

InfONE spécial 30 ans de la BDMS

UNE DYNAMIQUE PÉRINATALE À VISAGE HUMAIN

LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES,
UN OUTIL D'ÉVALUATION ET D'ACTION



Créée en 1983, la Banque de données médico-sociales (BDMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est constituée d'un ensemble des données médico-sociales relatives au suivi des femmes enceintes, aux naissances et à l'accompagnement d'enfants de 0 à 3 ans dans les structures de l'ONE, en Fédération Wallonie-Bruxelles. Elles sont récoltées par les TMS, les médecins, les sages-femmes, les milieux d'accueil, puis encodées. Rendues anonymes, ces données sont ensuite analysées par l'équipe de la BDMS qui en tire des statistiques (par exemple : l'évolution du nombre de naissances) et des bilans sociologiques (par exemple : la situation géographique des inégalités sociales en matière de santé).

La BDMS permet le monitoring et l'(auto)évaluation de l'action de l'ONE. Elle contribue à orienter les choix de l'Office de la Naissance et de l'Enfance dans le domaine médico-social. Elle permet également l'interpellation des décideurs en ce qui concerne les politiques de l'enfance.

1

2

3

4

EDITORIAL



Chère lectrice, cher lecteur,

La Banque de Données Médico-Sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance a 30 ans. Pour fêter dignement cet anniversaire et souligner la maturité pleine d'avenir du formidable outil qu'est la BDMS, nous avons imaginé cet InfONE. Il fait la part belle aux témoignages d'acteurs qui ont progressivement élevé cet « enfant » au rang d'adulte responsable de l'évaluation objectivée de l'action préventive de l'ONE à l'intention des enfants et des familles en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La BDMS est aujourd'hui plus indispensable que jamais. Dans le contexte de crise économique et sociale que nous traversons au même titre que bon nombre de pays européens, de nombreuses familles et leurs enfants sont en proie à des difficultés qu'il s'agit de mesurer finement pour agir efficacement. L'outil qui vous est présenté dans les pages qui suivent permet à l'Office et aux décideurs de toujours mieux cibler les actions à mettre en œuvre pour soutenir les professionnels qui accompagnent l'ensemble des bénéficiaires de nos services au quotidien.

Longue vie à la BDMS et bonne lecture.

Georges Bovy,
Président



Docteur Pierre LELEUX

Président honoraire du Collège des gynécologues de l'ONE,
fondateur de la BDMS

« C'est comme ça que la BDMS est née, par le biais d'une recherche-action »

J'ai commencé à travailler à l'ONE - Œuvre Nationale de l'Enfance - en 1963, en consultation prénatale. Comme je m'étais occupé auparavant de recueillir des données périnatales et que l'ONE menait une importante action médico-sociale, j'ai postulé pour devenir Conseiller gynécologue. Puis j'ai présidé le Collège des Conseillers gynécologues.

Peu à peu, je me suis rendu compte que l'Œuvre ne disposait d'aucun outil d'auto-évaluation solide de son action. On disait sans cesse que l'ONE faisait du bon travail... mais nous ne pouvions compter sur aucun indicateur scientifiquement valable pour affirmer ou nuancer cette assertion. Il existait bien un recueil de données périnatales mais qui ne reposait sur aucune méthodologie.

Lorsque j'étais encore aux études, en plus de la gynécologie, je me suis inscrit à un cours de programmation informatique. C'était le temps du Fortran, du Pascal, du Cobol, des bases du système binaire. Je suis ensuite devenu Secrétaire du Centre Informatique de Gynécologie et Obstétrique de l'ULB, qui récoltait des données de maternité dans les hôpitaux de stage de l'Université. Peu à peu, j'ai créé un dossier qui a tenu bon pendant plusieurs années, c'était l'un des premiers dossiers chronologiques de surveillance prénatale. Il était préformaté et indiquait, pour chaque moment de la grossesse, les éléments auxquelles il fallait s'intéresser.

Fort de cela, avec mon ami **Pierre Delvoye**, gynécologue également et très intéressé par la santé publique, notamment pour les pays en voie de développement, nous avons envisagé la possibilité de mettre en place pour l'ONE un outil scientifiquement valable afin d'apprécier son importante action médico-sociale, un outil susceptible d'aider l'Œuvre à défendre ses politiques devant les décideurs, d'objectiver les demandes de subsides, sur base d'actions réellement menées.

L'ONE, chaque année, subsidiait des recherches via des services universitaires. Mais il n'y avait pas de recherches intra-ONE.

En 1983, Pierre (*Delvoye, ndlr*) et moi avons déposé auprès du Comité scientifique de l'Office une demande de recherche-action, c'est-à-dire la mise à l'épreuve d'une théorie scientifique au regard des réalités de terrain. C'est comme ça que la BDMS est née, par le biais d'une recherche-action.

La BDMS a progressivement évolué : on a commencé à travailler les données relatives à la grossesse, puis à l'accouchement, puis au suivi de l'enfant... On a suivi une ligne du temps. Nous voulions, Pierre et moi, être extrêmement complets, intégrer toutes les données recueillies. Quand une TMS se rendait dans une maternité et qu'elle prenait connaissance d'une naissance, elle envoyait un feuillet de liaison à l'infirmière chargée de la visite au domicile de la famille. Dans ce document, elle donnait quelques renseignements sur les poids de l'enfant, sur les conditions d'accouchement, sur la famille...

Nous ne partions pas de rien. Il y avait des dossiers des consultations prénatales et, en principe, un transfert des données aux consultations de nourrissons. Il y avait aussi des rapports de visite à domicile... Notre boulot a consisté à intégrer ces documents existants au projet, à les informatiser et à les rendre scientifiquement valables.

L'outil a permis la mise en lumière de gros problèmes de santé publique. On a ainsi décelé très vite que les taux de prématurité en Communauté française dépassaient les taux de la Belgique entière ou de certains pays occidentaux. Comment expliquer cela ? Il y avait une nécessité de récolter des données médico-sociales multiples, pas uniquement le poids des enfants mais aussi le tabagisme, la charge de travail...

Les cartes que nous avons établies montraient qu'il existait des zones à risques : dans le Borinage, à Liège...

La BDMS est, donc, depuis son origine, scientifiquement valable. Elle repose sur des rubriques obligatoires, fermées, permettant de détecter le néant, le positif, le négatif mais aussi l'inconnu, de faire des évaluations statistiques...

Si certaines données étaient dès le départ connues à 100 %, comme le poids des bébés, d'autres étaient inconnues. Par exemple, la durée de gestation. Comment la calcule-t-on ? Selon la date des dernières règles, selon d'autres calculs ? Pour le tabagisme ou l'emploi des mères, les pourcentages d'inconnues devenaient extrêmement importants. Il fallait pouvoir neutraliser statistiquement ces biais.

La BDMS est aussi un outil didactique. Il fallait que les infirmières (*TMS, ndlr*) maîtrisent les réalités que recouvraient les concepts de parité, de microsomie, de dismaturité... L'outil allait permettre d'améliorer encore la qualité de leur travail et de le valoriser.

J'ai toujours eu de bons contacts avec ces dernières, j'étais un praticien, comme elles. Hormis quelques réticences en ce qui concerne la confidentialité, elles ont tout de suite compris l'intérêt du dispositif ; grâce à la BDMS, on allait enfin pouvoir exploiter les données. Elles allaient mesurer les retombées de leur action pour leur consultation, pour leur région. Elles allaient pouvoir observer des évolutions dans le temps, comme par exemple le recul de l'âge de la première grossesse en fonction de l'âge des mères...

La mémoire d'une lessiveuse

Les tout premiers ordinateurs rentrés à l'ONE étaient des Apple II. C'est sur ce matériel que nous avons travaillé, ils avaient une mémoire à peu près équivalente à celle de ma lessiveuse. Il n'avaient pas de disque dur. Nous sauvegardions les données sur des petits « flopi » (*disquettes, ndlr*) en carton.

Il fallait un ordinateur comme cela pour chaque comité provincial (*Administration subrégionale, ndlr*).

Je tenais absolument à ce qu'on publie régulièrement les données par consultation, par région et que l'on puisse observer une évolution longitudinale.

Les infirmières (*TMS, ndlr*) échangeaient sur ces données en réunion, ce qui permettait d'améliorer le recueil des documents, d'expliquer les choix... Il fallait former les personnes à l'utilisation de ce nouvel outil.

J'ai engagé une première encodeuse, **Charline Castiaux** (*lire interview dans cet InfONE, ndlr*) qui est devenue une cheville ouvrière extraordinaire ! Elle a appris à très bien connaître la BDMS, parfois mieux que moi puisqu'elle y travaillait au quotidien. Elle était le relai des TMS qu'elle contactait par téléphone pour obtenir des informations ou des explications

supplémentaires. C'était un premier retour à l'Administration subrégionale, complété lors de réunions d'information.

Il fallait ensuite engager d'autres encodeuses pour les autres provinces.

« Ce qui me fâchait... »

Une fois le dispositif lancé, l'outil devenait réellement incontournable, les Politiques commençaient à s'y intéresser, les Administrateurs en étaient très fiers, les résultats permettaient de défendre les budgets de l'ONE. Pourtant, aux tout débuts, aucun budget n'y était dédié ! Il fallait sans cesse demander un peu de personnel, du matériel... A un moment, j'en ai eu marre. Il était alors commun de considérer que la BDMS, c'était « *la banque de données du Dr. Leleux* », ce qui me fâchait. Non, ça a toujours été la banque de données de l'ONE ! Faute de moyens, certains ont envisagé le sponsoring. L'argent pour développer l'outil serait donc venu des firmes à qui on aurait dû communiquer certaines informations issues de la banque de données. Hors de question ! J'ai dit stop, on arrête, j'avais la possibilité informatique de tout bloquer, ce que j'ai fait ! Heureusement, au final, mon point de vue a primé.

L'autre difficulté était liée à la confidentialité. Il était extrêmement important de pouvoir faire la liaison entre le prénatal, la maternité, la visite à domicile,

la consultation... pour un même enfant. Sinon, comment observer son développement ? Mais comment faire en préservant l'anonymat des familles ? Dans la BDMS, il n'y avait aucun nom, seulement un code. Les seules personnes qui pouvaient éventuellement remonter au nom, c'était Charline et moi. Nous disposions des codes cryptés. Mais pour les TMS à domicile, nous donner des informations sur l'état civil, sur le travail, sur le tabagisme... liées à un nom

posait problème, ce que je comprends. J'ai rendu visite à la Commission de la vie privée, pour faire attester de la correction du dispositif. Aujourd'hui encore, les informations sont anonymes. Un code d'identification permet ce chaînage sans risque pour la vie privée. Il me revient que les TMS sont moins réticentes aujourd'hui sur ce point. Par contre, il est reste délicat pour certains TMS de poser des questions sur le niveau d'étude, les sources de revenu, le travail lui-même, la situation de vie (« Vivez-vous seule ou pas ») ? Ce sont des questions sensibles et pourtant extrêmement importantes pour le suivi...



