voire d'une région à l'autre.

Le faible niveau socio-économique d'une famille est le principal critère favorisant l'apparition du syndrome du biberon sucré.

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

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

L'ONE intervient par des conseils alimentaires et recommande : le brossage régulier des dents avec un dentifrice adapté à l'âge de l'enfant, et l'utilisation du fluor de manière topique<sup>8</sup> surtout lors du brossage des dents, ainsi qu'une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ à 3 ans.

Le programme ONE de promotion de la santé bucco-dentaire est évalué à deux moments :

- Dans le « Bilan de santé 18 mois » via l'incidence du syndrome du biberon sucré ;
- Dans le « Bilan de santé à 30 mois » via la présence de caries dentaires et le brossage des dents.

## Le syndrome du biberon sucré

Tableau 3.48  
Syndrome du biberon sucré

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	88	3,6	181	2,8
Non	2373	96,4	6363	97,2
Total	2461	100,0	6544	100,0
Inconnues exclues	76	3,1	357	5,2

BDBDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Le tableau ci-contre semble montrer une diminution de la fréquence de ce syndrome : 3,6 % en 2003 et 2,8 % en 2005. Cependant, nous devons rester prudents dans l'interprétation de ces résultats puisque le nombre d'inconnues a augmenté.

<sup>8</sup> Des études récentes ont montré que l'effet topique du fluor est beaucoup plus important que son action systémique. C'est, en effet, le fluor présent en cavité buccale au contact des surfaces dentaires qui est responsable des effets cariostatiques qui inhibent ou stoppent la formation des caries dentaires (voir Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant, page 112, ONE).

Tableau 3.49

Tableau croisé « niveau d'études de la mère » et « syndrome du biberon sucré »

Niveau d'études de la mère		Syndrome du biberon sucré			
		2003		2005	
		Oui	Non	Oui	Non
Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseignement spécialisé	n	5	140	8	206
	%			3,7%	96,3%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	n	3,4%	96,6%	12	316
	%			3,7%	96,3%
Secondaire inférieur achevé	n	33	467	33	946
	%	6,6%	93,4%	3,4%	96,6%
Secondaire supérieur achevé	n	15	650	57	1935
	%	2,3%	97,7%	2,9%	97,1%
Supérieur achevé	n	20	642	48	1955
	%	3,0%	97,0%	2,4%	97,6%
Total	n	73	1899	158	5358
	%	3,7%	96,3%	2,9%	97,1%

BDMS ONE, « Bilans de santé à 18 mois »

Le test Chi<sup>2</sup> de Pearson calculé à partir des données de 2003 concernant 1972 enfants montrait une association statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) entre le niveau d'instruction de la mère et le syndrome du biberon sucré chez l'enfant.

Le même test réalisé sur les données 2005, n'est plus significatif ( $p = 0,43$ ).

## Les caries dentaires

Tableau 3.50

Présence des caries dentaires (soignées ou non)

	2003		2005	
	n	%	n	%
Pas de caries	929	97,1	2648	97,5
1 à 2 caries	23	2,4	36	1,3
3 caries et plus	5	0,5	32	1,2
Total	957	100,0	2716	100,0
Inconnues exclues	62	6,5	194	6,7

BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois »

Le phénomène constaté dans les bilans 2003 où, de façon paradoxale, la proportion d'enfants ayant des caries dentaires à 30 mois était inférieure à la proportion des enfants présentant un syndrome du biberon sucré ne se vérifie pas dans les bilans 2005. Nous devons bien entendu être attentif au fait qu'il ne s'agit pas d'études longitudinales concernant les mêmes enfants. Cependant, ces données nous portent à penser que les caries du jeune enfant se développent très tôt.

Ceci nous montre que les conseils dispensés dans le cadre de la promotion de la santé bucco-dentaire doivent être dispensés très tôt, dès l'apparition de la dentition.

## Le brossage des dents

**Tableau 3.51**  
L'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	764	85,8	2296	89,0
Non	162	18,2	285	11,0
Total	890	100,0	2581	100,0
Inconnues exclues	118	13,0	329	11,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Il s'agit d'une recommandation de base reprise dans le programme « promotion de la santé bucco-dentaire ». Les réponses sont fournies par la personne qui présente l'enfant à la consultation. Il est possible que les réponses positives soient surestimées ; néanmoins, on note une augmentation nette de celles-ci entre les bilans 2003 et 2005.

**Tableau 3.52**  
Tableau croisé « l'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour »  
et « présente des caries dentaires soignées ou non »

Brossage minimum 1x/jour		Caries dentaires			Total
		0	1 à 2	3 et plus	
Oui	n	2124	29	24	2177
	%	97,6%	1,3%	1,1%	100,0%
Non	n	250	5	6	261
	%	95,8%	1,9%	2,3%	100,0%
Total	n	2374	34	30	2438
	%	97,4%	1,4%	1,2%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

Dans les bilans 2003, il existait une association statistiquement significative ( $p < 0,01$ ) entre les enfants qui se brossent les dents au moins une fois par jour et la présence des caries dentaires. Cette différence n'est plus significative dans les bilans 2005 ( $p = 0,19$ ).

**Tableau 3.53**  
Tableau croisé « présente des caries dentaires soignées ou non »  
et « niveau d'études de la mère »

Niveau d'études de la mère		Caries dentaires			Total
		0	1 à 2	3 et plus	
Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseign spécialisé	n	94	5	2	101
	%	93,1%	5,0%	2,0%	100,0%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	n	132	1	0	133
	%	99,2%	0,8%	0,0%	100,0%
Secondaire inférieur achevé	n	335	6	7	348
	%	96,3%	1,7%	2,0%	100,0%
Secondaire supérieur achevé	n	705	8	10	723
	%	97,5%	1,1%	1,4%	100,0%
Supérieur achevé	n	950	7	5	962
	%	98,8%	0,7%	0,5%	100,0%
Total	n	2216	27	24	2267
	%	97,8%	1,2%	1,1%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

Le gradient entre le niveau d'études et la présence de caries déjà observé dans les bilans 2003 se maintient dans les bilans 2005. Plus le niveau d'études est élevé, moins l'incidence de caries est élevée. La différence se marque surtout pour le premier niveau. Dans ce cas, le test Chi<sup>2</sup> de Pearson est significatif ( $p = 0,002 \rightarrow p < 0,01$ ).

## L'allergie

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

Les études épidémiologiques estiment la prévalence cumulée des allergies chez l'enfant à 25-30 %. La prévalence de la dermatite atopique pendant l'enfance est évaluée à 15-20 %, l'asthme à 7-10 % et la rhinite et la conjonctivite allergique autour de 15-20 %. Chez le nourrisson atopique, l'allergie alimentaire est la première à apparaître. L'allergie au lait de vache atteint 2-7 % des enfants de moins de 2 ans soit environ 2000 enfants par an en Communauté française.

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

Les bronchiolites peuvent constituer des manifestations précoces d'allergies. Cependant, la relation entre bronchiolite et asthme n'est pas systématique. En effet, la morphologie et la physiologie des bronches du tout jeune enfant peut à elle seule expliquer les symptômes de bronchiolites lors d'infections bronchiques.

**Tableau 3.54**  
L'enfant a au moins un parent et/ou frère/sœur allergique

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	351	37,6	988	36,9
Non	582	62,4	1693	63,1
Total	933	100,0	2681	100,0
Inconnues exclues	82	8,8	229	7,9

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On remarque qu'1/3 des enfants de notre échantillon ont au moins un parent allergique.

## Les symptômes de l'allergie

**Tableau 3.55**  
L'enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolites depuis sa naissance

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	120	12,7	281	10,4
Non	827	87,3	2427	89,6
Total	947	100,0	2708	100,0
Inconnues exclues	70	7,4	202	6,9

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

**Tableau 3.56**  
L'enfant a présenté de l'eczéma atopique depuis sa naissance

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	168	17,5	432	15,8
Non	794	82,5	2297	84,2
Total	962	100,0	2729	100,0
Inconnues exclues	58	6,0	181	6,2

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

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

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun facteur de risque.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent un facteur de risque.
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent deux facteurs de risque à la fois.
- Le «score 3» correspond aux enfants qui présentent les trois facteurs de risque en même temps.

**Tableau 3.57**  
**Score d'allergies**

	2003		2005	
	n	%	n	%
Zéro	558	54,5	1353	53,3
Un	307	30,0	850	33,5
Deux	142	13,9	292	11,5
Trois	16	1,6	44	1,7
Total	1023	100,0	2539	100,0
Inconnues exclues	0	0,0	371	12,7

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

## Influence des antécédents familiaux d'allergie

**Tableau 3.58**  
**Tableau croisé « allergies familiales » et « 3 épisodes de bronchiolites au moins »**

		Au moins 3 bronchiolites			
		2003		2005	
Allergies familiales		Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	61	280	137	798
	%	17,9%	82,1%	14,7%	85,3%
Non	n	49	516	126	1512
	%	8,7%	91,3%	7,7%	92,3%
Total	n	110	796	263	2310
	%	12,1%	87,9%	10,2%	89,8%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On obtient un résultat sensiblement le même qu'en 2003, l'association entre les antécédents familiaux d'allergies et au moins 3 épisodes de bronchiolites est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) – ( $OR^9 = 2,06$  (IC : 1,59-2,66)). Les enfants avec des antécédents familiaux d'allergies ont 2 fois plus de risques d'avoir au moins 3 épisodes de bronchiolites que les autres.

<sup>9</sup> L'odds ratio est le rapport entre la probabilité de survenue d'un événement et celle de la survenue d'un autre événement (le plus souvent opposé au premier).

