

Données 2007-2017

Rapport de la  
Banque de Données Médico-Sociales  
N°2: Regard sur le Hainaut



Bruxelles

Brabant Wallon

Hainaut

Liège

Luxembourg

Namur

**Coordination**

Sylvie ANZALONE – Coordinatrice subrégionale du Hainaut  
Laetitia FONTAINE – Gestionnaire BDMS  
Samuel NDAME EBONGUE – Gestionnaire BDMS

**Rédaction**

Sylvie ANZALONE  
Olivier BAISE  
Gilles CEYSENS  
Mireille DELESTRAIT  
Marylène DELHAXHE  
Aurélië DUPONT  
Laetitia FONTAINE  
Murielle LIEGEOIS  
François MARECHAL  
Nathalie MAULET  
Samuel NDAME EBONGUE  
Tatiana PEREIRA  
Thérèse SONCK  
Annalisa TANCREDI  
Laurence WAROQUIER  
Sylvianne WAUTERS

**Supervision**

Geneviève BAZIER- Directrice de la Direction Recherches et Développement  
Gilles CEYSENS – Président du Collège des gynécologues  
Liliane GILBERT – Présidente du Collège des pédiatres  
Ingrid MORALES – Directrice de la Direction Santé  
Marie-Christine MAUROY – Maître de fichier de la BDMS

**Avec la participation active entre autres de**

Véronique BAI0  
Antoine BORIGHEM  
Fabienne BROCCA  
Pascale CAMUS  
Jean-Christophe CHARLES  
Laurence CHASSAGNE  
Sarah COLLARD  
Annick DE COUVREUR  
Brigitte DELFORGE  
Caroline DEVILLERS  
Carine DISEUR  
Isabelle DUMONT  
Anne FORTEMPS  
Claudine HARMAND  
Béatrice LECOCC  
Mélanie LESTERQUY  
Valérie MARTIN  
Céline MAUROY  
Bernadette MICHEL  
Dominique PIRON  
Sabrina PRINCIPATO  
Pascale ROOS  
Christine TAVIAUX  
Isabelle VEYS.

**Relecture**

Ludivine BAUDOUX  
Michael HARZIMONT  
Annalisa TANCREDI  
Céline TILLEUL

**Support administratif**

Jérémy BAUSIER

**Mise en page**

Corinne DUJARDIN

**Contact**

secretariat.drd@one.be  
02 542 14 14  
065 34 07 36



# ÉDITO

Depuis sa création il y a 35 ans, la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'ONE n'a de cesse d'évaluer les programmes prioritaires de santé maternelle et infantile définis par l'Office en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La BDMS présente les données périnatales récoltées et traitées par l'ONE à partir d'indicateurs internationalement reconnus, ainsi qu'une série d'indicateurs socio-démographiques qui améliorent la lecture et la connaissance du paysage maternel et infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle vise à permettre d'une part aux décideurs de planifier les politiques de santé et d'autre part, aux professionnels de terrain qui accompagnent les (futurs) familles et les enfants, de gérer leurs actions et de les évaluer.

Née dans le Hainaut à l'initiative de deux gynécologues, les Docteurs Delvoye et Leleux, l'équipe de la BDMS souhaite, par la présente publication, leur rendre hommage ainsi qu'aux encodeuses qui ont travaillé dès le début à ce bel outil d'évaluation. Par ce deuxième numéro du rapport de la BDMS consacré, cette fois-ci, à la province de Hainaut, l'ONE entend renforcer son appui à l'action de toutes celles et ceux qui participent au niveau de la province, à la mise en œuvre des politiques de l'enfance.

Nous vous en souhaitons bonne lecture,

**Benoît PARMENTIER**  
*Administrateur général de l'ONE*

# Table des matières

INTRODUCTION - REMERCIEMENTS.....	5
LA PROVINCE DE HAINAUT.....	6
L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS.....	8
LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE.....	10
<b>CHAPITRE 1 : LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES EN HAINAUT.....</b>	<b>12</b>
INTRODUCTION.....	13
1.1 – LE VOLET PRENATAL DE LA BDMS.....	14
1.2 – UNE CONSULTATION PRENATALE DE QUARTIER A ANDERLUES.....	14
1.3 – LES CONSULTATIONS PRENATALES HOSPITALIERES ONE EN HAINAUT.....	14
1.4 – LA COUVERTURE DES DONNEES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES.....	15
1.5 – LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES DANS LES CONSULTATIONS PRENATALES ONE EN HAINAUT.....	15
1.5.1. La zone géographique d'influence des Consultations prénatales de l'ONE en Hainaut.....	16
1.5.2. L'âge des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	16
1.5.3. La nationalité d'origine de femmes enceintes suivies par l'ONE.....	17
1.5.4. Les femmes enceintes primo-arrivantes suivies par l'ONE.....	18
1.5.5. La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	19
1.5.6. L'état civil et la situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	19
1.5.7. Le niveau d'études des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	19
1.5.8. La situation professionnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	20
1.5.9. Les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	21
1.5.10. La consommation d'alcool durant la grossesse et ses effets.....	22
1.5.11. Autres assuétudes.....	23
1.5.12. L'indice de masse corporelle avant la grossesse des femmes suivies par l'ONE.....	23
1.5.13. Début du suivi de la grossesse.....	24
1.5.14. L'arrêt du suivi de la grossesse par la consultation de l'ONE.....	25
1.6 – LA QUESTION DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE LA GROSSESSE.....	26
1.7 – LES ISSUES OBSTETRIQUES DES FEMMES SUIVIES PAR L'ONE ET RESIDANT EN HAINAUT.....	26
1.7.1. Le poids de naissance.....	26
1.7.2. La prématurité.....	27
1.8 – LA COUVERTURE DU SUIVI PRENATAL ONE PAR RAPPORT AUX ACCOUCHEMENTS.....	27
1.9 – LA PLACE DES PERES.....	28
1.10 – LES VIOLENCES CONJUGALES : UNE CAMPAGNE DE L'ONE.....	28
<b>CHAPITRE 2 : LES NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS EN HAINAUT.....</b>	<b>30</b>
INTRODUCTION.....	31
2.1 – DONNÉES D'ACCOUCHEMENT.....	32
2.1.1. Lieu d'accouchement.....	33



2.1.2. L'âge de la mère.....	34
2.1.3. L'état civil des mères.....	36
2.1.4. La situation relationnelle des mères à l'accouchement.....	37
2.1.5. La nationalité d'origine de la mère.....	39
2.1.6. Le niveau de compréhension de la langue française.....	40
2.1.7. Les habitudes tabagiques.....	40
2.1.8. La corpulence des mères avant la grossesse et prise de poids durant la grossesse.....	41
2.1.9. La santé mentale.....	42
2.1.10. Les mères non suivies durant leur grossesse.....	42
<b>2.2 – DONNÉES DE NAISSANCE.....</b>	<b>43</b>
2.2.1. Le sexe-ratio à la naissance.....	44
2.2.2. Présentation de l'enfant et mode d'accouchement.....	44
2.2.3 L'âge gestationnel.....	45
2.2.4. Le poids de l'enfant à la naissance.....	46
2.2.5. Les scores d'Apgar.....	50
2.2.6. L'allaitement maternel.....	51
2.2.7. La surveillance médico-sociale préventive de l'enfant.....	52
2.2.8. Les acteurs de relais postpartum et les séjours écourtés en maternité.....	53
2.2.9. L'accompagnement des familles en néonatalogie.....	53
2.2.10. Types de dépistages néonataux.....	53
<b>CHAPITRE 3: LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS EN HAINAUT.....</b>	<b>56</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 – NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ ».....</b>	<b>58</b>
3.1.1. Evolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois ».....	58
3.1.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2007 et 2016.....	59
3.1.3. Taux de couverture des Bilans de santé par commune en Hainaut.....	60
3.1.4. Origine des Bilans de santé selon le type de structure.....	61
<b>3.2 – CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE.....</b>	<b>62</b>
3.2.1. Situation familiale de l'enfant.....	62
3.2.2. Niveau d'éducation de la mère.....	62
3.2.3. Situation professionnelle de la mère.....	65
3.2.4. Revenus de la famille.....	66
3.2.5. Niveau de français des parents, durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français.....	68
3.2.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil.....	69
<b>3.3 – L'ALIMENTATION DE L'ENFANT.....</b>	<b>71</b>
3.3.1. Allaitement maternel exclusif.....	72
3.3.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale.....	73
3.3.3. Lait infantile (Lait modifié artificiellement).....	75
<b>3.4 – INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC).....</b>	<b>76</b>
<b>3.5 – TABAGISME PASSIF.....</b>	<b>78</b>
<b>3.6 – SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.....</b>	<b>81</b>
<b>3.7 – DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE.....</b>	<b>84</b>
<b>3.8 – COUVERTURE VACCINALE.....</b>	<b>85</b>
<b>3.9 – DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.....</b>	<b>87</b>
<b>3.10 – DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE.....</b>	<b>87</b>

<b>CHAPITRE 4 : LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE .....</b>	<b>90</b>
PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE EN HAINAUT .....	91
ENQUÊTE HBSC .....	92
<b>CHAPITRE 5 : LA BDMS, UN OUTIL POUR INITIER ET SOUTENIR DES « RECHERCHES-ACTIONS » .....</b>	<b>93</b>
5.1 – LA RECHERCHE « SANTÉ DENTAIRE », UN EXEMPLE DANS LE HAINAUT .....	94
5.1.1. Contexte.....	94
5.1.2. Déroulement de la recherche .....	94
5.1.3. Quelques résultats .....	94
5.1.4. Perspectives et poursuite des actions .....	95
5.2 – REPÉRER LE REBOND D'ADIPOSITÉ PRÉCOCE AFIN DE PRÉVENIR LA SURCHARGE PON- DÉRALE ET L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT.....	96
5.2.1. Contexte .....	96
5.2.2. Résultats .....	96
5.2.3. Conclusion et perspectives.....	97
5.3 – LA RECHERCHE-ACTION SUR LE LANGAGE ET SA CAMPAGNE THÉMATIQUE .....	98
5.3.1. Contexte.....	98
5.3.2. Recherche-action sur le langage.....	98
5.3.3. La campagne thématique sur le développement du langage.....	99
<b>CHAPITRE 6 :PROMOUVOIR LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ ET L'INCLUSION DE TOUS.....</b>	<b>101</b>
6.1 – PROMOUVOIR LA SANTÉ ET SOUTENIR LA PARENTALITÉ FACE À DES PARTICULARITÉS EN PÉRINATALITÉ .....	102
6.2 – SOUTENIR LA PARENTALITÉ .....	103
6.2.1. Les Lieux de Rencontre Enfants et Parents en province de Hainaut (LREP).....	103
6.2.2. Le référentiel de soutien à la parentalité et ses déclinaisons .....	104
6.2.3. Les campagnes d'information .....	105
6.3 – FAIRE DE L'ACCUEIL DE TOUS LES ENFANTS ET DE LEUR FAMILLE UNE RÉALITÉ DE TERRAIN ! .....	105
<b>CONCLUSION : DES EFFORTS À CONCRÉTISER, DES PROJETS À SOUTENIR ET À PÉRENNISER .....</b>	<b>108</b>
<b>NOTES.....</b>	<b>110</b>

# INTRODUCTION

Cette deuxième édition du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales met en exergue les données récoltées par les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) de l'ONE, les sages-femmes, les médecins et les milieux d'accueil situés en Hainaut.

Après avoir été récoltées, les données sont ensuite encodées, traitées et analysées statistiquement pour ensuite être diffusées auprès notamment des travailleurs de terrain mais également auprès des partenaires, chercheurs, étudiants, etc.

Ce travail aboutit à une photographie de « l'état » de la population qui fait appel aux services de l'ONE. Il permet une analyse de l'évolution des naissances et de la population infantile et familiale ainsi que de leurs besoins.

Enfin, ce rapport présente une cartographie des thématiques sur lesquelles tant les professionnels qui accompagnent les familles que les décideurs sont invités à porter leur attention.

# REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'ensemble des professionnels qui participent, directement ou indirectement à la BDMS : les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS), les sages-femmes, les médecins, les encodeurs-vérificateurs, les Organes d'Avis (Conseillers pédiatres, gynécologues et sages-femmes, Conseil scientifique), les milieux d'accueil, les gestionnaires de données de la Direction Recherches et Développement, la Direction Santé et la Direction des Technologies de l'Information.

Nous remercions également les (futurs) parents qui, au quotidien acceptent de se soumettre à ce travail de collecte d'informations et accordent leur confiance à l'accompagnement réalisé par l'ONE.

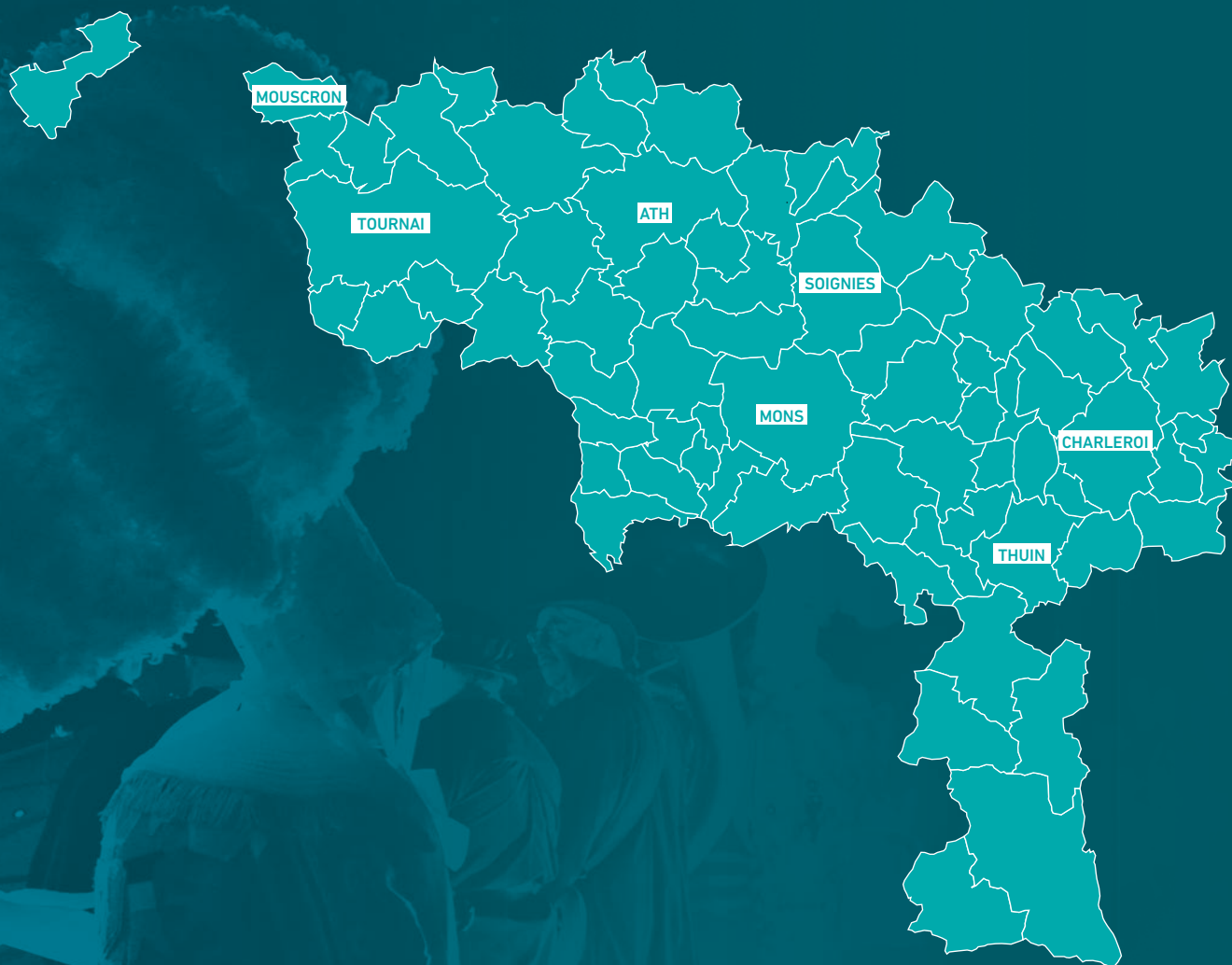
**L'ONE est un organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique. L'Office est un parastatal de type B, disposant d'une autonomie de gestion tout en restant sous la tutelle du/de la Ministre de l'Enfance.**

L'Office est décentralisé en 6 administrations subrégionales réparties sur les six zones géographiques que constitue la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Au sein de chaque administration subrégionale, un coordinateur ou une coordinatrice assure l'implication et la synergie de l'ONE en matière de politique de l'enfance. Il ou elle développe une concertation avec les acteurs institutionnels, sociaux, associatifs, ... en participant activement à la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre.



# LA PROVINCE DE HAINAUT



La province de Hainaut ou le Hainaut, est une province de l'ouest de la Belgique, en Région wallonne. Son origine remonte à 1795 lors de la découpe des comtés, duchés et principautés de Belgique et des Pays-Bas en départements français. Après la Révolution belge de 1830, la Province de Hainaut devint belge. Les limites actuelles de la province vont être établies avec le rattachement de l'arrondissement de Mouscron lors de la fixation de la frontière linguistique en 1963<sup>1,2</sup>. Le XIX<sup>e</sup> siècle va marquer le Hainaut de l'empreinte de la révolution industrielle. Après le charbon, le Hainaut devient aussi le bassin de la sidérurgie, de la fabrication métallique, de la construction mécanique et électrique, de la chimie, de la faïencerie, de la verrerie et de la confection, sans oublier le secteur carrier de la pierre et de la craie.<sup>3</sup> Avec une superficie de 3 786 km<sup>2</sup> pour 1 341 645 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le Hainaut est la province la plus peuplée de la Région wallonne. Sa densité de population est de 354 habitants au km<sup>2</sup>. Ce territoire représente 37 % de la population wallonne et 11,8 % de la population belge<sup>3,4</sup>.

Le Hainaut est constitué de différentes sous-régions, dont le Tournaisis, la Thudinie, la Botte du Hainaut, le Borinage, le Centre et le Pays de Charleroi. Ces trois dernières sont connues pour leur passé charbonnier.

Outre Mons, chef-lieu de la province, ses principales villes sont Charleroi, La Louvière, Mouscron et Tournai. Le Hainaut compte 69 communes réparties dans sept arrondissements administratifs.

Le Hainaut est l'une des rares régions à posséder 19 biens patrimoniaux inscrits par l'UNESCO au Patrimoine mondial. Un patrimoine matériel mais également oral et immatériel témoignent de la force d'un folklore intense.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Province\\_de\\_Hainaut](https://fr.wikipedia.org/wiki/Province_de_Hainaut)

<sup>2</sup> <http://portail.hainaut.be/laprovince/un-peu-dhistoire>

<sup>3</sup> Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)-HD-Province de Hainaut, <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>, <http://www.hainautstat.be/hainautstat/commentaires/Population.pdf>

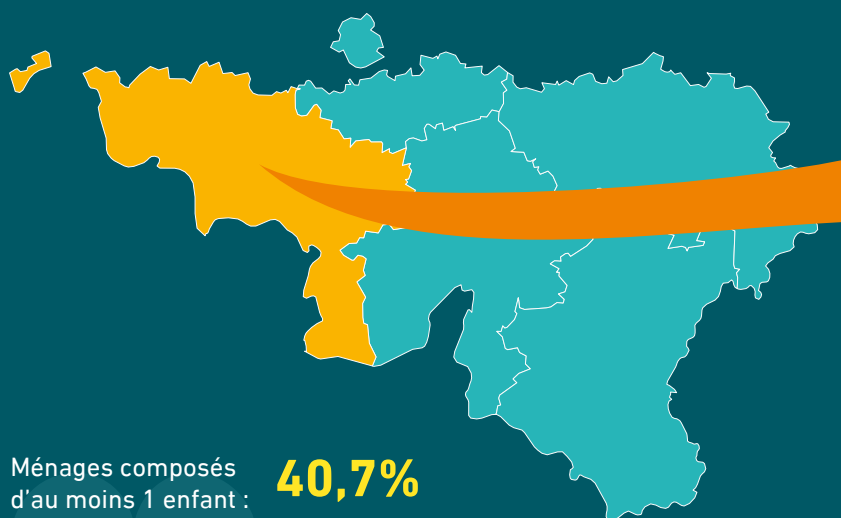
<sup>4</sup> <http://www.nrb.be/fr/nos-clients/public-social/province-de-hainaut>



# Le Hainaut en chiffres

Les chiffres présentés sont issus principalement du site [hainautstat.be](http://www.hainautstat.be)<sup>1</sup> (sauf autre indication) et sont inscrits dans ce rapport à titre indicatif sur base de données publiées à un moment précis. Les données sont les plus récentes et ont été récoltées sur les sites référenciés. Les données datent selon la source, de 2015 à 2018.

**Ces données sont donc à lire avec prudence.**



**Population : 1.341.645 habitants**

(Au 1er janvier 2018)

Représente 37% de la population wallonne

Représente 11,8% de la population belge

**Superficie : 3.786 km<sup>2</sup>**

**Densité : 354 habitants/km<sup>2</sup>**

Wallonie : 215,2 habitants/km<sup>2</sup>

Belgique : 373 habitants/km<sup>2</sup>

Age moyen de la population :

**Environ 40,5 ans**

Espérance de vie à la naissance en 2015-2017<sup>2</sup> :

Hommes : **75,9 ans** (Wallonie :

76,9 ans/ Belgique : 78,8 ans)

Femmes : **81,7 ans** (Wallonie : 82,2

ans/ Belgique : 83,5 ans)

Ménages composés d'au moins 1 enfant : **40,7%**

(Wallonie : 40,2%/ Belgique : 38,5%) (2018)

Familles monoparentales : **13,3%**

(Wallonie : 12,2%/ Belgique : 9,9%) (2018)

Diplômés uniquement de l'enseignement primaire : **14,1%**

(Wallonie : 12,5%/Belgique : 12,8%)

(Chiffres de 2011 selon enquête Censu)

Diplômés de l'enseignement supérieur (universitaire ou non) : **20,1%**

*Etudiants exclus.*

(Wallonie : 23,9%/ Belgique : 25,1%)

Prix moyen de l'immobilier (appartements et maisons) en 2017 : **134.307€**

(Wallonie : 161.296 euros/Belgique : 216.781 euros)

Travailleurs salariés en 2017 : **42,4%**

(Wallonie : 42,9% /Belgique : 48,2%)

Logement public (2017)<sup>3</sup> : **21,8%**

La part des ménages occupant un logement de type social n'est pas réparti de manière homogène au sein de la province de Hainaut. Celle-ci est globalement plus importante le long du sillon industriel. Le plus faible taux s'observe à Jurbise (0,2%) tandis que Farciennes enregistre la part la plus importante de ménages occupant un logement de type social.

Travailleurs indépendants : **8,6%**

(Wallonie : 10%/ Belgique : 10,2%)

Demandeurs d'emploi : **13,1%**

(Wallonie : 11,1%/ Belgique : 8,1%)

Revenu médian net imposable (revenus 2016) : **21.192€**

(Wallonie : 22.320€ / Belgique : 23.773€)

(Min : Farciennes : 18.381€ ; max : Jurbise : 28.839€)

Revenus moyens (2016) : **27.646€**

(Wallonie : 29.910€- Belgique : 31.938€)

(Min : Farciennes : 22.242 € ; max : Jurbise : 38.008 €)

Bénéficiaires du Revenu d'intégration sociale RIS en 2017 : **48,6‰**

(Wallonie : 42,3‰ et Belgique : 29,1‰)

<sup>1</sup> <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>

<sup>2</sup> <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=47d4f3be-0523-4a03-b062-819257075fff>

<sup>3</sup> <http://www.hainautstat.be/hainautstat/commentaires/Logement.pdf>

# L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS

## LES MISSIONS DE L'OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Dans le cadre de ses missions en tant qu'organisme de référence en matière de protection maternelle infantile et de soutien à la parentalité, l'ONE, grâce à sa Banque de Données Médico-Sociales, s'est fixé pour objectif d'établir, à un niveau plus local ou régional, un descriptif de la population des mères et des jeunes enfants qu'il suit, mais également de l'ensemble des naissances francophones de Bruxelles et de Wallonie.

Les 3 périodes décrites dans ce rapport (la période prénatale, la naissance et le suivi préventif médico-social des enfants) sont mises en exergue par les données collectées par les TMS, sages-femmes et médecins de l'ONE qui travaillent au sein des Consultations prénatales, des Consultations pour enfants et certains milieux d'accueil, mais également au sein des maternités.



### **Sylvie ANZALONE,**

Coordnatrice subrégionale du Hainaut

*« Chaque Province, dont le Hainaut, a développé un plan opérationnel qui lui est propre. Il se présente comme un outil de choix pour organiser les actions sur son territoire, il s'est fait dans la concertation et l'implication des acteurs de terrain des différents secteurs et en fonction des données et besoins relevés sur le terrain. Ainsi les objectifs de l'Office de la Naissance et de l'Enfance sont identiques pour toute la FWB tout en étant déclinés en fonction des réalités locales.*

*C'est là que les actions de l'Office prennent tout leur sens et toute leur valeur parce qu'elles s'ancrent dans une réalité spécifique et qu'elles appliquent le principe « du plus possible de l'un dans les limites de l'autre » (principe travaillé par Bourdieu). Le plus possible d'universel sans créer de discrimination...*

*Réaliser ce focus sur l'enfance et ce qui l'entoure au niveau de la Province de Hainaut demande donc de partir de constats et de réalités locales. Toute la difficulté réside dans l'idée de rendre ces constats tout en respectant la complexité de la réalité dans un secteur géographique si riche et disparate et surtout de ne pas enfermer l'empirie.*

*Et ce d'autant plus que la représentation première que l'on a coutume de trouver concernant le Hainaut est celle d'une province plus pauvre que les autres où les gens sont davantage en mauvaise santé ou ayant un bien être moindre. Image grise et totalement réductrice de la réalité.*

*Fort heureusement des améliorations se font d'année en année tant en termes de prévention que de santé publique. Pour exemple, on peut citer le haut pourcentage de couverture vaccinale, la croissance de l'offre d'accueil des enfants, l'augmentation des mères qui allaitent leurs bébés, l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants plus élevée que dans d'autres provinces, etc...*

*L'outil tel que ce rapport BDMS, qui suit, est précieux pour la réalisation d'un tel exercice. Il permet d'identifier de manière objective les réalités rencontrées par les familles et les enfants et d'adapter notre politique afin de leur assurer une offre de service adéquate et de qualité.*

*Ce relevé statistique rend aussi visible une partie du travail qui se fait sur le terrain par nos acteurs de première ligne, nos plus de 240 travailleurs médicaux-sociaux (TMS) du Hainaut, il donne du sens et se veut un retour de leurs actions.*

*Mais l'objectif de ce rapport n'est pas seulement de 'faire état' mais aussi de rendre compte de toute la richesse des partenariats développés dans le Hainaut.*

*On peut affirmer que c'est une des plus grandes richesses de notre Province: l'ONE a un ancrage géographique au cœur des quartiers et il développe un réseautage immensément diversifié non seulement avec l'aide à la jeunesse, les écoles, les CPAS, le monde du handicap, la santé mentale (Rhéseau), le secteur associatif mais aussi avec les pouvoirs locaux pour tenter de pérenniser des actions qui semblent incontournables dans le contexte où les situations des familles se sont complexifiées.*

*Il est coutume de dire qu'on ne peut travailler seul et en ce sens le Hainaut a une longueur d'avance parce que ses acteurs l'ont compris depuis longtemps et vont au-delà en construisant des fils rouges entre tous ces partenaires, l'objectif étant non pas de démultiplier les initiatives mais bien de s'appuyer sur ce qui existe pour l'améliorer et collaborer dans une plus grande cohérence.*

*Je souhaite que ce rapport soit une fenêtre pour le lecteur, qu'il lui apporte une plus-value dans son travail quotidien et que puisqu'il s'agit bien entendu d'une photographie, que nous la fassions évoluer ensemble afin de lui donner davantage de couleurs pour nos bénéficiaires ! ».*

# LES RESSOURCES ET ACTIVITES LOCALES DE L'ONE

## ▶ Le Hainaut compte (selon le Rapport d'activités de l'ONE 2017)

- ▶ TMS : **268 personnes (231 ETP) : 57,1% d'assistants sociaux, 37,6% d'infirmiers et 5,3% de sages-femmes**
  - Médecins : 319
  - Volontaires : 1785
- ▶ Coordinatrices accompagnement : **11**
- ▶ Responsable régional : **1** a rôle d'encadrement des Coordinatrices
- ▶ Conseiller médical gynécologue : **1**
- ▶ Conseillère Sage-femme : **1**
- ▶ Conseillers médicaux pédiatres : **2**

---

## ▶ Les structures de suivi :

- de la grossesse : 17 Consultations prénatales hospitalières et de quartier avec 5.402 nouvelles femmes inscrites en 2017
- du nouveau-né : 15 maternités avec environ 13500 naissances annuelles (« Avis de naissance »)
- de l'enfant : 240 structures de suivi préventif de l'enfant de 0 à 6 ans : 131 Consultations pour Enfants, 29 Consultations périodiques, 79 antennes de Consultation et 1 maison de l'enfance) avec 39.827 enfants de 0 à 6 ans inscrits en 2017.

- 
- ▶ Référents Education à la santé : **2**
  - ▶ Equipes SOS-Enfants : **4**
  - ▶ Référents maltraitance : **2**
  - ▶ Coordinateurs accueil : **14**
  - ▶ Agents conseil : **3**
  - ▶ Conseiller pédagogique : **1**
  - ▶ Référent santé dans les milieux d'accueil : **1**

---

## ▶ Les structures d'accueil

- Nombre de structures d'accueil reconnues par l'ONE 0-3 ans : 1.325
- Capacité d'accueil totale 0-3 ans : 10.559 places
- Taux de couverture des 0-2,5 ans : 30,3 %
- SASPE – Pouponnière (Accueil spécialisé) : 4 (104 places – La Nacelle à Mons, L'Auberge Maréchal Ney à Fleurus, la Farandole à Mouscron et l'Accueil à Gosselies)
- Lieux d'accueil extrascolaires : 715 (177 opérateurs)
- Ecoles de devoirs reconnus par l'ONE : 74
- Centres de vacances agréés : 173 Camps, 20 séjours, 282 plaines
- Lieux de Rencontre Enfants Parents : 44 dont 10 lieux subventionnés.

---

## ▶ Les services de promotion de la santé à l'école

- Services PSE : 15 services répartis en 22 antennes
- Conseillers médicaux PSE : 3 pour la Fédération Wallonie-Bruxelles dont les activités sont réparties selon la thématique.

# LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE

La Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est une base informatique qui contient des informations médico-sociales relatives au suivi préventif de la (future) mère et du jeune enfant.

Outil d'évaluation interne à l'ONE, elle permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle ainsi être un maillon indispensable d'orientation de la politique de l'ONE dans le domaine de la périnatalité.

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 la santé ainsi que des responsables politiques

## IMPLICATION DE TOUS LES ACTEURS DANS LA COLLECTE DE DONNEES

Au sein de l'ONE, le travail de collecte des informations de type social et médical est au premier plan effectué par les TMS, sages-femmes et médecins des consultations.

Les encodeurs-vérificateurs ont un rôle de contrôle de la cohérence des données transmises par les TMS, sages-femmes et médecins. Ils s'assurent qu'elles sont complètes et exploitables.

Les conseillers médicaux sont les garants de la conservation des fichiers et du contenu dans les administrations décentralisées.

Le support informatique veille au stockage de données rendues anonymes, au bon fonctionnement des bases de données et à la mise à jour des fichiers. Il s'assure aussi des accès à la BDMS.

Les gestionnaires de projets de la BDMS au sein de la Direction Recherches et Développement sont chargés du nettoyage, du contrôle et de la vérification des fichiers, de la représentativité des données, de l'analyse et de l'exploitation de données ainsi que des publications qui en découlent. Il veille également à restituer les résultats aux acteurs de première ligne, et collaborent à la communication de ces résultats en interne comme à l'externe.

Le maître de fichier de la BDMS est la personne référente qui répond à toutes les questions relatives aux aspects légaux et obligatoires de la BDMS.

Les familles sont les principaux acteurs de ce travail de collecte. Sans elles, l'ONE n'aurait pas cette rapidité d'action pour répondre au mieux à la réalité des questions relative à la grossesse, à la maternité et à la petite enfance.

## LES DOCUMENTS DE LA BDMS

Actuellement la Banque de données BDMS est constituée de 6 volets récoltés en routine. Ils sont établis à des moments clés.

- Le Volet prénatal
- L'Avis de naissance
- Le Premier contact
- Les Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois

D'autres données peuvent être collationnées de façon locale ou ponctuelle pour approfondir ou alimenter une thématique ou encore pour un projet spécifique.

## LE CONTROLE ET L'ENCODAGE DES DONNEES

L'ensemble des personnes impliquées dans le travail de collecte et traitement de données s'assure de la qualité des informations contenues dans les différents documents.

Le rôle de l'encodeur-vérificateur est primordial car il veille à la cohérence des données à encoder et que celles-ci soient complètes. En cas de valeur manquante ou aberrante, il peut contacter le TMS pour compléter les informations.

L'encodeur-vérificateur est tenu au respect du secret professionnel et au respect de la vie privée.

Sur ce plan, il est sous l'autorité du conseiller médical de la subrégion.

En province de Hainaut, 2 encodeuses accomplissent ce travail, et depuis de nombreuses années, voire depuis la création de la BDMS.

Il s'agit de Mesdames Charline Castiaux et Cristina Orłowski.

## L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES DONNEES

Elle se fait au niveau central. Elle est menée par les gestionnaires de la BDMS qui sont au nombre de trois. Ceux-ci sont accompagnés dans cette tâche par la Direction Recherches et Développement (DRD) et la Direction Santé (DS) de l'ONE d'une part, mais également par le Collège des conseillers médicaux gynécologues et sages-femmes, le Collège des Conseillers médicaux pédiatres et le Conseil scientifique de l'ONE.

Ces organes d'avis sont les garants du travail scientifique mené par la BDMS et alimentent également sa réflexion et ses projets.





## LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET LE SECRET PROFESSIONNEL

L'ONE a souscrit à la loi sur la protection de la vie privée et est soumis au secret professionnel en tant qu'organisme public de collecte d'informations médico-sociales et d'accompagnement des familles sous le n° HM 32365.

Les informations confiées à l'ONE visent un accompagnement préventif des familles. Elles sont traitées de manière confidentielle dans le respect du secret professionnel et de la loi sur la protection de la vie privée. Elles sont rendues anonymes avant d'être transmises à la Banque de Données Médico-Sociales.

Les informations ainsi traitées au sein de la BDMS ne comportent aucun nom, ni adresse. Elles ne permettent ainsi qu'une description de la population des bénéficiaires des services de l'ONE en termes généraux. Le traitement de données et les rapports établis sur cette base sont sous la responsabilité d'un médecin, maître de fichiers.

### LE REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DE DONNEES (RGPD)

Une nouvelle loi vie-privée européenne pose des éléments de réflexion et exigences en matière de conservation, de l'utilisation et de la protection des données. Elle est basée sur la législation existante en y apportant tout de même quelques améliorations.

Le traitement de données à caractère personnel impose une organisation nouvelle qui est en cours pour la BDMS du fait qu'il devra s'adapter aux réalités numériques surtout.

Le règlement rappelle également les principes de droits des personnes sur leurs données propres.



### Charline CASTIAUX, encodeuse en Hainaut

« Au début de la BDMS, le travail d'encodage et de contrôle des données était issu de 2 sources. Les données provenaient des consultations de l'ONE, mais également des médecins privés en milieu hospitalier.

Ces données ont permis au Docteur Leleux, un des fondateurs de la BDMS, de distinguer différents publics. Il avait alors déjà mis en évidence que les femmes enceintes suivies par l'ONE provenaient plus souvent de milieux plus défavorisés que celles suivies par des médecins privés.

Aussi, étant donné que je centralisais les données de toute la Fédération, j'avais une vision plus étendue de la situation et de la couverture des données encodées.

Suite à un travail plus décentralisé et afin de garantir la confidentialité des données, celles-ci ont ensuite été anonymisées.

Aujourd'hui, nous, les encodeurs, sommes plutôt associés au travail global. Nous restons incontournables lors de problèmes informatiques, de modifications ou encore d'incohérences dans le système.

Les changements d'indicateurs restent un défi à intégrer à tout point de vue, tant pour le terrain que pour l'informatique, mais aussi pour la communication au niveau central qui s'améliore en permanence.

Le travail d'analyse réalisé par les gestionnaires de la BDMS est une opportunité et une réelle mise en valeur des différents maillons de la BDMS au niveau de la province. »



### Cristina ORLOWSKI, encodeuse en Hainaut (pensionnée depuis 2018)

« Après 41 ans de travail dont 27 au sein de l'ONE et consacrées essentiellement à la BDMS, je peux dire que je suis satisfaite de tout ce que j'ai pu apprendre au sein de la BDMS, notamment des contacts créés avec les personnes de terrain grâce à la récolte de données.

Tout comme Charline, je me suis toujours beaucoup investie dans mon travail et le contact humain a été primordial pour moi. Grâce à ces rencontres, le Hainaut a été une locomotive au début de cette collecte de données, j'ose croire que ça restera !

Aujourd'hui, je tourne une page, en espérant que Cynthia Brohez qui prend le relais, continue, avec Charline, ce travail remarquable.

Mon souhait est qu'il y ait plus de soutien de la cellule BDMS au niveau de l'administration centrale, mais aussi de l'administration subrégionale. Cette démarche aiderait à soutenir les agents dans la qualité de leur travail et à sensibiliser les TMS à la collecte des données.

Je pars de l'ONE le cœur léger et je voudrais en profiter pour saluer toutes ces personnes avec lesquelles j'ai collaboré depuis tant d'années. Je les remercie de m'avoir appris des tas de choses. »

# CHAPITRE 1



Le suivi des femmes  
enceintes en Hainaut

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne un réseau de Consultations prénatales de quartier et hospitalières (CPN). Toutes les structures et services ONE pour les femmes enceintes sont accessibles gratuitement à toutes les familles. Le travail y est mené par les TMS, sages-femmes et médecins (généralistes ou gynécologues).

En 2017, la province de Hainaut comptait :

- 1 structure de suivi de la grossesse implantée dans les quartiers appelée « Consultation prénatale de quartier ».
- 16 structures de suivi de la grossesse implantées au sein des hôpitaux ou « Consultations prénatales hospitalières ».

#### RÔLE DE LA CONSULTATION PRÉNATALE:

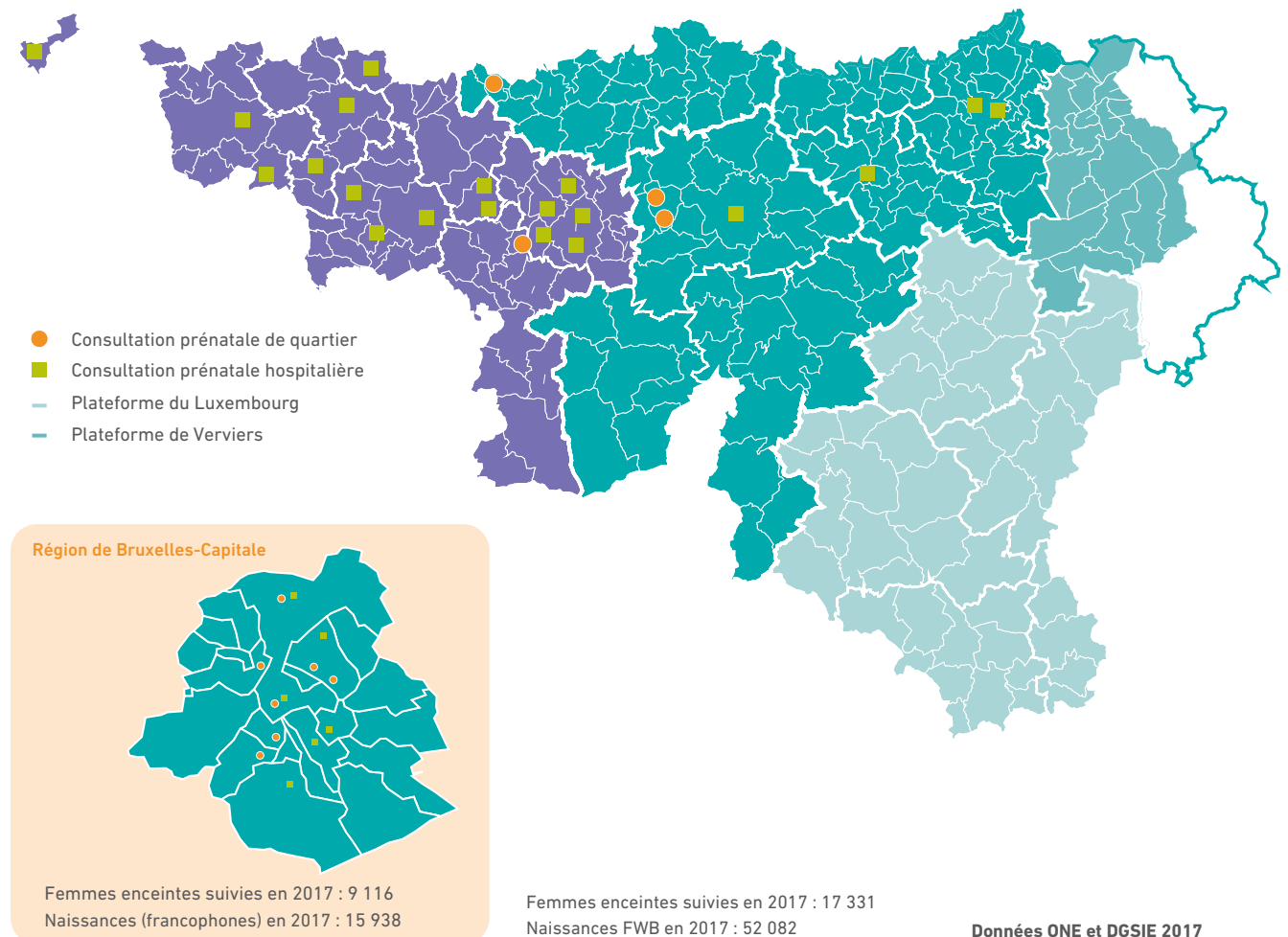
Accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse dans le respect de leur autonomie ; assurer un suivi

préventif de type psycho-médico-social ; veiller au bien être de la future mère et de son futur enfant et soutenir la parentalité.

#### LES OBJECTIFS DE LA CONSULTATION PRÉNATALE :

- Elaborer et mettre en œuvre les projets d'accompagnement périnatal.
- Participer à la mise en œuvre du Guide du postpartum de l'ONE.
- Développer des activités individuelles et collectives de promotion de la santé.
- Favoriser l'évolution harmonieuse de la grossesse et préserver la santé des futures mères.
- Lutter contre toutes les complications de la grossesse et de l'accouchement pouvant affecter la santé de la mère et/ou de l'enfant.
- Fournir aux familles les informations concernant le soutien à la parentalité.
- Réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

#### Implantation des structures de suivi de la grossesse et plateforme d'accompagnement en FWB en 2017



## 1.1. LE VOLET PRENATAL DE LA BDMS

Les données concernant le suivi de la grossesse sont collectées par le Travailleur Médico-Social (TMS) via un formulaire standardisé appelé « Volet prénatal » ou « Volet épidémiologique périnatal ».

Le « Volet prénatal » est complété tout au long du suivi de la grossesse et clôturé après l'accouchement. Il implique donc une bonne collaboration entre le TMS de liaison en maternité et celui de la CPN pour la communication des informations sur l'issue de la grossesse (Postpartum).



**Stéphanie GRIGNARD,**

TMS de liaison et en consultation prénatale à Ambroise Paré

« Je complète les données de la BDMS avec la future mère en début de grossesse puis avec la mère qui vient d'accoucher. Le fait de poser des questions à la maman dans ce cadre permet notamment de faire passer des messages spécifiques concernant sa santé et la santé du (futur) bébé. Je pense notamment aux risques liés au tabagisme.

Les informations récoltées sont utiles pour pouvoir adapter les actions à la réalité du terrain. Je me réjouis de pouvoir encoder ces données numériquement, ça me fera gagner du temps. »



**Gaëtane MANELLI,**

TMS de liaison et en consultation prénatale à Ambroise Paré

« Etant donné la réforme des consultations prénatales qui se met en place, il faudra revoir les questions pour ce volet prénatal. Une adaptation est nécessaire.

Je n'utilise pas les résultats de la BDMS mais je sais combien ils sont utiles à l'ONE pour mettre en place des recherches-actions, pour faire avancer la connaissance des réalités du terrain et pour implémenter de nouveaux outils utiles dans l'accompagnement des familles. »

## 1.2. UNE CONSULTATION PRENATALE DE QUARTIER A ANDERLUES

Les consultations prénatales de quartier sont des consultations d'initiatives privées (associatif, mouvements féminins, comités indépendants, etc.) ou communales, subventionnées par l'ONE.

Anderlues est une commune située dans l'arrondissement de Thuin qui compte environ 11.500 habitants répartis sur 17 km<sup>2</sup>.

Au sein de la commune est implantée une Consultation prénatale de quartier avec une vingtaine de femmes enceintes inscrites annuellement (22 en 2017).

Ces 5 dernières années en province de Hainaut, les structures de suivi de la grossesse par l'ONE implantées dans les quartiers ont diminué, passant de 3 structures à 1. La raison de cette diminution est la baisse de la fréquentation.

## 1.3. LES CONSULTATIONS PRENATALES HOSPITALIERES ONE EN HAINAUT

Les consultations prénatales hospitalières sont organisées en partenariat et au sein de l'hôpital, ce dernier assurant le suivi médical, et l'ONE le soutien psychosocial.

En Hainaut, en 2017, on recense 16 structures hospitalières de suivi de la grossesse. Le nombre de femmes enceintes suivies au sein des consultations prénatales hospitalières en province de Hainaut est en augmentation ces dernières années. En 2017, plus de 5.400 femmes y ont été

suivies. Cette donnée émane de la Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD) et correspond au nombre de femmes enceintes qui bénéficient d'un subside de l'ONE pour leur suivi de grossesse en province de Hainaut.

Le volume de l'activité d'accompagnement des femmes enceintes est très important dans les consultations prénatales hospitalières de Hainaut.



## 1.4. LA COUVERTURE DES DONNEES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES

La Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD) est chargée au sein de l'ONE du suivi administratif et financier de l'ensemble du secteur de l'accompagnement en ce qui concerne les agréments, les conventions, les contrats des médecins, les honoraires médicaux, les subventions de fonctionnement et de l'équipement ou de l'amélioration des locaux, etc. Elle assure la prise en charge de chaque femme enceinte inscrite en Consultation prénatale de l'ONE.

Le « Volet prénatal » de la BDMS n'est cependant pas établi pour toutes les femmes suivies par l'ONE.

Pour la province de Hainaut, un « Volet prénatal » est complété pour 3 femmes enceintes sur 4 inscrites dans les consultations de l'ONE, or il devrait l'être pour toutes les femmes enceintes suivies.

Le taux de couverture du nombre de volets prénatals complétés et renvoyés par rapport au nombre de femmes effectivement suivies est en diminution constante ces dernières années. En 2012, le taux de couverture approchait les 90%, taux le plus élevé et le plus représentatif de la dernière décennie.

Ces taux indiquent la représentativité des données analysées concernant les femmes enceintes suivies à l'ONE.

**Evolution du ratio entre le nombre de « Volets prénatals » complétés et le nombre de femmes enceintes nouvellement inscrites en CPN-ONE en Hainaut**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>BDMS</b>	4884	4825	4965	5201	5042	5230	4858	4544	4295	4078
<b>DCVD</b>	5863	5711	6021	5955	5637	5993	5706	5515	5465	5402
<b>BDMS/DCVD</b>	83,3%	84,5%	82,5%	87,3%	89,4%	87,3%	85,1%	82,4%	78,6%	75,5%

BDMS-ONE, « Volet prénatal » et DCVD-ONE « Nombre de femmes enceintes nouvellement inscrites en Hainaut », 2008-2017

## 1.5. LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES DANS LES CONSULTATIONS PRENATALES ONE EN HAINAUT

Les femmes enceintes suivies dont les données sont reprises dans ce sous-chapitre représentent l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE et pour lesquelles un « Volet prénatal » a été complété et renvoyé par le TMS entre 2008 et 2017.

Les données résultent de l'activité des structures de suivi de la grossesse implantées dans la province de Hainaut, quelle que soit la résidence de la femme enceinte suivie.

L'année de référence est celle de l'inscription de la femme pour le suivi de sa grossesse.

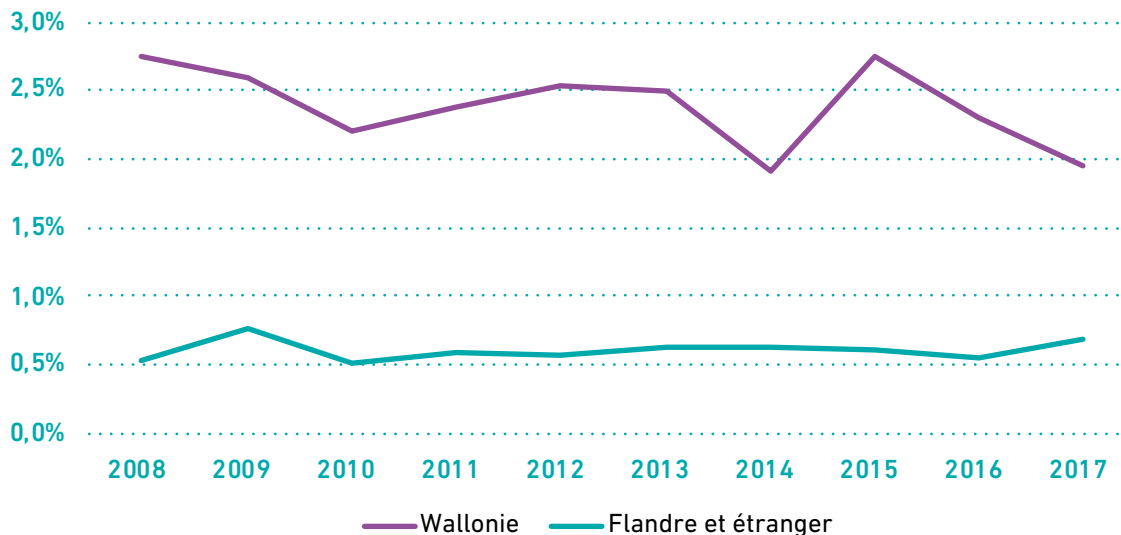


### 1.5.1. La zone géographique d'influence des Consultations prénatales de l'ONE en Hainaut

Parmi les femmes enceintes suivies dans les structures situées en province de Hainaut, 97% résident dans la province, les autres résident en Flandre ou à l'étranger, notamment en France.

Parmi les 4047 femmes enceintes suivies et dont la résidence est connue, 107 résident en dehors de la province. La moitié de ces dernières résident en province de Namur, plus précisément dans l'arrondissement de Philippeville.

#### Evolution de la proportion des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut et résidant en dehors de la province

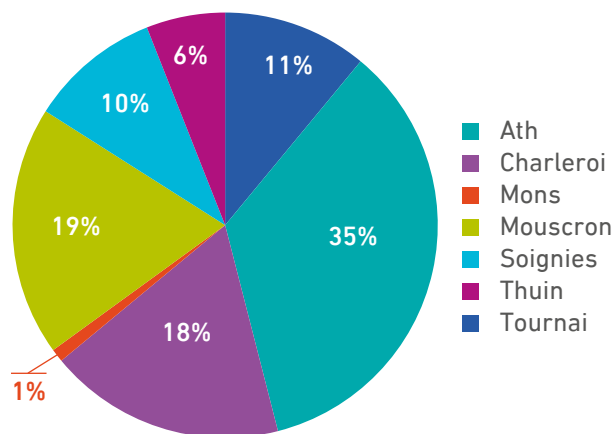


BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

Au sein de la province de Hainaut, la fréquentation est influencée par l'implantation des structures hospitalières.

Le graphique suivant indique la répartition des femmes enceintes suivies par l'ONE et résidant en province de Hainaut.

#### Répartition par arrondissement des femmes enceintes suivies en CPN-ONE et résidant en Hainaut, en 2017



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2017

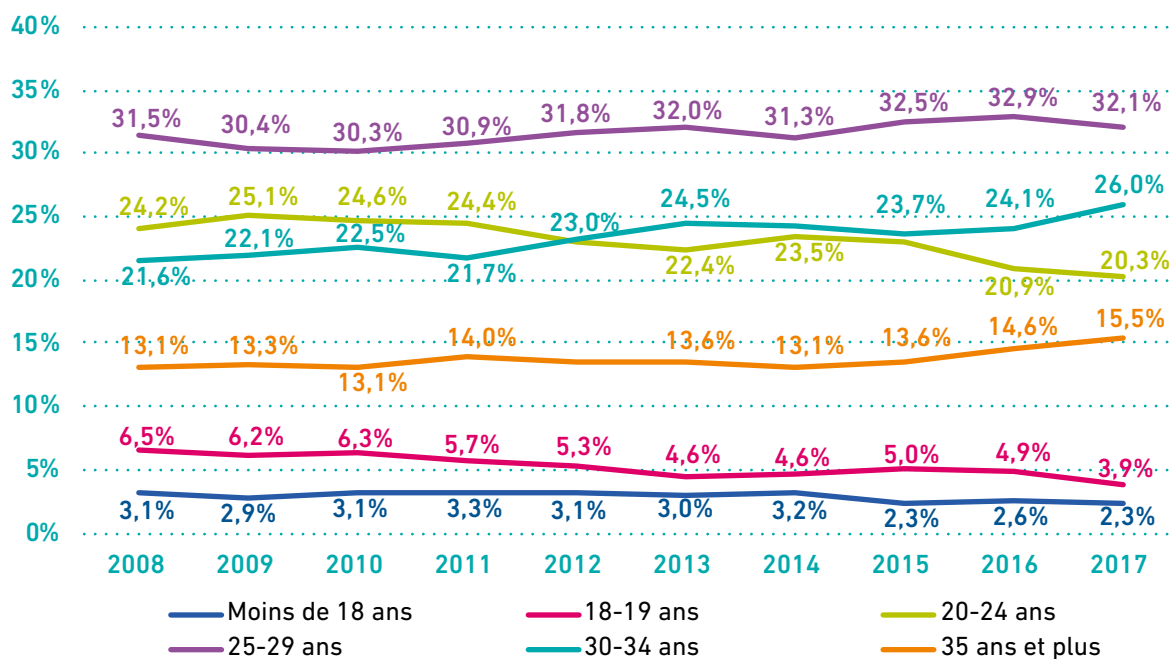
### 1.5.2. L'âge des femmes enceintes suivies par l'ONE

Durant les 10 dernières années, l'âge moyen des femmes enceintes suivies au sein des structures de l'ONE situées en province de Hainaut est passé de 27 à 28 ans. La plus jeune a 12 ans et la plus âgée 46.

L'âge très jeune des femmes enceintes est un des marqueurs de la vulnérabilité et constitue une des préoccupations des travailleurs de première ligne. Les mêmes préoccupations peuvent être exprimées pour les femmes enceintes plus âgées et/ou multipares.

Le monitoring de cet indicateur est important pour adapter l'accompagnement de la famille ou de la femme enceinte.

## Evolution des catégories d'âge des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

La catégorie d'âge des femmes enceintes la plus représentée est celle des « 25-29 ans » qui représente pratiquement 1 femme enceinte sur 3.

Au cours de la décennie, certaines catégories d'âge ont plus évolué que d'autres.

Globalement, les catégories en dessous de 25 ans sont en diminution : légère pour les moins de 20 ans et un peu plus marquée pour les 20-24 ans.

Par contre, les femmes enceintes de 30 ans et plus sont en augmentation. Elles représentent plus de 40% des femmes suivies en 2017, alors qu'elles représentaient

un peu plus d'une femme enceinte suivie sur 3 il y a 10 ans.

Les proportions de femmes enceintes très jeunes (moins de 20 ans) montrent une diminution de 9,6% à 6,2%, soit une diminution d'environ 30%. Cependant, les préoccupations restent et semblent encore plus marquées devant les vulnérabilités multiples que peuvent présenter ces femmes de par leur âge, mais aussi à cause des carences diverses ou d'insuffisance de moyens.

Ces futures mères représentent quelques 300 situations, toutes particulières, et dont l'accompagnement nécessite un appui et un soutien continu.

## Evolution du nombre des femmes de moins de 20 ans suivies en CPN-ONE en Hainaut

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
<b>Moins de 15 ans</b>	6	10	10	5	7	5	4	5	4	5	61
<b>15-17 ans</b>	147	128	145	165	151	150	152	100	108	87	1333
<b>18-19 ans</b>	317	300	314	298	265	238	223	227	210	158	2550
<b>TOTAL</b>	470	438	469	468	423	393	379	332	322	250	3944

BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

### 1.5.3. La nationalité d'origine de femmes enceintes suivies par l'ONE

La nationalité d'origine sous-entend la nationalité de la femme enceinte au moment de sa naissance.