Apple IIe, 64 kb, double lecteur de disquettes



Rose-Marie BRISBOIS

TMS en consultation pour enfants dans la Province du Luxembourg

InfONE :

Rose-Marie Brisbois, quelles sont les caractéristiques de la population que vous accompagnez ?

Rose-Marie BRISBOIS :

L'ONE est fréquenté par l'ensemble des catégories socio-économiques de la population de la subrégion. Cependant, j'observe de nombreux mouvements familiaux. Des familles plutôt défavorisées déménagent souvent, ce qui ne facilite pas leur accompagnement dans la durée.

Par ailleurs, les généralistes et certains pédiatres envoient leurs patients à l'ONE pour la vaccination des enfants. Il y a une vraie collaboration entre le corps médical et l'Office. Nos services sont donc universels ici : les consultations accueillent la pharmacienne, le médecin du village aussi bien que des personnes moins aisées. On parle d'une réelle mixité sociale.

InfONE :

Concernant la BDMS, y a-t-il des questions qui vous sont plus difficiles à poser que d'autres aux parents ?

Rose-Marie BRISBOIS :

Oui. Et notamment les questions sur le tabagisme, les accidents domestiques, sur les brûlures et les morsures. J'explique le dispositif et l'utilité du questionnaire aux parents. Il faut parfois les rassurer en leur expliquant que ce n'est pas un contrôle, que le questionnaire sert à évaluer statistiquement des problèmes de santé.

Par ailleurs, des parents ne comprennent pas toujours le sens de certaines questions, comme celles qui portent sur l'acquisition du langage. Il faut éviter d'induire de la peur en les questionnant.

InfONE :

Pensez-vous que l'ensemble des TMS est sensible à l'importance de compléter ces documents ?

Rose-Marie BRISBOIS :

Sans doute pas toutes. Ce qui fait sens, ce sont les retours d'informations sur les réalités locales organisés par les collègues de la BDMS de l'Administration centrale.

Concernant l'outil, l'une des difficultés rencontrées réside dans le manque de temps pour compléter les documents en consultation. Il faut les préparer à l'avance et les remplir avec le médecin.

Les statistiques sont souvent demandées aux encodeuses qui ont un accès privilégié aux données via le programme utilisé. Les Coordinateurs Accompagnement s'en servent également.

Carine MARLIER



TMS en consultation pour enfants dans le Hainaut

« Une porte ouverte à la discussion avec les parents »

InfONE :

Quelles sont les conditions qui assurent le succès de la récolte des données au contact des familles ?

Carine MARLIER :

En tant que TMS, c'est important de comprendre le sens de la démarche pour la pratiquer le plus adéquatement et le plus complètement possible. Je sais que certaines collègues éprouvent des difficultés à poser certaines questions, relatives au diplôme de la mère, aux revenus de la famille... Ce n'est pas mon cas. Tout peut être demandé à condition d'expliquer aux parents le sens de la démarche, l'importance des statistiques qui en sont tirées, la confidentialité des données recueillies et, surtout, le caractère non-obligatoire de l'exercice en ce qui les concerne. Dès lors, je ne rencontre aucun frein à leur expression.

Cependant, si certaines questions font sens pour certains parents, c'est moins le cas pour d'autres. Par exemple, la question « Vivez-vous en Belgique depuis plus de 5 ans ? » est peu adaptée aux populations que j'accompagne.

Les bilans de santé à 18 et 30 mois sont plus attrayants pour les parents que d'autres volets : ils font directement et très concrètement référence au développement psychomoteur de l'enfant, à des aspects observables. C'est une porte ouverte à la discussion avec les parents. Pour cette raison, je trouverais intéressant que le bilan à 9 mois intègre davantage de questions relatives à la psychomotricité...

InfONE :

Et quels sont les freins ?

Carine MARLIER :

Le facteur temps est important. Les bilans de santé à 9, 18 et 30 mois ne sont pas toujours remplis à temps. Le médecin peut être pressé... ou il y a trop de familles à la consultation. Si un bilan n'est pas relevé, il n'y a pas de rattrapage possible par la suite.

La collaboration avec le médecin est donc très importante pour la partie des informations médicales, même si c'est souvent le TMS qui complète ce volet. Le médecin acte de toute manière ce qui est noté ; au final, le document est frappé de trois cachets, celui de la consultation, celui du TMS et celui du médecin.

InfONE :

Avez-vous des contacts fréquents avec l'équipe d'encodage ?

Carine MARLIER :

Une fois par semaine en réunion d'équipe, je relève l'ensemble des documents complétés par mes collègues et je les dépose à l'Administration subrégionale, puisque je n'habite pas loin. Ça permet d'éviter d'égarer des informations et d'échanger avec les encodeuses afin de leur faciliter la compréhension des données encodées et de leur faciliter la tâche.

InfONE :

Comment vous sont expliqués les changements dans les documents ?

Carine MARLIER :

Nous recevons le nouveau document avec une note explicative. Les documents sont commandés annuellement par chaque TMS auprès de la Direction Achats et Logistique de l'ONE, selon une quantité projetée.



Laurence DE LAET

TMS en consultations prénatale et pour enfants à Bruxelles

« Ce que m'apportent les résultats ciblés de la BDMS ? Ils mettent en évidence certaines tendances observées au contact des familles et me permettent d'adapter mes pratiques.

Au niveau global : la BDMS me permet de comparer les situations vécues par les familles que j'accompagne par rapport aux statistiques générales de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Si les TMS conçoivent majoritairement la plus-value de l'outil, je pense qu'à Bruxelles, la charge d'accompagnement de certaines familles est telle que les documents sont parfois moins complétés qu'ailleurs, faute de temps et par nécessité de poser des priorités de travail.

La BDMS est un outil précieux qui permet de traduire auprès des décideurs des réalités très difficiles, comme, pour certaines familles à Bruxelles, le faible niveau de maîtrise du français, la précarité... Cela donne du poids à nos observations locales. »



Karine SCHLESSER

TMS en consultations prénatale et pour enfant à Bruxelles

« Les rencontres avec l'équipe de la BDMS sont utiles de part et d'autre. En effet, elles permettent aux TMS d'expliquer aux statisticiens de l'équipe BDMS certaines tendances mesurées et de mieux comprendre encore les réalités que nous côtoyons. Elles permettent aussi d'aménager les documents, de cibler des changements nécessaires à y apporter.

En ce qui me concerne, les résultats qui me sont renvoyés ne constituent pas une révélation mais plutôt une confirmation de tendances perçues au contact des familles. Ainsi, en matière d'instruction des parents, de maîtrise du français, en ce qui concerne le nombre de femmes au foyer... les chiffres de certains quartiers bruxellois sont inquiétants. Dans l'élaboration du programme annuel d'activité, ces chiffres permettent d'objectiver les projets à mettre en place prioritairement.

Compléter les documents prend du temps. En consultation, la priorité est donnée aux questions des familles, par exemple sur l'alimentation de l'enfant, sur son sommeil. L'accompagnement « relationnel » laisse parfois peu de place à l'aspect administratif. »

CHANTAL GUERRET

Coordinatrice Accompagnement à Bruxelles



« Toutes les questions peuvent être posées de manière respectueuse et renforcer la relation à la famille accompagnée. »

InfONE :

En tant que Coordinatrice, comment percevez-vous l'évolution de la récolte des données sur le terrain ? Fait-elle sens pour l'ensemble des TMS ?

Chantal GUERRET :

J'ai travaillé comme TMS, respectivement dans les secteurs prénatal, de liaison et des consultations pour enfants. Je connais donc bien les documents de la BDMS que je complétais le mieux possible en tant que TMS, consciente de l'importance de l'outil en terme de santé publique.

Selon moi, la dynamique évolue positivement ; les TMS sont de plus en plus sensibles à la photographie de la réalité locale qui leur est rendue par l'équipe de la BDMS.

Je suis responsable d'une équipe prénatale hospitalière intégrée à l'hôpital Saint-Pierre et de TMS animant quatre consultations pour enfants. Je veille à ce que les résultats de la BDMS alimentent la réflexion des TMS lors de l'élaboration des projets santé-parentalité (PSP)¹, de sorte que ces projets s'appuient sur des retours d'informations objectives, qui font sens.

Les consultations prénatales, quant à elles, ne rédigent pas encore de PAP (projet d'accompagnement périnatal). Néanmoins, le retour régulier des données de la BDMS leur permet également d'objectiver et d'affiner leurs connaissances des futures mères fréquentant la consultation, même si les situations évoluent rapidement, au rythme des grossesses et des populations rencontrées.

Par ailleurs, en ce qui concerne les documents à remplir (et notamment les volets épidémiologiques) dont dépend l'exactitude des constats posés par l'équipe de la BDMS, j'assure un suivi très étroit des TMS. Je leur rappelle souvent l'importance de la démarche.

Leur fonction est multiple et leur priorité va naturellement à l'accompagnement des familles et plus encore face à des situations de grande précarité, au détriment du volet administratif, sans compter que certaines TMS ne sont pas encore à l'aise avec l'un ou l'autre item des bilans de santé.

InfONE :

Comment sont vécus par le terrain les retours d'informations assurés par l'équipe de la BDMS ?

Chantal GUERRET :

Ils sont très bien vécus puisqu'ils sont porteurs de sens. Je les voudrais plus fréquents. Ainsi, on sait que 73 % des mères accompagnées à Saint-Pierre sont des primo-arrivantes. 15 % vivent en Belgique depuis moins d'un an. 11 % sont isolées. Ces chiffres doivent activer chez les TMS une réflexion sur la manière d'accompagner ces personnes.

Ces retours motivent les TMS à poursuivre la collecte de données épidémiologiques. Ainsi, à Saint-Pierre, il y a 5 ans, seuls 50 volets épidémiologiques étaient complétés. Aujourd'hui, ce sont quelques 2.000 volets qui alimentent la BDMS. Mais il ne faut jamais relâcher l'effort...