**Tableau 3.59**  
**Tableau croisé « allergies familiales » et « eczéma atopique »**

		Eczéma atopique			
		2003		2005	
Allergies familiales	Oui	Non	Oui	Non	
	Oui	n	104	242	242
%		30,1%	69,9%	25,7%	74,3%
Non	n	52	522	169	1475
	%	9,1%	90,9%	10,3%	89,7%
Total	n	156	764	411	2174
	%	17,0%	83,0%	15,9%	84,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

L'analyse des données montre une association statistiquement significative entre les antécédents familiaux d'allergies et l'eczéma atopique ( $p < 0,001$ ) – (OR = 3,02 (IC : 2,43 - 3,75)). De même qu'en 2003, les enfants qui ont des antécédents familiaux d'allergies ont 3 fois plus de risques d'avoir de l'eczéma atopique que les autres.

### Influence du niveau socio-économique et de l'environnement

Les recoupements avec le niveau d'études des mères et les manifestations d'allergies ne montre pas de corrélation statistiquement significative ni pour les bronchiolites, ni pour l'eczéma atopique.

On ne trouve pas, également, d'association entre le tabagisme passif et l'eczéma atopique, ni entre le tabagisme passif et les allergies familiales.

Par contre, un accroissement des bronchiolites est associé de manière statistiquement significative au tabagisme passif ( $p < 0,001$ ) - (OR = 1,71 (IC : 1,30 - 2,26)) (cf. tableau ci-dessous). Les enfants exposés au tabagisme passif ont 1,7 fois plus de risques d'avoir au moins 3 épisodes de bronchiolites que ceux qui ne sont pas exposés au tabac.

**Tableau 3.60**  
**Tableau croisé « tabagisme passif » et « au moins 3 épisodes de bronchiolite »**

		Au moins 3 bronchiolites		
		Oui	Non	Total
Tabagisme passif	Oui			
	Oui	n	93	558
%		14,3%	85,7%	100,0%
Non	n	149	1532	1681
	%	8,9%	91,1%	100,0%
Total	n	242	2090	2332
	%	10,4%	89,6%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005



## Développement psychomoteur

### Bilans de santé à 9 mois (âge de l'enfant entre 7 mois et 11 mois)

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

#### *Anomalie constatée à 9 mois par le médecin de la consultation*

**Tableau 3.61**  
Anomalie constatée par le médecin de la consultation

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Oui	96	3,7	247	2,7	198	1,9
Non	2510	96,3	8895	97,3	10376	98,1
Total	2606	100,0	9142	100,0	10574	100,0
Inconnues exclues	135	5,1	370	3,9	447	4,1

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

On observe une diminution nette du nombre d'enfants pour lesquels une anomalie dans le développement psychomoteur a été constatée par le médecin de la consultation.

#### *Anomalie confirmée à 9 mois par le médecin traitant de l'enfant*

**Tableau 3.62**  
Anomalie confirmée par le médecin traitant de l'enfant

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Oui	51	91,1	138	82,1	97	67,4
Non	5	8,9	30	17,9	47	32,6
Total	56	100,0	168	100,0	144	100,0
Inconnues exclues	40	41,7	79	32,0	54	27,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

On observe également une diminution du nombre d'enfants pour lesquels une anomalie dans le développement psychomoteur a été confirmée par le médecin traitant de l'enfant. Les inconnues en ce qui concerne la confirmation de l'anomalie tendent à diminuer aussi (de 41,7 % en 2003 à 27,3 % en 2005).

Ces chiffres sont à analyser avec prudence. En effet, à l'âge de 9 mois, un certain nombre d'observations et de diagnostics restent douteux.

## Bilans de santé à 18 mois (âge de l'enfant entre 16 mois et 20 mois)

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

### Marche de l'enfant à 18 mois

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

**Tableau 3.63**  
L'enfant marche seul

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	2308	96,4	6376	95,3
Non	85	3,6	317	4,7
Total	2393	100,0	6693	100,0
Inconnues exclues	140	5,8	208	3,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Plus de 95 % des enfants ont déjà acquis la marche entre 16 et 20 mois.

### Mots prononcés à 18 mois

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

On considère qu'à 12 mois, l'enfant doit pouvoir répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir

prononcer 4 à 6 mots et à 18 mois, il doit pouvoir prononcer environ 10 mots.

**Tableau 3.64**  
Nombre de mots prononcés

	2003		2005	
	n	%	n	%
0 mot	77	3,4	241	3,6
1 à 5 mots	1108	48,6	3006	45,3
6 mots et plus	1093	47,9	3382	51,0
Total	2278	100,0	6629	100,0
Inconnues exclues	230	10,3	272	3,9

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Dans notre échantillon, plus de 3 % des enfants ne prononcent aucun mot au moment du bilan de santé de 18 mois.



## Capacité à boire seul à 18 mois

**Tableau 3.65**  
L'enfant sait boire seul à la tasse

	2005	
	n	%
Oui	5114	79,4
Non	1329	20,6
Total	6443	100,0
Inconnues exclues	458	6,6

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Cette question est posée pour la première fois dans le bilan 2005. Elle permet d'évaluer la capacité d'autonomie de l'enfant qui varie également en fonction de facteurs culturels.

## Capacité à utiliser une cuillère à 18 mois

**Tableau 3.66**  
L'enfant sait se servir d'une cuillère

	2005	
	n	%
Oui	5439	83,5
Non	1074	16,5
Total	6513	100,0
Inconnues exclues	388	5,6

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Cette question est posée pour la première fois dans le bilan 2005. Elle permet également d'évaluer la capacité d'autonomie de l'enfant qui peut varier en fonction de facteurs culturels.

## Score du développement psychomoteur à 18 mois

Le cumul - chez un enfant - d'un retard dans différents domaines constitue un élément d'aggravation du retard psychomoteur. Généralement, les pédiatres de l'ONE considèrent qu'un enfant a un retard psychomoteur lorsqu'il présente un retard pour au moins 2 items de développement psychomoteur (voir à ce propos le Dossier médical de l'ONE). C'est pourquoi nous avons cumulé les deux indicateurs «l'enfant marche seul» et «le nombre de mots que l'enfant peut prononcer» recueillis à l'âge de 18 mois pour constituer un score de développement psychomoteur.

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la marche soit un retard pour le langage.
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent à la fois un retard dans la marche et dans le langage.

**Tableau 3.67**  
Score développement psychomoteur à 18 mois

	2003		2005	
	n	%	n	%
Zéro	2390	94,1	5962	92,1
Un	138	5,4	476	7,4
Deux	12	0,5	33	0,5
Total	2540	100,0	6471	100,0
Inconnues exclues	0	0,0	430	6,2

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

En 2005, on constate que 7,4 % des enfants présentent un retard dans un indicateur de développement et 0,5 % cumulent un retard dans les 2 indicateurs de développement testés lors du bilan de santé à 18 mois.

## Bilans de santé à 30 mois (âge de l'enfant entre 28 mois et 32 mois)

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

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

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

### Développement du langage à 30 mois

#### L'enfant construit une phrase de 3 mots

Tableau 3.68  
L'enfant construit une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	756	73,9	2202	75,7
Non	168	16,4	533	18,3
Examen non réalisé	99	9,7	175	6,0
Total	1023	100,0	2910	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Certains enfants de notre échantillon ne savent pas construire une phrase de 3 mots dans leur langue au jour du bilan (en 2003 : 16 % et en 2005 : 18 %).

#### L'utilisation du «je»

Tableau 3.69  
L'enfant utilise le «je»

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	518	50,6	1377	47,3
Non	405	39,6	1277	43,9
Examen non réalisé	100	9,8	256	8,8
Total	1023	100,0	2910	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

A peine la 1/2 des enfants savent utiliser le «je» au moment du bilan de santé à 30 mois.

## Score du développement du langage à 30 mois

Pour les mêmes raisons qui sont expliquées dans la partie du score du développement psychomoteur à 18 mois, nous avons cumulé les indicateurs de développement du langage.

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots soit un retard pour l'utilisation du «je».
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent deux retards en même temps.

■ ■ ■ ■ Tableau 3.70  
Score développement du langage à 30 mois

	2005	
	n	%
Zéro	1277	50,1
Un	828	32,5
Deux	444	17,4
Total	2549	100,0
Examens non réalisés exclus	369	12,4

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

On remarque que 50 % des enfants n'ont aucun retard au niveau du langage au moment du bilan de santé à 30 mois.

## Développement psychomoteur à 30 mois

### L'enfant s'habille seul

■ ■ ■ ■ Tableau 3.71  
L'enfant sait s'habiller seul

	2005	
	n	%
Oui	1569	53,9
Non	1053	36,2
Examen non réalisé	288	9,9
Total	2910	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

Cette question est posée pour la première fois dans le bilan 2005. Elle permet d'évaluer la capacité d'autonomie de l'enfant qui varie également en fonction de facteurs culturels.

## Le saut à pieds joints

**Tableau 3.72**  
L'enfant saute à pieds joints

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	784	76,6	2221	76,3
Non	87	8,5	243	8,4
Examen non réalisé	152	14,9	446	15,3
<b>Total</b>	<b>1023</b>	<b>100,0</b>	<b>2910</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Un peu moins de 10 % des enfants ne parviennent pas à sauter pied joint vers 30 mois. Ce chiffre reste stable sur les 2 années.

## Imitation d'un trait vertical et d'un cercle

**Tableau 3.73**  
L'enfant imite un trait vertical

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	637	62,3	1925	66,2
Non	143	14,0	410	14,1
Examen non réalisé	243	23,8	575	19,8
<b>Total</b>	<b>1023</b>	<b>100,0</b>	<b>2910</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On remarque que 14 % des enfants de notre échantillon ne parviennent pas à imiter un trait vertical au moment du bilan.