En 10 ans, les TMS ont dû travailler à l'accompagnement des femmes enceintes de 130 nationalités d'origines différentes. Chaque année entre 80 et 100 pays sont représentés au sein des structures de suivi de la grossesse par l'ONE en province de Hainaut (85 en 2017).

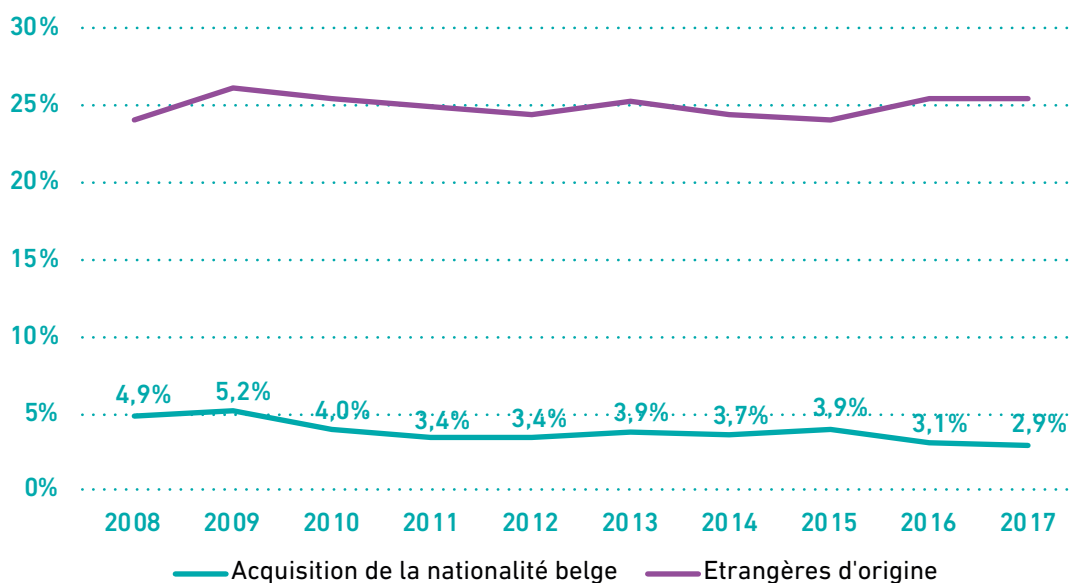
La nationalité d'origine belge représente environ 75% des femmes suivies. Il est à noter que les TMS font un travail particulièrement méticuleux, car seulement 1,8% de données sont manquantes.

Avec un faible taux de données manquantes pour cet indicateur, on peut estimer la proportion des naturalisations chez les femmes enceintes suivies et l'évolution sur les 10 dernières années. Ainsi, sur le quart des femmes enceintes suivies et d'origine étrangère, envi-

ron 4% ont pu acquérir la nationalité belge. L'acquisition de la nationalité belge a également diminué dans le

temps et de façon constante passant de 4,9% en 2008 à 2,9% en 2017.

### Evolution de la proportion des femmes enceintes suivies en CNP-ONE en Hainaut de nationalité étrangère et acquisition de la nationalité belge



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

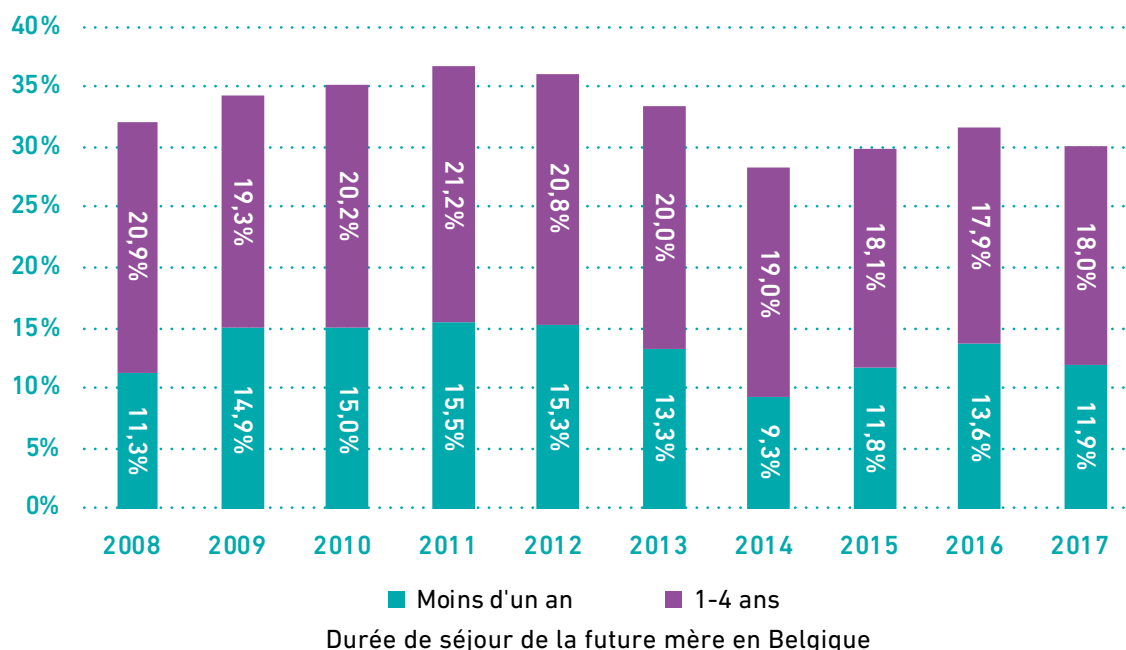
### 1.5.4. Les femmes enceintes primo-arrivantes suivies par l'ONE

Les femmes enceintes primo-arrivantes sont des femmes d'origine étrangère vivant en Belgique depuis moins de 5 ans.

Globalement, les femmes enceintes primo-arrivantes représenteraient de 30 à 35% des femmes d'origine étrangère suivies par l'ONE.

Elles sont plus exposées que les autres à une série de difficultés comme des problèmes d'adaptation et de connaissance du fonctionnement des administrations.

### Evolution de la proportion de femmes enceintes primo-arrivantes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017



### 1.5.5. La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies par l'ONE

Pour un certain nombre de femmes enceintes suivies, on peut observer une absence de couverture de soins de santé (mutuelle, assurance, etc.).

Depuis 2009, la BDMS a intégré cet indicateur dans la récolte de routine pour les femmes suivies dans les structures de l'ONE.

L'absence de couverture de soins de santé n'est pas uniquement l'apanage des personnes primo-arrivantes ou d'origine étrangère. Elle est également le vécu de certaines femmes enceintes d'origine belge en situation de grande précarité (sans abri, sans domicile fixe, etc.).

Le manque et l'irrégularité du suivi liés à l'absence de couverture de soins de santé peuvent avoir des conséquences sur la santé de la future mère et de l'enfant.

### 1.5.6. L'état civil et la situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE

La part des femmes enceintes ayant le statut officiel de « mariée » n'a cessé de diminuer, passant de 39,3% à 32,4% les 10 dernières années. La proportion de femmes célibataires compense cette diminution passant de 59,9% à 66,0%.

Le solde est représenté par une catégorie regroupant les veuves, divorcées et séparées. Celles-ci sont également en diminution passant de 4,8% à 1,7% en 10 ans.

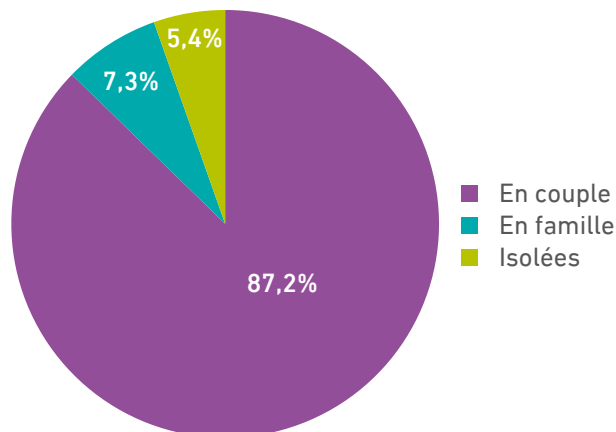
La cohabitation légale n'est pas reprise ici comme statut civil. Les femmes vivant en cohabitation légale sont donc reprises dans la catégorie de « célibataires ».

La situation relationnelle est quant à elle une situation de fait. Elle décrit la situation quotidienne sur le plan relationnel en termes de contacts humains, de soutien et d'aide. Celle-ci a très peu varié en 10 ans pour les femmes enceintes suivies en province de Hainaut.

Entre 2008 et 2017, parmi l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE, entre 86 et 87% vivent en couple, entre 7.1 et 7.8% vivent en famille et entre 5 et 6% des femmes vivent isolées ou en maison d'accueil.

Notons, qu'en maison d'accueil, un réseau relationnel peut se tisser autour de la femme enceinte (0.7% des femmes enceintes suivies vivent en maison d'accueil).

#### Situation relationnelle des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut en 2017



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2017

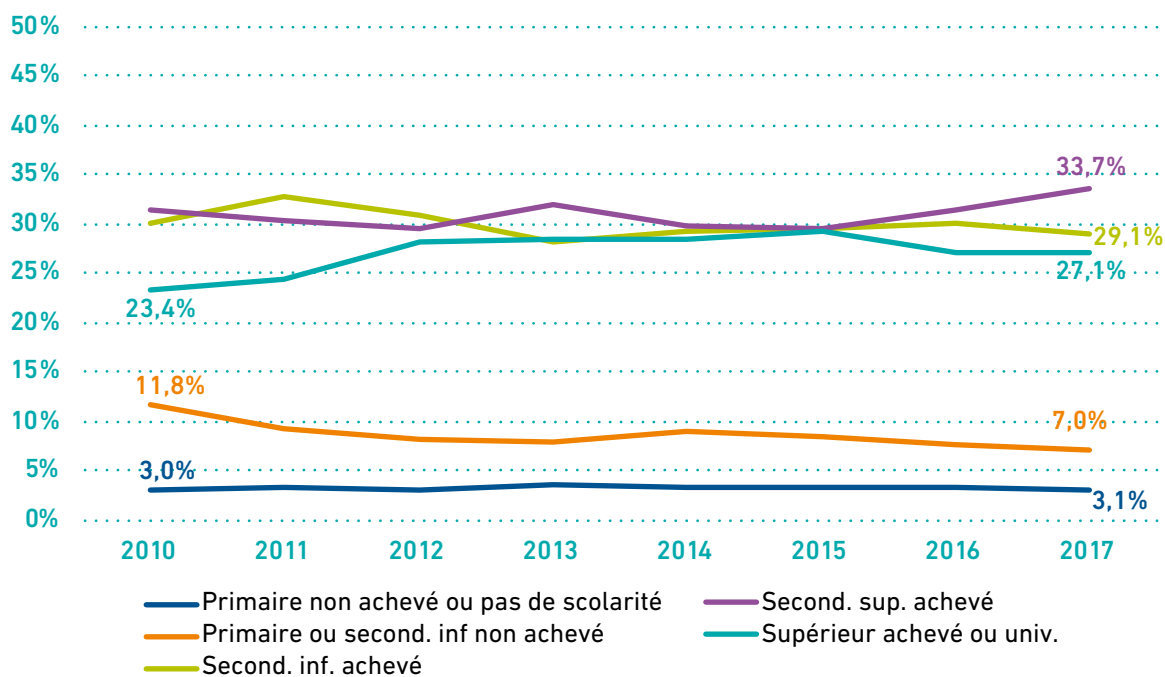
### 1.5.7. Le niveau d'études des femmes enceintes suivies par l'ONE

Le niveau d'éducation des femmes enceintes suivies est un indicateur capital car il est en relation avec le canal de communication et l'intégration des messages en matière de santé en général et d'éducation à la santé en particulier.

Depuis la révision de cet indicateur dans la BDMS entre 2008 et 2009, il y a également une amélioration de la récolte avec une nette diminution des données manquantes.



## Evolution du niveau d'éducation des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

Environ 27% des femmes enceintes suivies en Hainaut en 2017 ont un niveau d'éducation universitaire ou de type supérieur. Durant les 8 années de relevé, on observe une légère augmentation de la proportion des femmes enceintes de cette catégorie.

Parmi les femmes enceintes suivies à l'ONE, une femme sur 3 a achevé le secondaire supérieur. Près de 30% ont achevé le secondaire inférieur. Et, 10% des femmes enceintes suivies ont un niveau d'éducation qui ne dépasse pas le secondaire inférieur.

Au cours du temps, les taux par catégorie de niveau d'éducation se maintiennent, à l'exception du niveau universitaire.

L'importance de l'intégration des messages doit être portée vers ces populations ayant un accès moins aisé à l'écrit ou ayant un niveau d'instruction plus bas. Quelle que soit la langue parlée, le niveau d'études est une clé capitale dans l'accompagnement des familles.

Ce travail d'accompagnement peut également être une occasion, un moment d'arrêt ou d'échanges entre le TMS et la femme enceinte ou sa famille, par exemple en demandant des éclaircissements sur les échanges effectués avec le médecin ou tout autre professionnel. La tenue des rendez-vous est également liée au niveau d'études ou à la précarité des familles et la plupart du temps, ces vulnérabilités vont de pair.

### 1.5.8. La situation professionnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE

La situation professionnelle de la femme enceinte suivie à l'ONE telle que récoltée traduit son niveau de ressources matérielles.

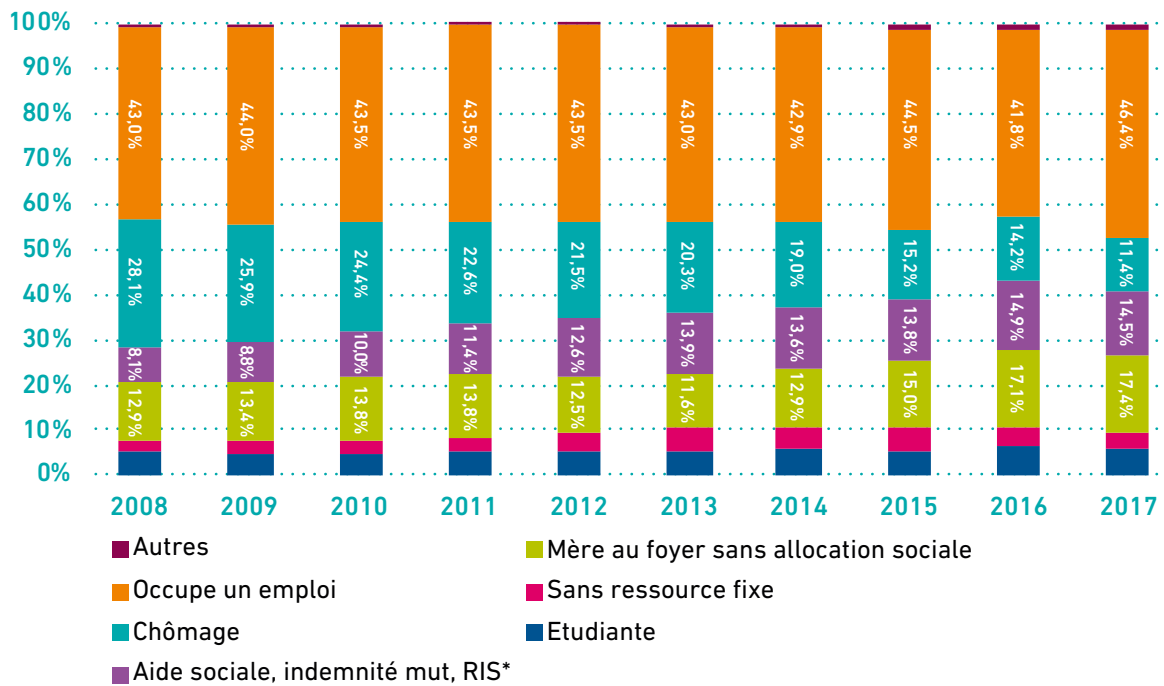
La grossesse est un état qui engendre des besoins spécifiques en matière de santé. Outre les soins nécessaires durant cette période, il existe des besoins supplémen-

taires notamment au niveau de l'hygiène alimentaire, d'environnement de vie et d'équilibre mental. Le coût de tous ces besoins peut être conséquent.

En Belgique, 63% des femmes travaillent<sup>1</sup>. Cependant, il existe de fortes disparités entre les régions et entre les provinces.

<sup>1</sup> Statistics Belgium, SPF Economie, 2015.

## Evolution de la situation professionnelle des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

En 2017, en Fédération Wallonie-Bruxelles, environ 40% des femmes suivies dans les consultations prénatales de l'ONE travaillent. En Hainaut, les femmes suivies sont proportionnellement plus nombreuses à travailler avec 46.4%.

En 10 ans, on constate une nette et régulière diminution des femmes enceintes suivies bénéficiant d'allocation de chômage avec un pourcentage de 11.4% en 2017. Inversement, les femmes bénéficiant d'aides sociales diverses sont en augmentation (de 8,1 à 14,5% sur les 10 années).

Les femmes enceintes n'ayant aucune ressource propre représentent 26,5% des femmes suivies. Cette proportion a augmenté de 20 à 26,5% sur les 10 dernières années. En 2016, elle a même frôlé les 28%. Cette catégorie regroupe les étudiantes dont certaines sont mineures également et probablement en rupture relationnelle ; les femmes sans ressources fixes qui peuvent occasionnellement effectuer des petits boulots mal rémunérés ou pénibles ; les femmes au foyer ne bénéficiant d'aucune allocation sociale ou encore diverses autres situations telles que celles des femmes n'ayant pas d'adresse ou les personnes rayées d'office dans les communes ou encore des personnes sans papier ou touristes se retrouvant dans l'irrégularité ; etc.

### 1.5.9. Les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies par l'ONE

#### 1.5.9.1. La consommation quotidienne de cigarettes

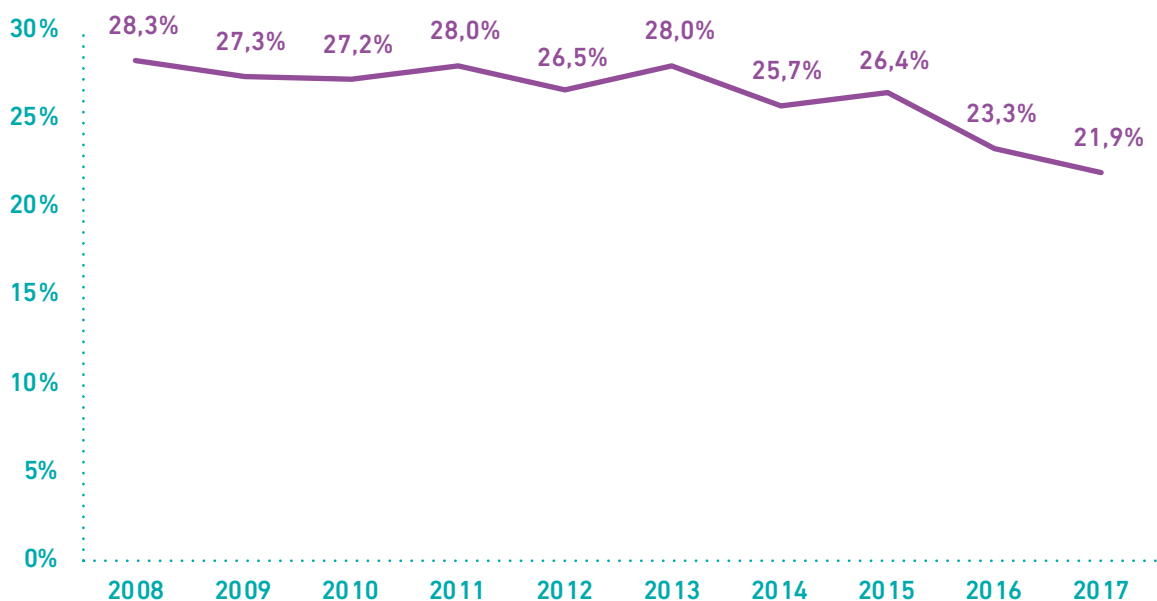
Les habitudes tabagiques des femmes enceintes tiennent uniquement compte ici du nombre de cigarettes fumées. Il s'agit donc des cigarettes classiques y compris du tabac à rouler.

La cigarette électronique ou le cannabis ne sont pas pris en compte, même si parfois les vapoteuses ou les consommateurs de cannabis consomment également des cigarettes.

Le graphique suivant indique que depuis 2008, la proportion des femmes enceintes suivies à l'ONE qui fument quotidiennement a diminué, passant de 28,3% à 21,9% en Hainaut.

\* RIS : Revenu d'intégration sociale

## Evolution de la proportion des femmes enceintes fumeuses suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

### 1.5.9.2. Diminution ou arrêt de la consommation quotidienne de cigarettes

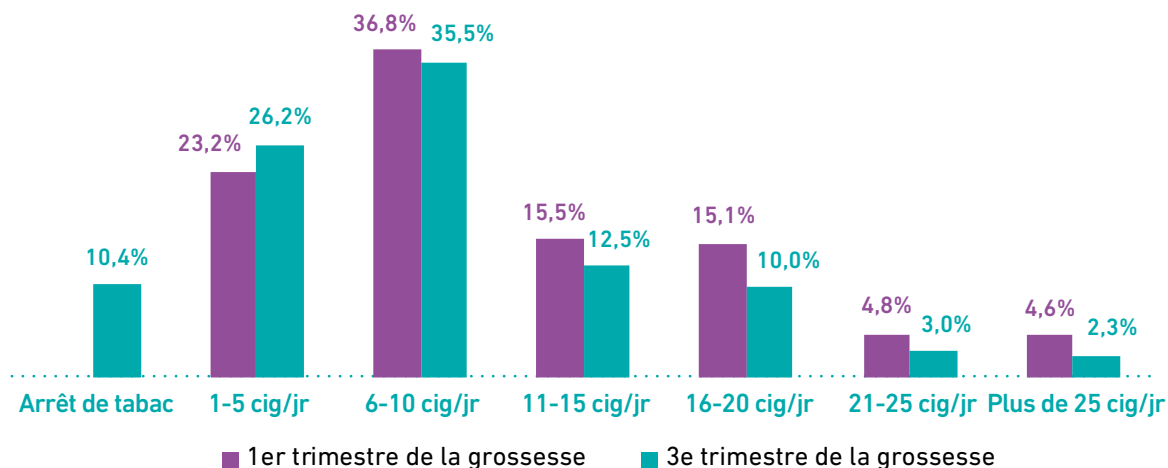
L'arrêt de consommation quotidienne de cigarettes n'est pas très courant durant la grossesse.

On observe une diminution de la consommation quotidienne de cigarettes dans toutes les catégories, à l'ex-

ception de la catégorie de « 1 à 5 cigarettes fumées quotidiennement » qui, quant à elle, augmente. Ces diminutions correspondent donc un changement de palier mais, plus difficilement à un arrêt.

Globalement, les femmes enceintes qui arrêtent sont surtout celles qui fument peu de cigarettes au quotidien ou encore celles qui ont un niveau d'études élevé.

### Diminution ou arrêt de consommation quotidienne de cigarettes entre le 1er et le 3e trimestre de la grossesse chez les femmes enceintes suivies en CPN en Hainaut.



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2017

### 1.5.10. La consommation d'alcool durant la grossesse et ses effets

La consommation d'alcool durant la grossesse n'est pas anecdotique. D'après une étude d'Yvonne Kelly publié par le NHS<sup>2</sup>, au premier trimestre de la grossesse, l'alcool peut être associé à un risque plus important de fausses couches.

D'autres études ont montré des risques de petits poids de naissance, d'accouchements prématurés ou d'autres anomalies congénitales<sup>3</sup>. L'un des effets visibles les plus graves lié à la consommation d'alcool durant la grossesse est le Syndrome d'alcoolisation fœtal. Cette atteinte apparaît aujourd'hui comme une cause majeure de handicap non génétique à la naissance.

<sup>2</sup> NHS pour National Health Service ou Système de santé publique anglais.

<sup>3</sup> Cochrane : Organisation internationale indépendante et à but non lucratif chargée de rassembler et résumer les meilleures données probantes issues de la recherche

Il est surtout important d'opter pour une information claire et des messages de prévention. Le renforcement des connaissances sur le sujet est capital pour faire adopter de meilleures attitudes par rapport à sa santé et celle de son enfant à naître.

L'INSERM<sup>4</sup> résume la thématique en rappelant que « l'exposition du fœtus à l'alcool est délétère pour la maturation du système nerveux central. Cette toxicité dépend de la quantité d'alcool consommée par la mère et de la période à laquelle le fœtus y est exposé ». C'est ce qu'on appelle la « fenêtre de vulnérabilité ». Seulement, tout le monde n'est pas égal devant la consommation ou

l'exposition à l'alcool. Des études ont également montré des atteintes du QI chez les enfants plus grands ayant été exposés à une consommation modérée d'alcool durant la grossesse.

La consommation régulière d'alcool ou le « binge drinking » sont de plus en plus courants et surtout observés chez les jeunes.

L'ONE intègre ainsi dès 2019 cet indicateur dans la collecte des données de routine relatives au suivi de la grossesse afin d'effectuer les liens qui permettent un accompagnement efficient des femmes suivies confrontées à cette problématique.

### 1.5.11. Autres assuétudes

Les comportements addictifs peuvent être catégorisés en fonction de la nature du produit consommé. On peut citer les produits tels que le tabac, l'alcool, le cannabis ... mais aussi les médicaments, la cocaïne, etc. A côté de ces substances, il existe de plus en plus de dépendances comportementales : sexe, jeux, alimentaires, internet avec les réseaux sociaux aussi appelés « les jeux du IIIe millénaire ».

L'accompagnement des personnes exposées à ces addictions reste un travail de longue haleine qui requiert parfois des traitements à long terme.

La prise en charge de chacune des addictions diffère du fait des aspects culturels, sociaux et toxiques qui les caractérisent. La dimension transversale reste clairement de mise.

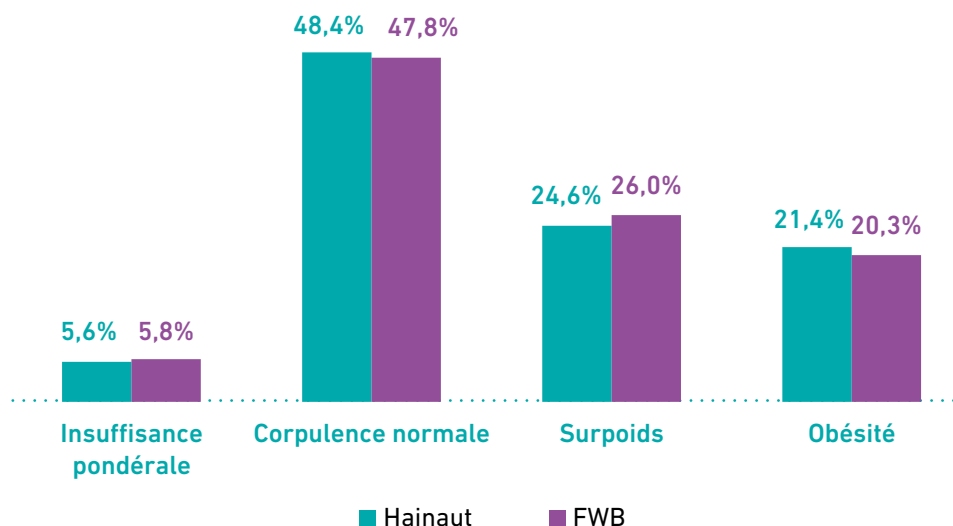
Sur le plan épidémiologique, il est important pour le travailleur de première ligne de savoir que, les différentes dépendances sont souvent associées, avec des conséquences pouvant aboutir à l'exclusion sociale qui est du domaine de la sociologie avec des mécanismes d'adaptation qui font appel à la psycho(patho)logie.

### 1.5.12. L'indice de masse corporelle avant la grossesse des femmes suivies par l'ONE

L'indice de masse corporelle (IMC, rapport du poids sur le carré de la taille) de la mère avant la grossesse est déterminant pour le futur enfant, notamment pour son poids de naissance.

Cet indicateur est régulièrement mesuré et suivi durant la grossesse, mais c'est avant celle-ci qu'il est capital. (Voir aussi l'encadré chapitre 2 Page 50)

#### Corpulence avant la grossesse des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2016-2017

L'indicateur relatif à la corpulence de la mère a été intégré relativement récemment dans la Base de données (2016). On peut néanmoins obtenir une estimation approximative de la corpulence des femmes enceintes suivies par l'ONE. Les données reprises dans le graphique

sont celles de quelques 2000 femmes suivies par l'ONE et dont l'information sur le poids et la taille a été correctement récoltée.

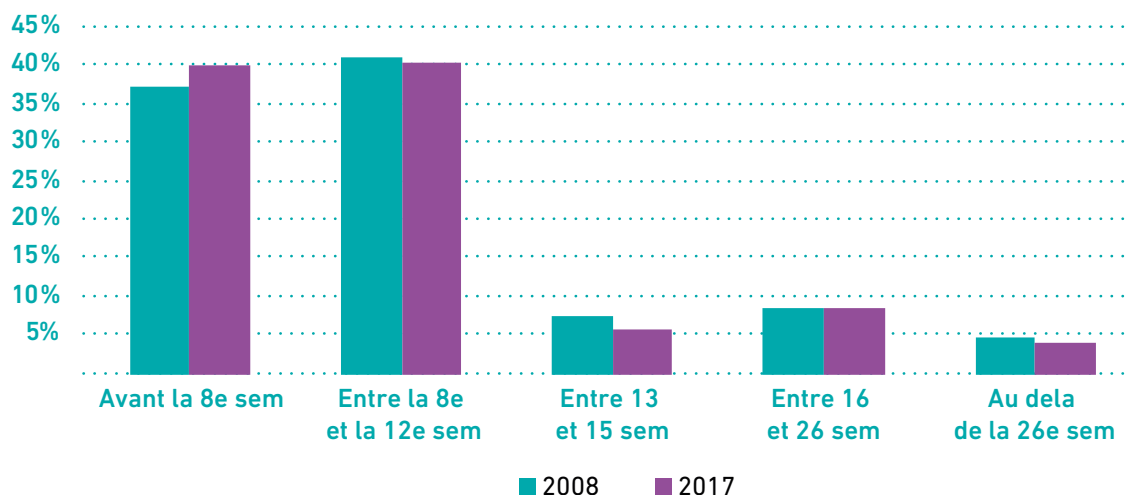
<sup>4</sup> INSERM : Institut National français de la Santé Et de la Recherche Médicale

En province de Hainaut comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, avant leur grossesse, les femmes en insuffisance pondérale sont un peu moins de 6% et la proportion de femmes en situation d'obésité représentent plus de 20% des femmes. Moins d'une femme sur 2 a une corpulence 'normale'.

Cette donnée diffère significativement de l'information disponible pour l'ensemble des mères au moment de l'accouchement. En effet, les mêmes questions relatives au poids et à la taille avant la grossesse sont posées lors de l'Avis de naissance, permettant la comparaison. Les femmes suivies par l'ONE présentent plus de maigrreur (insuffisance pondérale) et plus d'obésité que l'ensemble des mères, avant la grossesse.

### 1.5.13. Début du suivi de la grossesse

#### Début du suivi de la grossesse chez les femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008 et 2017

Le premier contact établi avec un professionnel de la santé pour le suivi de la grossesse peut survenir à tout moment durant la grossesse selon la situation.

Il est admis et démontré<sup>5</sup> que, plus le suivi de la grossesse est précoce, de qualité et régulier, plus les issues sont favorables pour la mère et pour l'enfant.

Le graphique, ci-dessus, présente l'âge de gestation de la grossesse lors du premier contact avec un professionnel qualifié quel qu'il soit, ONE ou privé, pour le suivi de la femme enceinte.

En Hainaut, le suivi des femmes enceintes débute plus précocement qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. En effet, 50% des femmes enceintes hainuyères ont déjà établi un contact avec un professionnel avant 8 semaines de grossesse. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion s'établit à 10 semaines.

Les femmes suivies par l'ONE ont, pour un certain nombre d'entre-elles, déjà eu un contact avec un autre professionnel (sage-femme, médecin de famille, gynécologue) avant de s'inscrire pour un accompagnement par l'ONE.

Le suivi de la grossesse est dit « précoce » lorsqu'il intervient lors du premier trimestre de la grossesse et est qualifié de « tardif » après la 15e semaine.

En 2017, 40,4% des femmes enceintes hainuyères ont déjà consulté un professionnel pour le suivi de leur grossesse au 2eme mois de gestation Cette proportion était de 37,3%, 10 ans plus tôt.

A la 12e semaine de grossesse, 80,9% des femmes enceintes suivies avaient consulté en 2017 contre 78,8% en 2008.

Les suivis tardifs sont observés chez environ 13% des femmes enceintes suivies. Les risques peuvent être importants et, ce retard dans l'accompagnement peut être révélateur de nombreuses situations psycho-méico-sociales préoccupantes ou marquer le déni de grossesse.

Ce relevé est pertinent dans l'accompagnement des TMS par rapport aux carences alimentaires et suppléments nécessaires au bon développement de la grossesse ; la régularité du suivi ; les démarches à entreprendre ; mais également dans les situations où la grossesse ne peut pas être poursuivie.

<sup>5</sup> Boerlaider et al. , Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries : a systematic review. BMC Pregnancy and childbirth 2013.13:81

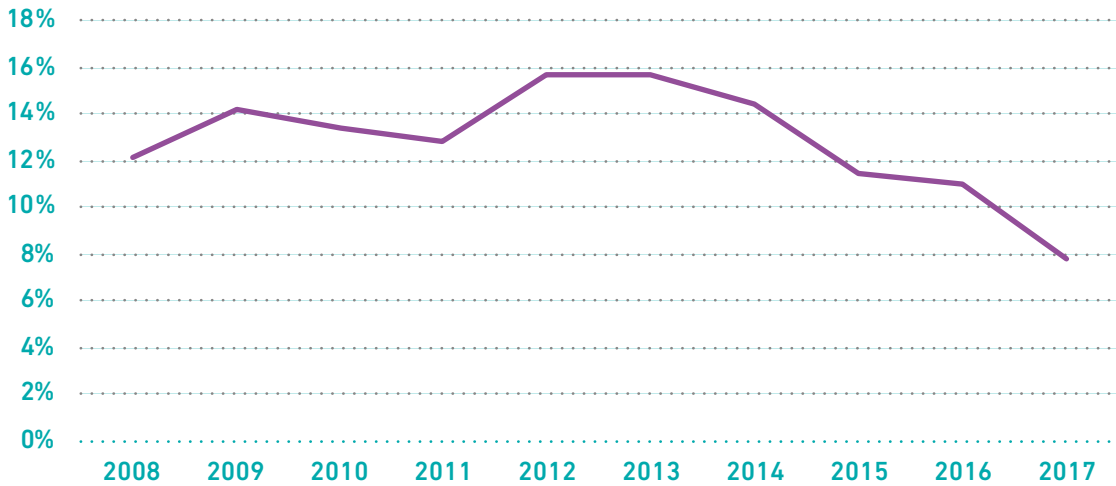


### 1.5.14. L'arrêt du suivi de la grossesse par la consultation de l'ONE

Le suivi de la grossesse peut être arrêté par la seule volonté de la femme enceinte bénéficiaire. L'accompagnement par l'ONE étant libre.

Ainsi, il arrive chaque année qu'un certain nombre de femmes enceintes interrompent leur suivi de grossesse.

#### Evolution de l'arrêt du suivi des femmes enceintes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

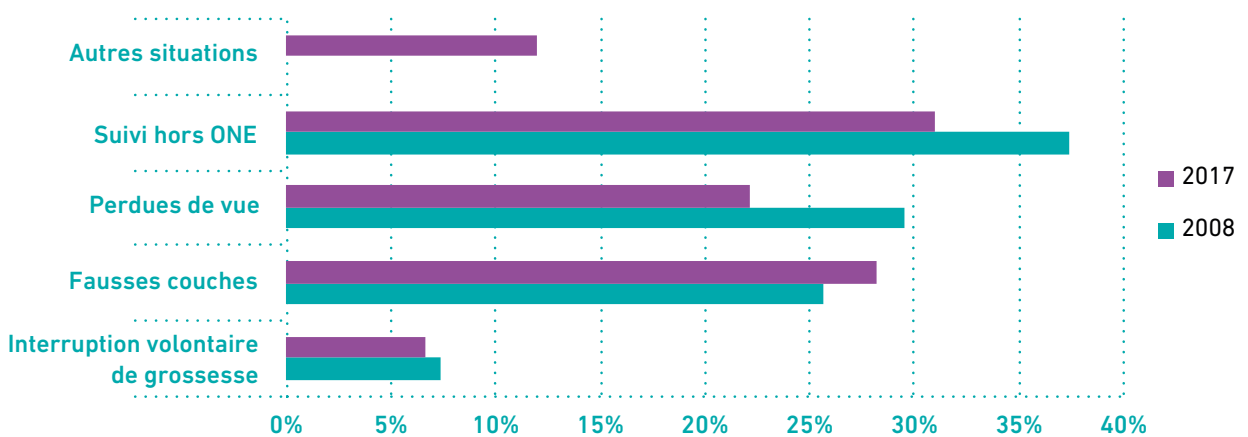
Les motifs ou raisons de cet arrêt du suivi sont variables.

Parmi les femmes ayant arrêté leur suivi prénatal au sein des structures en Hainaut, une part importante des femmes enceintes suivies (entre 30 et 37%) tant pour l'année 2008 qu'en 2017 continuent leur suivi de grossesse avec leur propre médecin, gynécologue ou sage-femme. Elles vont probablement accoucher là où exerce ce professionnel.

Dans 25 à 30 % des cas, l'arrêt du suivi de la grossesse fait suite à une fausse couche. Aussi, en moyenne une femme sur 4 est considérée comme perdue de vue, c'est-à-dire que le TMS qui fait le suivi n'en a plus aucune nouvelle.

Enfin, les interruptions de grossesse, incluant les quelques situations d'interruption thérapeutique rapportées, sont relativement stables et oscillent entre 5 et 7,5% sur les 10 années.

#### Motifs d'arrêt du suivi de la grossesse au sein de la CPN-ONE en Hainaut : comparaison 2008 et 2017



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008 et 2017

## 1.6. LA QUESTION DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE LA GROSSESSE

Les interruptions volontaires de la grossesse (IVG) sont évaluées dans un rapport biennal publié par la Commission nationale d'évaluation de la loi du 03 avril 1990. Cependant depuis le dernier Rapport publié en 2012 (données 2010-2011), plus aucune information sur les données n'a été communiquée par la commission<sup>6</sup>.

Les dernières données disponibles montrent qu'en 2011, le nombre d'IVG approchait les 20.000. En effet, pour l'ensemble de la Belgique, 19578 interruptions volontaires de grossesses ont été recensées.

L'âge des femmes qui ont eu recours à l'IVG était compris entre 10 et 52 ans avec une moyenne de 27 ans et 2 mois.

Cette même année, 2.605 IVG ont été reportés en province de Hainaut. D'après le SPF Economie, au 1er janvier 2012, 14871 naissances ont été enregistrées en 2011<sup>7</sup>.

Lorsque l'on fait le rapport entre le nombre d'IVG repris dans le Rapport de la Commission d'évaluation et le nombre de naissances pour la même année, on définit un ratio de 17,5 IVG pour 100 naissances en province de Hainaut.

Les chiffres de la province de Hainaut sont légèrement supérieurs à ceux de la Belgique qui compte 15,4 IVG pour 100 naissances vivantes pour la même année.

## 1.7. LES ISSUES OBSTETRIQUES DES FEMMES SUIVIES PAR L'ONE ET RESIDANT EN HAINAUT

Sur base des données des femmes enceintes suivies par l'ONE, entre 10 et 14% interrompent leur suivi pour le poursuivre ailleurs ou parce que la grossesse n'a pas abouti.

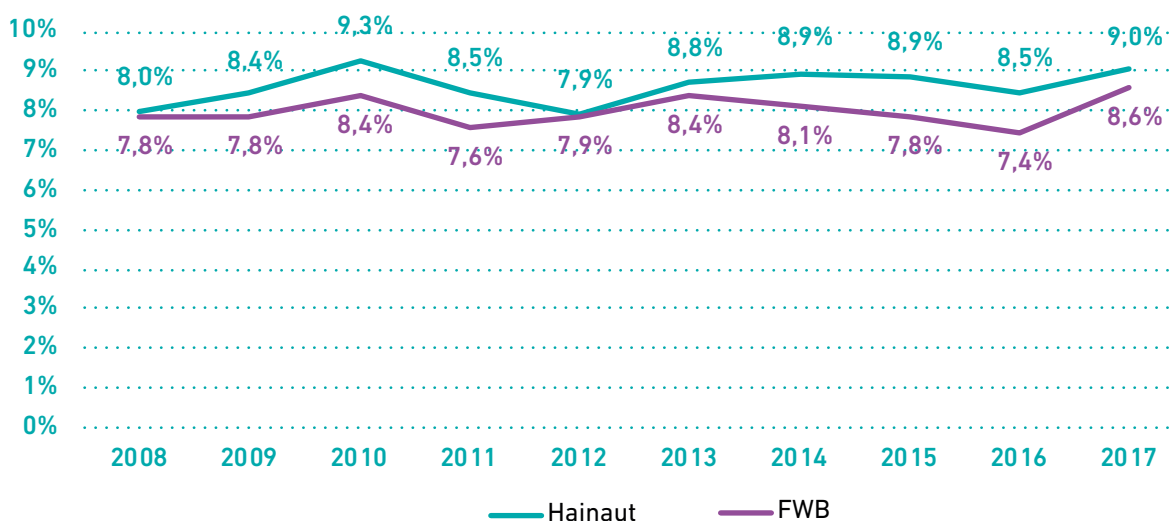
Les données reprises dans les 2 sous-chapitres qui suivent sont donc relatives aux femmes qui ont bénéficié d'un suivi ayant abouti à un accouchement et dont l'ONE a eu connaissance (87% des femmes enceintes suivies).

### 1.7.1. Le poids de naissance

A la naissance, le poids du nouveau-né est l'une des mensurations importantes qui est relevée. Il varie selon le terme de l'enfant. Le poids à la naissance est qualifié de 'petit' lorsqu'il n'atteint pas 2500 grammes.

Le nouveau-né peut perdre jusque 10% de son poids les premiers jours de vie, mais les récupérera les semaines qui suivent.

Evolution des petits poids de naissance chez les nouveau-nés issus des femmes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

<sup>6</sup> [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale\\_evaluatiecommissie\\_betreffende\\_de\\_zwangerschap-safbreking-fr/19083407\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_evaluatiecommissie_betreffende_de_zwangerschap-safbreking-fr/19083407_fr.pdf)

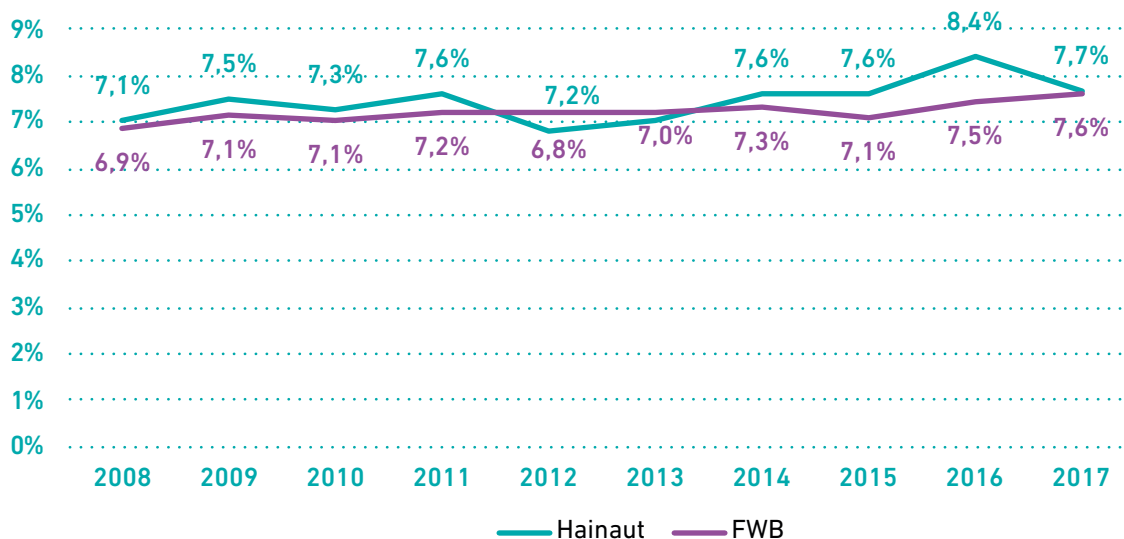
<sup>7</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite>

## 1.7.2. La prématurité

Théoriquement, la grossesse dure 9 mois (entre 38 et 42 semaines). La réalité peut être différente et, la durée de la grossesse dépend d'une femme à l'autre.

La prématurité définit toute naissance avant le terme de 37 semaines.

### Evolution de la prématurité chez les nouveau-nés issus des femmes suivies en CPN-ONE en Hainaut



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2008-2017

## 1.8. LA COUVERTURE DU SUIVI PRENATAL ONE PAR RAPPORT AUX ACCOUCHEMENTS

Sur base des données de suivi de la grossesse et plus précisément les données de subventions par l'ONE du suivi de la grossesse (DCVD), l'ONE suit 40% des femmes

qui accouchent en province de Hainaut. Pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 1 femme sur 3 qui accouche est suivie par l'ONE.

### Evolution des taux de couverture des femmes enceintes suivies par l'ONE par rapport aux accouchements en Hainaut et en FWB

<b>HAINAUT</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Femmes enceintes inscrites</b>	5863	5711	6021	5955	5637	5993	5706	5515	5465	5402
<b>Accouchements</b>	13682	13671	14106	14753	14616	14469	14247	13794	13486	13383
<b>Taux de couverture</b>	42,9%	41,8%	42,7%	40,4%	38,6%	41,4%	40,1%	40,0%	40,5%	40,4%
<b>FWB</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Femmes enceintes inscrites</b>	15517	15115	15898	16280	16398	17036	16969	17011	17208	17331
<b>Accouchements</b>	52250	52695	53370	54549	54677	54372	54256	52873	51885	50495
<b>Taux de couverture</b>	29,7%	28,7%	29,8%	29,8%	30,0%	31,3%	31,3%	32,2%	33,2%	34,3%

ONE : DCVD, « Nombre de femmes enceintes inscrites » et BDMS, « Avis de naissance », 2008-2017

Les tableaux ci-dessus constituent une indication parce que toutes les grossesses n'aboutissent pas toujours à un accouchement.

## 1.9. LA PLACE DES PERES

On observe que le père apparaît systématiquement dans les questions relatives au développement de l'enfant<sup>8</sup>.

La place et le rôle du père méritent d'être mieux précisés, à la fois auprès de l'enfant et auprès de la mère. Des spécificités apparaissent et se dévoilent d'autant plus dans les familles contemporaines.

## 1.10. LES VIOLENCES CONJUGALES : UNE CAMPAGNE DE L'ONE

La violence au sein des ménages et des couples est une réalité courante dans le monde entier qui engendre de sérieuses implications pour la santé. Elle peut occasionner directement ou indirectement divers problèmes tels que des changements physiologiques dus au stress, de la consommation de substances, ou encore l'impossibilité de maîtriser sa fertilité et l'absence d'autonomie personnelle, etc.

Si certains professionnels de l'ONE sont aujourd'hui déjà sensibilisés à l'impact d'un environnement conflictuel sur l'enfant (Cfr Rapport ONE, SOS-Enfants), il convient néanmoins de poursuivre, dans la lignée des autres campagnes déjà réalisées, la sensibilisation tant des familles que des professionnels de première ligne à ce phénomène, aux manières de le définir et aux conséquences qu'il peut avoir sur l'enfant et la famille.

Il s'agit également d'apporter aux professionnels, des réponses quant à l'attitude à adopter face à ces situations et aux possibilités d'accompagnement qu'ils peuvent proposer aux familles concernées. Il s'agit par ailleurs, de souligner l'importance de la mise en place d'un réseau collaboratif multidisciplinaire dans le respect du secret professionnel.

Les violences conjugales sont ainsi au programme de la campagne thématique 2018-2019 de l'ONE, dans une approche préventive.



<sup>8</sup> Goldbeter-Merinfeld, É. (2015). La place des pères dans les familles. Introduction. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 54,(1), 5-11. doi:10.3917/ctf.054.0005.







Les naissances et accouchements  
en Hainaut



Les statistiques établies à partir des données de la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) réfèrent à des naissances vivantes de « droit », c'est-à-dire qu'elles sont ventilées selon le lieu de résidence habituelle de la mère. Elles sont répertoriées selon la commune de résidence après fusion, tel que déclaré au Travailleur Médico-Social (TMS) de l'Office lors de leur rencontre, la plupart du temps, durant le séjour en maternité.

Le nombre de naissances officielles réfère quant à lui au nombre de naissances de droit mais sur base de la résidence officielle de la mère. Pour l'ONE, il est admis que la résidence habituelle de la mère est privilégiée par rapport à sa résidence officielle.

## Evolution des naissances en Hainaut selon les sources ONE et Statistics Belgium

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Avis de naissance ONE</b>	13907	13885	14349	14991	14850	14714	14502	14031	13727	13592
<b>Naissances Officielles DGSIE</b>	15247	15055	15070	14978	14871	14615	14437	14009	13664	13619
<b>Taux de couverture</b>	91,2%	92,2%	95,2%	100,1%	99,9%	100,7%	100,5%	100,2%	100,5%	99,8%

BDMS-ONE, « Avis de naissance » et « Statistics Belgium (SPF Economie) », 2008-2017

Le tableau, ci-dessus, indique l'exhaustivité et la représentativité de la population décrite par l'ONE dans ce chapitre relatif aux naissances des 10 dernières années. Il s'agit bien de la population 'totale' des nouveau-nés et/ou des mères de la province.

Entre 2008 et 2017, en Hainaut, le taux moyen de couverture des « Avis de naissance » par rapport aux naissances officielles est de 98%.

Du fait de la proximité géographique avec la France et la Flandre, ou encore de séjours au sein de la famille de façon passagère après l'accouchement, certaines années, le nombre de nouveau-nés pour lesquels le TMS élabore un « Avis de naissance » est légèrement supérieur au nombre officiel de naissances issues des résidentes de la province.

Si 98% des enfants disposent d'un avis de naissance, 91% des nouveau-nés sont effectivement vus par le TMS durant leur séjour en maternité. Cette proportion reste relativement élevée et stable dans le temps.

Les « Avis de naissance » non complétés en maternité lors de la présentation des services de l'ONE par le TMS sont alors complétés à posteriori lors d'autres moments de rencontre avec la famille ou via l'administration communale.

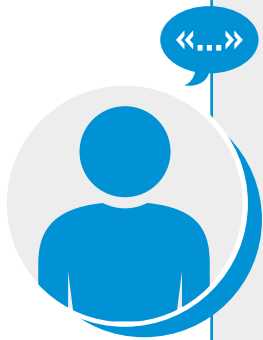
Le nombre d'avis de naissance ONE peut être différent du nombre de naissances officielles publié annuellement par les statistiques du Service Public Fédéral Economie ou Statistics Belgium (données officielles) pour différentes raisons : le lieu de résidence effective peut être différent de celui mentionné sur les documents officiels ; le séjour écourté en maternité et/ou l'accouchement survenant durant le week-end ne permet pas toujours de compléter l'avis de naissance.

## RÔLE DU SERVICE DE LIAISON EN MATERNITÉ :

Il s'agit d'une prise de contact avec la famille, pendant le séjour de l'accouchée en maternité.

Les objectifs de ce contact sont de :

- Présenter les services de l'ONE : les consultations, les visites à domicile, les permanences, etc.
- Etablir les bases d'une relation de confiance
- Soutenir la parentalité, notamment en valorisant et en renforçant les compétences des parents
- Etablir l'«Avis de naissance» qui permettra la liaison et la communication entre le TMS de l'hôpital et celui du lieu de résidence
- Assurer la continuité de l'action psycho-médicosociale avec les autres collègues de l'ONE, mais aussi intra et extra hospitalier



### Caroline SCOUPERMANNE,

TMS en service de liaison à la maternité de Lobbes, mais aussi en Consultation pour enfants en plus de la surveillance élargie à domicile (SED)

« Dans mon secteur, la population qui fréquente la Consultation de l'ONE est très variée, et le profil des mères qui accouchent tout autant. Au sein de la maternité, le travail en amont est rendu possible grâce à un groupe de travail au sein du réseau qui permet à la TMS de rentrer en contact avec la future mère dès sa visite à l'hôpital chez son gynécologue, étant donné qu'il n'existe pas de structure ONE de suivi de la grossesse au sein de l'institution. Ce contact permet de proposer les services d'accompagnement de l'ONE, mais surtout d'anticiper certaines demandes telles que le séjour en maternité, la visite en postpartum ou même l'inscription en crèche, etc.

La visite à domicile est ainsi plus précoce, étant donné que le suivi postpartum est moins organisé par l'hôpital, sinon avec des sages-femmes indépendantes.

La plupart du temps, les dépistages sont effectués avant la sortie de la maternité.

De nombreuses familles souhaitent la visite à domicile par l'ONE uniquement, parce qu'elles ont leur pédiatre privé.

Le rôle du TMS est très compliqué car pris entre le travail administratif, l'accompagnement médico-social, le travail en réseau et la réalité de vie de la famille. La collecte de données ne tient pas toujours compte de la dynamique familiale. Les familles changent, leur choix évolue et la collaboration n'est pas toujours aisée pour certains aspects de leur vécu. Créer la confiance avec la famille prend du temps, beaucoup de temps ».



### Françoise GILLAIN,

TMS en service de liaison à Chimay, en consultation périodique

« Je travaille dans un secteur rural à proximité de la frontière française. Les mères qui accouchent à la maternité de Chimay résident dans la commune ou dans la province de Namur proche. Une part des résidentes de Chimay accouchent également à Charleroi ou en France. Le suivi par la sage-femme à domicile ne peut être effectué que par des professionnels indépendants. L'une des difficultés en matière de suivi selon mon expérience, est la faible utilisation du Carnet de l'enfant (devenu Carnet de Santé 0-18 ans) par les différents professionnels que la famille rencontre, notamment lorsque l'accouchement a eu lieu dans d'autres maternités ou en France. Dans ce dernier cas, l'information de la naissance qui transite par l'Administration subrégionale de Namur, peut nous parvenir des mois après la naissance sans la moindre connaissance de l'état vaccinal, encore moins des dépistages.

La prise en compte du contexte de ruralité est capitale pour au moins 2 raisons qui me semblent importantes : le réseau local peu étoffé et moins structuré, mais aussi les difficultés de communication téléphonique ou de connexion internet en zone transfrontalière. Heureusement, la plupart du temps, les familles s'adaptent aux échanges téléphoniques écrits (SMS). »

## 2.1. DONNÉES D'ACCOUCHEMENT

Les accouchements traduisent l'issue de la grossesse qui est menée à terme. Les données d'accouchement sont relatives à la mère et celles de naissance aux nouveau-nés. En conséquence, le nombre de naissances est à distinguer du nombre d'accouchements. En effet, en raison du nombre de grossesse gémellaire ou multiple,

le nombre de nouveau-nés est toujours supérieur à celui des mères. Si l'on confond les deux dénominateurs, on risque de commettre une erreur de l'ordre de 1,5 à 2% dans les analyses du fait du dédoublement des mères ayant accouché de jumeaux.

### Evolution du nombre de nouveau-nés (naissances) et des mères (accouchements) en Hainaut

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
<b>Nombre de nouveau-nés</b>	13907	13885	14349	14991	14850	14714	14502	14031	13727	13592	<b>170114</b>
<b>Nombre de mères</b>	13682	13671	14106	14753	14616	14469	14247	13794	13486	13383	<b>167304</b>

BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

Pour rappel, l'ONE est informé de plus de 98% des naissances de mères résidant dans la province de Hainaut. Ces données sont donc représentatives des nouveau-nés et des mères de la province.