InfONE :

Quelles sont les pistes d'amélioration à envisager pour la suite ?

Chantal GUERRET :

Je me pose la question de la manière de faire comprendre à l'ensemble des TMS l'importance du dispositif de collecte des données et de la précision de ce relevé. Prenons un exemple : lorsqu'une occurrence de la grille n'est pas rencontrée - une mère répond « non » à la question du tabagisme -, certains TMS n'indiquent rien dans la grille, or il s'agit de mettre « 0 » dans cette case pour que cette occurrence ne soit pas mal interprétée par les encodeurs...

1 les activités des consultations ONE sont fondées sur une analyse des besoins de la population et sur une programmation élaborée par l'équipe œuvrant dans chaque consultation. Celle-ci élabore un projet Santé-Parentalité valable pour 5 ans au maximum. Le PSP reprend les programmes obligatoires (visites chez le médecin, vaccinations, visites du TMS à domicile, permanences du TMS à la consultation...) et des activités collectives définies en fonction de l'analyse des besoins.

Par ailleurs, et c'est une constante depuis de nombreuses années, certaines questions restent difficiles à poser aux familles. Ainsi, celle sur le niveau d'instruction de la mère semble inquisitrice.

Pourtant, quand j'étais TMS, je me souviens avoir accompagné une future maman russe qui craignait de ne pas savoir allaiter son bébé. Elle posait de nombreuses questions auxquelles je répondais le plus simplement possible, jusqu'au jour où j'ai rempli le volet épidémiologique avec elle. C'est alors qu'elle m'a appris qu'elle était diététicienne, formée à l'université de son pays. C'était une grande fierté pour elle, cette information lui a permis de me parler de son parcours. Pour ma part, cette donnée m'a permis d'ajuster l'accompagnement prénatal aux connaissances et à la compréhension de cette maman.

Une autre mère, ayant longtemps vécu dans les montagnes marocaines, était fière de m'apprendre que si elle n'avait jamais eu accès à l'école dans son pays, en Belgique elle apprenait à lire et à écrire.

Bref, je pense que toutes les questions sont pertinentes, que toutes peuvent être posées de manière respectueuse et renforcer la relation à la famille accompagnée.

Il faudrait réfléchir à un dispositif formatif qui permette à chacun de se sentir à l'aise avec ces questions a priori délicates.

InfONE : *Quels champs manquent, selon vous, dans les documents de récolte, qui permettraient de mieux identifier les problématiques vécues par les familles accompagnées et de mettre en place des actions ciblées ?*

Chantal GUERRET : La BDMS permet d'ajouter un champ spécifique aux besoins locaux.

L'équipe de la consultation prénatale de Saint-Pierre et moi pensions aborder la thématique de la consommation d'alcool ou de drogue par les futurs parents. Cependant, la question est sensible, il faudrait au préalable pouvoir définir ce qu'est une drogue... et quantifier la consommation alcoolique !

D'autres questions relatives à la santé de la future mère pourraient apparaître comme par exemple l'évolution pondérale au cours de la grossesse...



Murielle LIEGEOIS Samuel NDAME

Gestionnaires de projets BDMS,
Direction Etudes et Stratégies



La maternité à 40 ans, quelles issues périnatales ?

L'un des indicateurs suivi depuis la création de la BDMS en 1983 est l'âge de la femme enceinte ou de la mère.

Une enquête européenne publiée en 2006 (Eurobaromètre – Europe des 15) s'est intéressée au nombre idéal d'enfants pour les femmes âgées entre 25 et 39 ans.

Le nombre idéal d'enfants déclaré pour cette population était d'environ 2,5 enfants par femme, l'âge idéal pour devenir mère pour la première fois se situait à 25,8 ans. Les réponses des hommes de la même tranche d'âge sont identiques. Pourtant, les femmes des générations interrogées ont eu leur enfant vers 27,4 ans, soit environ 2 ans plus tard que souhaité.

Depuis les années 80, on observe une remontée de l'âge moyen des mères qui serait attribuée à des facteurs démographiques, sociétaux, techniques pouvant interagir de manière complexe, comme par exemple une hausse rapide de la fécondité à 35-39 ans², l'allongement des études et l'évolution du marché de l'emploi, le taux d'activité des femmes, les changements des structures familiales, mais aussi les progrès médicaux et scientifiques.

En Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés, on observe un recul de l'âge à la maternité. Les femmes procréant de plus en plus tard, être mère pour la première fois à la quarantaine n'est plus aujourd'hui une extravagance.

2 Khoshnood B. and al (2008), Impact of advanced maternal age on fecundity and women's and children's health, J. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 37:733-47

L'influence de l'âge de la mère sur les issues maternelles et périnatales est largement étudiée soit chez les mères très jeunes, soit chez les mères plus âgées pour lesquelles le seuil est fixé à 35 ans. Or, une observation faite actuellement et de plus en plus fréquemment, concerne l'augmentation importante des femmes d'âge encore plus élevé, avec des proportions de quadragénaires en constante progression.

Si on connaît la forte relation entre l'âge maternel et les anomalies chromosomiques, la littérature scientifique montre qu'il semble également exister certaines anomalies congénitales relatives à cet âge. Le risque de mortalité maternelle et infantile semble également plus élevé. Ces observations sont confirmées ou infirmées par les données de la BDMS...

La mortalité fœto-infantile en fonction de l'âge de la mère, Wallonie, 2000 - 2008

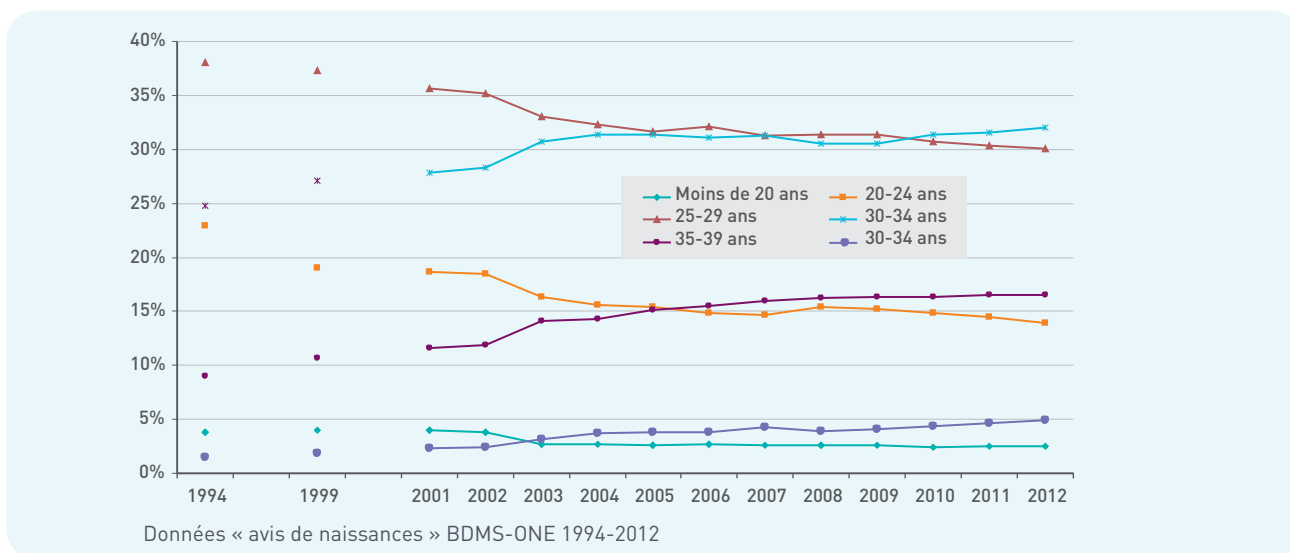
Âge de la mère	Mortalité (mort-nés)		Mortalité néonatale (J10 - J27)		Mortalité postnéonatale (J28 à un an)		Mortalité fœto-infantile	
	n	Taux (‰)	n	Taux (‰)	n	Taux (‰)	n	Taux (‰)
> 20 ans	72	5,5	39	3,0	34	2,6	145	11,1
20 - 29 ans	665	3,8	320	1,9	215	1,2	1200	6,9
30 - 39 ans	588	4,5	273	2,1	160	1,2	1021	7,9
40 - max	56	7,6	14	1,9	9	1,2	79	10,7
Total	1381	4,3	646	2,0	418	1,3	2445	7,6

Sources : Fichiers « Naissances-Décès », Enfants < 1 an décédés et résidant en Wallonie, 2000-2008 Fédération Wallonie-Bruxelles

Le tableau ci-dessus montre le lien entre l'âge maternel et le risque de mortalité, notamment sur base de chiffres tirés des fiches « naissances-décès » de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les années 2000 et 2008.

Il s'est ainsi avéré intéressant de s'arrêter sur les évolutions observées notamment parmi les mères suivies à l'ONE et de sonder les relations entre l'âge et certains facteurs.

Evolution de l'âge des mères en catégories



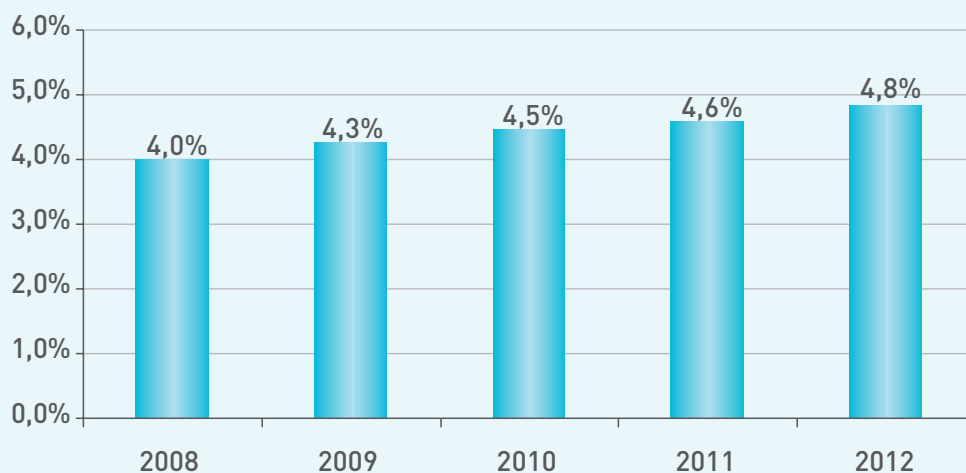
Le graphique ci-dessus traduit clairement l'augmentation de la fécondité des femmes d'âge supérieur à 30 ans au détriment des autres catégories d'âge.

une augmentation de l'ordre de 90 % de naissance dans cette catégorie d'âge (passage de 3,2 % à 5,0 % de nouveau-nés).