Pour cet item et le suivant, plus orientés vers la motricité fine, le nombre d'inconnus est élevé (20 %). Demander ce genre d'exercice à l'enfant en consultation reste encore quelque chose d'inhabituel.

**Tableau 3.74**  
L'enfant imite un cercle

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	571	55,8	1773	60,9
Non	194	19,0	585	20,1
Examen non réalisé	258	25,2	552	19,0
<b>Total</b>	<b>1023</b>	<b>100,0</b>	<b>2910</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On observe que 19 à 20 % des enfants ne parviennent pas à imiter un cercle au moment du bilan de santé.

## Score du développement psychomoteur à 30 mois

Pour les mêmes raisons qui sont expliquées dans la partie du score du développement psychomoteur à 18 mois, nous avons cumulé les indicateurs de développement psychomoteur. En effet, c'est le cumul d'au moins 2 d'entre eux qui indiquent un retard éventuel dans le développement psychomoteur.

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour le saut à pieds joints soit un retard pour imiter un trait vertical soit un retard pour imiter un cercle.
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent deux retards (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le «score 3» correspond aux enfants qui présentent les trois retards en même temps.

**Tableau 3.75**  
Score développement psychomoteur à 30 mois

	2003		2005	
	n	%	n	%
Zéro	752	73,5	1332	65,9
Un	155	15,2	356	17,6
Deux	79	7,7	247	12,2
Trois	37	3,6	87	4,3
Total	1023	100,0	2022	100,0
Inconnues exclues	0	0,0	888	30,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Le tableau indique que par rapport à 2003, il y a une augmentation du nombre d'enfants présentant un ou deux retards pour 2005. Mais pour cette année, on note que 30 % d'examen ne sont pas réalisés. Environ 66 % des enfants ne présentent aucun retard et un peu plus de 15 % présentent deux ou trois retards à la fois.

Pour ces différents scores de développement, il serait intéressant de rechercher d'éventuelles différences entre les enfants fréquentant un Milieu d'accueil et les autres.

## Le dépistage visuel

Les différentes études scientifiques montrent que 10 % des enfants de 15 mois à 3 ans sont atteints d'un problème visuel. Le traitement est particulièrement efficace si l'enfant est diagnostiqué et traité avant l'âge de trois ans. Le dépistage des troubles visuels, testé par l'ONE depuis 1997, a démontré tout son intérêt. Dans les 75 % des enfants dépistés positifs par l'ONE, on constate que l'ophtalmologue corrobore ce diagnostic et ainsi prescrit un traitement approprié. Il s'agit donc d'un programme de dépistage particulièrement efficace.

Fin 2002, le Conseil d'Administration de l'Office a décidé de généraliser progressivement ce dépistage à l'ensemble de la Communauté française. Cette généralisation se met en route progressivement pour des raisons à la fois budgétaires et conjoncturelles. L'ONE a choisi de faire réaliser les dépistages par un personnel paramédical spécialisé

dans ce domaine, les orthoptistes. Il en existe très peu en Communauté française vu que cette formation n'est pas dispensée. C'est pourquoi, en 2005-2006, l'ONE a organisé une formation à la fois théorique et pratique à l'intention des médecins généralistes et pédiatres désireux de se perfectionner dans ce domaine afin de réaliser des consultations spécifiques de dépistage visuel. 50 médecins ont participé à la partie théorique de cette formation en novembre 2005. La partie pratique s'est déroulée pendant le premier semestre 2006 et les premiers médecins formés ont commencé à pratiquer ces dépistages en juin 2006.

Les données qui sont donc publiées dans ce rapport concernent donc encore uniquement des dépistages réalisés par des orthoptistes.

## Bilan des dépistages visuels

Tableau 3.76

Bilan des dépistages visuels réalisés en Communauté française par l'ONE de 1997 à 2005

	Nombre d'enfants vus n = 100%	Normal	Douteux	Anormal	Irréalizable
De 1997 à 2001	8645	89,7%		10,3%	
2002	3737	87,5%		12,3%	0,2%
2003	5283	76,0%	6,7%	12,8%	4,3%
2004	12051	72,2%	9,0%	11,9%	6,8%
2005	13031	71,3%	8,8%	11,0%	8,9%

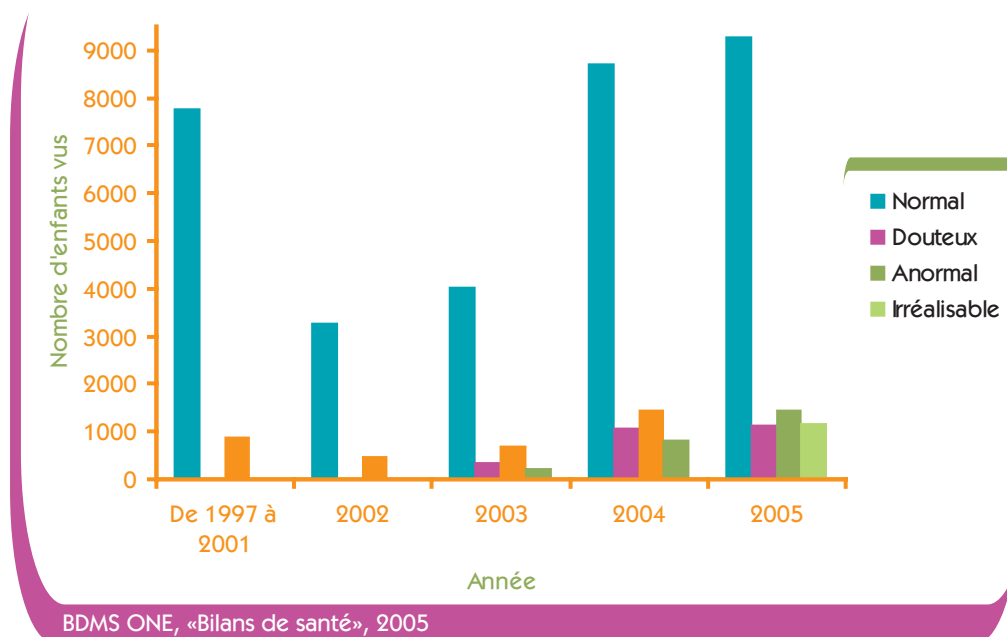






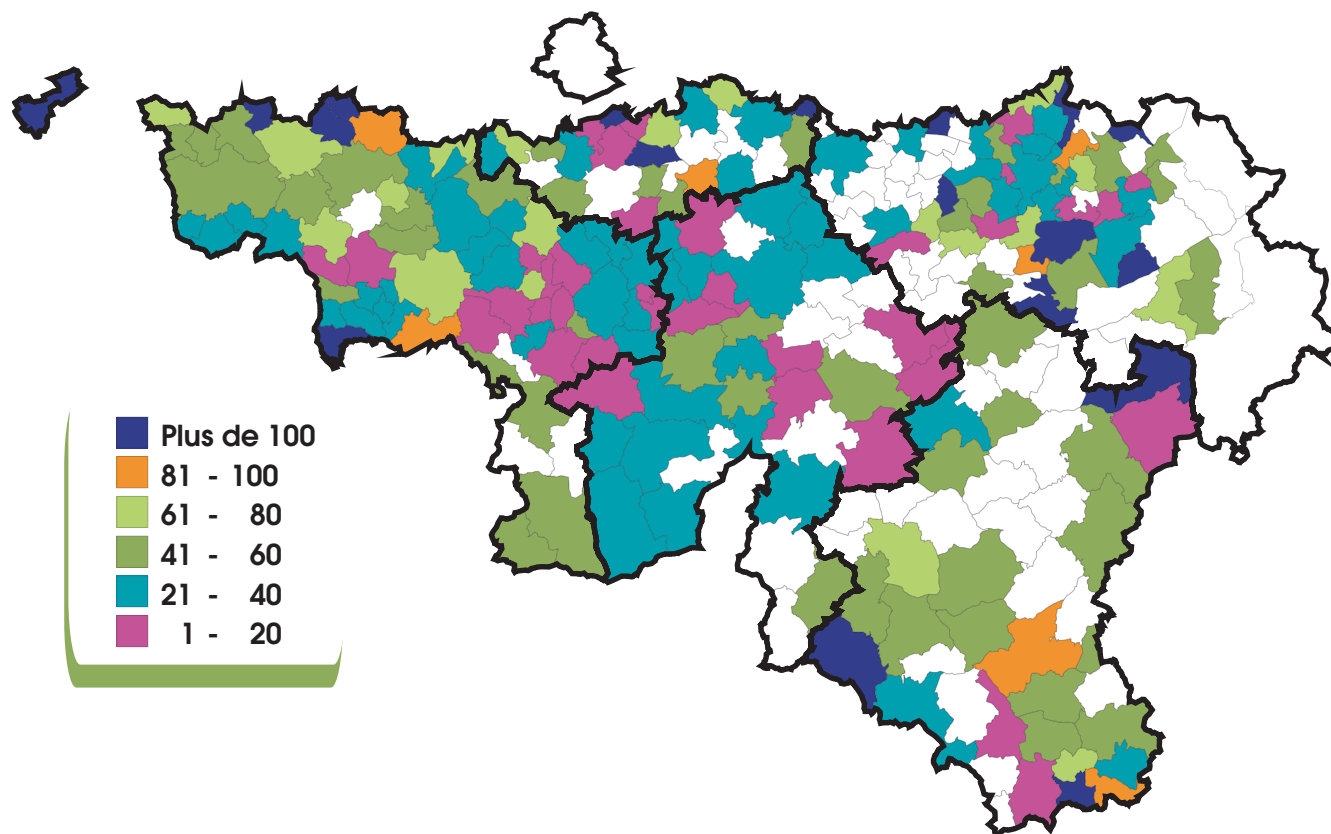
Figure 3.9

Histogramme du nombre de dépistages visuels réalisés en Communauté française par l'ONE de 1997 à 2005



Cartographie 3.1

Pourcentage de dépistages visuels effectués en Communauté française en 2005 par rapport au nombre de naissances en 2004



Remarque : dans certaines communes, le dépistage a été réalisé sur plus de 100 % des naissances. Cela s'explique par le fait que ce dépistage peut être réalisé sur des enfants ayant entre 15 mois et 3-4 ans.