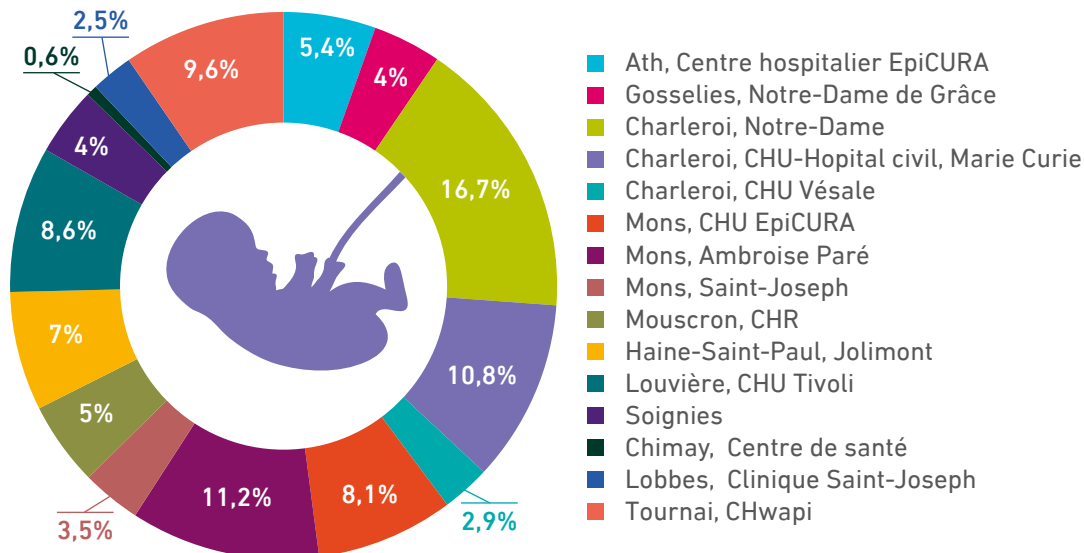
D'après l'avis de naissance, parmi les mères ayant accouché et résidentes en Fédération Wallonie-Bruxelles, tout comme en Wallonie et en Hainaut, entre 44 et 45% des femmes accouchent de leur premier enfant.

### 2.1.1. Lieu d'accouchement

Environ 90% des mères résidant en province de Hainaut accouchent dans une des 15 maternités implantées dans la province.

En 2017, 11.932 avis de naissance mentionnaient la maternité où l'accouchement a eu lieu. La répartition des maternités est représentée par le graphique suivant.

#### Répartition des maternités d'accouchement des mères résidentes en Hainaut en 2017



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2017

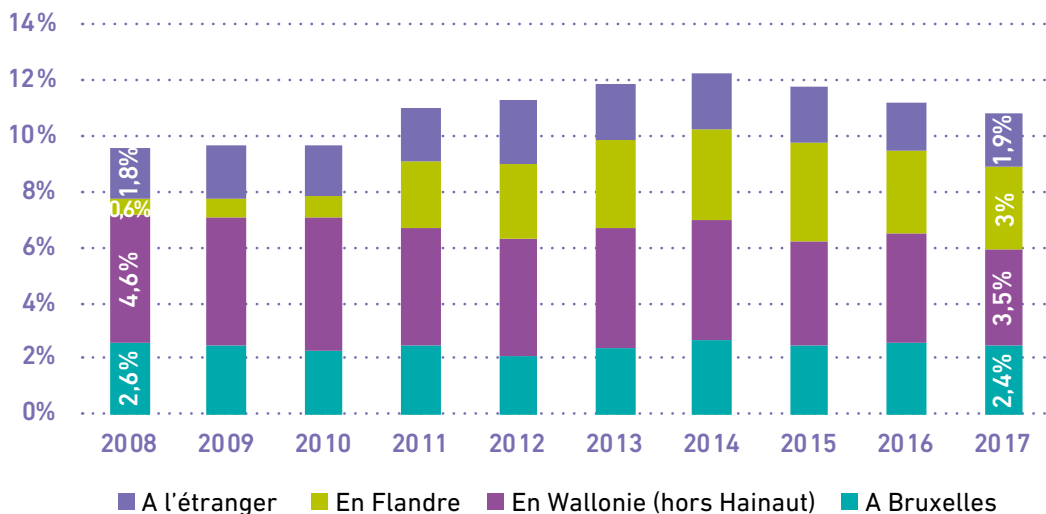
Les lieux d'implantation des maternités mentionnés, ci-dessus, ne prennent pas en compte les autres maternités d'accouchements situées en dehors de la province.

beaucoup évolué. Il est à noter qu'une part de françaises (1,9% des mères) résidant en Hainaut retournent accoucher en France.

On observe une augmentation des accouchements des mères hainuyères qui se rendent dans les maternités situées en Flandre, passant de 0,6 à 3,0%. En dehors du territoire belge (en France surtout), la proportion des accouchements des femmes résidant en Hainaut n'a pas

En outre, les accouchements survenant à Bruxelles sont restés relativement stables (2,4% en 2017). Une diminution des accouchements survenant dans les autres maternités de Wallonie, est cependant observée, passant de 4,6% en 2008 à 3,5% en 2017.

#### Evolution des accouchements des mères hainuyères survenant en dehors de la province de Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

## 2.1.2. L'âge de la mère

### 2.1.2.1. L'âge médian

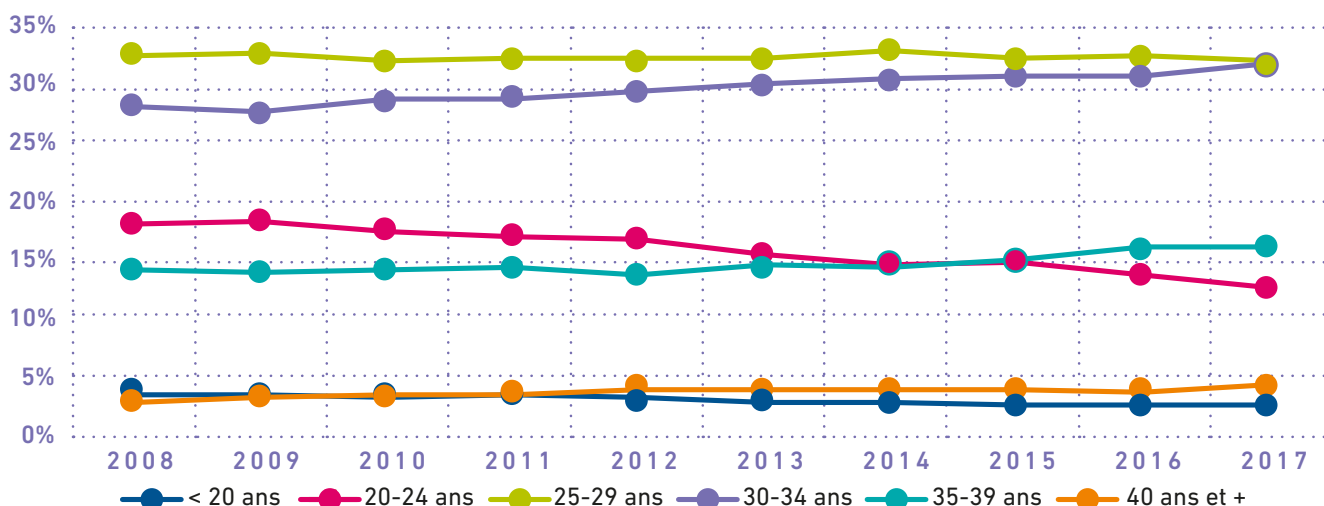
L'âge des femmes au moment de l'accouchement est en continuelle augmentation. Au cours des 10 dernières années, il a augmenté de 12 mois, passant de 29 ans à 30 ans (en 2017).

Cependant, en province de Hainaut, l'âge médian au premier enfant se situe à 28 ans.

Pour chacun de ces 2 repères d'âge de la mère, le Hainaut est d'une année en dessous de la médiane de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Il y a encore quelques années, l'augmentation de l'âge des mères à l'accouchement était principalement observée chez les femmes les plus instruites. Actuellement, on peut l'observer dans toutes les catégories sociales y compris parmi les populations d'origine étrangère. Cela va de pair avec les séparations de couples suivies de nouvelles unions qui sont parfois scellées par la naissance d'un enfant. Les femmes de deuxième génération de migrants ayant les mêmes modes de vie relationnelle que la population d'origine belge avec l'accès aux études, l'emploi, mais aussi les désunions.

### Evolution des catégories d'âge des mères en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

Les catégories d'âge supérieures ou égales à 30 ans montrent des proportions plus importantes en Fédération Wallonie-Bruxelles par rapport celles de la province

### 2.1.2.2. L'évolution des catégories d'âge

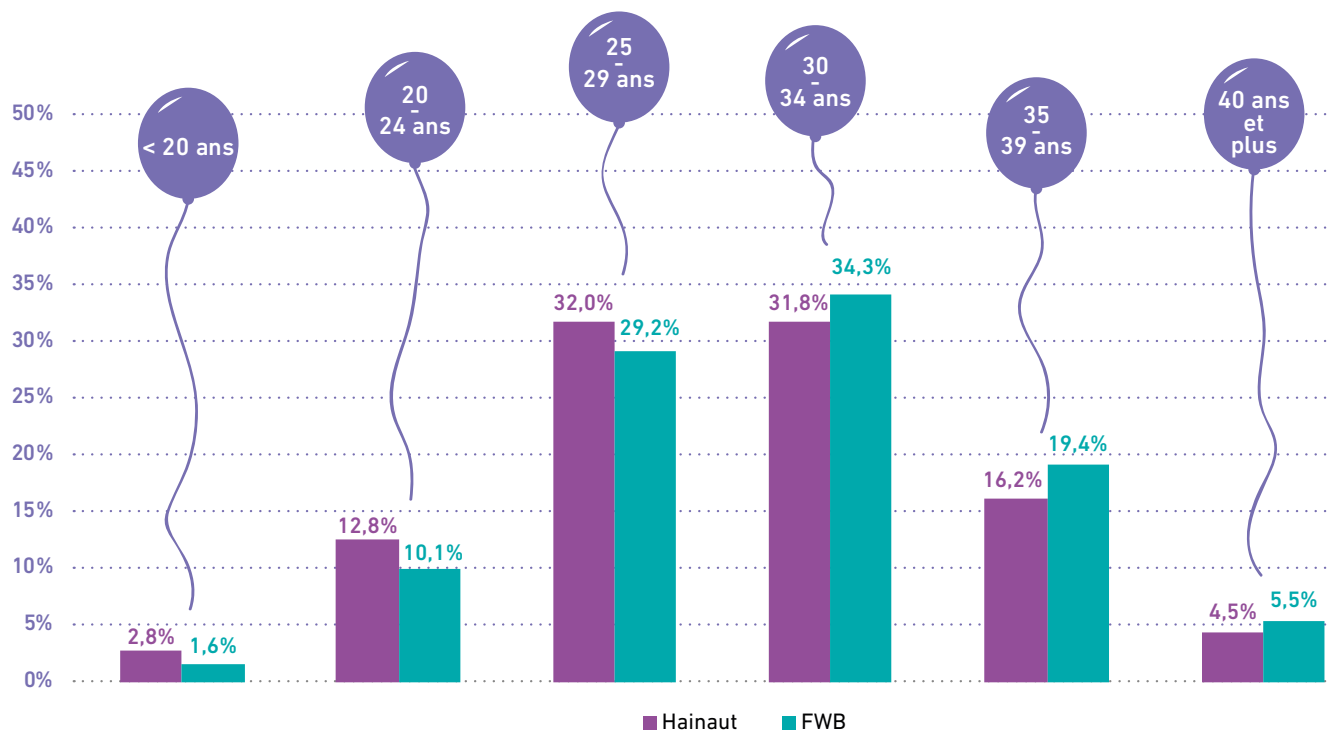
Lorsque l'on catégorise l'âge des mères, on peut observer une tendance générale confortant le report de l'âge de la maternité évoqué précédemment. Les catégories d'âge de mères de 30 ans et au-delà sont en augmentation relative.

Les catégories d'âge comprises entre 30 et 34 ans sont passées de 28,2% à 31,8% au cours des 10 dernières années ; les 35-39 ans de 14,3% à 16,2% et les 40 ans et plus de 3,1% à 4,5%.

Durant cette même période, les proportions des catégories d'âge situées en-dessous de 30 ans sont quant à elles en diminution et de façon plus marquée pour certaines catégories que d'autres. La proportion des femmes de 25 à 29 ans est restée relativement stable, variant peu autour des 32,5% (de 32,8% en 2008 à 32,0% en 2017). En 2017, les 20-24 ans représentent une proportion de 12,8% contre 18,1% il y a 10 ans. Et celle des femmes de moins de 20 ans est passée de 3,7% en 2008 à 2,8% en 2017.

de Hainaut. Ces différences attestent que les mères hainuyères sont plus jeunes que celles résidant en FWB.

## Proportions des mères par catégories d'âge en Hainaut et en FWB en 2017



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2017

### 2.1.2.3. Les mères les plus jeunes, de nombreux défis

La catégorie d'âge la plus préoccupante pour le travail de première ligne, si tous les autres indicateurs sont par ailleurs égaux, est celle des mères de moins de 20 ans, plus vulnérables à différents égards.

Alors que pour les femmes les plus jeunes de cette catégorie, les préoccupations sont surtout d'ordre obstétrical, on observe des situations d'ordre socioéconomique et psychologique parfois alarmantes pour les autres catégories (Cfr Rapport BDMS 2003). L'accompagnement

de ces mères très jeunes nécessite une coordination rigoureuse telle qu'elle se fait dans différents lieux en province de Hainaut. Certaines coordinations sont plus formalisées au sein d'un plan local de cohésion ou s'organisent sous forme de midi-rencontres, d'autres sont plus individualisées.

Le tableau, ci-dessous, reprend le nombre d'accouchements pour les femmes âgées de moins de 20 ans. Cette situation concernait plus de 360 résidentes en province de Hainaut en 2017.

### Evolution du nombre d'accouchements chez les femmes de moins de 20 ans en Hainaut

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Moins de 15 ans	0	5	5	9	5	2	2	1	0	2
15-17 ans	128	125	117	127	127	124	116	83	87	83
18-19 ans	381	358	358	406	366	320	313	293	295	281
<b>Total moins de 20 ans</b>	<b>509</b>	<b>488</b>	<b>480</b>	<b>542</b>	<b>498</b>	<b>446</b>	<b>431</b>	<b>377</b>	<b>382</b>	<b>366</b>

BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

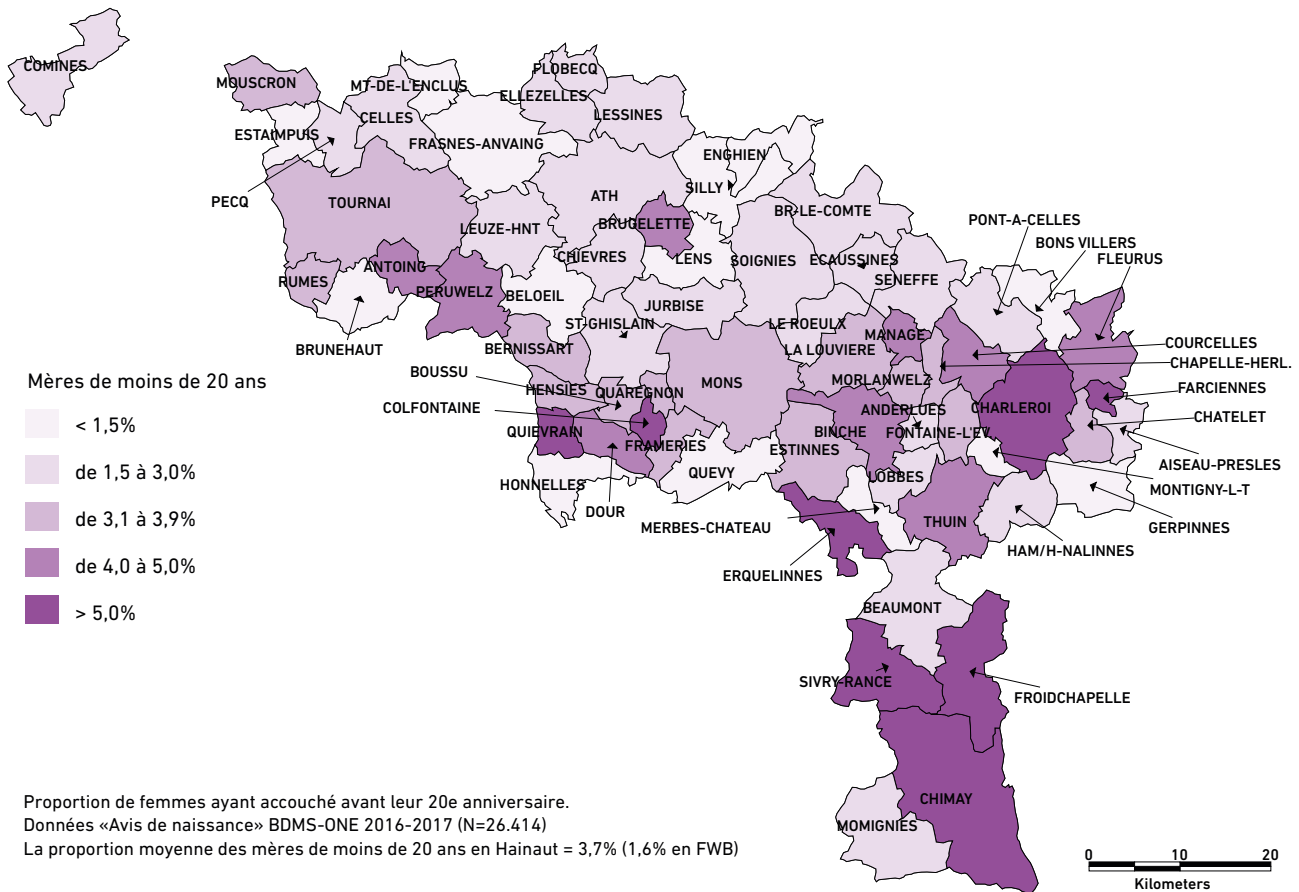
Malgré une diminution de la proportion des mères de moins de 20 ans, cette tranche d'âge reste préoccupante par rapport aux défis liés à l'accouchement, à la maternité et à la parentalité. Régulièrement, les travailleurs de terrain de l'ONE font part des préoccupations qu'ils peuvent rencontrer et de l'investissement nécessaire pour activer leur réseau. Les difficultés sont relatives au logement, aux moyens de subsistance, à l'isolement et au sentiment de solitude, au décrochage scolaire, à la

rupture des relations familiales, à la garde d'enfant, à l'emploi, etc.

En 2017, ces accouchements représentaient encore 2,8% des accouchements dans la province et 1,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il s'agit aussi pour les professionnels qui accompagnent ces femmes, d'établir différents relais pour garantir les possibilités de recourir aux droits sociaux.



## Proportions des mères âgées de moins de 20 ans par commune en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

Les communes où sont relevées des proportions les plus élevées d'accouchements chez les femmes de moins de 20 ans pour les 2 dernières années cumulées (2016 et 2017) sont Chimay (7,7%), Quievrain (7,2%), Farciennes (6,5%), Erquelinnes (6,1%) et Sivry-Rance (5,8%). Ensuite, viennent Colfontaine (5,6%) et Charleroi (5,3%).

Les communes ayant les proportions d'accouchements chez les femmes de moins de 20 ans les plus faibles durant les mêmes années sont Gerpennes, Honnelles, Quevy, Lens ou Mont-de-l'Enclus. Dans ces communes, on ne compte aucun accouchement de femmes de moins de 20 ans avec un nombre de naissances compris entre 80 et 200, à l'exception de Mont-de-l'Enclus qui totalise moins de 30 naissances annuellement.

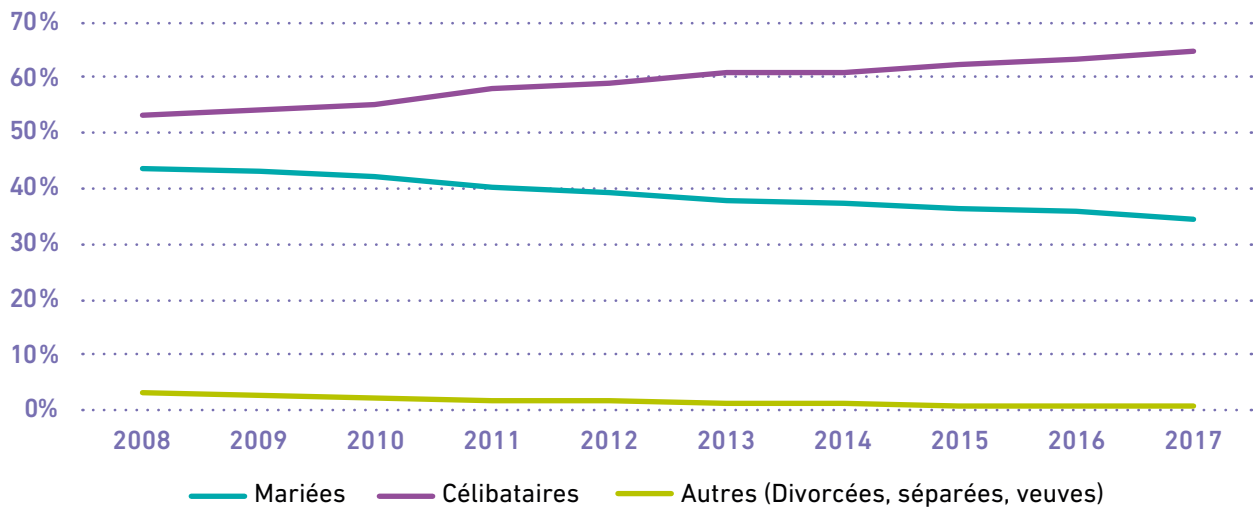
### 2.1.3. L'état civil des mères

L'état civil des mères décrit une situation familiale officielle. On observe d'une part une augmentation de la proportion des mères célibataires qui est passée de 53,4% en 2008 à 64,5% en 2017. Cette augmentation se fait au détriment de la proportion des femmes ma-



riées, qui d'autre part, passent de 43,5% à 34,4% sur 10 années. Cette constatation doit être nuancée par le fait que la cohabitation légale rentre dans la catégorie des célibataires.

## Evolution de l'état civil des mères au moment de l'accouchement en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

### 2.1.4. La situation relationnelle des mères à l'accouchement

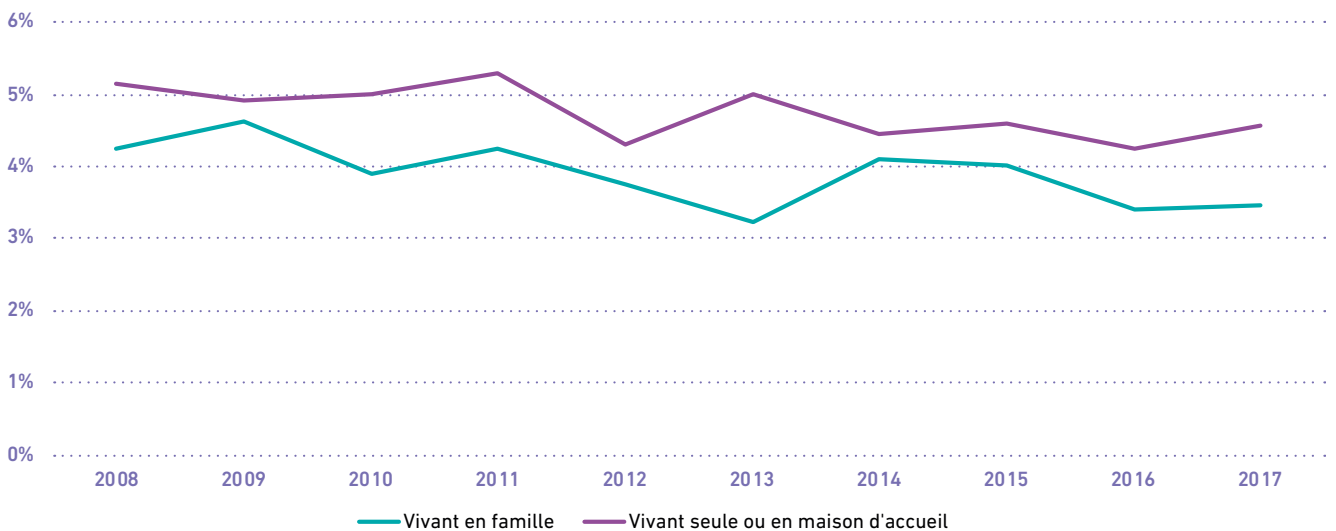
La situation relationnelle de la mère est définie par la présence autour d'elle d'un support, d'un soutien ou d'une compagnie. Il est compliqué de mesurer l'intensité des relations. Il a été privilégié de mesurer la situation de fait, l'existence ou pas d'une ou plusieurs personnes dans le ménage en ce moment délicat que constitue la maternité.

La situation relationnelle de la mère mesure son environnement immédiat, ses rapports directs au niveau

individuel. Cette situation caractérise les mères vivant seules, celles vivant dans une maison d'accueil, les mères vivant en couple et celles vivant au sein de leur famille c'est-à-dire, entourées.

En 2017, 91,9% des mères vivent en couple. Et, 8,1% des mères vivent soit en famille ou entourées de leurs proches (3,5%), soit isolées (4,6%). Cette dernière catégorie reprend les mères vivant toutes seules ou dans une maison d'accueil.

### Evolution de la proportion des mères vivant en famille et celles vivant seules ou en maison d'accueil en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

#### 2.1.4.1. Les mères vivant seules

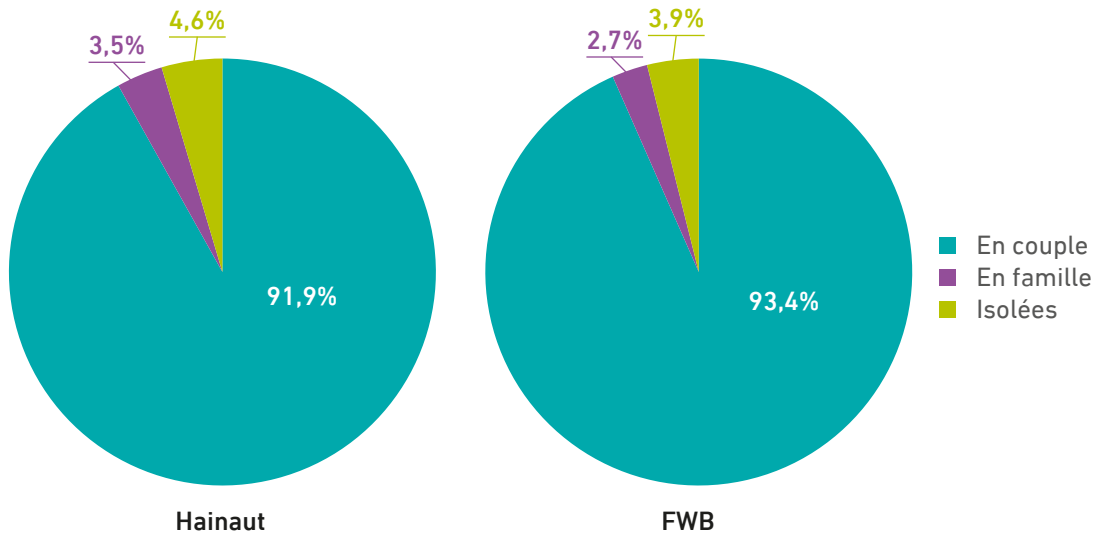
Le fait de réunir au sein d'un seul indicateur les « mères isolées », les mères vivant seules et celles vivant en maison d'accueil permet de décrire un groupe spécifique nécessitant un soutien renforcé des TMS, particulièrement par des visites à domicile. En effet, il s'agit de mères n'ayant pas ou peu de soutien immédiat et quotidien pour subvenir à leurs besoins et à ceux de l'enfant.

Les mères vivant ainsi isolées peuvent présenter des risques importants tant pour leur enfant que pour elles-

mêmes. D'autres vulnérabilités se superposant fréquemment à l'isolement de celles-ci.

Il existe des collaborations avec les équipes de TMS dans différentes communes de la province. Par exemple, la maison d'hébergement « Le triangle », contribue à rompre l'isolement des mères au sein des structures d'hébergement grâce à un accompagnement des familles par le TMS.

Situation relationnelle des mères à l'accouchement en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2017

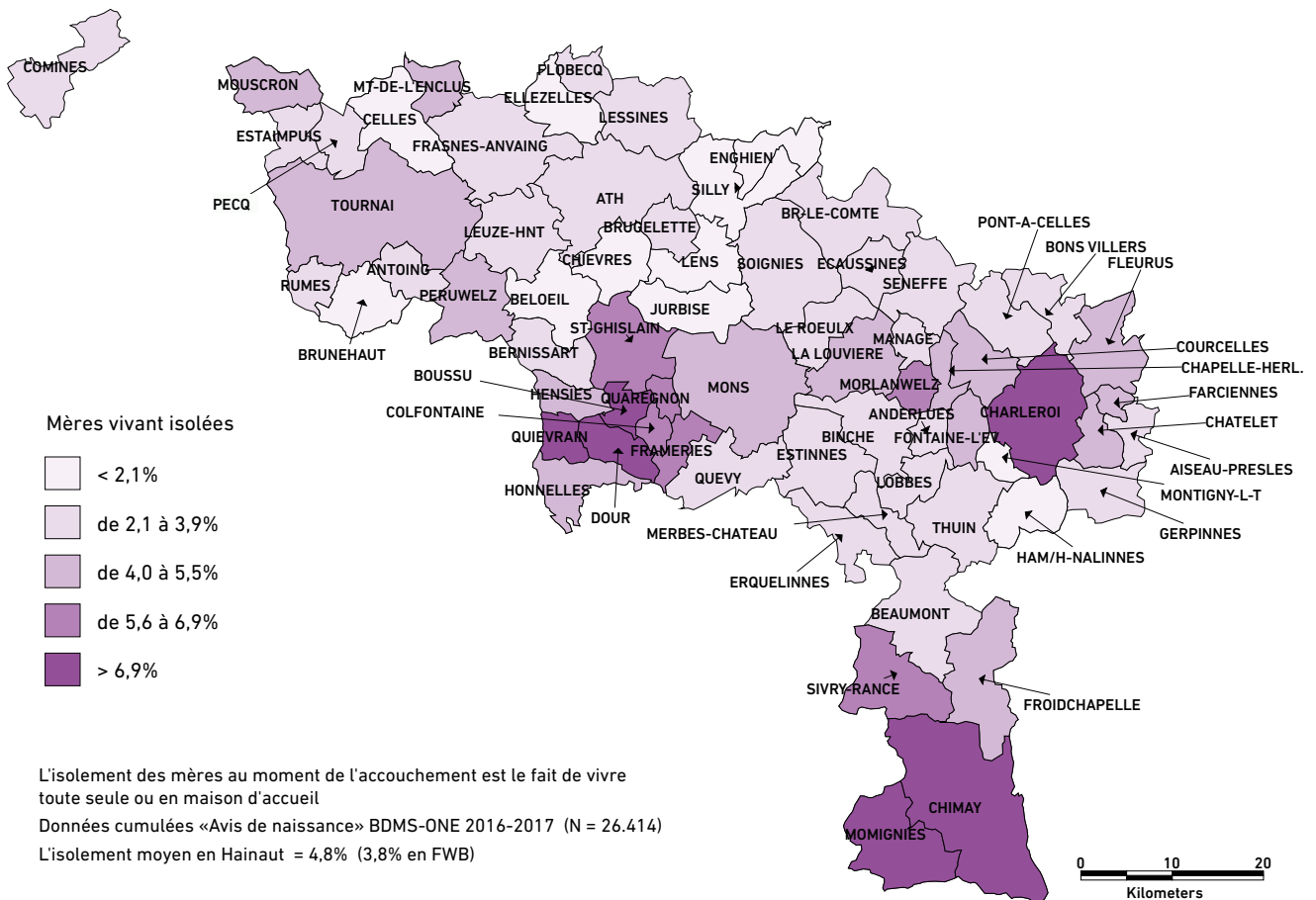
2.1.4.2. Le sentiment d'isolement

Le sentiment ou le vécu d'isolement est à distinguer de la situation d'isolement. Seul, le fait d' « être isolée » est considéré dans la BDMS. En effet, l'isolement est une situation de fait, observable et vérifiable sans équivoque, alors que le sentiment d'isolement, qui ne peut être que le ressenti de la mère elle-même est plus difficile à mesurer.

Vivre seul, témoigner d'un réseau social restreint et avoir peu de contacts sociaux représentent des indicateurs d'isolement social.

Les études montrent que l'isolement touche plus particulièrement les catégories sociales défavorisées (Fondation de France, 2013; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2016).

Proportion des mères vivant seules ou en maison d'accueil par commune en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

Dans le cadre spécifique de la maternité<sup>1</sup>, l'isolement renvoie au fait selon lequel « la femme n'attend pas de support de la famille ni des amis pour les activités de la vie quotidienne après la naissance de son enfant<sup>2</sup> ».

Le concept d'isolement social renvoie à différentes composantes<sup>3</sup> et indicateurs qui ne peuvent être traités de manière indépendante : les caractéristiques du réseau d'aidants (taille, densité, étendue, etc.), la provenance de l'aide (sous-réseaux de la famille, de la belle-famille, des amis, des ressources communautaires, des ressources professionnelles, etc.), les caractéristiques des liens existants entre les membres du réseau (multiplicité, réciprocité, symétrie, durée, etc.), la nature de l'aide offerte (soutien affectif, cognitif, normatif, matériel, etc.), les composantes subjectives (le besoin ressenti d'aide ou le degré de satisfaction face à l'aide reçue, l'adéquation de l'aide reçue, etc.), la réalisation de l'aide (aide potentielle ou effective), le degré de participation sociale de l'individu à diverses institutions et son degré d'intégration sociale.

Le terme général d'isolement social désigne donc des réalités distinctes :

Premièrement l'isolement relationnel. Celui-ci désigne communément un état objectif de manque ou d'absence de contacts avec autrui (Pan Ké Shon, 1999). Cependant, quand l'état d'isolement relationnel est choisi, celui-ci est considéré comme une caractéristique potentiellement positive.

Deuxièmement, le terme isolement peut faire référence au sentiment de solitude ou à l'état d'abandon dans lequel se sent l'être humain face à la société. La solitude correspond à une insatisfaction face à l'aspect quantitatif ou qualitatif des relations que l'individu développe.

En troisième lieu, ce concept évoque l'absence de compagnie familiale à l'intérieur du ménage. La mère vit seule temporairement ou durablement (Briançon et al, 1985).

### 2.1.5. La nationalité d'origine de la mère

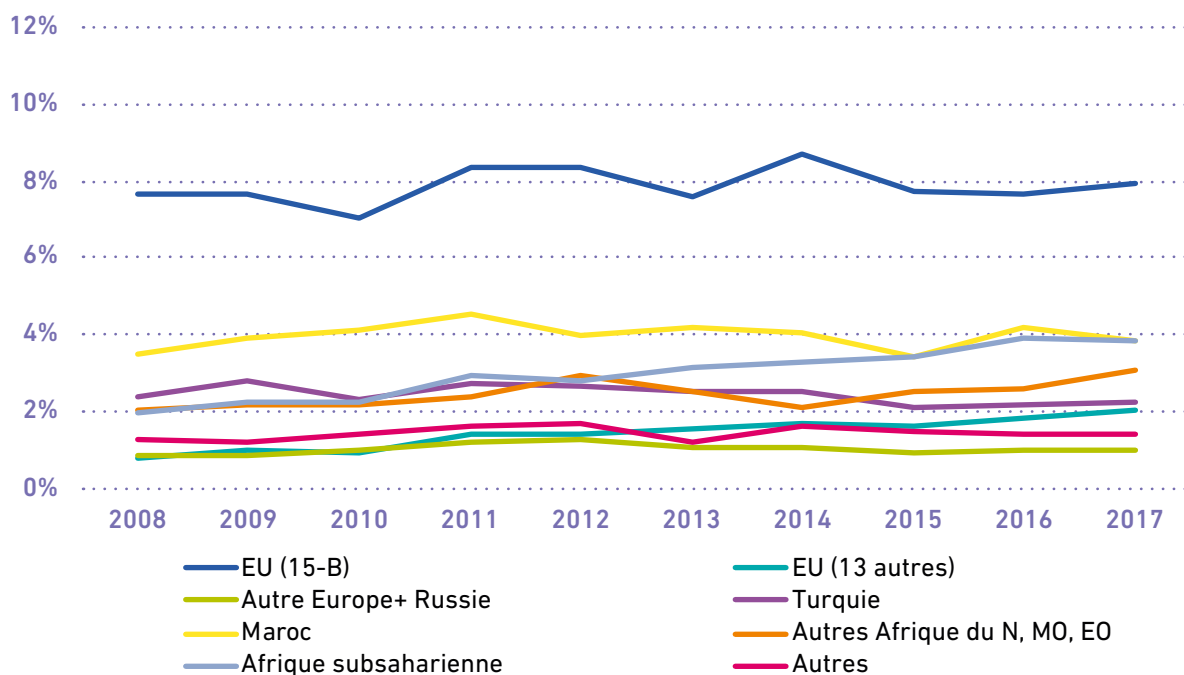
La nationalité d'origine de la mère est définie comme la nationalité qu'elle portait au moment de sa naissance. Cette définition est celle qui est admise par la BDMS malgré les limites qu'on pourrait lui reconnaître.

En Hainaut, environ 75% des mères sont d'origine belge (donc de nationalité belge au moment de leur naissance). Plus précisément, 74,8% en 2017. Cette proportion est quasiment constante depuis 2010.

Les mères d'origine étrangère sont essentiellement issues des 15 premiers pays membres de l'Union européenne (8%). Les 13 autres pays adhérents représentant 2% des nationalités de mères du Hainaut.

Les nationalités d'origine étrangère qui augmentent le plus sur les 10 dernières années sont celles d'Afrique subsaharienne, passant de 2,0% à 3,9%.

#### Evolution de la proportion des mères de nationalité d'origine étrangère en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

## 2.1.6. Le niveau de compréhension de la langue française

Parmi les mères résidant en province de Hainaut, 2,3% présentaient des difficultés de compréhension du français en 2017. Cette proportion a diminué de façon constante passant de 3,0% à 2,3% en 10 ans, sauf en 2015 où elle s'élevait à 1,8%.

Pour remédier aux difficultés de communication en langue française, il existe au niveau de certaines Consultations de l'ONE un service de traduction et d'interprétariat social tel que le SETIS. Ce travail répond à une certaine demande certaine et, pour la province de Hainaut, on dénombre chaque année environ 300 mères bénéficiant de cet accompagnement.

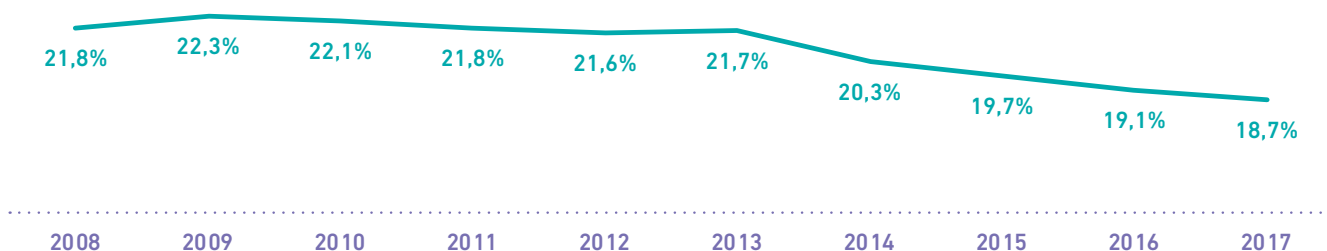
Les problèmes liés à la langue française ne sont pas uniquement l'apanage des mères d'origine étrangère. Les documents écrits peuvent être inaccessibles à une part des mères.

C'est pourquoi, pour faciliter l'accès à l'information aux mères présentant un problème de lecture, de nombreuses brochures de l'ONE sont traduites en différentes langues.

Il existe également des outils d'éducation à la santé adaptés aux familles présentant des difficultés de lecture ou un autre type de handicaps.

## 2.1.7. Les habitudes tabagiques

### Evolution de la proportion de mères consommant du tabac au quotidien en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

La consommation de tabac chez les mères au moment de l'accouchement est en diminution continue.

Les catégories établies en fonction du nombre de cigarettes fumées au quotidien restent relativement constantes dans le temps à l'exception de la catégorie de plus de 20 cigarettes au quotidien.

Comme l'indique le graphique suivant, la proportion de mères qui fument plus de 20 cigarettes au quotidien a diminué au cours des 10 dernières années. Cette diminution est davantage liée à un changement de pallier qu'à un arrêt qui survient plus rarement.

Les mères fumeuses sont surtout plus jeunes. Entre 5 et 6% des fumeuses ont moins de 20 ans. Elles vivent plus souvent seules que la moyenne de la population des nouvelles accouchées (10%), sont plus souvent

d'une nationalité d'origine belge (86,2%) ou d'un pays de l'Union européenne (7,7%) et 56% des fumeuses ont allaité leur nouveau-né en 2017 dans le Hainaut.

1% des fumeuses n'ont pas bénéficié d'un suivi de la grossesse (0,3% des accouchées en Fédération Wallonie-Bruxelles) et 40% sont suivies par l'ONE.

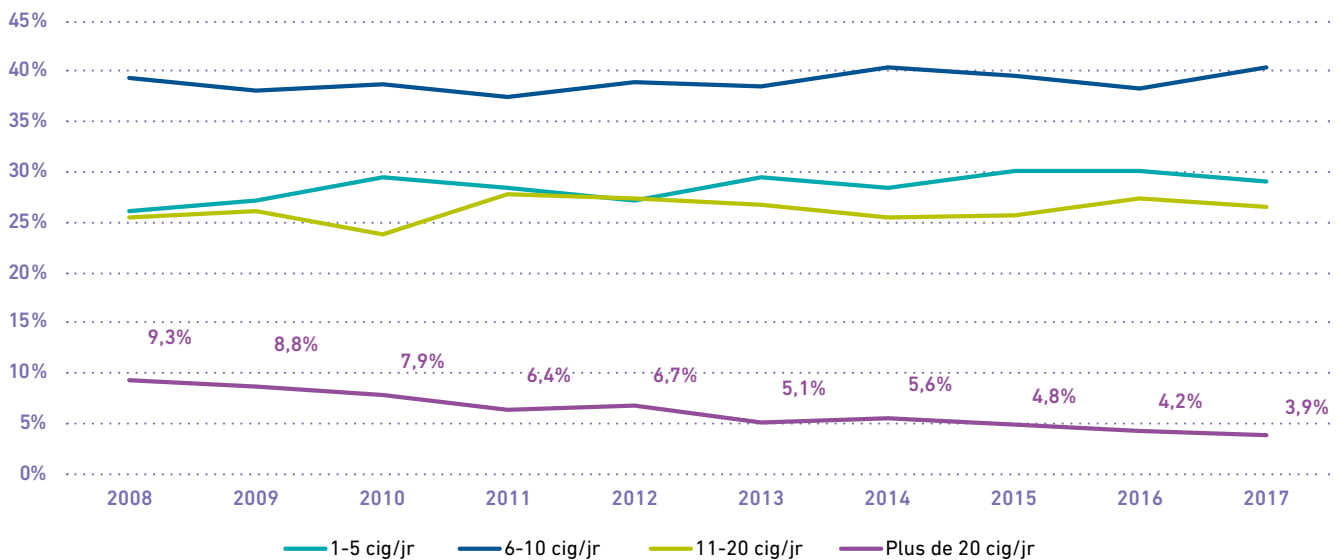
Les mères qui arrêtent le tabac sont surtout celles qui fument peu de cigarettes au quotidien ou encore celles qui ont un âge plus élevé ou qui vivent en couple. Les mères qui fument accouchent prématurément dans 12,6% des cas (moins de 37 semaines de grossesse) et d'un enfant avec un poids inférieur à 2500 grammes dans 17,2% des cas.

Ces chiffres ne tiennent pas compte de la cigarette électronique ni d'autres substances.





## Evolution du nombre de cigarettes fumées au quotidien par les mères en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

En Hainaut, 40% des mères fument entre 6 et 10 cigarettes au quotidien en 2017 et environ 30% fument entre 1 et 5 cigarettes par jour. Ces 2 catégories sont en légère augmentation, comme celle de femmes consommant entre 11 et 20 cigarettes par jour.

Cette dernière catégorie est passée au-dessus des 26,5%, après une diminution entre 2011 et 2015.

Seule la proportion de mères qui fument plus de 20 cigarettes par jour diminue significativement passant de 9,3% en 2008 à 3,9% en 2017.

### 2.1.8. La corpulence des mères avant la grossesse et prise de poids durant la grossesse

L'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quetelet, permet de déterminer de manière objective la corpulence d'une personne.

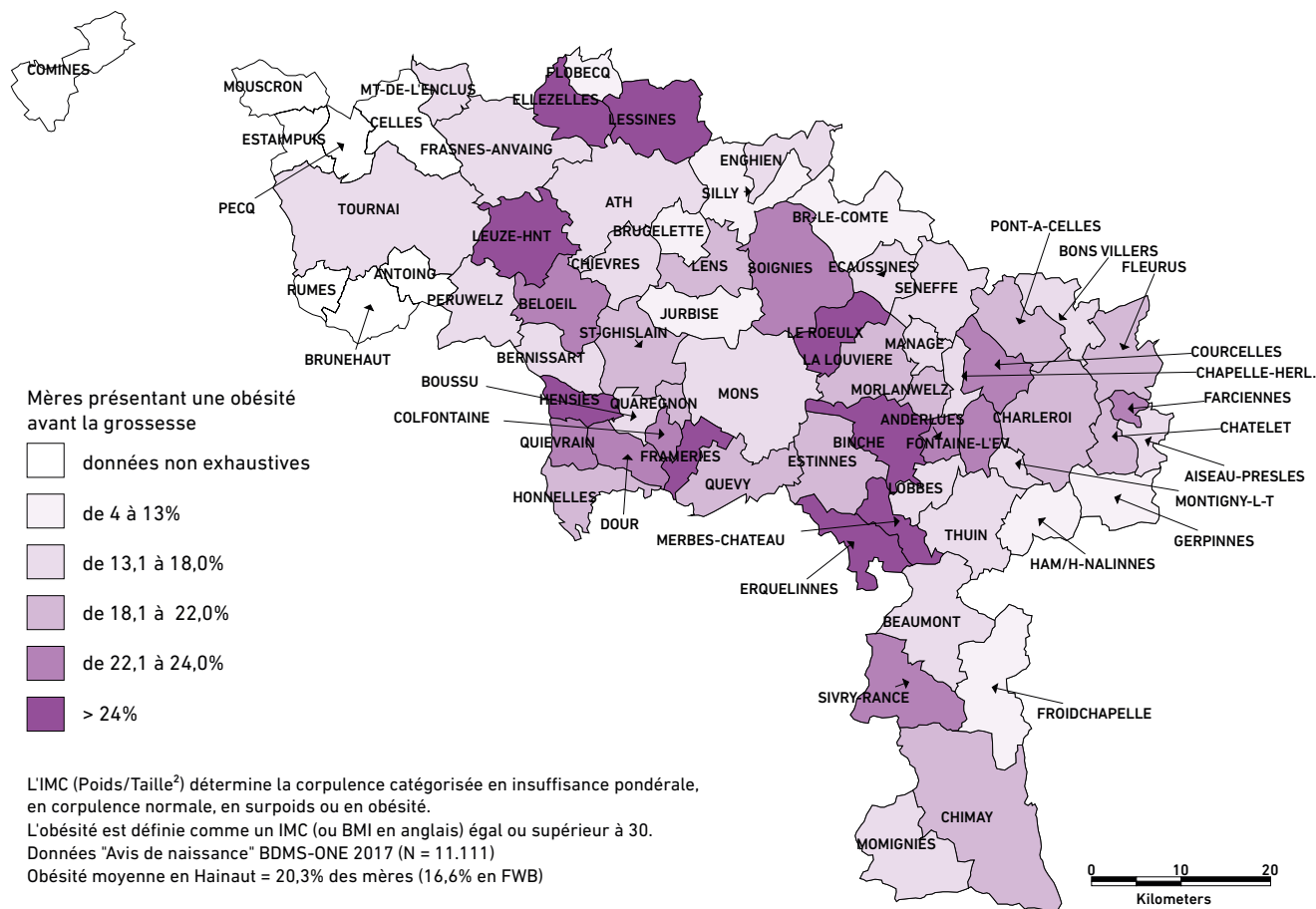
L'OMS (1997) utilise cet indice afin d'établir une classification standard de référence en matière de surcharge pondérale, qui puisse être utilisée de manière internationale.

Cette formule de l'IMC n'est cependant valable que pour les adultes âgés de 18 à 65 ans. Ainsi, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, mais également les femmes enceintes ou les personnes très musclées, doivent s'orienter vers des formules différentes.

Afin de pouvoir faire des comparaisons valides, l'IMC est calculé avant la grossesse sur base de la déclaration de la future mère lors de sa première consultation prénatale. (Voir chapitre 1 page 23)



## Proportion des mères présentant une obésité avant leur grossesse par commune, en Hainaut



### 2.1.9. La santé mentale

Le rapport de l'OMS intitulé « Les femmes et la santé <sup>1</sup> » explique que les femmes sont plus vulnérables que les hommes à la dépression et à l'anxiété dans certaines circonstances. Les troubles mentaux consécutifs à l'accouchement, y compris la dépression post-partum, touchent environ 13 % des femmes un an après qu'elles aient donné la vie.

Même si cette problématique n'est pas étudiée par la BDMS, les TMS rapportent régulièrement y être confrontés.

### 2.1.10. Les mères non suivies durant leur grossesse

L'intervention de personnel qualifié lors de l'accouchement n'est qu'un des éléments du continuum de soins nécessaire tout au long de la grossesse et après la naissance. Les soins prénatals sont l'occasion d'examen médicaux réguliers qui permettent d'évaluer les risques mais aussi de dépister et de traiter des affections qui pourraient toucher la mère et son bébé. C'est donc un moment important de prévention et d'accompagnement à la parentalité à venir.

Dans le Hainaut, de nombreuses initiatives et collaborations évoquées au sein du réseau aident à rendre l'accompagnement plus aisé pour le TMS et d'autres professionnels. Citons entre autres : le Sapho à Mont-Sur-Marchienne (Charleroi), le Sapha à Mons ou encore la Kalaude à Elouges (Dour), etc. Les apports de ces structures peuvent être très variés et vont de l'aide à l'accompagnement au développement d'outils.

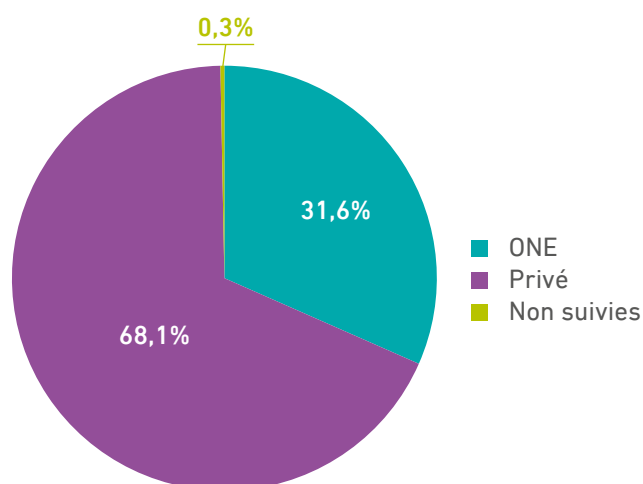
En province de Hainaut, on dénombre chaque année une quarantaine de mères menant leur grossesse à terme et accouchant sans avoir eu un seul contact avec un professionnel de santé.

En 2017, sur les 12.677 mères pour lesquelles l'indicateur est complété, 44 mères n'ont pas bénéficié de suivi prénatal avant leur accouchement.

La répartition entre le suivi de la grossesse par l'ONE et le suivi par le privé (médecin ou sage-femme) est établie selon le graphique ci-après.

<sup>1</sup> [https://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/fr/](https://www.who.int/gender/women_health_report/fr/)

## Type de suivi de la grossesse des mères hainuyères ayant accouché en 2017



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2017

Par rapport à 2008, sur base des données récoltées dans l'« Avis de naissance », le suivi des femmes enceintes par l'ONE est en diminution. De 34,1%, il est passé à 31,6% en 10 ans. Cette tendance à la baisse est plus marquée depuis ces 5 dernières années.

L'absence de suivi durant la grossesse peut révéler de nombreuses situations problématiques chez la mère : une situation de détresse, un contexte de violence, un déni de la grossesse, une pathologie mentale, la méconnaissance, un isolement, des difficultés de mobilité, des

questions d'accessibilité ou encore des ruptures familiales, etc.

Les soins anténatals sont particulièrement importants car certaines femmes peuvent souffrir de carences (nutritionnelles) en début de grossesse (fer, vitamine A, iode, etc.). Les carences maternelles en micronutriments peuvent affecter entre autre le poids de naissance.

Des femmes en migration peuvent associer des carences de ce type à une absence de suivi prénatal.

## 2.2. DONNEES DE NAISSANCE

Le suivi des enfants par l'ONE commence bien avant l'accouchement et la mission première de l'ONE est la lutte contre la mortalité et la morbidité. Pour l'ONE, la protection maternelle et infantile se traduit par l'accompagnement des familles, le soutien des parents et le sui-

vi médico-social qui revêt tout son sens dès la sortie de la maternité.

Le nombre de naissances ou de nouveau-nés diffère de celui des mères (données d'accouchements) du fait des grossesses multiples.

### Evolution du nombre de naissances selon le type de grossesse en Hainaut

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
<b>Uniques</b>	13451	13458	13859	14511	14386	14219	13986	13562	13246	13178	137856
<b>Jumeaux</b>	453	427	481	474	459	487	507	442	469	406	4605
<b>Triplés</b>	3	0	9	6	5	8	9	27	12	8	87
<b>TOTAL</b>	13907	13885	14349	14991	14850	14714	14502	14031	13727	13592	142548

BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

La proportion des naissances multiples est relativement stable ces 10 dernières années et se situe autour de 3,3%. Les naissances multiples sont essentiellement constituées de jumeaux. La part des naissances triples tourne autour de 6 nouveau-nés sur 10.000 en moyenne sur la même durée.

Il peut arriver que lors de naissances gémellaires, l'ONE ne reçoive qu'un seul « avis de naissance », notamment en cas de décès d'un des jumeaux. Ce qui peut engendrer un nombre impair de naissances chez des jumeaux par exemple.

## 2.2.1. Le sexe-ratio à la naissance

Le sexe-ratio ou rapport des sexes est le rapport entre le nombre de nouveau-nés garçons et le nombre de nouveau-nées filles dans la population.

Dans la province de Hainaut, ce rapport est de 104 garçons/100 filles.

## 2.2.2. Présentation de l'enfant et mode d'accouchement

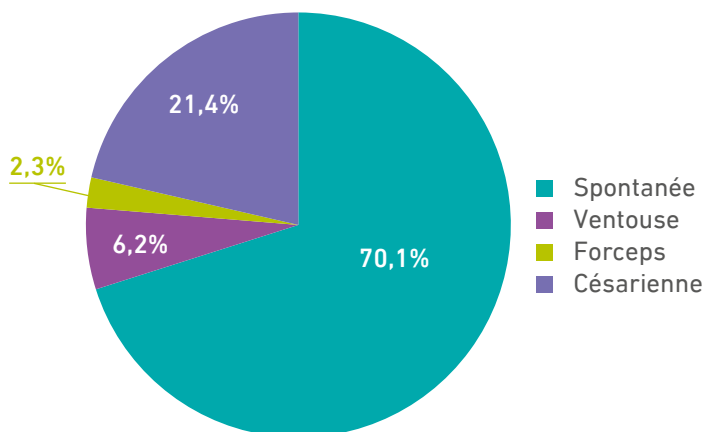
### 2.2.2.1. La présentation de l'enfant lors de l'accouchement

La plupart des nouveau-nés se présentent par le sommet (94,4%), c'est-à-dire par la tête lors de l'accouchement. D'autres présentations peuvent survenir telles que la présentation par le siège (5,0%) ou la présentation transverse (0,6%).

### 2.2.2.2. Le mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement

Le mode d'accouchement est la manière dont l'enfant va naître. Une naissance peut se faire par voie basse (voie naturelle) ou par voie haute (césarienne). L'instrumentation est l'usage des forceps ou de la ventouse lors de l'accouchement.

#### Mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

En moyenne sur les 10 ans, 70,1% des enfants naissent de façon spontanée. L'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 8,5% des naissances et dans

21,4%, une césarienne est pratiquée. Le recours aux césariennes est passé de 20,5% à 22,2% sur la période allant de 2008 à 2017.

L'obésité est en augmentation partout dans le monde occidental. Celle-ci est associée à une prévalence accrue de nombreuses pathologies lors de la grossesse (diabète gestationnel, mort fœtale in-utero, accouchement prématuré, pré-éclampsie...), ce qui peut conduire à des indications plus fréquentes de déclenchements du travail<sup>5</sup>. Weiss et al<sup>6</sup> rapportent dans une étude multicentrique que l'obésité est associée à un risque accru de césariennes, 20,7 % pour les nullipares dont l'IMC était inférieur à 30 ; 33,8 % pour un IMC de 30 à 34,9 et 47,7 % pour un IMC de 35 à moins de 40. Ceci peut expliquer l'évolution du taux de césariennes.