La BDMS montre que l'augmentation de la proportion des nouveau-nés de mères âgées de 40 ans et plus a été marquée, ces 10 dernières années, par

La proportion des mères de 40 ans et plus a augmenté de 20 % ces 5 dernières années.

Evolution des mères de 40 ans et plus



Données «avis de naissance» BDMS-ONE 2008-2012

Les données «avis de naissance» de la BDMS compilées des 3 dernières années (2010-2012) décrivent le lien entre les naissances multiples et l'âge des mères à l'accouchement.

Ainsi, les femmes de 40 ans et plus connaissent plus de naissances multiples que les femmes de 25-39 ans (respectivement 4,0 % et 3,4 %). Les mères âgées de 45 ans et plus atteignent une proportion de 5,3 % de naissances multiples. Chez les 20-24 ans, on se situe à 1,8 % de naissances multiples.

La part moyenne de naissances multiples (jumeaux et triplés) pour les données cumulées des 3 années considérées est de 3,2 % de naissances.

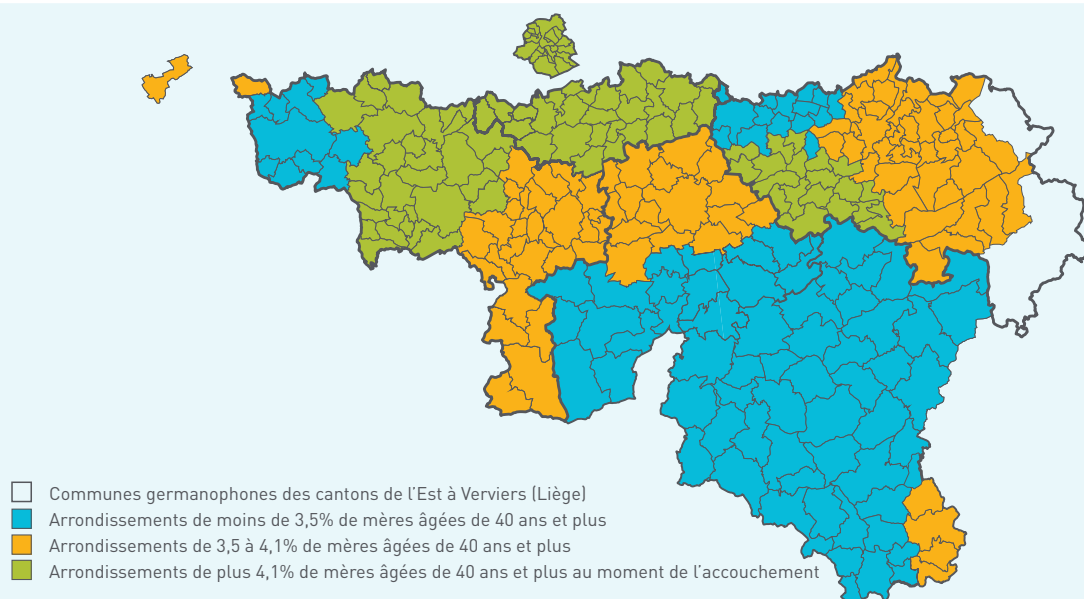
La question de l'augmentation de l'âge des mères pourrait souffrir d'un biais si l'on partait des données de naissance plutôt que des données d'accouchement (qui prennent en compte les mères).

Les primipares dans la catégorie de femmes âgées de 40 ans et plus représentent 22,6 %. Dans la population générale des mères, la part de primipares est de 44,4 %.

Les proportions les plus élevées de mères de 40 ans et plus sont caractéristiques des femmes originaires du continent américain (nord 7,3 % et sud 8,0 %) et les proportions les plus basses, chez les belges (3,6 %) et les femmes originaires d'Europe de l'Est (3,5 %).

La répartition régionale selon la résidence est inégale. Ainsi, c'est à Bruxelles que les proportions de mères âgées de 40 ans et plus sont les plus élevées (6,2 %), suivi du Brabant wallon (5,6 %). Viennent ensuite les arrondissements d'Ath, Soignies, Mons et Arlon, avec des proportions de mères âgées de 40 ans et plus comprises entre 4,2 et 4,4 %.

Répartition des mères âgées de 40 ans et plus en Fédération Wallonie-Bruxelles



Données «avis de naissance» BDMS-ONE de mères ayant accouché entre 2008 et 2012 en Fédération Wallonie Bruxelles d'un enfant vivant. Le dénominateur est constitué d'accouchements. C'est-à-dire que pour des naissances de jumeaux, la mère sera comptée une seule fois. La proportion moyenne de mères âgées de 40 ans et plus à l'accouchement est de 4,6% du fait du poids de certains arrondissements ou région. N=155.900 mères

Les habitudes tabagiques sont comparables entre ces régions. 15,9 % de mères de 40 ans et plus fument par rapport à 17,4 % des femmes dans la population générale.

Les mères âgées de 40 ans et plus vivent plus souvent seules (6,2 %) par rapport à l'ensemble des mères (3,9 %). 91,8 % vivent en couple et un peu plus de la moitié est mariée (56,5 %).

On observe une proportion de 9,8 % de petits poids de naissance chez les nouveau-nés des mères de la

catégorie d'âge de 40 ans et plus par rapport à une proportion moyenne de 7,6 % de petits poids dans l'ensemble de la population.

Chez les femmes âgées de 40 ans et plus, on observe 11,0 % de prématurité et 8,4 % pour l'ensemble des nouveaux nés.

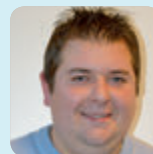
Les nouveau-nés issus des mères de cette catégorie d'âge sont allaités dans les mêmes proportions que la moyenne de la Fédération Wallonie Bruxelles (respectivement 82,5 % et 83,0 %).

Les autres membres de la BDMS, Direction Etudes et Stratégies



Laetitia FONTAINE

Gestionnaires de projets BDMS



Jérémy BAUSIER

Assistant administratif



Christina ORLOWSKI
Charline CASTIAUX

Encodeuses dans le Hainaut



« Pour nous, le sens de ce travail est évident »

C'est dans le Hainaut que le Docteur Leleux a lancé la BDMS. Charline Castiaux a participé à cette mise en place historique en y assurant les premiers encodages. Christina Orłowski l'a rejointe en 1991.

Charline CASTIAUX :

Au début des années 1980, on rédigeait les courriers sur des machines à écrire. Un jour, le Docteur Leleux est arrivé avec un ordinateur Apple.

Il m'a expliqué comment encoder les données et les sauvegarder sur disquettes. Si l'écolage était adapté, l'apprentissage a été douloureux et des larmes ont coulé... Au début, j'encodais les données prénatales uniquement, issues des services ONE mais aussi du privé, que les hôpitaux nous envoyaient. Elles étaient enregistrées sur deux disquettes pour les différencier. J'assurais le travail pour l'ensemble de la Communauté française. J'envoyais à chaque ASR les données les concernant.

InfONE :

Et aujourd'hui, comment vous parviennent les documents complétés par les TMS et les médecins au contact des familles ?

Charline CASTIAUX et Christina ORLOWSKI :

Les différents documents papier destinés à l'encodage nous sont envoyés ou directement acheminés par un TMS qui profite d'un passage à l'ASR pour nous les déposer.

InfONE :

Comment le dispositif a-t-il évolué depuis les débuts de la BDMS ?

Charline CASTIAUX et Christina ORLOWSKI :

Aujourd'hui, les données sont centralisées et traitées statistiquement à Bruxelles. Les ASR n'encodent que les chiffres relatifs à leur subrégion, ce qui évite les risques de doublons. Pour des questions de confidentialité, les informations demandées aux parents sont anonymisées et encodées sur base d'un numéro d'identification.

Du fait de l'anonymisation et de la centralisation des données, nous n'avons plus accès quotidiennement aux statistiques. Le feedback aux ASR par l'équipe de la BDMS a lieu une fois par an. Si un TMS veut connaître les chiffres de sa consultation, il s'adresse directement à l'Administration centrale. Avant, nous les lui fournissions.

La DTI (*le service informatique de l'ONE, ndlr*) assure la maintenance de l'application informatique. En cas de problème ou lorsqu'il faut ajouter ou retirer un champ d'encodage, une prise en main à distance permet une réponse rapide.

Quand au volume des documents papiers, chez nous, une armoire sécurisée équivaut à 1 an de données, hors bilans de santé à 9, 18 et 30 mois. Après encodage, les documents sont conservés 3 ans puis ils sont détruits. Le classement est annuel, par mois et par maternité. Pour ce qui est des bilans, ils sont classés par année et par date du bilan.

InfONE :

L'alimentation de la BDMS repose sur un dispositif très construit et éprouvé. Que voudriez-vous voir amélioré ?

Charline CASTIAUX et Christina ORLOWSKI :

Nous aimerions être associées plus tôt, préventivement, aux modifications prévues sur un document. Ça nous permettrait de donner notre avis, de poser des questions de compréhension... avant sa mise en circulation et d'identifier d'éventuels problèmes que nous pourrions rencontrer ensuite à l'encodage.

Aujourd'hui, nous sommes en effet associées aux changements après une modification. Nous avons alors des contacts avec les collègues de la BDMS à l'Administration centrale. Une fois par an, l'ensemble des encodeurs des 6 subrégions sont conviés à une rencontre avec le Dr Mauroy et l'équipe de la BDMS. Nous échangeons sur les difficultés rencontrées et nous recherchons ensemble des solutions. En général, les problèmes sont identiques partout, sauf à Bruxelles où le fonctionnement est un petit peu différent.

Par ailleurs, tous les TMS ne donnent pas le même sens à la démarche de collecte des données au contact des familles. C'est pourquoi certaines questions leur sont difficiles à poser. Les informations le plus souvent manquantes concernent le tabagisme,

le niveau d'étude de la mère, la situation socio-économique...

Il nous semble nécessaire de toujours rappeler et démontrer l'importance de ce recueil puisqu'il permet de photographier des situations précises de santé publique. Si nous en avons l'occasion, nous expliquons les documents aux nouveaux TMS, démarches dans laquelle nous avons le soutien des Coordinateurs.

Pour nous, le sens de ce travail est évident, c'est l'avantage d'avoir côtoyé le fondateur de la BDMS. Le Dr Leleux nous a transmis sa passion. Il était très exigeant mais savait reconnaître le travail accompli.