## Suivi préventif des enfants

Depuis 2003, nous avons connaissance des résultats du suivi par un ophtalmologue (soit directement par un rapport de l'ophtalmologue soit indirectement par la directrice du milieu d'accueil ou par la TMS) de 894 enfants leur ayant été adressés suite au dépistage.

Sur ces 894 enfants, dans 592 cas (66,2 %), l'anomalie est confirmée, dans 176 cas (19,6 %), l'anomalie n'est pas confirmée.

On remarque que 116 situations (12,9 %) restent douteuses et doivent être revues ultérieurement par l'ophtalmologue.

Nous pouvons donc conclure sur base des données actuelles, que presque sept enfants sur dix, envoyés chez l'ophtalmologue suite au dépistage, présentent effectivement un trouble visuel.

Tableau 3.77

Enfants examinés par un ophtalmologue suite à un dépistage positif et pour lequel nous avons une information quant au suivi\*

Année*	Enfants vus par ophtalmo*	Pathologie visuelle confirmée	Pathologie visuelle non confirmée	Enfants à revoir
2003	116	69 (59%)	39 (34%)	17 (15%)
2004	410	255 (72%)	88 (21%)	48 (12%)
2005	368	268 (73%)	49 (13,3%)	51 (13,7%)
Total	894	592 (66,2%)	176 (19,6%)	116 (12,9%)

\* Année pendant laquelle le dépistage a été réalisé

Etant donné que nous recevons les réponses concernant le suivi des enfants avec un important retard, ce tableau est régulièrement actualisé. Ceci est dû au fait qu'il faut souvent plusieurs mois pour obtenir un premier rendez-vous chez un ophtalmologue et que par la suite, plusieurs visites

peuvent être nécessaires à l'obtention d'un diagnostic complet. Ce n'est qu'ensuite que le TMS sera mis au courant du résultat et pourra nous le communiquer.

## Bilans de santé à 30 mois

L'indicateur figurant ci-dessous, relevés dans les bilans de santé 30 mois, nous montre que les troubles de la vue semblent être dépistés plus tôt dans la population qui fréquente l'ONE. Cela s'explique par la mise en place du dépistage systématique tel que décrit plus haut.

La littérature et notre expérience nous montre en effet que si tous les enfants bénéficiaient du dépistage, nous devrions trouver 9 à 11 % d'enfants de 30 mois présentant un trouble visuel. En 2005, nous atteignons 9 %.

Tableau 3.78

L'enfant présente un trouble visuel connu des parents et nécessitant un suivi ophtalmologique

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	65	7,0	226	9,1
Non	859	93,0	2247	90,9
Total	924	100,0	2473	100,0
Examen non réalisé	100	9,7	437	15,0

En 2005, parmi les 226 enfants qui ont présentés un trouble visuel, 117 (51,8 %) ont été traités. Nous n'avons pas d'information pour 67 (29,6 %) enfants et 42 (18,6 %) non pas été traités.

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

## Le dépistage auditif

Le fait d'entendre peu ou pas du tout au cours des premières années de vie interfère grandement avec l'ensemble du développement psycho-affectif, cognitif et langagier. C'est pourquoi le dépistage de la surdité doit faire partie des priorités des services de médecine préventive. Un premier dépistage des surdités néonatales (principalement des surdités de perception) devrait être réalisé chez tous les enfants, en période néonatale et de manière objective. Ensuite, au cours des premières années de vie, une attention particulière doit être accordée au repérage des surdités de transmission qui peuvent se développer particulièrement chez les enfants ayant des affections ORL répétées.

Nous ne disposons pas de données concernant le dépistage néonatal réalisé actuellement dans un certain nombre de maternités.

## Dépistage des surdités de transmission

En plus des surdités néonatales, des surdités de transmission peuvent apparaître pendant les premières années de vie de l'enfant. Il s'agit alors, le plus souvent, de surdités partielles, secondaires à des infections de la sphère ORL qui conduisent à la présence de liquide plus ou moins visqueux derrière les tympans. Ces surdités, bien que partielles, doivent également être dépistées.

En effet, ces surdités :

- sont curables sans grosses difficultés soit par médicaments soit grâce à une petite intervention ORL (pose de drains trans-tympaniques).
- interfèrent (si non traitées) avec l'apprentissage du langage et de la socialisation de l'enfant à un âge particulièrement important au risque de générer d'importants troubles du développement et du comportement.

Pour étudier ce problème, deux indicateurs figurent dans le «Bilans de santé 30 mois».

Tableau 3.79  
Test de la voix chuchotée

	2003		2005	
	n	%	n	%
Entend bien	812	79,4	2384	81,9
Entend mal	9	0,9	46	1,6
Examen non réalisé	202	19,7	480	16,5
Total	1023	100,0	2910	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Un peu plus d'1 % des enfants de 30 mois entendent mal. Le « Test de la voix chuchotée » peut être réalisé à partir de l'âge de 2 ans ½ - 3 ans.

Ce test, aisément et largement réalisable, n'exige aucun matériel. Il s'agit d'un test peu précis mais très utile. En cas de doute, il demande à être complété par une mise au point plus objective et plus fine.

On constate que 20 % des enfants de l'échantillon n'ont pas bénéficié de ce test. Les raisons devront être analysées.

Depuis 2005, l'ONE s'est équipé d'audiomètres pédiatriques. Ce test remplacera progressivement celui de la voix chuchotée chez les enfants de 3 à 6 ans et permettra à l'avenir une mesure de l'acuité auditive plus fiable et reproductible.

Tableau 3.80  
L'enfant a ou a eu des drains transtympaniques

	2003		2005	
	n	%	n	%
Oui	58	6,0	151	5,5
Non	903	94,0	2571	94,5
Total	961	100,0	2722	100,0
Examen non réalisé	62	6,1	188	6,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Il existe peu de données sur l'incidence des surdités de transmission à cet âge.

Dans notre échantillon, 5,5 à 6 % des enfants ont un drain transtympanique.

Ceci, bien que reflétant aussi une pratique médicale, nous montre que l'évolution de cette pathologie à cet âge mérite d'être suivie.

## Les accidents domestiques

Les accidents domestiques sont appelés également « accidents de la vie courante ». Ces « accidents de la vie courante » désignent une catégorie de traumatismes (blessure, handicap, décès,...), très large en termes de risques, et dont la nature est étroitement liée à la modification permanente de nos modes de vie : accélération de la mise sur le marché de produits issus de technologies complexes, évolution des loisirs et de l'habitat,... L'apparition de ces nouveaux risques est donc portée par le développement d'habitudes sociales renouvelées mais aussi identifiées en fonction de la définition donnée par chaque société des limites du risque acceptable.

D'autre part, ces accidents peuvent avoir lieu dans la maison mais aussi dans l'environnement immédiat, à l'école, dans les plaines de jeux,...

Il s'avère donc important de diminuer et de prévenir au mieux ces traumatismes de la vie courante.

L'année 2005 est la première pour laquelle nous avons des indications concernant les accidents domestiques. Ces chiffres correspondent aux accidents connus ou déclarés par les parents lors du « Bilan de santé à 18 mois ». De ce fait, ils ne sont probablement pas exhaustifs mais reflètent les événements dont les parents se souviennent. Ces accidents sont uniquement ceux qui ont entraîné une consultation médicale dans le but de soigner ou d'évaluer le traumatisme.

## Morsures par un animal

Tableau 3.81  
Nombre de morsures par un animal

	2005	
	n	%
Aucune	4481	99,1
Une	33	0,7
Deux ou plus	8	0,2
Total	4522	100,0
Inconnues exclues	2379	34,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Parmi les 6901 enfants fréquentant nos consultations, moins d'1 % ont été exposés à une ou plusieurs morsures d'animal. Néanmoins, il est important de remarquer que nous avons un taux assez important d'inconnues dans notre échantillon (34,5 %).

## Les chutes

Tableau 3.82  
Nombre de chutes

	2005	
	n	%
Aucune	4062	87,5
Une	498	10,7
Deux ou plus	80	1,7
Total	4640	100,0
Inconnues exclues	2261	32,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Les chutes suivies par une consultation médicale demeurent le type d'accident le plus fréquent et touchent un enfant sur dix. Chez le jeune enfant, les chutes sont généralement des chutes de hauteur (table à langer, chaise haute, lit, escalier,...). Les principales mesures de prévention des chutes sont les suivantes : ne jamais quitter le bébé sur la table à langer, ne jamais déposer un relax ou maxi cosy en hauteur, vérifier la profondeur du lit dès 6 mois et mettre une barrière aux escaliers.

Dans notre échantillon, on remarque que 10 % des enfants ont fait au moins une chute à l'âge de 18 mois.

## Les brûlures

**Tableau 3.83**  
Nombre de brûlures

	2005	
	n	%
Aucune	4358	95,7
Une	188	4,1
Deux ou plus	7	0,2
<b>Total</b>	<b>4553</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	2348	34,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

On observe que 4 % des enfants ont été brûlés une fois à l'âge de 18 mois.

Les brûlures sont le plus souvent occasionnées par des liquides chauds que l'enfant renverse sur lui. La prévention des brûlures mérite toute notre attention en raison de la gravité du préjudice et de l'importance des traitements pour l'enfant.