### 2.2.2.3. L'évolution des naissances par césarienne

#### Mode d'expulsion de l'enfant en fonction de la présentation de l'enfant en Hainaut

	Césarienne	Forceps	Manœuvre sur siège	Spontané	Ventouse	TOTAL
<b>Siège</b>	88,5%	0,2%	0,5%	10,5%	0,3%	6710
<b>Sommet</b>	17,1%	2,4%	0,0%	74,2%	6,3%	128674
<b>Transverse</b>	91,9%	0,9%	0,6%	5,7%	0,9%	819
<b>TOTAL</b>	28724	3101	45	96142	8191	136203

BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

<sup>2</sup> Cedergren MI, Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome, *Obstet Gynecol* 2004; 103: 219-24.

<sup>3</sup> Weiss JL, Malone FD, Emig D, et al., Obesity, obstetric complications and caesarean delivery rate: a population based screening study, *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190 : 1091-7.

Lorsque l'on croise les données relatives au mode d'expulsion des enfants lors de l'accouchement avec leur présentation, on observe qu'environ 90% des enfants se présentant par le siège sont nés par césarienne et 10% naissent spontanément.

Lors de la présentation transverse, 91,9% de ces enfants naissent par césarienne. Les autres naissent par voie naturelle après version en siège ou en sommet.

Chez les enfants se présentant par le sommet, 74,2% naissent spontanément, 8,7% naissent avec une assistance instrumentale et 17,1% par césarienne.

## 2.2.3. L'âge gestationnel

### 2.2.3.1. Les catégories d'âge gestationnel

L'âge gestationnel caractérise la durée entre la conception et la naissance de l'enfant.

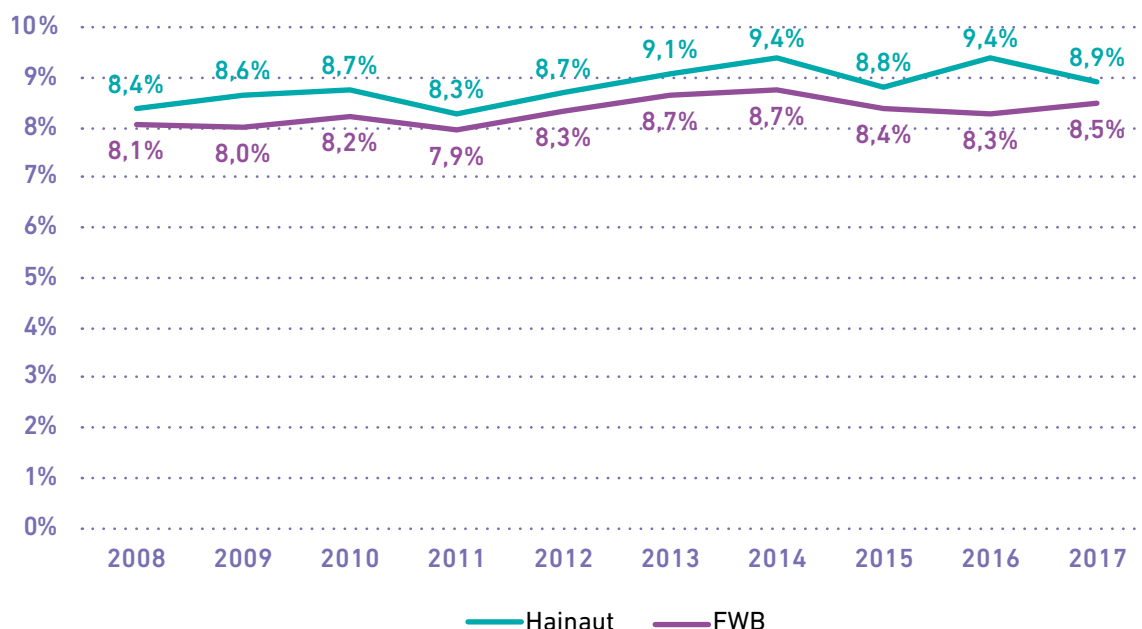
La gestation désigne la grossesse. Elle est mesurée en semaines ou semaines d'aménorrhée et dure environ 40 semaines.

### 2.2.3.2. La prématurité

La prématurité caractérise toute naissance avant 37 semaines d'aménorrhée.

Elle a une limite inférieure. Le seuil de viabilité d'un prématuré est situé actuellement à 22 semaines d'aménorrhée (OMS).

#### Evolution des taux de prématurité en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

### 2.2.3.3. Les catégories de prématurité

On peut distinguer une prématurité modérée (entre 34-36 semaines d'aménorrhée), une grande prématurité (entre 28 et 33 semaines) et une très grande prématurité (moins de 28 semaines).

### 2.2.3.4. Les causes de la prématurité

La plupart des naissances prématurées surviennent spontanément, mais certaines sont liées à un déclenchement volontaire du travail ou à une césarienne, pour des raisons variées, médicales ou autres.

Plusieurs facteurs de risque de donner naissance à un enfant prématuré sont décrits : naissance prématurée antérieure, grossesses multiples, certaines pathologies

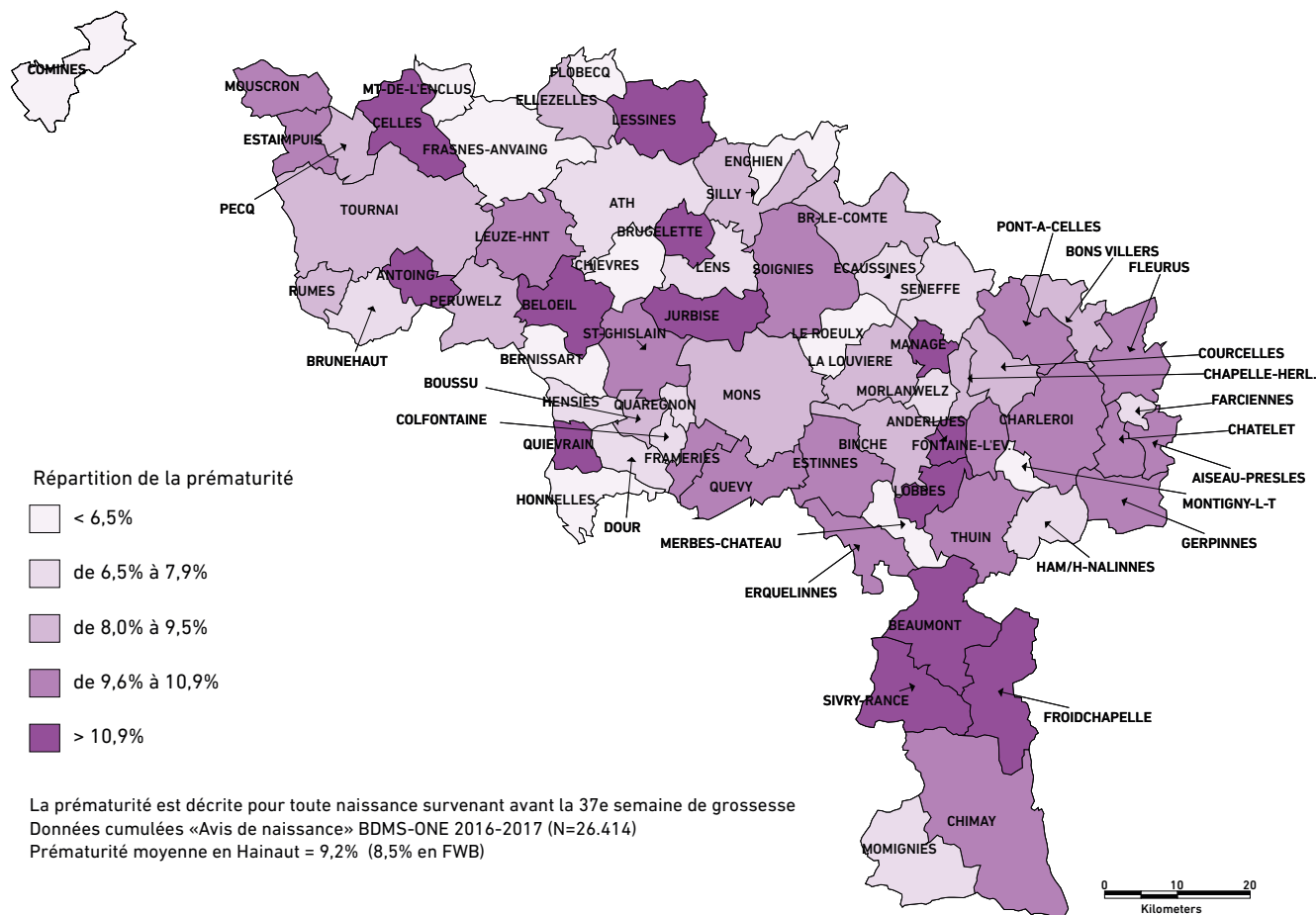
chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète ou encore les infections. La grossesse à l'adolescence ou à un âge avancé constitue également un risque d'accouchement prématuré, tout comme le tabac, l'alcool ou le stress.

### 2.2.3.5. Les conséquences de la prématurité

Les risques liés à la prématurité sont divers et peuvent entraîner des conséquences à court terme (de types respiratoires, digestifs, ...) ou à long terme (risque accru d'obésité, des maladies métaboliques comme le diabète, ...). Comme l'organisme des enfants nés prématurés n'est pas encore complètement développé, ils peuvent également souffrir d'autres complications comme des infections.



## Répartition de la prématurité par commune en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

### 2.2.4. Le poids de l'enfant à la naissance

#### 2.2.4.1. Le poids moyen des nouveau-nés

En province de Hainaut, le poids moyen à la naissance pour tous les enfants se situe autour de 3200 grammes [Ecart-type 554 g]. Il est pratiquement identique en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette moyenne n'a pas varié de manière significative ces dernières années, même si au sein des arrondissements et communes, des différences peuvent exister.

#### 2.2.4.2. Les petits poids de naissance

Le faible poids à la naissance peut résulter d'une naissance prématurée, d'un retard de croissance intra-utérin ou d'une combinaison des deux.

Un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérin (RCIU) est un nouveau-né dont le poids est en-dessous du 10e percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel. Une autre définition est aussi acceptée pour le RCIU : un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérin est un bébé né à terme ( $\geq 37$  semaines) mais avec un petit poids ( $< 2500$  g) (Kiely, 2006).

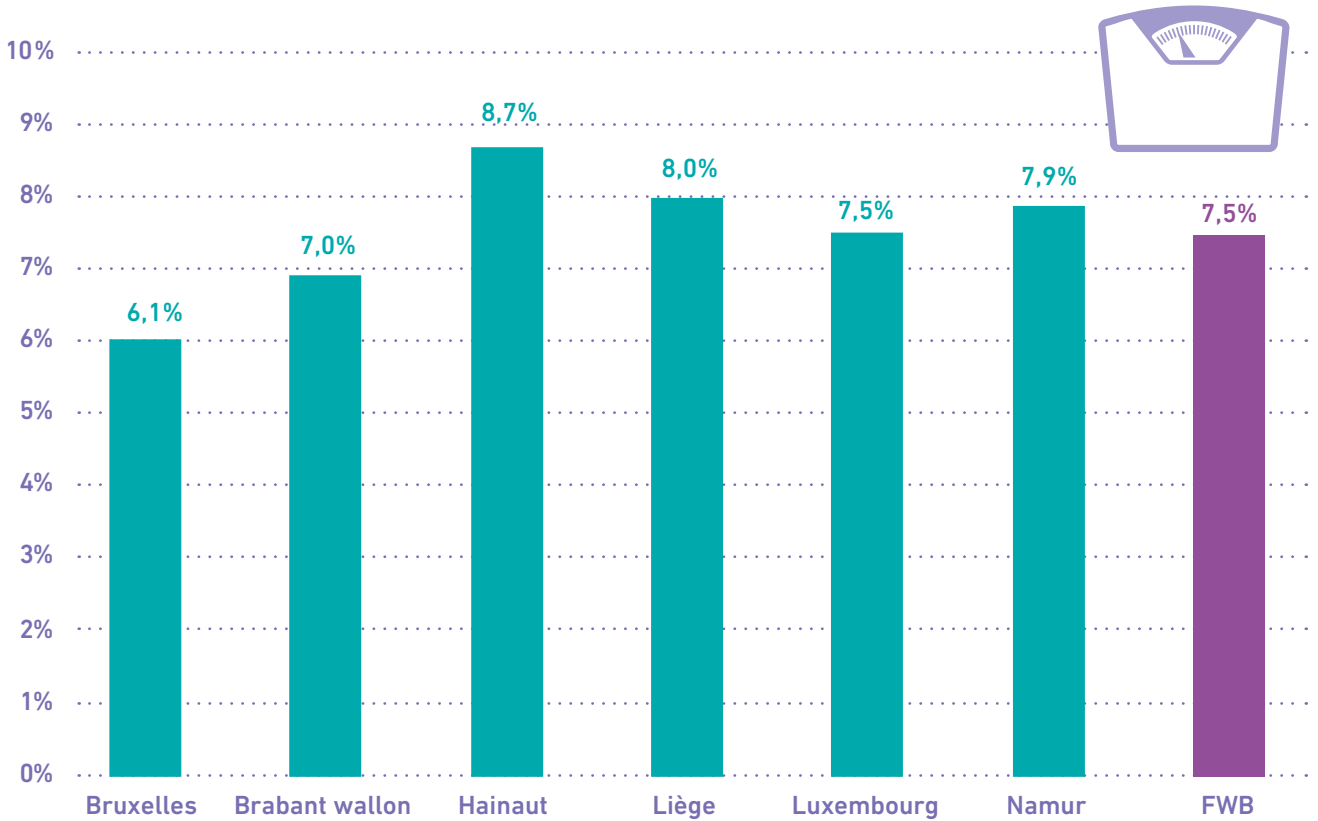
Dans les pays industrialisés, la prématurité serait la cause principale des naissances de faible poids. Environ deux tiers des naissances de faible poids sont aussi prématurées (Tucker, 2004). Le faible poids de naissance est relativement plus fréquent chez les femmes vivant dans des conditions défavorisées. Dans les groupes vulnérables, le faible poids est entre autres attribuable à des facteurs intermédiaires tels qu'une alimentation déficiente, le tabagisme, la prévalence élevée d'infections, des complications lors de la grossesse ou encore des conditions de travail défavorables.

#### 2.2.4.3. Les différences subrégionales et communales

Le poids à la naissance varie d'une subrégion à une autre. Les conditions de vie et plus spécifiquement la situation socio-économique jouent un rôle dans la survenue des faibles poids au moment de la naissance. Les habitudes tabagiques, la consommation de stupéfiants, la pollution, ... interviennent également.

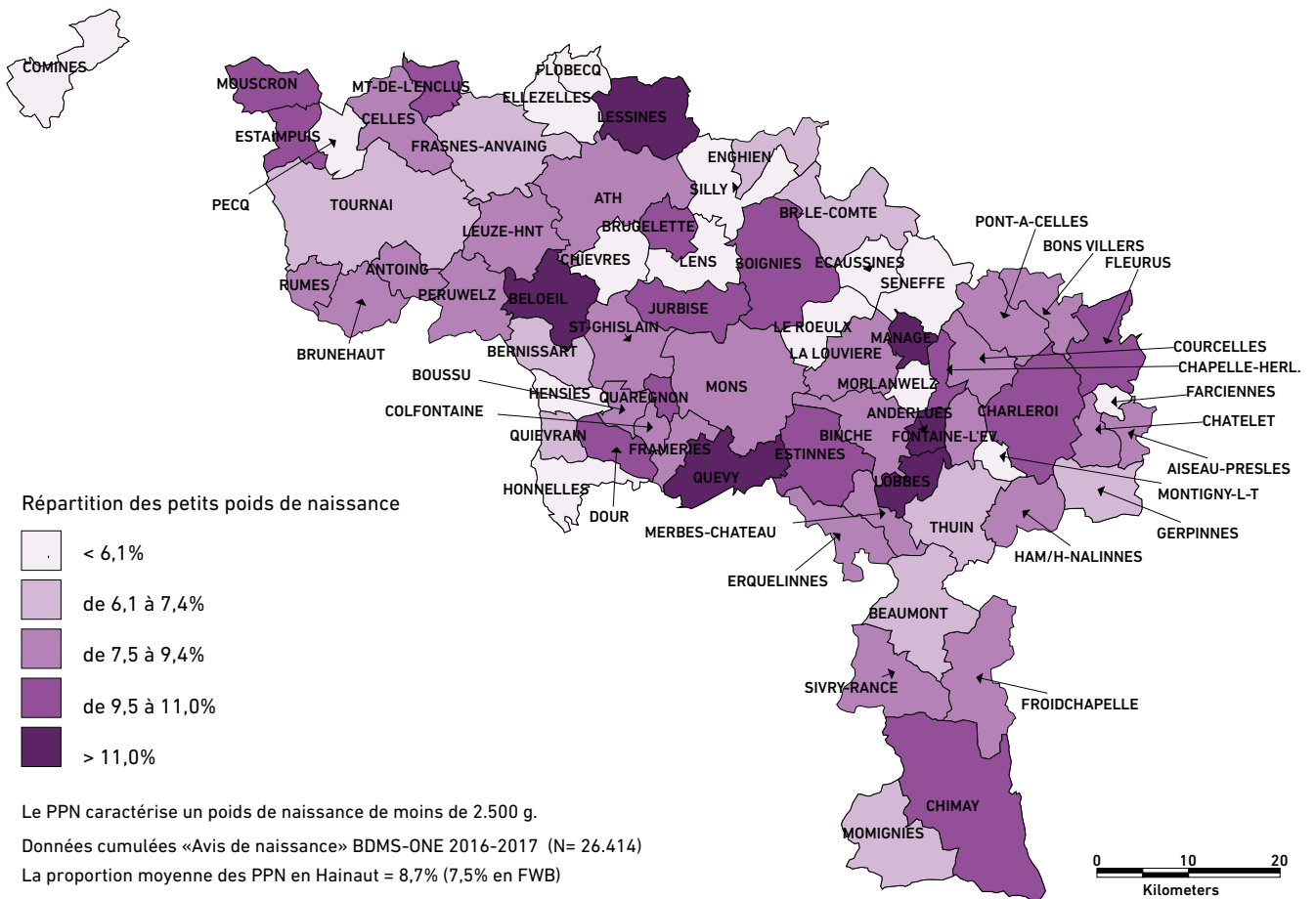
Si entre les régions des différences de poids de naissance peuvent être relevées, il en est de même au sein des régions, des provinces voire des communes.

Proportion des « petits poids de naissance » selon le lieu de résidence en 2017



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2017

Répartition des petits poids de naissance par commune en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

#### 2.2.4.4. Le poids en fonction de l'âge gestationnel et le retard de croissance intra utérin

Le retard de croissance intra-utérin correspond le plus souvent à un petit poids pour l'âge, associé à des arguments en faveur d'un défaut de croissance pathologique<sup>4</sup>.

D'autres facteurs de risque de petit poids pour l'âge gestationnel sont également évoqués tels que les antécédents de petit poids pour l'âge gestationnel, l'âge de la mère, la primiparité ou la parité multiple, la consommation de tabac ou d'alcool, certaines pathologies telles que le diabète et l'hypertension, etc.

#### 2.2.4.5. Quels facteurs de risque associés au poids de naissance de l'enfant ?

La taille et le poids maternels, la parité et l'origine de la mère influencent significativement le poids fœtal<sup>5</sup>. Ainsi, l'usage des courbes de croissance, en période prénatale comme à la naissance, peuvent s'avérer nécessaires pour les professionnels de la périnatalité, notamment

pour effectuer les échographies ou les dépistages.

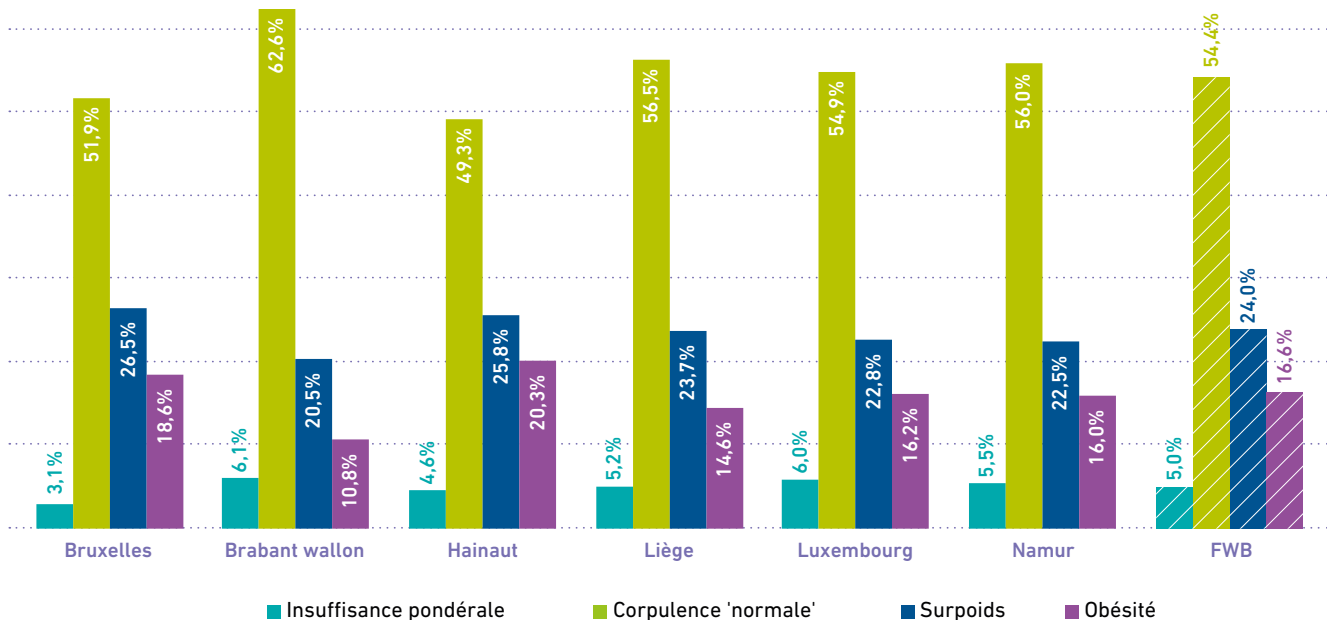
Le poids de naissance est avant tout lié à l'indice de masse corporelle (IMC= Poids/(Taille<sup>2</sup>) de la mère avant la grossesse.

L'IMC calculé régulièrement est un simple indice, qui doit inciter à prendre rendez-vous chez un professionnel pour repérer et interpréter les variations de poids éventuelles.

La Classification selon l'Organisation Mondiale de la Santé se fait comme suit :

	IMC (en kg/m <sup>2</sup> )
<b>Insuffisance pondérale</b>	< 18,5
<b>Corpulence 'normale'</b>	18,50 – 24,99
<b>Surpoids</b>	25,00 – 29,99
<b>Obésité</b>	≥ 30,00

#### L'Indice de masse corporelle (IMC) des mères avant leur grossesse selon la région de résidence



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

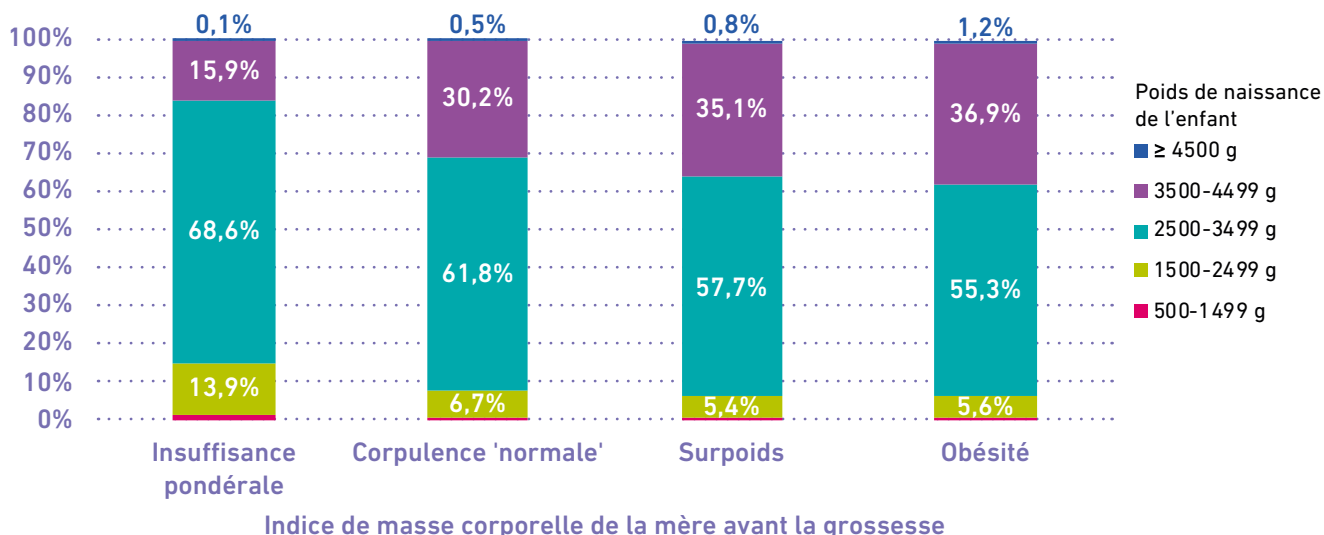
Un IMC élevé accroît les risques de survenue de certaines maladies, notamment métaboliques (diabète), cardio-vasculaires, pulmonaires ou articulaires.

<sup>4</sup> Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) 42, 2018-102

<sup>5</sup> Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 7e Partie, Recommandations pour la pratique clinique, 37e journées nationales, Paris, 2013

## 2.2.4.6. La corpulence de la mère avant la grossesse et le poids à la naissance du nouveau-né en FWB

### Poids de naissance de l'enfant en fonction de la corpulence de la mère avant la grossesse en FWB



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

Le graphique, ci-dessus indique la répartition des poids de naissance en fonction de la corpulence de la mère avant la grossesse. On observe un lien direct entre le poids du bébé à la naissance et celui de la mère avant la grossesse.

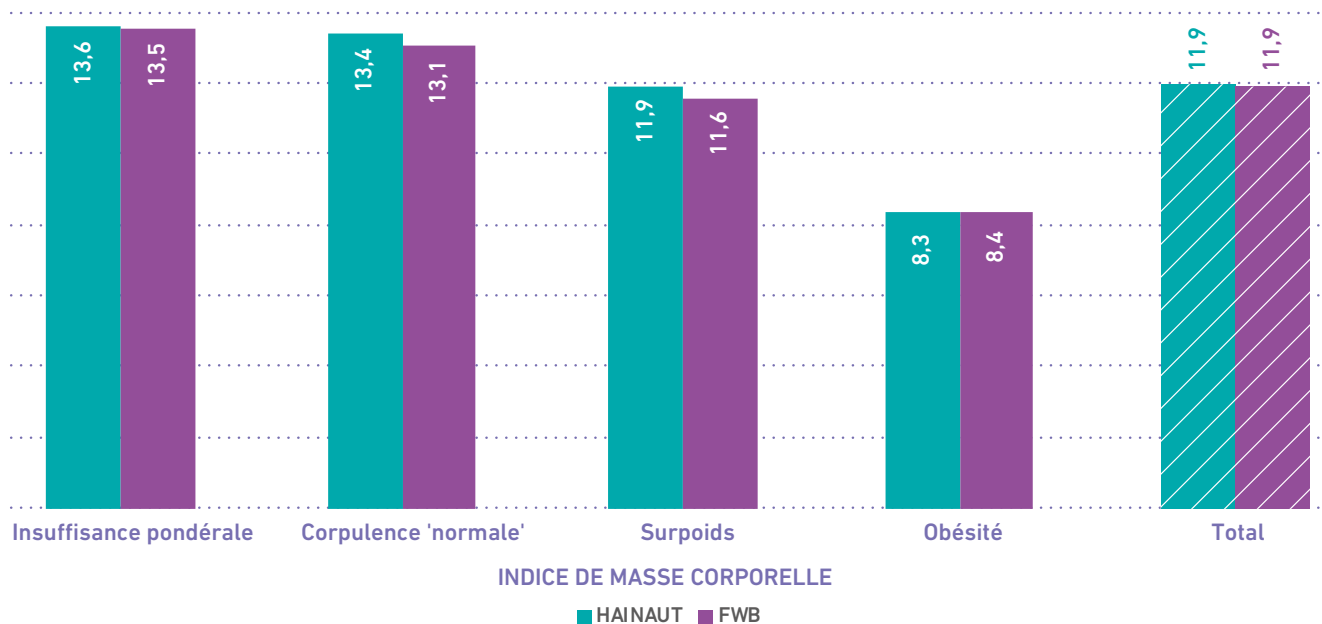
En effet, la proportion d'enfants ayant un poids de naissance supérieur ou égal à 3.500g est plus importante parmi les mères présentant une surcharge pondérale

(35.9%) ou une obésité (38.1%) par rapport aux mères ayant une corpulence normale (30.7%) ou en insuffisance pondérale (16%).

Le risque de petit poids de naissance est supérieur lorsque la mère est en insuffisance pondérale par rapport aux autres corpulences.

## 2.2.4.7. La prise de poids de la mère durant la grossesse

### La prise de poids (en kg) durant la grossesse en fonction de la corpulence de la mère en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2016-2017

Bien que la prise de poids moyenne durant la grossesse varie peu, on observe toutefois que la prise de poids durant la grossesse est inversement proportionnelle à la corpulence de la mère avant la grossesse.

En effet, les femmes en situation d'obésité prennent moins de poids que les autres pendant la grossesse.

Une étude<sup>9</sup> longitudinale sur les déterminants pré- et postnatals du développement de la santé de l'enfant (EDEN) a été menée dès 2003 dans les maternités de 2 CHU français. Elle a porté sur environ 2000 grossesses, et les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de cinq ans.

Elle a pris en compte une multitude de facteurs comme le poids de naissance, l'état de santé de la mère, sa nutrition, l'environnement social et psychoaffectif dans lequel elle évolue, son exposition aux toxiques et allergènes, les incidents en cours de grossesse, l'allaitement et a examiné quel rôle chacun de ces facteurs joue dans le développement ultérieur de l'enfant.

Le poids de naissance est avant tout lié à l'IMC maternel avant la grossesse. On peut avancer une explication génétique à cette observation, mais il apparaît que l'impact de la corpulence de la mère est plus important que celle du père, ce qui privilégie l'hypothèse d'un effet spécifique de la mère.

Au total, 1.907 accouchements ont eu lieu, 1.551 prélèvements de sang de cordon et de fragments de placenta ont été réalisés, 1.669 questionnaires postaux de suivi évaluant la santé des enfants à quatre mois ont été récupérés et 1.774 pères ont rempli un questionnaire les concernant.

Les premiers résultats sur le lien entre l'IMC maternel et les événements survenus pendant la grossesse et la période néonatale ont montré l'impact de la prise de poids de la mère sur la corpulence du bébé.

Les femmes obèses prennent en moyenne moins de poids pendant la grossesse que les femmes maigres, en partie parce qu'elles utilisent leurs réserves pour leur bébé. Même en tenant compte de la présence d'un diabète gestationnel -plus fréquent chez les femmes obèses ou en surpoids et favorisant une prise de poids fœtale excessive- les femmes obèses ont trois fois plus souvent un gros bébé que celles de poids normal.

C'est donc en appartenant à la catégorie des femmes d'IMC normal (18,5 à 25 kg/m<sup>2</sup>) dans les mois qui précèdent la mise en route de bébé que l'on a le plus de chances de donner naissance à un nourrisson de poids adéquat". Ce résultat invite à se préoccuper de la santé future du bébé en amont de la conception.

## 2.2.5. Les scores d'Apgar

Les scores d'Apgar sont des indices issus du test d'Apgar qui est une méthode d'observation simple et efficace utilisée pour mesurer la santé du nouveau-né<sup>6</sup>. On détermine ainsi le besoin en assistance particulière ou en intervention rapide.

Il s'agit d'une note globale attribuée à un nouveau-né à 2 moments clés, suite à l'évaluation de cinq éléments spécifiques : le rythme cardiaque, la respiration, le tonus, la couleur de la peau et la réactivité<sup>7</sup>. Chacun des éléments est noté à 0, 1 ou 2 points, selon les conditions observées et ceci à 1 minute et à 5 minutes de vie de l'enfant. Le résultat maximal est de 10, suggérant la meilleure condition de santé possible, alors qu'un score en-dessous de 7 réfère à une détresse.

### Evolution du score d'Apgar à 1 minute de vie de l'enfant en Hainaut

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 7	7,5%	7,5%	7,4%	7,0%	6,6%	6,7%	7,1%	6,4%	7,1%	6,6%
7-10	92,5%	92,5%	92,6%	93,0%	93,4%	93,3%	92,9%	93,6%	92,9%	93,4%
N	11617	11984	12713	13079	13164	13016	12803	12516	12414	12397

BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

### 2.2.5.2. Le score d'Apgar à 5 minutes de vie de l'enfant

Le score à 5 minutes de vie se veut plus prédictif de pathologies et/ou d'anomalies que celui réalisé à la première minute. Il reflète une souffrance périnatale du nouveau-né lorsqu'il est bas.

### 2.2.5.1. Le score d'Apgar à 1 minute de vie de l'enfant

Lorsque le score à la première minute est faible, cela ne reflète pas toute la situation. Des améliorations rapides peuvent encore se produire avec ou sans intervention médicale.

A la 1<sup>ère</sup> minute de vie, en moyenne, plus de 92% des nouveau-nés ont un score d'Apgar supérieur ou égal à 7.

A 5 minutes de vie, les nouveau-nés ayant un score d'Apgar supérieur à 7 représentent plus de 98% de l'ensemble des bébés.

On note une grande stabilité de ces deux indicateurs au cours des 10 dernières années.

<sup>6</sup> Gassier J, de St-Sauveur C, *Le guide de la puéricultrice* (3 ed.), Paris, 2008

<sup>7</sup> Virginia Apgar, « A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant », *Curr. Res. Anesth. Analg.*, vol. 32, no 4, 1953, p. 260-267



## Evolution du score d'Apgar à 5 minutes de vie de l'enfant en Hainaut

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 7	1,8%	2,0%	1,7%	1,5%	1,6%	2,0%	1,8%	1,7%	2,0%	1,9%
7-10	98,2%	98,0%	98,3%	98,5%	98,4%	98,0%	98,2%	98,3%	98,0%	98,1%
N	11606	11982	12709	13058	13139	13010	12810	12519	12401	12413

BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

### 2.2.6. L'allaitement maternel

L'allaitement exclusif au sein pendant les premiers mois est un mode d'alimentation qui convient à presque tous les enfants. La composition du lait de chaque maman est parfaitement adaptée aux besoins du bébé; elle varie d'ailleurs au cours d'une même tétée ainsi que durant les premiers jours.

L'allaitement maternel présente des avantages tant pour le bébé que pour la maman.

Idéalement, l'allaitement maternel se pense lors de la grossesse en collaboration avec le papa car celui-ci aura un impact sur l'organisation familiale.

Au début, l'allaitement n'est pas toujours facile. Mais de nombreux professionnels (travailleur médico-social,

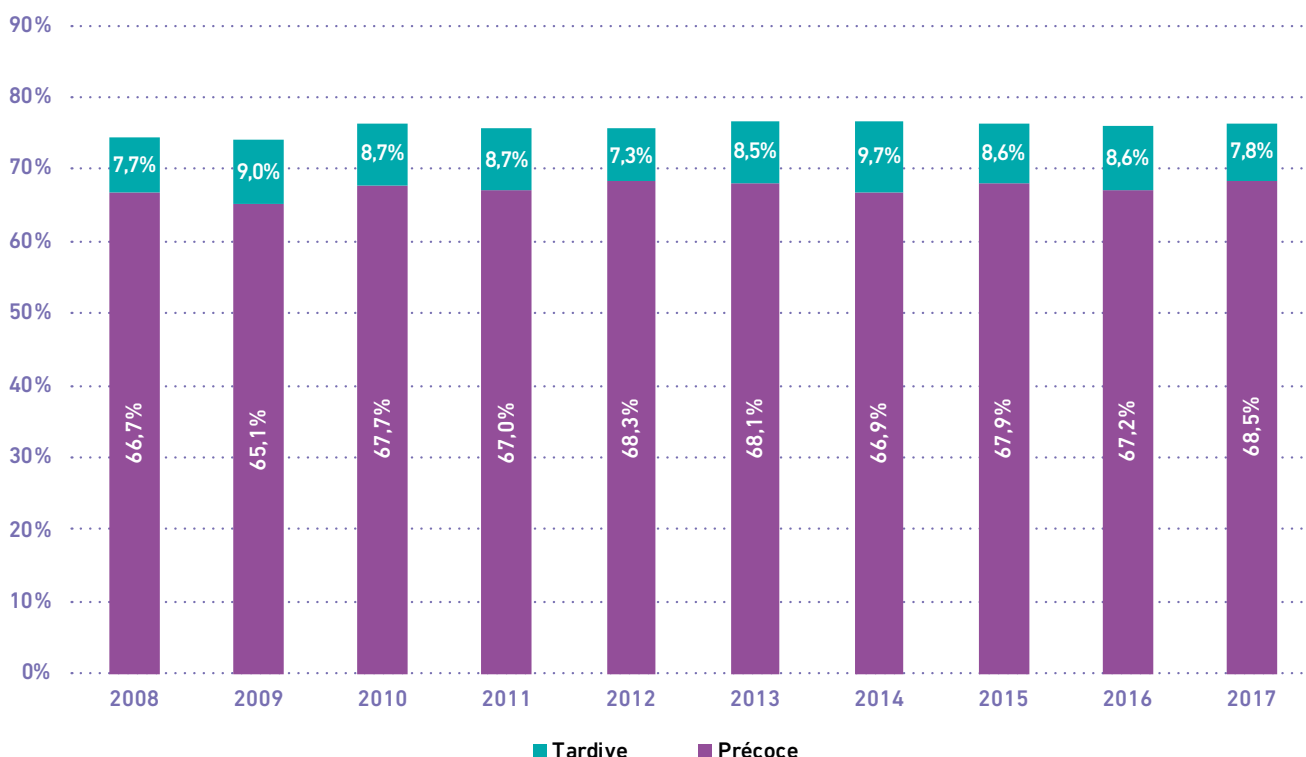
sage-femme, pédiatre, association de soutien à l'allaitement, etc.) sont présents autour de la mère pour la soutenir.

#### 2.2.6.1. La mise au sein de l'enfant après l'accouchement

La mise au sein est le fait de porter au sein relativement rapidement après la naissance, son nouveau-né. La mise au sein est donc le mode d'alimentation de l'enfant le premier jour de sa vie et à quelques heures de sa naissance. Il indique l'initiation de l'allaitement.

Elle peut être « précoce » lorsqu'elle survient avant les 2 heures de vie de l'enfant ou « tardive » lorsqu'elle est pratiquée au-delà des 2 heures de la vie de l'enfant.

### Evolution de la mise au sein de l'enfant après la naissance en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

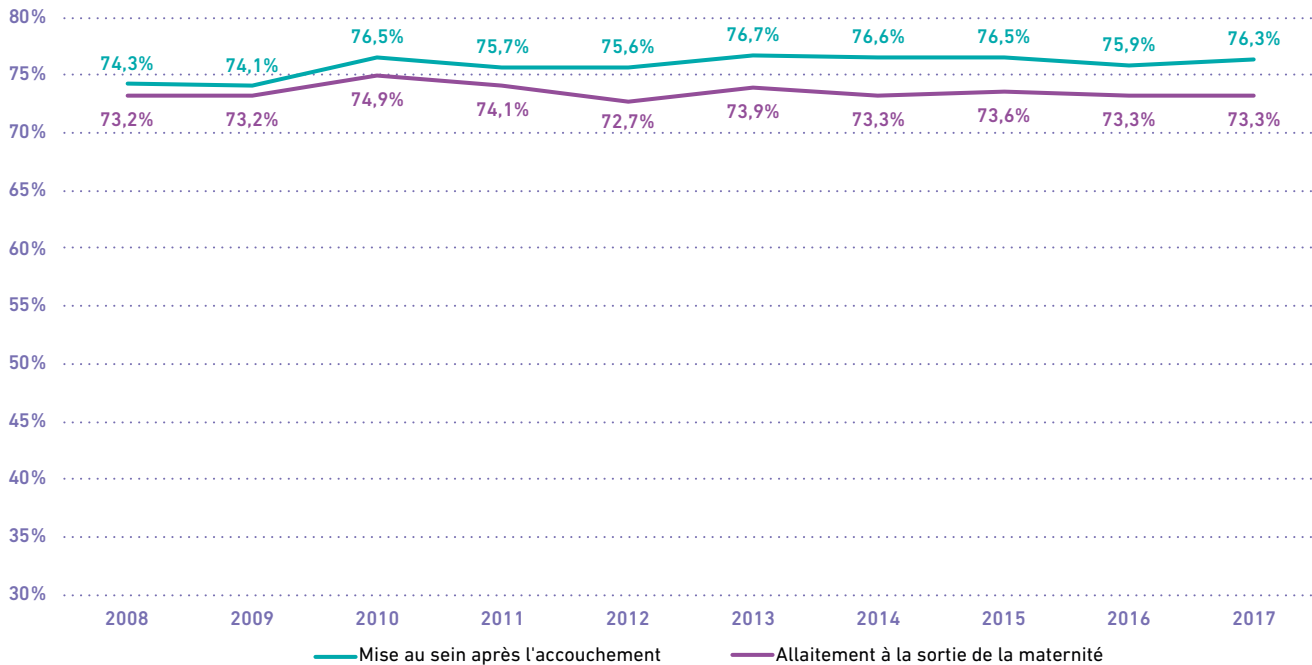
La mise au sein immédiatement après l'accouchement croît globalement dans toutes les subrégions. Elle est relevée pour 76,3% des nouveau-nés en 2017. En province de Hainaut, elle a augmenté de 2% sur 10 ans.

### 2.2.6.2. L'allaitement à quelques jours de la naissance (Allaitement à la sortie de la maternité)

À la sortie de la maternité, le mode d'alimentation de l'enfant peut être différent de celui initié immédiatement après l'accouchement. La plupart du temps, l'allaitement maternel est le mode d'alimentation de choix et est souvent maintenu exclusivement ou complété.

Les courbes, ci-dessous, sont celles de l'allaitement maternel après l'accouchement et de l'allaitement exclusif les jours qui suivent. L'allaitement mixte n'est donc pas pris en compte.

#### Evolution de l'allaitement maternel après l'accouchement et à quelques jours de vie de l'enfant en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2008-2017

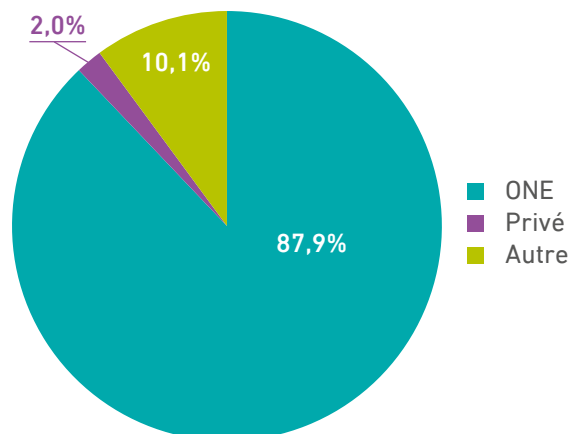
En 2017, 73,3% des enfants sont allaités exclusivement à la sortie de la maternité. Si l'on y intègre l'alimentation mixte, on constate que 75,0% des enfants sont nourris totalement ou partiellement au sein maternel à ce moment-là.

On peut observer que les 2 courbes décrochent l'une de l'autre sur la durée du relevé. En effet, si la mise au sein après la naissance a augmenté de 2% en 10 ans, l'allaitement à la sortie de la maternité n'a pas connu la même évolution.

Ces données issues des maternités sont prises en compte lors de la définition de projets locaux et du suivi du programme prioritaire « Soutien à l'Allaitement maternel » par l'ONE.

### 2.2.7. La surveillance médico-sociale préventive de l'enfant

#### Type de suivi préventif des nouveau-nés choisi par les parents en Hainaut



BDMS-ONE, « Avis de naissance », 2017

Sur l'ensemble des naissances de mères résidant en Hainaut 88% des familles souhaitent un suivi préventif de leur enfant par l'ONE. Ce suivi préventif, souvent effectué en complémentarité avec le suivi du médecin traitant, peut être mené dans différents types de structures de l'ONE existant dans presque l'ensemble des communes de la province.

### 2.2.8. Les acteurs de relais postpartum et les séjours écourtés en maternité

Depuis 2015, la Fédération Wallonie-Bruxelles s'inscrit dans la tendance européenne de réduction de la durée de séjour en maternité. Lorsqu'elle est accompagnée par un suivi postnatal adéquat, l'hospitalisation écourtée est considérée comme une alternative acceptable par les corps scientifique et médical. En outre, le suivi postnatal à domicile est souvent apprécié par les patientes. Le réseau périnatal qui était encore peu focalisé sur la période postnatale est donc en pleine évolution.

Avec ses quinze maternités, le Hainaut met en évidence les changements en cours.

Les maternités privilégient une option<sup>8</sup> pour le suivi postnatal mais en proposent souvent d'autres, notamment pour les patientes habitant loin de l'hôpital. L'option privilégiée pour assurer le suivi postnatal est celle d'une organisation directe par des unités hospitalières mobiles dans 6 maternités, de la délégation vers les sages-femmes indépendantes dans 8 maternités ou de l'offre d'une consultation postnatale intra-hospitalière 'tout en un' (sage-femme/gynécologue et pédiatre) dans 1 maternité.

### 2.2.9. L'accompagnement des familles en néonatalogie

Les TMS sont souvent appelés à accompagner les familles ou les mères confrontées à l'hospitalisation du nouveau-né après sa naissance. Parfois, la mère doit sortir avant l'enfant et, le vécu de cette séparation ne va pas de soi.

Dans ce cas, le TMS est un réel soutien pour la famille grâce à son écoute et offre un accompagnement en accord avec les réalités de la vie de la mère, de la famille. Sa disponibilité et sa connaissance de l'environnement

### 2.2.10. Types de dépistages néonataux

2 dépistages sont pratiqués dans les premiers jours de vie de l'enfant.

Il faut noter que malgré l'instauration des sorties planifiées, les programmes de dépistage ont des performances inchangées.

Le **dépistage de la surdité** se pratique entre le 2<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour de vie de l'enfant. Il est indolore et permet de déterminer si l'enfant souffre d'une surdité à la naissance. Cela ne présume pas complètement du développement ultérieur de problèmes d'audition. Le test coûte environ 10 € qui sont remboursés par les mutuelles dans le

2% des familles déclarent faire suivre leur enfant uniquement par le pédiatre ou le médecin généraliste de la famille. 10% des enfants seront suivis par d'autres filières de soins.

L'organisation du suivi postnatal apparaît comme polarisée entre des maternités qui ont une longue expérience du suivi à domicile et d'autres qui le découvrent. Il y a, par ailleurs, une forte concurrence ressentie entre les maternités situées dans les zones urbaines (Charleroi, Mons) et une carence de partenaires extrahospitaliers (notamment de sages-femmes indépendantes) perçue en zone rurale. C'est aussi en Hainaut qu'apparaissent les premières expériences de collaboration entre maternités d'un même groupe hospitalier pour définir une approche commune (Jolimont, Lobbes) ou pour élargir la zone de couverture du suivi postnatal (Hornu & Ath).

A ce jour, le système hospitalier garde la mainmise sur l'organisation du suivi postnatal pendant la première semaine après l'accouchement. Pour le suivi à plus long terme, l'articulation avec les partenaires extrahospitaliers est plus lente et tarde à se mettre en place ; que ce soit avec la première ligne (médecin généraliste et ONE) ou avec les organismes 'satellites' qui peuvent servir d'appui aux parents et à leur nouveau-né (aides familiales, mutuelles, associations, etc.).

font de lui un trait d'union entre la famille et les autres professionnels hospitaliers. Le TMS aide à la préparation de la sortie de l'enfant dans les meilleures conditions possibles, en prenant en compte les démarches diverses, l'organisation de la vie familiale, le matériel pour le bébé, le suivi du bébé, etc.

En province de Hainaut, il existe 4 centres de néonatalogies (N) : Notre-Dame à Charleroi, Tivoli à La Louvière, Marie-Curie à Lodelinsart et CH Wapi à Tournai.

cadre de l'assurance complémentaire.

Dans le Hainaut, les 15 maternités participent au programme de dépistage. En 2016, 13.455 enfants nés dans ces maternités ont bénéficié de ce programme.

Le **dépistage de certaines anomalies congénitales** est pratiqué entre le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour de vie de l'enfant. Une prise de sang permet de récolter du sang sur un papier buvard qui est envoyé au laboratoire pour analyse. On dépiste 13 maladies rares, voire très rares. Si les parents ne reçoivent pas de nouvelles c'est que le résultat du dépistage est bon, et qu'aucune de ces maladies n'est présente chez leur enfant. Dans le cas inverse, les pa-

<sup>8</sup> Maulet N, Recherche sur « Le travail en réseau et l'offre intégrée des services périnataux », Direction Recherches et Développement, Office de la naissance et de l'Enfance, 2017

rents sont rapidement recontactés par la maternité. Le test est entièrement gratuit.

Dans les 15 maternités du Hainaut, 14.314 enfants ont été dépistés en 2017 (14013 en 2016).

Il est important de souligner que le prélèvement doit être réalisé entre 72h et 120h de vie de l'enfant, ni avant, ni après. Cela pour éviter les faux résultats mais aussi pour conserver la performance du programme.

De même, les échantillons prélevés doivent parvenir au laboratoire endéans les 4 jours de leur réalisation afin d'obtenir à temps un résultat utile à la santé de l'enfant.

Pour en savoir plus : [www.depistageneonatal.be](http://www.depistageneonatal.be).



## SYNTHÈSE DONNÉES DE NAISSANCE

La natalité est l'un des paramètres déterminant de la croissance de la population.

Le Hainaut a une population qui croît, mais dans une moindre mesure par rapport aux autres provinces de Wallonie. La population hainuyère a augmenté de +0,2% entre 2017 et 2018 et de 0,5% pour celle de la Région wallonne. Les naissances, quant à elles, ont diminué de 0,3% en un an et de 12% en 10 ans selon les statistiques officielles issues de Statistics Belgium.

Les statistiques publiées dans ce chapitre s'intéressent aux naissances vivantes issues de mères résidant en province de Hainaut, même si les naissances ont eu lieu en dehors de la province.

Les informations sont essentiellement collectées durant le séjour de la mère en maternité. Le service proposé par l'ONE à la maternité est dit « de liaison » et est un moment

particulier qui pose les bases d'une relation de confiance entre la famille et l'ONE. Le soutien à la parentalité prend tout son sens dans cette approche et se confirme dans la durée de l'accompagnement de la famille. Ce moment dessine la continuité de l'action psycho-médicosociale avec les autres collègues internes à l'ONE, mais aussi intra et extra hospitaliers.

En maternité, les données d'accouchement sont relatives à la mère et au mode d'accouchement et les données de naissance sont relatives à l'enfant. Ces données sont représentatives de la population globale des nouveau-nés en province du Hainaut.

Les chiffres montrent que 90% des mères résidant dans la province de Hainaut accouchent dans une des 15 maternités qui y sont implantées. Les autres accouchent ailleurs en Wallonie, à Bruxelles, en Flandre et ou encore à l'étranger (essentiellement en France).

En 2017 en Hainaut, l'âge moyen des mères au moment de l'accouchement est de 30 ans. Cet âge ne cesse de reculer au cours du temps. De même, les proportions des catégories d'âge au-dessus de 30 ans sont en augmentation et celles en-dessous en diminution. En Hainaut, 2,8% des accouchements en 2017 surviennent parmi les femmes âgées de moins de 20 ans pour 1,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La BDMS évalue la situation relationnelle de la mère par la mesure de son environnement immédiat, ses rapports directs au niveau individuel. En 2017, 91,9% des mères vivent en couple, les autres vivent soit en famille ou entourées de leurs connaissances (3,5%), soit isolées (4,6%).

Environ 75% des mères hainuyères sont d'origine belge. Les mères d'origine étrangère proviennent principalement des 15 premiers pays membres de l'Union européenne.

Environ 2,5% ont des difficultés avec l'usage du français. Il existe à l'ONE, des outils d'éducation à la santé adaptés aux publics présentant des difficultés de lecture.

La consommation de tabac chez les mères est en diminution : elle est passée de 21,8% à 18,7% en 10 ans. Les mères fumeuses sont généralement plus jeunes, d'origine belge et vivent seules. Les mères qui arrêtent de fumer sont en général celles qui fument peu de cigarettes au quotidien, qui sont plus âgées ou qui vivent en couple. Les fumeuses accouchent prématurément dans 12,6% des cas (moins de 37 semaines de grossesse) et d'un enfant avec un poids inférieur à 2500 grammes dans 17,2% des cas.

Concernant les nouveau-nés de la province de Hainaut, la proportion des naissances multiples est relativement stable ces 10 dernières années avec une moyenne de 3,3%.

70,1% des enfants naissent de façon spontanée. L'usage d'instruments est décrit pour 8,5% des naissances et pour 21,4% des naissances une césarienne a été pratiquée.

En province de Hainaut, le poids moyen à la naissance se situe autour de 3.200 grammes. Il est pratiquement le même en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette moyenne n'a pas varié de manière significative ces dernières années, même si des différences peuvent exister au sein des arrondissements et communes.

La taille et le poids maternels, la parité et la nationalité d'origine de la mère influencent significativement le poids fœtal. Des courbes de croissance, en période prénatale comme à la naissance peuvent donc s'avérer nécessaires pour les professionnels de la périnatalité. Le poids de naissance est notamment lié à l'indice de masse corporelle ( $IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$ ) de la mère avant la grossesse.

Les petits poids à la naissance (< 2.500g) représentent 8,7% des nouveau-nés en Hainaut, et 7,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2017.

La prématurité caractérise toute naissance survenant avant 37 semaines de gestation. En 2017, 8,9% des nouveau-nés hainuyers arrivaient au monde avant ce terme, pour 8,8% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour ces deux indicateurs (petit poids de naissance et prématurité), les différences géographiques sont parfois marquées et peuvent s'expliquer de différentes manières.

La mise au sein immédiatement après l'accouchement croît globalement dans toutes les subrégions. Elle est relevée pour 76,3% des nouveau-nés en 2017. En province de Hainaut, elle a augmenté de 2% sur 10 ans.

Quant au maintien de l'allaitement ou à sa mise en route quelques jours après l'accouchement, - défini par la BDMS comme l'allaitement de l'enfant à la sortie de la maternité -, il est de 73,3% en Hainaut. En 10 ans, le taux d'allaitement à la sortie de la maternité n'a quant à lui, pas varié.

Enfin, de toutes les naissances issues des résidentes en Hainaut, environ 90% des familles souhaitent un suivi par l'ONE. Celui-ci est assuré par divers types de structures de suivi médico-social pour enfants réparties sur l'ensemble du territoire de la province.

Ces résultats généraux ne reflètent pas toutes les réalités vécues. Chaque région et chaque famille a ses propres réalités dont il faut tenir compte, soit de manière préventive lors de la grossesse, soit pour le suivi ultérieur des familles. Des actions de prévention spécifiques peuvent être mises en place en fonction des besoins et au niveau familial, un suivi renforcé peut être proposé aux familles plus vulnérables.



# CHAPITRE 3



Le suivi médico-social  
des enfants en Hainaut

Le suivi médico-social préventif de l'enfant est assuré dans les Consultations pour enfants (CE), dans les Milieux d'accueil collectifs (Milacs ou MA) et lors de visite à domicile. Cet accompagnement préventif de l'enfant et de sa famille est de type psycho-médico-social tel que décrit dans le « Guide de médecine préventive du jeune enfant »<sup>1</sup>.

Les objectifs visés par le suivi préventif de l'enfant sont :

- D'élaborer des « Projets Santé-Parentalité » (PSP) ou des projets communaux d'accompagnement incluant le suivi universel et le suivi renforcé en cas de besoin spécifique ou de vulnérabilité
- De mettre en œuvre des programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de médecine préventive
- De développer les activités individuelles et collectives de promotion de la santé
- D'intégrer les activités de l'ONE dans le réseau local
- De participer à la collecte de données telle qu'organisée par l'ONE auprès des familles, à l'évaluation et à la régulation de la politique en matière d'accompagnement médico-social
- etc.

L'évaluation du suivi médical réorganisé depuis 2004 par une réforme des Consultations pour enfants, est possible grâce à l'analyse de données individualisées récoltées à des moments clefs de la vie de l'enfant : lors du « Premier contact » (en moyenne à 15 jours de vie), et lors des « Bilans de santé » (BS) établis aux 9, 18 et 30 mois de l'enfant, en présence d'un de ses parents ou d'une personne référente.

Ces âges représentent des moments importants du développement de l'enfant et permettent de couvrir les différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés.

Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et les TMS au sein des consultations pour enfants ou lors des visites à domicile effectuées par les TMS mais aussi au sein des milieux d'accueil collectifs fréquentés par ces enfants.