InfONE :

Rencontrez-vous des difficultés lors de l'encodage ?

Charline CASTIAUX et Christina ORLOWSKI :

Certains TMS utilisent d'anciens modèles de documents. Il nous faut alors faire concorder les deux grilles dont les champs diffèrent. Nous prenons alors contact avec eux en leur demandant d'utiliser les nouveaux exemplaires disponibles.

Lorsque des champs nous reviennent non complétés par les TMS, c'est compliqué : pour certains volets, le logiciel refuse les champs blancs et il nous est impossible de passer au champ suivant...

InfONE :

Quel volume encodez-vous chaque année ?

Charline CASTIAUX et Christina ORLOWSKI :

Dans le Hainaut, nous encodons par exemple environ 14.000 documents « avis de naissance » par an.

Outre les TMS, les milieux d'accueil nous envoient sur base volontaire les bilans de santé. Leur apport est de plus en plus régulier et conséquent.

InfONE :

Comment situez-vous votre fonction, votre service à l'ONE et au sein de l'ASR ?

Charline CASTIAUX et Christina ORLOWSKI :

Nous sommes en lien avec les TMS, les Coordinateurs et les milieux d'accueil. Et, au niveau central, avec l'équipe de la BDMS. Et puis, il y a les rencontres avec les autres encodeurs subrégionaux. Au sein de l'ASR même, le Service est un peu à part des autres. La secrétaire subrégionale est notre supérieure hiérarchique mais nous disposons de beaucoup d'autonomie pour l'encodage.

Isabelle DAUVIN et Candy HANTIAUX

Encodeuses à l'Administration subrégionale du Luxembourg



« Faire faire des économies à l'ONE »

InfONE :

Comment sont réparties les tâches relatives à l'encodage au sein de la subrégion de Luxembourg ?

Isabelle DAUVIN :

Candy encode les bilans de santé ; moi, les premiers contacts et les avis de naissance.

Chez nous, une troisième personne, Laura Lambert, vérifie l'ensemble des encodages réalisés. Nous avons mis ce dispositif en place pour éviter les erreurs.

InfONE :

Comment vous parviennent les documents complétés ?

Isabelle DAUVIN ET Candy HANTIAUX :

Les TMS envoient ou déposent leurs documents à l'ASR ou nous les font parvenir par le biais de leur Coordinateur qui les relèvent lors de la réunion d'équipe. Les documents sont encodés à la date d'entrée à l'ASR. Si un document est manquant ou mal rempli, on recontacte le TMS afin d'avoir l'information la plus précise possible pour l'encodage. Le Coordinateur est un partenaire pour nous. Il appuie notre demande. Il connaît l'importance de la BDMS. Certains utilisent les statistiques pour organiser ou réorganiser l'activité sur le terrain, par exemple en réaffectant des TMS là où le nombre de naissances est en croissance... Les usages de la BDMS sont donc multiples et peuvent permettre, par une photographie fine des réalités locales, de faire faire des économies à l'ONE.

InfONE :

Quelles difficultés rencontrez-vous à l'encodage ?

Isabelle DAUVIN ET Candy HANTIAUX :

Nous recevons des documents avec des champs non-complétés, par exemple en regard des questions sur le tabagisme... Nous renvoyons alors le document au TMS pour qu'il le complète.

Autre difficulté : nous ne pouvons pas encoder les nouveaux milieux d'accueil qui n'ont pas de numéro de matricule.

Le système est assez rigide. Il manque donc, pour ce secteur de l'accueil, des données dans le système BDMS. Les mises à jour ne suivent pas, donc le retour des documents complétés pour le suivi médical n'y est pas régulier. Pourtant, l'information issue des milieux d'accueil est très importante en ce qui concerne les bilans de santé.

InfONE :

Comment organisez-vous l'archivage des documents encodés ?

Isabelle DAUVIN ET Candy HANTIAUX :

L'archivage, des avis de naissance par exemple, est organisé par mois, par année et par maternité. Les documents sont conservés 2 ans puis archivés.

Les bilans prénataux sont classés par numéro d'accouchement.

Nous attendons l'accord de Bruxelles pour détruire les volets papier (archives), après leur sauvegarde sur le système.

InfONE :

Avez-vous des contacts fréquents avec l'équipe BDMS de Bruxelles ?

Isabelle DAUVIN ET Candy HANTIAUX :

En plus des contacts téléphoniques, nous avons une réunion par an avec l'équipe BDMS de Bruxelles en compagnie de l'ensemble des encodeurs des autres subrégions. C'est intéressant de voir comment l'organisation de l'encodage est différente d'une région à l'autre.

En outre, nous assistons au rendu statistique avec l'ensemble des TMS de la subrégion.

Ces différents moments sont importants pour nous puisqu'ils constituent un moment de reconnaissance institutionnelle de l'importance de l'encodage. Je pense que cette importance est surtout reconnue par les personnes qui utilisent les statistiques dans leur travail ou dont le travail est éclairé par les résultats de la BDMS.

La BDMS et l'Éducation à la Santé

Des chemins parallèles aux points de rencontre fréquents

Désignés communément au sein de l'Office par leurs acronymes BDMS et EDUS, l'équipe de statisticiens de la Banque de Données Médico-Sociales et le service Education à la Santé collaborent ensemble depuis de nombreuses années au sein de la Direction Etudes et Stratégies (DES). Focus sur des liens privilégiés.

Ces liens sont tout d'abord des relations de proximité puisque leurs bureaux se situent l'un en face de l'autre, dans l'un des couloirs de l'Administration centrale de l'ONE à Bruxelles. Ces relations concernent 12 personnes (3 collaborateurs BDMS, 9 Référentes Edus). Chaleureuses et conviviales, elles sont de celles qui créent un bon esprit d'équipe.

Si leurs missions diffèrent, tous ont une fonction ressource pour le public intra et extra ONE, d'interface avec les professionnels de terrain, d'opérateurs de transversalité.

Dans les faits, on distingue 3 principaux pôles de collaboration :

1. La participation commune à certains projets pilotés par la DES

Les recherches-actions actuelles sur la santé bucco-dentaire ou celle sur le langage illustrent un partenariat actif et complémentaire. Des représentants de chacune des cellules font partie du groupe

de pilotage, y apportent leur expertise et contribuent de façon très pratique à la bonne marche de l'étude ainsi qu'à la récolte, le traitement et l'analyse des données.

2. Le partage de connaissances

Le savoir statistique et le savoir de terrain permettent de cerner au mieux les besoins et les caractéristiques de la population. Pour les Référentes Edus, les données de la BDMS sont essentielles, non seulement dans leur procédure de réalisation d'outils, mais aussi pour permettre de renforcer certains projets et d'en investir de nouveaux. Lorsque la BDMS présente aux équipes de TMS les données statistiques, elle convie toujours les Référentes aux rencontres. Dans l'autre sens, lors des présentations de leurs nouveaux outils, les Référentes proposent

aux collaborateurs de la BDMS d'être présents et ne manquent pas de rappeler aux TMS l'intérêt de l'outil.

La BDMS interpelle aussi régulièrement l'une ou l'autre Référente, voire toute l'équipe pour, au-delà des données statistiques, recevoir un écho plus concret des réalités rencontrées sur le terrain et/ou débattre spécifiquement de problématiques localisées (par exemple les grossesses adolescentes).

3. Une visibilité réciproque

Tant pour la BDMS que pour l'Edus, il est très fréquent de diffuser leurs productions respectives, de s'y référer, de les présenter aux divers partenaires externes mais aussi aux étudiants qui s'adressent à la DES. Par exemple, lorsque les collaborateurs BDMS rencontrent l'Observatoire de la santé, un CLPS ou une école d'infirmières, ils n'hésitent pas à promouvoir les brochures Edus existantes autour

des programmes prioritaires. C'est l'occasion d'illustrer le chemin suivi entre un constat de terrain (exemple : le surpoids, la prématurité, les accidents domestiques...), sa traduction en données statistiques et la réalisation concrète d'outils d'information et de soutien à la parentalité à destination des (futurs) parents.

En conclusion

L'éducation à santé présuppose de savoir d'où l'on vient et vers où l'on voudrait aller. Toutes les données recueillies, encodées et analysées au niveau de la banque médico-sociale contribuent à la mise en place d'actions en promotion de la santé. C'est là que se situe fondamentalement la richesse de la collaboration entre Edus et l'équipe BDMS.

Docteur Liliane GILBERT

Présidente du Collège des Conseillers pédiatres



« La visibilité que donne la BDMS sur notre action est stimulante. »

InfONE :

Comment vous-êtes vous retrouvée impliquée dans la BDMS ?

Docteur Liliane GILBERT :

Je suis conseillère pédiatre depuis 1994. Avant, je travaillais en consultation en milieu hospitalier, j'avais donc déjà un intérêt pour la santé publique.

A mon arrivée au sein du Collège des pédiatres, j'ai fortement encouragé la BDMS dans le Brabant wallon où j'occupe afin d'obtenir, notamment, une vue de la couverture vaccinale. Je pense en effet qu'il est capital d'avoir une notion de l'état de santé publique en Belgique, en ce compris les informations de santé psychique et socio-économiques.

Chaque Conseiller pédiatre a un attrait pour une ou plusieurs thématiques, en fonction de ses centres d'intérêts. En ce qui me concerne, je m'intéresse tout particulièrement à l'allaitement et à la vaccination. Nous mettons par ailleurs en miroir la littérature et ce que l'on observe à travers la BDMS ; parfois il y a concordance, parfois on met en évidence des tendances inverses.

InfONE :

Pouvez-vous nous donner des exemples de ce qu'éclaire concrètement la BDMS ?

Docteur Liliane GILBERT :

97 % des enfants sont vaccinés contre la polio mais moins de 95 % le sont contre la rougeole. Ce constat est un moteur de réflexion et d'action qui nous permet de voir où et comment on doit agir. En termes d'utilité, avoir des objectifs chiffrés nous permet de ne pas lancer des chiffres en l'air. Puisque nous savons pertinemment qu'il faut 95 % enfants vaccinés contre la rougeole pour éradiquer la maladie, le fait de connaître notre taux de vaccination nous permet de savoir où nous en sommes par rapport à cet objectif.