## Autres accidents domestiques

**Tableau 3.84**  
Nombre d'autres accidents

	2005	
	n	%
Aucune	3894	97,6
Une	93	2,3
Deux ou plus	2	0,1
<b>Total</b>	<b>3989</b>	<b>100,0</b>
Inconnues exclues	2912	42,2

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

On observe qu'un peu plus de 2 % des enfants ont été victimes d'un autre type d'accident.

De même que pour les autres accidents de la vie courante cités, nous avons un taux assez important d'inconnues dans notre échantillon (42,2 %).

## Score des accidents

- Le «score 0» correspond aux enfants qui n'ont pas eu d'accident domestiques.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui ont eu un accident soit par morsure animale, soit par chute, soit par brûlure, soit une autre forme d'accident.
- Le «score 2» correspond aux enfants qui ont eu deux accidents (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le «score 3» correspond aux enfants qui ont eu trois accidents (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le «score 4» correspond aux enfants qui ont eu les quatre types d'accidents.

**Tableau 3.85**  
Score des accidents

	2005	
	n	%
Zéro	6058	87,8
Un	782	11,3
Deux	58	0,8
Trois	1	0,0
Quatre	2	0,0
<b>Total</b>	<b>6901</b>	<b>100,0</b>

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Plus de 11 % des enfants fréquentant les consultations de l'ONE ont eu un type d'accidents domestiques (morsure, chute, brûlure ou autre) à l'âge de 18 mois.

Ces données justifient que l'ONE ait inclus la prévention des accidents domestiques dans ses programmes prioritaires.

## Le suivi des enfants de petits poids de naissance à 9, 18 et 30 mois

Dans le cadre du chapitre consacré aux enfants prématurés, il nous a semblé important de voir ce que les «Bilans de santé» apportaient comme information concernant ces enfants.

Cependant, nous ne disposons pas de la donnée « durée de gestation » dans les bilans de santé. C'est pourquoi, nous avons choisi d'étudier les enfants de petit poids de naissance qui constituent 53,7 % des enfants prématurés (voir tableau ci-dessous).

**Tableau 3.86**  
Tableau croisé « petit poids de naissance » et « durée gestationnelle »

Petits poids de naissance		Durée gestationnelle		Total
		< 37 semaines	> = 37 semaines	
< 1500 g	n	566	25	591
	%	95,8%	4,2%	100,0%
1500 g à 2499 g	n	2419	2544	4963
	%	48,7%	51,3%	100,0%
> = 2500 g	n	3293	84338	87631
	%	3,8%	96,2%	100,0%
Total	n	6278	86907	93185
	%	6,7%	93,3%	100,0%

BDMS ONE, «Avis de naissance», 2004 et 2005 cumulés

Dans ce chapitre, nous nous sommes limités à l'étude des données 2005.

## Nombre et représentativité des enfants de petits poids de naissance dans les bilans de santé

**Tableau 3.87**  
Poids des bébés bénéficiant d'un bilan de santé

	Bilans 9 mois		Bilans 18 mois		Bilans 30 mois	
	n	%	n	%	n	%
< 1500 g	66	0,6	34	0,5	29	1,0
1500 g à 2499 g	704	6,4	419	6,1	199	6,8
> = 2500 g	10250	93,0	6448	93,4	2681	92,1
Total	11020	100,0	6901	100,0	2909	100,0
Inconnues exclues	1	0,0	0	0,0	1	0,0

BDMS ONE, «Bilans de santé», 2005

Les proportions d'enfants de petits poids et de très petit poids de naissance sont très proches bien que légèrement inférieures à celles de la population générale pour chaque bilan de santé.

*Le niveau d'enseignement de la mère*

Tableau 3.88

Tableau croisé « niveau d'études de la mère » et « petits poids de naissance »

Niveau d'études de la mère		PPN		Total
		< 2500g	> = 2500g	
Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseignement spécialisé	n	30	403	433
	%	6,9%	93,1%	100,0%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	n	39	509	548
	%	7,1%	92,9%	100,0%
Secondaire inférieur achevé	n	168	1614	1782
	%	9,4%	90,6%	100,0%
Secondaire supérieur achevé	n	233	3118	3351
	%	7,0%	93,0%	100,0%
Supérieur achevé	n	180	2821	3001
	%	6,0%	94,0%	100,0%
Total	n	650	8465	9115
	%	7,1%	92,9%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Dans la population des enfants de petit poids de naissance (< 2500 grammes), on trouve plus de mères ne dépassant pas le niveau secondaire inférieur (9,4 %) et chez les enfants de >= 2500 grammes nous avons plus de mères ayant

terminé des études supérieures (94 %). Nous trouvons donc une relation statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) entre le niveau d'études de la mère et le poids de naissance de l'enfant.



## La situation d'emploi de la mère

Tableau 3.89  
Tableau croisé « situation d'emploi de la mère » et « petits poids de naissance »

Situation d'emploi de la mère		PPN		Total
		< 2500g	> = 2500g	
Travaille à temps plein	n	229	3218	3447
	%	6,6%	93,4%	100,0%
Travaille à temps partiel	n	54	1034	1088
	%	5,0%	95,0%	100,0%
Pause carrière/congé parental à temps plein	n	22	114	136
	%	16,2%	83,8%	100,0%
Pause carrière/congé parental à temps partiel	n	2	50	52
	%	3,8%	96,2%	100,0%
Au chômage et/ou au foyer	n	415	5077	5492
	%	7,6%	92,4%	100,0%
Autre (pré-pensionné, invalidités, incapacités de travail)	n	37	225	262
	%	14,1%	85,9%	100,0%
Aide sociale, indemnité mutuelle et revenu d'insertion	n	6	68	74
	%	8,1%	91,9%	100,0%
Etudiante	n	3	24	27
	%	11,1%	88,9%	100,0%
Sans ressources fixes	n	2	19	21
	%	9,5%	90,5%	100,0%
Total	n	770	9829	10599
	%	7,3%	92,7%	100,0%

BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2005

Dans la population des enfants de petits poids de naissance, on trouve beaucoup plus de mères en pause carrière ou congé parental à temps plein (16,2 %) à l'âge de 9 mois. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que ces mères souhaitent s'occuper davantage de leur enfant ayant un petit poids de naissance. La relation est statistiquement

significative ( $p < 0,001$ ) entre la situation d'emploi de la mère et le petit poids de naissance. On peut également remarquer que pour les enfants de poids  $\geq 2500$  grammes, les mères choisissent un travail à temps partiel (95 %) ou prennent une pause carrière, un congé parental à temps partiel (96,2 %).



## Alimentation

### Allaitement lors du bilan de santé à 9 mois

Tableau 3.90  
Tableau croisé « petits poids de naissance » et « allaitement exclusif »

PPN		Allaitement exclusif			Total
		Pas d'allaitement	A allaité mais a arrêté	Toujours en cours	
< 2500 g	n	371	370	19	760
	%	48,8%	48,7%	2,5%	100,0%
≥ 2500 g	n	2675	6379	738	9792
	%	27,3%	65,1%	7,5%	100,0%
Total	n	3046	6749	757	10552
	%	28,9%	64,0%	7,2%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Tableau 3.91  
Tableau croisé « petits poids de naissance » et « allaitement complété »

PPN		Allaitement complété			Total
		Pas d'allaitement	A allaité mais a arrêté	Toujours en cours	
< 2500 g	n	325	303	56	684
	%	47,5%	44,3%	8,2%	100,0%
≥ 2500 g	n	3390	4206	1159	8755
	%	38,7%	48,0%	13,2%	100,0%
Total	n	3715	4509	1215	9439
	%	39,4%	47,8%	12,9%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Les enfants de petits poids de naissance sont moins allaités que les autres, alors que ceux-ci en ont encore plus besoin et ceci tant pour l'allaitement exclusif que pour l'allaitement

complété. Nous retrouvons une association statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) dans les deux cas.

## Développement psychomoteur

### Bilans de santé à 9 mois (âge de l'enfant entre 7 mois et 11 mois)

#### Anomalie constatée et confirmée à 9 mois

Tableau 3.92

Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « anomalie constatée à 9 mois par le médecin de la consultation »

PPN		Anomalie constatée		
		Oui	Non	Total
< 2500 g	n	32	726	758
	%	4,2%	95,8%	100,0%
≥ 2500 g	n	166	9649	9815
	%	1,7%	98,3%	100,0%
Total	n	198	10375	10573
	%	1,9%	98,1%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

On trouve de manière significative ( $p < 0,001$ ) plus d'« anomalies du développement neuro-moteur » constatées par le médecin de la consultation chez les enfants de petits poids de naissance. Ceci rejoint les conclusions de nombreuses études publiées à ce sujet. Un enfant de petit poids de naissance à 2,56 fois plus de risques d'avoir des anomalies du développement neuro-moteur à l'âge de 9 mois (OR = 2,56 (IC à 95 % : 1,74-3,77)).

Tableau 3.93

Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « anomalie confirmée par le médecin traitant de l'enfant »

PPN		Anomalie confirmée		
		Oui	Non	Total
< 2500 g	n	16	8	24
	%	66,7%	33,3%	100,0%
≥ 2500 g	n	81	39	120
	%	67,5%	32,5%	100,0%
Total	n	97	47	144
	%	67,4%	32,6%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2005

Par contre, on ne constate pas de différence en terme de « confirmation de l'anomalie par le médecin traitant » entre les enfants de petits poids de naissance et les autres ( $p = 0,94 \rightarrow$  NS) – (OR = 0,96 (IC à 95 % : 0,38-2,44)).