Les résultats présentés dans ce chapitre proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2007 à 2016. Les années de référence analysées pour chaque thème sont reprises sous chaque tableau ou graphique.

L'année de référence est l'année durant laquelle le bilan a été complété. Ainsi pour les Bilans de santé de l'année 2016, on retrouve pour les « Bilans de santé à 9 mois », des enfants nés en 2015 et 2016, pour les « Bilans de santé à 18 mois », des enfants nés en 2014 et 2015 et pour les « Bilans de santé à 30 mois », des enfants nés en 2013 et 2014<sup>2</sup>.

### Limite des données : âge et résidence de l'enfant

Lors de l'analyse des données, une sélection est réalisée sur base de l'âge de l'enfant et de son lieu de résidence. Il est donc très important que les variables soient correctement complétées, et plus particulièrement, le lieu de résidence et la date de naissance de l'enfant ainsi que la date d'établissement du « Bilan de santé ». En effet, les données manquantes n'étant pas prises en compte dans les analyses de données, elles augmentent dès lors le risque d'avoir des résultats peu significatifs.

**Dans les « Bilans de santé à 9 mois », sont repris les enfants ayant entre 7 et 11 mois. Pour les « Bilans de santé à 18 mois », les enfants ont entre 16 et 20 mois et pour les « Bilans de santé à 30 mois », ils ont entre 28 et 32 mois.**

Les populations d'enfants disposant d'un Bilan de santé à 9, 18 ou 30 mois constituent des échantillons différents. Les résultats présentés ne sont donc pas issus d'un suivi longitudinal.



«...»

### Marie-Christine RAVIART,

TMS en consultation périodique et suivi élargi à domicile (SED) à Brunehaut, Rumes et Tournai

« Je remplis les bilans à 9, 18 et 30 mois, en consultation. C'est un travail important qui permet d'ouvrir le dialogue avec les parents. Il y a des questions jugées délicates par mes jeunes collègues, notamment celle qui concerne le tabac. Car en cas de réponse positive à la question « fumez-vous », il faut aller plus loin, parler des incidences du tabagisme sur la santé... Il y a d'autres questions qui peuvent sembler difficiles à poser, comme celles liées à leur niveau d'études de la mère, le temps de travail, si les parents sont toujours ensemble... Pour ma part, je travaille avec un médecin très collaboratif et je connais bien les familles que j'accompagne ; aucune question n'est donc difficile à poser pour moi. Le travail d'analyse qui suit la récolte des données est fondamental pour l'action de l'ONE ».

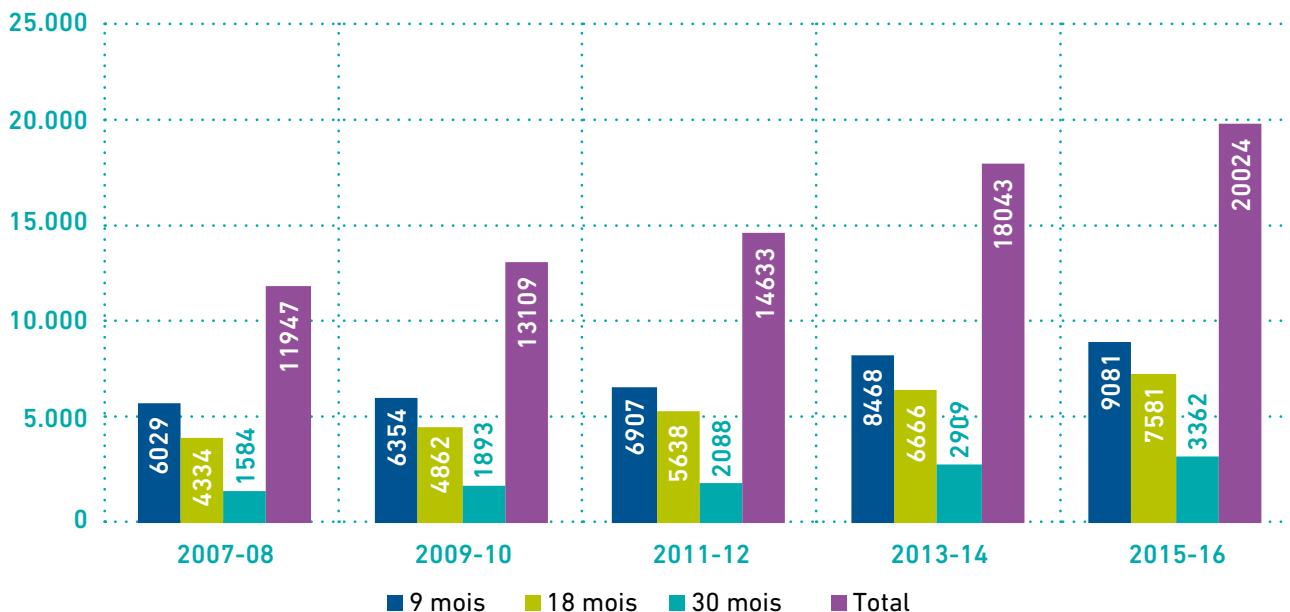
<sup>1</sup> Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE, 2011.

<sup>2</sup> NB : La base de données analysée dans ce rapport a été arrêtée en juillet 2017. Plusieurs rappels ont été effectués auprès du personnel de l'ONE. Certains documents ont probablement encore été envoyés au-delà de cette date. Cependant, nous pouvons estimer que les données sont fiables vu que le nombre de documents analysés pour 2016 équivaut à celui des années précédentes.

# 3.1. NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »

## 3.1.1. Evolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »

Evolution du nombre de Bilans de santé en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2007-2016

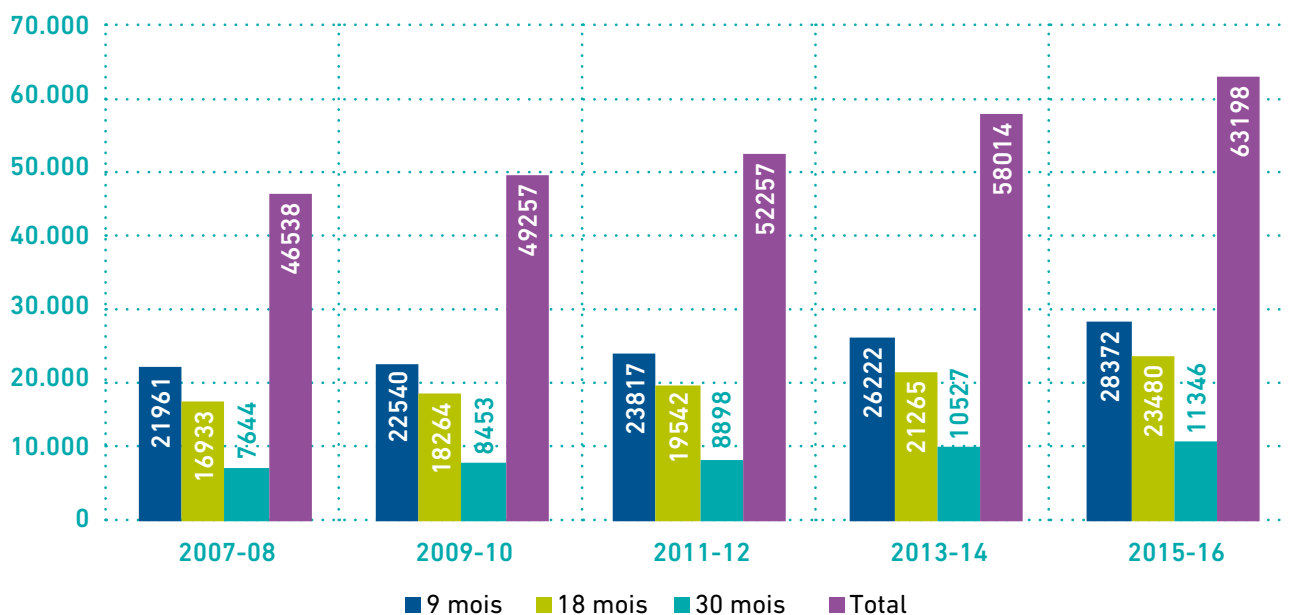
Le nombre de Bilans de santé analysés entre 2007 et 2016 augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé en Hainaut, tout comme en FWB.

En Hainaut, en nombre absolu, le nombre total de Bilans de santé est passé de 11.947 bilans en 2007-2008 à 20.024 en 2015-2016, soit une augmentation de presque

70%. Ces données sont à mettre en relation avec le nombre d'enfants recensés dans la même tranche d'âge.

Les communes de Charleroi, La Louvière et Chatelet sont les communes de résidence où on dénombre le plus de « Bilans de santé ».

Evolution du nombre de Bilans de santé en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2007-2016

### 3.1.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2007 et 2016

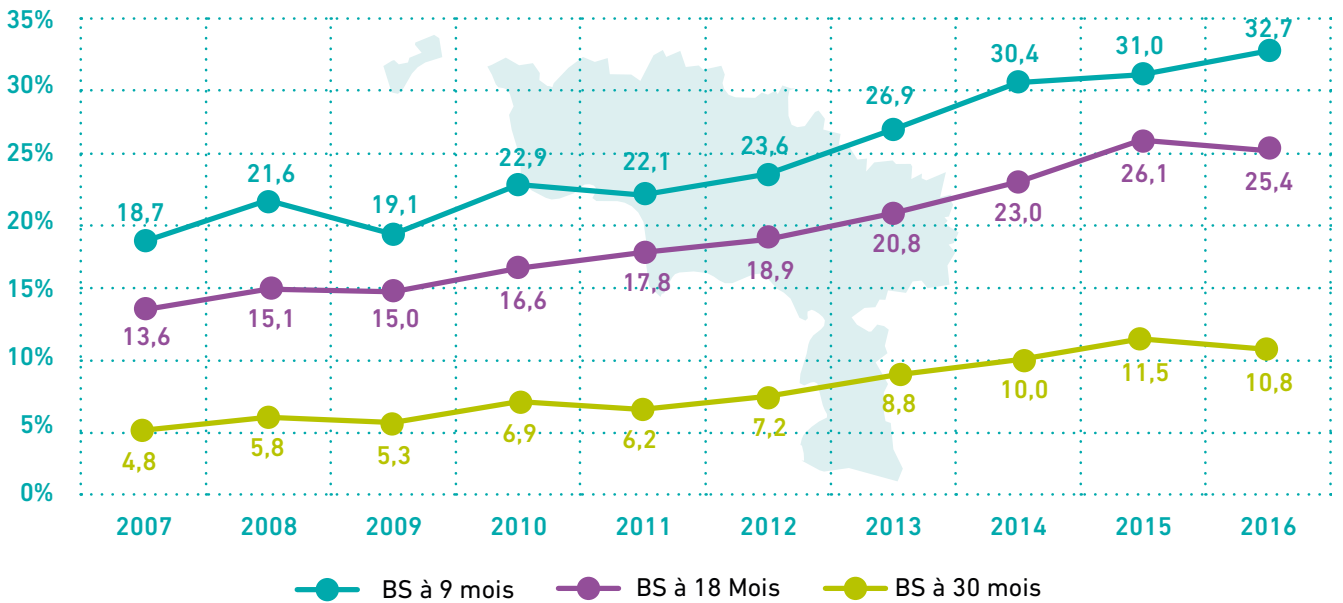
Actuellement, l'information précise concernant le nombre d'enfants susceptibles d'être suivis et entrant dans la tranche d'âge requise pour les Bilans de santé n'est pas disponible. Par conséquent, le taux de couverture des Bilans de santé doit être calculé, soit en prenant comme référence le nombre d'enfants inscrits dans les consultations, soit à partir du nombre officiel d'enfants dans une tranche d'âge précise et résidant en Belgique pour la même période.

Calcul des taux de couverture :

Le numérateur : nombre de Bilans de santé à 9, 18 ou 30 mois reçus et respectant les âges requis et le lieu de résidence.

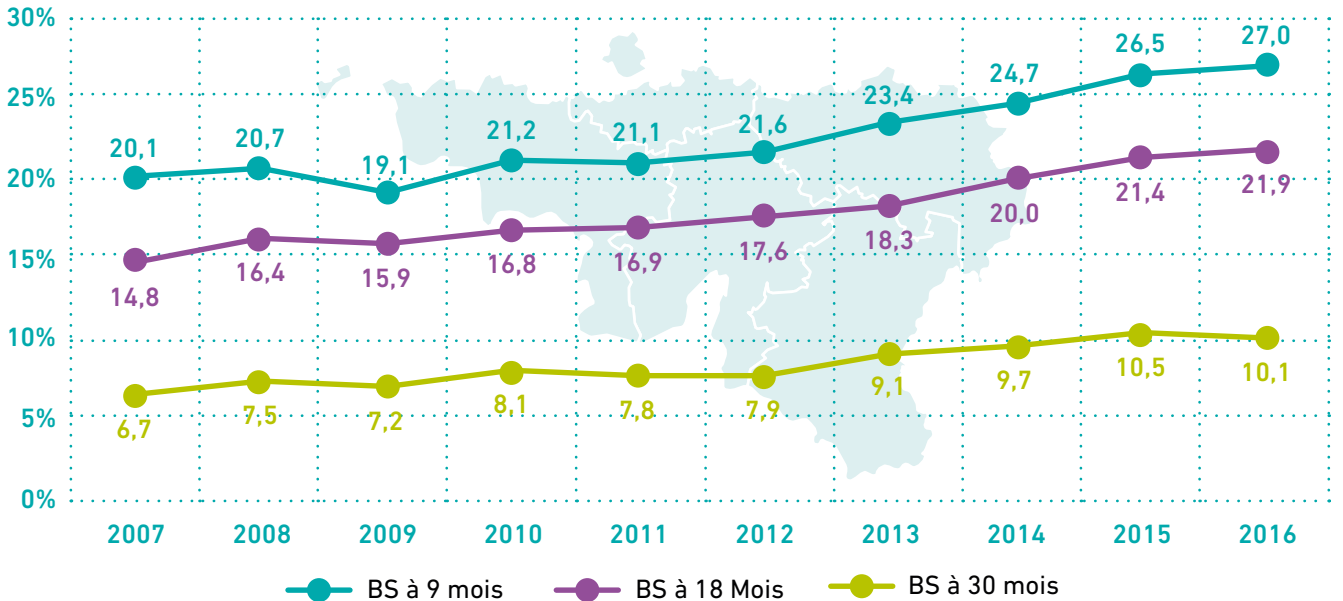
Le dénominateur : données issues du Service Public Fédéral Economie (DGSIE). Nombre d'enfants de moins d'un an pour les « Bilans de santé à 9 mois », de 1 à 2 ans pour les « Bilans de santé à 18 mois » et de 2 à 3 ans pour les « Bilans de santé à 30 mois ». Les données pour une année civile sont comptabilisées le 1er janvier de l'année suivante. Pour l'année 2016, les données sont relevées à la date du 1er janvier 2017.<sup>3</sup>

Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2007-2016

Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2007-2016

<sup>3</sup> <https://bestat.economie.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c85d8545-ce8a-444b-908d-9fb278d672ea>



Les graphiques précédents, indiquent l'évolution des taux de couverture des Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois pour le Hainaut et pour la FWB.

De manière générale, on constate une augmentation des taux de couverture pour les 3 Bilans de santé tant en Hainaut qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En Hainaut, les taux de couverture sont non seulement plus élevés que la moyenne relevée en FWB mais l'augmentation des taux de couverture est également plus importante.

En effet, en Hainaut, en 2007, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 1/5 des enfants, contre 1/3 en 2016, soit une augmentation de 75%. Les taux de couverture des Bilans de santé à 18 et

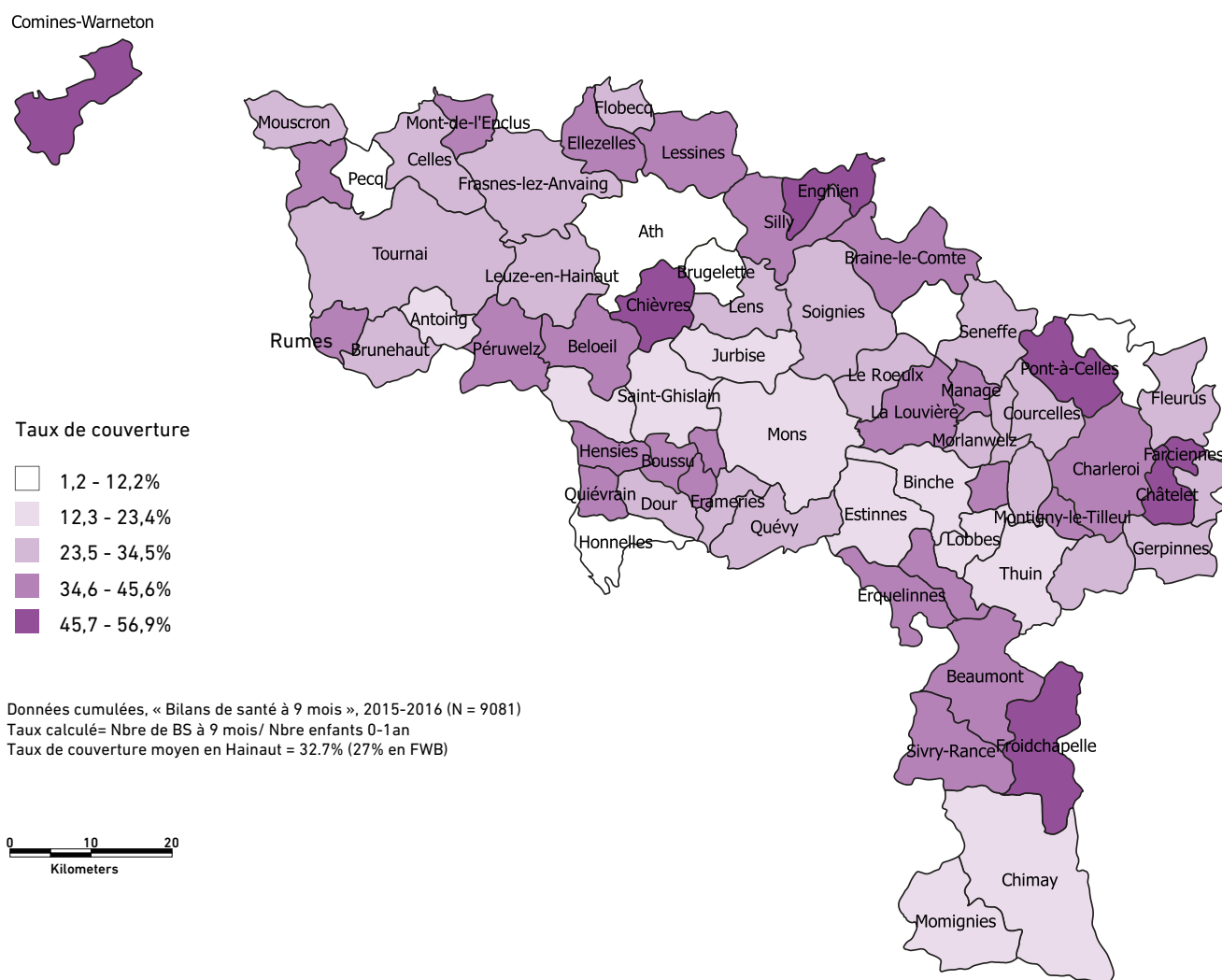
30 mois ont, quant à eux, doublé atteignant respectivement 25% et 11% en 2016<sup>4</sup>.

En FWB, en 2007, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 1/5 des enfants, contre, plus d'1/4 en 2016, soit une augmentation de 34%. Pour les bilans de 18 et 30 mois, durant cette même période, l'augmentation du taux de couverture était de 50%.

Notons cependant que les taux de couverture sont probablement sous-estimés. En effet, il s'agit uniquement d'enfants pour lesquels les documents « Bilans de santé » sont disponibles et dûment complétés. De plus, un nombre plus élevé d'enfants a été suivi, soit en dehors des périodes des Bilans de santé, soit pendant ces périodes mais sans que le document ait été renvoyé.

### 3.1.3. Taux de couverture des Bilans de santé par commune en Hainaut

#### Taux de couverture des Bilans de santé à 9 mois par commune, en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

Etant donné que le suivi médico-social de l'ONE ne couvre pas l'ensemble des enfants résidant en Hainaut, la cartographie donne une estimation relative des

taux de couverture pour chaque commune. Pour rappel, ces taux sont sous-estimés. En effet, il s'agit ici d'enfants ayant bénéficié d'un suivi préventif à l'ONE et pour

<sup>4</sup> Le taux de couverture légèrement inférieur en 2016 par rapport à 2015 en Hainaut, peut être lié au fait que tous les documents n'aient pas été renvoyés au moment de l'analyse des données.



lesquels un bilan de santé a été complété. Les enfants ayant bénéficié d'un suivi mais n'ayant pas de bilan de santé complété ne sont, quant à eux, pas comptabilisés dans ces analyses.

Outre le taux de natalité qui diffère d'une commune à l'autre, la connaissance et l'accessibilité des services offerts par l'ONE ainsi que l'offre d'autres services (pédiatre, généraliste,...) peut également influencer le taux de fréquentation de l'ONE.

Si le taux de couverture moyen des Bilans de santé à 9 mois était de plus de 30% en Hainaut en 2015-2016, certaines communes atteignaient des taux beaucoup plus élevés.

En 2015-2016, pour les Bilans de santé à 9 mois, les communes d'Enghien, Chatelet, Froidchapelle, Comines-War-

neton et Farciennes avaient les taux de couverture les plus élevés allant respectivement de 57% à 50%.

A 18 mois, les taux de couverture les plus élevés variaient entre 57.3% et 43.8% pour les communes de Chatelet, Enghien, Rumes, Comines-Warneton et Braine-le-Comte.

Enfin, concernant les Bilans de santé à 30 mois, les communes de Comines, Rumes, Chatelet, Chièvres et Brunehaut détenaient les plus hauts taux de couverture variant entre 32.8% et 26.6%.

Notons cependant que les communes de Honnelles et Flobecq ne disposent pas de consultation pour enfants. Ath ne dispose, quant à elle, que d'une seule, mais importante consultation pour enfants.

### 3.1.4. Origine des Bilans de santé selon le type de structure

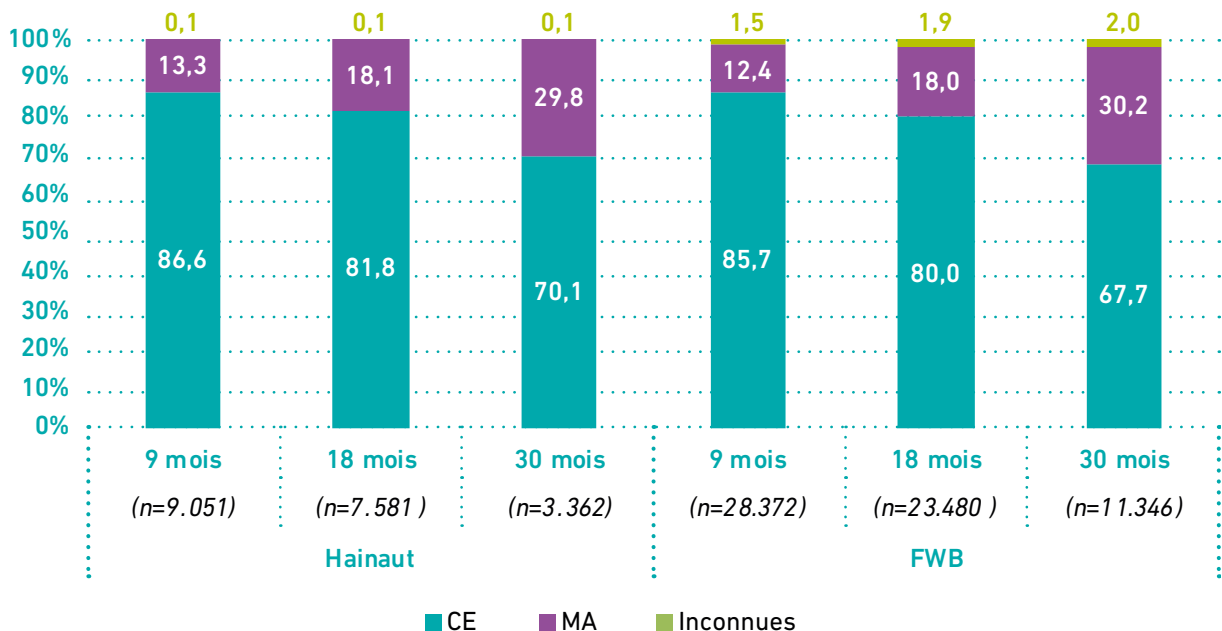
A l'ONE, on distingue différents types de structures de suivi préventif de l'enfant réparties dans deux secteurs : l'Accompagnement de l'enfant et l'Accueil de l'enfant.

Le secteur « Accompagnement » comprend les structures chargées du suivi médico-social préventif de l'enfant au sein de sa famille c'est à-dire, les consultations pour enfants (CE). Ce suivi peut également être effectué lors de visite à domicile du TMS.

Le secteur « Accueil », quant à lui, reprend les types de structures dites d'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial (MA) dont certaines contribuent à alimenter la Banque de données médico-sociales. Il s'agit des milieux d'accueil collectifs et subventionnés par l'ONE (crèches, Maisons Communales de l'accueil de l'enfance, préguardiennats, Maison de l'enfance).

Ce rapport utilise les abréviations « consultation » ou « CE », pour faire référence aux structures d'accompagnement et « milieu d'accueil » ou « MA » pour les structures d'accueil.

#### Origine des Bilans de santé en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2015-2016

Le graphique indique le type de structures dans lesquelles le Bilan de santé a été établi. En effet, les Bilans de santé peuvent être complétés soit dans une consultation pour enfants de l'ONE, soit dans certains milieux d'accueil agréés par l'ONE. Dans le cas où un Bilan de santé aurait été établi dans les 2 secteurs, le 1er bilan

sera retenu et le second bilan viendra compléter les informations éventuellement manquantes.

Globalement, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé issue des consultations pour enfants diminue en fonction de l'âge.

En 2015-2016, en Hainaut, plus de 80% des Bilans de Santé à 9 et 18 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 30 mois, cette proportion diminue à 70%. Cette diminution est à mettre en relation avec la fin de la première période de vaccination (Hexavalent,

Pneumocoque, Rotavirus) ainsi que l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil. Les pourcentages sont similaires en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le taux d'inconnues pour ces données est quasi nul pour le Hainaut.

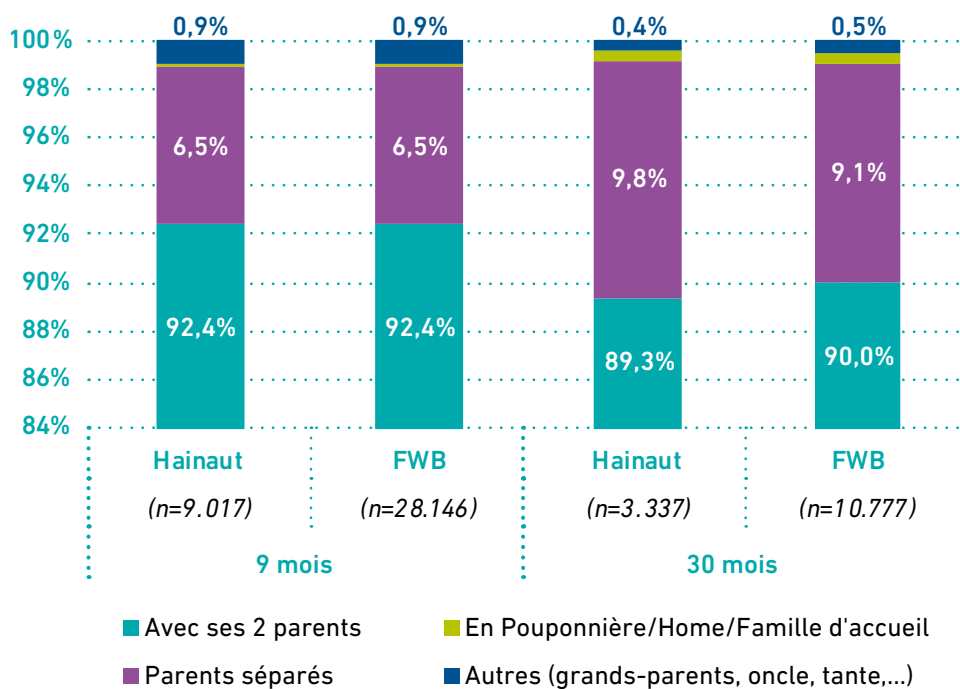
## 3.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE

### 3.2.1. Situation familiale de l'enfant

Cette donnée est récoltée lors des Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois. La réponse à cette question doit prendre en considération la situation parentale habituelle et doit refléter la situation dans laquelle l'enfant vit la majorité

du temps. La catégorie « parents séparés » regroupe deux situations. Celle où l'enfant est en garde alternée et celle où l'enfant ne voit plus qu'un seul de ses parents.

#### Situation familiale de l'enfant en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 30 mois », 2015-2016

A 9 mois, la situation familiale des enfants dans le Hainaut est identique à celle des enfants en FWB. 92,4% des enfants vivent avec leurs 2 parents. La proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre presque 10% à 18 mois. En Hainaut, 4,1% des enfants suivis en milieu d'accueil vivent avec leurs pa-

rents séparément (4,2% en FWB). Ces résultats restent stables dans le temps.

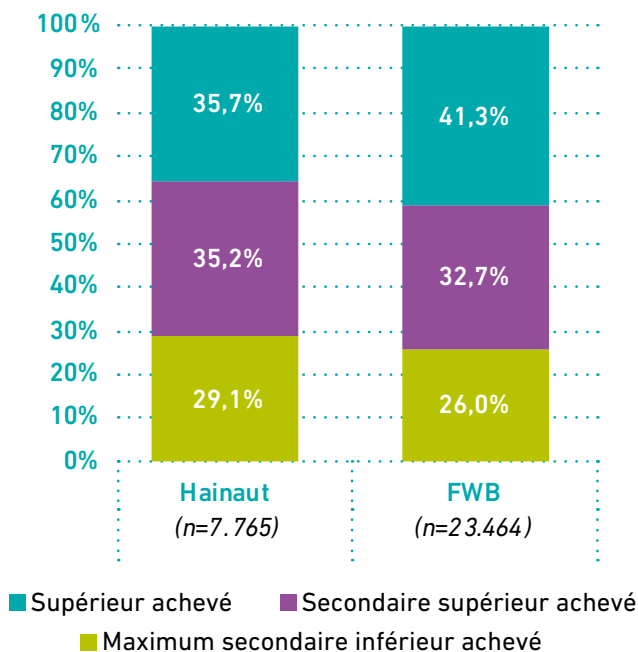
En Hainaut, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est très faible et reste inférieur à 1% ces 10 dernières années, quel que soit le bilan de santé. En FWB, le taux d'inconnues est un peu plus élevé atteignant 7,5% pour le Bilan de santé à 30 mois.

### 3.2.2. Niveau d'éducation de la mère

Le niveau d'éducation de la mère est collecté lors des Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois. Dans la catégorie ayant atteint « au maximum le niveau secondaire inférieur achevé » sont reprises les mères n'ayant pas suivi

de scolarité, ayant suivi l'enseignement spécialisé, ayant achevé ou non leurs études primaires et celles ayant achevé ou non leurs études secondaires inférieures.

## Niveau d'éducation de la mère en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

En 2015-2016, que ce soit lors du Bilan de santé à 9 ou à 30 mois, la proportion de mères hainuyères qui détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur est un peu plus élevée que pour l'ensemble de la FWB.

A 30 mois, le niveau d'éducation global des mères hainuyères est légèrement plus élevé avec 41,7% ayant un diplôme de l'enseignement supérieur contre 35,7% à 9 mois. Les résultats sont stables durant la période 2007-2016.

En Belgique, selon l'enquête annuelle sur les forces de travail, en 2016, 13,9% des belges détenaient uniquement un diplôme de l'enseignement primaire (20,2% en 2008). Par contre, le taux de la population diplômée de l'enseignement supérieur tend à augmenter avec les années pour atteindre 29,9% en 2016 contre 25,1% en 2008. L'enquête sur les forces de travail (EFT) est une enquête socio-économique par sondage menée auprès

des ménages belges mais aussi européens afin d'avoir des données comparatives. Son but principal étant de classer la population en âge de travailler.<sup>5</sup>

Selon le site « Hainautstat.be », qui se base sur les données CENSUS<sup>6</sup>, en 2011, 14,1% de la population hainuyère détenait uniquement un diplôme de l'enseignement primaire. Cette proportion était de 12,8% pour l'ensemble de la Belgique.

Les différences observées au niveau des résultats avec l'ONE peuvent être attribuées à différents facteurs : une déclaration erronée lors la récolte de données, une différence de niveau d'éducation entre les équivalences de diplôme ou encore une mauvaise évaluation du niveau du diplôme de la part du déclarant.

En 2015-2016, en Hainaut, selon le Bilan de santé de 9 mois, le taux d'inconnues pour cette variable diminuait de 19,3% à 14,5% entre 2007-2008 et 2015-2016. Il avoisinait les 17,5% entre 2007 et 2016 en FWB.



### Frédérique DION,

TMS en consultation pour enfants et SED à Comines

« Je complète les bilans en consultation ou en permanence. Cette activité, au début, je ne voyais pas à quoi elle servait. J'ai compris son utilité dans le cadre de la définition des projets santé-parentalité. Les résultats de la BDMS permettent de définir des thématiques précises à travailler, village par village, qu'il s'agisse de vaccination, d'allaitement...

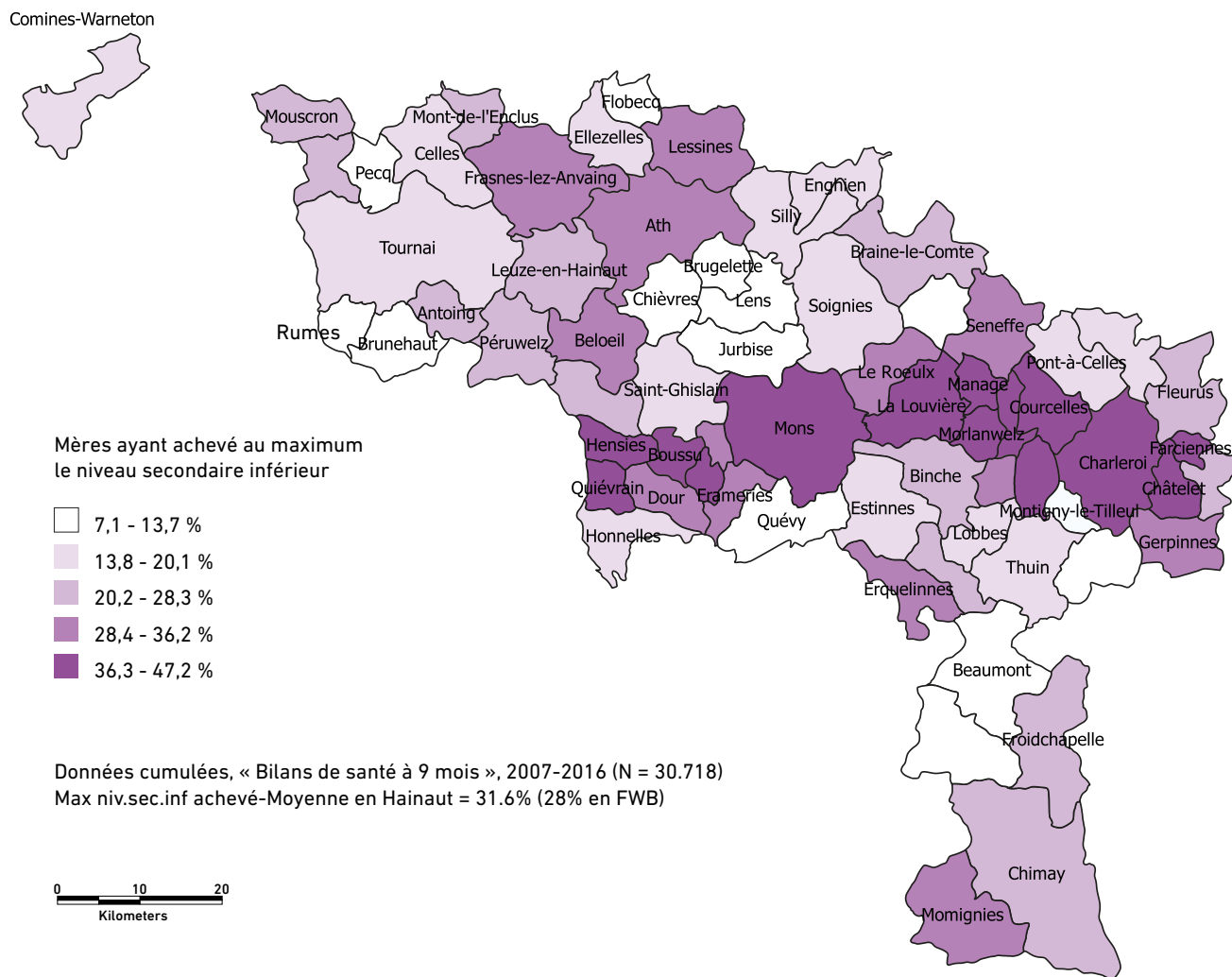
Il y a des questions qui paraissent délicates à poser mais aucun parent n'a jamais refusé de répondre puisque j'explique que ces questions sont traitées statistiquement.

Certaines questions apportent directement des enseignements intéressants. Ainsi, pour l'anecdote, un papa et une maman accompagnent leur enfant en consultation. J'hésite d'abord à leur demander si l'enfant vit au quotidien avec eux deux, ce qui me semble évident. Je pose tout de même la question et j'apprends que non, les parents sont séparés. Cela montre que lorsqu'on affine nos questions, les choses qui semblaient couler de source ne vont plus nécessairement de soi... ».

<sup>5</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/survey/enquete-sur-les-forces-de-travail-eft>

<sup>6</sup> [http://census2011.fgov.be/data/fresult/fresults\\_fr.html](http://census2011.fgov.be/data/fresult/fresults_fr.html)

## Niveau d'éducation des mères par commune en Hainaut, 2007-2016



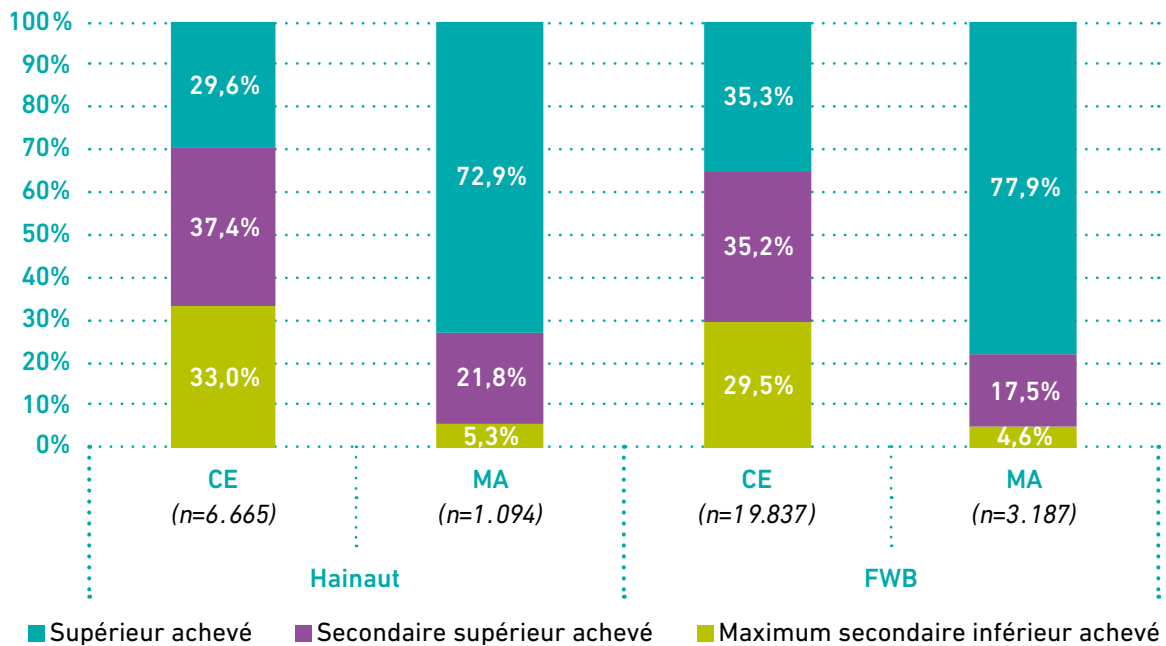
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2007-2016

Les communes dont les mères ont un niveau d'éducation plus faible sont situées le long du sillon Sambre-et-Meuse. En moyenne, entre 2007 et 2016, à Chapelle-lez-Herlaimont et à Quiévrain, 47% des mères dont les enfants sont suivis à l'ONE ont achevé tout au plus le niveau d'enseignement secondaire inférieur. Suivent les communes de Farciennes (45%), Charleroi, Colfontaine et Fontaine-l'Évêque (42%). Ces pourcentages fluctuent en fonction des années tout en restant les plus élevés.

Selon le site « Hainautstat »<sup>7</sup>, les communes de Farciennes et Charleroi avaient, en 2011, les taux d'ins-truction les plus faibles avec respectivement 18,4% et 17% de leur population qui détenaient uniquement un diplôme de l'enseignement primaire. Jurbise étant la commune la plus favorisée, avec seulement 7,4% des résidents ayant obtenu uniquement un diplôme de l'en-seignement primaire. Par rapport à la population fré-quentant l'ONE, à Jurbise, seulement 10% des mères ayant un enfant suivi à l'ONE détenaient tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur achevé entre 2006-2017.

<sup>7</sup> <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>

### Niveau d'éducation de la mère selon le type de structure



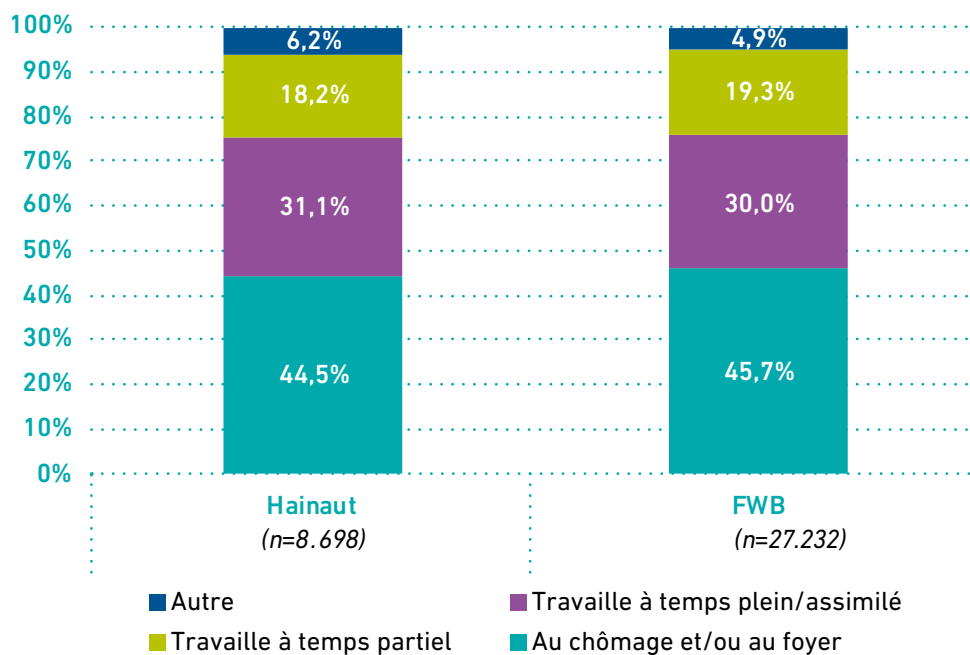
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

Si l'on compare le niveau d'éducation des mères en fonction du lieu où le suivi de l'enfant a été effectué, on constate que les mères d'enfants suivis en milieu d'accueil ont un niveau d'éducation plus élevé que celles des enfants suivis dans les consultations pour enfants. Ces résultats s'expliquent par le fait que, dans la plupart des cas, les mères des enfants fréquentant les MA sont professionnellement actives et que l'accès au travail est corrélé au niveau d'études.

En 2015-2016, en Hainaut, 72,9% des mères d'enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre 29,6% des mères des enfants suivis en consultation. En FWB, en consultation pour enfants, 29,5% des mères ont obtenu tout au plus le diplôme de l'enseignement secondaire inférieur.

### 3.2.3. Situation professionnelle de la mère

#### Situation professionnelle de la mère en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

La situation professionnelle de la mère est récoltée lors du Bilan de santé à 9 mois. Cette question comporte 7 modalités de réponse. Certaines catégories ont été ras-

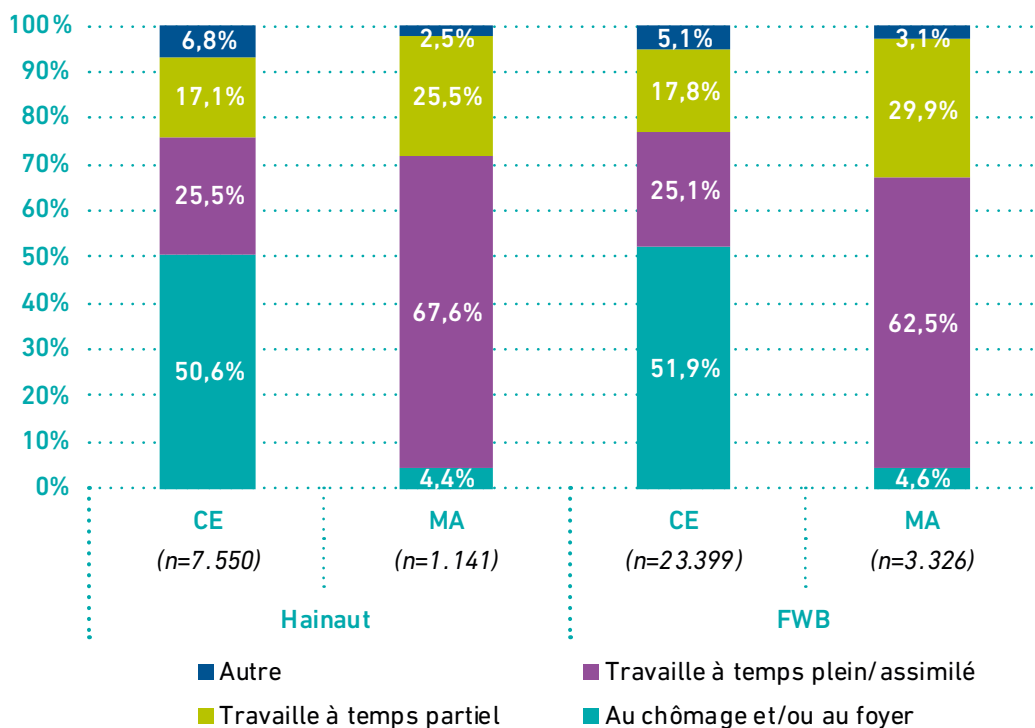
semblées. La catégorie « travaille à temps plein ou assimilé » regroupe les mères travaillant à temps plein, actives au moment du bilan mais également celles



en congé parental ou en pause carrière. La catégorie « autre » regroupe toutes les autres situations, notamment celles où les mères sont étudiantes, invalides ou en incapacité de travail. Cette question permet de distinguer la proportion des mères actives de celle des inactives au moment du bilan de santé.

La situation d'emploi de la mère est relativement différente selon les régions. En Hainaut, presque une mère sur 2 est inactive professionnellement (au chômage ou sans emploi).

#### Situation professionnelle de la mère selon le type de structure



BDM-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

On peut observer des disparités importantes selon le type de structures dans laquelle l'enfant est suivi. Si l'on prend en considération uniquement les enfants suivis en milieu d'accueil, on constate que la distribution de l'activité professionnelle des mères en Hainaut est similaire à celle de la FWB. En effet, le pourcentage des mères ayant une activité professionnelle, à temps plein ou à temps partiel, atteint plus de 90% parmi les en-

#### 3.2.4. Revenus de la famille

Les revenus de la famille tiennent compte de la situation officielle des parents et sont relevés lors du Bilan de santé à 9 mois. Cette question reprend initialement 6 modalités de réponse qui ont été catégorisées. La catégorie « deux revenus professionnels » implique que le 2e revenu professionnel provient de l'autre parent, beau parent ou compagnon. La catégorie « minimum un reve-

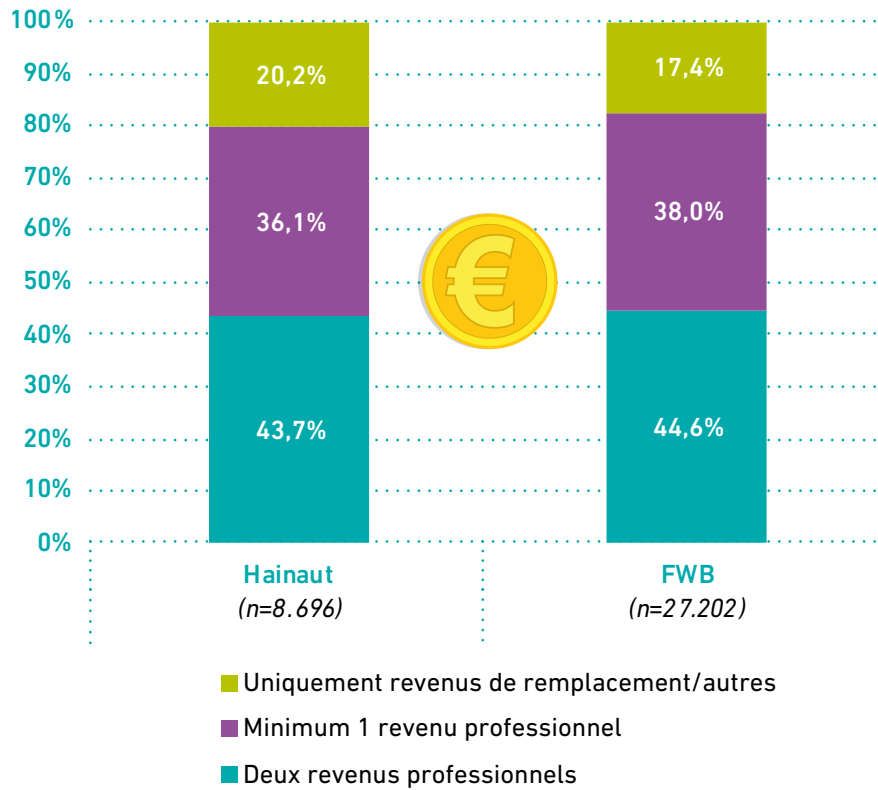
nu professionnel » comprend aussi bien les familles ne disposant que d'un seul revenu professionnel que celles disposant d'un revenu professionnel augmenté d'un revenu de remplacement. Celui-ci peut être une allocation de chômage, pour personnes handicapées, un revenu d'intégration sociale, une indemnité de la mutuelle ou autre.

fants fréquentant les milieux d'accueil en Hainaut. Par contre, si l'on prend en considération uniquement les enfants provenant des consultations pour enfants, 50% des mères sont inactives professionnellement.

En 2015-2016, la situation de la mère était inconnue pour 4,2% des enfants en Hainaut et pour 4% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

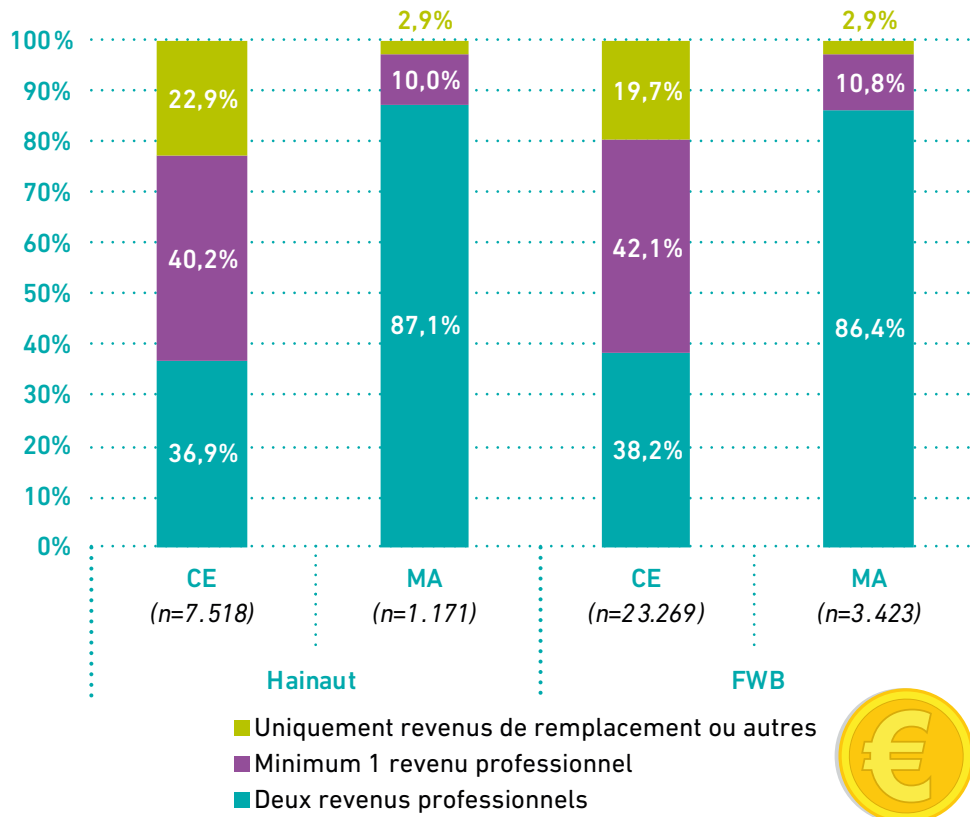
nu professionnel » comprend aussi bien les familles ne disposant que d'un seul revenu professionnel que celles disposant d'un revenu professionnel augmenté d'un revenu de remplacement. Celui-ci peut être une allocation de chômage, pour personnes handicapées, un revenu d'intégration sociale, une indemnité de la mutuelle ou autre.

### Revenus de la famille en Hainaut et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

### Revenus de la famille en fonction du type de structure



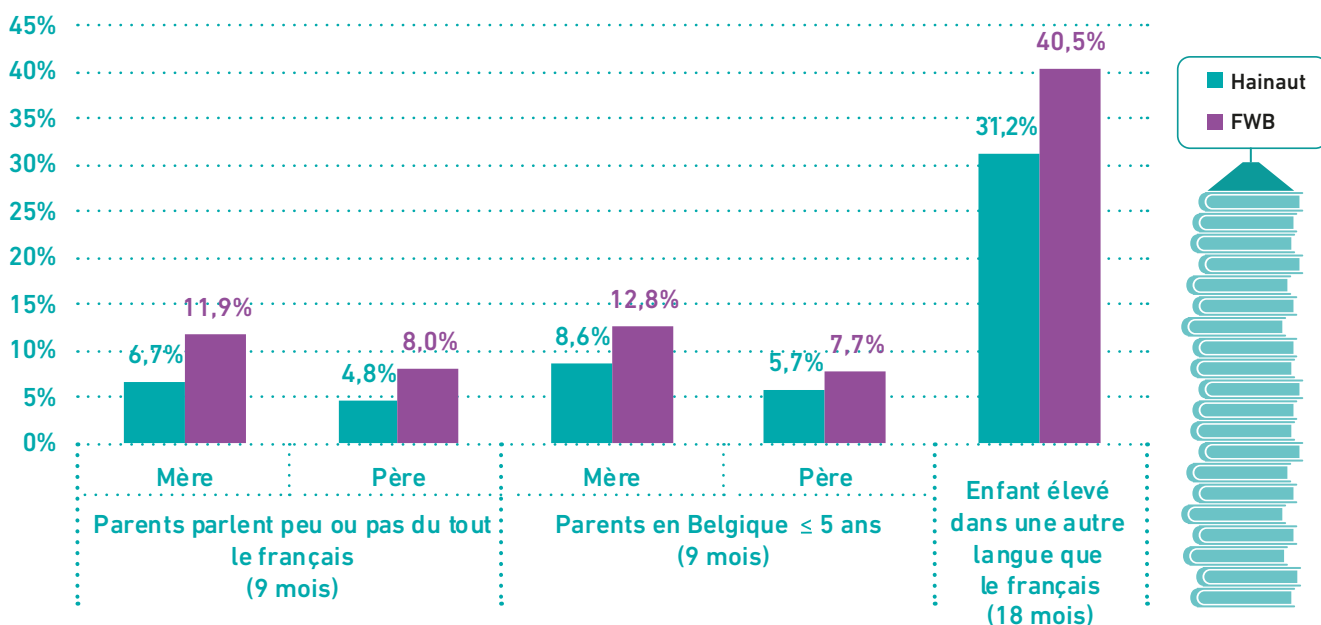
BDM-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

En Hainaut, presque 90% des enfants suivis en milieu d'accueil sont issus d'une famille disposant de 2 revenus professionnels alors qu'ils ne représentent que 37%

des enfants suivis en consultations. Les résultats sont similaires en FWB. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'activité professionnelle de la mère.