Autre exemple, nous avons pu constater que l'allaitement est mieux suivi dans les populations plus aisées, là où les femmes travaillent et moins dans les

classes socio-économiquement plus faibles, alors que l'on aurait pu penser que les femmes qui ne travaillent pas avaient plus de temps et donc seraient plus attentives à l'allaitement. Ce type de constat nous permet donc de mieux cibler nos actions.

Je pense par ailleurs qu'il est important de pouvoir positionner la Belgique par rapport aux autres pays. Il existe en effet beaucoup de chiffres « médico-sociaux » pour les pays européens et finalement peu en Belgique. Nous devons être en mesure de pouvoir comparer notre épidémiologie avec celle des pays étrangers...

InfONE :

Comment lever les difficultés que rapportent des TMS à relever certaines informations au contact des familles ?

Docteur Liliane GILBERT :

La BDMS peut être un orientateur, un éclairage ou encore un levier, mais cela à un prix et un poids.

Si certaines questions peuvent étonner les TMS, elles sont essentielles au niveau statistique.

Chacune a une importance en ce qui concerne la qualité finale des conclusions. Par exemple, la réponse à la question « Parlez-vous français ? » donnera un indice en terme d'adaptation de l'enfant à son futur milieu scolaire... Dans la pratique, on n'ose pas toujours poser les questions lors d'une première rencontre avec la famille. Ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas revenir dessus par la suite. On peut par exemple commencer à parler de la situation actuelle et amener petit à petit l'anamnèse. La récolte des données est à ancrer dans la relation, ce n'est pas quelque chose « à part » qu'il faut faire parce que le Coordinateur ou le Conseiller médical le demande... Cette récolte peut prendre du temps mais elle a toute son utilité dans le suivi individuel.

Nous savons également que certaines TMS ont l'impression que telle ou telle question peut-être perçue comme dévalorisante pour la famille. Au final, toutes les questions restent capitales car elles ont pour but de mieux accompagner l'enfant et la famille. En définitive, je pense que le bénéfice retiré par les TMS via

la BDMS est plus grand que le poids qu'elle leur fait supporter.

La visibilité que donne la BDMS sur notre action est stimulante. Elle montre l'efficacité du travail mais aussi ce que l'on peut faire évoluer, les problématiques à mieux cibler.

InfONE :

Quelles sont les autres sphères influencées par les résultats de la BDMS ?

Docteur Liliane GILBERT :

Ils sont aussi exploités à l'extérieur de l'ONE et servent de référence aux Ministères, aux écoles de santé publique, à de nombreuses Institutions comme le Groupement Belge des Pédiatres Francophones ou encore les observatoires de santé...

InfONE :

Que souhaiter à la BDMS pour l'avenir ?

Docteur Liliane GILBERT :

Mon rêve, ce serait qu'il y ait encore plus d'implication du terrain quant à la récolte des données car, comme je l'ai expliqué, la BDMS est vraiment un moteur pour l'action de l'Office. En disposant de chiffres sur plusieurs années, on peut mener une action ciblée et comparer non seulement la pertinence de l'action à un moment donné mais aussi son évolution. Ainsi, par exemple, ce n'est pas parce qu'un taux de vaccination est de 25 % à un moment donné que le travail est mauvais... L'année suivante, il s'élèvera peut-être à 30 %. Les chiffres ne nous servent pas à mesurer la performance du travail mais à identifier où l'on progresse et où l'on peut mieux faire en matière de santé publique.

Je pense par ailleurs qu'il serait bon de croiser davantage différentes variables, d'avoir une vue plus longitudinale quant à l'interprétation des données, en vue de mener des actions toujours mieux ancrées dans le climat de vie des familles et des enfants.

Ana HERNANDEZ

Conseillère sage-femme,
membre du Collège des Gynécologues et Sages-femme



InfONE :

Votre fonction est unique à l'ONE. Pouvez-vous nous la présenter ?

Ana HERNANDEZ :

Je représente les sages-femmes au Collège des gynécologues et sages-femmes de l'ONE. Mon rôle est de donner un avis, le point de vue de la profession, sur les projets, les recherches et les outils développés par l'Office. Cette représentation au Collège fait sens. J'apporte un regard complémentaire à celui des gynécologues.

InfONE :

Quelle est la nature de collaboration entre l'ONE et les sages-femmes ?

Ana HERNANDEZ :

S'il y a quelques années, les sages-femmes étaient rares en consultations prénatales, la situation change aujourd'hui. L'ONE fait un choix rationnel en affectant au suivi de la grossesse des professionnels de premier niveau. Cette approche a montré son intérêt dans la littérature et sur le terrain au niveau des systèmes instaurés dans nos pays voisins, l'Angleterre, la Hollande, la France. La tendance est internationale : l'accompagnement des grossesses physiologiques (ou normales) est de plus en plus fréquemment confié aux sages-femmes. Les gynécologues, quant à eux, sont par leur formation plus spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (ou à risque). Le suivi de la grossesse et de l'accouchement par les sages-femmes est continu, plus soutenu. Elles sont les « gardiennes de la normalité ».

InfONE :

Quel lien entretenez-vous avec la BDMS ?

Ana HERNANDEZ :

Je participe à un projet coordonné par la Direction Etudes et Stratégies et qui vise la mise à disposition du carnet de l'enfant aux mères qui décident de ne pas accoucher en maternité. Le carnet est envoyé aux sages-femmes qui accompagnent les accouchements au domicile ou dans les maisons de naissance. Puisqu'elles n'ont pas l'opportunité de recevoir la visite du TMS en service de liaison, cette collaboration avec les sages-femmes leur permet de bénéficier des vignettes de vaccination qui accompagnent le carnet.

La sage-femme envoie un avis de naissance simplifié à l'ONE pour alimenter la BDMS. Y figure un champ précisant la demande (ou non) de la mère de recevoir le TMS en visite à domicile. Ainsi, les parents qui le souhaitent peuvent bénéficier de l'offre de services de l'Institution. De plus actuellement, nous travaillons sur le projet d'évaluation de l'impact de l'action prénatale de l'ONE avec Messieurs Gilles Ceysens (*Conseiller gynécologue, ndlr*) et Samuel Ndamé (*Equipe BDMS, Direction Etudes et Stratégies, ndlr*). Nous analysons les données collectées dans l'avis de naissance en tenant compte du type de suivi prénatal de la mère. Nous étudions les différences dans les caractéristiques des mères et au niveau des complications néonatales et obstétricales.

InfONE :

Que disent les chiffres de la BDMS en ce qui concerne ces mères qui font le choix d'accoucher hors maternité ?

Ana HERNANDEZ :

180 à 200 futures-mères choisissent cette alternative chaque année. Elles privilégient l'alternative, soit par conviction, soit par expérience. Certaines ont en effet vécu une expérience difficile lors d'un précédent accouchement en maternité... L'objectif de l'ONE est de leur proposer le service universel auxquelles ont droit toutes les femmes en Fédération Wallonie-Bruxelles.

InfONE :

La collaboration concerne-t-elle l'ensemble des sages-femmes en Belgique francophone ?

Ana HERNANDEZ :

Non, le chantier est ouvert mais il reste vaste. Il est difficile de toucher l'ensemble des 3.000 sages-femmes en Belgique francophone. Nous avons établi de collaborations avec quelques-unes d'entre elles inscrites à l'union professionnelle des sages-femmes. Je suis optimiste pour la suite puisque nous recevons d'excellents feedbacks de ces dernières. Elles sont très demandeuses du rapprochement avec l'Office. Elles utilisent nos brochures d'informations, elles entretiennent un lien étroit avec nos professionnels.



Gilles CEYSENS

Conseiller gynécologue de l'ONE pour le Hainaut

« Sans les services de l'ONE, on relèverait davantage de petits poids de naissance, d'avantage de naissances prématurées... »

InfONE :

Quel lien entretenez-vous avec la BDMS ?

Gilles Ceysens :

Avec les collaborateurs de la BDMS et la Direction Etudes et Stratégies, nous travaillons à un projet qui vise à montrer l'impact de l'action de l'ONE sur les issues de la grossesse, par une étude des indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant.

Les données récoltées dans le secteur prénatal et celles relevées en maternité par les TMS des services de liaison nous sont fondamentales. Nous comparons les indicateurs relatifs aux mères accompagnées par l'ONE à ceux qui concernent les mères qui ne sont pas suivies par l'ONE mais par un cabinet privé ou une consultation hospitalière ne collaborant pas avec l'Office. Nous comparons aussi les informations disponibles sur les mères qui ne sont pas du tout suivies durant leur grossesse.

InfONE :

A l'heure de cette rencontre, la recherche n'est pas totalement aboutie. Qu'en disent les premiers résultats ?

Gilles Ceysens :

Ils sont éclairants ! On sait qu'en règle générale, les femmes accompagnées en consultation prénatale ONE ont un profil socio-économique différent, moins favorable, que les femmes suivies ailleurs.

Les complications rencontrées durant la grossesse sont liées à ce profil. On devrait donc relever chez les femmes qu'accompagne l'ONE davantage de complications que chez les autres. Or ça ne semble pas être le cas. Ce qui signifie que l'accompagnement de l'ONE a un impact positif sur les inégalités socio-économiques et sur la santé de la mère et du nouveau-né. Sans les services de l'ONE, on relèverait en Fédération Wallonie-Bruxelles davantage de petits poids de naissance, d'avantage de naissances prématurées...

InfONE :

A qui sont destinés les résultats de cette recherche ?

Gilles Ceysens :

Dans un premier temps, aux professionnels de la santé. Il s'agit de modifier une certaine représentation, biaisée, que certains de ceux-ci ont de l'ONE. Pour certains médecins, les consultations ONE sont des « sous-consultations ». Ce travail montre que non seulement l'action de l'ONE en prénatal est utile mais qu'en plus elle est efficace. Et, dans ce travail, nous n'en avons traité que quelques aspects.

Nous viserons également nos partenaires, ainsi que le Ministre afin de démontrer la plus-value de l'ONE et l'utilité de l'investissement des deniers publics dans nos services.

Il faudra également promouvoir ces résultats auprès du grand public.

Patrick BOLLU



Collaborateur à la Direction Etudes et Stratégies puis Coordinateur subrégional pour Bruxelles, aujourd'hui pensionné

« Pour moi, les chiffres ont toujours reflété des informations sur l'humain : il y a des gens derrière nos données. »

InfONE :

Au début des années 80, comment êtes-vous entré dans le projet de développement d'une base de données relatives à la santé publique des enfants et des mères ?

Patrick BOLLU :

Je suis tombé dans la marmite informatique tout petit. Je me suis formé seul, en autodidacte.

