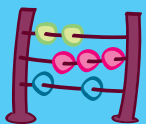
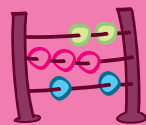
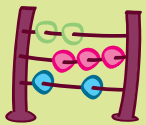


S**M****D****B**

BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES

**PRÉSENTATION DE LA**

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

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

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

Les données sont récoltées à 4 moments du suivi de la (future) mère et de l'enfant : pendant la grossesse, à la naissance, lors du premier contact de l'enfant avec la structure ONE et pendant la première année de vie de l'enfant. A chaque moment de ce suivi correspond une fiche de recueil de données complétée par le TMS et le médecin. Il s'agit du "Volet prénatal", de l'"Avis de Naissance", du "Premier contact" et du "Volet 0-1an".

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

Le **"Volet Prénatal"** récolte des données sur les mères enceintes suivies dans le cadre des Consultations Périnatales de l'ONE. Il recueille des caractéristiques générales (âge, nationalité, état civil, lieu de résidence), des données qui permettent d'établir un profil médical (gestité, parité, facteurs de risques, tabagisme) ainsi que des données qui concernent le suivi de la grossesse par l'ONE. Lorsque la grossesse est accompagnée jusqu'à l'accouchement, des données relatives à la naissance (date d'accouchement, nombre de semaines de gestation, nom de la maternité, nombre de nouveau-nés, poids de l'enfant) sont récoltées.

Le document est complété lors du suivi en consultation postnatale (CPN). Lorsqu'il s'agit d'une CPN hospitalière, une copie est adressée à la maternité à l'admission de la future mère afin que la partie accouchement soit complétée avant d'être envoyée en même temps que l'"Avis de Naissance" au Comité subrégional. Sinon, la partie accouchement est remplie en consultation postnatale.

Le retour de fiches CPN correspond à environ 20% d'enfants pour lesquels on possède un Avis de naissance alors que 25 à 30% sont de mères réellement suivies.

L' **"Avis de Naissance"**

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

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

L'«Avis de Naissance» est complété à la maternité par le TMS et permet d'assurer une liaison entre la Maternité et le TMS de terrain qui suivra l'enfant. Dans les maternités où l'ONE a accès, un TMS rencontre chaque mère qui vient d'accoucher. Lors de la visite à la maternité, le TMS complète le questionnaire "Avis de naissance", établi en quatre exemplaires. L'original est adressé au TMS qui aura la surveillance effective de l'enfant. Un exemplaire est remis aux parents. Un autre exemplaire est destiné à la Banque de Données Médico-Sociales. Le dernier exemplaire est conservé par le TMS qui a assuré la liaison.

Un **"Premier Contact"** est proposé à toutes les mères qui ont accouché dans les structures où l'ONE est présent (il concerne environ 90% des femmes). Cette couverture est encore améliorée par des recoupements avec les registres de naissances communaux (principalement à Bruxelles) effectués pour obtenir les coordonnées des naissances survenues en dehors des structures où l'ONE est présent. Lorsque la visite de premier contact est souhaitée par les parents, le TMS chargé de la surveillance effective de l'enfant se présente le plus rapidement possible, après le retour de la maternité, au domicile du nouveau-né.

Ce "premier contact" fait également l'objet d'un questionnaire. Il reprend les coordonnées de l'enfant, le type d'alimentation et le type de surveillance prévue pour l'enfant (ONE ou privée).

Le **"Volet 0-1 an"** apporte des renseignements concernant le suivi préventif des enfants de moins d'un an. Ce suivi s'inscrit dans les programmes prioritaires de prévention ONE. Il s'agit principalement du type d'alimentation, des anomalies éventuelles, des dépistages effectués, des vaccinations.

Lorsque la mère souhaite que son enfant soit suivi par l'ONE, elle peut se rendre à la Consultation de Nourrisson et/ou en fonction des besoins, recevoir des visites à domicile.

Dès que l'enfant se présente dans une structure ONE pour un suivi préventif, le médecin ouvre un "Dossier médical". Le "Dossier médical" est un triple feuillet qui contient des données médico-sociales qui permettront de suivre l'enfant. Si l'enfant se présente une deuxième fois dans la structure, un questionnaire "Volet 0-1 an" est ouvert. Selon le mode d'organisation de l'équipe, il sera complété au fur et à mesure ou lorsque l'enfant aura 1 an. Une fois complété, il sera renvoyé au Comité subrégional pour encodage.



MOT DU PRÉSIDENT

PRÉSENTATION DE LA BDMS

PARTIE 1 INDICATEURS DE BASE CONCERNANT LES NAISSANCES

DONNÉES CONCERNANT L'ENFANT À LA NAISSANCE

• Mortinatalité	2
• Type de présentation de l'enfant lors de l'accouchement	3
• Mode d'accouchement	3
• Poids de naissance	4
• Petits poids de naissance	5
• Prématurité	5
• Score d'Agpar	6
• Score d'Agpar après 1 minute de vie	6
• Score d'Agpar après 5 minutes de vie	6

DONNÉES CONCERNANT LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT

• Age de la mère	7
• Situation d'isolement de la mère	7
• Gestité	8
• Parité	8
• Grossesses multiples	9
• Analgésie	9
• Induction	10
• Durée gestationnelle	10

PARTIE 2 MÈRES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

INTRODUCTION : DES MÈRES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

• Consultations prénatales de l'ONE	15
Suivi prénatal ONE	15
• Nombre de femmes inscrites en fonction de l'implantation de la structure	15
• Suivi prénatal	16
• Profil des femmes enceintes suivies à l'ONE	16
Caractéristiques sociales et démographiques des femmes enceintes suivies à l'ONE	16
• Age de la mère	16
• Situation d'isolement de la mère	17
• Situation professionnelle de la mère	18
• Tabagisme de la mère	18
• Gestité	19
• Parité	19
• Conclusion	20

LA DÉPRESSION MATERNELLE ANTÉ ET POSTNATALE

LES FEMMES ENCEINTES SANS COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ DANS LES CPN ONE

• Profil des femmes enceintes qui ont fait une demande d'intervention ONE pour des analyses biologiques	23
---	----

INTENSIFIER LES PARTENARIATS

LA PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE, DÉTERMINANTS BIOMÉDICAUX, SOCIAUX ET LIÉS AUX SERVICES DE SANTÉ

	26
● Objectif et méthode	26
● Méthodologie	26
● Résultats et conclusions	26
● Suggestions	27
● Réponse plus appropriée aux besoins des femmes socialement défavorisées	27
● Amélioration de l'accès aux soins de santé pour les femmes avec un évènement morbide	27
● Amélioration de l'information aux femmes concernant le fonctionnement des systèmes de santé	27
● Suivi plus étroit des femmes à risque	27
● Audit dans le futur	27
● Suggestions d'interventions potentiellement utiles	28
MÈRES ADOLESCENTES	29
● Evolution démographique	29
● Âge moyen à la naissance du premier enfant	29
● Pourcentage de naissances chez les femmes jeunes	30
● Evolution du taux de fécondité	30
● Un problème de santé publique ?	31
● Mères de moins de 20 ans par tranche d'âge	31
● Evolution des accouchements des mères de moins de 15 ans	32
● Origine des mères de moins de 20 ans: Répartition des mères par province de résidence	32
● Fréquence des naissances légitimes et illégitimes à Bruxelles	33
● Fréquence des naissances légitimes et illégitimes en Wallonie	33
Une dimension sociale	34
● Mères de moins de 20 ans par commune selon le revenu d'insertion	34
Situation familiale	35
● situation relationnelle des mères par tranche d'âge	35
Les suivi ONE de la grossesse	35
● surveillance prénatale des mères par type de structure	36
L'état de santé de l'enfant à la naissance	36
● prématurité	36
● poids de naissance	37
● Score d'Apgar	37
Apgar à 1 minute de vie	37
Apgar à 5 minutes de vie	37
Le déroulement de l'accouchement	38
● analgésie	38
● induction	38
● expulsion	39
Comportements de santé	40
● suivis tardifs	40
● allaitement maternel	41
● tabagisme	42
● Davantage une réponse à un problème	43
● Pour une politique de soutien à la parentalité	46
● Carte : répartition en quintile du pourcentage de mères de moins de 20 ans à Bruxelles et dans la Communauté française	48
● Annexe : portraits de jeunes mères	49



LA VACCINATION	54
● Données population ONE	55
● Poliomyélite	55
● DiTePer	56
● Haemophilus influenzae de type b (HIB)	56
● Hépatite b	57
● La vaccination contre le méningocoque de type C réalisée en 2002 en Communauté française de Belgique	57
● Contexte	57
● Rappel épidémiologique	57
● Prévention-vaccination	58
● La distribution des titres d'accès aux vaccins gratuits	58
● Les enfants vaccinés à l'ONE	59
L'ALLAITEMENT	59
● Attitude concernant la mise au sein à la naissance	59
● Régime alimentaire des enfants allaités à la sortie de la maternité	60
● La médiane de l'allaitement maternel exclusif	60
● Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	60
● Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	61
LE DÉPISTAGE VISUEL	61
● Historique du projet	61
● Résultats	62
LE DÉPISTAGE AUDITIF	62
● Le dépistage des troubles auditifs dans le cadre des Consultations de nourrissons de l'ONE	62
● Les surdités néonatales permanentes	63
● Les troubles de la sphère ORL	63
● Méthode	63
● Situation actuelle dans les structures ONE	64
● Expérience pilote menée par l'ensemble des hôpitaux publics bruxellois du réseau Iris	64
● Les dépistages auditifs basés essentiellement sur des méthodes comportementales	65
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	
REMERCIEMENTS	



*INDICATEURS DE BASE
CONCERNANT LES NAISSANCES*

La très grande majorité des naissances en Communauté française est connue par l'ONE (90 à 95%) grâce aux services de liaison en place dans presque toutes les maternités.

Les données présentées ci-dessous sont issues du document "Avis de naissance" qui est complété à la maternité lors du passage du Travailleur Médico-Social de l'ONE.

En 2001, on observe une augmentation des "Avis de Naissance". Celle-ci est localisée à Bruxelles. Elle peut être expliquée par une croissance des naissances de droit (+6,4% pour la région bruxelloise, d'après les chiffres mouvements de population de l'INS), et de fait, par un meilleur accès des maternités bruxelloises ainsi que par un meilleur retour des "Avis de Naissance" vers la Banque de Données Médico-Sociales.

Tableau 1.1

	Année de naissance					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total des fiches "Avis de Naissance" (Données BDMS ONE, "Avis de Naissance")	43589	43252	44031	44604	47867 ²	45759 ²
Total des naissances déclarées à l'Etat Civil (INS) ¹	47912	47844	48155	49520	49848	49929 ³

1 Naissances enregistrées à l'Etat Civil pour la Région bruxelloise et pour la Région wallonne, en tenant compte de 80% des naissances à Bruxelles et en excluant les naissances germanophones de Liège (d'après la convention habituellement utilisée par les chercheurs pour obtenir les naissances en Communauté française).

2 Germanophones, Résidents en Flandre et Résidents à l'étranger exclus

3 Chiffre provisoire



Pour le type de présentation de l'enfant lors de l'accouchement et le mode d'accouchement, le dénominateur est constitué des naissances totales (enfants mort-nés et enfants né-vivants).

Pour le poids de naissance, la prématurité et les scores d'Apgar, le dénominateur est constitué des naissances vivantes uniquement.

MORTINATALITÉ - Tableau 1.2

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants mort-nés	N	184	219	178	186	193	187
	%	4,2	5,1	4,0	4,2	4,1	4,1
Enfants né-vivants	N	43405	43033	43853	44418	47674	45572
	%	995,8	994,9	996,0	995,8	995,9	995,9
Total N		43589	43252	44031	44604	47867	45759
	%	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
Inconnues exclues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

De 1997 à 2002, le taux de mortinatalité (proportion d'enfants mort-nés dans le total des "Avis de Naissance") varie entre 4,0‰ et 5,1‰. Ce qui correspond probablement à un taux légèrement inférieur à la réalité. En effet, la fiche "Avis de naissance" est un document de liaison entre la maternité et les TMS de terrain qui, comme son nom l'indique, sert à donner les informations nécessaires concernant l'enfant au TMS qui le suivra. Dès lors, il faudrait adapter la fiche si on souhaite connaître le taux de mortalité avec plus de précision.

TYPE DE PRÉSENTATION DE L'ENFANT LORS DE L'ACCOUCHEMENT - Tableau 1.3

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Céphalique	N	39925	39638	39528	39638	43576	41689
	%	94,6	94,5	94,4	94,4	94,5	94,2
Siège	N	2015	2035	2091	2136	2306	2333
	%	4,8	4,9	5,0	5,1	5,0	5,3
Transversale	N	237	232	232	218	238	226
	%	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Total	N	42177	41905	41851	41992	46120	44248
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	3,2	3,1	5,0	5,9	3,6	3,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

MODE D'ACCOUCHEMENT - Tableau 1.4

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Spontanée	N	30036	29688	29660	29453	32408	30982
	%	72,3	71,9	71,9	71,0	71,5	71,3
Ventouse	N	3405	3248	3123	3072	3235	2944
	%	8,2	7,9	7,6	7,4	7,1	6,8
Forceps	N	1777	1809	1736	1608	1653	1486
	%	4,3	4,4	4,2	3,9	3,7	3,4
Césarienne	N	6220	6498	6677	7303	8004	7986
	%	15,0	15,6	16,1	17,6	17,6	18,4
Manœuvre sur siège	N	93	65	66	49	54	32
	%	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Total	N	41531	41308	41262	41485	45354	43430
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	4,7	4,5	6,3	7,0	5,2	5,1

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

Le recours à la ventouse et au forceps continue à baisser légèrement. Les données de la BDMS montrent que la tendance à l'augmentation du nombre de césariennes continue.

Dans les années 1950, moins de 1% des enfants naissaient par césarienne. Actuellement les taux en Belgique se situent entre 15 et 20%.

Cette augmentation permanente est l'objet de débats virulents et émotionnels, souvent au détriment d'une approche rationnelle et scientifique. Les partisans de la césarienne considèrent qu'il s'agit d'un progrès réel qui assurera un nombre toujours moindre de drames obstétricaux. Certaines observations semblent leur donner raison : les accouchements par siège présentent moins de complications lorsqu'elles se font par césarienne, les utérus cicatriciels sont moins souvent générateurs d'asphyxie lorsque la naissance suivante est par césarienne, l'encéphalopathie hypoxique ischémique est moins fréquente lorsque l'accouchement suivant est par césarienne, et même les jumeaux bénéficieraient d'une césarienne systématique. En outre, certains gynécologues considèrent que les complications de type incontinence urinaire et fécale

pourraient être prévenues en évitant l'accouchement par voie basse. Dans ce contexte, faut-il s'étonner que 17% des césariennes en Ecosse se fassent uniquement sur " demande parentale " et sans qu'il n'y ait la moindre anomalie à redouter. Certains vont jusqu'à prévoir la disparition des accouchements par voie basse et certaines maternités privées en Amérique Latine ont des taux de césarienne supérieurs à 90%. Les partisans du frein à l'épidémie de césarienne, arguent que la plupart des accidents cités plus haut, dans les accouchements des sièges, utérus cicatriciels etc. sont liés à des erreurs de prise en charge, et qu'il faut ré-enseigner l'obstétrique. Ils pensent aussi que l'innocuité des césariennes à tout va, n'a pas été bien démontré, et qu'au contraire, il y a actuellement des arguments sérieux pour dire que la solution n'est pas la césarienne universelle. Parmi ces arguments on note dans les césariennes une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle, ainsi qu'une augmentation des détresses respiratoires et de l'asthme chez les enfants. Actuellement, il paraît difficile, tant les opinions sont tranchées, de conseiller une autre attitude que l'observation du phénomène, avec une bonne collecte de données pour étayer une vision ou l'autre.

POIDS DE NAISSANCE

Le poids de naissance permet de définir la croissance fœtale¹. Il dépend de la durée de gestation et des facteurs (intrinsèques au fœtus, à la mère, placentaires et pathologiques) qui régissent la croissance in utero.

Les déterminants du poids à la naissance peuvent être biomédicaux ou socio-économiques. Les poids inférieurs à 1500g ont une étiologie plutôt biomédicale (pré-éclampsie, diabète, lupus, etc.) tandis que ceux entre 1500g et 2500g sont plutôt associés à des déterminants socio-économiques.

De manière générale, les enfants qui présentent un poids inférieur à 2500g sont exposés à un risque de morbidité et de mortalité plus important que ceux qui présentent un poids supérieur à 2500g.

Tableau 1.5

		Année de naissance					
		1997	1998	1999*	2000	2001	2002
Moins de 500 g	N			6	9	3	10
	%			0,0	0,0	0,0	0,0
De 500 à 999 g	N	107	120	120	112	123	112
	%	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
De 1000 à 1499 g	N	262	281	270	285	293	277
	%	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
De 1500 à 1999 g	N	615	649	610	630	718	679
	%	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5
De 2000 à 2499 g	N	2347	2284	2358	2420	2632	2478
	%	5,4	5,3	5,4	5,5	5,5	5,5
De 2500 à 2999 g	N	9162	9357	9642	9671	10312	9722
	%	21,3	21,8	22,0	21,9	21,6	21,4
De 3000 à 3499 g	N	17483	17533	17839	17853	19230	18473
	%	40,6	40,8	40,9	40,3	40,4	40,6
De 3500 à 3999 g	N	10630	10339	10377	10754	11559	11019
	%	24,7	24,1	23,7	24,3	24,3	24,3
De 4000 à 4499 g	N	2260	2189	2245	2297	2404	2394
	%	5,2	5,1	5,1	5,2	5,0	5,3
4500 g et plus	N	240	208	264	242	391	263
	%	0,6	0,4	0,6	0,5	0,8	0,6
Total	N	43106	42960	43731	44273	47665	45427
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,7	0,2	0,3	0,3	0,0	0,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

*Le programme d'encodage prévoit des poids de naissance inférieurs à 500g depuis 1999

1) INSERM, Grande prématurité: dépistage et prévention du risque, Paris, 1997.

PETITS POIDS DE NAISSANCE

Un petit poids de naissance est un indicateur important de morbidité et de mortalité infantile.

Tableau 1.6

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Moins de 1500g	N	369	401	396	406	419	399
	%	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
De 1500g à 2499g	N	2962	2933	2968	3050	3350	3157
	%	6,9	6,8	6,8	6,9	7,0	6,9
2500g et plus	N	39775	39626	40367	40817	43896	42014
	%	92,3	92,2	92,3	92,2	92,1	92,2
Total	N	43106	42960	43731	44273	47665	45427
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,7	0,2	0,3	0,3	0,0	0,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

PRÉMATURITÉ

Une naissance prématurée se définit comme une naissance avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée calculée à partir du premier jour des dernières règles.

Les causes de naissances prématurées sont nombreuses et peuvent être intriquées.

Parmi les facteurs favorisant la prématurité², on compte les grossesses multiples, la parité élevée, l'âge de la mère supérieur ou égal à 35 ans, l'appartenance aux catégories professionnelles défavorisées, l'isolement de la mère, un niveau d'études peu élevé, etc.

Dans la BDMS, on retrouve une forte association entre prématurité et grossesse multiple et dans une moindre mesure entre prématurité et parité élevée ainsi qu'avec la situation d'isolement.

Tableau 1.7

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
<37semaines	N	3177	3344	3397	3640	3874	3737
	%	7,5	7,9	7,9	8,4	8,2	8,2
>ou = à 37semaines	N	38976	38728	39420	39456	43640	41812
	%	92,5	92,1	92,1	91,6	91,8	91,8
Total	N	42153	42072	42817	43096	47514	45549
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	2,8	2,1	2,1	2,3	2,2	2,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

2) Voyer, M., Epidémiologie de la prématurité in Le journal des professionnels de l'enfance, 2001, pp. 45-48.

SCORE D'APGAR

Le score d'Apgar permet d'évaluer l'adaptation immédiate à la vie extra-utérine du nouveau-né en salle d'accouchement. Le but de ce contrôle est de s'assurer que le nouveau-né est sain. Il se base sur l'observation de 5 paramètres (la coloration, le rythme cardiaque, le tonus, la respiration, les réflexes). Chaque paramètre est estimé selon une graduation de 0 à 2³. L'addition de ces graduations donne le score d'Apgar. Il est calculé à 1 minute puis à 5 minutes de vie. Un Apgar bas peut-être secondaire à une infection périnatale, une malformation, une souffrance périnatale, etc.

SCORE D'APGAR APRÈS 1 MINUTE DE VIE - Tableau 1.8

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Apgar 0 à 4	N	1493	1217	1315	1429	1432	1297
	%	3,7	3,1	3,2	3,5	3,3	3,1
Apgar 5 à 7	N	4651	4300	4362	4548	4561	4236
	%	11,5	11,0	10,9	11,2	10,5	10,0
Apgar 8 à 10	N	34345	33654	34506	34748	37565	36808
	%	84,8	85,9	85,9	85,3	86,2	86,9
Total	N	40489	39171	40183	40725	43558	42341
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	6,7	9,0	8,3	8,3	8,6	7,1

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

On observe une légère diminution de la proportion d'enfants qui présentent des signes d'asphyxie après une minute de vie.

SCORE D'APGAR APRÈS 5 MINUTES DE VIE - Tableau 1.9

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Apgar de 0 à 6	N	759	560	606	640	690	683
	%	2,0	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7
Apgar de 7 à 10	N	37900	37416	38649	39271	42299	41247
	%	98,0	98,5	98,5	98,4	98,4	98,3
Total	N	38659	37976	39255	39911	42989	41930
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	10,8	11,6	10,4	10,1	9,8	8,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

3) Sizonenko, P.C., Précis de pédiatrie, Payot Lausanne, 1996.



DONNÉES CONCERNANT LA MÈRE A L'ACCOUCHEMENT

Par convention, les données suivantes tiennent compte du nombre d'accouchements comme dénominateur. Il s'agit de l'âge de la mère, la situation d'isolement, la gestité, la parité, les grossesses multiples, l'analgésie, l'induction, la durée gestationnelle et l'attitude de la mère concernant la mise au sein à la naissance.