### 3.2.5. Niveau de français des parents, durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français

Niveau de français des parents, leur durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 18 mois », 2015-2016

Le graphique, ci-dessus, informe sur le niveau de maîtrise du français des parents, la durée de leur établissement en Belgique ainsi que la pratique d'une autre langue que le français au domicile familial.

En moyenne, les parents d'enfants suivis par l'ONE en Hainaut ont une bonne maîtrise de la langue française et un peu moins de 10% d'entre eux se sont installés en Belgique endéans les 5 ans.

Concernant la maîtrise de la langue française, la plupart des mères ne maîtrisant pas le français résident dans les communes le long du sillon Sambre-et-Meuse.

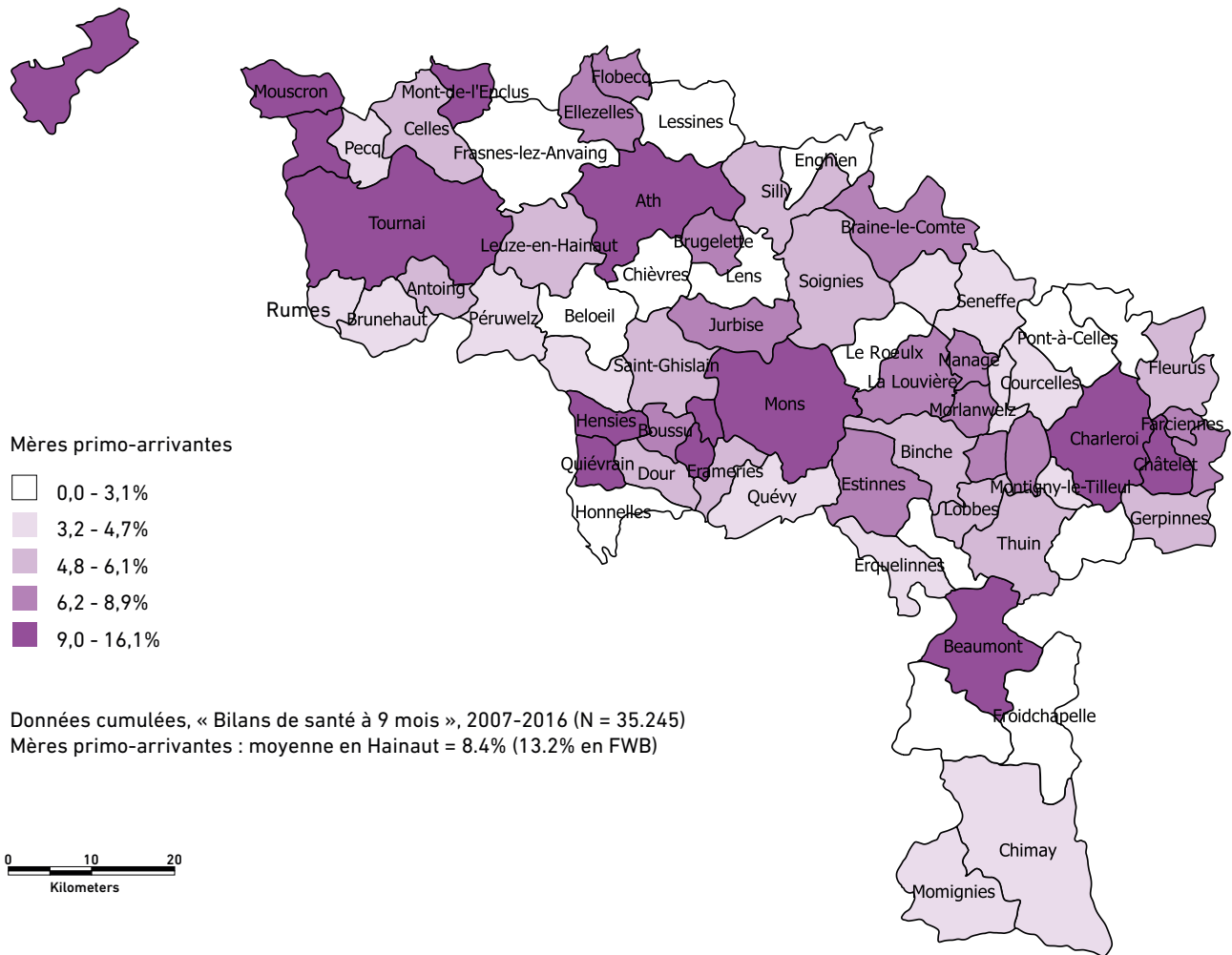
Que ce soit vers 18 ou 30 mois, environ 1/3 des enfants hainuyers sont éduqués à la maison dans une autre langue que le français, pourcentage inférieur à la FWB. Cependant, des disparités sont observées en fonction des régions. Entre 2007 et 2016<sup>8</sup>, les communes limitrophes avec la Flandre telles que Flobecq, Enghien, Lessines et Braine-le-Comte comptaient en moyenne entre 30 et 46% des familles parlant une autre langue que le français. Ce pourcentage était également élevé dans les communes de Charleroi (47.8%), Farciennes (43.4%), Chatelet (42.8%) et Quaregnon (39.9%).



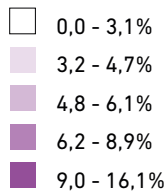
<sup>8</sup> Le cumul des années permet d'avoir un effectif plus élevé.

## Durée de séjour des mères en Belgique de moins de 5 ans

Comines-Warнетon



Mères primo-arrivantes



Données cumulées, « Bilans de santé à 9 mois », 2007-2016 (N = 35.245)  
Mères primo-arrivantes : moyenne en Hainaut = 8,4% (13,2% en FWB)

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2007-2016

Les communes de Beaumont (16,1%), Charleroi (12,8%) et Mons ont les taux les plus élevés de mères installées en Belgique depuis moins de 5 ans. Entre 10% et 12% des mères ont élu domicile endéans les 5 ans dans les régions de Tournai et de Mons. Les mères résidant

depuis moins de 5 ans dans les communes limitrophes à la Flandre et à la France proviennent probablement en partie de ces 2 régions. La présence de centres pour réfugiés à Jumet (Charleroi) et à Tournai peut également influencer les résultats.

### 3.2.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil

Fréquentation d'un milieu d'accueil par l'ensemble des enfants suivis à l'ONE

		2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016
<b>Bilans de santé à 9 mois</b>	Hainaut	26,3%	29,7%	31,2%	34,5%
	FWB	30,1%	34,8%	35,8%	37,6%
<b>Bilans de santé à 30 mois</b>	Hainaut	51,3%	52,9%	56,5%	57,5%
	FWB	55,1%	58,2%	59,8%	61,2%

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2009-2016

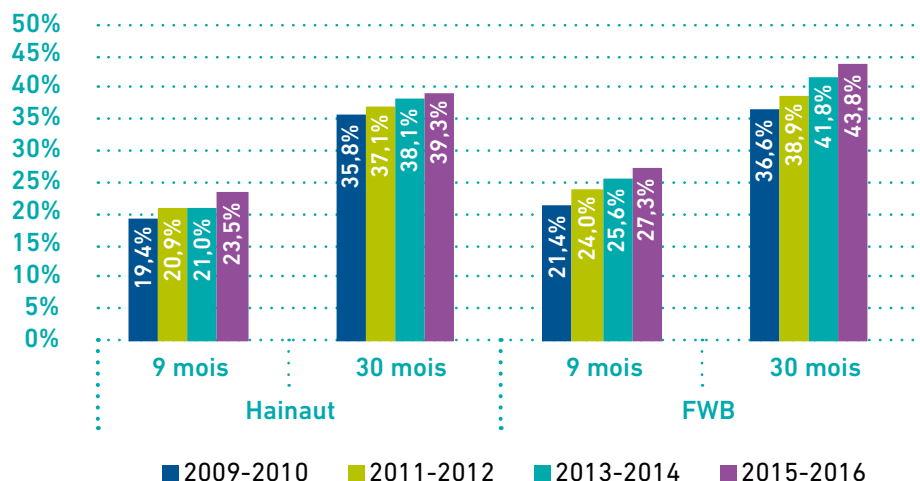
Le tableau présente le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil parmi l'ensemble des enfants bénéficiant d'un suivi ONE, que celui-ci ait eu lieu en consultation ou en milieu d'accueil.

Au fur et à mesure du temps, le taux de fréquentation d'un MA ne cesse d'augmenter, quel que soit l'âge de l'enfant en Hainaut mais également en FWB.

En 2015-2016, à 30 mois presque 60% des enfants ayant bénéficié d'un suivi ONE fréquente un MA, taux élevé vu que celui-ci inclut les enfants suivis en MA (leur taux de fréquentation étant de 100%).

En Hainaut, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est en moyenne de 10% pour les Bilans de santé à 9 mois (12% en FWB) et de 2,5% pour ceux de 30 mois (10% en FWB).

### Fréquentation d'un milieu d'accueil par l'ensemble des enfants suivis en consultations à l'ONE, hors MA

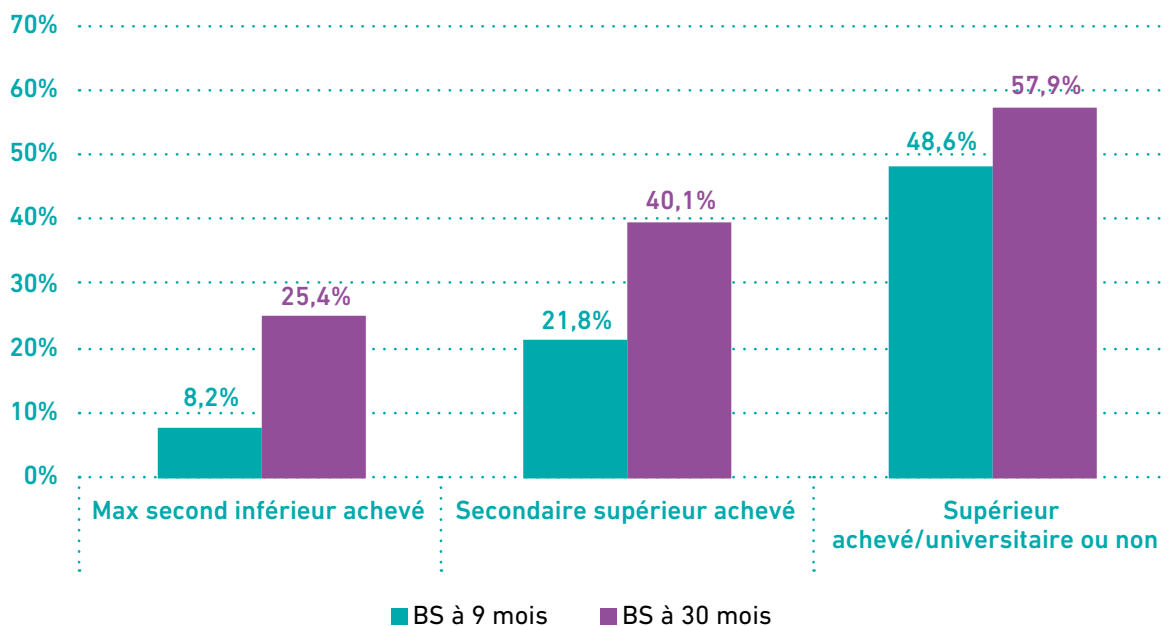


BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2009-2016

Parmi les enfants suivis uniquement en consultation pour enfants, la proportion d'enfants fréquentant un milieu d'accueil a augmenté légèrement tant à 9 mois qu'à

30 mois pour atteindre une proportion respectivement de 23.5% et 39.3% des enfants en 2016. En FWB, outre des taux un peu plus élevés, ce constat est le même.

### Fréquentation d'un MA par les enfants suivis en CE en fonction du niveau d'éducation de la mère en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2015-2016

Le graphique indique un gradient entre le niveau d'études de la mère et le taux de fréquentation d'un MA parmi les enfants bénéficiant d'un suivi préventif en consultation pour enfants à l'ONE. A 30 mois, les enfants dont les mères ont atteint le niveau d'études supérieur sont 2 fois plus nombreux à fréquenter un milieu d'accueil par rapport aux enfants dont les mères ont obtenu tout au plus un diplôme du niveau secondaire inférieur. Ce constat indique que la fréquentation d'un milieu d'accueil reste directement liée à la situation socio-économique et familiale.



## 3.3. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

L'allaitement maternel fait partie des programmes prioritaires de l'ONE depuis sa création.

Le lait maternel, évoluant en fonction de l'âge de l'enfant, est composé notamment d'eau, de lipides, glucides et de protéines. Il contient également des anticorps contre les bactéries et les virus et des cellules développant son système immunitaire. Il permet au nourrisson d'apporter tous les nutriments nécessaires à son développement. Dès la première heure de vie, le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'aliment recommandé pour le nouveau-né.<sup>9, 10</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et ensuite, un allaitement maternel complété par une alimentation solide jusqu'à 2 ans ou plus. Ces aliments doivent comporter suffisamment de calories, de protéines et de nutriments pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant.

Pour l'OMS, l'allaitement exclusif signifie que seul le lait maternel est considéré, aucun autre aliment ou boisson n'est autorisé, y compris l'eau. En revanche, des vitamines, minéraux ou médicaments peuvent être administrés ainsi que des solutions de réhydratation si nécessaire.

L'allaitement maternel présente plusieurs avantages pour la santé tant de l'enfant que de la mère. Chez l'enfant, les bénéfices observés sont notamment un risque moins élevé d'infections digestives, ORL ou respiratoires et une réduction du risque d'obésité. Il renforce également le lien mère-enfant grâce à l'ocytocine sécrétée à chaque tétée. Concernant la mère, le risque de cancer du sein et de l'ovaire diminue ainsi que les risques de

diabète de type II et la dépression post-partum. Outre ces avantages, l'allaitement maternel est gratuit et disponible pour la mère.<sup>9, 11</sup>

L'allaitement ainsi que sa durée sont influencés par divers facteurs. Les facteurs liés à la mère (niveau socio-économique, choix personnel, expériences précédentes...), au bébé et à leur santé respective. L'entourage soutenant qu'il provienne du partenaire, de la famille ou des amis, influence positivement l'allaitement. La transmission d'informations et le soutien des professionnels mais également une politique de santé permettant notamment un congé de maternité prolongé sont autant de facteurs favorables à la mise au sein et à la poursuite de l'allaitement maternel.<sup>9, 10</sup>

Parmi les mères allaitantes, l'abandon de l'allaitement survient régulièrement au moment de la reprise du travail. A cette période charnière, il est fondamental que toutes les mères qui le souhaitent bénéficient des conseils nécessaires et du soutien d'un professionnel compétent, qui renforcera la pratique de l'allaitement et conseillera l'introduction adéquate d'aliments complémentaires.

Dans cette optique, l'Office forme et sensibilise son personnel à un accompagnement de qualité concernant l'alimentation de l'enfant et ce, dans le respect du choix des familles.

Dans les données relevées par l'ONE lors du Bilan de santé à 9 mois, l'allaitement exclusif considère le lait maternel auquel peuvent être adjointes l'eau et les vitamines. L'alimentation mixte, quant à lui, comprend le lait maternel ainsi que l'administration du lait infantile et/ou d'autres aliments. Les enfants nourris uniquement au lait infantile (lait artificiellement modifié) ne sont pas pris en compte dans ces 2 catégories.



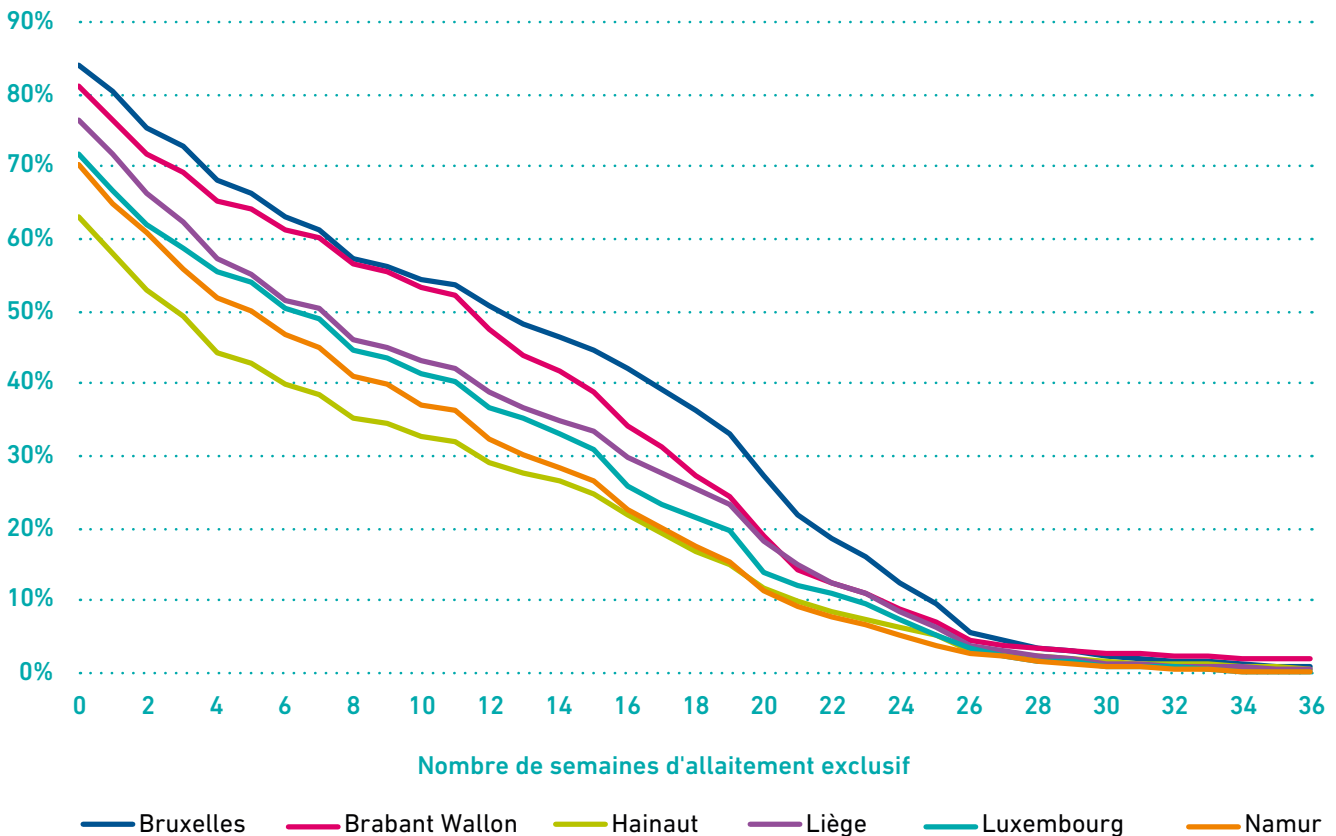
<sup>9</sup> Robert E., *La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale*, Thèse en Sciences de la Santé Publique, ULB, 2015-2016.

<sup>10</sup> <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>

<sup>11</sup> <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>

### 3.3.1. Allaitement maternel exclusif

Courbe de décroissance de l'allaitement maternel exclusif en fonction du lieu de résidence



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

En 2015, la question concernant l'allaitement dans le Bilan de santé à 9 mois a été légèrement modifiée. Afin de garder une cohérence dans les données, seules les 2 dernières années ayant la même définition de l'indicateur ont été retenues, c'est-à-dire 2015-2016.

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution de l'allaitement exclusif selon la région de résidence de l'enfant.

Le taux d'allaitement exclusif à moins d'une semaine de vie était de 63.2% en Hainaut et de 73.6% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015-2016. Sur base des «Avis de naissance», le taux d'allaitement à la sortie de la maternité des enfants résidant en Hainaut était de 73.3% en 2016.<sup>12</sup>

A titre de comparaison, selon l'enquête de consommation alimentaire réalisée par l'Institut de Santé Publique (ISP) en 2014-2015, 77.6% des enfants ont été allaités de manière exclusive à la naissance.<sup>13</sup>

Bruxelles et le Brabant wallon sont les deux régions ayant les taux d'allaitement exclusif les plus élevés avec respectivement, 84.0% et 81.0% des enfants allaités de manière exclusive lors de leur 1<sup>re</sup> semaine de vie. Ensuite, les courbes de décroissance évoluent parallèlement pour se rejoindre à l'aube des 7 mois de l'enfant.

En Hainaut, 44.4% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 35.3% à l'âge 8 semaines et 29.0% à 12 semaines, soit moins d'un enfant sur 3.

En FWB, les taux étaient de 55.0%, 44.3% et 35.7% à respectivement 4, 8 et 12 semaines de vie.

Durant la décennie 2007-2016, en Hainaut, l'évolution des taux d'allaitement exclusif durant les premiers mois de vie est restée stable avec des variations de taux avoisinants les 5%. Le taux le plus élevé étant de 68.4% en 2011-2012 et le plus faible étant celui de 2015-2016, avec 63.2%.

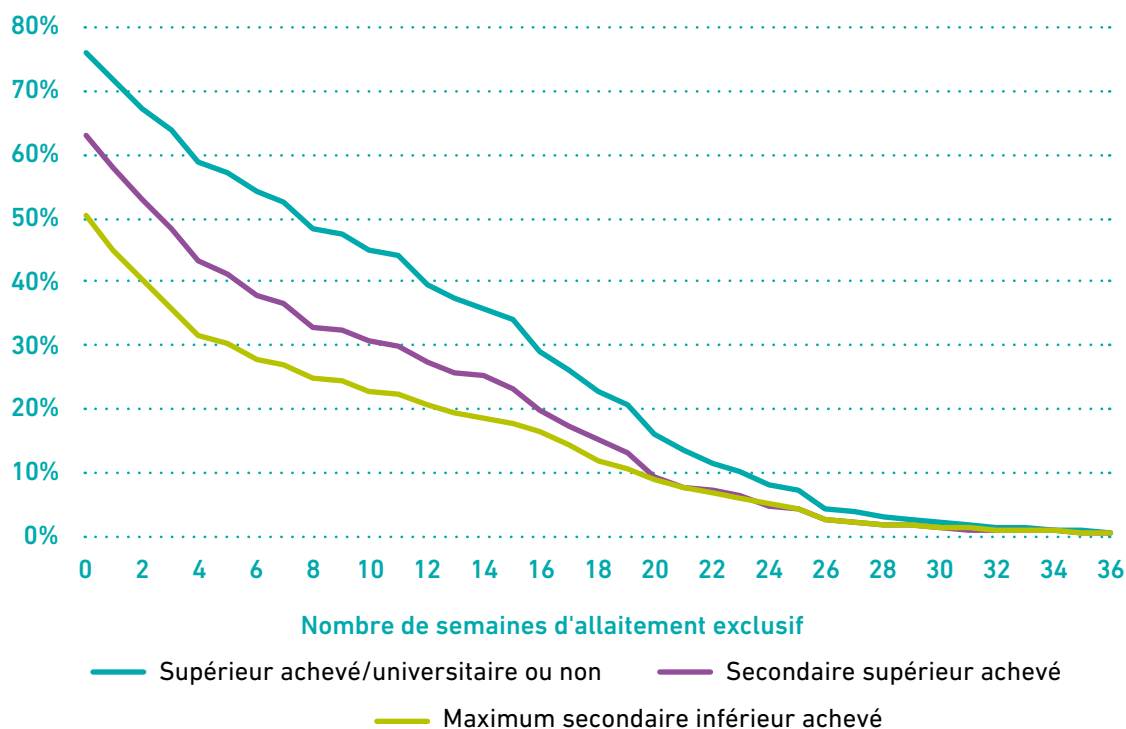
Les tendances observées en fonction des régions sont similaires depuis plusieurs années.

<sup>12</sup> Le taux de couverture des Avis de Naissance diffère de celui des Bilans de Santé de 9 mois.

<sup>13</sup> Enquête de Santé, Institut de Santé publique (ISP), [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf)

### 3.3.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale

Courbe d'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'études de la mère en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

Les courbes de décroissance sont calculées sur base de données récoltées en Hainaut en 2015-2016. De nombreux articles mettent en évidence un lien entre le niveau socio-économique des mères et plus particulièrement le niveau d'éducation et la pratique de l'allaitement maternel.

En Hainaut, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, le taux d'allaitement exclusif est directement proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, lorsque la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur, le taux d'allaitement exclusif en début de vie de l'enfant est de 76% contre 50,5% parmi les mères ayant achevé tout au plus le niveau d'enseignement secondaire inférieur, soit une différence d'environ 25%.

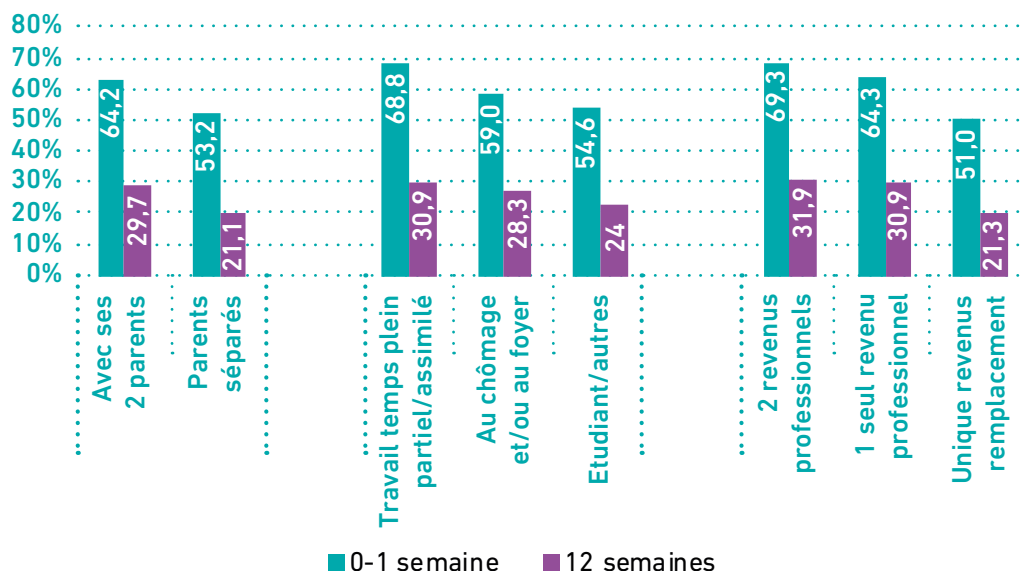
En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance est la même avec des taux d'allaitement plus élevés. Parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 81,8% allaitaient leur enfant en début de vie contre 64,7% parmi les mères ayant le niveau d'éducation le plus faible. Cette différence persiste jusqu'aux 12 semaines de l'enfant pour ensuite s'atténuer. A 12 semaines, 39,5% des mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitaient encore leur enfant contre seulement 20,7% des mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur.

L'association directe entre le taux d'allaitement, sa durée et le niveau d'étude de la mère est également citée dans la littérature scientifique. <sup>9, 14, 15</sup>

<sup>14</sup> Salavane B, de Launay C, Boudet J., et al, *Durée de l'allaitement maternel en France (Epiphane 2012-2013)*, Surveillance périnatale et nutritionnelle, Institut de Veille Sanitaire Unité, Université Paris13, France, 2014.

<sup>15</sup> Noirhomme F, Noirhomme Q, *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*, Journal de pédiatrie et de puériculture, 2009, n°22, 112-120.

## Allaitement maternel exclusif en fonction de la situation familiale en Hainaut



BDM-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

On constate une différence de taux d'allaitement exclusif en fonction de la situation familiale de l'enfant. Le taux d'allaitement parmi les mères vivant avec l'autre parent est plus élevé et ce jusqu'aux 7 mois de l'enfant où les courbes se rejoignent.

Les mères ayant un emploi qu'il soit à temps plein, à temps partiel ou assimilé (congé parental) sont proportionnellement plus nombreuses à allaiter que les mères au foyer, au chômage ou ayant un autre statut (étudiantes, invalides...). Après un mois, le taux d'allaitement pour les mères actives professionnellement est de 49.5%, soit seulement une mère sur 2 allaite encore exclusivement son enfant âgé d'un mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif après un mois parmi les mères inactives est encore plus faible avec 40% pour les mères au chômage ou au foyer et 37.2% pour celles ayant un autre statut. A partir de 3 mois les différences s'amenuisent.

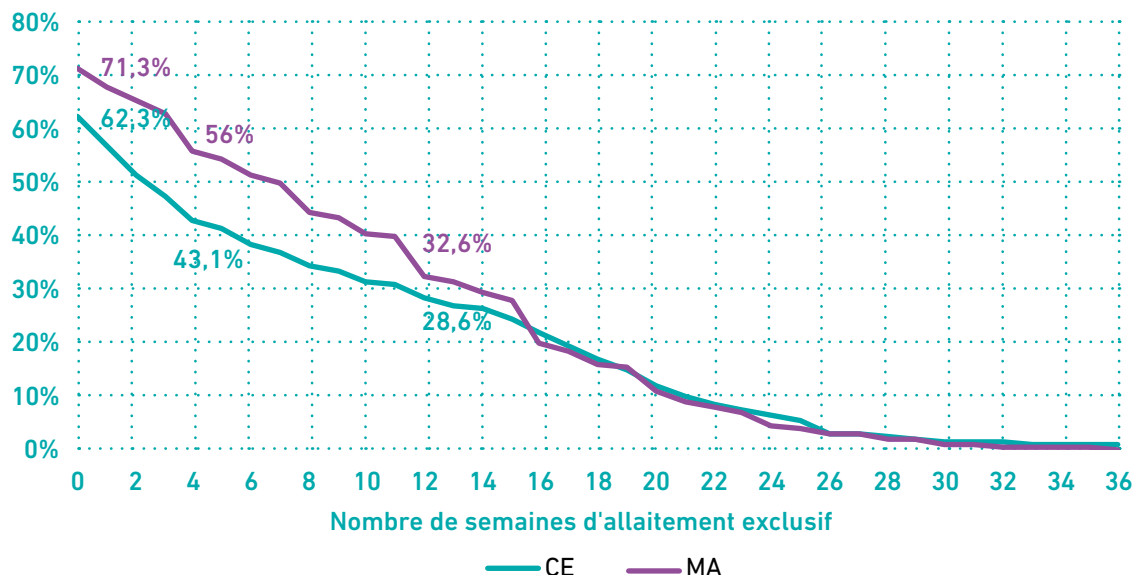
Le taux d'allaitement est également en lien avec le type de revenus. En effet, les taux d'allaitement sont plus

élevés parmi les mères disposant d'au moins un revenu professionnel par rapport à celles n'ayant que des revenus de remplacement. Comme les autres indicateurs, les différences sont plus accentuées en début de vie de l'enfant pour atteindre des taux plus proches vers 3 mois.

Ces résultats sont corrélés au niveau d'études de la mère. En effet, un niveau d'éducation plus élevé offre généralement une plus grande probabilité de stabilité financière.

Si un niveau socio-économique défavorable est directement lié à un taux d'allaitement plus faible, l'arrivée en Belgique plus récente, endéans les 5 ans, a un effet positif sur l'allaitement avec une différence moyenne de 18% en plus durant les 4 premiers mois. Les mêmes tendances sont observées au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'enquête sur la situation de l'allaitement maternelle en Wallonie et à Bruxelles montre également que la nationalité d'origine de la mère autre que belge influence positivement l'allaitement.<sup>9</sup>

## Courbe de décroissance de l'allaitement exclusif en Hainaut en fonction du type de structure



BDM-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2016

Le graphique, précédent, présente le parcours et les taux d'allaitement selon le lieu de suivi de l'enfant en 2015-2016. Les enfants résidant en Hainaut et suivis par l'ONE dans les milieux d'accueil ont un taux d'allaitement exclusif plus élevé que ceux suivis en consultation pour enfants. Ce n'est que vers 4 mois que les courbes se rejoignent et suivent ensuite la même décroissance. Ces résultats sont à mettre en relation avec le niveau socio-économique.

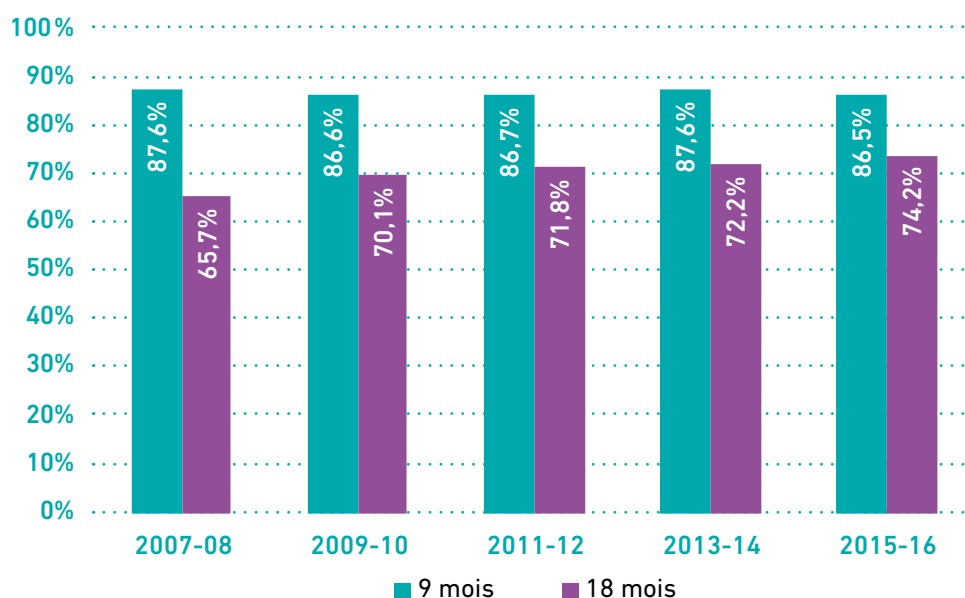
En milieu d'accueil, le taux d'allaitement diminue de manière plus importante (+/- 8%) à 2 moments précis, à 3 et 4 mois qui correspondent à la reprise du travail

de la mère et l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil. La courbe d'allaitement des enfants suivis en consultation pour enfants est plus homogène.

En FWB, les courbes évoluent un peu différemment. Si les enfants suivis en milieux d'accueil étaient plus nombreux à être allaités que ceux suivis en consultation, les différences de taux sont moins importantes. De plus, à partir de 15 semaines, la tendance s'inverse, puisque les taux d'allaitement sont plus élevés parmi les enfants suivis en consultation que ceux suivis en milieu d'accueil.

### 3.3.3. Lait infantile (Lait modifié artificiellement)

#### Prise de lait infantile à 9 et 18 mois en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2007-2016

Le graphique présente le pourcentage d'enfants prenant du lait infantile au moment du bilan de santé c'est-à-dire à l'âge de 9 et 18 mois. Un lait infantile est un lait artificiel adapté à l'âge et à la croissance de l'enfant.

Les enfants de 9 mois sont plus nombreux à bénéficier de lait infantile que ceux de 18 mois.

En Hainaut, à 9 mois, le pourcentage d'enfants bénéficiant de lait infantile est resté stable entre 2007 et 2016, avoisinant 87%. En revanche, la proportion d'enfants de 18 mois bénéficiant de lait infantile a augmenté entre 2007 et 2016 passant de 65.7% en 2007-2008 à 74.2% pour la période 2015-2016.

En 2015-2016, la proportion d'enfants recevant du lait infantile à 18 mois est plus importante parmi les enfants suivis en consultations pour enfants (82.8%) que ceux suivis en milieux d'accueil (72.4%), différence non constatée à 9 mois. Les enfants ayant bénéficiés de lait infantile à 18 mois étaient respectivement de 63.5% pour la commune de Charleroi et de 65.3% pour les communes d'Enghien et de Comines-Warneton, taux parmi les plus faibles.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 83.4% des enfants de

9 mois ont bénéficié de lait infantile en 2015-2016, proportion stable ces 10 dernières années. Par contre, à 18 mois, la proportion d'enfants bénéficiant de lait adapté a augmenté passant de 67% en 2007-2008 à 76.2% en 2015-2016.

En Hainaut, entre 2007 et 2016, les taux d'inconnues concernant le lait infantile avoisinaient les 10% pour les Bilans de santé à 9 mois et 4% pour les Bilans de santé à 18 mois. Ces taux sont semblables en Hainaut et en FWB.



## L'allaitement maternel dans les milieux d'accueil en Hainaut

En 2017, 270 milieux d'accueil situés en Hainaut ont été invités à participer à une enquête sur les pratiques en matière d'allaitement maternel donné au sein ou au biberon. Une enquête similaire a été menée à Liège (Lg) et dans le Brabant Wallon (BW) en 2011.

Au total, le taux de réponse était de 20%, ce qui représente 56 MA et 1443 enfants inscrits: 23 crèches, 16 maisons d'enfants, 4 MCAE, 13 accueillantes autonomes mais aucune accueillante conventionnée.

Au total, tous âges confondus, 8% des enfants recevaient du lait maternel (9% en BW et 8% à Lg en 2011). Ce taux était de 38% parmi les enfants de moins de 6 mois (46% en BW et 39% à Lg).

En outre, dans le Hainaut, 59 % des enfants allaités de moins de 6 mois recevaient du lait maternel dans le MA (44.5% en BW et 41% à Lg)

L'âge moyen d'entrée en MA était de 25 semaines et de 20 semaines pour les enfants pour les enfants encore allaités. La durée d'allaitement après l'entrée en MA était de 17 semaines en moyenne (1-63 semaines).

Dans 47% des MA participants (44% en BW et à Lg en 2011), l'allaitement maternel figurait dans leur projet d'accueil. 57.5% des MA (47% en BW et 44% à Liège en 2011) disposaient d'un « coin allaitement » aménagé. Enfin, les mères venaient ou étaient venues allaiter leur enfant dans 40% des MA (41% à Liège).

Ces résultats nous indiquent une volonté des milieux d'accueil et des mères de poursuivre l'allaitement maternel au sein des milieux d'accueil. Cet accompagnement peut se faire par le biais notamment de l'aménagement de « coins allaitement » mais également par une adaptation du temps de travail de la mère.

## 3.4. INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) est un index calculé afin d'estimer la corpulence d'un individu en reprenant la taille et le poids de celui-ci. Cet index est ensuite rapporté à la population générale afin de savoir si la personne se situe dans la moyenne, en surpoids ou au contraire, en carence de poids.<sup>16</sup>

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), depuis 1980, le nombre de personnes considérées comme obèses aurait doublé à l'échelle mondiale.

En Belgique, en 2016, l'OMS estimait que 59.5% des adultes de plus de 18 ans (67.6% des hommes et 51.4% des femmes) étaient en surpoids ou obèses. L'obésité stricte touche 22.1% des adultes de plus de 18 ans (23.1% des hommes et 21.2% des femmes).<sup>17</sup>

Selon la dernière enquête de santé réalisée par interview en 2013 par l'Institut de Santé Publique (ISP), 34% de la population adulte est considérée en « surpoids » et 14% peut être qualifiée d'obèse. En revanche, 3% de la population adulte présente un poids inférieur à la moyenne.<sup>18</sup>

Toujours selon l'enquête de santé, globalement, en Belgique, 20% des jeunes âgés de 2 à 17 ans présentaient un excès pondéral et 7% étaient obèses. Si l'on considère la tranche d'âge des 2-4 ans, 22.4% des enfants étaient en surpoids et 11.4% étaient obèses. En Région wallonne,

29.7% des enfants de 2 à 4 ans présentaient un surpoids tandis que 11.2% étaient considérés comme obèses. La prévalence de l'obésité (y compris le surpoids) est significativement plus élevée chez les plus petits.

Le surpoids et l'obésité sont en constante augmentation partout dans le monde et constituent tant chez les adultes que chez les enfants l'un des plus grands défis pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle. Les causes de cette augmentation de surpoids sont principalement liées à une alimentation trop riche en glucides et en lipides et un mode de vie inadapté dont une sédentarité de plus en plus importante.

Si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque qu'elle persiste à l'âge adulte est de 30% à 50%<sup>19</sup>. De plus, le surpoids augmente le risque de contracter des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires à un âge plus précoce.

Outre la promotion de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois qui constitue l'un des facteurs de protection contribuant à réduire l'excès pondéral, la surveillance de la croissance staturo-pondérale dès la naissance est un des points d'attention-clé des consultations pour enfants de l'ONE.

<sup>16</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/>

<sup>17</sup> <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A?lang=en>

<sup>18</sup> Enquête de Santé, Institut de Santé publique (ISP), [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf)

<sup>19</sup> Sénat de Belgique, Document législatif n°5-1518/1, Session de 2011-2012, Mars 2012, <http://www.senate.be/www/?Mlval=publications/viewPub-&COLL=S&PUID=83888250&TID=83891073&POS=1&LANG=fr>

### Dépister et prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant.

En routine, l'ONE établit l'IMC chez les enfants dès l'âge de 18 mois. Il permet d'évaluer la corpulence de l'enfant en tenant compte de la taille et du poids de l'enfant en fonction de son âge, et est exprimé en kg/m<sup>2</sup>.

Chez l'enfant, l'évaluation et l'évolution de la corpulence au cours de la croissance se fait à l'aide des courbes de référence représentant des valeurs d'IMC différentes selon le sexe et l'âge.<sup>20</sup>

La corpulence de l'enfant varie de manière physiologique au cours de la croissance. Elle augmente au cours de la première année de vie puis diminue jusqu'à 6 ans pour croître à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La courbe d'IMC suit cette évolution. Vers 6 ans, la courbe est à son niveau le plus bas pour effectuer une remontée progressive appelée « rebond d'adiposité ». L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme prédictif du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce (avant 5-6 ans), plus le risque est élevé.<sup>21</sup>

Afin d'évaluer le risque de surpoids ou d'obésité, le poids et la taille de l'enfant doivent être mesurés régulièrement et reportés sur les courbes de référence d'IMC.

Si l'ONE a utilisé les courbes de croissance de Roland-Cachera entre 2005 à 2009, il a adopté depuis

2010 les courbes de l'OMS. L'indice prend en compte le genre de l'enfant mais également son âge. Il existe deux courbes de l'OMS de 0 à 5 ans et de 5 à 19 ans, datant respectivement de 2006 et 2007.<sup>22</sup>

Calculer l'IMC et tracer la courbe d'IMC (percentiles) permet de définir la corpulence d'un enfant selon les repères proposés par l'OMS.

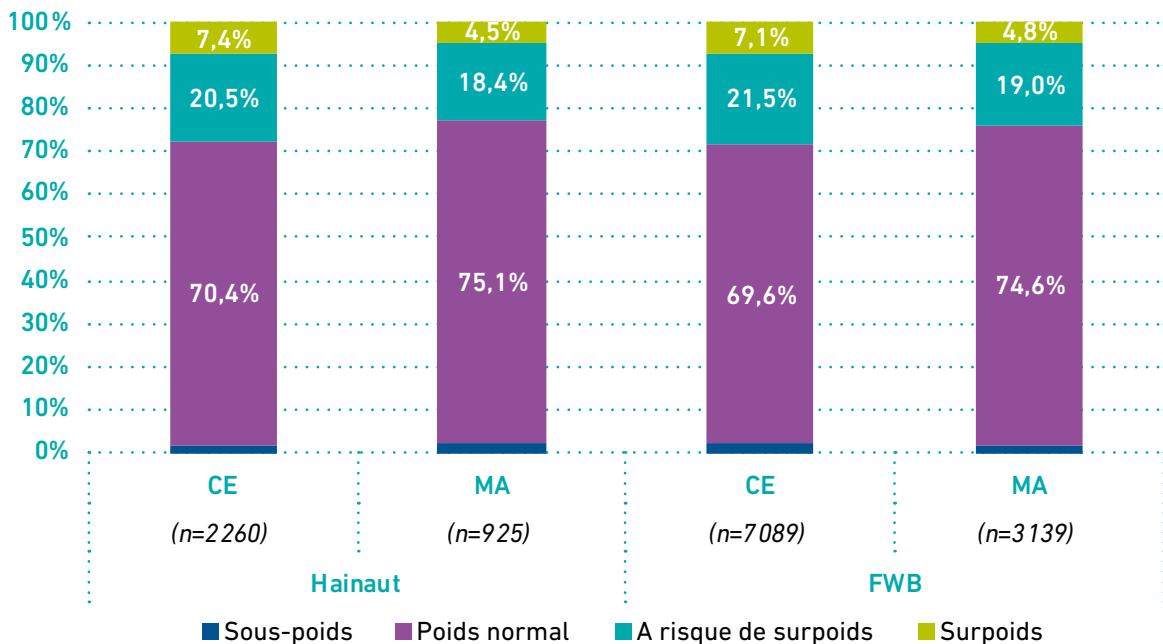
Actuellement, les enfants sont classés sur base de percentiles en quatre catégories<sup>23</sup>:

- < P3 : enfants ayant un poids insuffisant (IMC trop bas),
- P3 à P85 : enfants avec un poids normal (IMC normal),
- > P85 à P97 : enfants étant à risque de surpoids (IMC élevé),
- > P97 : enfants ayant un surpoids (IMC trop élevé).

Il faut savoir qu'au-delà de l'âge de 5 ans, ces définitions changent : les enfants sont en surpoids dès qu'ils dépassent le P85 et sont considérés comme obèses s'ils dépassent le P97.

D'autres données concernant l'IMC sont récoltées en Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de la « Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) ». Les données relatives aux enfants de 1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup> maternelles ainsi que ceux de 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> primaires sont présentées dans le chapitre 4, sur " La Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) ".

#### Corpulence des enfants suivis à l'ONE à 30 mois en fonction du type de structure



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2015-2016

En 2015-2016, la proportion d'enfants à risque de surpoids ou en excès de poids était similaire en Hainaut et en FWB. Cependant, les enfants suivis en consultation sont plus nombreux à être à risque de surpoids ou en

surpoids que ceux suivis dans les milieux d'accueil et, ce, que les enfants résident en Hainaut ou en FWB.

<sup>20</sup> [http://www.who.int/childgrowth/standards/cht\\_bfa\\_filles\\_p\\_0\\_2.pdf?ua=1](http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_filles_p_0_2.pdf?ua=1) ou [http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/fr/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/fr/)

<sup>21</sup> Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V, Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006, BEH 13 juin 2017, 234-241.

<sup>22</sup> [http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/)

<sup>23</sup> Percentile est chacune des valeurs divisant les données en 100 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/100 de l'échantillon de population.

Par ailleurs, les enfants présentant un poids insuffisant ( $P < 3$ ) représentaient en moyenne 1.8% des enfants résidant en Hainaut ou en FWB, sans différence significative selon le lieu de suivi.

Ces tendances sont stables entre 2007 et 2016 en Hainaut mais aussi en FWB.

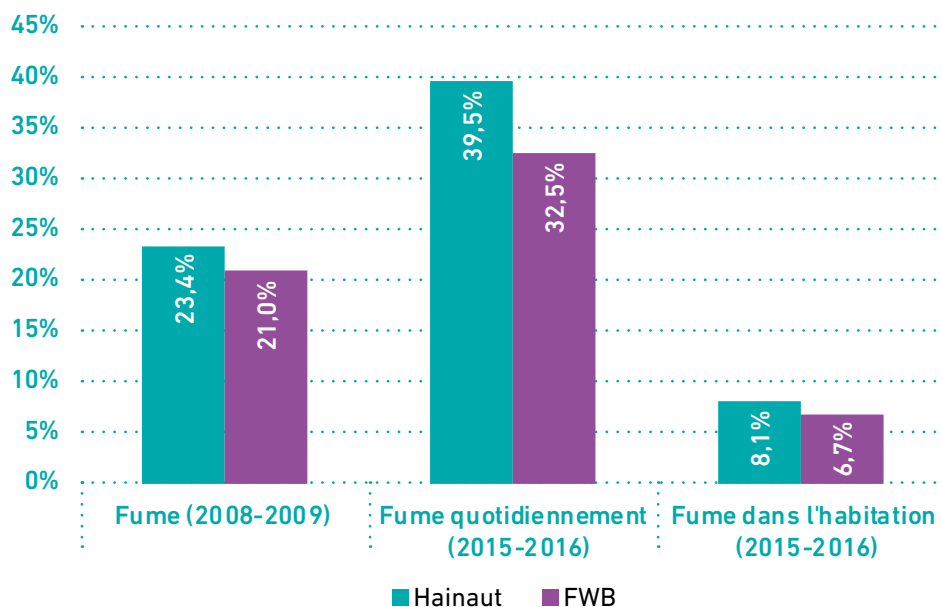
Ces résultats diffèrent de ceux de l'enquête de Santé Publique<sup>24</sup>. Les différences peuvent être attribuées au mode de calcul. En effet, dans l'enquête de Santé publique, les références utilisées sont celles qui ont été calculées à partir d'une enquête internationale l'« International Obesity Task Force (IOTF) » permettant d'établir une définition standardisée du surpoids et de l'obésité. Un IOTF de 25 correspond au « surpoids » et un IOTF de 30 correspond à une « obésité ». Ce sont donc des notions différentes<sup>25</sup>. Les seuils de l'IOTF étant plus élevés que ceux de l'OMS, si l'on superpose les courbes IOTF à celles de l'OMS, les références de l'IOTF sous-estiment la proportion d'enfants en surcharge pondérale par rapport à celles de l'OMS.<sup>26</sup>

Selon l'étude ESTEBAN menée en France en 2017 décrivant l'évolution de la corpulence des enfants et des adultes, la prévalence d'enfants et d'adultes en surpoids ou obèses n'a pas évolué de manière significative entre 2006 et 2015. Chez les enfants de 6 à 17 ans, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont passées respectivement de 14.3% et de 3.3% en 2006 à 13% et 3.9% en 2015 indiquant des taux plus faibles que ceux des enfants suivis à l'ONE. A nouveau, ces différences peuvent être attribuées à la différence du mode de calcul. Notons également que les termes utilisés sont différents.<sup>27</sup>

Vu l'impact que peuvent avoir une surcharge pondérale et/ou le rebond d'adiposité précoce de l'enfant sur le statut pondéral à l'âge adulte, il est important de suivre l'évolution de la corpulence de l'enfant grâce aux courbes de références, et ce, le plus précocement possible. C'est un des objectifs du suivi préventif médico-social de l'ONE, afin, le cas échéant, de mettre en place les moyens de prévention adéquats et d'accompagner les enfants et leur famille dans la recherche d'un nouvel équilibre « apport énergétique-activité physique ».

## 3.5. TABAGISME PASSIF

### Tabagisme passif entre 2008 et 2016



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2008-2016

Les données relatives au tabagisme sont récoltées lors des Bilans de santé à 9 et 18 mois.

Avant 2010, l'indicateur « tabagisme passif » était formulé en une seule question, à savoir si au moins une personne du ménage fumait quotidiennement dans l'habitation. A partir de 2010, la question a été scindée en 2 :

«Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume quotidiennement ? » et «Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume dans l'habitation ? ». La formulation des questions se veut plus proche de la réalité des familles au vu de l'évolution, ces dernières années, des habitudes tabagiques.

<sup>24</sup> Ibidem référence 18 (ISP)

<sup>25</sup> Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W, Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, *BMJ* 2000;320:1240.

<sup>26</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite\\_enfant\\_et\\_adolescent\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf)

<sup>27</sup> Ibidem référence 21 (Esteban)

Globalement, les enfants résidant dans le Hainaut sont plus exposés au tabagisme passif que ceux résidant dans l'ensemble de la FWB.

En effet, en 2008-2009, dans le Hainaut, 23.4% des parents déclaraient fumer quotidiennement pour 21.0% en moyenne en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En 2015-2016, environ 40% des enfants hainuyers ont au moins un parent qui fume quotidiennement (33.3% en FWB). Cette tendance reste stable au cours des dernières années. Par contre, de moins en moins de parents fument au sein de l'habitation pour atteindre en 2015-2016 moins d'un parent sur 10. Les résultats sont similaires pour les bilans de santé à 18 mois.

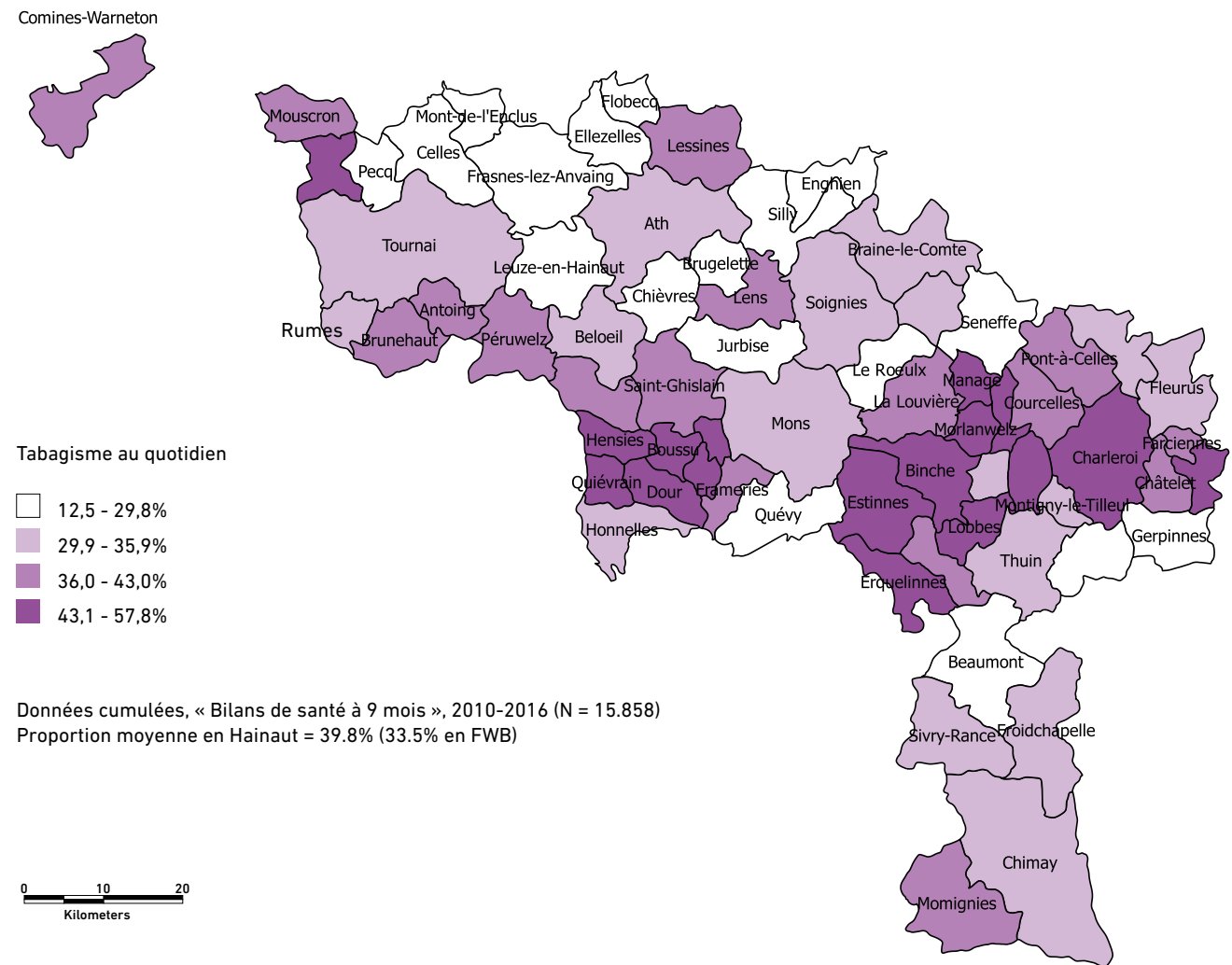
D'après l'enquête de santé par interview de l'ISP, la consommation tabagique de la population âgée de plus de 15 ans est passée de 30% en 1997 à 23% en 2013 soit une diminution de 25% en 15 ans. Cette baisse est liée à la diminution du nombre relatif de fumeurs quotidiens, passant de 26% à 19% sur la même période, le nombre de fumeurs occasionnels étant resté stable (4%). Les

pourcentages sont similaires dans toutes les régions de Belgique. La proportion de grands fumeurs au quotidien (>20 cigarettes/jour) est de 6.5% soit 1/3 des fumeurs quotidiens.<sup>28</sup>

Une enquête réalisée en 2017 par la Fondation contre le cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique, met en évidence une diminution de la consommation tabagique entre 2013 et 2017 passant de 27% de fumeurs (dont 20% quotidiens) à 20% de fumeurs (dont 17% quotidiens). Ces chiffres sont stables depuis 2015. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est également moins important parmi les familles avec enfants<sup>29</sup>.

Ces changements de comportement observés tant dans les rapports de la BDMS que lors de l'enquête de santé sont liés notamment à la politique de lutte contre le tabagisme, telle que l'interdiction de fumer dans les lieux publics mais également à la prise de conscience de la population des effets néfastes du tabagisme passif sur la santé, en particulier sur celle de l'enfant.