### Bilans de santé à 18 mois (âge de l'enfant entre 16 mois et 20 mois)

#### Acquisition de la marche à 18 mois

Tableau 3.94

Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant marche seul »

PPN		Marche seul		
		Oui	Non	Total
< 2500 g	n	411	42	453
	%	90,7%	9,3%	100,0%
≥ 2500 g	n	5965	275	6240
	%	95,6%	4,4%	100,0%
Total	n	6376	317	6693
	%	95,3%	4,7%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Près de 10 % des enfants de petits poids de naissance n'ont pas acquis la marche à l'âge de 18 mois. Cette relation est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) – (OR = 0,45 (IC à 95 % : 0,32-0,63)).

## Mots prononcés à 18 mois

Tableau 3.95

Tableau croisé « petits poids de naissance » et « nombre de mots prononcés »

PPN		Nombre mots prononcés			Total
		0	1 à 5	6 ou plus	
< 2500 g	n	27	243	178	448
	%	6,0%	54,2%	39,7%	100,0%
≥ 2500 g	n	214	2763	3204	6181
	%	3,5%	44,7%	51,8%	100,0%
Total	n	241	3006	3382	6629
	%	3,6%	45,3%	51,0%	100,0%

On constate de façon significative ( $p < 0,001$ ) qu'il y a deux fois plus d'enfants ne prononçant aucun mot dans le groupe des enfants de moins de 2500 grammes.

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

## Capacité à boire seul à 18 mois

Tableau 3.96

Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant sait boire seul à la tasse »

PPN		Boit seul		Total
		Oui	Non	
< 2500 g	n	291	146	437
	%	66,6%	33,4%	100,0%
≥ 2500 g	n	4823	1183	6006
	%	80,3%	19,7%	100,0%
Total	n	5114	1329	6443
	%	79,4%	20,6%	100,0%

( $p < 0,001$ ) – (OR = 0,49 (IC à 95 % : 0,40-0,60))

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

## Capacité à utiliser une cuillère à 18 mois

Tableau 3.97

Tableau croisé « petits poids de naissance » et « l'enfant sait se servir d'une cuillère »

PPN		Servir d'une cuillère		Total
		Oui	Non	
< 2500 g	n	334	114	448
	%	74,6%	25,4%	100,0%
≥ 2500 g	n	5105	960	6065
	%	84,2%	15,8%	100,0%
Total	n	5439	1074	6513
	%	83,5%	16,5%	100,0%

( $p < 0,001$ ) – (OR = 0,55 (IC à 95 % : 0,44-0,69))

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

En ce qui concerne les deux critères permettant d'aborder l'autonomie de l'enfant (boire seul à la tasse et se servir d'une cuillère), les enfants de petits poids de naissance sont plus nombreux que les autres à ne pas avoir acquis cette capacité à l'âge de 18 mois.

Dans les deux cas, on peut remarquer que la relation est statistiquement significative entre le petit poids de naissance et l'acquisition de l'autonomie à l'âge de 18 mois.

## Score du développement psychomoteur

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la marche soit un retard pour le langage.
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent à la fois un retard dans la marche et dans le langage.

**Tableau 3.98**  
**Tableau croisé « petits poids de naissance »**  
**et « score du développement psychomoteur à 18 mois »**

PPN		Score psychomoteur			Total
		0	1	2	
< 2500 g	n	373	61	3	437
	%	85,4%	14,0%	0,7%	100,0%
≥ 2500 g	n	5589	415	30	6034
	%	92,6%	6,9%	0,5%	100,0%
Total	n	5962	476	33	6471
	%	92,1%	7,4%	0,5%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2005

Le développement psychomoteur entre les enfants de petits poids de naissance et les autres se traduit par une association significative ( $p < 0,001$ ) du « score psychomoteur » mais principalement pour un score de niveau 1, ce qui traduit le fait que pour la plupart de ces enfants, le retard de développement n'est pas homogène.

## Bilans de santé à 30 mois (âge de l'enfant entre 28 mois et 32 mois)

### Développement du langage à 30 mois

*L'enfant construit une phrase de 3 mots*

**Tableau 3.99**  
**Tableau croisé « petits poids de naissance »**  
**et « l'enfant construit une phrase de 3 mots dans sa langue maternelle »**

PPN		Construit phrase de 3 mots			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	87	126	21	234
	%	37,2%	53,8%	9,0%	100,0%
≥ 2500 g	n	1290	1150	235	2675
	%	48,2%	43,0%	8,8%	100,0%
Total	n	1377	1276	256	2909
	%	47,3%	43,9%	8,8%	100,0%

( $p = 0,001 \rightarrow p < 0,01$ )

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

*L'utilisation du «je»*

**Tableau 3.100**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « l'enfant utilise le «je» »

PPN		Utilise le «je»			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	161	64	9	234
	%	68,8%	27,4%	3,8%	100,0%
> = 2500 g	n	2041	469	165	2675
	%	76,3%	17,5%	6,2%	100,0%
Total	n	2202	533	174	2909
	%	75,7%	18,3%	6,0%	100,0%

(p = 0,003 -> p < 0,01)

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

*Score du développement du langage à 30 mois*

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots soit un retard pour l'utilisation du «je».
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent deux retards en même temps.

**Tableau 3.101**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « score du développement du langage à 30 mois »

PPN		Score langage			Total
		0	1	2	
< 2500 g	n	77	74	55	206
	%	37,4%	35,9%	26,7%	100,0%
> = 2500 g	n	1200	754	389	2343
	%	51,2%	32,2%	16,6%	100,0%
Total	n	1277	828	444	2549
	%	50,1%	32,5%	17,4%	100,0%

A l'âge de 30 mois, la capacité de langage reste statistiquement (p < 0,001) plus faible chez les enfants de petits poids de naissance.

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

**Développement psychomoteur à 30 mois**

*L'enfant s'habille seul*

**Tableau 3.102**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « l'enfant sait s'habiller seul »

PPN		Sait s'habiller seul			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	124	94	16	234
	%	53,0%	40,2%	6,8%	100,0%
> = 2500 g	n	1444	959	272	2675
	%	54,0%	35,9%	10,2%	100,0%
Total	n	1568	1053	288	2909
	%	53,9%	36,2%	9,9%	100,0%

En ce qui concerne ce critère d'autonomie, la différence entre les enfants de petits poids de naissance et les autres existe encore mais n'est pas statistiquement significative (p = 0,17 -> NS).

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

### Le saut à pieds joints

**Tableau 3.103**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « l'enfant saute à pieds joints »

PPN		Saut à pieds joints			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	173	28	33	234
	%	73,9%	12,0%	14,1%	100,0%
≥ 2500 g	n	2047	215	413	2675
	%	76,5%	8,0%	15,4%	100,0%
Total	n	2220	243	446	2909
	%	76,3%	8,4%	15,3%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

De même, en ce qui concerne ce critère de développement psychomoteur, la différence entre les enfants de petits poids de naissance et les autres existe encore mais n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,11 \rightarrow NS$ ).

### Imitation d'un trait vertical et d'un cercle

**Tableau 3.104**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « l'enfant imite un trait vertical »

PPN		Imite un trait vertical			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	142	55	37	234
	%	60,7%	23,5%	15,8%	100,0%
≥ 2500 g	n	1783	355	537	2675
	%	66,7%	13,3%	20,1%	100,0%
Total	n	1925	410	574	2909
	%	66,2%	14,1%	19,7%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

**Tableau 3.105**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « l'enfant imite un cercle »

PPN		Imite un cercle			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	134	69	31	234
	%	57,3%	29,5%	13,2%	100,0%
≥ 2500 g	n	1639	516	520	2675
	%	61,3%	19,3%	19,4%	100,0%
Total	n	1773	585	551	2909
	%	60,9%	20,1%	18,9%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

Pour ces deux items, « l'enfant imite un trait vertical » et « l'enfant imite un cercle », qui sont un reflet de la motricité fine et de la capacité à recopier un dessin qu'on lui présente, la différence entre les enfants de petits poids de naissance et les autres, persiste à 30 mois de manière statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

### Score du développement psychomoteur à 30 mois

- Le «score 0» correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le «score 1» correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour le saut à pieds joints soit un retard pour imiter un trait vertical soit un retard pour imiter un cercle.
- Le «score 2» correspond aux enfants qui présentent deux retards (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le «score 3» correspond aux enfants qui présentent les trois retards en même temps.

■ ■ ■ ■ **Tableau 3.106**

**Tableau croisé « petits poids de naissance » et « score du développement psychomoteur à 30 mois »**

PPN		Score psychomoteur				Total
		0	1	2	3	
< 2500 g	n	98	34	33	13	178
	%	55,1%	19,1%	18,5%	7,3%	100,0%
≥ 2500 g	n	1234	322	214	74	1844
	%	66,9%	17,5%	11,6%	4,0%	100,0%
Total	n	1332	356	247	87	2022
	%	65,9%	17,6%	12,2%	4,3%	100,0%

La relation en terme de score à 30 mois est visible pour tous les scores de 1 à 3 mais est plus importante pour le niveau 3 ( $p = 0,003 \rightarrow p < 0,01$ ).

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

### Le dépistage visuel

■ ■ ■ ■ **Tableau 3.107**

**Tableau croisé « petits poids de naissance » et « trouble visuel »**

PPN		Trouble visuel		Total
		Oui	Non	
< 2500 g	n	17	189	206
	%	8,3%	91,7%	100,0%
≥ 2500 g	n	209	2058	2267
	%	9,2%	90,8%	100,0%
Total	n	226	2247	2473
	%	9,1%	90,9%	100,0%

On note un peu plus de problèmes visuels détectés à l'âge de 30 mois chez les enfants de plus de 2500 grammes mais cette relation n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,65 \rightarrow NS$ ) – (OR = 0,89 (IC à 95 % : 0,53-1,48)).

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

## Le dépistage auditif

Nous ne disposons pas de données sur les surdités de perception.