AGE DE LA MÈRE - Tableau 1.10

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
de 12 à 15 ans	N	36	46	47	50	56	65
	%	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
de 16 à 19 ans	N	1548	1618	1656	1757	1812	1650
	%	3,6	3,8	3,9	4,0	3,9	3,7
de 20 à 24 ans	N	8519	8211	8147	8195	8712	8216
	%	20,0	19,4	19,0	18,8	18,6	18,5
de 25 à 29 ans	N	15970	15701	16006	15867	16663	15671
	%	37,4	37,1	37,3	36,5	35,6	35,1
de 30 à 34 ans	N	11534	11490	11630	11820	13024	12626
	%	27,0	27,2	27,1	27,2	27,8	28,3
de 35 à 39 ans	N	4381	4459	4590	4945	5429	5294
	%	10,3	10,5	10,7	11,4	11,7	11,9
de 40 à 60 ans	N	686	775	810	877	1091	1076
	%	1,6	1,9	1,9	2,0	2,3	2,4
Total	N	42674	42300	42886	43511	46787	44598
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

SITUATION D'ISOLEMENT DE LA MÈRE - Tableau 1.11

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
En couple/en famille	N	30807	31309	32723	33253	35176	34099
	%	97,3	97,2	97,3	97,3	96,7	96,6
Isolée/ En maison d'accueil	N	854	894	904	934	1192	1258
	%	2,7	2,8	2,7	2,7	3,3	3,4
Total	N	31661	32203	33627	34187	36374	35303
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	26,2	24,3	22,3	21,9	22,8	21,4

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

On observe une augmentation des mères isolées ou en maison d'accueil les deux dernières années.

GESTITÉ

La gestité est définie comme le nombre de grossesses d'une femme. Une primigeste est une femme enceinte pour la première fois, une 2ème geste pour une seconde fois, une 3ème geste pour la 3ème fois, etc.

Tableau 1.12

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Primigeste	N	15268	15476	15804	16176	17696	16803
	%	37,0	37,4	37,8	37,9	37,7	37,4
2ème geste	N	13060	13002	13014	13304	14705	13856
	%	31,5	31,4	31,1	31,2	31,3	30,8
3ème geste	N	7095	6989	7031	6968	7682	7285
	%	17,1	16,9	16,8	16,3	16,5	16,2
4ème geste et plus	N	5978	5950	5984	6189	6168	6586
	%	14,4	14,3	14,3	14,6	14,5	14,6
Total	N	41401	41417	41833	42637	47061	44933
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	3,4	2,7	3,3	2,6	0,9	0,9

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

PARITÉ

La parité désigne le nombre d'accouchements viables (à partir de 22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme. Une nullipare est une femme qui n'a jamais accouché, une "primipare" est une femme qui accouche ou a accouché pour la première fois, une "2ème pare" pour la seconde fois, etc. S'il s'agit de jumeaux ou de triplés, il n'en demeure pas moins que cela reste 1 accouchement.

Tableau 1.13

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Primipare	N	18274	18239	18988	19205	20762	19938
	%	43,3	43,4	44,3	44,3	44,1	44,6
2ème pare	N	13693	13803	13757	14062	15224	14401
	%	32,5	32,8	32,1	32,4	32,3	32,2
3ème pare	N	6494	6299	6390	6289	6861	6377
	%	15,4	15,0	14,9	14,5	14,6	14,3
4ème pare et plus	N	3723	3680	3748	3823	4256	3955
	%	8,8	8,8	8,7	8,8	9,0	8,9
Total	N	42184	42021	42883	43379	47103	44671
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	1,6	1,2	0,9	0,9	0,6	0,7

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

GROSSESSES MULTIPLES - Tableau 1.14

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Grossesses uniques	N	42207	41890	42563	43180	46420	44173
	%	98,4	98,4	98,4	98,6	98,5	98,3
Grossesses gémellaires	N	658	648	696	583	691	743
	%	1,6	1,6	1,6	1,4	1,5	1,7
Grossesses multiples de haut rang*	N	22	22	19	24	21	17
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	N	42887	42560	43278	43787	47132	44933
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

*Dans les grossesses multiples à haut rang, on trouve essentiellement des triplés

Les grossesses multiples sont stables après une augmentation régulière de 1991 à 1995. Ce qui correspond à un meilleur contrôle de la procréation médicalement assistée. Les grossesses gémellaires représentent plus de 95% des grossesses multiples.

ANALGÉSIE

L'analgésie est la suppression ou l'atténuation de la sensibilité à la douleur. L'anesthésie péridurale est actuellement la méthode qui procure la meilleure analgésie obstétricale. Elle permet aux mères qui accouchent par césarienne d'être conscientes lors de la naissance de leur enfant et aux pères d'être présents dans un nombre de plus en plus grand de maternités.

Tableau 1.15

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aucune analgésie	N	11488	10432	10029	9279	10574	9030
	%	28,0	25,4	24,4	22,7	23,4	21,1
Péridurale/rachidurale	N	25162	26809	27460	27530	30854	30541
	%	61,2	65,2	66,8	67,5	68,6	71,2
Narcose	N	1045	936	730	654	613	500
	%	2,5	2,3	1,8	1,6	1,4	1,2
Autre analgésie	N	3406	2914	2915	3342	2954	2780
	%	8,3	7,1	7,0	8,2	6,6	6,5
Total	N	41101	41091	41134	40805	44995	42851
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	4,2	3,5	5,0	6,8	4,5	4,6

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

L'anesthésie péridurale/rachidurale est en augmentation constante. Une bonne partie de ces péridurales est le résultat du choix d'un accouchement sans douleur. L'autre partie est probablement due au nombre de césariennes qui progressent et qui viennent gonfler le nombre de péridurales. L'utilisation de narcotiques continue à baisser.

INDUCTION

Une induction consiste à déclencher un accouchement. L'induction de l'accouchement peut se réaliser par la programmation d'une césarienne, par l'utilisation de prostaglandines, d'ocytocine ou par l'amniotomie (rupture artificielle de la poche des eaux).

Tableau 1.16

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pas d'induction	N	24035	22959	23624	24053	25804	24023
	%	60,5	58,4	59,9	61,0	59,7	57,9
Induction par une autre méthode	N	12859	13216	12605	12001	13547	13598
	%	32,4	33,6	32,0	30,5	31,4	32,7
Césarienne programmée	N	2834	3130	3221	3357	3850	3902
	%	7,1	8,0	8,1	8,5	8,9	9,4
Total	N	39728	39305	39450	39411	43201	41523
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	7,4	7,6	8,8	10,0	8,3	7,6

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

Le pourcentage de césariennes programmées augmente.

DURÉE GESTATIONNELLE

L'âge gestationnel permet de définir la prématurité⁴. C'est un des éléments principaux du devenir à court, moyen et long terme de l'enfant.

La catégorie "de 22 à 27 semaines" est relative à une très grande prématurité, celle de "28 à 33 semaines" à une grande prématurité et celle de "34 à 36 semaines" à une prématurité moyenne.

Tableau 1.17

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
de 22 à 27 semaines	N	94	111	103	110	120	109
	%	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2
de 28 à 33 semaines	N	580	621	615	653	688	704
	%	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
de 34 à 36 semaines	N	2268	2401	2460	2562	2794	2618
	%	5,4	5,8	5,8	6,0	6,1	6,0
de 37 à 39 semaines	N	22031	22348	22942	23743	25262	24328
	%	53,0	53,7	54,3	55,9	55,0	55,5
de 40 à 42 semaines	N	16665	16112	16125	15406	17033	16080
	%	40,0	38,7	38,2	36,3	37,1	36,7
de 43 à 44 semaines	N	11	8	10	9	6	9
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	N	41649	41601	42255	42483	45903	43848
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	2,8	2,2	2,1	2,3	2,2	2,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

4) INSERM, Grande prématurité: dépistage et prévention du risque, Paris, 1997.

La proportion de très grands (22 à 27 semaines) et grands prématurés (28 à 33 semaines) reste stable. La prématurité moyenne (34 à 36 semaines) montre une très légère augmentation tandis que les naissances qui dépassent le terme prévu continuent à diminuer.



*MÈRES EN SITUATION
DE VULNÉRABILITÉ*



INTRODUCTION DES MÈRES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

La grossesse est une période de la vie où des situations de vulnérabilité peuvent s'exacerber. C'est pourquoi l'ONE est particulièrement attentif à mener en parallèle une double ouverture de son action prénatale. D'un côté, le principe d'universalité y est développé à travers une recherche constante de qualité d'écoute et de rigueur scientifique; de l'autre une attention toute particulière vers les populations les plus défavorisées est affirmée par l'accès gratuit aux services et le maintien des implantations dans les zones où les besoins semblent les plus criants.

- La première partie de ce chapitre permet de cerner le profil des femmes enceintes suivies dans le cadre des Consultations Périnatales de l'ONE.

Une des particularités des Consultations Périnatales de l'ONE est le travail en équipe médecin ou accoucheuse et TMS qui offre à la fois un suivi médical et une écoute empathique. C'est ainsi que naturellement, avec l'aide du Dr Rousseau, l'ONE s'est intéressé à la dépression maternelle anté et postnatale.

- Depuis plusieurs années, l'ONE est confronté à la situation particulière des futures mères n'ayant pas de couverture sociale. Si ce problème semble jusqu'à présent géré par les structures hospitalières en région wallonne, il n'en est pas de même à Bruxelles où de nombreuses femmes éprouvent des difficultés à accéder à des examens de base considérés comme indispensables à un suivi de qualité de la grossesse. L'ONE y a fait face en finançant une partie de ces examens. Afin de mieux comprendre les raisons de ces difficultés et d'attirer l'attention des décideurs, une enquête a été réalisée de mars à juin 2002 dans les consultations périnatales de Bruxelles.

- Parfois, les difficultés à la fois sociales et psychologiques des futures mères sont telles qu'elles ne font plus appel à aucune aide, qu'aucun suivi de la grossesse n'est mis en place et qu'elles se retrouvent alors tout à fait isolées. C'est en partant de ce constat que deux ASBL se sont constituées, l'une à Bruxelles " Aquarelle " (en relation avec l'Hôpital Saint-Pierre) et l'autre à Charleroi " Echoline ". Ainsi, des accoucheuses se rendent au domicile de ces futures et jeunes mères afin de renouer un contact et de recréer une relation de confiance en dispensant les soins périnataux de base. Une fois le contact rétabli elles sont réorientées vers les structures de l'ONE.

- Les futures mères souffrant de prééclampsie constituent également un groupe de mères en situation de vulnérabilité. Une étude réalisée par le Dr Alexander en partenariat avec l'ONE et le Fonds Houtman dégage des pistes d'action intéressantes pour l'ONE.

- Suite à de nombreuses interpellations du terrain, nous avons voulu interroger nos données concernant les mères adolescentes. Ce travail nous a permis d'appréhender un peu mieux la réalité de ce problème en Communauté française de Belgique. Afin de montrer que derrière ces chiffres, se cachent des enfants, des parents et leur histoire, nous avons recueilli des descriptions de situations vécues auprès de TMS et au Centre d'Accueil de crise de l'ONE à La Hulpe.

- Ces apports multiples alimentent la réflexion du groupe de travail " périnatalité " qui durant l'année 2003 s'efforcera de faire des propositions au Conseil d'administration de l'ONE en vue de l'amélioration et éventuellement la réorientation de l'action anténatale de l'ONE.



LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

Les consultations prénatales (CPN) sont chargées de la guidance médico-sociale de la grossesse. Celle-ci consiste à:

- favoriser l'évolution harmonieuse de la grossesse et sauvegarder la santé des futures mères,
- réduire la mortinatalité et la mortalité infantile,
- lutter contre toutes les complications de la grossesse et de l'accouchement qui pourraient affecter la santé de l'enfant et de la mère,
- fournir à la population des informations concernant la parenté responsable, le "métier" de parents, la grossesse,...

Chaque suivi d'une grossesse en CPN ONE fait l'objet d'une inscription spécifique. Dans le cadre de ce suivi, un ensemble de données médico-sociales sont récoltées via le "Volet CPN".

● CONSULTATIONS PRÉNATALES DE L'ONE

SUIVI PRÉNATAL ONE

Les structures CPN sont réparties dans toutes les subrégions de la Communauté française exceptée celle du Luxembourg. Le nombre de structures dans chaque province varie très fort en fonction de la demande et des réalités du terrain.

- Nombre de femmes inscrites en fonction de l'implantation de la structure

Tableau 2.1:

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
FBA*	N	34	21	21	8	0
	%	0,4	0,2	0,2	0,1	0,0
Bruxelles	N	2212	1973	2397	2503	2446
	%	23,1	22,7	26,0	26,9	25,9
Brabant wallon	N	137	81	57	103	83
	%	1,4	0,9	0,6	1,1	0,9
Hainaut	N	3976	3741	3845	3854	4089
	%	41,6	42,8	41,7	41,5	43,3
Liège	N	2245	2021	2017	1953	1862
	%	23,5	23,1	21,9	21,0	19,7
Namur	N	959	896	873	868	944
	%	10,0	10,3	9,5	9,3	10,0
Total	N	9563	8733	9210	9289	9435
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Données BDMS ONE, "Volets CPN"
*Territoire des Forces Belges en Allemagne

En 2000, les structures prénatales de la province du Hainaut absorbent 43,3% de l'activité globale de suivi ONE des femmes enceintes en Communauté française. Celles de Bruxelles 25,9% et Liège 19,7%. A partir de 1998, on observe une proportion plus élevée des inscriptions pour la région de Bruxelles, ceci traduit en partie un meilleur retour des "Volets CPN".

Sur base des données du Service des Œuvres de l'ONE, on sait qu'il y a environ 12000 nouvelles inscriptions par an pour toutes les consultations prénatales¹ (consultations hospitalières, consultations de quartiers et les centres périnatales) et que ce chiffre est relativement constant depuis une dizaine d'années. Cela permet de dire que le nombre de retour de "Volets CPN" correspond à 70-75% des femmes enceintes inscrites en CPN ONE. Les données présentées ci-dessous devront donc être interprétées en conséquence.

- Suivi prénatal

On peut estimer le suivi prénatal à travers les données "Avis de Naissance". Les "Avis de Naissance" obtenus correspondent environ à 90-95% de toutes les naissances en Communauté française.

Tableau 2.2

		Année de naissance				
		1997	1998	1999	2000	2001
ONE*	N	8935	8908	9148	8993	9331
	%	22,4	22,1	22,8	21,8	20,7
Hors-ONE	N	30826	31231	30829	32148	35568
	%	77,3	77,6	77,9	77,9	78,9
Sans suivi	N	125	124	137	120	158
	%	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
Total	N	39886	40263	40114	41261	45057
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	7,0	5,4	7,3	5,8	8,5

Données BDMS ONE, "Avis de Naissance"

*Le suivi prénatal ONE n'exclut pas un suivi complémentaire hors ONE

D'après les "Avis de Naissance", les femmes enceintes suivies dans les structures prénatales de l'ONE et pour lesquelles nous recevons une fiche de récolte de données complétée représentent environ 21% des "Avis de Naissance" que nous recevons.

En 2001, les grossesses renseignées "sans suivi" sont de 0,4% en Communauté française. Elles se situent principalement dans les grandes villes. Ainsi, 40,5% se concentrent à Bruxelles, 37,3% dans le Hainaut et 14,6% dans la subrégion de Liège.

- **PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES À L'ONE**

CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES À L'ONE

- Age de la mère

L'âge de la mère peut-être un facteur de risque important notamment en ce qui concerne la prématurité (voir chapitre mères adolescentes, p.36).

Bien qu'il soit impossible d'agir préventivement sur l'âge de la mère (jeune ou élevé) lorsque celle-ci se présente en CPN, il permet d'identifier les femmes à suivre plus particulièrement pendant leur grossesse.

La grande majorité des études montrent une proportion plus importante de prématurité chez les femmes de moins de 20 ans et chez les femmes de 35 ans et plus. La prématurité chez les femmes jeunes est généralement due à des facteurs sociaux défavorables tandis que la prématurité chez les femmes de 35 ans et plus serait plutôt due à des facteurs médicaux défavorables.

1) In " Rapport d'activités 2000 de l'ONE"

Tableau 2.3

		Année d'inscription				
		1996	1997	1998	1999	2000
de 12 à 15 ans	N	23	10	20	14	23
	%	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3
de 16 à 19 ans	N	635	545	611	626	645
	%	7,0	6,5	7,0	7,5	7,6
de 20 à 24 ans	N	2491	2231	2299	2237	2227
	%	27,4	26,6	26,4	26,9	26,2
de 25 à 29 ans	N	3075	2925	2994	2743	2853
	%	33,8	34,9	34,4	33,0	33,5
de 30 à 34 ans	N	1977	1856	1851	1752	1806
	%	21,7	22,1	21,3	21,1	21,2
de 35 à 39 ans	N	752	684	764	807	779
	%	8,3	8,2	8,8	9,7	9,2
de 40 à 60 ans	N	141	133	155	128	173
	%	1,6	1,6	1,8	1,5	2,0
Total	N	9094	8384	8694	8307	8506
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	4,9	4,0	5,6	10,6	0,3

Données BDMS ONE, "Volets CPN"

La proportion de mères de moins de 20 ans inscrites en CPN semble diminuer jusqu'en 1997, puis tend à nouveau à augmenter. Le pourcentage de mères de 35 ans et plus inscrites en CPN baisse de 0,5% de 1999 à 2000 alors que la proportion de femmes enceintes de 35 ans et plus continue à augmenter en Communauté française (voir les "Avis de Naissance", p.7).

On constate que les mères de moins de 20 ans qui fréquentent les consultations prénatales ONE sont proportionnellement 2 fois plus nombreuses que dans la population générale des mères identifiées à travers l'ensemble des "Avis de Naissance". Celles de 20 à 24 ans y sont aussi proportionnellement plus nombreuses (plus de 30%).

Par contre, les mères de 30 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses à consulter les CPN ONE.

La gratuité et les horaires de consultations expliquent en grande partie le profil de la population qui fréquentent les CPN.

- Situation d'isolement de la mère

La "situation d'isolement de la mère" est considérée comme un facteur de risque notamment en ce qui concerne les risques d'accouchements prématurés et de petits poids de naissance.

Tableau 2.4

		Année d'inscription				
		1996	1997	1998	1999	2000
Mère vit en couple/en famille	N	8679	7929	8213	8429	8282
	%	94,2	94,1	93,3	94,4	94,0
Mère vit seule/ en maison d'accueil	N	537	493	588	489	526
	%	5,8	5,9	6,7	5,6	6,0
Total	N	9216	8422	8801	8738	8820
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	3,6	3,6	4,4	5,9	6,6

Données BDMS ONE, "Volets CPN"

Parmi les femmes qui fréquentent les CPN ONE, on trouve proportionnellement deux fois plus de femmes qui vivent seules ou en maison d'accueil que dans la population générale des mères identifiées à travers l'ensemble des "Avis de Naissance". (Voir situation d'isolement de la mère, d'après les "Avis de Naissance", p.7).

Tableau 2.5

		Année d'inscription				
		1996	1997	1998	1999	2000
Active	N	2951	2709	2873	2810	2958
	%	32,0	32,7	32,9	32,9	34,6
Etudiante	N	457	405	437	402	410
	%	5,0	4,9	5,0	4,8	4,8
Chômeuse	N	2633	2403	2440	2299	2335
	%	28,6	29,0	28,0	26,9	27,4
Pensionnée, Invalide	N	42	37	52	53	41
	%	0,5	0,4	0,6	0,6	0,5
Sans profession	N	2322	2049	2124	2071	1898
	%	25,1	24,7	24,3	24,3	22,2
Sous aide sociale (CPAS)	N	814	685	801	898	895
	%	8,8	8,3	9,2	10,5	10,5
Total	N	9219	8288	8727	8533	8537
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	3,6	5,1	5,2	8,1	9,5

Données BDMS ONE, "Volets CPN"

Parmi les femmes enceintes inscrites en consultation prénatale, on constate une faible proportion de femmes qui exercent un emploi et une proportion élevée de femmes chômeuses.

D'après l'enquête "Forces de travail" de 1997 (Données INS), on sait que le taux d'emploi des femmes âgées de 25 à 29 ans en Belgique est supérieur à 60% alors que parmi les femmes enceintes qui fréquentent les CPN ONE en Communauté française, il se situe autour de 30%.

A côté de cela, on constate une augmentation de bénéficiaires d'une aide sociale parmi les femmes enceintes qui fréquentent les CPN ONE. Elles passent de 7,9% en 1995 à 10,5% en 1999.

- Tabagisme de la mère

Le tabagisme chez la femme enceinte est un facteur de risque de plus grande morbidité pour le nouveau-né, notamment en ce qui concerne le petit poids à la naissance et l'allergie.

Tableau 2.6

		Année d'inscription				
		1996	1997	1998	1999	2000
non-fumeuse	N	6794	6127	6365	5142	5043
	%	71,5	71,0	71,8	67,4	67,5
de 1 à 10 cig/jour	N	1338	1207	1248	1315	1273
	%	14,0	14,0	14,1	17,2	17,1
de 11 à 20 cig/jour	N	884	794	793	752	743
	%	9,3	9,2	9,0	9,8	9,9
plus de 20 cig/jour	N	492	504	453	430	412
	%	5,2	5,8	5,1	5,6	5,5
Total	N	9508	8632	8859	7639	7471
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	0,6	1,1	3,8	17,8	20,8

Données BDMS ONE, "Volets CPN"

Parmi les femmes enceintes inscrites en CPN, la proportion de fumeuses tend à se stabiliser. D'après une étude réalisée par le groupe EURO-scip (European actions on smoking cessation in pregnancy) au cours des années 1999 et 2000², la proportion de femmes fumeuses tend à rester stable ou à augmenter en Europe depuis 1995. En Communauté française de Belgique, les femmes enceintes sont 22,2 % à fumer en 1999. Ce pourcentage reste relativement stable. L'article souligne que le comportement tabagique varie en fonction de la durée de la grossesse, de l'âge et de la situation sociale (niveau d'instruction peu élevé, faibles revenus, situation d'isolement, sans travail).

- Gestité

La gestité est définie comme le nombre de grossesses d'une femme. Une primigeste est une femme enceinte pour la première fois, une 2ème geste pour une seconde fois, une 3ème geste pour la 3ème fois, etc.

Tableau 2.7

		Année d'inscription				
		1996	1997	1998	1999	2000
primigeste	N	3176	2788	3119	3054	3074
	%	33,3	32,0	34,0	33,1	32,7
2ème geste	N	2730	2606	2605	2641	2694
	%	28,6	29,9	28,4	28,5	28,6
3ème geste	N	1718	1560	1618	1667	1619
	%	18,0	17,9	17,6	18,0	17,2
4ème geste et plus	N	1912	1757	1839	1891	2021
	%	20,1	20,2	20,0	20,4	21,5
Total	N	9536	8711	9181	9253	9408
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues	%	0,0	0,0	0,0	0,02	0,3

Données BDMS ONE, "Volets CPN"

La répartition de la gestité reste stable parmi les femmes qui consultent les structures prénatales de l'ONE. L'analyse de ces données comparées à celles obtenues via les "Avis de Naissance" montre que les consultations prénatales drainent un nombre important de "3ème geste" et de manière encore plus prononcée de "4ème geste et plus" (Voir page. 8).