### Proportion des parents/familles fumant quotidiennement par commune en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2010-2016

<sup>28</sup> Enquête de Santé par interview, Institut de Santé Publique (ISP), Belgique. Disponible [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2013.pdf)

<sup>29</sup> Fondation contre le Cancer, Comportement des fumeurs en Belgique. [https://www.cancer.be/sites/default/files/fondation\\_contre\\_le\\_cancer\\_-\\_enquete\\_tabac\\_2017\\_0.pdf](https://www.cancer.be/sites/default/files/fondation_contre_le_cancer_-_enquete_tabac_2017_0.pdf)

La cartographie reprend la consommation de tabac au quotidien d'au moins un des parents entre 2010 et 2016.

Les prévalences du tabagisme quotidien sont les plus élevées aux alentours du sillon Sambre-et-Meuse, ancien bassin industriel. Avec 58% de parents fumant quotidiennement, Morlanwelz se place en tête des communes. Certaines communes du Borinage atteignent plus de 50% de parents « fumeurs quotidiens ». Les enfants résidant dans les environs de Binche et de Charleroi sont également plus exposés au tabagisme passif.

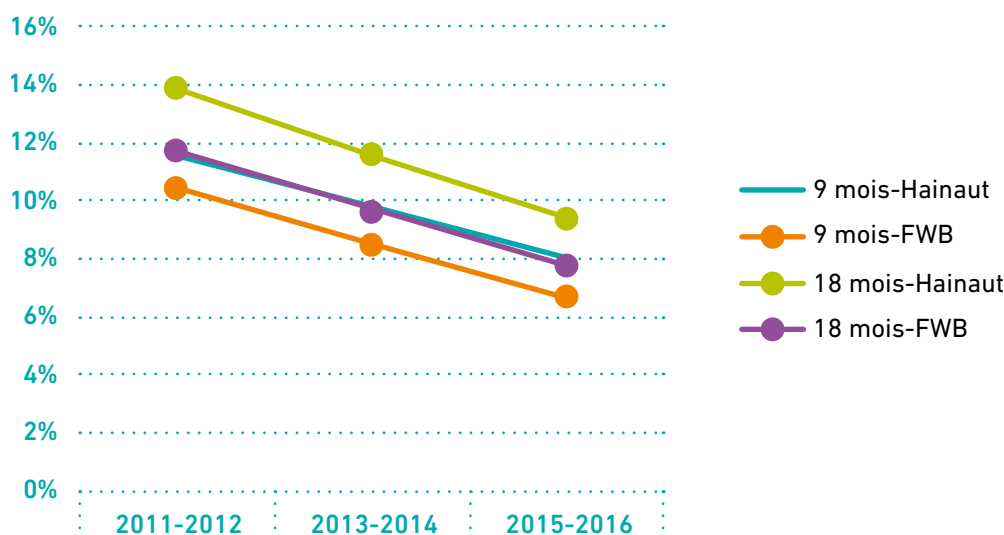
Un lien pourrait être établi entre le niveau élevé de tabagisme et le taux chômage. En effet, selon les données officielles<sup>30</sup>, en 2017, le taux de chômage atteignait entre 17 et 20% dans certaines communes du Borinage et à Charleroi. Les autres communes dont la prévalence du tabagisme était élevée se distinguaient également avec un taux de chômage important avoisinant les 16-17%. Les revenus moyens et médians sur base des déclarations fiscales étaient également parmi les plus faibles.

L'enquête de la Fondation contre le cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique parue en 2017 montre également une proportion plus importante de fumeurs quotidiens parmi les personnes sans emploi. Parmi les personnes « sans emploi » interrogées, 35% fumaient quotidiennement contre 11% parmi les « employés » interrogés.

Le niveau d'éducation influence également défavorablement la consommation de tabac. L'enquête de santé de 2014 indique une prévalence de tabagisme quotidien de 11% parmi les personnes ayant un niveau d'enseignement supérieur contre 20% parmi les fumeurs avec un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur.<sup>31</sup>

Les populations plus vulnérables sont moins sensibles aux actions de prévention notamment dans la lutte contre le tabagisme. La hausse des prix du tabac n'a que peu d'impact sur la consommation et va diriger les fumeurs vers le tabac à rouler ou vers des marques discount. Pour ces personnes défavorisées, le tabac peut être leur seul plaisir et moyen de socialisation et la seule échappatoire face au stress.<sup>32</sup>

### Evolution du tabagisme passif au sein de l'habitation



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2011-2016

Alors que la consommation de tabac au quotidien reste stable entre 2011 et 2016, le tabagisme au sein de l'habitation diminue progressivement avec les années. Les mêmes tendances sont observées tant en Hainaut qu'en FWB.

<sup>30</sup> Province du Hainaut, données statistiques, <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>

<sup>31</sup> Ididem référence 28 (Enquête de Santé-ISP)

<sup>32</sup> [http://www.hainaut.be/sante/osh/medias\\_user/PPT\\_SES\\_Introduction\\_OSH\\_10-12-2010.pdf](http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/PPT_SES_Introduction_OSH_10-12-2010.pdf)

## 3.6. SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

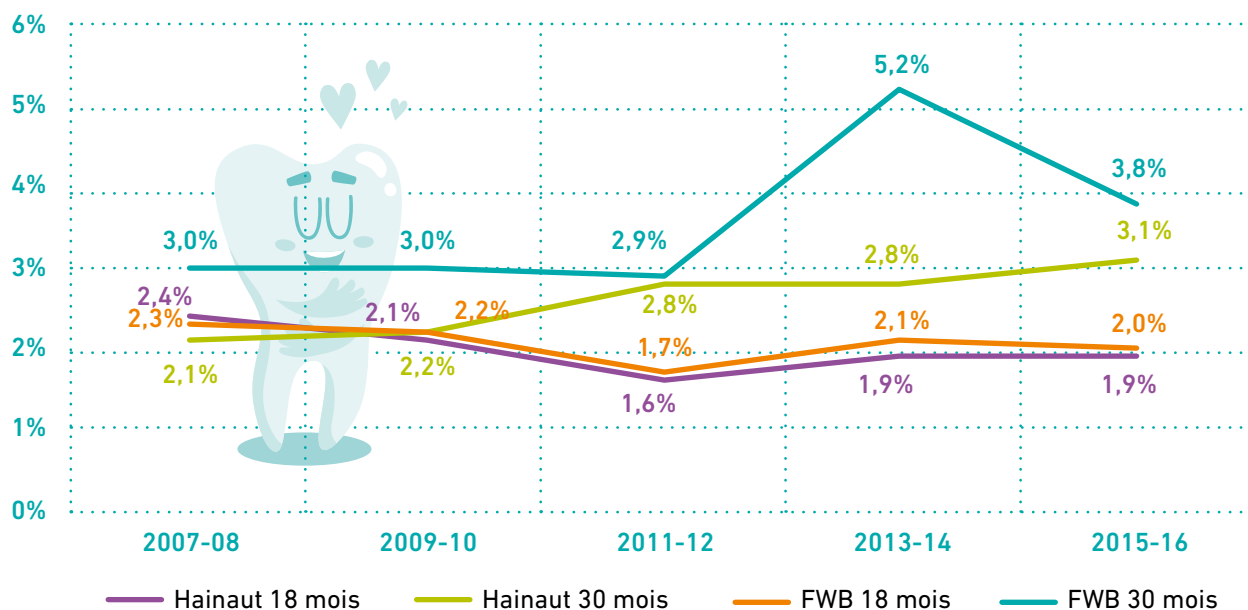
La "polycarie du jeune enfant" ou "carie de la petite enfance" est une affection sévère des dents primaires, qui débute juste après l'éruption des dents.

L'ONE vise à prévenir l'apparition des (poly)caries dentaires, en modifiant les comportements diététiques, en favorisant l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire et en généralisant la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers.

La mise en œuvre du programme de promotion de la santé bucco-dentaire est évaluée à deux moments :

- Lors du "Bilan de santé à 18 mois", on enregistre le nombre de cas de polycaries, anciennement carie du biberon<sup>33</sup>, et le brossage des dents ;
- Lors du "Bilan de santé à 30 mois", on enregistre le nombre de caries dentaires, le brossage des dents et la visite préventive chez le dentiste.

### Présence de (poly)caries à 18 et 30 mois



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2007-2016

Quel que soit l'âge, en moyenne, les enfants résidant en Hainaut présentent un taux de caries légèrement inférieur à ceux résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Entre 2007 et 2016, à 18 mois, 1,9% des enfants en Hainaut présentaient des polycaries pour 2,1% en FWB. Les données sont stables au cours du temps.

A 30 mois, la prévalence moyenne de caries chez les enfants hainuyers était de 2,7% variant de 2,1% en 2007-2008 à 3,1% en 2015-2016. En FWB, entre 2007 et 2016, 3,7% des enfants présentaient des caries avec des fluctuations entre 2,9% et 3,8% selon l'année. Cependant, ces résultats sont probablement sous-estimés car ils ne tiennent pas compte des caries naissantes.

En 2013-2014, un pourcentage plus élevé de caries est observé en FWB (5,2%). Cette augmentation est probablement liée à une recherche-action sur la santé bucco-dentaire qui a été menée entre 2010 et 2013 sur base volontaire au sein de certaines consultations de l'ONE à Bruxelles et en Hainaut. Lors de cette recherche, des dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire avaient

organisé en 2013, des dépistages dentaires dans les consultations participantes. A Bruxelles, en 2013, pour l'ensemble des consultations, la prévalence de caries était de 19,9% à 30 mois alors qu'elle était de 8,5% en 2012. La prévalence de caries plus élevée en 2013 à Bruxelles influence la moyenne générale et est sans doute en lien avec l'expertise des dentistes de la recherche qui ont pu détecter les caries à un stade plus précoce.

Notons qu'en 2011-2012, une enquête sur la santé bucco-dentaire des jeunes Hainuyers a été menée notamment par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) et Souriez.be. Les résultats montrent une amélioration de la santé bucco-dentaire ces dernières années mais que des inégalités sociales de santé persistent. Les résultats sont disponibles dans le lien ci-dessous<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> La carie du biberon ou syndrome du biberon est l'apparition précoce de plusieurs caries sur les dents de lait (les incisives). Elle apparaît généralement suite à un contact prolongé de boissons sucrées avec les dents.

<sup>34</sup> <https://observatoiresante.hainaut.be/produit/sante-en-hainaut-n11-regard-sur-la-sante-des-jeunes-2015-la-sante-bucco-dentaire-des-jeunes-en-hainaut/>



### Quelques résultats de la recherche-action « Santé bucco-dentaire 2010-2013 »

Entre 2010 et 2013, une recherche sur la santé bucco-dentaire menée au sein de consultations et d'écoles volontaires situées en Hainaut et à Bruxelles a permis de montrer que le dépistage des caries est probablement sous-évalué (voir chapitre 5.1.).

En effet, lors de cette recherche, l'examen bucco-dentaire réalisé en 2013, a révélé que parmi les 511 enfants participant ayant entre 30 et 45 mois, 18,4% des enfants issus des écoles et consultations confondues, présentaient au moins une carie ou un début de carie (émail abîmé).

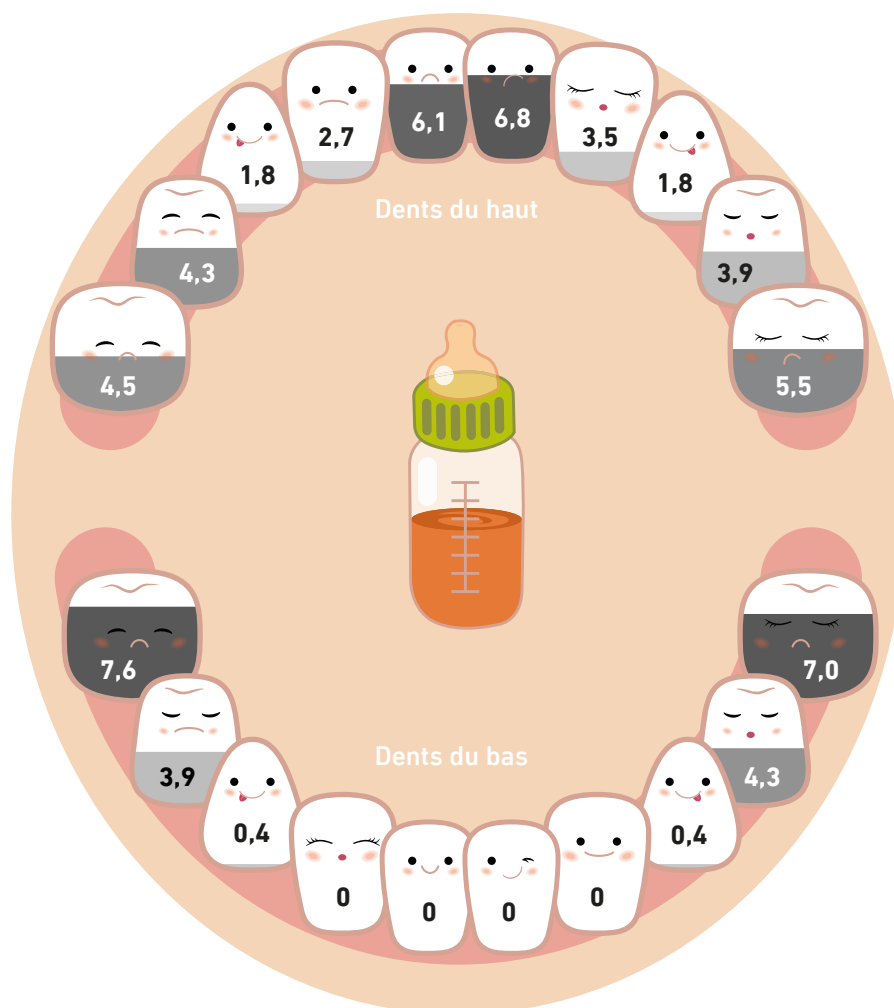
Au total, 10,4% des enfants étaient touchés par des caries plus importantes c'est-à-dire avec une atteinte de la dentine. Parmi les enfants ayant des atteintes carieuses (débutantes ou non), 40,4% avaient minimum 4 dents différentes touchées. Alors qu'on ne note pas de différence significative entre les enfants atteints de carie dans les écoles (15,4%) ou dans les consultations (21,8%), on constate une différence significative entre les régions. En effet, l'atteinte carieuse touche 26,1% des enfants suivis dans les consultations participantes à Bruxelles contre 15,6 % dans le Hainaut. Cette différence peut être mise en relation avec une population fréquentant les structures ONE différentes au niveau socio-culturel en région bruxelloise.

Les dents les plus touchées sont les 2 incisives de la mâchoire supérieure avec 6,1% et 6,8% des enfants ainsi que les 4 molaires avec une moyenne de 4,5% à 7,6%.

L'atteinte des incisives est caractéristique chez les petits enfants et est liée au « biberon sucré », d'où le nom de « carie de la petite enfance » anciennement appelé la « carie du biberon sucré ».

Suite à ces constats, certaines consultations pour enfants ont décidé d'organiser des consultations dentaires spécifiques en collaboration avec les dentistes de Souriez.be. (cf article sur la recherche de la santé dentaire, chapitre 5)

Schéma de la bouche présentant le pourcentage de caries chez les enfants de 30 à 45 mois (vue de face).

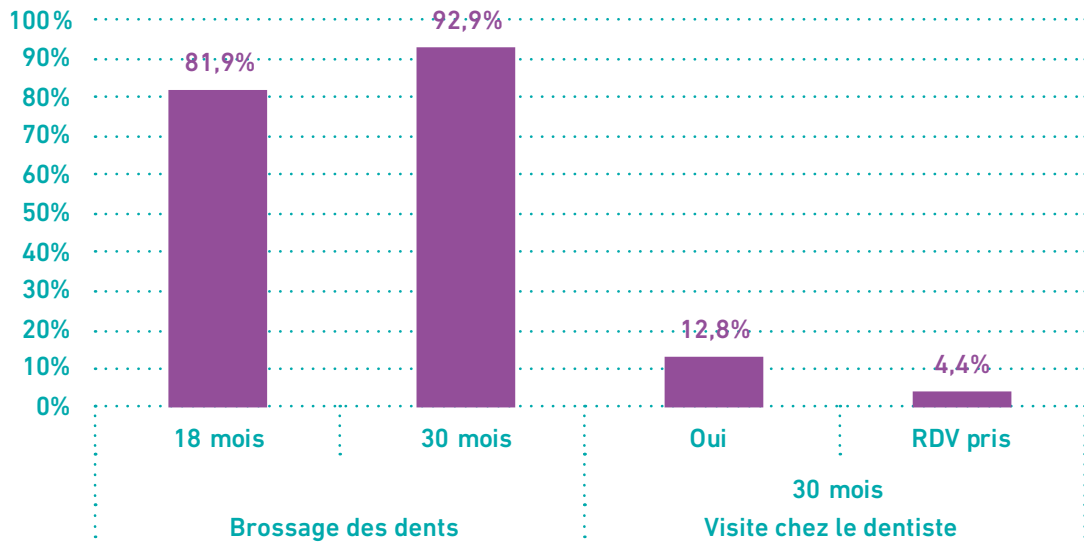


BDMS-ONE, Recherche-action « Santé dentaire », 2013

En Hainaut, entre 2007 et 2016, on observe une augmentation du taux d'inconnues de la « polycarie » de 3.1% à 6.4% avec un taux moyen de 5.1% et de 6% en FWB. Le taux d'inconnues pour les « caries » à 30 mois

en Hainaut est de 5% et de 6.5% en FWB pour la période 2007-2016. Etant donné le taux élevé d'inconnues par rapport aux taux de caries, il est important de considérer ces résultats avec précaution.

### Brossage des dents et visite chez le dentiste en Hainaut



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2015-2016

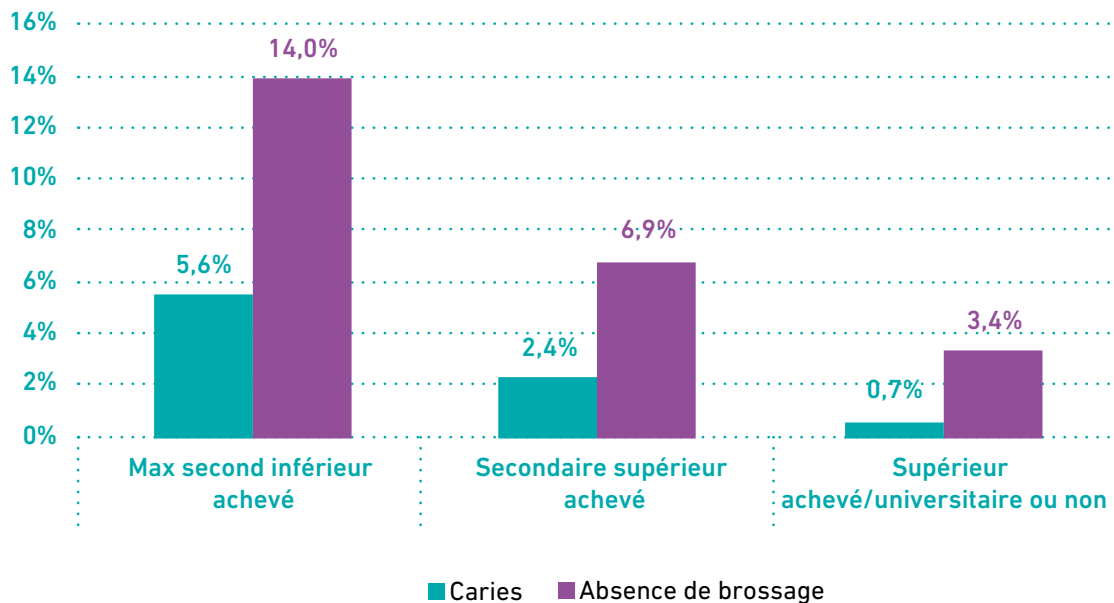
L'ONE recommande le brossage des dents régulier dès leur apparition, l'utilisation d'un dentifrice dont la concentration en fluor est adaptée à l'âge de l'enfant et une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ - 3 ans.

En Hainaut, environ 4/5 des parents brossent les dents de leur enfant de 18 mois. Ce pourcentage augmente à 93% à 30 mois. Par contre, à 30 mois seulement 12.8% des enfants sont déjà allés chez le dentiste ou y avaient un rendez-vous prévu lors du bilan de santé à 30 mois.

En FWB, les chiffres sont similaires avec une variation de 1%. Les résultats sont très stables durant ces 10 dernières années tant en Hainaut qu'en FWB.

Le taux d'inconnues reste stable pour ces informations. En 2015-2016, en Hainaut, les données manquantes s'élevaient à 7.6% pour le brossage des dents de l'enfant et à 16.7% pour la visite chez le dentiste. En FWB, les mêmes tendances sont observées.

### Caries et absence de brossage des dents en fonction du niveau d'éducation de la mère en Hainaut



Présence de caries à 30 mois

OR= 4,66 (3,78-5,76)

OR= 2,13 (1,70-2,68)

OR= 1

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2015-2016

Le graphique précédent, indique un lien direct entre la prévalence de caries, le brossage des dents et le niveau d'éducation de la mère. En effet, les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont 5 fois plus de risque (OR=4.66) d'avoir des caries à l'âge de 30 mois que ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur (OR=1).

On observe également un gradient inverse entre le brossage des dents et le niveau d'étude de la mère. Les

enfants ne se brossant pas les dents au quotidien sont proportionnellement plus nombreux parmi les mères ayant un niveau d'études inférieur.

Ces constats ne font que conforter les recommandations de l'OMS et de l'ONE concernant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il est également essentiel de poursuivre le travail de sensibilisation des différents acteurs de terrain auprès des parents grâce aux différentes actions et collaborations, notamment avec Souriez.be (cfr chap. 5).

## 3.7. DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

L'acquisition du langage est un indicateur important du développement psychomoteur.

A 12 mois, l'enfant devrait être capable de répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer de 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir en prononcer au moins 10.

A 24 mois, il doit pouvoir dire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle.

Un retard langagier en début de scolarisation et sur le long terme, peut être prédictif d'un plus faible niveau de scolarité avec des conséquences sur le plan professionnel. Or, le développement du langage est influencé par la quantité et la qualité du langage qui est adressé à l'enfant et est lui-même lié au niveau socio-économique des parents. Les parents ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage du langage.

Une Recherche-Action ONE sur le langage a été menée entre 2012 et 2014 en collaboration avec différents chercheurs universitaires. L'objectif était de mesurer l'impact de l'interaction et de la communication entre le parent et l'enfant dans le développement du langage et à terme, de pouvoir induire des modifications de comportements chez le parent afin de stimuler le langage de l'enfant<sup>35</sup>.

Dans le cadre de cette recherche, l'ONE a mis en place une campagne de sensibilisation au développement du langage à destination des professionnels et des parents. A cet effet, l'Office a lancé un site qui propose, au travers de vidéos d'animations, des conseils concrets et des astuces très simples à mettre en place pour stimuler le langage de l'enfant : [www.unchat-unchat.be](http://www.unchat-unchat.be). (cfr chap.5)

Les données relatives au langage sont récoltées à 2 moments lors des Bilans de santé. A 18 mois, nous disposons de l'information concernant le nombre de mots que l'enfant peut prononcer et à 30 mois, la capacité de l'enfant à prononcer une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle et à dire son prénom.

Lors du Bilan de santé à 18 mois, en 2015-2016, 1.9 % des enfants hainuyers ne pouvaient prononcer aucun mot pour 2.7% en FWB.

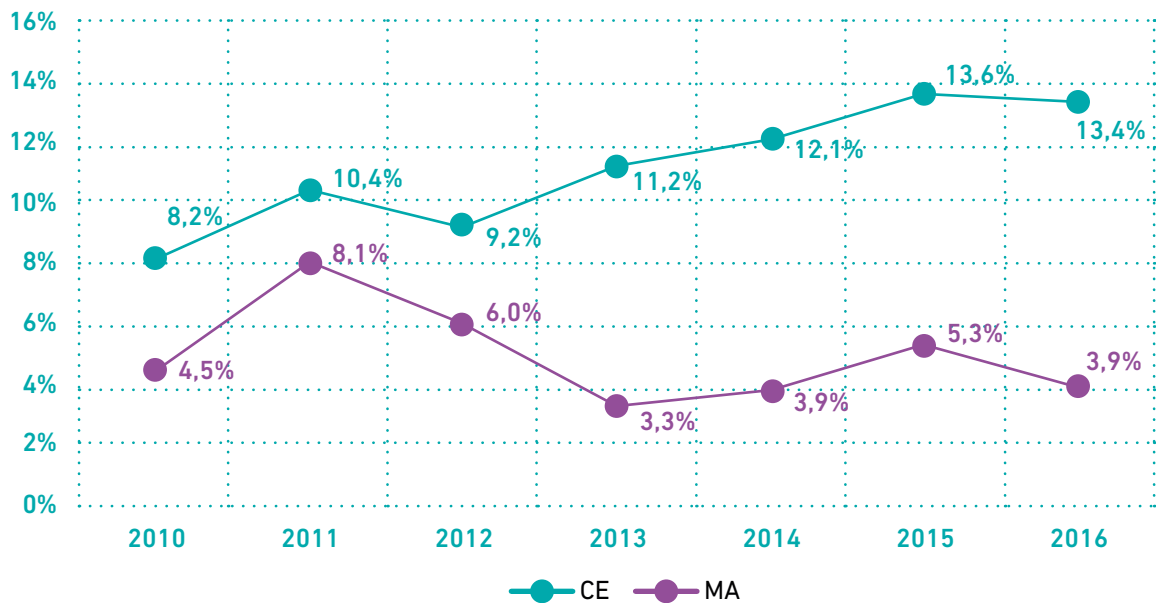
Lors du Bilan de santé à 30 mois en Hainaut, en 2015-2016, 19.1% des enfants ne pouvaient prononcer une phrase de 3 mots et 16.3% leur prénom, pour respectivement 21% et 19.2% en FWB.

Les pourcentages sont stables entre 2010 et 2016 pour les 2 questions tant en FWB qu'en Hainaut.



<sup>35</sup> <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/185401/1/Article%20JPB.pdf>

### Evolution du retard de langage chez l'enfant à 30 mois selon le type de structure en Hainaut



BDM-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2010-2016

Le retard de langage est estimé sur base de 2 critères explorés dans les Bilans de santé à 30 mois. L'enfant qui ne peut prononcer ni son prénom ni une phrase de 3 mots, se retrouve dans la catégorie « retard de langage ».

Le graphique indique une différence importante de retard langagier selon que les bilans de santé aient été réalisés en consultation pour enfants ou en milieu d'accueil.

Le niveau langagier est plus faible parmi les enfants suivis en consultation que ceux suivis en milieu d'accueil. En effet, en Hainaut, en 2015-2016, 13,5% des enfants suivis en consultation étaient considérés comme ayant un retard de langage, ne pouvant prononcer ni une phrase de 3 mots ni leur prénom, contre 4,6% des enfants suivis en milieu d'accueil. En Fédération Wallonie-Bruxelles, 15,3% des enfants suivis en consultation

présentaient un retard langagier contre 10,4% dans les milieux d'accueil.

Outre cette différence, en Hainaut le pourcentage d'enfants vus en consultation et présentant un retard langagier tend à augmenter passant de 8,2% en 2010 à 13,5% en 2016. Cette augmentation n'est pas constatée en milieu d'accueil. En outre, en 2016, 16% des enfants vus en consultation ne remplissaient qu'un des deux critères contre 8,3% en milieu d'accueil. Ces résultats sont en lien direct avec le niveau socio-économique plus favorable des enfants suivis en milieu d'accueil.

Vu l'impact d'un retard langagier sur le parcours et la vie d'un enfant et d'un adulte (retard scolaire, manque d'intégration en milieu scolaire,...), il y a lieu d'être attentif au développement du langage des enfants présentant des retards.

## 3.8. COUVERTURE VACCINALE

La vaccination est un enjeu majeur de santé publique, tant par son effet sur la protection individuelle que par la protection de la collectivité qu'elle assure, en limitant la circulation des agents pathogènes.

Depuis 2002, la FWB a recommandé, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement conjoint de l'ONE<sup>36</sup>.

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire. Cependant, il existe une obligation vaccinale pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil agréé par l'ONE. Cette obligation concerne la vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, l'haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Par ailleurs, l'ONE suit le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé, qui comprend aussi les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le rotavirus. Les résultats suivants présentent l'évolution des taux de couverture des différents vaccins et les différences entre les enfants vaccinés en milieux d'accueil et ceux vaccinés en consultation. Pour ces résultats, les inconnues sont incluses dans le total.

<sup>36</sup> Le financement était conjoint FWB et Etat fédéral jusqu'au 1er janvier 2015. Depuis il a été intégralement transféré à l'ONE.

## Taux de couverture vaccinale entre 2009 et 2016

	Hainaut				FWB
	2009-10	2011-12	2013-14	2015-16	2015-16
Hexavalent 3 doses (9mois)	97,1%	97,1%	97,6%	96,9%	97,0%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	92,5%	92,7%	92,7%	92,1%	89,6%
Pneumocoque 2 doses (9mois)	96,0%	96,7%	97,3%	96,6%	96,6%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	88,4%	90,2%	91,5%	91,9%	89,2%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	89,6%	89,1%	88,8%	87,3%	84,2%
RRO 1 dose (18 mois)	93,1%	94,8%	95,6%	95,5%	92,8%
Méningocoque (18 mois)	94,1%	93,6%	94,0%	93,6%	90,5%

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2009-2016

Ce tableau présente les enfants qui ont reçu les doses minimales requises pour une immunisation optimale. Pour les données relatives à la vaccination, les enfants dont les informations sont inconnues sont considérés comme étant « non vaccinés ».

Les taux de couverture vaccinale en Hainaut sont plus élevés que pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2009 et 2016. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en Hainaut, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB. Cependant, en 2015-2016, on constate une diminution de la couverture vaccinale surtout pour les vaccins administrés après un an et relevés dans les Bilans de santé de 18 et 30 mois. Cette diminution des couvertures vaccinales est principalement la conséquence d'un taux plus élevé de

l'information manquante. En effet, en 2016, on observe un taux plus élevé de données manquantes concernant certains vaccins.

Les vaccins « hexavalent », « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale.

Le Rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec 87.3% en Hainaut pour 84.2% en FWB.

Toutes les couvertures vaccinales en province de Hainaut, à l'exception de l'Hexavalent à 9 mois, sont supérieures à celles de la FWB avec des variations entre 0.1% à 3.1% selon le vaccin.

## Taux de couverture vaccinale selon le type de structure

	Hainaut		FWB	
	CE	MA	CE	MA
Hexavalent 3 doses (9mois)	97,4%	93,6%	97,5%	93,9%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	94,2%	82,2%	91,7%	81,5%
Pneumocoque 2 doses (9mois)	97,1%	93,5%	97,2%	93,0%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	93,7%	84,0%	91,1%	82,6%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	87,4%	86,8%	84,0%	85,8%
RRO 1 dose (18 mois)	96,7%	90,2%	94,1%	88,5%
Méningocoque (18 mois)	95,5%	84,7%	92,7%	82,5%

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2015-2016

En Hainaut, tous les taux de couverture vaccinale sont supérieurs parmi les enfants suivis dans les consultations pour enfants comparativement à ceux suivis dans les milieux d'accueil. Les différences varient de 0.6% à 12%. Les différences de prévalence sont plus importantes aux 18 mois de l'enfant. En FWB, à l'exception du vaccin « Rotavirus », les tendances sont les mêmes mais les différences sont un peu moins prononcées qu'en Hainaut.

Notons que même si les taux d'inconnues sont légèrement plus élevés dans les milieux d'accueil, ceux-ci ne justifient pas les différences observées. Les taux de couverture vaccinale sont probablement sous-estimés en milieu d'accueil. En effet, lors de la consultation mé-

dicale en milieu d'accueil, les parents ne sont pas toujours présents et de ce fait l'information pourrait être manquante. Ces résultats sont étonnants sachant que certains vaccins sont obligatoires pour fréquenter un milieu d'accueil.

## 3.9. DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

En Hainaut, en 2015-2016, à 18 mois, 95.5% des enfants sont capables de marcher (93.5% en FWB), 79.5% peuvent boire seul à la tasse (79.8% en FWB) et 86.8% sont capables de se servir d'une cuillère (85.8% en FWB). Ces données sont stables entre 2006 et 2015.

A 30 mois, 94.4% des enfants ont la capacité de sauter à pieds joints (88.2% en FWB), 83.2% de dessiner un trait % (76.9% en FWB) et 79.% un cercle (72.5% en FWB). Aucune différence n'est constatée entre les enfants suivis en milieu d'accueil et ceux suivis en consultation pour enfants.

## 3.10. DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE

Depuis 2003, l'ONE organise le dépistage précoce des troubles visuels chez les jeunes enfants de 18 à 36 mois.

Les objectifs principaux sont le dépistage des troubles visuels susceptibles de ralentir le développement de l'enfant et la prévention de l'amblyopie fonctionnelle<sup>37</sup> (diminution et altération de l'acuité visuelle).

Standardisé et réalisé lors de consultations spécifiques dans les structures d'accueil collectif et d'accompagnement de l'ONE, le dépistage est effectué par des orthoptistes, assistants techniques en ophtalmologie ou des médecins spécialement formés à cet effet.

L'examen est gratuit. Si le test est positif, l'enfant est référé vers un ophtalmologue pour confirmation ou non du test.

En 2017, 7.502 enfants ont été dépistés en Hainaut et 30.152 l'ont été en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui représente un taux de couverture<sup>38</sup> de 53% en Hainaut et de 58% pour la FWB. En 2009, le taux de couverture était de 44% en Hainaut et 46% en FWB, ce qui représente une augmentation relative respective de 20% et 26%.

En 2007, en moyenne 76% des dépistages ont été réalisés dans les consultations pour enfants en Hainaut, contre 65% en 2017. Cette proportion est plus importante que celle de l'ensemble de la FWB qui s'élevait à 60% en 2017. Globalement, on observe donc une légère augmentation du nombre d'enfants vus en milieu d'accueil.

En moyenne, pour 74.4% des enfants dépistés, le test est « normal » ; pour 11.2%, il est « anormal » ; pour 5.2%, il est « douteux » et pour 9.2%, il est « irréalisable ».

Lorsque le test est anormal ou douteux, l'enfant est référé vers un ophtalmologue. Dans 79% des cas, l'anomalie est confirmée par celui-ci ou alors l'ophtalmologue demande de revoir l'enfant 6 mois à un an plus tard. En cas d'examen irréalisable, l'enfant est revu plus tard par l'orthoptiste de l'ONE.

Dans la majorité des cas, le traitement consiste à porter des lunettes.

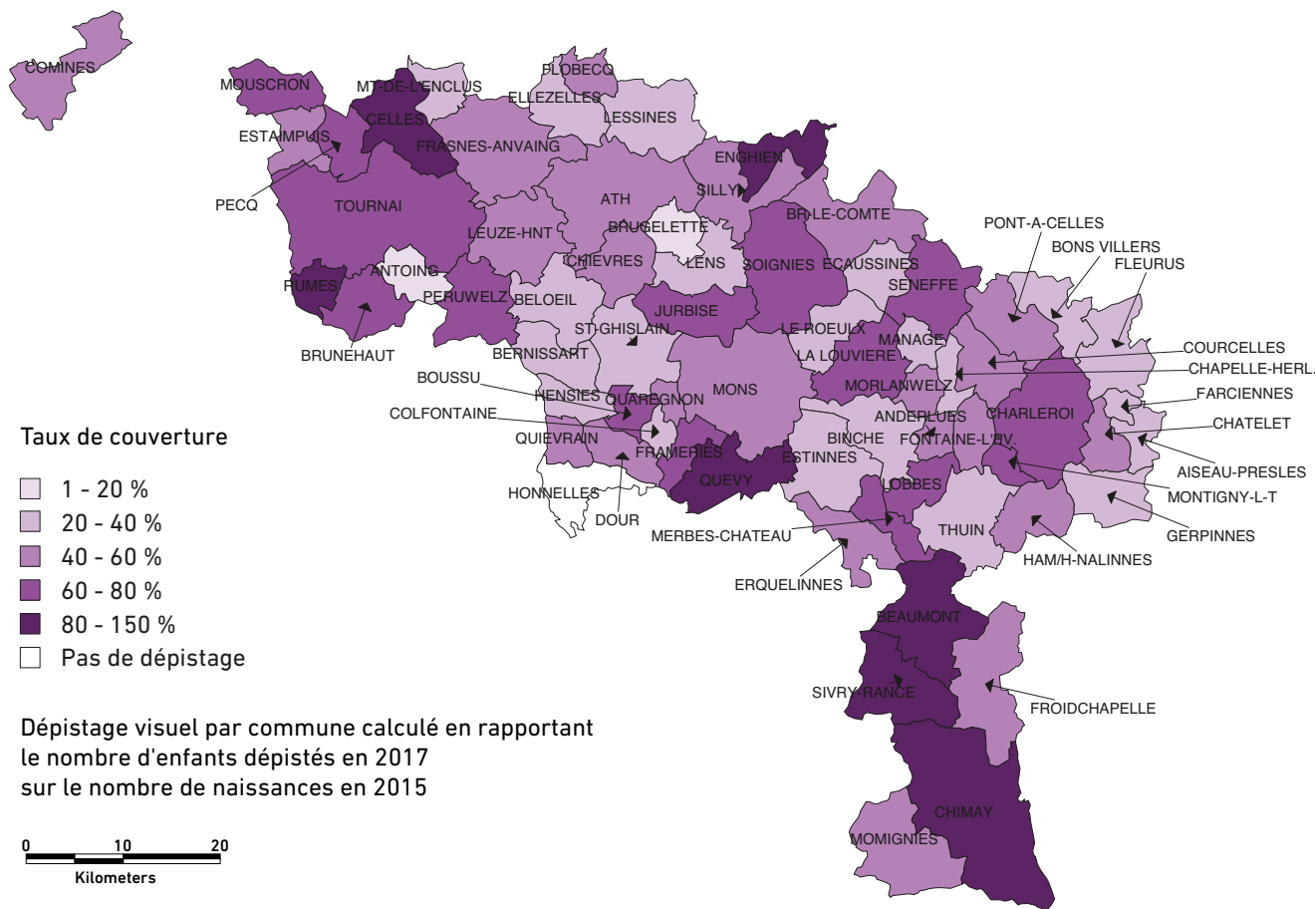
La cartographie suivante indique le taux de couverture du dépistage visuel en 2017 en Hainaut par commune. Les taux de couverture les plus élevés se retrouvent dans la botte du Hainaut et aux alentours de Tournai.

Dans certaines communes, les taux de couverture dépassent les 100%. Cela est dû au fait que le numérateur correspond au nombre de dépistages réalisés dans une commune par rapport au nombre d'enfants résidant dans cette même commune et nés 2 ans auparavant. Les dépistages visuels ne sont pas organisés dans toutes les communes. Par conséquent, certaines consultations peuvent regrouper des enfants de différentes communes d'où des taux plus élevés parmi celles-ci. Les enfants ne résident pas forcément dans la commune où a lieu le dépistage.

<sup>37</sup> Prévention et petite enfance : Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, ONE, 2011. L'amblyopie se définit comme une diminution uni- ou bilatérale de l'acuité visuelle causée par une déprivation de la vision des formes et/ou par une interaction binoculaire anormale sans cause organique, pour laquelle un traitement approprié peut mener à la guérison.

<sup>38</sup> L'estimation du taux de couverture est calculée sur base du nombre d'enfants examinés par rapport au nombre de naissances recensé 2 ans plus tôt avec pour objectif un taux de 50%. A Bruxelles, on compte 90 % des naissances résidentes à Bruxelles.





ONE, « Dépistages visuels », Direction Santé, 2017

# SYNTHÈSE

## SUIVI MEDICO-SOCIAL DES ENFANTS

Le suivi préventif médico-social des enfants de 0 à 6 ans est organisé dans les consultations pour enfants de l'ONE mais également au sein de certains milieux d'accueil.

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des Bilans de Santé sont complétés à 3 âges clés (9, 18 et 30 mois) représentant les moments importants du développement de l'enfant. Ceux-ci permettent de récolter les informations des différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE comme l'allaitement ou la vaccination. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés.

Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'auto-risation de la famille par les médecins et TMS. Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2007 à 2016.

Entre 2007 et 2016, on observe une augmentation du nombre de bilans de santé mais également des taux de couverture, et ce davantage en Hainaut qu'en FWB. En Hainaut, en 2016, les taux de couverture atteignaient 33% pour les Bilans de santé à 9 mois, et respectivement 25% et 11% pour les Bilans de santé à 18 et 30 mois.

Globalement, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé complétés en consultations pour enfants diminue progressivement en fonction de l'âge de l'enfant en faveur des milieux d'accueil. En 2015-2016, en Hainaut, plus de 80% des Bilans de Santé à 9 et 18 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. Cette proportion était de 70% à 30 mois, la diminution est à mettre en relation avec la fin de la première période de vaccination ainsi qu'avec l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil.

En Hainaut, dans l'ensemble, les différents indicateurs repris dans les bilans de santé sont relativement stables au cours de ces 10 dernières années à l'exception du tabagisme au sein de l'habitation qui tend à diminuer tout comme dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

À 9 mois, la situation familiale des enfants en Hainaut est identique à celle des enfants en FWB avec 92.4% des enfants vivant avec leurs 2 parents et 6.5% vivant avec un parent séparé.

Environ 30% des mères ont achevé tout au plus le niveau d'études secondaire inférieur et les mères ayant les niveaux d'éducation les plus faibles résident le long du sillon Sambre-et-Meuse.

En Hainaut, presque une mère sur 2 est inactive professionnellement (au chômage ou au foyer) mais la proportion de mères inactives tend à diminuer au fil des années avec une proportion de 48,4% en 2007-2008 et de 44.5% en 2015-2016. En FWB, la même tendance est observée.

Aussi, seulement 43.7% des familles dont les enfants sont suivis par l'ONE disposent de 2 revenus professionnels pour subvenir à leurs besoins.

En outre, on constate que les familles dont les enfants sont suivis en consultations sont plus vulnérables socio-économiquement que celles dont le suivi médico-social de l'enfant a été effectué en milieu d'accueil.

La proportion des enfants suivis en consultation à l'ONE et qui fréquentent un milieu d'accueil a augmenté légèrement ces dernières années en Hainaut pour atteindre, à 9 mois, un peu moins d'un ¼ et à 30 mois 39% (données de 2015-2016). Ces taux restent cependant plus faibles que ceux des enfants résidant en FWB.

Durant la décennie, les taux d'allaitement exclusif sont restés stables en Hainaut. En 2015-2016, le taux d'allaitement exclusif était de 62.3% à moins d'une semaine de vie et de 44.4% à un mois de vie. Les taux d'allaitement sont directement liés au niveau d'enseignement de la mère et à la situation socio-économique de la famille.

En 2015-2016, parmi les enfants hainuyers suivis en consultations ONE, environ 40% avaient au moins un parent qui fume quotidiennement (33.3% en FWB). Cette tendance reste stable au cours des dernières années. Par contre, de moins en moins de parents fument au sein de l'habitation pour atteindre en 2015-2016 moins d'un parent sur 10. Le tabagisme est également à mettre en lien avec le niveau socio-économique des familles fréquentant l'ONE.

En moyenne, entre 2007 et 2016, 1.9% des enfants hainuyers de 18 mois présentaient des polycaries et 2.7% des enfants âgés de 30 mois présentaient des caries. Ces moyennes sont légèrement inférieures à celles de la FWB. Il est cependant important de garder à l'esprit que le pourcentage d'inconnues pour ces données tend à augmenter ces dernières années, ce qui rend les interprétations plus difficiles.

Toutes les couvertures vaccinales en province du Hainaut, à l'exception de l'hexavalent à 9 mois, sont supérieures à celles de la FWB. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en Hainaut, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB.

Les vaccins « hexavalent » et « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois, dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale. Le vaccin contre le rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale mais néanmoins au-dessus de la moyenne de la FWB avec 87.3% en Hainaut pour 84.2% en FWB.

On constate également que les taux de vaccination sont supérieurs dans les consultations par rapport à ceux recueillis dans les milieux d'accueil. La gratuité de la vaccination dans les consultations pour enfants incite les parents à fréquenter les consultations pour y faire vacciner leur enfant et faire augmenter de ce fait les taux de couverture.

Globalement, si les indicateurs restent stables depuis plusieurs années, les enfants suivis par l'ONE en Hainaut tendent à être plus vulnérables que dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Comme lors du suivi de la grossesse ou de la naissance, les réalités familiales et territoriales peuvent être très différentes, la région du sillon Sambre-et-Meuse étant la plus vulnérable.

L'ONE doit continuer à développer et améliorer son réseautage, déjà particulièrement riche et diversifié en Hainaut, afin de soutenir les familles les plus fragilisées. À cet effet, le plan opérationnel doit se révéler être un outil essentiel à la prise de décision et à la mise en place de nouvelles actions et/ou de partenariats.



La promotion de  
la santé à l'école



# PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE EN HAINAUT

Les missions PSE sont exercées par les Services de Promotion de la Santé à l'École<sup>1</sup> (SPSE) dans l'enseignement subsidié par la Fédération Wallonie-Bruxelles et par les Centres Psycho-Médico-Sociaux dans l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (CPMS-FWB)<sup>2</sup>. Lors de l'année scolaire 2014-2015, la Fédération Wallonie-Bruxelles comptabilisait 43 SPSE, répartis en 108 unités (antennes), ainsi que 41 CPMS-FWB.

Parmi les missions confiées aux SPSE et aux CPMS-FWB, figurent le suivi médical des élèves et l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires. Le recueil<sup>3</sup> consiste en la collecte anonyme et informatisée d'une partie des items contenus dans le dossier médical scolaire, tel qu'il est complété lors du bilan de santé. Seules les données du recueil font l'objet d'analyses statistiques. Les indicateurs dérivés sont communiqués annuellement aux SPSE et CPMS-FWB afin de leur permettre de définir les besoins de leur population sous tutelle en matière de promotion de la santé.

Organisé par arrêté<sup>4</sup>, le recueil suit un plan de déploiement progressif. Actuellement, les données sont disponibles pour 9 années scolaires consécutives, couvrant tout d'abord les élèves de 1<sup>re</sup> maternelle (depuis 2006-2007), puis de 3<sup>e</sup> maternelle (depuis 2007-2008), ensuite de 2<sup>e</sup> primaire (depuis 2008-2009), de 6<sup>e</sup> primaire (depuis 2009-2010), et enfin de 2<sup>e</sup> secondaire (depuis 2013-

2014)<sup>5</sup> et de 4<sup>e</sup> Secondaire général (depuis 2014-2015).

Le recueil intègre notamment les données relatives au statut pondéral des élèves. Les valeurs de poids et de taille des enfants sont comparées aux valeurs de référence spécifiques selon le sexe et l'âge de l'enfant (Courbe de croissance de la Région flamande, Roelants et al., 2004)<sup>6</sup>. Les seuils retenus pour la définition de la surcharge pondérale et de l'obésité sont respectivement les valeurs d'Indice de Masse Corporelle (IMC) au-dessus du percentile 85 et au-dessus du percentile 95 de la courbe de croissance.

Les pourcentages présentés sont des pourcentages standardisés pour le sexe et l'âge. Ils permettent d'éliminer les éventuelles différences liées à la structure d'âge et de sexe entre les différentes années de collecte de données.

L'utilisation et l'interprétation des données doivent s'effectuer avec quelques précautions puisque le recueil comporte quelques biais qui ne sont pas encore contrôlés à ce stade.

La province de Hainaut compte 15 Services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE), 8 libres et 7 communaux, répartis au total en 23 antennes (dont 8 pour le libre et 7 pour le communal). Lors de l'année scolaire 2014-2015<sup>7</sup>, les services PSE comptabilisaient 240.856 élèves sous tutelle, soit 159.936 élèves dans le libre et 80.920 dans le communal.

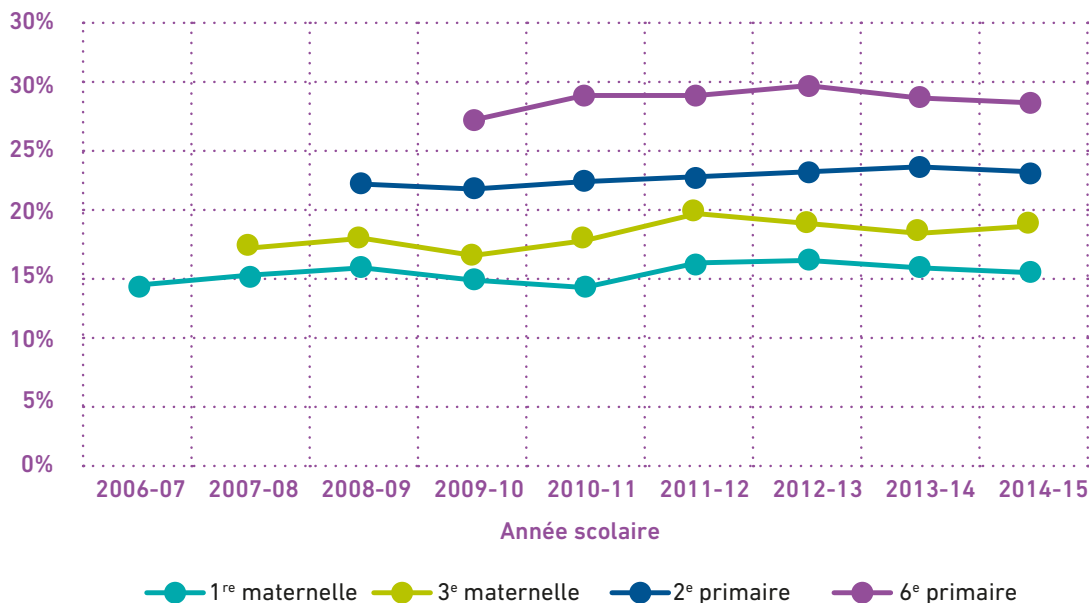
## Evolution des proportions d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) en Hainaut

Niveau scolaire	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-2015
<b>1<sup>re</sup> maternelle</b>									
% (IC)	14,2 (13,3-15,0)	15,0 (14,3-15,8)	15,7 (14,9-16,6)	14,7 (13,9-15,4)	14,1 (13,3-14,9)	16,0 (15,3-16,8)	16,3 (15,5-17,1)	15,6 (14,8-16,4)	15,3 (14,6-16,1)
n	8607	10.087	9.003	9.405	8.827	10.157	10.440	9.350	9.657
<b>3<sup>e</sup> maternelle</b>									
% (IC)		17,2 (16,4-17,9)	17,9 (17,1-18,6)	16,6 (15,9-17,4)	17,8 (17,1-18,6)	20,0 (19,2-20,7)	19,1 (18,3-19,8)	18,4 (17,7-19,8)	19,0 (18,3-19,8)
n		12.108	11.529	12.229	11.881	12.838	12.677	12.508	13.064
<b>2<sup>e</sup> primaire</b>									
% (IC)			22,3 (21,4-23,1)	21,8 (21,0-22,6)	22,4 (21,6-23,2)	22,8 (22,0-23,6)	23,2 (22,4-24,0)	23,6 (22,8-24,4)	23,2 (22,4-24,0)
n			11.639	12.819	12.653	13.328	13.820	13.443	13.858
<b>6<sup>e</sup> primaire</b>									
% (IC)				27,3 (26,3-28,4)	29,3 (28,3-30,3)	29,3 (28,4-30,3)	30,0 (29,1-31,0)	29,0 (28,0-29,9)	28,7 (27,7-29,6)
n				10.206	11.427	12.543	12.683	11.786	12.407

Recueil de données sanitaires PSE, 2006-2015

- <sup>1</sup> Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, certaines compétences « Santé » du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées le 1<sup>er</sup> janvier 2015 à l'ONE, notamment la « Promotion de la Santé à l'École (PSE) ».
- <sup>2</sup> La dénomination officielle pour désigner ces centres est « Centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française (CPMS-CF) ».
- <sup>3</sup> Décrets du 20 décembre 2001 « relatif à la Promotion de la Santé à l'École » et du 16 mai 2002 « relatif à la Promotion de la Santé dans l'enseignement supérieur hors universités ».
- <sup>4</sup> Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 3 juin 2004 « organisant le recueil standardisé d'informations sanitaires en application des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités ».
- <sup>5</sup> Résultats non montrés en l'absence d'exhaustivité des données.
- <sup>6</sup> Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. (2004) Groeicurve Vlaanderen 2004. Laboratorium voor Anthropogenetica, Vrije Universiteit Brussel en Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur : [www.vub.ac.be/groeicurven](http://www.vub.ac.be/groeicurven). Les courbes de référence utilisées depuis de nombreuses années par la Promotion de la Santé à l'École diffèrent de celles utilisées par l'ONE en consultation d'enfants et en milieux d'accueil. Les seuils retenus diffèrent également. En revanche, le calcul de l'IMC reste identique.
- <sup>7</sup> Dernière année scolaire pour laquelle les données PSE sont disponibles.

### Courbes de l'évolution des proportions d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) dans le Hainaut

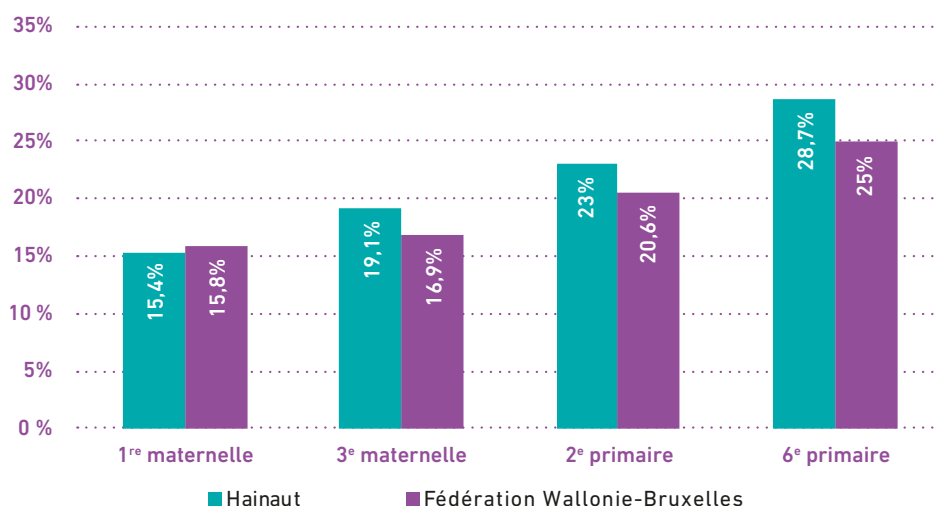


Recueil de données sanitaires PSE, 2006-2015

En 1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup> maternelle, la proportion d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) dans le Hainaut fluctue légèrement au cours du temps. En 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> primaires, la proportion d'élèves en surcharge pondérale

reste relativement stable au cours du temps même si un pourcentage à peine plus élevé est observé en 2013-2014 en 2<sup>e</sup> primaire et en 2012-2013 en 6<sup>e</sup> primaire.

### Proportion d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) en fonction du niveau scolaire en Hainaut et en FWB



Recueil de données sanitaires PSE, 2014-2015

En Hainaut, près d'un enfant sur 7 présente un surpoids (obésité comprise) en 1<sup>re</sup> maternelle. En 6<sup>e</sup> primaire, cette proportion a quasiment doublé. En effet, près de 3 élèves sur 10 sont en surcharge pondérale. A l'exception de la 1<sup>re</sup> maternelle, le Hainaut est toujours caractérisé par un taux de surcharge pondérale plus élevé que

la Fédération Wallonie-Bruxelles prise globalement. De manière générale, lorsque l'on compare les provinces entre elles (résultats non montrés), c'est dans le Hainaut et dans la Région de Bruxelles-Capitale que les proportions d'enfants en surpoids/obèses sont les plus élevées.

## ENQUÊTE HBSC

L'enquête auto-administrée « Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) » investigate également l'indicateur de surcharge pondérale. Elle collecte d'ailleurs un large panel d'indicateurs permettant d'appréhender la santé, les comportements de santé et le bien-être des jeunes scolarisés de la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis la 5<sup>e</sup> primaire jusqu'à la fin des secondaires. Cette enquête a tout d'abord été soutenue pendant de nombreuses années intégralement par la

Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle est à présent cofinancée par l'ONE, la Région wallonne et la COCOF. Menée de manière répétée tous les 4 ans sous le patronage du Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'enquête HBSC apporte des données utiles permettant d'œuvrer à la promotion de la santé des jeunes en âge scolaire et informe sur l'évolution des déterminants et des indicateurs de la santé des jeunes.



La BDMS, un outil pour  
initier et soutenir  
des « recherches-actions »



# 5.1. LA RECHERCHE « SANTÉ DENTAIRE », UN EXEMPLE DANS LE HAINAUT

## 5.1.1. Contexte

En 2010, l'ONE avec la collaboration de la Fondation pour la Santé Dentaire (actuellement « Souriez, be ») lançait une recherche-action d'une durée de 3 ans sur le thème de la santé bucco-dentaire. Cette recherche a été réalisée sur base volontaire dans certaines consultations en Hainaut et à Bruxelles. L'objectif principal était l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 3 ans en sensibilisant les parents dès la naissance à adopter et maintenir les comportements recommandés.