Venant du secteur des Centres de vacances où j'avais pu développer une vraie base de données intégrée au travail administratif, c'est en tant que secrétaire (sub)régional que j'ai été amené à travailler sur la BDMS. A Bruxelles, les TMS se réunissaient chaque semaine pour venir chercher les avis de naissances « papier » de leur secteur. J'ai rapidement pris conscience que l'organisation et la cohérence du travail pouvaient être améliorées par le tirage d'étiquettes autocollantes à reporter sur chaque document de la BDMS et sur le dossier médico-social. Cela représentait un gain de temps pour le TMS et pour l'encodage des documents ultérieurs. C'était donc du « pratico-pratique » au début mais il m'a fallu 2 à 3 ans pour convaincre le Docteur Leleux de me confier ses programmes-sources afin de réaliser cette application.

Très vite aussi, j'ai compris l'intérêt de restituer les données compilées aux Inspectrices (*les Coordonnatrices ndlr*) et aux TMS.

InfONE :

Pouvez-vous expliquer le contexte de l'époque en ce qui concerne les outils informatiques, ce qu'ils permettaient ou ne permettaient pas ?

Patrick BOLLU :

Nous travaillions sur des PC montés en petits réseaux non-interconnectés. Le matériel et les logiciels de marque Bull étaient, à l'époque, performants pour le partage de données et de ressources.

Par manque de télécom efficace et de ressources en puissance des PC, chaque réseau était indépendant

et il fallait compiler les données de chaque Administration subrégionale pour avoir une vision globale de la situation en Communauté française.

Je me souviens aussi des disques-durs amovibles de la dimension d'une crêpe bretonne qu'il fallait changer pour garantir la sacro-sainte sauvegarde.

Les programmes de la BDMS avaient tous été écrits en BAL (une variante de BASIC compilé) par le Docteur Leleux. Ce fut un boulot très conséquent : je tire encore et toujours mon chapeau à ce dernier pour cet exploit.

InfONE :

Étiez-vous en contact permanent avec les Docteurs Delvoye et Leleux ? Comment étaient répartis les rôles autour du projet ?

Patrick BOLLU :

Je n'étais pas en contact avec le Professeur Delvoye. Je pense qu'il soutenait le projet sur le plan du lobbying et de la caution scientifique.

C'est le Docteur Leleux qui était le « patron » de la BDMS et le garant de sa confidentialité. Il opérait surtout à partir du Comité du Hainaut. J'avais des contacts occasionnels avec lui. J'étais plutôt un électron-libre dans ce cadre.

InfONE :

On me dit que vous avez « fait parlé la BDMS », aux niveaux général (création d'une courbe normative du gain de poids de l'enfant en fonction de l'âge gestationnel) et local (statistiques à l'échelle régionale). Pouvez-vous m'expliquer ?

Patrick BOLLU :

C'était à l'époque où j'étais au Service « Etudes » (*actuelle Direction Etudes et Stratégies, ndlr*). Nous disposions des données BDMS sur un grand nombre d'années, soit 300 ou 400.000 naissances si mes souvenirs sont exacts. Et aussi d'un logiciel statistique puissant (SPSS). Comme un exercice d'école et sans être conscient d'une importance quelconque, j'ai tra-

vaillé les percentiles de poids de naissance en fonction de l'âge gestationnel et j'ai montré le résultat aux Conseillers gynécologues. Ils se sont précipités sur le produit comme la faim sur le monde. En effet, il s'avérait que ces courbes pouvaient mieux étalonner les appareils d'échographies en fonction de la population européenne. Ces courbes ont été avalisées par le Professeur Schaaps et publiées avec le sponsoring d'une firme pharmaceutique.

Pour la petite histoire, j'ai comparé ces courbes avec celles de la Communauté flamande et elles collaient parfaitement, y compris les défauts dans la régularité. La seule différence notable était un décalage dans le poids de naissance en défaveur de la Communauté française. Il se disait que c'était de l'ordre de 3 à 5 jours de gestation.

Je me suis efforcé de restituer aux équipes, aux structures et aux régions (voire même parfois aux TMS) les résultats compilés de leur secteur afin d'améliorer (si faire se pouvait) leur connaissance de leur population. Mais faute de temps, je n'ai jamais pu aller jusqu'au bout de mon rêve en la matière. Je voulais que ça devienne un outil intégré en permanence.

InfONE :

Quelles sont les corrélations que vous avez établies entre des variables de la base de données (et qui ont été avalisées par le corps scientifique par la suite) ?

Patrick BOLLU :

Houlà ! Hors le cas cité plus haut, quasi tous les résultats de la BDMS ont été avalisés par le Docteur Michel Boutsen, Médecin épidémiologiste, qui a planché sur les données et résultats pendant un ou deux ans à la BDMS. Je pense en particulier aux corrélations entre le faible poids de naissance et la situation socio-économique, au profil de la population de nos structures prénatales plus défavorisées que la population générale...

Je pense aussi que la BDMS apporte un critère supplémentaire (le faible poids de naissance) à la programmation des places en milieux d'accueil et a permis d'étayer des choix lors de la réforme des consultations pour enfants.



InfONE :

Vous avez également créé un logo pour la BDMS...

Patrick BOLLU :

Ah, la loupe !
C'était plutôt à l'origine un gag pour une publication interne.

Je voulais montrer que d'un vaste ensemble, nous pouvions observer et interpréter des micro-phénomènes.

InfONE :

Vous avez travaillé sur la BDMS naissante, puis au sein de la Direction Etudes et Stratégies, puis en tant que Coordinateur subrégional à Bruxelles. Pouvez-vous m'expliquer l'évolution de votre rôle et de votre intérêt pour la BDMS (et son exploitation) à ces différents moments et endroits ?

Patrick BOLLU :

Mon rôle a varié sur le plan géographique (et quantitatif) : de Bruxelles à l'ensemble de la Communauté française, puis un retour aux données bruxelloises. Il a également varié sur le plan qualitatif, en fonction des outils dont je disposais et de ma fonction. Mon intérêt a toujours concerné une meilleure connaissance de notre population afin d'adapter au mieux notre action et de restituer au maximum les données aux travailleurs et aux décideurs concernés. Pour moi, les chiffres ont toujours reflété des informations sur l'humain : il y a des gens derrière nos données.

InfONE :

Etiez-vous sensible à la vulgarisation des données pour le grand public ?

Patrick BOLLU :

Oui. J'ai commis un article ironique sur le choix plus ou moins carriériste du prénom que l'on donne à son enfant pour « La Plume du Coq », journal édité par le Ministère de la Communauté française à l'attention de ses travailleurs. J'ai aussi publié un ou deux articles dans des journaux communaux.

InfONE :

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Patrick BOLLU :

Je vais vous faire partager deux souvenirs aigus, en rapport avec l'éthique.

Dans les années de plomb sur le plan budgétaire, l'ONE a été sponsorisé. Nos TMS étaient chargés de distribuer des cassettes vidéo promotionnelles aux nouveaux parents. Je n'ai jamais apprécié cette utilisation détournée de la BDMS. A la mesure de l'enthousiasme des travailleurs de l'ONE, l'expérience s'est éteinte assez vite.

Je me souviens aussi de la colère homérique du Docteur Leleux quand il a été question de fournir nos listes de naissance aux sponsors. En une journée il avait fait le tour des Comités et verrouillé tous les accès à la BDMS : on est resté 4, 5 jours sans pouvoir y travailler. Le Docteur Leleux ? Un personnage respectable !

Cédric DE JONGHE

Gestionnaire de projets à la Direction médicale



InfONE :

Comment en êtes-vous arrivé à travailler à la BDMS ?

Cédric DE JONGHE :

J'étais chercheur à l'ESP ULB où j'ai participé à deux grosses recherches menées à la demande de l'ONE. C'est ainsi que j'ai pris contact avec les matières gérées par l'Institution. L'Office recherchait quelqu'un pour participer à la création d'une nouvelle entité : une « véritable » cellule Etudes. C'est ainsi que je suis rentré à l'ONE en avril 1987. J'ai travaillé au service Etudes (rebaptisé par la suite « Direction Etudes et Stratégies ») jusqu'en fin 2010, moment où j'ai rejoint la Direction médicale.

Au service Etudes, j'ai notamment collaboré à la BDMS pour laquelle j'ai participé à la rédaction des fiches de récolte de données (tels que les avis de naissance, les premiers contacts, le volet 0 à 1 an qui a depuis été remplacé par les bilans de santé à 1 an...), à l'exploitation des résultats et à leur présentation aux TMS. J'étais un lecteur attentif des données, signalant ici et là des anomalies dans les résultats communiqués et participant à leur diffusion intelligible.

Au cours de cette longue période, j'ai eu le plaisir de travailler sous la Direction du Docteur Leleux, chef intègre, locomotive tant dans le travail que dans la vie (il fumait la pipe !). Ses colères étaient spectaculaires et mémorables. Il valait mieux éviter ces épisodes qui heureusement disparaissaient aussi vite qu'ils étaient arrivés.

InfONE :

Comment était organisé le travail autour de la BDMS ?

Cédric DE JONGHE :

Dans les années 90, nous travaillions en très petite équipe : le Dr Leleux, Frédérique Dexpert et moi-même. Au tout début, je me rendais un jour par semaine à Ghlin pour participer à l'encodage de données sous la supervision de Charline Castiaux et de Christina Orlowski. Elles m'expliquaient avec beaucoup de patience tous les rouages de

l'encodage dans la base de données. Charline avait accompagné la BDMS depuis ses débuts et était (elle l'est toujours) une véritable bible en la matière. Les Conseillers médicaux, les Inspectrices (Coordinatrices aujourd'hui), les TMS, les Référentes EDUS, toutes ces personnes avaient leur mot à dire à propos des innovations apportées à la BDMS, sous la Direction de Pierre Leleux.

InfONE :

Quelles ont été, selon vous, les étapes clés de l'évolution de la BDMS ?

Cédric DE JONGHE :

Je ne parlerai pas de l'évolution des techniques informatiques dont le contenu m'échappe totalement, même si c'est l'un des éléments important. Au début, Pierre gérait cela tout seul, mais très rapidement, les informaticiens de l'ONE l'ont épaulé dans cette tâche, et ensuite des experts extérieurs.

Le contenu de la base de données a suivi une ligne du temps : la grossesse, l'accouchement, le premier contact à domicile et finalement les bilans de santé à des âges clés (9, 18, 30 mois).