- Parité

La parité désigne le nombre d'accouchements viables (à partir de 22 semaines de grossesse) qu'a eus une femme. Une nullipare est une femme qui n'a jamais accouché, une "primipare" est une femme qui accouche ou a accouché pour la première fois, une "2ème pare" pour la seconde fois, etc.

Dans le tableau ci-dessous, les "nullipares" font références aux femmes suivies en CPN qui n'ont pas encore accouché d'un enfant viable. On retrouve ces femmes dans les "Avis de Naissance" sous la dénomination de primipares puisque les "Avis de Naissance" sont complétés après l'accouchement.

De même, les "primipares" des "Volets CPN" sont à comparer avec les "2ème pares" des "Avis de Naissance", etc.

2) Le tabagisme des femmes enceintes: bilan et recommandations pour les professionnels de santé, B. Janssen, in Bulletin d'Education du Patient, Vol 19, N°4, Tome1, 2000

Tableau 2.8

		Année d'inscription				
		1996	1997	1998	1999	2000
nullipare	N	3899	3473	3809	3774	3787
	%	40,8	39,9	41,5	40,7	40,2
primipare	N	2936	2703	2772	2801	2856
	%	30,8	31,0	30,2	30,3	30,3
2ème pare	N	1533	1432	1450	1565	1535
	%	16,1	16,4	15,8	16,9	16,3
3ème pare et plus	N	1170	1104	1145	1100	1251
	%	12,3	12,7	12,5	11,9	13,3
Total	N	9538	8712	9176	9240	9429
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues		0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Données BDMS ONE, "Volets CPN"

La parité des femmes qui consultent les structures prénatales est stable.

Lorsqu'on compare ces données à celles obtenues via l' "Avis de Naissance", on constate que les structures prénatales drainent un nombre important de "2ème pare" et de "3ème pare et plus". Les femmes qui attendent leur 3ème, 4ème (ou plus) enfant sont proportionnellement nombreuses à consulter les prénatales ONE (voir page.8).

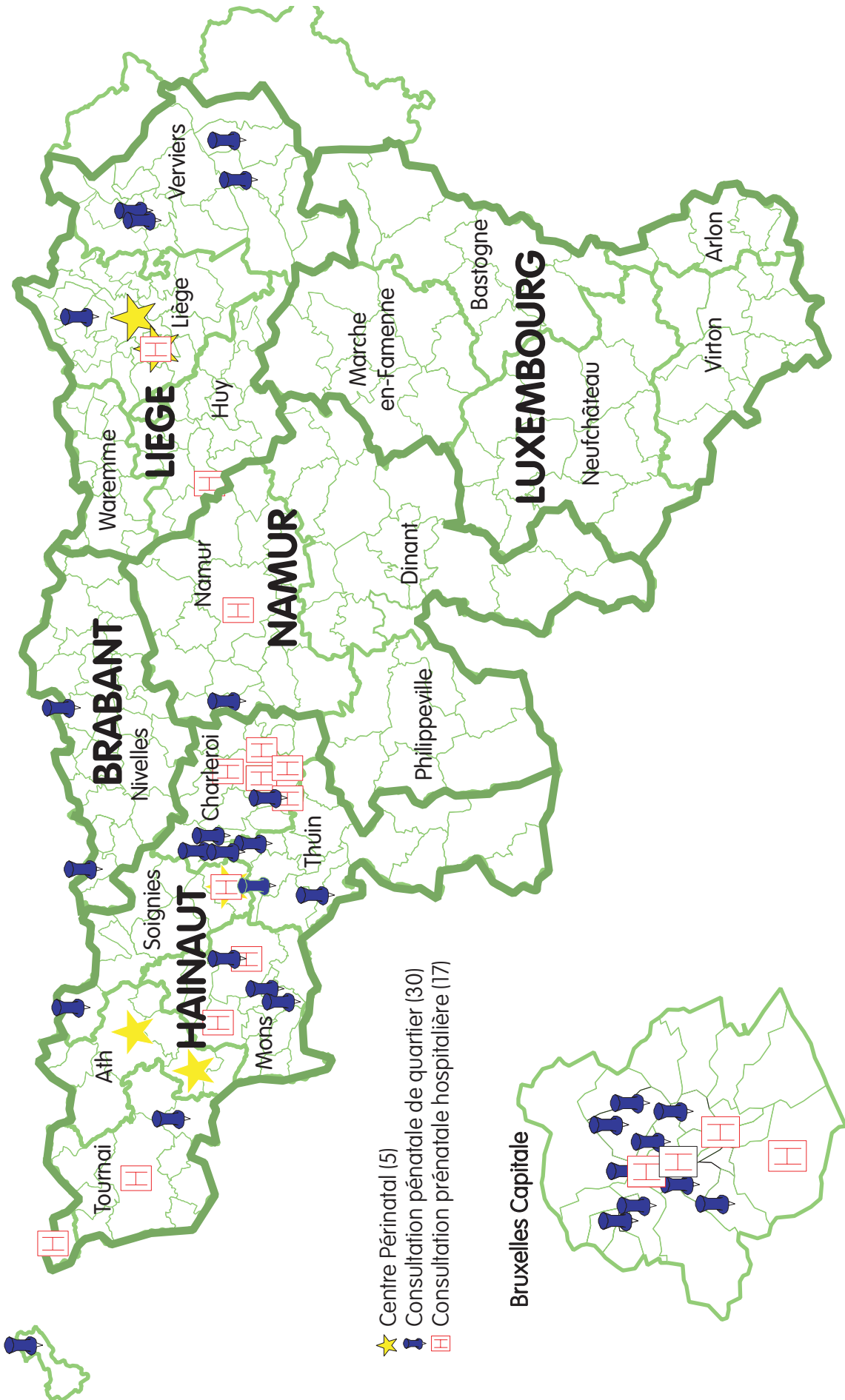
● CONCLUSIONS

Les grossesses suivies dans les consultations prénatales de l'ONE représentent environ 20-25 % des grossesses en Communauté française. Parmi elles, nous récoltons des données concernant environ 80 % de ces grossesses.

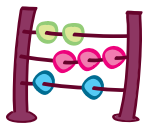
Parmi les données des consultations prénatales, on constate que les CPN attirent une population de femmes enceintes qui présentent par rapport à la population générale des caractéristiques démographiques et sociales plus défavorables ainsi que des caractéristiques médicales à risque. Par rapport aux données des "Avis de Naissance", les CPN comptent proportionnellement près de 2 fois plus de mères jeunes (<20ans), 2 fois plus de mères qui vivent seules ou en maison d'accueil, 10,5% des femmes qui consultent dépendent du CPAS (1999). On compte également une importante proportion de "3ème gestes et plus" ainsi que des mères qui ont déjà accouché deux fois ou plus d'un enfant viable. Plusieurs éléments expliquent le profil de la population qui fréquente les CPN ONE. La gratuité des consultations, la proximité des CPN de quartiers et le travail social des TMS des consultations (actions d'éducation à la santé, la possibilité de bénéficier de visites à domicile pour les mères en difficultés, etc.) attirent particulièrement les femmes à faible ou sans revenus.

Le profil des femmes enceintes qui fréquentent les CPN ONE s'explique aussi par la volonté de maintenir un service ouvert à tous, tout en accordant une attention particulière aux populations moins favorisées. La volonté de l'ONE est moins d'améliorer la couverture des femmes enceintes dans ses structures que de rester un service accessible aux populations qui en ont le plus besoin. L'objectif étant que toutes les femmes soient suivies par une structure de qualité quelle qu'elle soit. Il est par contre nécessaire d'accorder une attention particulière aux grossesses non-suivies car elles correspondent très majoritairement à des situations de grande précarité et sont à très haut risque pour la mère et l'enfant.

Implantations des structures prénatales-ONE en Communauté Française, 1996-2000



Source : BDMS-ONE, 1996-2000.



LA DÉPRESSION MATERNELLE ANTÉ ET POSTNATALE

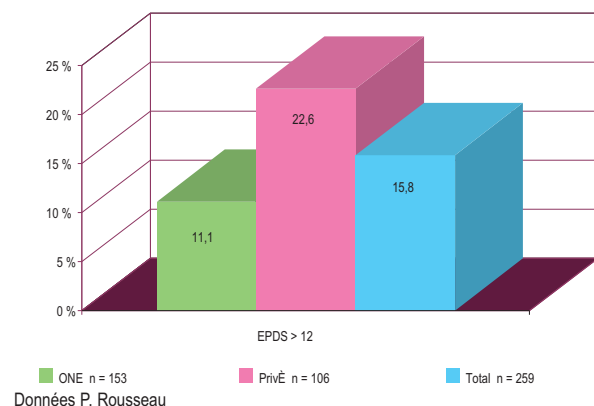
La problématique de la dépression postnatale maternelle est sortie de l'ombre à partir du début des années 70 grâce aux travaux de chercheurs britanniques pour la plupart. Les troubles psychiques du post-partum décrits plus de cent ans plus tôt par le français Louis Victor Marcé ont été redécouverts : le blues, la psychose et la dépression du post-partum. Une femme présente 15 fois plus de risque d'être hospitalisée dans une institution psychiatrique et 35 fois plus de risque de développer un premier épisode de psychose pendant l'année qui suit la naissance d'un enfant qu'à tout autre moment de sa vie.

Ces deux données ont amené à mettre en évidence trois groupes de faits.

- La mise au point d'une échelle de mesure (de 0 à 30) de la dépression postnatale (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS) et son utilisation indiquent que dans la plupart des pays occidentaux, un score élevé (> 12) est trouvé chez environ 15% des mères entre 6 et 12 semaines après leur accouchement. Ces chiffres ne veulent pas dire que chaque mère dont le score est élevé présente une dépression dans le sens psychiatrique du terme. Ils indiquent que 15% des mères sont réellement en détresse somatique, psychique et sociale. A côté de cela, on constate que beaucoup plus encore présentent ces états de détresse pendant la première année de vie de leur enfant.
- De nombreuses études auprès des enfants dont la mère a présenté un score EPDS élevé pendant leur première année de vie mettent en évidence des déficits du développement psychique, affectif et social, sous forme de retard scolaire notamment.
- Des études plus récentes révèlent la présence de scores EPDS élevés chez 20% des femmes enceintes et des scores élevés pendant le post-partum chez plus de la moitié de ces dernières.

La version validée en français de l'EPDS¹ a été utilisée auprès de 2 consultations prénatales, l'une ONE et l'autre privée, de la région de La Louvière dans le cadre d'une recherche action subventionnée par le Fonds Houtman². Les résultats de l'étude d'une cohorte de 259 mères réalisée pendant 2 ans et demi entre 6 et 8 semaines après leur accouchement montrent un pourcentage de scores élevés (15,8 %) tout à fait comparable à celui des pays avoisinants. Ils montrent surtout que ce pourcentage est deux fois moins élevé chez les mères dont la grossesse a été suivie à l'ONE que chez celles qui ont été suivies en privé (11,1% contre 22,8%). (Voir graphique) Le résultat inverse était attendu compte tenu du fait que la population suivie à l'ONE est généralement moins favorisée³ que celle suivie en privé. La différence essentielle entre ces 2 types de suivi réside dans la présence du Travailleur Médico-Social (TMS) à côté du gynécologue. Une hypothèse serait que l'efficacité du travail du TMS joue un rôle essentiel dans la prévention du problème de santé publique majeur qu'est la dépression postnatale maternelle. Il faudrait néanmoins confirmer cette hypothèse par l'étude de plus larges populations. De même, il paraît essentiel de mieux comprendre comment et sur quoi agit l'accompagnement des TMS. Ceci permettrait de mieux expliquer l'importance d'un accompagnement préventif à caractère social dans le suivi anté et postnatal de la grossesse.

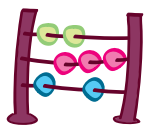
SCORE EPDS À L'ONE



1) Guédénéry N, Fermanian J, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale sur une population parisienne. *Devenir* 1995; 7: 69-92.

2) Rousseau P, Lavis JF. Le Réseau Périnatal de Manage. Rapport de recherche-action. Fonds Houtman, 1998.

3) Voir le profil des futures mères qui fréquentent les CPN ONE, p.16



LES FEMMES ENCEINTES SANS COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ DANS LES CPN ONE

Depuis 1983, l'ONE intervient dans les frais d'analyses biologiques pour les femmes enceintes qui ne possèdent pas de couverture de soins de santé et qui sont sans ressources. Les examens les plus couramment demandés sont des analyses de sang et d'urine et des échographies. Les frottis, les doppler et les monitoring sont aussi des examens usuels. Les amniocentèses avec caryotype sont parfois nécessaires. Les demandes d'intervention ONE pour ces analyses se concentrent à Bruxelles, alors qu'en Wallonie il y a très peu de demande.

Afin de mieux comprendre le profil des futures mères qui bénéficient d'une intervention de l'ONE pour la prise en charge des analyses biologiques, nous avons demandé aux consultations prénatales de quartier et hospitalières) de Bruxelles de remplir un petit formulaire pour chaque femme qui fait une demande. L'enquête s'est étalée du 02 avril au 30 juin 2002. Nous avons reçu 98 formulaires pour cette période. Ce qui constitue 75% des demandes formulées pour cette même période à Bruxelles.

Les demandes les plus nombreuses sont localisées à la CPN de St Gilles (23 demandes) et dans les 2 CPN de Schaerbeek (39 demandes).

● PROFIL DES FEMMES ENCEINTES QUI ONT FAIT UNE DEMANDE D'INTERVENTION ONE POUR DES ANALYSES BIOLOGIQUES

Les futures mères sans couverture de soins de santé qui se sont présentées dans nos CPN consultent tardivement pour leur grossesse. La médiane de l'âge gestationnel au moment de la première consultation prénatale, quel que soit le lieu, est à 16 semaines. 40 femmes ont consulté une première fois durant le premier trimestre, 34 durant le deuxième trimestre et 24 ont consulté pour la première fois au cours du troisième trimestre.

L'âge médian de la mère sans couverture de soins de santé à la consultation est de 26 ans. La répartition par âge correspond parfaitement à ce qui est observé dans la population générale des mères qui accouchent.

En ce qui concerne la parité, 28 sont nullipares, 47 sont primipares, 15 sont des deuxième pares et 6 sont des 3ème pares.

Concernant le pays d'origine de la future mère sans couverture de soins de santé, plus de la moitié(57) vient de l'Europe de l'est (principalement la Pologne(26), la Roumanie(7), la Bulgarie(4) et la Turquie(5)). On trouve également des futures mères venant du Maroc(12) du Brésil(5), de l'Equateur(8) et du Congo (6). D'autres nationalités sont représentées mais de façon moins fréquentes.

Plus de la moitié de ces futures mères (50) sont en situation illégale, 19 ont uniquement un statut de "touriste", 10 ont introduit un recours contre un ordre de quitter le territoire, 9 ont un statut régulier (ou seront régularisées dans un court terme) et pour 10 d'entre-elles, on ne connaît pas leur statut.

Les 2/3 des futures mères venant de l'Europe de l'Est sont en situation de séjour illégal et 1/3 ont un visa touristique en ordre. La situation administrative des Marocaines diffère d'un cas à l'autre. Ceci est en partie inhérent au fait qu'elles ne sont pas toujours mariées civilement. Les futures mères venant d'Amérique centrale et du sud sont très majoritairement en situation illégale. Dans le cas des brésiliennes notamment, il n'y a pas d'espoir de régularisation. Les futures mères venant du Congo sont soit en situation illégale soit en recours pour régularisation.

D'après la loi du 15 juillet 1996, un étranger en séjour illégal peut bénéficier de l'Aide Médicale Urgente (AMU). Celle-ci peut être de nature préventive ou curative et être prestée en ambulatoire ou dans une institution de soins. Un suivi de grossesse fait donc bien partie des soins médicaux visés par l'Aide Médicale Urgente. La demande doit être faite auprès du CPAS compétent qui vérifiera si la personne se trouve bien sur son territoire, que ses moyens financiers sont insuffisants et qu'elle est en séjour illégal. Si la personne répond aux conditions pour obtenir l'AMU, celle-ci ne peut lui être refusée.

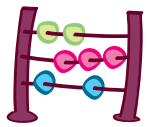
En pratique, les futures mères sans couverture de soins de santé ou sans ressources mais officiellement en "séjour touristique", s'adressent souvent aux consultations prénatales de l'ONE. Une demande d'intervention du fonds ONE pour des analyses biologiques est alors introduite en même temps qu'une demande d'accès à l'AMU.

On peut distinguer 2 types de populations:

Une première catégorie est constituée de futures mères qui pourraient théoriquement bénéficier d'une aide alternative. Il s'agit des futures mères en situation illégale, de celles qui sont en cours de régularisation (candidate réfugiée politique et/ou en recours contre un ordre de quitter le territoire) et de celles qui attendent la régularisation administrative (attente de l'inscription à la commune). Les futures mères en situation illégale devraient pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale Urgente et les autres devraient pouvoir bénéficier d'une aide sociale. Malheureusement, les délais d'obtention de ces aides sont bien souvent supérieurs à 1 mois et les futures mères consultent tardivement. De plus, la majorité de ces futures mères sont en situation extrêmement précaire. Il n'est donc pas possible de retarder le suivi médical. C'est pourquoi, une partie d'entre elles doit recourir à l'intervention ONE pour les analyses biologiques nécessaires. On constate aussi que les démarches pour obtenir une aide sociale ou l'Aide Médicale Urgente ne sont pas entreprises par incompréhension linguistique, par crainte que la situation irrégulière ne soit dénoncée à l'Office des étrangers. Ce qui est bien entendu légalement interdit.

Une deuxième catégorie regroupe les futures mères qui n'ont aucune chance d'obtenir une prise en charge par les voies classiques. Il s'agit de femmes séjournant légalement grâce à un visa touristique, d'indépendantes à faible revenu, ... Ces femmes n'ont d'autres recours que la demande d'intervention ONE.

Les demandes d'intervention ONE, pour un suivi de grossesse concernent des femmes enceintes en difficulté, permettent une prise en charge médicale correcte des grossesses. Le problème est particulièrement visible à Bruxelles où ce type de population se concentre mais il est également présent, à des degrés divers dans toute la Communauté française. Actuellement, la situation en province est encore gérée grâce à la bonne volonté du corps médical, de certains hôpitaux et CPAS. Cependant, nous devons être attentifs à ce qu'une situation similaire à celle de Bruxelles ne se développe dans le reste de la Communauté française. L'enquête actuelle laisse présager que ces cas continueront à se présenter. Il est bien entendu nécessaire d'en comprendre le mécanisme. Il n'est toutefois pas éthique de cesser ces prises en charge.



INTENSIFIER LES PARTENARIATS

Toute femme enceinte devrait être suivie par une structure quelle qu'elle soit.

Les consultations prénatales de l'ONE contribuent pour une partie à cette mission puisque 25% de femmes y sont suivies. Ce service gratuit est ouvert à toutes les futures mères avec une attention particulière accordée aux populations moins favorisées.

Il reste malheureusement en Communauté française des grossesses non-suivies (moins d'1 % de la population des futures mères). Or celles-ci correspondent souvent à des situations de grande précarité et ont un risque accru de morbidité et mortalité.

Deux associations ont décidé de se centrer sur cette situation.

- L'a.s.b.l. "ECHOLINE"

propose un accompagnement médical et/ou psychologique, essentiellement à domicile, de toute personne en difficulté médicale, psychologique ou sociale, pendant la période périnatale.

Echoline s'adresse donc à des jeunes femmes enceintes, à de jeunes mamans qui viennent d'accoucher ou qui ont un enfant en bas âge, et qui rencontrent des difficultés.

Il s'agit d'atteindre des personnes particulièrement marginalisées, isolées socialement et en demande d'aide.

Dans ces conditions, les grossesses et suites de couches sont largement compromises et affectées, fragilisant ainsi le lien parents-enfant, ce qui peut engendrer des problèmes de négligence, voire de maltraitance.

En travaillant sur le terrain et en se posant comme objectif d'accompagner les familles dans leur globalité psycho-médico-sociale, Echoline prend une part active à la prévention de la maltraitance.

L'équipe d'Echoline, pluridisciplinaire, est composée d'une psychologue et de deux sages-femmes. Elle assure une fonction de relais et un solide partenariat avec toutes les maternités et tout le réseau psychomédicosocial (dont les TMS de l'ONE) de la région de Charleroi.

- L'a.s.b.l. "AQUARELLE "

propose des soins périnataux gratuits, à domicile, à une population vulnérable. Son but est de diminuer la mortalité et la morbidité (dont les déficits neurologiques sévères) périnatales et infantiles en améliorant le suivi médical et psychosocial anténatal et postnatal des patientes socialement défavorisées, et plus particulièrement de celles ne disposant d'aucune sécurité sociale.

Les 2 accoucheuses travaillent à mi-temps pour l'asbl et à mi-temps pour l'hôpital Saint-Pierre : les liens entre le domicile et la structure hospitalière sont assurés. Les soins à domicile sont une façon de ramener les femmes enceintes non-suivies vers une structure hospitalière, c'est leur donner un accès à l'hôpital, accès nécessaire puisque la pratique montre que beaucoup de ces grossesses sont à haut risque.

Aquarelle travaille en collaboration avec les TMS de l'ONE.

L'équipe a créé une association de bénévoles multiculturels autour d'elle. Ces bénévoles forment un réseau qui se mobilise pour " accueillir " les futures mères isolées de Bruxelles.

Asbl "ECHOLINE"
rue Bois Del Bol 17
B-6000 CHARLEROI
Tél. 071 48 76 25
Fax 071 41 64 06

Asbl " AQUARELLE "
CHU Saint Pierre à Bruxelles
Rue Haute 322
B-1000 Bruxelles
Tél 02/535.31.11

Dans le cadre de la réflexion sur la réforme des consultations prénatales, des modalités de partenariats entre l'ONE et des projets de ce type doivent être envisagées.



LA PRÉÉCLAMPSIE SEVERE : DETERMINANTS BIOMEDICAUX, SOCIAUX ET LIES AUX SERVICES DE SANTE

SOINS DE QUALITE SUBOPTIMALE, RAPIDITE D'EVOLUTION ET SYMPTOMES ALARMANTS DANS UNE COHORTE DE FEMMES QUI ONT PRESENTE UNE PRÉÉCLAMPSIE SEVERE.