### Dépistage des surdités de transmission

**Tableau 3.108**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « test de la voix chuchotée »

PPN		Test voix chuchotée			Total
		Oui	Non	Examen non réalisé	
< 2500 g	n	194	5	35	234
	%	82,9%	2,1%	15,0%	100,0%
≥ 2500 g	n	2190	41	444	2675
	%	81,9%	1,5%	16,6%	100,0%
Total	n	2384	46	479	2909
	%	82,0%	1,6%	16,5%	100,0%

(p = 0,65 -> NS)

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

**Tableau 3.109**  
Tableau croisé « petits poids de naissance »  
et « l'enfant a ou a eu des drains transtympaniques »

PPN		Drains transtympaniques		Total
		Oui	Non	
< 2500 g	n	9	218	227
	%	4,0%	96,0%	100,0%
≥ 2500 g	n	142	2353	2495
	%	5,7%	94,3%	100,0%
Total	n	151	2571	2722
	%	5,5%	94,5%	100,0%

(p = 0,28 -> NS) – (OR = 0,68 (IC à 95 % : 0,34-1,36))

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2005

En ce qui concerne les surdités de transmission, il n'y a pas d'association statistiquement significative, entre les enfants de petits poids de naissance et les autres.

Murielle LIEGEOIS - Direction Etudes et Stratégies  
Dr. MAUROY - Médecin Coordinateur





La plupart des mesures sociales sont fondées actuellement sur des résultats statistiques et sur leurs interprétations. Voilà pourquoi, nous faisons une petite mise en garde contre les interprétations destinées à la fois aux auteurs et pour ceux qui lisent les chiffres.

## Les études descriptives

Études qui tracent un portrait fidèle du phénomène ou de la population étudié(e).

- **Représentativité**

Deux aspects :

- > représentativité de la population cible
- > représentativité du phénomène étudié (centre d'intérêt)
- > représentativité dans ses diverses formes.

- **Comparabilité**

S'évalue selon les résultats, mais aussi la description des variables et leurs méthodes de mesure.

L'intervalle de confiance de chaque variable est important, c'est le garant de la précision des mesures. Il mesure le degré d'incertitude associé à une estimation.

## L'interprétation des résultats statistiques

Les développements scientifiques récents ont permis une modélisation de plus en plus complexe et une application de plus en plus facile. Un modèle est une représentation mathématique d'un phénomène physique, économique, humain ...réalisée afin de pouvoir mieux étudier celui-ci.

La statistique appliquée est ainsi devenue l'un des fondements de la démarche scientifique dans toutes les sciences mais aussi en sociologie, en psychologie et dans les sciences de l'éducation.

## Conséquences de la vulgarisation statistique

La facilité avec laquelle on peut analyser des données met la modélisation et la statistique à la portée d'un grand nombre d'utilisateurs (sans exigence quant à l'application

de la méthode). Paradoxalement, l'augmentation de la quantité d'informations statistiques que l'informatique permet d'obtenir a pour conséquence d'accroître l'exigence dans les compétences scientifiques et l'esprit critique des utilisateurs.

Il ne suffit pas d'être statisticien, informaticien, mathématicien pour mettre en œuvre une méthode statistique et en analyser correctement les résultats. Il faut posséder des compétences multiples ou travailler en équipe pluridisciplinaire.

Ce problème de compétence se double chez l'utilisateur et dans le public d'une impression de rigueur et d'exactitude dans les résultats.

## Difficultés de l'interprétation statistique

La présentation chiffrée est souvent issue d'un codage informatique de situations et de comportements humains qui n'en donnent qu'une information partielle puisque quantifiable.

L'information contenue dans ces codages n'est pas exhaustive, car ignore l'intuitif, le sentiment...

Par exemple, la notion de causalité n'a pas de signification statistique précise. Détectée sur l'ensemble d'observations, une relation statistique ne peut concerner que cet ensemble et non chacune des observations (coefficient de corrélation). La causalité ne peut s'interpréter que d'une façon collective. Il est même très possible qu'une relation significative entre deux variables existantes sur une population d'individus disparaisse ou même soit inversée lorsqu'on observe un sous-groupe de cette population.

En outre, la causalité ne peut être que relative, de la même façon qu'un phénomène observé est dû plutôt à un enchaînement de circonstances qu'à une cause unique. La causalité demande une description de la réalité à laquelle on se limite.

## Risque et facteurs de risque

**Risque:**

Probabilité d'apparition d'un événement défavorable

**Facteur de risque:**

Ce qui modifie le niveau de ce risque



Les facteurs de risque peuvent être divisés en facteurs d'origine génétiques, environnementaux, comportementaux ou acquis.

Ils sont d'origine biologique, chimique, psychologique ou socioculturelle ... et peuvent être exogènes ou endogènes.

## L'hypothèse toutes choses égales par ailleurs

Pour isoler un facteur parmi plusieurs et en examiner l'importance dans la relation entre deux phénomènes, on raisonne alors « toutes choses égales par ailleurs ». Cette démarche est subjective.

L'expérience montre qu'on tient compte des facteurs, plus le nombre de personnes comparables diminue et plus il est difficile d'en tirer des conclusions. En réalité, la condition « toutes choses égales par ailleurs » ne peut jamais être totalement réalisée.

## Limites de la modélisation

Pour représenter correctement un phénomène, on est amené à effectuer un certain nombre d'hypothèses. La statistique ne permet pas de vérifier qu'une hypothèse est vraie, seulement qu'elle est vraisemblable.

Tout cela incite à la prudence lorsqu'on considère le modèle satisfaisant dans son ensemble et montre l'importance d'une justification théorique des hypothèses que l'on peut donner dans les sciences exactes, au lieu d'une simple vérification à posteriori, seule procédure possible dans les sciences humaines.

L'analyse des résultats doit être menée avec l'esprit critique attentif, une compétence certaine dans le champ scientifique étudié et une honnêteté intellectuelle.

C'est l'explication scientifique des coïncidences mises en évidence qui doit permettre de prendre des décisions politiques et sociales et non la coïncidence elle-même.

1 Thierry Foucart, «Analyse des données, mode d'emploi», Presses Universitaires de Rennes, 1997.

2 «Mathématique et sciences humaines», 39<sup>ème</sup> année, numéro 153, 2001, pages 21-28.



Le premier chapitre « Naissance et suivi prénatal », constitue la base du rapport de la Banque de données. La BDMS dispose de données relatives aux indicateurs de périnatalité sur les 12 dernières années, recueillies à partir des « avis de naissance » de 1994 à 2005 et des « suivis prénataux » de 1993 à 2004. Pour conserver la lisibilité des tableaux, nous n'avons retenu pour « l'avis de naissance » que l'année 1996 pour représenter la période 1994 à 2000 et comparer ainsi les 10 dernières années. En ce qui concerne le suivi prénatal, les 7 dernières années sont reprises dans les tableaux (1998-2004).

Première constatation importante : la population des naissances de la Communauté française Wallonie – Bruxelles est en constante augmentation depuis 1994. Les naissances connues de l'ONE en 1994 s'élevaient à 42.930 pour monter à 50.797 en 2005, soit une augmentation de 18,3 % en 12 ans.

## Dans la description de l'ensemble de la population des jeunes mères, on constate deux grandes tendances très différentes :

- D'abord une très grande stabilité en ce qui concerne la parité (nombre d'accouchements viables qu'a eu la jeune mère) : 44 % de primipares, 32 % de 2ème pares, 14 % de 3ème pares, 8,5 % de 4ème pares et plus.
- Ensuite, une importante évolution de l'âge des mères : Nous ne notons pas l'évolution inquiétante du nombre de très jeunes mères constatées dans beaucoup d'autres pays industrialisés. Le nombre de mères de moins de 15 ans reste en dessous de 1 % et celui des mères de moins de 20 ans passe de 3,7 % en 1994 à 2,6 % en 2005. Par contre, on constate une importante augmentation des mères de plus de 30 ans. Ainsi, les mères de 30 à 34 ans passent de 24,8 % en 1994 à 31,4 % en 2005 ; celles de 39 à 40 ans de 9 % à 15,1 % et les mères de plus de 40 ans de 1,5 % en 1994 à 3,8 % en 2005.

## En ce qui concerne les indicateurs des pratiques médicales en rapport avec la naissance, on peut relever :

- Une importante augmentation du nombre de césariennes, qui passent de 13,7 % en 1995 à 20% en 2005. Cependant, le nombre de naissances spontanées ne change pas et oscille autour de 71 %. L'augmentation des césariennes se fait essentiellement au détriment du recours à la ventouse (9,6 % en 1995 à 6,4 % en 2005) et au forceps (4,8 % en 1995 à 2,8 % en 2005).
- Le recours à une forme d'analgésie pendant la grossesse est également en augmentation (de 65,1% en 1995 à 80,4 % en 2005).
- Les taux d'induction restent élevés mais varient peu. En 2005, une naissance sur trois est induite ou césarisée.

## Les indicateurs spécifiques du nouveau-né nous montrent :

- Un allaitement maternel à la sortie de la maternité en constante augmentation. En 2005, 79,5 % des nourrissons quittent la maternité en étant allaité exclusivement au lait maternel.
- Une stabilisation du taux de grossesses multiples autour de 1,5 %, ce qui correspond à 3 % de jumeaux et très peu de grossesses multiples de haut rang (moins de 0,1 %).
- Une légère tendance à l'augmentation du taux des enfants de petits poids de naissance (7,3% en 1994 pour 7,7 % en 2005) ceci principalement pour les nouveaux-nés pesant entre 1500 et 2500 grammes.
- Une augmentation lente mais constante du taux de prématurité qui passe de 7,4 % en 1994 à 8,2 % en 2005 dans l'ensemble de la population des naissances vivantes.