Une autre évolution a concerné l'implication des milieux d'accueil dans la récolte des données. Il a toujours été plus aisé de travailler en s'appuyant sur la collaboration des TMS dans le secteur de l'Accompagnement.

D'autres étapes concernent la constitution de l'équipe BDMS au sein de l'Administration.

Aujourd'hui, la BDMS bénéficie d'une équipe jeune et dynamique.

Un mot de conclusion : je suis totalement convaincu de l'utilité de la BDMS tant pour l'ONE que pour toute personne qui s'intéresse à la protection maternelle et infantile. La maintenance de l'outil est un problème récurrent et il serait très regrettable que l'Office passe un jour la main à des sous-traitants. Je souhaite de tout cœur que la BDMS reste un outil de l'ONE, au service de l'ONE et soutenu par l'ensemble des professionnels de terrain.



Docteur Marie-Christine MAUROY

Responsable de la Direction Médicale et de la confidentialité de la Banque de Données Médico-Sociales

« La BDMS devra évoluer au service de l'action et non l'inverse »

Je veux dégager ici **deux perspectives** importantes pour l'avenir de la BDMS de l'ONE.

La première concerne la poursuite du travail dans la philosophie adoptée depuis ses débuts, c'est-à-dire une orientation de l'outil vers les besoins du terrain. Elle doit en effet servir à éclairer les différents programmes de santé prioritaire à travers, pour chacun, un ou deux indicateurs globaux, pas plus, choisis en collaboration avec les experts et les acteurs de terrain. Cette complémentarité est une des richesses de la BDMS. Il faut aussi garder quelques indicateurs socio-économiques reconnus comme étant liés aux inégalités sociales de santé, là aussi une spécificité de l'ONE en lien direct avec nos valeurs institutionnelles et plus particulièrement l'équité.

Autre perspective fondamentale : le défi des prochaines années sera l'informatisation du terrain. La BDMS pourra en bénéficier. Progressivement, dans quelques années, les avis de naissances, puis

les premiers contacts, les bilans de santé et le suivi prénatal seront directement remplis par les acteurs de terrain. Des liens seront établis avec les dossiers « patients », afin de permettre des encodages automatiques, tout en préservant l'anonymisation et la confidentialité des données.

Le métier d'encodeur évoluera vers le contrôle de la qualité des données, l'exploitation de celles-ci, le retour de l'information sur le terrain.

L'informatisation devrait aussi permettre d'introduire plus de souplesse dans le recueil de données et dans la réponse rapide à apporter aux demandes pressantes de TMS et de Coordinateurs. Elle rendra possible de mener une enquête pendant quelques semaines ou mois sur un thème spécifique.

Nous devons veiller à mettre en œuvre ces changements sans alourdir le travail des équipes médico-sociales de terrain, ce travail restant la priorité numéro un de l'Office. Bref, la BDMS devra évoluer au service de l'action et non l'inverse.

Remerciements, par **Benoît PARMENTIER**

Administrateur général de l'ONE



J'ai l'honneur, pour clôturer cet InfONE spécial, de remercier les acteurs qui font vivre, depuis ses débuts, ce formidable outil de pilotage de l'action médico-sociale de l'ONE qu'est la BDMS. Je ne pourrai pas les citer tous dans les lignes qui suivent, ils sont trop nombreux pour cela. Sachez que je n'oublie personne pour autant, ma mission d'Administrateur général de l'Office m'ayant permis, à de nombreuses reprises, de constater la plus-value du travail collectif qui permet de générer cette singulière et précieuse BDMS.

Si tout a commencé par la vision d'un homme, l'incarnation et le développement de son rêve ont nécessité trente années de collaborations et la participation du plus grand nombre. Aujourd'hui, dans notre environnement de travail complexe, la BDMS offre une plus-value précieuse, de tout premier ordre, à l'action quotidienne de l'Office pour la réduction des inégalités sociales en matière de santé.

Merci tout d'abord au **Docteur P. Leleux**, père fondateur de la BDMS, sans qui rien de cette passionnante histoire que vous venez de lire, et que notre avenir commun permettra de compléter, n'aurait pas été possible. Pierre Leleux a été beaucoup aidé, sur le plan scientifique notamment, par le **Professeur P. Delvoye**, aujourd'hui décédé. C'est ensemble qu'ils ont, quelques années avant la BDMS, créé le « dossier prénatal », outil qui avait permis de structurer un ensemble d'indicateurs de suivi de la grossesse incluant les aspects sociaux, psychologiques et médicaux.

Ensuite, à partir de 1990, les Conseillers pédiatres ont désiré étendre cette démarche aux consultations pour enfants. C'est ainsi que sont nés, parallèlement à la définition des « Programmes de santé prioritaires », les premiers contacts et les bilans de santé. Je tiens à remercier ici **M. Parent, S. Alexander, et P. Hennart**, tous trois Professeurs de Santé publique, qui ont prodigué leurs conseils et aidé les Conseillers médicaux à approfondir leurs connaissances dans les domaines de la santé publique.

Quand le Dr Leleux a quitté l'ONE, en 1998, c'est le **Dr M.-C. Mauroy** qui a repris les rennes de la BDMS, avec l'aide de l'ensemble des Conseillers médicaux et d'un Comité Directeur où siégeaient plusieurs représentants du Conseil scientifique. L'outil a également bénéficié du soutien indéfectible de **M. Sommer**, ancienne Responsable du Service Etudes puis de la Direction Etudes et Stratégies.

Dès le départ, les **Conseillers médicaux** ont travaillé main dans la main avec les TMS, les Coordinateurs Accompagnement et l'Administration.

Les TMS, chevilles ouvrières de la BDMS, sont à la source des données et complètent les documents avec l'aide **des médecins** de consultation. C'est un travail fastidieux qui vient s'ajouter à leurs multiples tâches et je remercie toutes celles et ceux qui prennent le temps nécessaire pour compléter ces documents et alimenter l'outil.

Merci aussi aux **Coordinateurs Accompagnement** et aux **Conseillers médicaux** qui analysent et utilisent les résultats de la BDMS lors de leurs rencontres avec les TMS et les médecins, mais aussi lors de réunions avec les communes ou les réunions scientifiques.

Les Directions générales de l'accompagnement et de l'accueil, la Direction de la Coordination de l'Accompagnement envoient un signal fort en reconnaissant l'intérêt de ces données pour l'Institution et en soutenant ce travail du terrain.

Les encodeurs ont une tâche difficile qui mérite toute notre reconnaissance. Ils constituent le maillon indispensable à la qualité des données issues du terrain. C'est grâce à leur précision et leur implication de tous les jours que la BDMS peut fournir des informations fiables. Ne pouvant tous les nommer, je retiens le nom de **Charline Castiaux**, qui est de l'aventure depuis le début puisqu'elle a été la première encodeuse et a participé à la création de la BDMS avec le Dr Leleux.

L'Equipe de la BDMS, au sein de la Direction Etudes et Stratégies, en lien étroit avec la **Direction médicale**, fait un remarquable travail d'analyse et de restitution des données sur le terrain mais aussi vers l'extérieur de l'ONE, via diverses publications et collaborations, notamment avec les Observatoires de la Santé et les Ecoles de Santé Publique.

A titre indicatif, outre les séances de « retour sur le terrain », l'Équipe de la BDMS répond à plus de 200 demandes de données chaque année, 60 % en interne et 40 % en externe.

Le service Informatique a réussi à surmonter des difficultés de tous ordres, techniques et budgétaires, pour maintenir l'outil fiable et fonctionnel.

Tout ceci ne pourrait pas non plus fonctionner sans l'aide de l'**Administration et des différents secteurs de l'ONE**.

Un mot de remerciement aussi au **Fonds Houtman** qui a financé dans les années 2000 un chercheur, permettant comme il l'a fait pour d'autres projets au sein de l'ONE, de donner le coup de pouce nécessaire à l'essor de la BDMS. Le Fonds Houtman a également permis la rédaction, l'impression et la diffusion des deux premiers rapports de la BDMS.

Bref, si la BDMS est devenue un outil incontournable d'évaluation et d'autoévaluation qualitative des actions de l'ONE en matière de promotion de la santé de la mère et de l'enfant, c'est grâce au formidable travail que réalisent près de 2.000 personnes.

Benoît Parmentier,
Administrateur général

- **L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE** « de terrain » se compose, à l'ONE, d'un Travailleur Médico-Social (TMS) (m/f) et d'un médecin (généraliste, gynécologue ou pédiatre) ou une sage-femme collaborant en tant qu'indépendant avec l'ONE.
- Le **TRAVAILLEUR MÉDICO-SOCIAL (TMS)**, infirmier ou assistant social de formation, assure l'accompagnement préventif médico-social des familles et des futures familles, en consultation prénatale, à la maternité, en consultation pour enfants et via des visites à domicile.
- Le **CONSEILLER GYNÉCOLOGUE** a pour mission de donner un avis à l'Administration de l'Office de la Naissance et de l'Enfance sur toute question médicale relative à la grossesse et à l'action prénatale, et de résoudre certains problèmes d'ordre médical ou relatifs à des médecins collaborant avec l'ONE.
- Le **CONSEILLER PÉDIATRE** a pour mission de donner un avis à l'Administration de l'Office de la Naissance et de l'Enfance sur toute question médicale relative à l'enfance et de résoudre certains problèmes d'ordre médical ou relatifs à des médecins collaborant avec l'ONE.
- Les **ADMINISTRATIONS SUBRÉGIONALES (ASR)** de l'ONE. Il en existe 6, une par province en Wallonie et une en Région de Bruxelles Capitale. Ce sont les services administratifs décentralisés qui apportent un soutien aux professionnels au contact des familles et des milieux d'accueil. Ils assurent l'interface entre le terrain et l'Administration centrale et font le relais avec les pouvoirs locaux (communes, provinces, régions) et les opérateurs. Proches des réalités des familles, les Administrations subrégionales mettent en œuvre les missions de l'ONE.
- Le **COORDINATEUR ACCOMPAGNEMENT** de l'ONE encadre et manage les TMS, les orthoptistes et les chauffeurs de car « sanitaire » (consultation itinérante). D'autre part, il assure une fonction d'accompagnement et de suivi des consultations et des cars.

UNE DYNAMIQUE PÉRINATALE À VISAGE HUMAIN

LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES, UN OUTIL D'ÉVALUATION ET D'ACTION

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

D/2013/74.80/95



ONE OFFICE
DE LA NAISSANCE
ET DE L'ENFANCE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

ONE.be