Edwige Haelterman, Rikke Qvist, Sophie Alexander

L'étude a bénéficié du soutien conjoint de l'ONE et du Fonds Houtman. Un volet de la recherche concernait l'étude de la qualité de la prise en charge prénatale de la prééclampsie sévère et l'autre volet l'étude des facteurs de risque de la prééclampsie sévère.

La prééclampsie, principalement sous ses formes sévères, constitue l'une des premières causes de mortalité périnatale, d'accouchement prématuré, de retard de croissance fœtale et de mortalité maternelle. L'incidence cumulative de ce syndrome concerne de 2 à 5 % des accouchements. L'éclampsie (complication grave de la prééclampsie), touche elle environ 0,5 % des naissances en pays développé.

Le passage de la prééclampsie à l'éclampsie serait liée à des variations dans la qualité des soins prénatals et périnatals, dans l'accès aux soins et à des situations sociales défavorables.

● OBJECTIF ET METHODE

L'étude s'est attachée à mettre en évidence les facteurs de risque de prééclampsie sévère parmi les populations (majoritairement défavorisées) fréquentant les consultations prénatales de l'ONE et, in fine, à définir des interventions, au niveau de la communauté et des services de santé, qui permettraient de réduire la morbidité maternelle sévère, et en particulier, de déterminer les conséquences pour l'organisation des services de consultation prénatale.

● METHODOLOGIE

Le volet A de l'étude est une étude de cohorte rétrospective, en population menée en collaboration avec les services de consultation prénatale de l'ONE en Région de Bruxelles-capitale, avec description et audit par Peer-Review pour les cas de morbidité sévère.

Le Volet B est une étude cas-témoins nichée dans une cohorte ("Nested case-control study").

● RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

- Les résultats suggèrent que des approches permettant d'améliorer la connaissance par les femmes des symptômes alarmants ainsi que l'auto-détection de la protéinurie pourraient permettre d'améliorer, en l'accélégrant, la prise en charge de la prééclampsie.
- Un défaut de suivi étroit des femmes "à risque" (soins suboptimaux), est fréquent chez les femmes qui ont présenté une prééclampsie sévère. Une plus grande attention accordée à ces femmes à risque pourrait réduire la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère.
- L'étude indique que l'impact de la prééclampsie sévère se concentre chez les personnes défavorisées socialement.
- Un accès insuffisant à des soins de santé de qualité contribue de façon importante à la survenue de la prééclampsie sévère à Bruxelles.

● SUGGESTIONS

Recommandations pour réduire la survenue de cas de prééclampsie sévère. Il serait important qu'un groupe de travail se penche sur l'opérationnalisation de ces recommandations. Des évaluations complémentaires avant leur mise en œuvre à d'autres endroits seraient également nécessaire.

RÉPONSE PLUS APPROPRIÉE AUX BESOINS DES FEMMES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉES

Les services de consultation prénatale devraient répondre de façon plus appropriée aux besoins des femmes socialement désavantagées, et en particulier de celles qui n'ont pas de couverture sociale et/ou qui sont en résidence illégale. Il pourrait être important d'offrir davantage de services de support social. Les procédures légales et administratives pour avoir accès à des soins gratuits en cas de morbidité devraient être considérablement simplifiées et les femmes devraient être informées de leur droits. Par ailleurs, le suivi prénatal devrait probablement être intensifié pour ces femmes, car elles ont un risque plus élevé de développer une morbidité sévère.

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES FEMMES AVEC UN ÉVÉNEMENT MORBIDE

Les résultats suggèrent qu'il y a un goulot d'étranglement pour accéder à des examens complémentaires et à des soins hospitaliers. En effet, les femmes peuvent accéder à la prénatale non seulement sans payer, mais également sans fournir leur identité ou sans prouver l'insuffisance de leur ressources financières. Tandis que pour l'admission à l'hôpital, certaines barrières se posent. Il serait donc également très important de faire en sorte que les femmes en résidence illégales ne se sentent pas menacées lorsqu'elles ont besoin d'être admises à l'hôpital. Cette constatation est d'autant plus valable que la population vulnérable est en accroissement. (voir également la synthèse de l'enquête " femmes enceintes sans couverture de soins de santé dans les CPN ONE ")

AMÉLIORATION DE L'INFORMATION AUX FEMMES CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les résultats suggèrent qu'il serait important d'offrir des informations culturellement appropriées aux femmes concernant les soins de santé et le système de santé belge.

SUIVI PLUS ÉTROIT DES FEMMES À RISQUE

Il est essentiel qu'un groupe de travail pluridisciplinaire planche sur la façon d'opérationnaliser et la contextualisation des ces recommandations dans le cadre des consultations de l'ONE.

Certaines de ces recommandations sont déjà formulées, mais ne sont pas ou peu appliquées, ou le sont seulement dans certains services, pour des raisons qui n'ont pas été recherchées lors de ce projet (par exemple manque de moyens alloués au travail des TMS, ...), et qui devraient faire l'objet de discussions au sein du groupe de travail.

Ces recommandations sont les suivantes :

- Accroissement de la fréquence des consultations prénatales chez les femmes avec prééclampsie modérée ou d'autres facteurs de risque comme l'hypertension chronique ou un antécédent de prééclampsie.
- Information et recyclage des médecins, en particulier ceux qui sont exposés à des contacts peu fréquents avec des femmes enceintes.
- Elaboration, révision régulière et utilisation systématique de protocoles standardisés de prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse au niveau des consultations prénatale, et pas uniquement des unités obstétricales.
- Relance de toute femme avec grossesse à risque qui ne s'est pas présentée comme prévu ; le double standard existant entre privé et public devrait être remis en question.
- Coordination adéquate entre les pourvoyeurs de soins dans et entre institutions, en particulier amélioration de la transmission de l'information.

AUDIT DANS LE FUTUR

La possibilité de réaliser des revues approfondies de la qualité des soins parmi les cas de morbidité maternelle sévère devrait être envisagée. La nécessité de disposer d'une grande quantité d'information qui n'est disponible que dans le dossier de la période prénatale pour réaliser de tels audits a été mise

en évidence par ce projet. Un défi qui devra être relevé sera d'impliquer tous les pourvoyeurs de soins, y compris ceux qui pratiquent dans les consultations prénatales ONE et/ou dans les consultations privées.

*SUGGESTIONS D'INTERVENTIONS POTENTIELLEMENT UTILES,
MAIS QUI DEVRAIENT ÊTRE ÉVALUÉES AVANT LEUR IMPLANTATION*

L'étude démontre qu'une proportion importante des événements morbides sévères est survenue de façon très rapide. Donc, des soins appropriés et réguliers ne suffisent pas à réduire le risque de morbidité dans le cadre de la prééclampsie. De nouvelles interventions devraient être testées. Les résultats indiquent que deux aspects méritent une évaluation : la révision de la fréquence des consultations prénatales et l'établissement d'un partenariat avec la femme en l'impliquant dans la surveillance de sa propre grossesse.

LES MÈRES ADOLESCENTES

" Il serait regrettable de gâcher la plus délicate des transitions, l'adolescence, ce commencement d'une femme dans la fin d'un enfant "

Victor Hugo.

Depuis quelques années, de nombreux articles, colloques, émissions de télévision sont consacrés aux mères adolescentes. Dans certains pays comme la France et l'Angleterre par exemple, ce phénomène est considéré comme une priorité en matière de Santé Publique et des programmes spécifiques sont adoptés.

Régulièrement, des demandes sont formulées à la BDMS en vue d'obtenir des statistiques sur l'évolution de ce phénomène.

Nous avons donc tenté de faire le point sur cette question complexe qui nécessite une approche globale dans laquelle le social, le médical et le psychologique sont indissociables.

Si l'adolescence, considérée comme la période qui démarre avec la puberté et qui s'étend jusqu'à l'entrée dans la vie adulte, existe dans toutes les sociétés, il faut dire qu'elle prend selon le sexe, le contexte social et l'époque, un sens particulier. D'où la difficulté d'en cerner les limites. Nous avons retenu 3 bornes : 18 ans, parce qu'en Belgique, c'est l'âge de la fin de la scolarité obligatoire, de l'accès à la majorité légale et du droit de vote. 20 ans, parce que sur le plan de la santé, c'est ce critère qui est en général retenu, notamment par l'OMS. Enfin, lorsque cela était pertinent, 15 ans, parce que le groupe des très jeunes mères pose des problèmes particuliers.

● L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE

L'analyse des données démographiques permet un certain recul, une vision sur le long terme que nous pouvons obtenir grâce aux données recueillies systématiquement par l'INS. Rappelons tout d'abord, que l'âge moyen de la mère à la naissance du premier enfant et l'âge au mariage ont fortement évolué tout au long du 20ème siècle. Ainsi, après la guerre, l'âge moyen de la mère à la naissance du premier enfant va diminuer pour atteindre 24,3 ans en 1970 puis il va connaître une période ascendante comme l'indique le graphique qui suit. En 1997, il était de 27 ans et 9 mois.

- Age moyen des mères à la naissance du premier enfant en Belgique ; 1960 à 1990

Graph2.1



Source : Recent demographic developments in Europe 2000; Ed. du Conseil de l'Europe, 2000

Lorsque l'on observe le pourcentage de naissances chez les femmes jeunes entre 1960 et 1990, on constate qu'en 1970 il y a à la fois une proportion plus élevée de mères âgées de 15 à 19 ans et de mères âgées de 20 à 24 ans : respectivement 5,7 % et 35,6 %, tandis qu'en 1990, il y a moins de mères adolescentes et moins de mères âgées de 20 à 24 ans. Les jeunes mères s'écartent de la norme moyenne.

- Pourcentage des mères de 15 à 24 ans en deux groupes par décennie, 1960 - 1990

Tableau 2.9:

	Année d'inscription			
	1960	1970	1980	1990
15 ans à 19 ans	3,0%	5,7%	4,7%	2,2%
20 ans à 24 ans	25,7%	35,6%	32,7%	19,9%

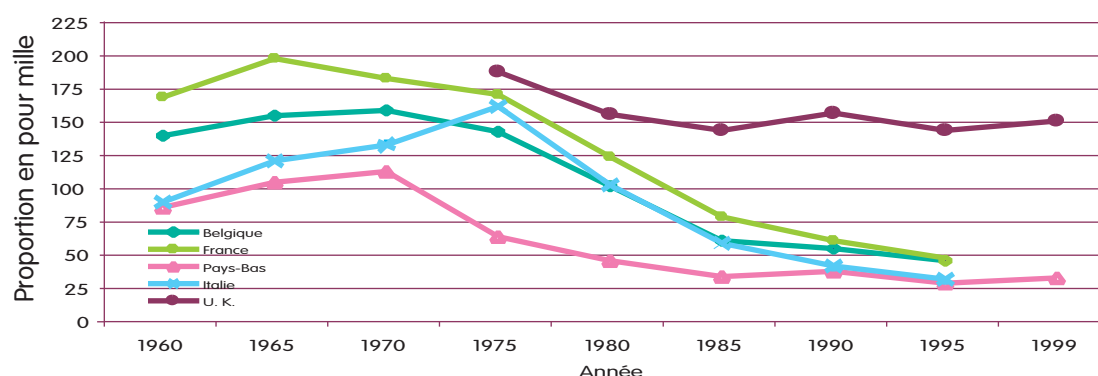
Source : OCDE. Famille, marché et collectivité , Etudes de politique sociale, n° 21. Paris ; 1997.

Il est intéressant de comparer la situation de notre pays à celle des pays proches. On constate que la tendance à la baisse s'observe dans presque tous ces pays et que la Belgique possède en la matière des taux relativement bas. Seule l'Angleterre maintient des taux élevés de naissances chez les jeunes mères.

Au niveau mondial, ce sont les Etats-Unis qui battent les records avec 6,4% de naissances parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans (hors graphique). Mais ce taux global masque les différences entre 2 catégories statistiques : les femmes "blanches" où il avoisine les 3,0% et les autres chez qui il atteint 9,0%. Des différences d'évolution sont aussi observées, puisque chez les femmes blanches la montée est restée très lente pour s'accélérer à partir de 1975 alors que chez les femmes non blanches, les taux se sont accélérés durant la décennie 60 puis stabilisés à partir des années 75 avec toutefois une recrudescence au début des années 90.²

- Evolution du taux de fécondité pour mille femmes âgées de moins de 20 ans dans quelques pays de la Communauté Européenne, 1960 à 1999

Graph2.2



Source : "Recent demographic developments in Europe 2000 ", Ed. du Conseil de l'Europe, 2000

Le taux de fécondité est la proportion de femmes d'une tranche d'âge donnée susceptible de se reproduire. Il est une meilleure mesure comparative entre pays que la proportion de naissances car il tient compte du nombre de jeunes femmes qui pourraient avoir un enfant avant leur 20ème anniversaire. Cette mesure exige de surcroît de disposer de davantage de statistiques.

2) Gretchen A. CONDRAN, Franck ;F. FURSTENBERG, " Evolution du bien-être des enfants et son évolution dans la vie américaine ", dans *Population*, Numéro 6, Editions INED, Paris 1994. P.1613.

● UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE ?

La population dont les données sont présentées ici concerne principalement les mères de jeune âge résidant en Communauté Française de Belgique dont les informations sont rapportées par les "Avis de naissance" des cinq dernières années (1997-2001) collectés par l'ONE. Pour évaluer les suivis tardifs, nous avons utilisé les données des consultations prénatales des mêmes années.

Les chiffres des 5 dernières années ont été cumulés afin d'obtenir des données plus robustes et d'obtenir une meilleure visibilité des résultats.

D'un point de vue global, aucune variation significative dans la proportion de jeunes mères n'a été constatée durant ces 5 années. On observe même une certaine stabilité avec un taux avoisinant les 4% de mères adolescentes (moins de 20 ans) même si en chiffres absolus le nombre de ces mères augmente dans la BDMS parallèlement à l'évolution du nombre total de naissances.

En France, il y aurait par contre une augmentation des très jeunes mères, celles qui sont âgées de moins de 15 ans. Cette donnée a notamment été relevée par Michèle Uzan³ dans le Rapport français élaboré en 1997. D'après la littérature scientifique, les très jeunes mères seraient davantage victimes de maltraitance (viols et incestes), les IVG (Interruption Volontaires de Grossesses) seraient plus nombreuses dans cette catégorie d'âge et ces adolescentes seraient plus exposées au risque de toxémie gravidique et d'hypotrophie fœtale ; fragilités accentuées par les mauvaises conditions économiques et sociales.

Dans les données de la BDMS nous observons des fluctuations parmi cette population mais ces variations se trouvent dans une fourchette assez minime. On peut penser que l'accès à nos Centres de planning familial par les jeunes adolescentes est relativement performant. Néanmoins, l'augmentation du nombre d'avortements dans cette catégorie d'âge est préoccupant

- Mères par catégories d'âge et par année, 1997-2001

Tableau 2.10

		Année d'inscription					
		1997	1998	1999	2000	2001	Total
Moins de 15 ans	N	11	14	15	9	16	65
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 17 ans	N	363	392	377	390	430	1952
	%	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9
18 - 19 ans	N	1219	1265	1320	1417	1435	6656
	%	2,9	3,0	3,0	3,2	3,0	3,0
20 et plus	N	41626	41153	41795	42339	45636	212549
	%	96,3	96,1	96,1	95,9	96,0	96,1
Total	N	43219	42824	43507	44155	47517	221222
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

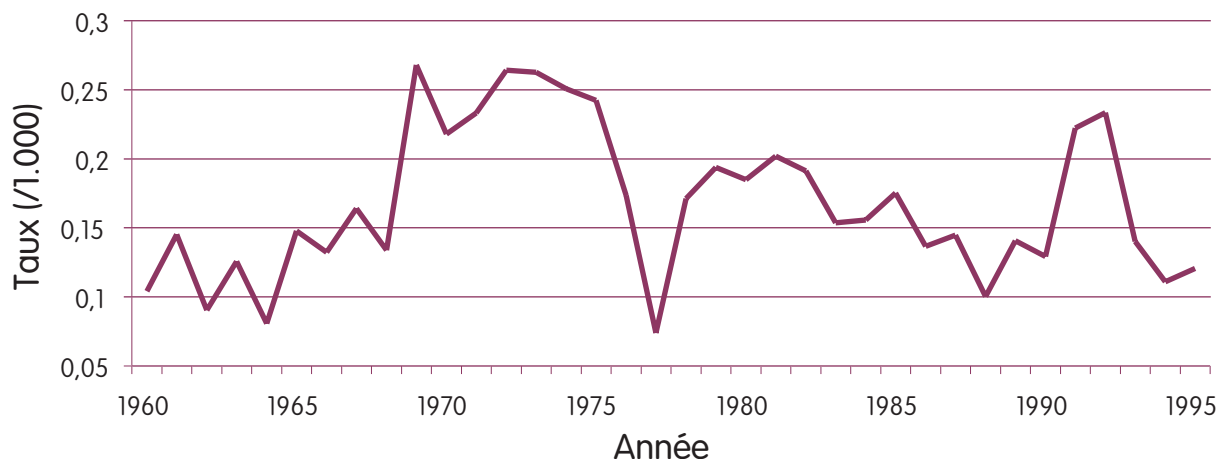
Source : "Avis de naissance" BDMS-ONE ; 1997-2001

Les dernières données de l'INS (Institut National de Statistiques) disponibles datent de 1995 et ne permettent donc pas de certifier l'évolution. La tendance serait à la baisse depuis les années 75.

3) Michèle UZAN, *Rapport sur la prévention et prise en charge des grossesses des adolescentes*, Paris Inserm U 361, 1998.

- Evolution des accouchements de mères de moins de 15 ans par rapport à toutes les naissances en Belgique de 1960 à 1995

Graph2.3



Source : INS

Parmi les caractéristiques générales, on retiendra que plus de 80% des mères adolescentes sont de nationalité belge, et que les autres nationalités les plus représentées sont les populations maghrébines et turques, en particulier à Bruxelles.

- Origine des mères de moins de 20 ans, Bruxelles, Hainaut, Liège et Communauté française, 1997-2001

Tableau 2.11

		Zone géographique d'origine de la mère				
		Belgique	Europe méditer.	Afrique médit et Turquie	Europe non-méditer.	Autres origines
Bruxelles	N	454	61	419	104	158
	%	38,0%	5,1%	35,0%	8,7%	13,2%
Hainaut	N	2690	141	127	16	26
	%	89,7%	4,7%	4,2%	0,5%	0,9%
Liège	N	1507	77	177	14	52
	%	82,5%	4,2%	9,6%	0,8%	1,9%
Toute la Communauté Française	N	6053	311	750	142	257
	%	80,6%	4,2%	9,9%	1,9%	3,4%

Source: "Avis de naissance" BDMS-ONE ; 1997-2001

La répartition géographique des mères de jeune âge n'est pas homogène, le phénomène est particulièrement accentué dans le Hainaut et, à l'autre extrême, le Brabant wallon connaît un taux relativement bas. Bruxelles occupe une position particulière dans cette problématique des mères adolescentes. Nous l'avons vu, la proportion de mères d'origine immigrée y est beaucoup plus importante, la proportion de jeunes mères âgées de 18 et 19 ans y est aussi plus élevée. Ceci doit être mis en relation avec la présence de jeunes couples avec enfant, d'origine immigrée plus nombreux que dans les autres subrégions, le phénomène y est davantage culturel. On constate d'ailleurs qu'à Bruxelles la proportion de naissances légitimes parmi les mères de moins de 20 ans est plus élevée que dans le reste de la Communauté française.

- Répartition par province de résidence des mères adolescentes, selon la tranche d'âge , 1997-2001

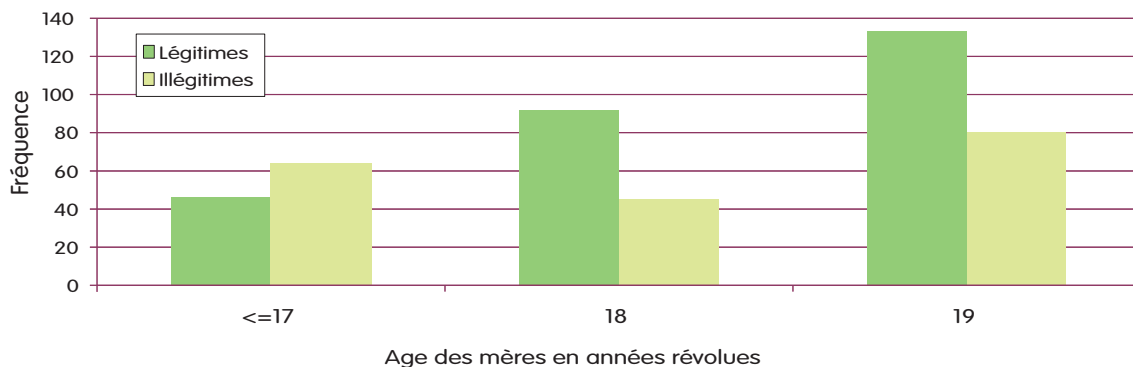
Tableau 2.12

		Groupe d'âge des mères en années			
		< de 15	15 - 17	18 - 19	Total
Bruxelles	N	13	330	1385	1728
	%	0,8%	19,0%	80,2%	100,0%
Brabant Wallon	N	2	60	193	255
	%	0,8%	23,5%	75,7%	100,0%
Hainaut	N	25	755	2545	3325
	%	0,8%	22,7%	76,5%	100,0%
Liège	N	16	461	1477	1954
	%	0,8%	23,6%	75,6%	100,0%
Luxembourg	N	1	116	346	463
	%	0,2%	25,1%	74,7%	100,0%
Namur	N	8	223	663	894
	%	0,9%	24,9%	74,2%	100,0%
Autres résidences	N	0	12	33	45
	%	0,0%	26,6%	73,4%	100,0%
Total	N	65	1957	6642	8664
	%	0,8%	22,5%	76,7%	100,0%

Source: "Avis de naissance" BDMS-ONE ; 1997-2001

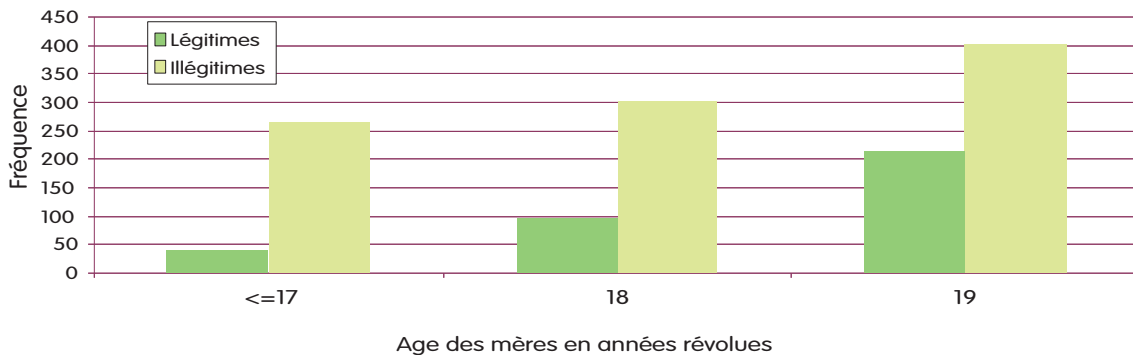
- Fréquence des naissances légitimes et illégitimes dans l'arrondissement de Bruxelles-Capitale ; 1995

Graph2.4 et 2.5



Source : INS ; 1995

- Fréquence des naissances légitimes et illégitimes en Wallonie ; 1995



Source : INS ; 1995

La différence entre Bruxelles et la Wallonie en ce qui concerne la proportion des illégitimes est due à l'effet de la nationalité. Beaucoup de naissances de très jeunes mères à Bruxelles sont issues de femmes maghrébines ou turques mariées, alors qu'en Wallonie, les moins de 20 ans sont belges en majorité et sont moins souvent mariées.