Un quart des futures mères bénéficient d'un suivi dans le cadre des prénatales de l'ONE. Les données dont nous disposons nous permettent d'affirmer que les futures mères qui fréquentent les structures de l'ONE constituent une population particulièrement fragile.

Alors que dans les sociétés industrialisées, l'accès au travail est directement corrélé à un meilleur niveau global de santé, nous trouvons dans nos consultations, 60 % de mères sans emploi (au chômage, au foyer, sous aide sociale).

De plus, si on compare la population des futures mères suivies en dehors de l'ONE à celles suivies dans les prénatales de l'ONE, on retrouve dans les prénatales de l'ONE deux fois plus de futures mères de moins de 20 ans (5,4 % au lieu de 2,2 %) quatre fois plus de mères isolées (ne vivant ni en couple, ni en famille) (8,4 % au lieu de 1,9 %).

### L'augmentation du taux de prématurité nous a conduit à consacrer notre deuxième chapitre à une analyse plus fine de ce phénomène.

Dans le cadre d'un partenariat avec le Fonds Houtman, l'ONE a entre 2002 et 2004, subventionné une recherche action inter universitaire destinée à évaluer le devenir à court, moyen et long terme des enfants nés prématurément.

Malgré une amélioration constante des conditions médicales et psychologiques de prise en charge des enfants prématurés, les trois recherches ont confirmé l'existence de risques de séquelles à tous les âges. Un suivi régulier et spécialisé de ces enfants devrait permettre dans un certain nombre de cas une prise en charge précoce, et une diminution de la morbidité de ces séquelles.

Pour ce chapitre, l'analyse des données de la BDMS, a été faite sur l'ensemble des naissances vivantes en excluant les bébés issus de grossesses gémellaires ce qui porte alors le taux de prématurité en 2005 à 7,2 % en région Wallonne, 6,0 % pour la région de Bruxelles - Capitale et 6,6 % pour la Flandre (taux fournis par Kind & Gezin).

Ces différences sont encore plus marquées à l'intérieur de la région Wallonne avec le taux le plus faible (6,1 %) dans le Luxembourg et le Brabant Wallon et le plus élevé (7,6 %) dans la province de Liège.

Lorsqu'on regarde la nationalité d'origine des jeunes mères, on constate que les taux les plus élevés se retrouvent chez les mères originaires d'Amérique centrale et latine (12 %). Nous savons qu'une grande partie de ces femmes sont dans des situations socio-économiques très fragilisées.

Dans le tableau mettant en relation l'âge de la mère et la prématurité, on retrouve deux pics : l'un chez les mères de moins de 20 ans (9,4 %) et l'autre chez les mères de plus de 40 ans (8,8 %).

Autres facteurs corrélés avec un plus grand taux de prématurité : le tabagisme, avec un taux de prématurité de 11,6 % pour les mères qui déclarent fumer plus de 20 cigarettes par jour ; la situation d'isolement de la mère, où on retrouve un taux de prématurité de 8,9 %.

### Le dernier chapitre consacré au suivi de l'enfant, permet d'avoir une vision qualitative de l'action préventive de l'ONE ainsi que de l'état de santé général de la population des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE.

On observe que 76 % des parents des enfants de la Communauté française Wallonie - Bruxelles bénéficient d'un premier contact avec l'ONE après la sortie de la maternité ; dans  $\frac{3}{4}$  des cas ces premiers contacts se font à domicile, et dans la première semaine de vie de l'enfant.

Les indicateurs décrivant les familles des enfants suivis à l'ONE nous montrent que la population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE, et pour laquelle nous avons des informations (+ ou - 10.000 enfants par an), est diversifiée.

### Elle provient de tous les milieux socio-économiques mais avec une importante représentation de populations « fragiles » :

- Plus de trois mères sur dix vivent avec un seul revenu professionnel,
- Près de 15 % des mères vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe,
- Près d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer,
- Une mère sur huit a des difficultés à parler le français,
- Une mère sur quatre vit en Belgique depuis moins de 5 ans,
- Pour  $\frac{1}{4}$  des mères, le niveau d'enseignement atteint ne dépasse pas le secondaire inférieur,
- Dans une famille sur trois, au moins une personne fume régulièrement dans l'habitation.

Les indicateurs de santé de ces enfants sont pour certains réjouissants (c'est le cas des indicateurs de vaccination), pour d'autres en progrès bien qu'insuffisants (il s'agit des indicateurs d'allaitement, d'alimentation, de dépistage visuel et auditif), tandis que d'autres sont préoccupants (notamment ceux concernant le développement du langage).

### Les taux de vaccination de ces enfants sont supérieurs à ceux de la population globale des enfants de la Communauté française :

- 95 % des enfants ont reçu les trois premières doses de vaccin Hexavalent (diphtérie – tétanos – coqueluche – polio, hémophilus influenzae de type b et Hépatite B).
- 92 % ont reçu la dose de rappel diphtérie – tétanos – coqueluche – polio à 18 mois.
- 90 % ont reçu une dose de vaccin rougeole – rubéole – oreillon.
- 93,4 % ont reçu une dose de vaccin contre le méningocoque.

### Les taux d'allaitement

Les  $\frac{3}{4}$  des enfants ont un allaitement maternel complet ou mixte lors du premier contact avec l'ONE après le retour de la maternité.

A 12 semaines de vie, ils ne sont plus que 30 % à en bénéficier en 2005 mais ils n'étaient que 20 % en 2000.

Un effort tout particulier doit encore être fait pour les enfants de petits poids de naissance qui pourtant sont ceux qui en ont le plus besoin ; ainsi seul  $\frac{1}{4}$  des bébés de moins de 1.500 g et à peine la moitié des bébés de 1500 à 2500 g reçoivent du lait maternel.

### Le développement du langage (indicateurs demandés pour la langue maternelle de l'enfant)

Alors que les indicateurs de développement psycho-moteur semblent globalement se situer dans des moyennes attendues, il n'en est pas du tout de même pour les indicateurs d'acquisition du langage dans la langue maternelle.

Ainsi à 30 mois, les  $\frac{3}{4}$  des enfants prononcent une phrase de 3 mots et la  $\frac{1}{2}$  des enfants utilisent le « je ». Ces chiffres semblent fort bas et devront donc être confortés ultérieurement.

Une analyse rapide de ces informations nous permet de dire que les indicateurs de santé reflétant un acte de médecine préventive rapide et très dépendant de l'action des professionnels sont particulièrement bons (vaccination). Il n'en est pas de même des indicateurs qui reflètent des programmes de santé nécessitant un important investissement des services de santé ainsi que des changements d'attitudes de la part des familles pour lesquels ces indicateurs sont beaucoup plus variables.

Nous remercions particulièrement toutes celles et ceux qui contribuent à faire de la BDMS l'important outil de santé qu'elle représente actuellement.

Merci à vous tous, TMS et Médecins, Coordonnatrices et Conseillers Médicaux, Administratifs, Encodeurs et Informaticiens.

Dr M.-C. Mauroy



# Composition de l'équipe de la Banque de Données Médico-Sociales



## Sur le terrain

---

L'ensemble des Travailleurs Médico-Sociaux (TMS de l'ONE et Milieux d'Accueil), des Coordinatrices accompagnement et des Coordinatrices accueil, des Médecins et des Conseillers Médicaux de l'ONE.

## Dans les Comités Subrégionaux

---

Les Encodeurs, les Secrétaires et les Coordinateurs Subrégionaux.

## L'équipe de rédaction

---

Dr M.-C. Mauroy : Maître du Fichier et Médecin coordonnateur  
M. Sommer : Directrice de la Direction Etudes et Stratégies  
M. Liegeois : Service Etudes et Stratégies  
S. Ndamè Ebonguè : Service Etudes et Stratégies  
F. Dexpert: Secrétariat

## Nous remercions particulièrement

---

Les Docteurs T. Goetghebuer, M.-H. Delhaxhe, L. Gilbert, T. Sonck, P. Hennart, J.-M. Dubru, N. Mélice, M. Winkler et M. Deschamps, Conseillers Médicaux Pédiatre, pour leur contribution au chapitre sur « le suivi de l'enfant ».  
Le Dr J.-M. Dubru, Conseiller Médical Pédiatre, pour sa participation au chapitre sur « la prématurité ».  
Le Dr P. Delvoe, Conseiller Médical Gynécologue, pour sa contribution au chapitre sur « la prématurité ».  
Le Professeur Lambotte, Président sortant du Conseil Scientifique de l'ONE, pour sa participation au chapitre sur « la prématurité ».  
Les Conseillers Médicaux Gynécologues, les Docteurs S. Alexander, P. Delvoe, V. Masson, A. Collin et D. Chaumont, pour leurs conseils.  
O. De Bock, Service Etudes et Stratégies, pour sa relecture et ses conseils avisés.

## Service Informatique

---

Nous remercions M. Lalieu, Directeur du Système d'Information à l'ONE, pour son soutien dans la conception et la création du support informatique. Et I. Solé notre mémoire informatique.  
Messieurs D. Dormal, V. Lambert et T. Specka pour leur collaboration technique.

## Photocomposition

---

D. Vincent et S. Roskams



## EDITRICE RESPONSABLE

Danièle LECLEIR  
Administratrice Générale

Chaussée de Charleroi 95  
1060 Bruxelles

## CONCEPTION

BDMS  
Direction Etudes et Stratégies

## INFOGRAPHIE ONE

Dominique VINCENT  
Sarah ROSKAMS

D/2007/74.80/01



## RAPPORT BDMS

Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)  
Chaussée de Charleroi 95 ■ 1060 Bruxelles

e-mail : [info@one.be](mailto:info@one.be) ■ Site internet : [www.one.be](http://www.one.be)