## 5.1.2. Déroulement de la recherche

La recherche s'est déroulée en plusieurs phases :

- La 1ère phase consistait en l'**enrôlement**, sur base volontaire, des enfants de 0 à 6 mois présentés pour la première fois en consultation. Un questionnaire basé sur les croyances et connaissances en matière de prévention bucco-dentaire a été soumis aux parents au début du programme.
- Vint ensuite la phase de **sensibilisation des parents** des enfants enrôlés à la promotion de la santé bucco-dentaire. A cet effet, différents moyens ont été mis en œuvre : conseils, démonstrations ou actions spécifiques et standardisés dispensés à cinq âges-clé de 1 mois jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

### Messages diffusés aux cinq âges-clé lors de la recherche

Messages	1 à 2 mois	4 à 7 mois	10 à 11 mois	18 à 24 mois	30 à 36 mois
<b>Tétine</b>	Emploi de la tétine	Rappel	Rappel	Rappel	Stop tétine
<b>Brossage dents/ Dentiste</b>		Moment 1er brossage Méthode brossage Raisons	Info carie du biberon Brossage dentifrice adapté	Rappel brossage et dentifrice Age visite dentiste	Rappel brossage Vérification visite dentiste
<b>Boissons</b>		Pas de boissons sucrées	Pas de boissons sucrées Pas de biberon en promenade Boire au verre	Rappel des 10-11 mois	Stop biberon Rappel boissons
<b>Alimentation</b>			Introduction morceaux Vit D	Rappel bib et boissons	Rappel boissons

- Enfin, la **phase finale** a eu lieu en 2013 à la suite de la diffusion des messages. **Un examen bucco-dentaire comparatif** des enfants enrôlés et suivis dans les consultations (les « cas ») et des enfants du « groupe témoin » a été réalisé par un dentiste de la Fondation pour la Santé Dentaire. Le groupe témoin était constitué d'enfants de 1re maternelle issus d'écoles avoisinant les consultations et ayant un niveau socio-économique similaire aux consultations. Les examens dentaires avaient pour but de comparer le taux de caries parmi les enfants suivis en consultation et ayant reçus des conseils spécifiques à celui des enfants fréquentant les écoles avoisinantes et n'ayant pas reçu les conseils. Et ce, afin de permettre d'évaluer l'efficacité des actions. Un questionnaire portant sur les connaissances et comportements a également été complété par les parents des enfants suivis en consultation et ceux recrutés dans les écoles.

## 5.1.3. Quelques résultats

**Avant la phase de sensibilisation**, la recherche a pu mettre en évidence une méconnaissance des parents concernant la santé dentaire malgré les recommandations de l'ONE :

- Pour seulement 50% des parents, le brossage des dents doit débuter dès l'apparition des premières dents.

- 22% des parents n'avaient pas l'intention d'aller chez le dentiste avant l'âge de 6 ans.
- 30% des parents estiment que la grenadine n'est pas nocive pour la santé dentaire.
- Enfin, 1/3 des parents ignorent que la carie dentaire est contagieuse et 20% qu'elle peut apparaître sur une dent de lait.

**Lors de la phase finale comparative « Ecoles-Consultations »**, 511 enfants disposaient d'un questionnaire sur les comportements et d'un examen dentaire complet. 60% des participants résidaient en Hainaut. La moyenne d'âge des enfants lors de la phase finale était de 3 ans et 2 mois.

- Les parents d'enfants vus en consultation ajoutaient moins de sucre dans les boissons de leur enfant (57%) que ceux vus dans les écoles (70%).
- 79% des enfants suivis en consultation se brossaient les dents contre 72% dans les écoles.
- Concernant la présence de carie dentaire, un taux moyen de 18.4% a été relevé (21.5% dans les consultations, contre 15.4% dans les écoles). Ce taux est plus élevé que celui relevé dans l'ensemble des consultations du Hainaut et de Bruxelles qui était de 9.9% en 2013.

#### 5.1.4. Perspectives et poursuite des actions

La recherche a surtout pu mettre en évidence l'importance de la poursuite des actions de sensibilisation avec un renforcement des messages ainsi que la mise en place du dépistage dentaire réalisé par un professionnel de la santé dentaire et/ou par un médecin mieux (in)formé sur la thématique.

Dans un premier temps, des présentations et échanges autour des résultats ont été réalisés auprès des TMS des consultations participantes.

Ensuite, une programmation des actions les plus pertinentes et porteuses de résultats a été effectuée au sein même des consultations participantes. Il s'agissait notamment de démonstrations de brossage des dents mais également des conseils diffusés et appuyés par des étiquettes collées dans le Carnet de l'enfant (devenu Carnet de Santé 0-18 ans)...



En 2017, les actions, conseils et informations donnés aux TMS ont été étendus aux autres régions de la FWB sur base volontaire. De plus, la poursuite et le renforcement des dépistages en consultation ont été mis en place.

Pour accentuer l'efficacité des dépistages des caries dentaires dès leur apparition, 2 axes ont été développés :

##### a) Organisation des dépistages visuels et dentaires lors de séances communes.

En 2017-2018, à Bruxelles, un test de faisabilité sur la présence d'un dentiste en consultation lors des séances de dépistages visuels a été réalisé. Ces séances simultanées réduisent les déplacements des familles et le temps de prestation de travail des TMS. Par contre, la généralisation des dépistages a un coût financier dont il faut tenir compte.

**b) Une formation spécifique à la détection de caries naissantes** destinée aux médecins de consultation pour enfants est également organisée en Hainaut. Ces formations sont organisées par les conseillers pédiatres de l'ONE et par la Fondation pour la Santé Dentaire dont les objectifs sont :

1. Sensibiliser les médecins à l'importance et la systématisation de cet examen dès l'apparition des dents de lait.
2. Renforcer les connaissances et le savoir-faire des médecins et leur donner les outils appropriés afin de dépister les caries à leur stade le plus précoce.



« Dès les premières dents, un beau sourire pour très longtemps », est un dépliant créé par l'ONE et Souriez.be, ciblant les principaux messages concernant le brossage des dents, les visites chez le dentiste et l'alimentation saine des enfants de 0 à 18 ans.

#### L'ONE collabore depuis longtemps avec Souriez.be, Département de Santé Dentaire de la Société de Médecine Dentaire

Le Département de Santé Dentaire (anciennement Fondation pour la Santé Dentaire), créé en 1971, est le département « Prévention » de la Société de Médecine Dentaire asbl, association dentaire belge francophone regroupant plus de 2.200 dentistes. L'objectif du Département de Santé Dentaire est d'aider la population à adopter une démarche préventive en vue de conserver ou de retrouver une bonne santé bucco-dentaire.

#### Quelles sont les actions et missions prioritaires du Département de Santé Dentaire ?

**Formation et sensibilisation des professionnels et des personnes-relais** : formation des médecins dans les consultations ONE et des TMS, des infirmiers/ères en promotion de la santé à l'école (PSE), enseignants, puéricultrices, pédiatres, etc.

**Développement d'outils et de matériel de communication** : supports pédagogiques, vidéos, site internet, brochures, kit de brossage, etc... destinés aux personnes-relais mais également création de supports destinés aux parents.

**Soutien logistique aux personnes-relais** : fournitures de publications, supports pédagogiques, kits de brossage, malles pédagogiques, etc.

**Collaborations** avec des associations ou organismes de prévention ou promotion de la santé, afin de promouvoir la santé bucco-dentaire et participations à des événements tels que le Salon de l'Éducation, « Sportez-vous bien », « La clinique des Nouritures-UCL ».

**Actions/animations** dans les consultations ONE, les écoles, les milieux d'accueil, les plaines de jeux...

**Publication de recommandations (Fluor, Gingivite...)** et soutien scientifique.

**Plus d'informations sur le site : [www.souriez.be](http://www.souriez.be)**

# 5.2. REPÉRER LE REBOND D'ADIPOSITÉ PRÉCOCE AFIN DE PRÉVENIR LA SURCHARGE PONDÉRALE ET L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

## 5.2.1. Contexte

Entre 2013 et 2016, l'ONE a mené une action de prévention de la surcharge pondérale accompagnée par une équipe de professionnels dans certaines consultations en Hainaut et à Liège.

Ce projet a pu être mis sur pied notamment grâce à la collaboration des médecins, des TMS et des parents dans 11 consultations situées à Liège et en Hainaut.

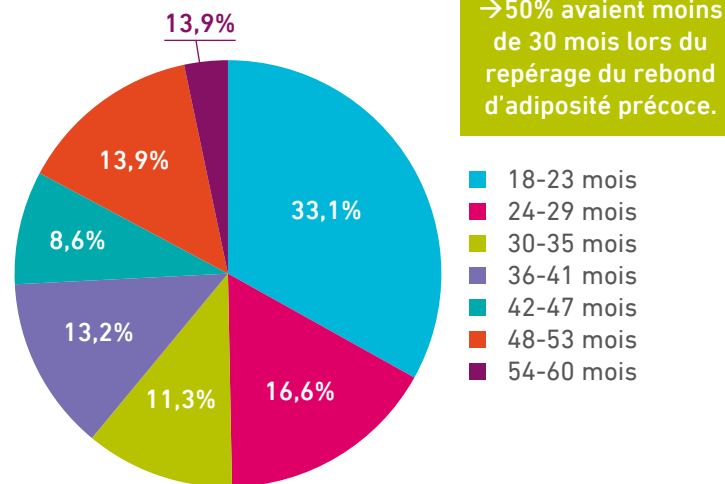
L'objectif principal de ce projet était d'évaluer, d'une part, l'action du repérage systématique du rebond d'adiposité précoce et, d'autre part, l'efficacité de son accompagnement sur la diminution de l'excès de poids des enfants de moins de 5 ans.

L'utilisation systématique de la courbe de BMI a permis un repérage du rebond d'adiposité précoce. Une communication positive avec les parents afin de les motiver dans leur changement de comportements et d'identifier leurs besoins et difficultés faisait également partie des objectifs de ce projet.

## 5.2.2. Résultats

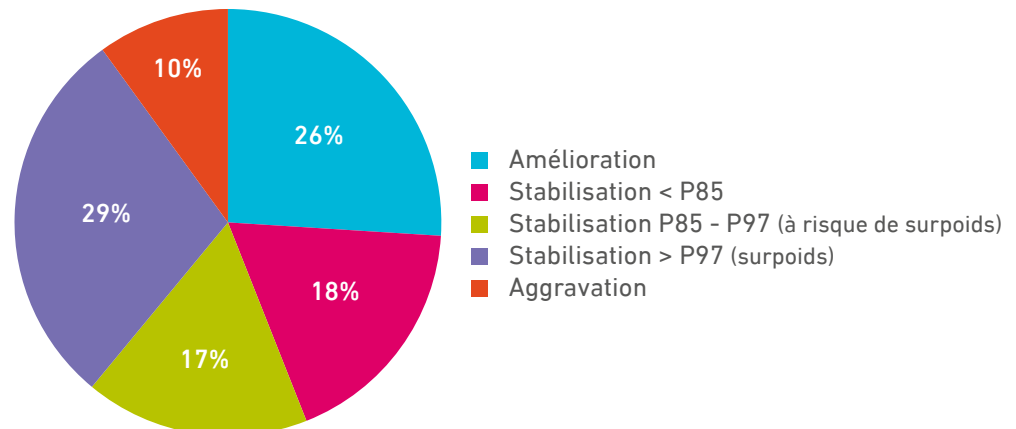
Au total, dans les 11 consultations participantes, 160 enfants de 18 mois à 5 ans repérés avec un rebond d'adiposité précoce ont été enrôlés. 62% de ces enfants ont bénéficié d'un suivi d'un an minimum. En moyenne, les parents et les enfants ont été vus 4 fois en consultation.

### Age des enfants lors du repérage du rebond d'adiposité précoce



Source : ONE-Direction Recherches et Développement

### Efficacité de l'accompagnement après repérage du rebond d'adiposité précoce



Source : ONE-Direction Recherches et Développement

Le **repérage du rebond d'adiposité précoce** auprès de 151 enfants associé à un accompagnement ciblé des familles a permis de **réduire le BMI dans 26% des cas et de le stabiliser** dans les catégories de « poids normal » (<P85) et « à risque de surpoids » (P85 à P97) **dans 35% des cas**.

Après le repérage du rebond d'adiposité précoce, 45% des enfants étaient en surpoids (P>97). Suite à l'accompagnement, cette proportion a diminué à 34.4%.

De plus, l'efficacité de l'accompagnement semble liée à l'âge du repérage du rebond. En effet, 51 % des enfants repérés avant l'âge de 2 ans et demi étaient en surpoids après rebond et ils n'étaient plus que 36% en surpoids après l'accompagnement mis en place.

87% des parents ont apporté des changements de comportement en matière :

- d'**alimentation** : en diminuant les sucreries, les boissons sucrées, le lait, la viande, les graisses et le grignotage ; en supprimant la collation matinale ; en proposant plus de fruits et de légumes ; en buvant plus d'eau ; en donnant un petit-déjeuner ; ...
- d'**activités** : faire des activités sportives et des jeux à l'extérieur ; marcher et bouger plus ; ...
- de **rythme de vie** : cadrer l'heure du lever et du coucher ; moins d'écrans (tablette, TV...) ; manger à table

en famille ; modifier les achats alimentaires et cuisiner plus sainement de la part des parents ; ...

- de **limites éducatives** : mise en place de règles éducatives ; mettre plus de limites (ne pas se servir seul dans l'armoire, ...) ; être plus strict pour les friandises ; limiter l'accès au frigo ; ...

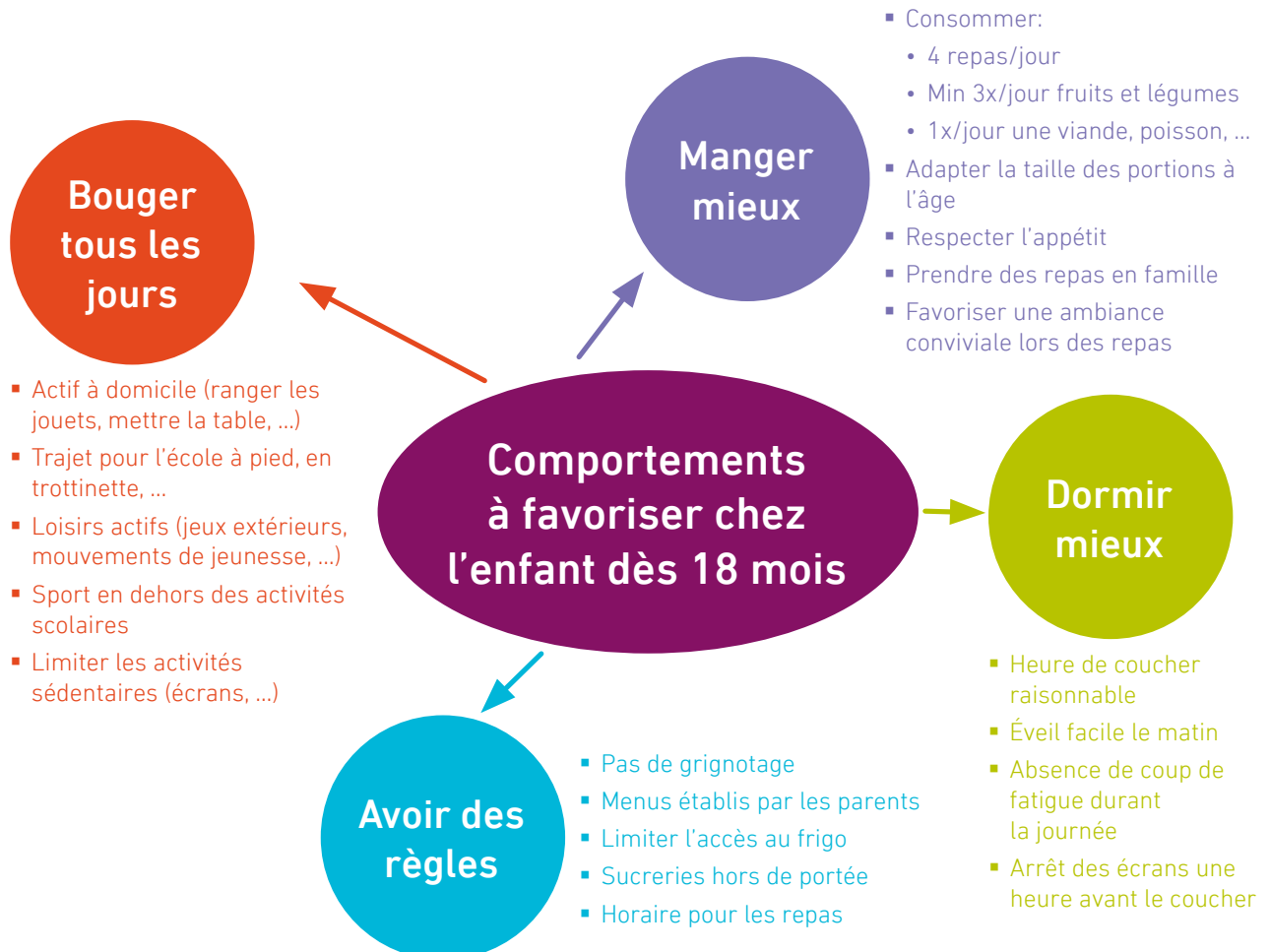
Ces changements ont permis, soit une amélioration du BMI, soit une stabilisation de celui-ci.

Ajoutons que le nombre de contacts avec les équipes et de visites en consultation ainsi que la durée du suivi ont également une influence favorable sur les changements de comportements.

### 5.2.3. Conclusion et perspectives

Cette expérimentation a montré que plus le rebond d'adiposité précoce est repéré tôt (avant 30 mois), plus la réduction ou la stabilisation du BMI est efficace. Dans l'accompagnement renforcé réalisé par les médecins et TMS des consultations ONE, les parents ont été des partenaires et étaient demandeurs de soutien concret dans leurs efforts. En effet, même si la première cause du déséquilibre est la plupart du temps d'origine alimentaire, la prévention du surpoids doit être globale et tenir compte de nombreux aspects de la vie de l'enfant.

## La prévention du surpoids en 4 axes



### Les conseils alimentaires les plus efficaces :

- un déjeuner complet avant l'arrivée dans le milieu d'accueil, l'école,
- un goûter suffisamment copieux,
- de l'eau nature comme seule boisson,
- l'arrêt des biberons de lait dès 18 mois,
- présenter le lait à la tasse au déjeuner et au souper dès 15-18 mois.

**Sur un plan individuel, le repérage du rebond précoce d'adiposité doit se faire au sein de la consultation médicale en remplissant les courbes de BMI, surtout entre 18 mois et 30 mois.**

Si un rebond précoce est repéré, un entretien entre le médecin et les parents doit être prévu afin d'expliquer la courbe de l'IMC et les risques ultérieurs. Une fois conscientisés et motivés, les parents trouveront les améliorations en matière d'alimentation, d'activités ou de rythme de vie. Par exemple : l'arrêt des jus de fruits et du biberon de lait le soir, la non mise à disposition des biscuits, la promenade le week-end, la mise au lit plus tôt le soir...

## 5.3. LA RECHERCHE-ACTION SUR LE LANGAGE ET SA CAMPAGNE THÉMATIQUE

### 5.3.1. Contexte

La communication est un droit fondamental de l'enfant et le langage est un outil de communication essentiel. Il permet de parler de soi, d'être à l'écoute de l'autre, d'exprimer ses désirs et ses émotions, d'entrer en relation avec l'autre. Des retards de langage ont, très tôt, un impact direct sur l'intégration de l'enfant dans son groupe de pairs et sur sa propre image. Or, des inégalités persistent en matière du développement langagier.

Selon les données de la BDMS, à 18 mois, moins de 50% des enfants fréquentant les consultations de l'ONE savent utiliser 6 mots ou plus, tandis qu'à 30 mois 20% des enfants ne peuvent pas élaborer une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément), 20% ne peuvent pas dire leur prénom. Le vocabulaire de l'enfant entre 18 et 24 mois comprend normalement entre 10 à 50 mots.

Suite à ces constats, l'ONE a mené une recherche-action sur une période de 3 ans visant à soutenir les parents dans l'apprentissage du langage de leur enfant par un programme de « guidance langagière ».

### 5.3.2. Recherche-action sur le langage<sup>1</sup>

Les objectifs de la recherche-action étaient doubles. D'une part évaluer le bénéfice d'une amélioration du langage adressé à l'enfant par les parents par le biais de la guidance langagière avec renforcement chez les parents des attitudes et techniques favorisant le développement du langage de l'enfant. D'autre part, créer un outil de repérage précoce des difficultés langagières pouvant être utilisé au sein des consultations de l'ONE.

La recherche a été réalisée grâce à une collaboration entre des chercheurs, des logopèdes, les Conseillers Pédiatres de l'ONE et des Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) de l'ONE, qui ont accompagné les parents et leurs enfants dans le cadre du programme de guidance langagière.

Le public-cible était les parents d'enfants de 18 à 36 mois fréquentant des consultations de l'ONE avec une attention toute particulière pour les familles fragilisées/défavorisées sur le plan économique.

Cette recherche-action a permis de démontrer qu'un programme de guidance à destination des parents a un impact positif sur l'acquisition et la maîtrise du langage chez leur enfant. Les résultats de la recherche sont disponibles sur le lien ci-dessous.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maillart C., Martinez-Perez T., Perez et Leclercq A-L., La guidance parentale, un outil pour soutenir le développement langagier, Unité de logopédie clinique, Université de Liège, 2015.

<sup>2</sup> [http://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/professionnels/Recherche/rapport\\_final\\_recherche\\_langage\\_15\\_janvier\\_web\\_ONE.pdf](http://www.one.be/fileadmin/user_upload/professionnels/Recherche/rapport_final_recherche_langage_15_janvier_web_ONE.pdf)

### 5.3.3. La campagne thématique sur le développement du langage

Outre la recherche, la campagne thématique 2016-2017 de l'Office a porté sur le **développement du langage de l'enfant**. La campagne ciblait non seulement les professionnels de l'enfance mais également les parents au travers d'outils de sensibilisation et d'activités de formation.

Les objectifs étaient :

- Sensibiliser les familles mais également les professionnels de l'ONE à l'importance du langage dans l'épanouissement social et les apprentissages.
- Repérer les difficultés langagières.
- Soutenir le développement des interactions enfant-parent(s) dès la naissance.
- Soutenir les actions autour du livre.

En pratique :

#### Pour les professionnels :

- Création d'un outil de repérage de retard du langage et sensibilisation et formation des professionnels de l'accompagnement (médecins et TMS des consultations) à l'utilisation de cet outil (2014).
- Suivi des enfants repérés et intégrés dans des groupes pilotes de « guidance langagière » (voir témoignage d'une TMS en consultation en Hainaut) (2014). Certaines consultations pour enfants ont ensuite intégré

la guidance dans leur projet Santé-Parentalité. Au total, en Hainaut, 12 consultations sur 19 ont participé à la guidance langagière.

- Création d'outils d'information et de formation pour les professionnels de l'accompagnement, des milieux d'accueil (0-3 ans) et de l'accueil extra-scolaire (3-12 ans).
- Intégration d'un programme sur la lecture pour les tout-petits dans les consultations (en collaboration avec la Direction Générale de la Culture) grâce à la distribution gratuite d'un livre à chaque nouveau-né et d'un dépliant informatif à ses parents (à partir de 2015).
- Formation des TMS à l'importance de la lecture (2018).
- Enrichissement de la grille d'observation du développement de l'enfant de 18 mois à 6 ans, notamment en ce qui concerne le langage.

#### Pour les parents :

- Création du site internet « [www.unchat-unchat.be](http://www.unchat-unchat.be) » qui met en scène le personnage de Noé, donnant des conseils pour soutenir le développement du langage de l'enfant.
- Réalisation des capsules d'information sur le langage via notamment « Air de famille » et des web documentaires.
- Création de la brochure « Le langage, parlons-en ».







## Témoignage d'une TMS en consultation en Hainaut

Dans le cadre de notre travail quotidien dans 2 consultations ONE en Hainaut, ma collègue et moi-même avons constaté un retard de langage chez beaucoup d'enfants. C'est pourquoi, nous avons participé au projet pilote de l'ONE sur la guidance parentale et le développement du langage.

L'objectif était de sensibiliser les parents à leur rôle et à leur importance dans le développement du langage des jeunes enfants en leur donnant des pistes, astuces et conseils pratiques, faciles à mettre en œuvre pour mieux communiquer avec l'enfant dans la vie de tous les jours.

Le projet se déroulait en 8 à 10 séances hebdomadaires en présence des parents et de leur(s) enfant(s) âgé(s) entre 18 mois et 2 ans et demi. L'animation était assurée par une logopède et les TMS des 2 consultations concernées. Les séances présentaient différentes techniques contenues dans 6 boîtes.

- **La boîte à techniques** permet aux parents d'enrichir les échanges avec leurs enfants, de fournir un bain langagier adéquat et d'inciter l'enfant à parler. Par exemple, parler de ce que l'on est en train de faire (je fais couler l'eau du bain, je suis en train de lire...) mais aussi, parler de ce que l'enfant fait (tu joues avec une voiture).
- **La boîte à attitudes** : l'attitude du parent peut faciliter ou au contraire limiter la communication avec l'enfant. Se placer à la hauteur de l'enfant, le féliciter pour ses essais de communication, ralentir son débit de parole sont des astuces pour faciliter les échanges.
- **La boîte à livres** donne des astuces pour une lecture efficace. Par exemple, choisir un livre dans lequel il y a plus d'images que de texte.
- **La boîte à musiques** : la musique apprend à développer l'écoute, explorer la voix, s'exprimer et découvrir de nouveaux mots.
- **La boîte à questions** contient 2 types de questions. L'une est relative aux troubles du développement du langage et l'autre aux soutiens et freins de celui-ci.
- **La boîte à mots** resitue les mots dans leur contexte ce qui lui permet de mieux les comprendre, de les mémoriser et de les prononcer.

Durant l'animation, les parents jouaient avec les enfants pour mettre en pratique les techniques et attitudes apprises lors des séances.

Entre les séances, les parents travaillaient avec les enfants durant la semaine les techniques et attitudes. Nous les encourageons à lire un livre avec leur enfant, à refaire la chanson de la séance et à travailler au quotidien les mots choisis.

Nous avons également développé une collaboration avec la bibliothèque communale de Chatelet qui est venue faire une animation lors de notre dernière séance. De plus, une cabane à livres a permis aux familles de profiter chaque semaine d'un livre à lire avec leur enfant.

En conclusion, nous avons vu des résultats probants chez les enfants qui sont venus à la plupart des 8 ou 10 séances. Au début, ces enfants ne parlaient pas du tout et en fin de module, ils prononçaient quelques mots. Nous avons également reçu un retour positif d'une institutrice qui a remarqué un changement significatif chez un enfant qui avait participé à la guidance parentale avec sa maman. Les parents ont compris l'importance de jouer avec leur enfant, de lui offrir un bain de langage et de profiter de chaque instant pour communiquer avec leur enfant.

# CHAPITRE 6



Promouvoir le soutien  
à la parentalité et l'inclusion de tous

## 6.1. PROMOUVOIR LA SANTÉ ET SOUTENIR LA PARENTALITÉ FACE À DES PARTICULARITÉS EN PÉRINATALITÉ

Depuis quelques années, il existe un intérêt plus important à l'égard de la périnatalité. Si des parents rencontrent des difficultés, celles-ci sont bien souvent présentes avant la naissance de leur enfant. L'idée d'apporter une aide en amont apparaît aujourd'hui essentielle afin de soutenir les parents connaissant des facteurs multiples de vulnérabilité (sociaux, environnementaux et/ou psychiques).

Outre Echoline, qui existe depuis plus de 20 ans à Charleroi, trois projets ont vu le jour dans la Province de Hainaut sous forme d'ASBL : Accordages, Pré-en-Bulle et Chrysalide.

L'objectif de ces services est de :

- Proposer un accompagnement psycho-médico-social aux parents depuis l'annonce de la grossesse jusqu'aux maximum trois ans de l'enfant.
- Mettre en place des ressources, organiser l'offre de soins et activer le réseau en s'appuyant aussi sur les compétences des familles.
- Sensibiliser les professionnels de première ligne à l'importance des interventions précoces.

La priorité est de soutenir le lien parent-enfant en nous appuyant notamment sur la relation de confiance tissée avec les professionnels du service qui, par leur contenance et leur continuité, permettront à ces familles de déployer leurs ressources. Il s'agit de remettre les familles au centre des dispositifs de soin. Nous offrons à la famille une présence tout au long des étapes du processus de parentalité.

Les études du Professeur GUEDENEY, pédopsychiatre ont démontré l'efficacité des interventions précoces dans les familles connaissant des vulnérabilités liées aux développements de l'enfant. La présence aux côtés des parents permet de leur procurer une enveloppe sécurisante, qui aura un effet bénéfique sur la diminution du stress et le développement du futur bébé. Le fait de veiller à une bonne coordination des aides autour des futurs parents renforce ce contexte sécurisant et favorise l'attachement.<sup>1,2</sup>

Les services d'accompagnement périnatal sont le fruit de rencontres, d'échanges, de co-construction d'un maillage de professionnels et de chercheurs, de spécialistes de l'anté et du postnatal, d'hommes et de femmes d'horizons différents qui font le choix de se pencher ensemble sur les fragilités de l'accompagnement de parents en devenir.

Ce sont des histoires qui s'entremêlent, se complètent, s'enrichissent en vue de tisser une toile soutenance autour de professionnels de la périnatalité et des familles les plus vulnérables.

Actuellement, il existe 4 services d'accompagnement périnatal en province de Hainaut dont 3 sont subventionnés par l'ONE :

### ECHOLINE

Situé en plein cœur de Charleroi, Echoline offre un accompagnement obstétrical et/ou psychologique autour de la naissance pour les familles de la région de Charleroi. Composée d'une équipe multidisciplinaire pour aider au mieux les familles, l'ASBL propose un soutien individuel ou en groupe, à domicile ou dans leurs locaux. Les ateliers de groupe permettent aux familles de rencontrer d'autres parents et enfants.

Site internet : [www.echoline.be](http://www.echoline.be)

### ACCORDAGES

Situé à Mons, le premier objectif d'Accordages est avant tout de soutenir le lien entre les parents et leur(s) enfant(s). L'ASBL est composée d'une équipe pluridisciplinaire et intervient au domicile des familles résidant dans la région de Mons-Borinage Haut-Pays.

Site internet : <http://www.accordagesmons.be/>

**CHRYSALIDE**, située à La Louvière

**PRE EN BULLE**, situé à Tournai (non subventionné par l'ONE)

<sup>1</sup> Guedeney A., Piroette A., « CAPEDP. Quelle prévention autour de la naissance ? », *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*. 2012/1 (N°1), p.18-19

<sup>2</sup> Tereno S., Guedeney N., Dugravier R. et al., *Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population vulnérable*. *Encéphale*. 2017 ; 43 : 99 – 103.

## 6.2. SOUTENIR LA PARENTALITÉ

Le Soutien à la Parentalité est une mission transversale de l'ONE qui s'articule autour de trois champs d'action principaux, à savoir : l'accompagnement des Lieux de

Rencontre Enfants et Parents (LREP), le référentiel de soutien à la parentalité et ses déclinaisons ainsi que les campagnes thématiques.

### 6.2.1. Les Lieux de Rencontre Enfants et Parents en province de Hainaut (LREP)

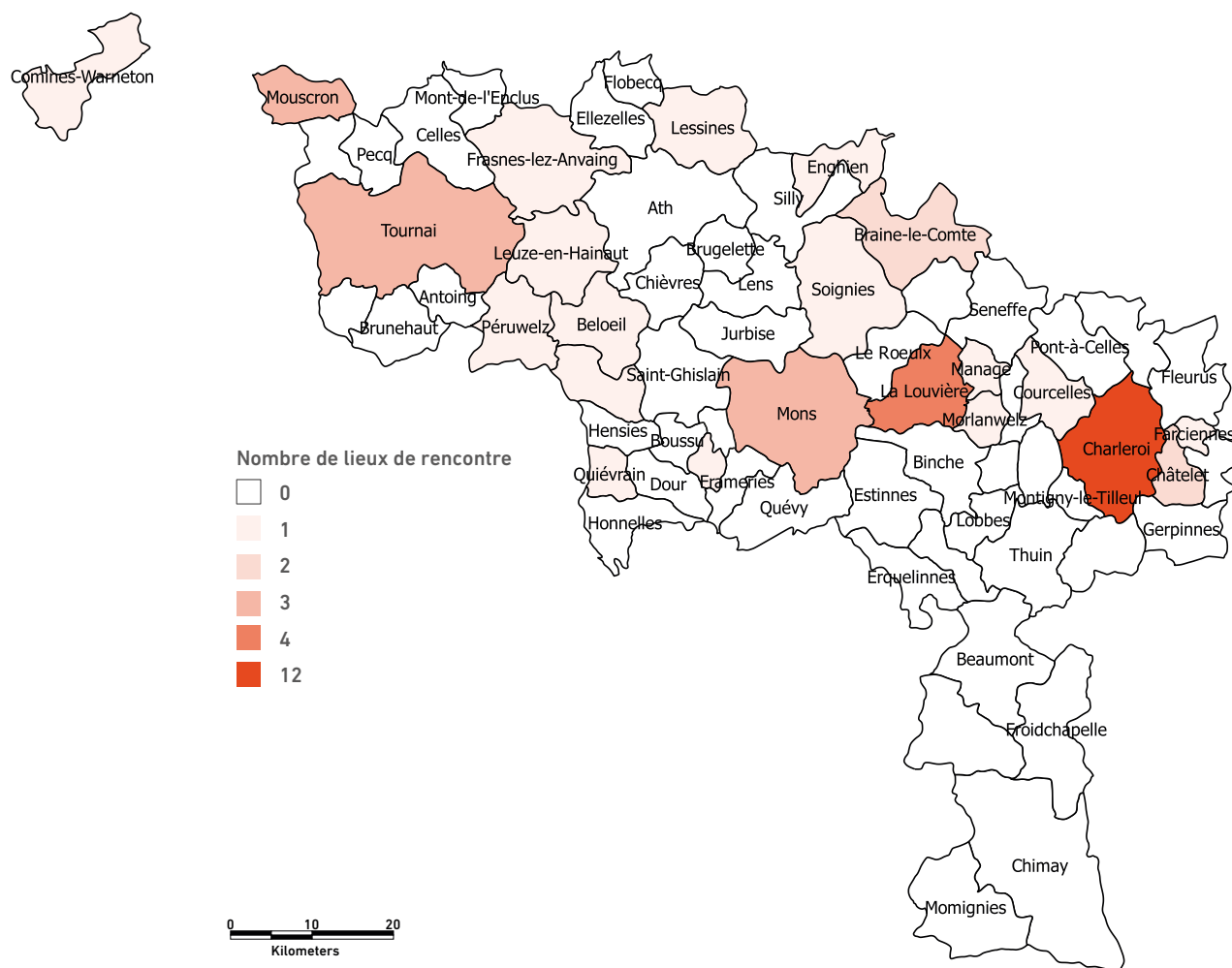
Les LREP sont des espaces informels ouverts aux enfants accompagnés d'un adulte (parent, grand-parent ou proche). Ces lieux permettent aux familles de renforcer la relation enfant-parent et d'en rencontrer d'autres, dans un environnement de qualité.

Les professionnels et bénévoles permettent, par leur accompagnement, de soutenir la relation entre l'enfant et son/ses parent(s) et de rompre l'isolement social vécu par certaines familles. L'adulte peut y trouver un espace d'écoute et de dialogue et l'enfant, un espace de socialisation, de jeux et de détente, favorisant son développement.

L'ONE recense environ 180 lieux actifs dans toute la Fédération Wallonie-Bruxelles et en soutient financièrement 48 à l'heure actuelle. L'ONE accompagne les différents acteurs des lieux de rencontre enfants et parents dans leurs différentes réalités (auprès du parent, de l'enfant, entre professionnels ou au sein d'un réseau plus vaste).

En Hainaut, l'ONE a connaissance de 44 Lieux de Rencontre Enfants et Parents dont 10 reçoivent un soutien financier de l'ONE<sup>3</sup>. Ces lieux sont nés de divers partenariats, ainsi, certains sont liés à une consultation pour enfants de l'ONE ou à des services tels qu'un planning familial ou un service de santé mentale.

#### Nombre de lieux de rencontre Enfants et Parents en Hainaut en 2017



Source : ONE-Direction Recherches et Développement, 2017

La cartographie reprend les lieux de rencontres en Hainaut connus de l'ONE. Certaines communes ne disposent d'aucun lieu de rencontre déclaré auprès de l'ONE. A Charleroi, 12 lieux de rencontre ont été recensés.

<sup>3</sup> Sur base d'un appel à projet répondant à différents critères de qualité et de recevabilité.





### Témoignage de Aurora Lai et Marine Salesses, accueillantes de « PARENTINE »

Lieu de Rencontre Enfants et Parents dans la région de Mons

*Parentine est un Lieu de Rencontre Enfants et Parents (LREP) librement inspiré de la Maison Verte telle que pensée par Françoise Dolto et ses contemporains, à la différence près qu'il s'intéresse non seulement à la parole de l'enfant mais aussi aux difficultés parentales et aux relations précoces. Les LREP permettent aux parents de rencontrer d'autres parents et de découvrir d'autres modèles éducatifs. Ces lieux favorisent la socialisation de l'enfant avant l'entrée à l'école maternelle et permettent aux parents et aux enfants de passer des moments de qualité ensemble. L'accueil Parentine est libre, strictement confidentiel et anonyme, et entièrement gratuit.*

*Parentine a initialement été créé par le réseau de professionnels de Mons et du Borinage suite au constat du nombre élevé de mères adolescentes. Depuis Parentine est ouvert à tous les parents et dispose de 3 antennes : une à Mons la plus ancienne, une à Pâturages et une autre à Quiévrain, la plus récente.*

*Ces 3 antennes drainent une population socio-économiquement homogène, plutôt précarisée. Si les antennes de Mons et Pâturages accueillent de nombreuses familles, celle de Quiévrain peine, par contre, à atteindre et à mobiliser les familles à se rendre au LREP. Cette difficulté est partagée par d'autres partenaires de la région. Les raisons avancées seraient une culture locale peu encline à s'adresser aux services de première ligne, ou encore une préférence à se rendre dans les centres urbains à proximité. Faute de participants, cette antenne n'est plus assurée depuis le 1er janvier 2019.*

*L'antenne de Pâturages, créée en 2011 est liée à la maison de l'enfance dans laquelle est intégrée l'ONE et d'autres partenaires. Les avantages sont que les professionnels se connaissent, par conséquent la communication est favorisée et des liens de confiance se créent entre professionnels mais aussi entre parents et professionnels.*

*Actuellement, l'ONE participe au comité d'accompagnement de Parentine et met à disposition ses locaux et du matériel. Parentine est également repris comme partenaire dans certains Projets de Santé-Parentalité (PSP) élaborés tous les 5 ans au sein des consultations pour enfants de l'ONE.*

*Les données de la BDMS nous ont été utiles en vue de la création des antennes de Pâturages et Quiévrain afin d'avoir des critères objectifs. Nous pouvons également nous baser sur ces données pour les projets de Viva For Life ou encore de la Fondation Roi Baudouin.*

#### 6.2.2. Le référentiel de soutien à la parentalité et ses déclinaisons

L'ONE a réalisé en collaboration avec la Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse, le Délégué Général aux Droits de l'Enfant et le soutien du Fonds Houtman un document intitulé « *Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité* ». Ce document de base reprend des principes et des balises et se veut accessible. Il a pour objectif l'établissement d'un langage commun entre professionnels de secteurs différents. Il n'est toutefois pas exhaustif. Sur ce texte de base se greffent différents documents appelés « satellites », qui déclinent certains points abordés trop brièvement, ou sous des angles plus spécifiques. Ainsi, le document « *Le soutien à la parentalité dans les lieux d'accueil – Satellite de « Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité* » a vu le jour en septembre 2016.

Une valisette d'animation a également été créée pour faciliter l'implémentation et l'appropriation du référentiel auprès des professionnels de l'ONE qui accompagnent et soutiennent les (futurs) parents <sup>4</sup>.

Des formations sont organisées :

- En interne : à destination des personnes impliquées dans le soutien à la parentalité.
- En collaboration avec l'Aide à la Jeunesse: à destination des professionnels de 1<sup>re</sup> ligne et de leurs coordinateurs. Dans le Hainaut, 3 groupes d'environ 16 personnes ont été formés.
- A la demande : toute personne ou association interne ou externe à l'ONE peut faire appel à l'Office pour prendre davantage connaissance du référentiel et réfléchir à la manière d'implémenter les principes et balises dans son travail quotidien.

<sup>4</sup> Notamment les travailleurs médico-sociaux

Le site [www.parentalite.be](http://www.parentalite.be) est en cours de construction et a pour objectif de diffuser le référentiel et ses satellites, de documenter et étayer les pratiques par des témoignages, des échanges, des débats sur des thématiques actuelles. Le site, qui se veut convivial, s'adressera à tous les professionnels, qui dans le cadre de leur

### 6.2.3. Les campagnes d'information

Tous les deux ans, l'Office organise une campagne thématique à destination des parents d'enfants de 0 à 12 ans et des professionnels.

Dans le cadre de ces campagnes, des outils à destination des professionnels et des parents sont créés. En outre, les données récoltées par la Banque de Données

fonction, accompagnent des enfants et/ou des familles. Il vise à susciter les échanges entre professionnels, via notamment un forum. De nombreux ouvrages, outils, vidéos ainsi qu'un annuaire seront également disponibles afin de favoriser le travail en réseau.

Médico-Sociales sont des indicateurs importants pour le choix des thématiques de ces campagnes.

La dernière campagne a porté sur la thématique du langage durant laquelle plusieurs outils ont été créés (cfr chap 5.3.).

## 6.3. FAIRE DE L'ACCUEIL DE TOUS LES ENFANTS ET DE LEUR FAMILLE UNE RÉALITÉ DE TERRAIN !

Un lieu plus accueillant, plus inclusif pour tous les enfants est un lieu où les conditions d'accueil valorisent toutes les formes de diversité. Tout enfant devrait avoir l'occasion de faire l'expérience d'appartenir à un groupe, d'avoir accès à des lieux éducatifs complémentaires au lieu éducatif familial. Pour que chaque enfant puisse se sentir accueilli et le bienvenu dans ces lieux, un travail de réflexion sur les pratiques est à réaliser par les équipes des lieux d'accueil et ce, afin de lutter contre les mécanismes de la discrimination et d'exclusion. Au travers de l'équipement mis à disposition, des aménagements des espaces, de ce que disent les adultes, de la façon dont ils s'adressent à eux, de la manière dont ils gèrent certaines situations de groupe, les enfants peuvent identifier ce qui est perçu comme positif ou négatif dans l'environnement.

Comment peut-on travailler ses propres préjugés dont chacun est porteur, identifier la mesure de leurs conséquences sur les enfants et ainsi amener un travail d'ajustement des pratiques qui prennent en compte chaque acteur (enfants, familles, professionnel-le-s) dans les lieux d'accueil ? C'est pour répondre à ces questions centrales que l'ONE et ses partenaires ont mis en œuvre plusieurs projets pour accompagner les professionnel-le-s de l'accueil dans leur réflexion pour atteindre cet objectif.

Dans les lignes suivantes, nous nous limiterons à pointer quelques-unes de ces initiatives menées sur le terrain de manière plus spécifique (accueil des enfants en situation de handicap), mais également actions visant l'accueil de tous les enfants quelles que soient leurs particularités.

Des structures d'accueil d'enfants âgés de 0 à 3 ans ou de 3 à 12 ans et qui accueillent au quotidien un ou des enfants en situation de handicap peuvent faire ap-

pel à un des projets en initiatives spécifiques « accueil de la petite enfance ». Ceux-ci, subventionnés par l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), mènent des actions en concertation étroite avec les agents de l'ONE. Ils ont pour mission d'**accompagner les professionnel-le-s dans leur réflexion pour ajuster leurs conditions d'accueil aux besoins spécifiques de l'enfant** en situation de handicap. Ils peuvent également apporter un soutien à l'équipe, sous la forme d'un renfort en personnel aux professionnel-le-s prenant en charge le groupe dans lequel l'enfant est accueilli. Depuis la mise en route de ces services, en Hainaut, ce sont plus de 60 équipes qui ont pu bénéficier de ces trois services répartis sur le territoire hainuyer : « **Les Coccinelles** » pour la région du Centre (La Louvière et environs), « **Grandir et s'épanouir dans la diversité** » pour le territoire du grand Charleroi et « **SIMMA** » pour les territoires du Hainaut Occidental (Tournai), de la Botte du Hainaut (Lobbes) et du Borinage (Mons).

Leurs coordonnées peuvent être trouvées sur le site de l'AVIQ<sup>5</sup>.

Les démarches et la réflexion menée pour assurer des conditions d'un accueil inclusif ne concernent toutefois pas uniquement les enfants en situation de handicap, elles concernent aussi tous les enfants. Il ne suffit pas de « mettre ensemble des enfants » pour qu'ils s'entendent et développent des relations harmonieuses et épanouissantes. Par exemple, des conditions éducatives réfléchies, pour sensibiliser les enfants à l'accueil de tous, gagnent à être mises en place. Afin d'accompagner les professionnel-le-s dans ces démarches, la CAIRN<sup>6</sup> ONE a, avec un ensemble d'acteurs de terrain, rédigé un dossier pédagogique intitulé « **Ensemble, visons des lieux d'accueil plus inclusifs pour tous les enfants** » qui identifie 8 pistes concrètes pour rendre sa structure plus inclusive.

<sup>5</sup> [https://www.aviq.be/handicap/awiph/projets\\_nationaux/petite\\_enfance/petite-enfance.html](https://www.aviq.be/handicap/awiph/projets_nationaux/petite_enfance/petite-enfance.html)

<sup>6</sup> Cellule Accessibilité Inclusion Recherches et Nouveautés



Ce dossier pédagogique est initialement destiné aux professionnel-le-s de l'accueil de 3 à 12 ans mais son contenu peut intéresser un public bien plus large.

En complément de ce dossier pédagogique, dès 2017, un dispositif d'accompagnement a été mis en œuvre tant dans des temps de sensibilisation que dans l'extension d'offres de formation ad hoc : les responsables de lieux d'accueil 3-12 ans qui souhaitent rendre leur structure plus inclusive peuvent, en collaboration avec leur coordination Accueil Temps-Libre (ATL) ou accueil, proposer un projet pour emprunter une **malle pédagogique et bénéficier d'un accompagnement dans leur réflexion.**

Ces malles pédagogiques sont déclinées en deux thématiques (sensorimotrice et émotions) et contiennent des objets qui permettent d'animer des activités inclusives pour les enfants.

L'objectif des malles et de leur accompagnement sur le terrain vise à amener les professionnel-le-s à trouver leurs réponses à la question : comment faire en sorte que tous les enfants et leur famille soient et se sentent les bienvenus dans notre structure d'accueil ?

Pour aller plus loin et découvrir d'autres outils proposés et développés avec le secteur accompagnement ou les lieux de rencontre enfants et parents, le lecteur désireux peut trouver les informations pratiques sur *le site internet de l'ONE, onglet « professionnels » dans la section « Accessibilité et inclusion ».*





# CONCLUSION :

## DES EFFORTS À CONCRÉTISER, DES PROJETS À SOUTENIR ET À PÉRENNISER

Ce deuxième numéro du rapport de la BDMS, consacré cette fois à la province de Hainaut, est le fruit du travail collectif des agents de première ligne en contact avec les familles.

Les résultats repris dans ce rapport permettent à l'ONE d'apprécier l'efficacité et l'adéquation de ses actions de terrain et d'orienter en conséquence sa politique dans les champs de la périnatalité et de la petite enfance.

L'analyse des données collectées dans le cadre de la BDMS pour la province, et au regard de données issues d'autres sources, nous permet de constater que les situations de familles restent interpellantes en termes de santé, mais aussi au niveau socio-économique, reflétant des inégalités persistantes.

En revanche, les taux de couverture élevés des différents documents complétés mais également les faibles taux de données manquantes montrent une réelle implication et motivation de la part de tous les acteurs de terrain qu'ils soient TMS, médecins ou encore encodeurs.

En Hainaut, l'ONE suit environ 40% des futures mères en consultation prénatale. Bien que l'âge moyen des (futures) mères augmente partout en Fédération Wallonie-Bruxelles, en Hainaut l'âge moyen y reste inférieur. Que ce soit les femmes enceintes suivies par l'ONE ou les mères ayant accouché, la proportion de mères de moins de 20 ans est plus importante en Hainaut qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Outre les vulnérabilités liées au jeune âge des mères, les professionnels doivent rester attentifs à leur isolement relationnel qui n'est pas toujours facile à évaluer. Pour ces mères, des visites à domicile et un renforcement du suivi pourraient être nécessaires. Par ailleurs, il existe des col-

laborations entre des équipes de TMS et des maisons d'hébergement permettant de rompre cet isolement.

Même si l'on constate une diminution des habitudes tabagiques chez la femme enceinte et après l'accouchement, les femmes les plus vulnérables à cet égard sont les plus jeunes et les moins instruites. La diminution de l'exposition au tabagisme passif chez l'enfant se constate également lors des bilans de santé. Malgré l'évolution positive, les efforts et les campagnes menées pour réduire le tabagisme doivent être maintenus, voire renforcés.

Cette thématique est abordée régulièrement par l'Observatoire de la santé du Hainaut qui édite de nombreuses brochures à ce sujet.

Les prévalences des petits poids de naissance et de la prématurité chez les nouveau-nés sont plus élevées en Hainaut qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Or, des liens entre ces indicateurs et l'âge de la mère, sa situation socio-économique ou encore le tabagisme sont établis.

Le lien entre le surpoids ou l'obésité de la mère avant la grossesse et le risque d'un poids de naissance du bébé plus élevé, met en évidence l'importance non seulement du suivi préventif lors de la grossesse mais également d'une visite préconceptionnelle. D'autant plus qu'en Hainaut, la proportion de futures mères en surpoids est assez élevée. Bien que l'ONE ne dispose pas de consultation préconceptionnelle, il encourage vivement les futurs parents à y avoir recours.

Le nombre d'enfants en surpoids à 30 mois reste stable ces dernières années, cependant il est relativement élevé. Or, un surpoids installé dès le plus jeune âge augmente le risque de surcharge pondérale et d'obésité à l'adolescence et à l'âge adulte.



Les indicateurs de la Promotion de la Santé à l'École (PSE) corroborent les résultats de la BDMS. En province de Hainaut, près d'un enfant sur 7 présente un surpoids (obésité comprise) en 1<sup>re</sup> maternelle. En 6<sup>e</sup> primaire, cette proportion a quasiment doublé. En effet, près de 3 élèves sur 10 sont en surcharge pondérale. A l'exception de la 1<sup>re</sup> maternelle, le Hainaut est toujours caractérisé par des taux de surcharge pondérale plus élevés qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Enfin, les taux de vaccination chez les enfants sont légèrement meilleurs que ceux décrits pour la Fédération toute entière.

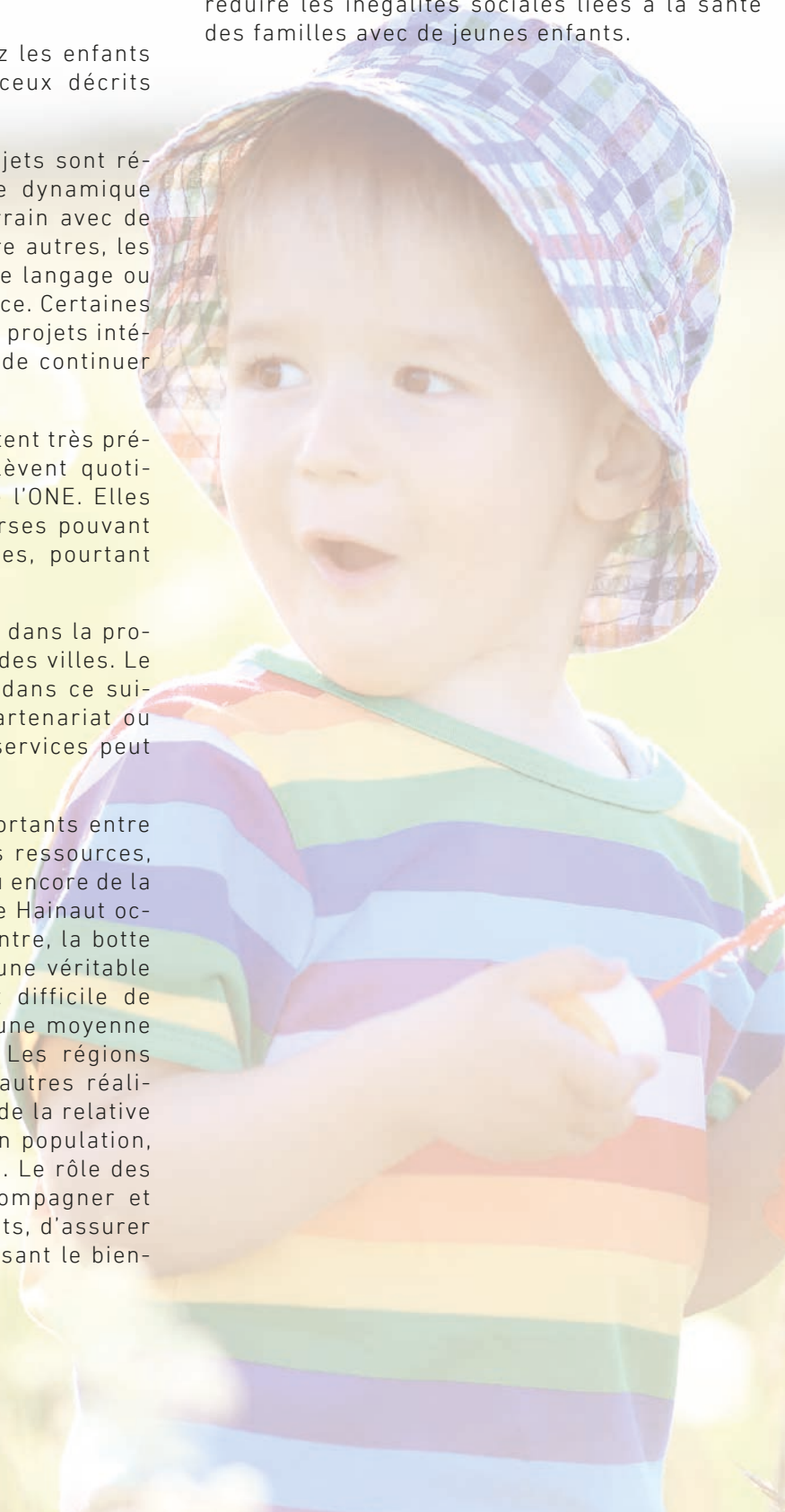
En Hainaut, de très nombreux projets sont régulièrement menés et une réelle dynamique a toujours été présente sur le terrain avec de nombreux partenaires. Citons entre autres, les recherches sur la carie dentaire, le langage ou encore le rebond d'adiposité précoce. Certaines de ces recherches ont abouti à des projets intégrés efficaces qu'il est important de continuer à soutenir et d'évaluer.

La vulnérabilité et la précarité restent très présentes en Hainaut, comme le relèvent quotidiennement les professionnels de l'ONE. Elles prennent parfois des formes diverses pouvant réduire l'accessibilité aux services, pourtant disponibles.

Le réseau professionnel est dense dans la province et plus encore dans les grandes villes. Le TMS de l'ONE est rarement isolé dans ce suivi, mais parfois la lourdeur du partenariat ou encore la saturation de certains services peut compliquer l'accompagnement.

On peut constater des écarts importants entre les communes, tant au niveau des ressources, des revenus, des infrastructures ou encore de la structure de la population. Entre le Hainaut occidental, le Hainaut oriental, le centre, la botte du Hainaut, le Borinage, il existe une véritable mosaïque de situations qu'il est difficile de considérer globalement, ou dans une moyenne qui lisse les écarts et clivages. Les régions frontalières présentent encore d'autres réalités non figées. Le Hainaut, du fait de la relative accessibilité au logement, gagne en population, malgré une baisse des naissances. Le rôle des politiques est dans ce cas d'accompagner et parfois d'anticiper ces changements, d'assurer une cohésion et un cadre de vie visant le bien-être global.

En Hainaut, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, outre les données de la BDMS, l'ONE doit s'appuyer sur le plan opérationnel régional qui est un outil spécifique de choix pour organiser des actions ciblées sur son territoire. Ce plan opérationnel a l'avantage de tenir compte des constats et des réalités locales, et d'impliquer les différents acteurs de terrain des différents secteurs et ce afin de proposer un accompagnement de qualité contribuant à réduire les inégalités sociales liées à la santé des familles avec de jeunes enfants.













**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

Éditeur responsable : Benoît PARMENTIER  
N° d'édition : D/2019/74.80/07  
DOCRA0012

Rejoignez-nous sur



ONE.be