UNE DIMENSION SOCIALE.

Si l'on classe les communes en décile selon le niveau de pauvreté (mesuré ici à travers la proportion de revenus d'insertion : anciennement minimex), on constate que parmi les communes les plus pauvres la médiane des mères de moins de 20 ans est de 5,45% tandis que dans le décile inférieur elle est de 2,14%. La moyenne se situant à 4,0% de mères adolescentes pour l'ensemble de la Communauté française. Dans le tableau qui suit nous avons repris les scores comparatifs (jeunes mères - proportion de revenus d'insertion) parmi les communes ayant la proportion de revenus d'insertion plus important, à l'exception des communes de Spa, d'Etterbeek, d'Ixelles, toutes les communes ci-dessous se caractérisent par un taux de mères jeunes, supérieur ou égal à la moyenne.

- Proportion de mères de moins de 20 ans par commune, classement de 32 communes selon un ordre décroissant du taux de revenus d'insertion

Tableau 2.13

Commune	Proportion de Jeunes mères (- de 20 ans)	Proportion de revenus d'insertion (Par rapport à la population totale)
Liège	4,79%	3,10%
Saint-Gilles	3,91%	3,05%
Huy	5,71%	2,56%
Mons	6,04%	2,47%
Verviers	6,85%	2,40%
Saint-Josse-Ten-Noode	7,33%	2,40%
Etterbeek	2,54%	2,18%
Ixelles	2,38%	1,87%
Seraing	5,45%	1,80%
Charleroi	6,67%	1,78%
Dison	6,39%	1,77%
Dinant	5,22%	1,74%
Namur	4,00%	1,72%
Molenbeek-Saint-Jean	5,19%	1,71%
Bruxelles	4,33%	1,71%
La Louvière	5,80%	1,68%
Erquennes	6,80%	1,57%
Colfontaine	6,37%	1,53%
Châtelet	5,82%	1,53%
Tournai	4,96%	1,48%
Manage	4,79%	1,42%
Saint-Ghislain	4,71%	1,35%
Peruwelz	7,76%	1,31%
Boussu	5,19%	1,30%
Spa	3,72%	1,29%
Virton	4,87%	1,29%
Viroinval	6,54%	1,28%
Sambreville	4,60%	1,27%
Frameries	5,88%	1,25%
Amay	5,18%	1,25%
Couvin	4,71%	1,24%
Schaerbeek	5,40%	1,23%

Sources: "Avis de Naissance" (Proportion de mères jeunes (1997-2001)) et Ministère des Affaires Sociales (Taux de revenus d'insertion : Tous les bénéficiaires divisés par la population de la commune (2000))

SITUATION FAMILIALE

L'isolement social constitue un facteur de risque important sur le plan de la santé de la mère et de l'enfant. Si on considère la situation familiale des jeunes mères de moins de 18 ans, on constate que 58,5% vivent en couple contre 94,3% parmi l'ensemble des mères. Il s'agit le plus souvent de couples non mariés, puisque parmi les mères de moins de 18 ans, seules 14,1% sont mariées.

On constate également qu'un tiers (33,9%) des mères de moins de 18 ans vivent toujours chez leurs parents et que 3,9% vivent en Maisons maternelles.

Les mères adolescentes sont donc relativement plus isolées que les autres mères. Cependant il faut souligner que la grossesse à l'adolescence, vécue en couple constitue l'une des évolutions du phénomène⁴. D'où, on y reviendra, l'importance d'avoir une politique de soutien à la parentalité qui prenne le père en considération.

- Situation relationnelle des mères de moins de 20 ans par tranche d'âge

Tableau 2.14

		Groupe d'âge des mères en années			Total
		< de 18	18 - 19	20 et >	
En couple	N	938	4393	154504	159835
	%	58,5%	83,2%	95,0%	94,3%
En famille	N	544	562	3691	4797
	%	33,9%	10,6%	2,3%	2,8%
Isolée	N	62	279	4084	4425
	%	3,9%	5,3%	2,5%	2,6%
En maison d'accueil	N	58	40	275	373
	%	3,6%	0,8%	0,2%	0,2%
Autre	N	2	7	17	26
	%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Total	N	1604	5281	162571	169456
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: "Avis de naissance"BDMS-ONE, 1997-2001 Inconnues : 23,9%

LE SUIVI -ONE- DE LA GROSSESSE

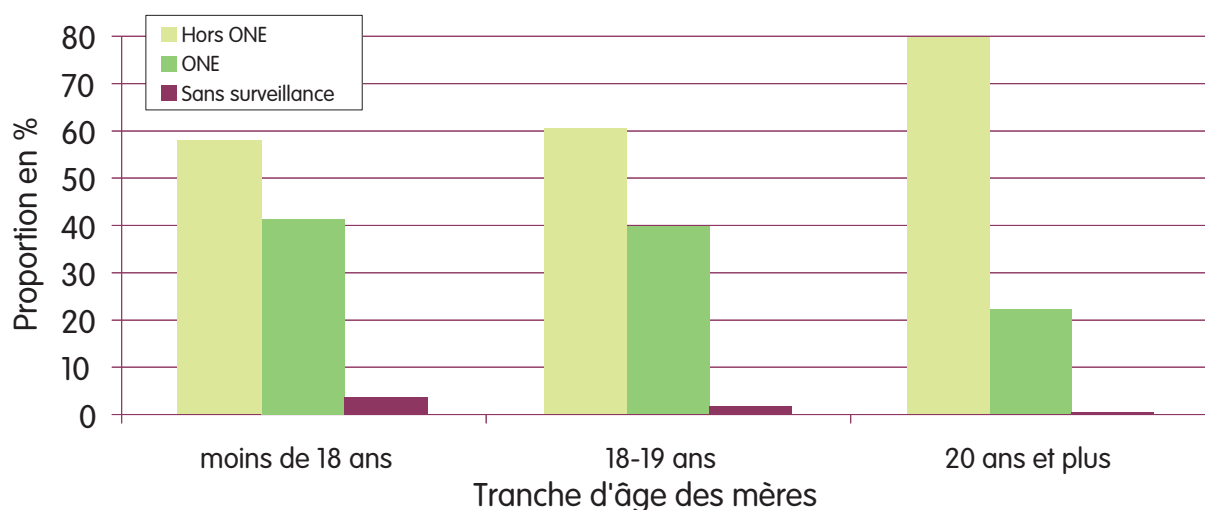
L'O.N.E., à travers ses consultations prénatales offre un service de qualité gratuit et accessible à toutes les futures mères qui le souhaitent ainsi qu'un accompagnement médico-social, notamment à travers les visites à domicile effectuées par les TMS. En tant que service public, il accorde une attention particulière aux populations les plus vulnérables.

Globalement, le taux de couverture des consultations prénatales O.N.E est d'environ 25% des grossesses en Communauté Française, et si l'on se réfère aux données "Avis de naissance", on constate que les mères adolescentes fréquentent plus que les autres les services de l'O.N.E. (40%). Par ailleurs, la proportion de femmes non suivies est plus importante dans cette tranche d'âge (2,8% chez les moins de 18 ans et 1,2% chez les 18-19 ans) au lieu de 0,3% dans la population générale.

4) Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle depuis 1945*, Ed. Perrin, 1997.

- Surveillance prénatale des mères par type de structure, 1997-2001

Graph 2.6



Source : "Avis de naissance" BDMS-ONE ; 1997-2001. Inconnues : 3,3%.

L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

- La prématurité, le petit poids de naissance et la durée gestationnelle

La prématurité on le sait, constitue l'un des risques les plus significatifs du point de vue de l'évolution de la santé du bébé. La relation entre prématurité et âge de la mère a été à plusieurs reprises attestée. Une étude transversale⁵ a montré que chez les jeunes mères (moins de 20 ans), surviennent plus de naissances avant terme, plus de naissances de petits poids et une mortalité infantile plus importante que chez les mères d'âge plus élevé.

- Durée gestationnelle selon l'âge de la mère, 1997-2001

Tableau 2.15

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
22 - 27 semaines	N	98	25	557	590
	%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%
28 - 32 semaines	N	34	94	2280	2408
	%	1,7%	1,4%	1,1%	1,1%
33 - 36 semaines	N	170	559	14092	14821
	%	8,7%	8,6%	6,8%	6,9%
37 - 44 semaines	N	1749	5817	190204	197770
	%	89,2%	89,6%	91,8%	91,7%
Total	N	1961	6495	207133	215589
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues :3,2%.

- Poids de naissance selon l'âge de la mère, 1997 à 2001

Tableau 2.16

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Moins de 1500 g	N	29	87	1835	1951
	%	1,4%	1,3%	0,9%	0,9%
1500 - 2499 g	N	175	599	12784	13558
	%	8,8%	9,1%	6,1%	6,3%
2500 g et plus	N	1802	5900	193651	201353
	%	89,8%	89,6%	93,0%	92,8%
Total	N	2006	6586	208270	216862
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnus : 3,1% .

Les résultats présentés dans la littérature sont relativement disparates quant à l'influence de l'âge maternel sur l'incidence de la grande prématurité. Néanmoins, la grande majorité des études montrent un excès de prématurité chez les mères de moins de 20 ans⁶. Ce que semblent confirmer les données BDMS bien que tant en ce qui concerne la durée gestationnelle que les petits poids de naissance, les différences ne sont pas très importantes. Il faut également garder en mémoire le fait que la prématurité est plus élevée chez les primipares (caractéristique de la quasi totalité de nos mères de moins de 20 ans).

- Le score d'Apgar

Le score d'Apgar permet d'évaluer l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né en salle d'accouchement. Le but de ce contrôle est de s'assurer que le nouveau-né est sain. Il se base sur l'observation de 5 paramètres : la coloration, le rythme cardiaque, le tonus, la respiration, les réflexes. Chaque paramètre est estimé selon une gradation de 0 à 2. L'addition des résultats donne le score d'Apgar. Celui-ci est calculé à 1 minute et à 5 minutes de vie. Un Apgar bas peut être lié à une infection périnatale, une malformation, une souffrance périnatale, etc...

- Score d'Apgar à 1 min. après l'accouchement selon l'âge de la mère, 1997 à 2001

Tableau 2.17

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Apgar 0 à 4	N	93	273	6823	7189
	%	5,0%	4,5%	3,5%	3,6%
Apgar 5 à 7	N	237	705	20671	21613
	%	12,7%	11,6%	10,8%	10,8%
Apgar 8 à 10	N	1532	5092	164508	171132
	%	82,3%	83,9%	85,7%	85,6%
Total	N	1862	6070	192002	199934
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 8,7%.

5), Gordon C, S Smith, Jill P. " Teenage pregnancy ad risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births : population based retrospective cohort study ", 1998.

6)Kline J, Stein Z, Susser M ; *Conception to birth : epidemiology of prenatal development*; Oxford University Press; New York, 1989.

- Score d'Apgar, 5 minutes après l'accouchement selon l'âge de la mère, 1997 à 2001

Tableau 2.18

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
0 (DCD)	N	12	41	939	992
	%	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%
Agar 1 à 6	N	41	89	2601	2731
	%	2,3%	1,5%	1,4%	1,4%
Agar 7 à 10	N	1756	5791	183464	191011
	%	97,0%	97,8%	98,1%	98,1%
Total	N	1809	5921	187004	194734
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 11,1%.

On constate que chez les mères jeunes les scores d'Apgar sont en moyenne inférieurs à ceux rencontrés chez les mères plus âgées. Ces chiffres devraient pouvoir être confirmés. Ils méritent une attention particulière.

LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

- L'analgésie

La péridurale produit une meilleure analgésie obstétricale. On constate qu'il n'existe pas de différence dans le recours aux analgésiques.

- Analgésie chez les mères par âge regroupé, 1997 à 2001

Tableau 2.19

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Aucune analgésie	N	448	1578	49647	51673
	%	22,7%	24,4%	24,5%	24,5%
Péridurale	N	1308	4241	133466	139015
	%	66,2%	65,7%	66,0%	66,0%
Narcose	N	34	115	3998	4147
	%	1,7%	1,8%	2,0%	2,0%
Autre analgésie	N	186	524	15179	15889
	%	9,4%	8,1%	7,5%	7,5%
Total	N	1976	6458	202290	210724
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 2,7%.

- L'induction

Chez les mères jeunes, les accouchements sont moins souvent provoqués et on pratique moins de césariennes que chez les mères plus âgées. Dans le rapport français, Michèle Uzan se disait surprise de ne retrouver que 5,9 % de césariennes parmi les mères de moins de 18 ans, alors que dans l'ensemble du service, il était de 13,8 % avec un taux de forceps équivalent.

- Induction chez les mères par tranche d'âge, 1997 à 2001

Tableau 2.20

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Pas d'induction	N	1317	4235	115466	12101
	%	67,2%	66,1%	59,4%	59,7%
Accouchement provoqué	N	567	1858	62010	64435
	%	28,9%	29,0%	31,9%	31,8%
Césarienne programmée	N	75	311	16748	17134
	%	3,8%	4,9%	8,6%	8,5%
Total	N	1959	6404	194224	202587
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 9,0%.

- L'expulsion

- Mode d'expulsion à l'accouchement par tranche d'âge des mères, 1997-2001

Tableau 2.21

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Spontané	N	1555	4924	143487	149966
	%	78,4%	75,6%	71,5%	71,7%
Ventouse	N	155	542	15270	15967
	%	7,8%	8,3%	7,6%	7,6%
Forceps	N	72	298	8145	8515
	%	3,6%	4,6%	4,1%	4,1%
Césarienne	N	198	745	33393	34336
	%	10,0%	11,4%	16,6%	16,4%
Manœuvre sur siège	N	4	7	313	324
	%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%
Total	N	1984	6516	200608	209108
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Données "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 6,1%.

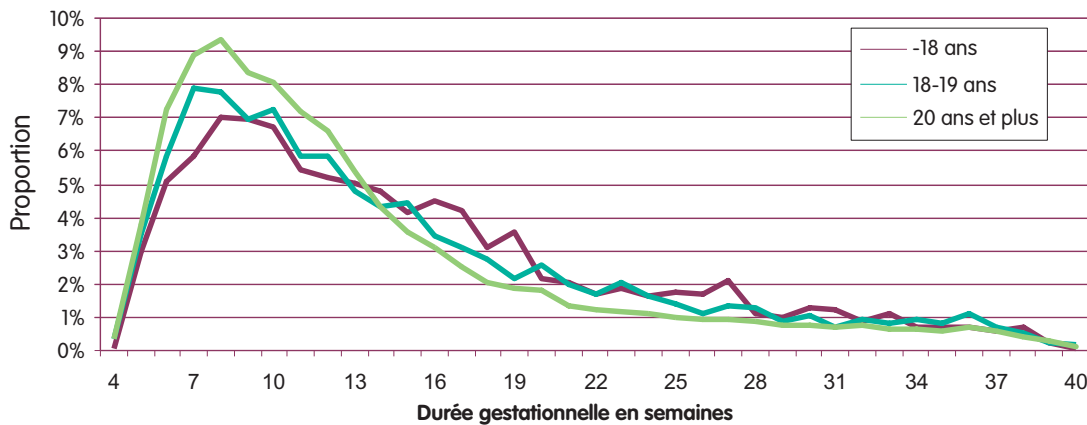
LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

- Les suivis tardifs.

Le suivi tardif (au-delà de 15 semaines) est considéré comme un facteur de risque important. L'ONE recommande un suivi dans le courant du 1er trimestre de gestation.

- Première consultation ONE en fonction de l'âge de la mère parmi les femmes enceintes des CPN-ONE de 1993 à 2001 (N=72.000 femmes enceintes)

Graph2.7

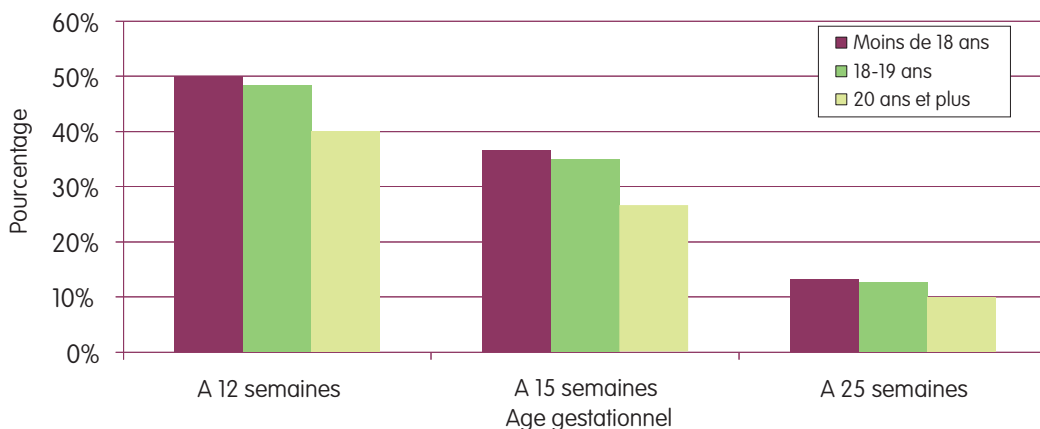


Source : "Consultations Prénatales" BDMS-ONE ; 1993-2001.

Parmi les mères qui fréquentent les consultations prénatales ONE, on constate que les suivis tardifs sont plus fréquents chez les jeunes futures mères (chez les moins de 18 ans, la médiane de la 1ère CPN se situe à la 13ème semaine de gestation au lieu de 11 semaines pour l'ensemble des femmes enceintes des volets CPN de la BDMS), qui prennent peut-être plus tardivement conscience de leur grossesse.

- Proportion de suivis tardifs en CPN ONE à des moments clés de l'âge gestationnel, 1997 à 2002

Graph2.8



Source : "Consultations Prénatales" BDMS-ONE ; 1997-2001

D'une manière générale, on remarque que les suivis tardifs sont relativement nombreux et que la population des jeunes mères constitue de ce point de vue une population à risque. Ces scores peu performants sont à mettre en relation avec les caractéristiques sociales des populations qui fréquentent les consultations prénatales gratuites de l'ONE.

- L'allaitement maternel

L'allaitement maternel constitue un facteur favorable pour le développement physique de l'enfant et le processus d'attachement. Or, comme on le voit dans le tableau qui suit, les jeunes mères allaitent moins leurs enfants que les autres mères.

- Mise au sein après l'accouchement chez les mères adolescentes, 1997 à 2001

Tableau 2.22

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Pas d'allaitement	N	749	2010	48196	50955
	%	41,8%	34,5%	27,7%	28,0%
Immédiate ou précoce	N	954	3517	117669	122145
	%	53,6%	60,3%	67,5%	67,2%
Tardive	N	83	306	8412	8801
	%	4,6%	5,2%	4,8%	4,8%
Total	N	1791	5833	174277	181901
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 17%

- Régime alimentaire à la sortie de la maternité, 1997 à 2001

Tableau 2.23

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Artificiel d'emblée	N	808	2157	52402	55367
	%	41,0%	33,3%	25,8%	26,2%
Abandon de l'allaitement en maternité	N	8	15	230	253
	%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%
Allaitement mixte	N	12	39	1612	1663
	%	0,6%	0,6%	0,8%	0,8%
Allaitement maternel complet	N	1133	4249	148201	153583
	%	57,5%	65,6%	73,0%	72,6%
Néant (Décès du NN)	N	10	19	531	560
	%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%
Total	N	1971	6479	202976	211426
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 3,5%.

- Le tabagisme

Le tabac constitue un facteur de risque très significatif, notamment en ce qui concerne la prématurité et les petits poids à la naissance. Or, on constate que les mères jeunes fument davantage que les mères plus âgées.

- Habitudes tabagiques des mères selon la tranche d'âge, 1997 à 2001

Tableau 2.24

		Age des mères en 3 groupes			
		- de 18 ans	18 - 19	20 et plus	Total
Non - fumeuses	N	790	2624	99643	103057
	%	61,5%	60,7%	79,3%	78,5%
1 à 10 cig/jour	N	317	1012	14574	15903
	%	24,7%	23,4%	11,6%	12,1%
11 à 20 cig/jour	N	125	485	7693	8303
	%	9,7%	11,2%	6,1%	6,3%
+ de 20 cig/jour	N	52	201	3743	3996
	%	4,0%	4,7%	3,0%	3,0%
Total	N	1284	4322	125653	131259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 41,1%.

Les données sur les habitudes tabagiques présentent la particularité d'un taux important d'inconnues, ceci parce qu'elles sont récoltées au chevet de la parturiente. Le moment étant peu propice à la travailleuse médico-sociale, qui rencontre la jeune mère pour la première fois d'aborder des questions touchant à des comportements reconnus comme nuisant à la santé, tant de la mère que du bébé.

- Tabagisme des mères et poids de naissance des nouveaux-nés, 1997 à 2001

Tableau 2.25

		Poids de naissance en catégories			
		< 1500 g	1500-2499 g	>= 2500 g	Total
Non-fumeuses	N	713	5468	97030	103211
	%	0,7%	5,3%	94,0%	100,0%
1-10 cig/jour	N	188	1659	14098	15945
	%	1,2%	10,4%	88,4%	100,0%
11-20 cig/jour	N	121	1146	7044	8311
	%	1,4%	13,8%	84,8%	100,0%
+ de 20 cig/jour	N	94	682	3232	4008
	%	2,4%	17,0%	80,6%	100,0%
Total	N	1116	8955	121404	131475
	%	0,8%	6,8%	92,3%	100,0%

Source : "Avis de naissance" BDMS-ONE, 1997-2001. Inconnues : 41,0%.

Si en ce qui concerne les indicateurs de santé les écarts restent relativement peu élevés entre les mères adolescentes et les autres, et si les mères jeunes accouchent sans trop de difficultés, il n'en va pas de même des comportements de santé pour lesquels les écarts se creusent, puisque les jeunes mères ont un suivi plus tardif, voire pas de suivi, fument davantage et allaitent nettement moins leurs enfants.

Il serait évidemment intéressant de comparer pour chacune de ces variables les résultats à âge égal et dans le même milieu social. En effet, tout semble indiquer que pour ces 4 comportements : l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le suivi de la grossesse, l'allaitement et le tabagisme, les différences sociales demeurent.

Mais quoi qu'il en soit, il serait pertinent de mener une campagne de promotion de la santé ciblée sur les jeunes mères. Le Rapport français de Michèle Uzan auquel nous avons déjà fait allusion, fait état d'une proportion nettement plus large de jeunes mères allaitantes (65 %) ce qui montre que nous pourrions réaliser des progrès en cette matière.

● DAVANTAGE UNE RÉPONSE À UN PROBLÈME

L'INFORMATION NE SUFFIT PAS

Dans les années 70, lorsque le nombre de grossesses à l'adolescence a augmenté, les professionnels ont d'abord pensé qu'il suffisait d'informer les jeunes et de leur donner accès à la contraception pour contenir le phénomène. La réalité est plus complexe. D'une manière générale, dans notre pays, la plupart des jeunes connaissent aujourd'hui les méthodes de contraception et les Centres de planning familial existent dans la plupart des régions. Comme le soulignait Carole Sourdieau, psychologue au Planning Marolles, la grossesse à l'adolescence relève moins d'un problème d'information que d'une dynamique personnelle, car prendre la contraception signifie assumer son choix d'avoir une vie sexuelle; or, beaucoup d'adolescentes n'en sont pas encore là. " Penser à la contraception, ça veut dire qu'on anticipe, qu'on pense qu'avec ce garçon ou cette fille-là, il va éventuellement se passer quelque chose. Prévoir, c'est un peu aux antipodes du côté spontané propre à l'adolescence". Ce dont les jeunes ont besoin c'est d'avoir un dialogue à propos de la sexualité et plus généralement du rapport à leur corps.

D'une manière générale, on peut considérer que l'absence de contraception chez les jeunes peut-être assimilée à une conduite à risque au même titre que d'autres comportements à risque tels le tabagisme, la consommation de drogues, l'excès de vitesse, etc.

En se référant aux données de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesses, le ratio avortements/naissances pour l'année 2001 était de 13% (14775 IVG/114014 naissances).

Durant cette même année, 15% des avortements ont été pratiqués sur les jeunes femmes de moins de 20 ans et 7% chez les moins de 18 ans. On note une augmentation de 2% (soit 419 interventions en plus sur un total de 2208 IVG chez les moins de 20 ans) d'interruptions de grossesses entre 1997 et 2001 chez les femmes de moins de 20 ans, dont 213 chez les moins de 18 ans.⁸

Le Rapport constatait également que parmi les filles de moins de 20 ans qui ont subi un avortement, environ 50% n'utilisaient aucun moyen de contraception pour l'année 2001.

Ce chiffre était en augmentation de plus de 5% dans la population de femmes ayant eu recours à un avortement par rapport à l'année 1997.

DÉSIR D'ENFANT?

Puisqu'il ne s'agissait pas seulement d'un problème de contraception, on s'est alors interrogé sur le désir d'enfant des jeunes adolescentes. La question du désir conscient ou inconscient d'enfant ou de parentalité chez les adolescentes est encore largement discutée. S'il y a peu de grossesses vraiment désirées, la maternité apparaît à certaines comme un moyen de valorisation, une façon de donner un sens à leur vie, une réparation par rapport aux nombreux échecs que ces adolescentes ont dû affronter.

Avec l'allongement de la scolarité et les problèmes d'insertion professionnelle, l'adolescence aujourd'hui s'étire et l'avenir des jeunes apparaît de plus en plus incertain. Aux difficultés communes à cette tranche d'âge, viennent se cumuler, dans les milieux défavorisés, d'autres problèmes liés à l'exclusion sociale et aux difficultés d'assumer, dans un contexte défavorable, l'exercice des rôles parentaux.

7) Françoise Kinna et Alain Cherbonnier, " Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence " Dossier Bruxelles Santé, Question Santé.

8) Rapport à l'attention du Parlement, de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, 2001.

Les grossesses précoces ne sont pas seulement un problème de santé sensu stricto, mais davantage un problème psycho-social, car les caractéristiques psychologiques de l'adolescence (et en particulier le manque de stabilité) cadrent mal avec les besoins de l'enfant et que les parcours familiaux et sociaux sont généralement perturbés par la naissance du bébé.

Comme le notait très justement Myriam de Spiegelaeer dans le dossier Bruxelles-Santé, " les grossesses chez les adolescentes ne sont pas un " problème " mais plutôt une réponse que les jeunes trouvent à leur problème de manque de perspectives et de reconnaissance. "

PORTRAITS MULTIPLES

Dans son travail de fin de stage, Marie-Christine de Terwangne⁹ (TMS EDUS) campe 3 cas de figures qu'elle a eu l'occasion de rencontrer.

" Cela n'arrive qu'aux autres "

Naïveté ? Ignorance ? Défi ? La grossesse dans ce cas survient plutôt sans projet. Elle reflète une scolarisation peu valorisante, image d'un milieu familial étouffant ou perturbé. La grossesse peut aboutir à une I.V.G., si le diagnostic est établi suffisamment tôt. Cette grossesse peut aussi être menée à terme avec l'émancipation de la jeune mère et parfois l'établissement en " famille ". Une autre possibilité est la prise en charge du nouveau-né par les grands-parents ou encore, mais le phénomène est devenu plutôt rare, la mise en adoption du bébé.

" J'en ai marre "

La grossesse équivaut à un coup de " gueule ": " Moi aussi j'existe ". La grossesse est vécue comme un projet. Obtenir une fonction sociale (maman), se valoriser, réussir enfin quelque chose, voire même obtenir des prestations familiales. En manque d'affection, l'enfant leur permet de fonder la famille qu'elles n'ont pas eue et d'avoir quelqu'un qui les aime. Ce sont des grossesses préoccupantes, car souvent non suivies et assorties de comportements à risque (tabac, drogue, boissons alcoolisées, médicaments...). Il peut y avoir un déni d'enfant malgré la satisfaction engendrée par la grossesse. L'enfant né dans ce cas de figure est très souvent exposé à la maltraitance ou à la négligence (dans ce contexte, le nombre de morts subites ou de suites d'infections est multiplié par cinq par rapport à la moyenne)¹⁰

" Une question de culture "

A côté de ces situations à haut risque, il y a également les grossesses chez de très jeunes femmes mariées (ou vivant en couple).

Il s'agit pour la plupart de jeunes immigrées chez qui le mariage précoce est culturel. Le désir d'enfant résulte le plus souvent d'un projet (mais les " accidents " existent aussi). Le suivi de la grossesse et le mariage précoce apparaissent comme quelque chose de " normal " et l'enfant est attendu et accueilli au sein du couple.

Dans son ouvrage *Les grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues*, Charlotte LE VAN¹¹, insiste sur le caractère anachronique de la maternité adolescente aujourd'hui et propose d'examiner le lien entre grossesse précoce et défaut de socialisation. Elle suggère 4 axes d'analyses : l'intégration ou non par rapport au travail et aux études ; l'insertion familiale ou non dans un réseau de relations extra-familiale et conjugale. Un défaut d'insertion dans un de ces axes est susceptible d'expliquer en partie leur grossesse, qui serait alors un moyen d'entrer dans la vie adulte et d'acquérir un statut social, notamment pour celles sorties très tôt de l'école sans diplôme et qui ont peu de chances d'accéder à un emploi. Dans le même sens, un défaut de support relationnel, dans la mesure où il génère une carence affective et des difficultés d'identité, est susceptible de prédisposer l'adolescente à la maternité dans le but de combler ce vide par un enfant.

Mais, "le défaut de socialisation ne paraît pas pouvoir expliquer à lui seul la survenue de la grossesse, mais joue plutôt un rôle catalyseur chez des jeunes femmes dont la maternité correspond à un projet de longue date et à des idéaux familiaux intériorisés"¹².

9) Marie-Christine de Terwangne, *Jeunes mères adolescentes et grossesses*, Mémoire de stage, 1999, pp 9-10.

10) Michèle UZAN, Rapport sur la prévention et prise en charge des grossesses des adolescentes op cit.

11) Charlotte LE VAN, *Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues*, Editions L'Harmatan, 1998.

12) Charlotte LE VAN, op cit p 170

UN PHÉNOMÈNE PLUS FRÉQUENT DANS LES MILIEUX DÉFAVORISÉS

Si la grossesse précoce se retrouve dans tous les milieux sociaux comme en témoignent les portraits d'adolescentes décrits par Marie-Christine de Terwangne qui figurent en annexe, ce phénomène se rencontre plus fréquemment dans les milieux défavorisés comme nous l'avons montré dans la partie statistique. Dans son travail de fin de stage¹³, Christiane Pollet (TMS de Bruxelles) a analysé la situation sociale des mères adolescentes qu'elle a eu l'occasion de rencontrer dans un hôpital bruxellois. Ces données qui n'ont pas pour vocation d'être représentatives n'en sont pas moins révélatrices. Ainsi, parmi les 21 mères adolescentes suivies, 7 sont aidées financièrement par le CPAS, 11 n'ont pas de revenu propre (3 dépendent de leur mari, 6 de leur famille et 2 sont en situation illégale.), 1 est au chômage et 2 données sont inconnues. Seulement 5 sont encore aux études. Dans le Rapport français, Michèle Uzan observe que seulement 58% des jeunes mères sont encore scolarisées. Si dans certains cas, la grossesse provoque l'abandon de l'école, il arrive fréquemment que la grossesse survienne alors que la jeune fille est déjà en décrochage scolaire.

A propos de l'origine sociale des jeunes mères, les observations effectuées par Christiane Pollet sur base d'un questionnaire administré auprès de 10 mères âgées de 13 à 18 ans concernant la situation professionnelle des parents des jeunes filles (grands parents) sont aussi significatives :

Mères : 1 mère travaille (ouvrière)
 2 dépendent du CPAS
 3 sont au chômage
 2 n'ont pas de revenu
 2 sont absentes (à l'étranger)

Pères : 3 sont ouvriers
 2 dépendent du CPAS
 1 est au chômage
 1 est invalide
 1 est pensionné
 1 est décédé
 1 est absent (à l'étranger)

ET LES PÈRES ?

L'une des caractéristiques de l'évolution du phénomène est qu'il est aujourd'hui vécu en couple. Le père est lui aussi un jeune un peu paumé. Mais ces unions précoces ne résistent guère. " La fréquentation fonctionne comme un maternage mutuel que la naissance risque de briser. "¹⁴

Pour être père, il ne suffit pas d'être géniteur. D'un fondement biologique et symbolique de la paternité, on est passé aujourd'hui à un fondement beaucoup plus social. Ainsi dans notre législation par exemple, la mère peut s'opposer à la reconnaissance de l'enfant par son père biologique et l'enfant de 15 ans peut s'opposer à sa reconnaissance par un homme qui prétend être son père. Avec l'évolution de la famille et le travail professionnel des mères, les attentes sont plus grandes par rapport aux investissements paternels. Or, les jeunes pères (et les jeunes mères) manquent d'expérience et de références. Dans un contexte marqué par les ruptures et les recompositions familiales, on aura plus facilement tendance à négliger le géniteur.

Par rapport aux pères, les intervenants sociaux auraient tendance à développer une représentation et des attitudes plus négatives, alors qu'ils accorderaient plus volontiers un soutien à la mère adolescente. Certaines études montrent également que les mères n'auraient pas la même perception que les intervenants au sujet de l'engagement des pères en particulier sur le plan économique:" les mères expriment certaines résistances à favoriser l'engagement des pères-adolescents, en justifiant qu'elles souhaitent davantage accroître leur autonomie."¹⁵

13) Christiane POLLET, 1999 , Grossesses et maternités à l'adolescence, Mémoire de fin de stage, 1999.

14) Yvonne Knibiehler, op cit p.282.

15) Diane Dubeau, Portraits des pères, Dossier de l'Institut Vanier de la famille. P. 15

L'AVENIR DES ENFANTS

Lorsque la mère est relativement bien entourée et soutenue et qu'elle peut mobiliser des ressources, la situation se régularise (voir le portrait de Laurence décrit par Marie-Christine de Terwangne par exemple) mais, lorsque les mères cumulent un ensemble de difficultés d'ordre psycho-social, l'avenir de l'enfant est incertain. Les placements d'enfants sont assez fréquents parmi les mères adolescentes et l'on sait que les risques de maltraitance sont plus élevés que dans le reste de la population. (Voir les vignettes cliniques d'enfants en institutions décrits par D. Rodesch Martens.)

La construction du lien entre la mère adolescente et son enfant se heurte à de nombreux obstacles. La distance entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire est grande et les illusions peuvent rapidement s'effacer. Pour une jeune mère, trouver un équilibre entre l'exercice d'un rôle parental et le fait de vivre sa vie d'adolescente n'est pas chose facile.

Dans les grossesses désirées, la relation à la mère est très présente comme s'il s'agissait de reproduire quelque chose de l'histoire de la mère. Néanmoins, les conflits avec le beau-fils sont fréquents et il n'est pas rare de voir le clan féminin se refermer sur lui-même. On observe aussi que la grand-mère vient en quelque sorte court-circuiter sa fille et l'inonder de conseils, ce qui risque de créer des conflits et des brouillages intergénérationnels peu favorables au développement de l'enfant.¹⁶ Dans les vignettes cliniques d'enfants placés en pouponnière (voir annexe) on trouve des situations difficiles qui nécessitent une séparation au moins temporaire, mais on constate également, comme dans l'histoire de Jessica et d'Audrey, des évolutions favorables.

PARENTS PAS À PAS

La grossesse constitue nous l'avons dit une période de grande vulnérabilité durant laquelle des changements profonds se déroulent : et où tout peut basculer dans un sens positif ou négatif. L'expérience montre qu'un soutien actif des mères adolescentes est possible et que rien n'est jamais définitif. Les résultats publiés à ce sujet par Daniel Paquette pour le Québec sont encourageants en termes de prévention¹⁷. Ils démontrent qu'un suivi intensif des mères adolescentes en difficulté d'adaptation sociale (donc des cas relativement lourds), effectué au cours des 4 premiers mois, permet d'augmenter la réponse sensible des mères à leur enfant. Or, on sait que la sensibilité parentale constitue le meilleur prédicteur de l'attachement à l'enfant.

Si l'autonomie est importante, notamment via la scolarisation et l'insertion professionnelle, il faut aussi donner du temps au temps et permettre à ces adolescentes de grandir. Les psychologues insistent beaucoup aujourd'hui sur l'importance de respecter "le droit à la dépendance" exprimé par certaines de ces jeunes mères, alors que l'on a eu tendance à vouloir les autonomiser le plus rapidement possible. Ces professionnels ont admis qu'au lieu de resserrer le lien mère-enfant, il vaut peut-être mieux organiser une "séparation constructive" afin que la mère puisse dire : "J'ai une vie qui me plaît en dehors de toi mais je t'aime bien et je suis contente de te retrouver" et de développer une fonction maternelle ouverte, souple, modulable à l'infini et permettre une maternité et une paternité pas à pas.¹⁸

● POUR UNE POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

A partir de l'analyse des données de la BDMS, nous pouvons fixer des objectifs opérationnels en matière de prévention de la santé :

- Augmenter la précocité du suivi,
- Soutenir l'allaitement maternel pour celles qui le souhaitent,
- Lutter contre le tabagisme ...
- Accorder un suivi particulier aux enfants prématurés et surveiller le score d'Apgar

Mais, le problème dépasse, nous l'avons vu, très largement le cadre strictement médical. La maternité adolescente a évolué, elle reste un facteur de vulnérabilité surtout lorsqu'elle se conjugue avec d'autres facteurs de fragilité physiques, sociaux, ou psychologiques. Cette problématique aux facettes multiples illustre bien la nécessité pour l'ONE d'adapter sa politique à l'évolution de la société et d'intégrer

16) Dossier Bruxelles-Santé, op cit.

17) Daniel PAQUETTE, " L'efficacité des interventions en foyers de groupe pour mères en difficulté d'adaptation " dans *Défi Jeunesse*, Numéro 8 Montréal, 2002.

18) Yvonne Knibiehler op cit p 283.

aux dimensions de prévention et de promotion de la santé, le soutien à la parentalité. Ce soutien implique une politique de proximité mise en œuvre dans le cadre des consultations et des visites à domicile réalisées par les TMS. Ces visites seront renforcées dans les situations de vulnérabilités. Cette démarche de soutien de parentalité exige des compétences variées et notamment une grande capacité d'observation des relations mères-enfants et d'écoute active, afin de mobiliser les compétences parentales.

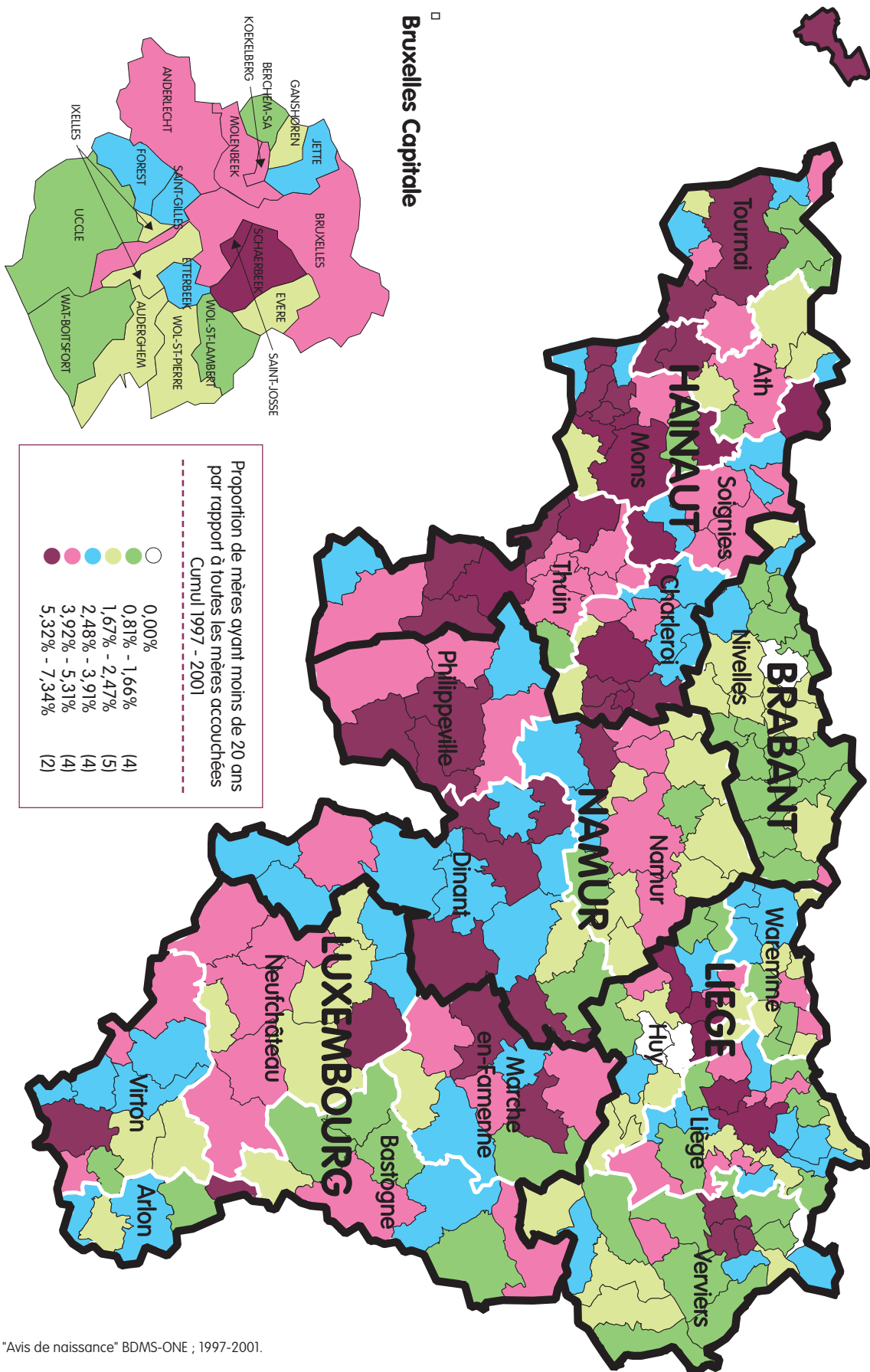
Face à un problème qui dépasse largement la prévention de la santé, il faut également souligner l'importance d'une approche pluridisciplinaire et intersectorielle de bien-être des enfants et des familles¹⁹.

Au niveau global, on soulignera également la nécessité mise en exergue dans le Manifeste de Bruxelles²⁰ d'adopter une politique globale de l'adolescence et de lutter contre les inégalités sociales et les phénomènes de marginalisation.

19) Depuis fin 2002 un groupe de travail s'est constitué à Mons à l'initiative d'une Equipe SOS. Celui-ci se subdivise en quatre groupes qui travaillent - le point de vue juridique- la problématique scolarité et maternité, l'accompagnement des mamans adolescentes et le projet de création de Maisons d'accueil spécialisées ; enfin, la sexualité à l'adolescence et la prévention des grossesses précoces.

20) Manifeste de Bruxelles pour le bien être et la reconnaissance de la dignité de tous les enfants, Actes du colloque du 18 et 19 avril 2002 - ONE Fond Houtman 2002

● Répartition en quintile du pourcentage de mères de moins de 20 ans en Communauté Française, 1997-2001



Source: "Avis de naissance" BDMS-ONE ; 1997-2001.

● ANNEXE : PORTRAITS DE JEUNES MÈRES RENCONTREES EN CONSULTATIONS ONE

Laurence 17 ans vit chez ses parents. Elle est en dernière année d'humanités. Son père est ingénieur et sa mère reste à la maison et élève leurs 8 enfants. Elle est la quatrième.

Laurence ne s'est pas rendue compte qu'elle était enceinte, elle a eu des règles presque chaque mois, a grossi un peu mais ne "le" sentait pas bouger. Personne n'a rien remarqué : ni les parents, ni les frères et sœurs, ni le petit copain, ni les amies. Quand enfin elle s'est rendue compte de sa grossesse, elle était déjà enceinte de 7 mois. Elle n'a jamais osé en parler.

Quand ses contractions ont commencé, sa mère a appelé le médecin de famille et là... embarquement pour la maternité ! Quelques heures plus tard, elle était maman d'une petite fille et a dû annoncer à son petit ami qu'il était papa lui aussi.

En fait, ils sont très heureux tous les deux.

Elle est rentrée à la maison, a arrêté ses études pour s'occuper du bébé et, lorsque le petit ami aura trouvé du travail, ils comptent s'installer ensemble.

Christelle 16 ans vit chez ses parents, de milieu plutôt défavorisé. Elle va plus ou moins à l'école, n'y trouve aucun intérêt et peu de choses l'intéressent. Elle a un copain dont elle n'a pas grand chose à faire, ne prend aucune contraception et se retrouve enceinte.

Son copain ne veut entendre parler de rien (elle ne souhaite d'ailleurs pas la reconnaissance par le père qui ne devrait y avoir aucun droit). Ses parents sont furieux et veulent qu'elle avorte. Et cela, c'est sûr, elle ne veut pas : elle ne sait pas ce qu'elle veut faire de sa vie, mais ce bébé, c'est SON bébé.

Elle part de chez elle, va en " Maison maternelle " et suit une formation vivement recommandée par une éducatrice. Au foyer, elles sont trois à attendre un bébé. Toutes les trois se réjouissent, c'est à qui accouchera la première, qui aura le plus gros bébé, qui retrouvera sa taille le plus vite... Et, elle en plus, c'est un garçon (elle me montre l'échographie qu'elle conserve précieusement dans son porte-feuille).

Ce qu'elle fera plus tard avec son petit, elle ne veut pas y penser. De toute façon, pour le moment, elle est bien dans la Maison maternelle, même si elle y trouve les règles un peu strictes. Pour la suite, on verra, il faut d'abord qu'elle trouve un prénom.

Sandra 16 ans. D'origine indienne, elle a été adoptée à l'âge de quatre ans. Par la suite, ses parents ont eu 2 autres enfants " à eux " (me dit la maman de Sandra elle-même). En situation très conflictuelle avec ses parents (elle a déjà fugué plusieurs fois), Sandra est une jeune fille ravissante qui a décidé de profiter de la vie, a arrêté l'école, a déjà fait quelques photos et aimerait être mannequin. Son petit ami est une nouvelle source de conflit avec ses parents car il est beaucoup plus âgé qu'elle (32 ans), est déjà marié et deux fois père, parfois un peu violent.

Sandra a désiré sa grossesse, elle veut quitter ses parents, s'installer avec son copain et vivre sa vie de mannequin.

Après de grosses disputes familiales et l'intervention du S.A.J. (Service d'Aide à la Jeunesse, car la grand-mère voulait avoir la garde du futur bébé jugeant sa fille beaucoup trop immature), les choses semblent se calmer. Sandra a accouché d'un petit garçon. Elle vit seule avec lui. Le papa l'a reconnu et vient de temps en temps. Elle est en attente d'une formation au Forem et a inscrit son petit bonhomme à la crèche.

Jessica et Audrey

La maman de Jessica est âgée de 17 ans à sa naissance, le père n'est pas connu, il a disparu dès le début de la grossesse.

La maman, légèrement limitée intellectuellement, est elle-même l'aînée de plusieurs enfants, a encore un petit frère très jeune. La grand-mère, alcoolique, séjourne en maison maternelle avec ses 3 enfants.

La grossesse sera donc suivie dans le cadre de la maison maternelle. La jeune mère y sera encadrée, assistée les premiers mois dans l'éducation de Jessica, qui se déroule de manière satisfaisante. La mère se montre chaleureuse, mais également irritable, et connaît des moments de déprime liés à la charge que représente l'enfant, tant au plan matériel qu'affectif malgré l'encadrement. Jessica est un bébé décrit comme souriant mais aussi assez difficile et exigeant. La relation mère-enfant est très fusionnelle.

Jessica grandit, devient plus exigeante. Sa maman a beaucoup de mal à vivre son autonomisation progressive et ses moments d'opposition. Elle n'arrive pas à cadrer Jessica, qui devient fort provocante, accroissant ainsi le désarroi de sa mère. Parallèlement, la maison maternelle souhaite préparer avec la maman son autonomisation progressive. Plusieurs tentatives auront lieu, qui se soldent par des échecs, avec périodes de dépression marquées pour la mère, qui s'avère alors incapable de s'occuper de sa fille. Jessica sera donc orientée vers la pouponnière à plusieurs reprises, d'abord pour des périodes de quelques jours, puis à plus long terme. Elle résidera dans une maison maternelle jusqu'à l'approche des 3 ans de l'enfant.

La maman est accompagnée dans sa relation avec Jessica par le personnel de la pouponnière, tant au plan pratique que d'une élaboration d'un programme de réadaptation. Elle lui rend visite de façon plus ou moins régulière (moins lors de ses périodes de dépression), la reprend en week-end, apprend à gérer progressivement la mise de limites. Parallèlement, elle s'autonomise progressivement, s'installe dans un logement personnel, puis forme un couple avec un adolescent de 15 ans, dont elle aura une seconde fille, Audrey.

A la naissance de Audrey, ses parents sont âgés respectivement de 20 et 16 ans.

La maman a manifestement pu profiter du travail effectué avec Jessica, et parvient à s'occuper d'Audrey avec l'aide de son père. Elle continue à connaître des moments d'épuisement et de dépression, et demande parfois l'accueil de sa seconde fille pour des périodes de quelques jours. Audrey est une enfant souriante, bien plus calme que sa sœur aînée. Jessica rejoint la famille le week-end. La maman formule le désir d'une réintégration familiale pour celle-ci à plus long terme.

Pedro et Laura

A la naissance de Pedro, ses parents sont âgés de 16 et 17 ans. Laura naîtra un an plus tard. Les parents se connaissent depuis déjà plusieurs années. La maman, rejetée par sa propre mère, a été élevée dans un foyer d'accueil, puis accueillie par sa future belle-mère.

La famille du père, d'origine méditerranéenne, constitue un soutien important pour les jeunes parents : Madame dira que "c'est sa belle-mère qui lui a tout appris". Elle éprouve malgré cela des difficultés à s'ajuster aux enfants. Le père semble plus habitué à materner, mais est également fort immature.

Pedro est un garçon fort investi par son père. C'est un enfant facile, bon partenaire, qui s'adapte facilement au changement. Dès 6 mois, il s'alimente d'une manière comparable aux adultes (spaghetti, frites, morceaux de steak,...), faisant ainsi la fierté de son père. Il semble parfois un peu rudoyé, mais ne s'en formalise pas. On signale cependant un hématome sous-sural à l'âge de 1 mois, d'origine inconnue.

Pedro passe volontiers de bras en bras avec confiance et, dans l'ensemble, se développe bien.

Laura naît 11 mois plus tard. Une césarienne en urgence a dû être décidée 5 semaines avant terme. C'est une petite fille prématurée et plus fragile, mais en bonne santé. Le contact est moins facile.

A l'âge d'un mois, Laura est admise aux urgences pour pâleur persistante, suite à une chute du haut d'un divan bas. L'équipe SOS rencontre les parents et une collaboration semble s'instaurer, ils sont invités à faire appel en cas de difficulté.

A deux mois, ses parents la font à nouveau admettre pour hématome au niveau d'un membre. 7 fractures d'âges différents seront diagnostiquées. Les parents nient toute maltraitance. Les deux enfants seront orientés en pouponnière. Après exploration de la situation, il apparaît que les accidents sont le résultat probable de négligences et de comportements brusques, inadaptés à la fragilité de l'enfant. Les enfants sont maintenus en pouponnière durant plus d'une année, avec guidance parentale régulière et retour à domicile progressif. Les résultats sont positifs : la maman a fortement progressé, tant au niveau de l'investissement par rapport aux enfants, que dans ses capacités d'ajustement. Le père se montre plus présent et des aménagements sont trouvés afin de profiter du soutien de la famille élargie. Les enfants rentrent chez eux avec le soutien des travailleurs sociaux de terrain.



*INDICATEURS DE SUIVI
DES ENFANTS A L'ONE*

Le suivi des enfants est réalisé par les équipes médico-sociales de l'ONE dans les Consultations de Nourrissons ainsi que dans les milieux d'accueil collectifs reconnus par l'Office qui sont répartis sur l'ensemble du territoire de la Communauté française.

L'évaluation de ce suivi médical est réalisée depuis 1996 grâce à un recueil de données individualisé, complété par le médecin et le TMS à la fin de la première année de vie de l'enfant.

Nous disposons de données concernant la moitié des enfants réellement suivis à l'ONE. L'étude de ces données nous permet de considérer qu'elles sont représentatives de l'ensemble de la population réellement suivie.

Nous avons choisi cette année d'analyser le suivi de quatre programmes définis comme prioritaires par le Collège des Conseillers médicaux pédiatres.

- **LA VACCINATION**

Nous possédons actuellement des données concernant les vaccinations recommandées pendant la première année de vie de l'enfant. Nous y avons joint les résultats de la campagne de rattrapage de la vaccination contre le méningocoque de type C développée en 2002.

- **L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Les indicateurs retenus pour l'évaluation sont : le pourcentage d'enfants mis au sein à la naissance, le pourcentage des enfants allaités à la sortie de la maternité, le pourcentage des enfants allaités exclusivement à 1 et 12 semaines de vie.

- **LE DÉPISTAGE DES TROUBLES VISUELS**

Les données se rapportent aux expériences de dépistage spécialisé développées avec la collaboration d'orthoptistes dans le Brabant wallon et dans le Hainaut.

- **LE DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS**

L'analyse du programme est éclairé à la fois par les données de la BDMS et par les résultats d'une étude réalisée par le Dr Mansbach, en collaboration avec l'ONE dans les maternités du Réseau des Hôpitaux Iris à Bruxelles.

Dès 2004, la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE s'intéressera aux enfants plus âgés grâce aux "Bilans de santé" qui seront réalisés à trois âges clés: 9 mois, 18 mois et 30 mois.



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

Il importe que les stratégies vaccinales nécessitant le strict respect du calendrier vaccinal soient appliquées avec l'appui des populations concernées et par le plus grand nombre. Il y a donc lieu d'informer les publics concernés sur la pertinence des objectifs visés et sur les modalités de réalisation des vaccins.

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire (arrêté royal du 26 octobre 1966 entré en vigueur le 16 décembre 1966, modifié par les arrêtés royaux du 18 et 22 septembre 2000). Cependant, pour fréquenter les milieux d'accueil, l'ONE exige la vaccination des enfants qui les fréquentent au nom du droit de la collectivité à une protection efficace. Actuellement, les vaccins exigés sont : Poliomyélite, Diphtérie-Tétanos-Coqueluche, Rougeole, Rubéole, Oreillons.

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

La vaccination des enfants s'effectue à trois périodes :

- Dans la petite enfance : on parle de la vaccination de base, c'est-à-dire des vaccins qui sont proposés à tous les enfants dès l'âge de 2 mois et qui leur permettront de s'immuniser contre les dix maladies ciblées dans le programme de vaccination (Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, infections

- invasives par *Haemophilus influenzae b*, Hépatite B, Rougeole, Rubéole, Oreillons et Méningocoque).
- A l'âge de 5-6 ans : les vaccinations de rappel utiles à l'entrée en milieu scolaire.
- A la pré-adolescence : les vaccinations utiles au seuil de la vie adulte.

● DONNÉES POPULATION ONE

L'évaluation de la couverture vaccinale est indispensable pour connaître l'état de réalisation des objectifs généraux et spécifiques par rapport à l'évolution des maladies évitables par la vaccination.

Pour ce faire, l'ONE est non seulement associé par l'intermédiaire de ses travailleurs de terrain (TMS) aux enquêtes de couverture vaccinale réalisées périodiquement en Communauté française (ProVac) mais il recueille aussi des données sur le statut vaccinal des enfants de moins de un an suivis dans ses structures. Ces données sont issues¹ des fiches "Volets 0-1an" qui permettent aussi d'évaluer les programmes de prévention de l'ONE.

Les tableaux ci-dessous présentent les enfants correctement vaccinés pour leurs âges.

Le dénominateur est constitué des enfants qui ont été suivis au moins jusqu'à l'âge de 6 mois².

Dans la première colonne de chaque tableau, le premier nombre de doses fait référence au nombre de doses requises pour avoir une vaccination complète à 6 mois. Le deuxième nombre de doses correspond à des enfants suivis pendant plus d'un an et qui ont donc reçu une dose supplémentaire.

La différence entre le total et le nombre d'enfants correctement vaccinés sont les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés.

A noter: les données inconnues sont incluses et additionnées aux enfants non-vaccinés.

POLIOMYÉLITE

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

Tableau 3.1

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés(2 et 3 doses)	N	14703	12660	11616	14555	14029
	%	96,5	96,1	96,5	97,0	96,1
Tota ●	N	15235	13171	12036	15005	14605
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: BDMS ONE, "Volets 0-1 an". Inconnues incluses

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

1) Voir Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, ONE, 1997

2) Cette distinction est possible grâce à l'introduction de la nouvelle version mise en application à partir des enfants nés en 1999. Le dénominateur utilisé les années antérieures était constitué des enfants qui fréquentaient toujours les consultations à l'âge d'un an. Le dénominateur pour les enfants nés avant 1999 incite donc à interpréter l'évolution vaccinale avant 1999 avec précaution.

DITEPER

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

LA DIPHTÉRIE : 3 cas ont été déclarés en Belgique entre 1980 et 1989. L'épidémie de diphtérie survenue dans les pays de l'est en 1990 et les dizaines de milliers de morts qu'elle a causés rappellent tout l'intérêt de ce type de vaccin. L'état sérologique de la population adulte belge souligne par ailleurs la nécessité d'un renforcement de la protection par les vaccinations de rappel.

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

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

Tableau 3.2

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés (3 et 4 doses)	N	14361	12395	11411	14317	13900
	%	94,2	94,1	94,8	95,4	95,1
Tota ●	N	15239	13169	12037	15005	14604
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: BDMS ONE, "Volets 0-1 an". Inconnues incluses

HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B (HIB)

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

Tableau 3.3

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés (3 et 4 doses)	N	11004	10539	10790	13610	13308
	%	72,2	80,1	89,7	90,7	91,1
Tota ●	N	15241	13164	12034	15005	14605
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: Données BDMS ONE, "Volets 0-1an". Inconnues incluses

Les chiffres des 5 dernières années montrent une très nette augmentation des vaccinations contre l' Hib. La gratuité du vaccin obtenu en 2002 devrait encore améliorer la couverture vaccinale.

HÉPATITE B

La Belgique est une zone de faible endémicité pour l'hépatite B la haute prévalence de ses formes chroniques la rangent parmi les pathologies infectieuses les plus préoccupantes.

Le nombre de porteurs du virus de l'hépatite B en Belgique est estimé à 70.000 (en 1994).

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

Tableau 3.4

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés (2 et 3 doses)	N	4515	5357	5528	10479	11025
	%	29,7	41,0	46,1	69,8	75,5
Tota●	N	15213	13068	11991	15005	14602
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: BDMS ONE, "Volets 0-1 an". Inconnues incluses

Le bond important (+23,7%) dans les vaccinations réalisées en 1999 peut probablement s'expliquer par l'introduction de la vaccination gratuite pour tous les nouveau-nés. Une petite partie de la population reste cependant réticente à recourir à ce vaccin étant donné certains articles de presse inquiétants et jusqu'à présent sans fondement scientifique.

● LA VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE DE TYPE C réalisée en 2002 en Communauté française de Belgique

CONTEXTE

En Belgique, entre 1993 et 2001, on note une augmentation du nombre des infections invasives graves dues au méningocoque, principalement de type B et C.

Une propagation similaire de la maladie est également observée dans les pays européens, d'abord en Angleterre et au Pays-Bas et plus récemment en France.

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

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

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

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

RAPPEL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

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

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

A partir de 1993, on note une augmentation constante du nombre de cas signalés.

En 1999, on relève 297 cas signalés. L'incidence estimée est alors de 3 cas pour 100.000 habitants ; l'incidence réelle compte tenu de cas non déclarés se situant probablement un peu plus haut, à 4 cas pour 100.000 habitants. Cette augmentation semble concerner principalement le méningocoque de type C (33 % des cas en 2000). La répartition par âge montre une plus grande fréquence de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans (40 % des cas) et chez les adolescents (20 % des cas).

PRÉVENTION - VACCINATION

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

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

Avant le démarrage de la campagne de rattrapage vaccinal, un certain nombre d'enfants (estimé à 20 %) avaient donc déjà été vaccinés soit dans le cadre de l'ONE soit par leur médecin privé mais le coût élevé du vaccin (36 €) ne permettait pas de garantir à tous son accessibilité et donc une couverture vaccinale à même d'enrayer la recrudescence de cette maladie.

En 2002, un accord entre le Gouvernement Fédéral et le Gouvernement de la Communauté française a permis de financer l'achat de 200.000 doses de vaccins destinées à offrir la vaccination gratuite aux enfants nés entre 1997 et 2000.

L'ONE a accepté, dans un délai de quelques semaines:

- d'organiser la distribution des vignettes autocollantes donnant accès à une dose de vaccin gratuit;
- d'offrir à tous les enfants des groupes d'âge visés fréquentant habituellement l'ONE ou non, la possibilité d'être vaccinés gratuitement dans ses structures.

LA DISTRIBUTION DES TITRES D'ACCES AUX VACCINS GRATUITS

L'ONE a été chargé d'assurer la distribution à tous les enfants de la Communauté française, de vignettes autocollantes permettant un accès gratuit au vaccin contre la méningite C. Quel que soit le vaccinateur choisi, un titre d'accès gratuit à une dose de vaccin pouvait être retiré par les parents dans la consultation ONE habituelle ou la plus proche du domicile, sur simple présentation d'une pièce d'identité et du carnet de l'enfant ou d'une carte de vaccination attestant que l'enfant n'était pas déjà vacciné contre le méningocoque de type C. Les enfants fréquentant un milieu d'accueil collectif reconnu par l'ONE ainsi que leurs frères et sœurs plus âgés appartenant aux cohortes visées, pouvaient recevoir une vignette dans leur milieu d'accueil.

Afin de permettre un étalement de la campagne sur six mois, le calendrier de distribution des titres d'accès au vaccin a été planifié de la manière suivante :

Mars 2002 : enfants nés en 2000

Avril 2002 : enfants nés en 1999

Mai 2002 : enfants nés en 1998

Juin 2002 : enfants nés en 1997

L'information à la population s'est faite par la presse écrite et par des spots publicitaires radiophoniques. Un numéro d'appel téléphonique (téléphone vert) était ouvert au public.

Les travailleurs médico-sociaux et les médecins de l'ONE et des milieux d'accueil subsidiés ont également réalisé une information large de la population lors des permanences, des visites à domicile et des consultations de l'ONE.

NOMBRE D'AUTOCOLLANTS REMIS AUX PARENTS PAR TRANCHE D'ÂGE (CONSULTATIONS ET MILIEUX D'ACCUEIL) - Tableau 3.5

	Enfants nés 1997	Enfants nés 1998	Enfants nés 1999	Enfants nés 2000	Total des autocollants distribués
Bruxelles	2.848	2.911	3.355	4.321	14.399
Brabant wallon	1.052	1.068	1.170	1.566	4.858
Hainaut	4.708	4.544	4.868	6.154	20.331
Liège	3.061	3.083	3.183	4.031	13.595
Luxembourg	1.562	1.565	1.640	2.059	6.826
Namur	1.321	1.419	1.482	2.098	6.323
TOTAL C.F.	14.552	14.590	15.698	20.229	66.332

Remarque : le total général est supérieur à la sommation de chacune des colonnes selon l'année de naissance, on dénombre en effet 1263 autocollants remis aux parents pour lesquels l'année de naissance n'est pas mentionnée.

LES ENFANTS VACCINÉS PAR L'ONE

NOMBRE D'ENFANTS VACCINÉS PAR TRANCHE D'ÂGE (CONSULTATIONS ET MILIEUX D'ACCUEIL) - Tableau 3.6

	Nbre d'enfants vaccinés nés en 1997	Nbre d'enfants vaccinés nés en 1998	Nbre d'enfants vaccinés nés en 1999	Nbre d'enfants vaccinés nés en 2000	Total
Bruxelles	2.511	2.628	3.477	5.000	14.385
Brabant wallon	488	511	656	969	2.624
Hainaut	3.642	3.604	4.306	5.656	17.295
Liège	2.059	2.068	2.395	3.279	9.927
Luxembourg	860	897	1.019	1.389	4.165
Namur	805	815	937	1.319	3.885
TOTAL C. F.	10.365	10.523	12.790	17.722	52.281

Remarque : le total général est supérieur à la sommation de chacune des colonnes selon l'année de naissance, on dénombre en effet 881 enfants vaccinés pour lesquels l'année de naissance n'est pas mentionnée.

L'ONE a vacciné plus d'enfants nés en 1999 et en 2000. Cela s'explique par le fait qu'un pourcentage plus élevé de très jeunes enfants fréquentent les structures ONE.

Si on se rapporte aux " Avis de Naissance " portés à la connaissance de l'ONE, nous avons vacciné 23,8 % de la population des enfants nés en 1997 (43.589), 24,3 % de la population des enfants nés en 1998 (43.252), 29,1 % de la population des enfants nés en 1999 (44.031) et 39,7 % de la population des enfants nés en 2.000 (44.604).

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

De plus, le nombre d'enfants réellement vaccinés est probablement sous-évalué puisque nous ne disposons des données que de 86 % des Consultations de Nourrissons et de 75 % des crèches et pré-gardiennats.



Evolution de l'allaitement maternel parmi la population des enfants suivis dans les structures de l'ONE

ATTITUDE CONCERNANT LA MISE AU SEIN À LA NAISSANCE

Par immédiate/précoce, il faut entendre juste après l'accouchement et au maximum deux heures plus tard. Une mise au sein est considérée comme tardive lorsqu'elle a lieu plus de deux heures après l'accouchement.

Tableau 3.7

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Néant	N	10741	10700	10334	10342	10493	9272
	%	29,5	30,1	28,5	27,5	25,3	23,3
Immédiate/Précoce	N	23829	23147	24309	25343	28619	28358
	%	65,5	65,1	67,0	67,5	68,9	71,4
Tardive	N	1811	1726	1644	1865	2444	2107
	%	5,0	4,9	4,5	5,0	5,9	5,3
Total	N	36381	35573	36287	37550	41556	39737
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	16,2	17,3	17,3	15,5	16,6	16,6

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

RÉGIME ALIMENTAIRE DES ENFANTS À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ - Tableau 3.8

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Artificiel d'emblée	N	11862	11640	11270	11172	11515	10427
	%	28,2	27,8	26,6	25,8	23,7	22,3
Abandon de l'allaitement en maternité	N	37	28	49	70	86	139
	%	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
Allaitement mixte	N	443	428	336	384	425	388
	%	1,1	1,0	0,8	0,9	0,9	0,8
Allaitement maternel complet	N	29757	29805	30730	31625	36490	35727
	%	70,6	71,1	72,4	73,0	75,1	76,5
Néant (Décès du NN)	N	34	34	54	49	46	34
	%	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	N	42133	41935	42439	43300	48562	46715
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	2,9	2,6	3,2	2,5	2,6	2,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

On observe une diminution de l' allaitement "artificiel d'emblée" au profit d'une augmentation de l'allaitement maternel complet. En 2002, plus des 3/4 des enfants sont allaités exclusivement au sein lors du passage du TMS en maternité (endéans les 5 jours à la maternité).

La médiane de l'allaitement maternel exclusif pour la Communauté française est égale à 7 semaines et ce, pour les enfants nés de 1996 à 2000.

PROPORTION D'ENFANTS ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT AU SEIN À 1 SEMAINE - Tableau 3.9

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	N	8863	7765	7157	11574	11478
	%	63,8	66,5	68,3	67,0	67,3
Total d'enfants vus au moins 2 fois dans une structure ONE	N	13891*	11670*	10481*	17279	17053
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues (%)	%	8,9	11,5	13,8	11,0	11,0

Source: BDMS ONE, "Volet 0-1an"

*=Enfants suivis dans une structure ONE

Dans la population d'enfants de moins d'un an qui a fréquenté nos structures ONE au moins deux fois, un peu plus de 2/3 sont allaités exclusivement au sein à 1 semaine. Et parmi ces enfants, plus 1/3 continuent à être allaités exclusivement au sein à 12 semaines.

PROPORTION D'ENFANTS ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT AU SEIN À 12 SEMAINES - Tableau 3.10

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	N	3093	2782	2615	4030	4147
	%	22,3	23,8	24,9	23,3	24,3
Total d'enfants vus au moins 2 fois dans une structure ONE	N	13891*	11670*	10481*	17279	17053
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues (%)	%	8,9	11,5	13,8	11,0	11,0

Données BDMS ONE, "Volet 0-1an"
 *=Enfants suivis dans une structure ONE
 Dans la population d'enfants de moins d'un an qui a fréquenté nos structures ONE au moins deux fois, environ 24% sont allaités exclusivement au sein à 12 semaines.



Dépistage des troubles visuels chez le jeune enfant dans le cadre de l'expérience particulière menée par l'ONE dans le Brabant wallon et dans le Hainaut.

HISTORIQUE DU PROJET

Dès 1981 un prix Nobel couronne les travaux mettant en évidence les mécanismes du développement de l'amblyopie fonctionnelle. Lorsqu'un œil envoie au cerveau une image moins bonne que l'autre œil, soit parce qu'il présente un défaut de réfraction, soit parce qu'il ne fixe pas dans le même axe que l'autre (strabisme), cet œil ne développera pas toutes ses potentialités visuelles. Les couches cellulaires du cortex visuel seront moins denses. L'œil ne développera pas bien ses connections avec le cerveau et il perdra encore de l'acuité. Cette œil deviendra insuffisant et ce, définitivement. C'est l'amblyopie fonctionnelle. Cette amblyopie est la première cause de trouble de la vision unilatérale en Europe et aux Etats-Unis, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Or, traitée tôt, c'est-à-dire entre 2 et 3 ans, cette amblyopie est hautement guérissable alors qu'elle est quasi irrécupérable au-delà de l'âge de 6 ans.

A l'ONE, la prévention des troubles de la vue était déjà au centre des préoccupations dans les années 1980. Cependant, les tests à réaliser restaient d'interprétation difficile, demandaient du temps et nécessitaient la collaboration de l'enfant.

A partir de 1995 survient un important changement qualitatif dans le dépistage : Il s'agit du développement et de la commercialisation des réfractomètres portables. Ces appareils, utilisés par un personnel compétent (formation d'orthoptiste) permettent une évaluation automatisée fiable, quantitative et objective de la capacité de réfraction des yeux. Ces appareils existaient déjà depuis 1985 mais étaient très grands, intransportables et assez effrayants pour les jeunes enfants. L'appareil mis sur le marché en 1995 a la taille d'une caméra. Le dépistage, absolument non invasif (sans risque pour l'enfant) demande un minimum de collaboration de celui-ci.

En 1997, l'ONE s'associe aux "Amis des Aveugles de Ghlin" ainsi qu'au Pr Cordonnier pour analyser la faisabilité dans le cadre de ses structures, de l'utilisation de cet appareil combiné aux tests précédemment développés par le Dr Paris (biprisme, lang, planche d'acuité visuelle).

Depuis juin 1997, grâce à l'I.P.E.J. (Initiatives Pour l'Enfance et la Jeunesse), aux Amis des Aveugles de Ghlin, au Fonds Houtman, et au Dr L. Gilbert, un orthoptiste, formé par le Dr Cordonnier à l'Hôpital Erasme dans le service d'ophtalmologie du Professeur Zanen, sillonne le Brabant Wallon et assure le dépistage visuel

systématique des enfants au sein des milieux d'accueil collectifs et dans les consultations pour enfants. Cette période a permis de mettre au point, de tester, d'améliorer et d'évaluer l'ensemble du processus de dépistage proposé.

Depuis janvier 2002 outre l'expérience du Brabant Wallon qui répond à l'ensemble de la demande du terrain pour cette subrégion, un partenariat avec les Amis des Aveugles de Ghlin, et le Kiwani de Mouscron a été développé pour permettre à deux orthoptistes de consacrer chacun deux demi-jours par semaine à la réalisation de consultations similaires dans le Hainaut.

A partir de septembre 2003, ce dépistage sera généralisé à l'ensemble de la Communauté française.

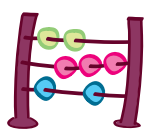
RÉSULTATS

Dans le Brabant wallon, 10.782 enfants ont été examinés entre juin 1997 et décembre 2002, 1099 (10,2 %) avaient un examen anormal.

Dans le Hainaut en 2002, 1.600 examens ont été réalisés, 1341(83.8 %) étaient normaux, 11 irréalizable, 140 (8.75 %) douteux et 108 (6.75 %) anormaux.

Tableau 3.11

Subrégion	Année de dépistage	Nbre d'enfants examinés	Nbre d'enfants sans trouble visuel détecté	Nbre d'enfants adressés à l'ophtalmologue examens anormaux ou douteux	Nombre d'examens irréalisables
Brabant Wallon	Juin 1997 à mai 1998	1520	1359	161	
	Juin 1998 à mai 1999	1929	1735	194	
	Juin 1999 à mai 2000	2139	1907	232	
	Juin 2000 à mai 2001	2038	1839	199	
	Juin 2001 à mai 2002	2037	1836	201	
	Juin 2002 à décembre 2002	1119	1007	112	
Hainaut	2002	1600	1341	248	11
Total		12.382 (100,0%)	11.024 (89,0 %)	1347 (10,9 %)	11 (0,1%)



LE DÉPISTAGE AUDITIF

● LE DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS DE L'ONE

Les atteintes auditives sont de deux ordres:

- Les troubles de la perception qui touchent l'oreille interne ou les voies sensorielles centrales. Il s'agit d'atteintes irréversibles mais pouvant souvent bénéficier de techniques de rééducation adaptées, appareillages ou implants cochléaires.
- Les troubles de la transmission qui touchent l'oreille moyenne. Il s'agit d'atteintes de la sphère ORL susceptibles d'amélioration spontanée ou suite à un traitement.

Le dépistage des troubles auditifs doit viser deux objectifs:

- Le dépistage des surdités néonatales permanentes (surdités de perception)
- Le dépistage des troubles de la sphère ORL (surdités de transmission)

LES SURDITÉS NÉONATALES PERMANENTES (SURDITÉ OU HYPOACOUSIE DE PERCEPTION)

L'importance de la précocité du diagnostic doit permettre la mise en place de mesures thérapeutiques adéquates (techniques de rééducation adaptées, prothèses, implants cochléaires) qui influenceront grandement le développement ultérieur de l'enfant particulièrement en ce qui concerne le développement du langage et l'éveil intellectuel.

Depuis une dizaine d'années, il est devenu possible d'amener un enfant sourd profond à suivre une évolution très proche de celle d'un enfant entendant si sa pathologie est diagnostiquée et prise en charge de manière précoce, c'est-à-dire avant l'âge de 6 mois. Ce changement fondamental dans le domaine de la surdité constitue certainement un des progrès les plus spectaculaires de la médecine actuelle.

De plus, la plasticité du système nerveux auditif central s'estompe au-delà de l'âge de trois ans et le dépistage et la prise en charge adéquate de ces enfants avant l'âge de six mois modifient considérablement l'acquisition ultérieure du langage.

L'ONE ne doit pas se borner à promouvoir le dépistage précoce de la surdité mais, dans le cadre de sa mission, elle doit aussi envisager le soutien psycho-social aux parents d'enfants déficients auditifs en partenariat avec les Centres d'aide précoce et les centres de Santé pour sourds. En effet, l'aspect d'acquisition de la symbolique du langage demande un abord multidisciplinaire alliant des techniques médicales, un soutien psycho-social et le développement de méthodes d'acquisition de la symbolique du langage telles que la langue des Signes, etc.

La prévalence des surdités néonatales permanentes est estimée entre 1,2 et 3,2 / 1000 naissances (pour un déficit de 40 dB). Cette prévalence est plus élevée dans certains groupes à risque comme les grands prématurés mais un dépistage limité aux seuls enfants à haut risque ne permettrait de dépister que 50% des surdités.

De plus un nombre non négligeable (20 à 30%) de ces surdités sont d'installation progressive (évolutives); le déficit auditif peut donc n'apparaître que pendant les 6 à 12 premiers mois de vie.

L'étiologie peut être congénitale, liée à une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement, génétique, ou acquise suite à une infection méningo-encéphalique, un traitement ototoxique, ou un traumatisme du crâne.

LES TROUBLES DE LA SPHÈRE ORL (SURDITÉS DE TRANSMISSION)

Ces troubles sont secondaires à des infections ORL à répétition (notamment l'hypertrophie des végétations adénoïdes et l'otite séro-muqueuse). Ils sont particulièrement fréquents pendant les premières années de vie de l'enfant. Leur prévalence est mal connue.

Dans certains cas, ils régressent spontanément, dans d'autres, ils entraînent une diminution durable de l'audition, des troubles du langage, des troubles respiratoires et orthodontiques ainsi que la possibilité d'infections graves de voisinage

MÉTHODE

Idéalement, un dépistage systématique devrait se faire de manière précoce : lors du séjour en maternité ou du premier mois de vie. Puis, un second dépistage systématique devrait se faire entre 9 et 12 mois de vie.

Les méthodes utilisées devraient être "objectives" sous forme :

Soit d'otoémissions acoustiques provoquées (OEAP) : Il s'agit de l'analyse des sons émis par les cellules ciliées externes de l'oreille interne.

Soit de potentiels évoqués auditifs (PEA) : L'oreille est soumise à un son, le cerveau y répond par une activité électrique mesurable par des électrodes installées sur le cuir chevelu (application de la technique d'électro-encéphalographie).

SITUATION ACTUELLE DANS LES STRUCTURES DE L'ONE

Les consultations de l'ONE ne disposent pas actuellement de ce matériel. Cependant, afin de développer à l'avenir un programme performant de dépistage des troubles auditifs, l'ONE s'est associé à une expérience pilote menée au sein des hôpitaux publics bruxellois du réseau IRIS.

De plus, dans les consultations de nourrissons et lors des visites à domicile, les équipes médico-sociales de l'ONE sont attentives à la surveillance des capacités auditives des jeunes enfants à travers différentes méthodes comportementales (réactions aux bruits, réflexe d'orientation vers une source sonore, apparition du gazouillis, des premières syllabes, du langage, compréhension d'ordres simples, test de la voix chuchotée, etc.).

● EXPÉRIENCE PILOTE MENÉE PAR L'ENSEMBLE DES HÔPITAUX PUBLICS BRUXELLOIS DU RÉSEAU IRIS

Partant du constat que des progrès importants ont été réalisés ces dernières années en matière de dépistage et de réhabilitation de la surdité profonde de l'enfant mais qu'il n'existe, dans la partie francophone du pays, aucun remboursement pour un dépistage systématique de la surdité, le Dr Mansbach (ORL) et le Dr Deltenre (neurophysiologiste) ont développé une recherche de 2 ans portant sur l'opportunité et la faisabilité d'un dépistage systématique de la surdité en maternité. Cette recherche a été menée au sein de plusieurs maternités bruxelloises du réseau IRIS (Inter-hospitalière Régionale des Infrastructures de Soins) avec le soutien de l'Observatoire de la Santé et de la Commission Communautaire Commune et la collaboration de l'AEDES (agence européenne pour le développement et la santé).

Cette étude a débuté le 01/12/2000 et s'est terminée le 31/12/2002.

Les objectifs étaient les suivants :

- Identifier les enfants nés dans 3 maternités bruxelloises présentant des problèmes d'audition à la naissance ou durant la 1ère année de vie ;
- Vérifier que ces enfants étaient bien pris en charge par le système hospitalier et ensuite par un organisme de réhabilitation du langage et de l'audition ;
- Fournir une estimation du coût de la mise en œuvre de ce dépistage systématique.

Le dépistage a consisté en la mise en place de 1 à 3 tests en série, en cas du résultat positif du test. Les 2 premiers tests consistaient en l'enregistrement d'oto-émissions acoustiques (OEAP), le 3ème test était un Potentiel Evoqué Auditif (PEA).

Durant la 1ère année, le dépistage a été évalué au niveau de la maternité de l'Hôpital Brugmann.

Durant la 2ème année, les maternités de l'Hôpital d'Ixelles et de l'Hôpital Erasme ont été incluses en pas une organisation du dépistage, mais certains critères minimaux à respecter :

- Mettre en place un système de collecte des données ;
- Réaliser des feed-backs réguliers pour évaluer l'efficacité du dépistage ;
- Organiser un système permettant de suivre le plus efficacement possible les enfants à problème.

Les dépistages organisés au niveau des 3 maternités (Ixelles, Erasme et Brugmann) ont permis d'effectuer un dépistage complet pour 4080 enfants nés en 2002 dans ces maternités.

- 4060 couples ont été rassurés quant à l'état auditif de leur enfant.
- 14 enfants ont été diagnostiqués comme souffrant de surdité de transmission (touchant l'oreille moyenne et totalement réversible). Soit 3,4 pour 1000.
- 6 cas de surdité sensori-neurale à des degrés divers ont été identifiés, soit 1,5 pour 1000.
Parmi ces 6 enfants, 4 d'entre eux ne présentaient à priori aucun facteur de risque de surdité.

Sans le dépistage généralisé, il est probable que les problèmes de ces enfants n'auraient pas été diagnostiqués aussi tôt et qu'une prise en charge précoce n'aurait pas été possible.

Du point de vue organisation, l'étude nous a montré qu'il est impossible d'imposer un protocole strict à une structure hospitalière. La solution la plus efficace est d'adapter le processus de dépistage aux moyens (matériels et humains) et aux habitudes de travail de chaque structure.

La mise en œuvre d'une politique d'information et de sensibilisation des parents et du personnel médical a semblé être un élément important dans l'efficacité du dépistage.

En résumé, l'étude montre :

- que le dépistage systématique de la surdité est opportun et réalisable ;
- que le financement de cette activité est indispensable.

● **LES DÉPISTAGES AUDITIFS BASÉS ESSENTIELLEMENT SUR DES MÉTHODES COMPORTEMENTALES**

Afin d'identifier les types de déficit auditifs mis en évidence dans les consultations de l'ONE, nous avons procédé à une analyse des cas des enfants nés en 1999, et signalés comme ayant un trouble auditif dans le volet 0-1 ans rempli en 2000. 29 cas étaient répertoriés sur 17.053 "Volets 0-1 an".

Nous avons pu retrouver des informations concernant le suivi pour 24 d'entre eux dont 1 cas semblerait être une erreur d'encodage.

13 cas sont des otites séro-muqueuses ayant entraîné un trouble auditif de transmission.

Sur ces 13 cas, 2 ont été diagnostiqués dans les premiers jours de vie, un autre à l'âge de deux mois, les 10 autres cas se situent autour de la première année de vie.

9 cas sur 13 ont nécessité la pose de drains trans-tympaniques (soit 0,8 pour 1000).

2 cas sont des fentes palatines, l'évolution ORL semble favorable après intervention chirurgicale.

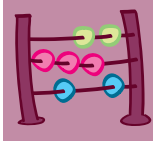
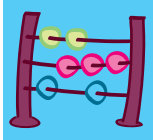
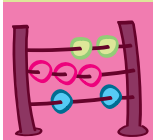
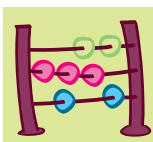
1 cas est une suspicion de surdité sur œdème cérébral, surdité non confirmée.

6 cas relèvent de surdité ou hypoacousie périnatale permanente (soit 0,3 pour 1.000).

Tableau 3.12

Nombre d'enfants	Renseignement sur le trouble auditif
2	Surdité dans le cadre d'un syndrome polymalformatif
1	Grossesse gémellaire, préma 27 sem. , infection périnatale, PEA: seuils à 60dB à D; 70 dB à G;
1	Oedème cérébral, surdité suspectée , pot évoqués normaux
1	Fente palatine opérée, contrôle ORL excellent
1	Surdité congénitale et familiale, suivi par centre spécialisé
1	Fente palatine opérée, surdité de transmission soignée par drains transtypaniques
1	Surdité unilatérale sur malformation congénitale d'une oreille.
1	Hémorragie cérébrale, surdité partielle à l'audiométrie à 2 mois
9	Otites séro-muqueuses avec pose de drains transtypaniques
4	Otites sero-muqueuses d'évolution favorable sous traitement médicamenteux

Ces résultats démontrent que les méthodes d'analyse comportementale utilisées par les équipes médico-sociales de l'ONE, même si elles permettent de dépister un certain nombre de cas de surdité, donnent des résultats nettement inférieurs aux méthodes objectives actuellement développées de façon plus ou moins importante par les maternités. Il est donc indispensable qu'une réflexion s'installe entre les maternités, l'ONE, les ORL spécialisés dans cette problématique, les centres de santé pour sourds et la Santé Publique pour mettre sur pied un système performant de dépistage précoce des troubles auditifs accessible à tous les enfants de la Communauté française.



CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Organiser une collecte de données dans un domaine aussi vaste que la protection maternelle et infantile constitue déjà en soi un objectif difficile à atteindre. La développer avec la collaboration de près de deux milles collaborateurs et collaboratrices, médecins et TMS, répartis sur l'ensemble du territoire de la Communauté française constitue un défi que nous sommes progressivement en train de gagner grâce à l'enthousiasme de certains et la bonne volonté de tous.

En ce qui concerne les données issues des " avis de naissances " et qui concernent donc la période périnatale, nous pouvons actuellement considérer qu'elles sont fiables et représentatives de la population de la Communauté française. Cependant, nous devons rester attentifs à maintenir cet outil performant malgré les modifications importantes de la durée du séjour en maternité, phénomène amorcé depuis quelques années, mais qui, s'il s'intensifie encore, mettra l'ONE en difficulté pour établir un contact avec toutes les mères en maternité. Ce phénomène est inquiétant, non seulement dans le domaine de la récolte de données mais également en terme de suivi médical. Si des études récentes tendent à montrer que la sortie précoce de la mère et de l'enfant ne semble pas avoir d'impact négatif sur la santé de la mère, on note par contre une augmentation de ré-hospitalisation, en urgence, de tout jeunes bébés. Dans le but de clarifier et de consolider les relations que l'ONE entretient avec les différentes maternités de la Wallonie et de Bruxelles, Le collège des Conseillers Médicaux Gynécologues élabore un modèle de convention qui sera proposé à toutes les maternités en 2003-2004. De plus, nous avons bon espoir de pouvoir informatiser notre service de liaison en 2004.

En ce qui concerne le suivi des enfants dans les consultations de nourrissons et dans les milieux d'accueil, des modifications importantes apparaîtront dans le prochain rapport. En effet, l'analyse sur plusieurs années de l'utilisation et des résultats des " volets 0-1 an " nous a montré l'intérêt et les limites d'un tel document. C'est sur base de ces enseignements que l'équipe de la BDMS en collaboration avec le Collège des Conseillers Médicaux Pédiatres et après consultation des TMS de terrain, a élaboré de nouveaux types de récolte de données intitulés " Bilans de santé ". De forme beaucoup plus conviviale, ces " bilans de santé " seront à l'avenir réalisés lors de la rencontre avec l'enfant et ses parents, à trois moments clefs du suivi médical de l'enfant, c'est à dire à 9, 18 et 30 mois. Les données récoltées dans ces " bilans de santé " correspondront chaque fois à des programmes de santé définis comme prioritaires et pour lesquels un bilan est recommandé à l'âge considéré.

A côté des données de santé, des indicateurs internationalement reconnus comme permettant d'évaluer le niveau socio-économique d'une population seront intégrés. C'est certainement à ce niveau que la BDMS est la moins performante. Un effort particulier devra donc être réalisé à l'avenir dans ce domaine afin que l'ONE possède une meilleure connaissance de sa population et puisse de ce fait, mieux cibler ses actions.

L'important chapitre traitant des mères de moins de 20 ans a été réalisé par l'équipe de la BDMS grâce aux apports du terrain mais aussi en consultant une abondante bibliographie ainsi que des données nationales et internationales.

Une telle démarche permet à l'ONE de se situer dans le paysage des services de santé préventifs et curatifs de la Communauté Française. C'est l'occasion de contacts, d'amorce de collaboration, de remise en question. Cette formule nous est apparue très enrichissante et nous sommes tous désireux de l'intensifier à l'avenir.

