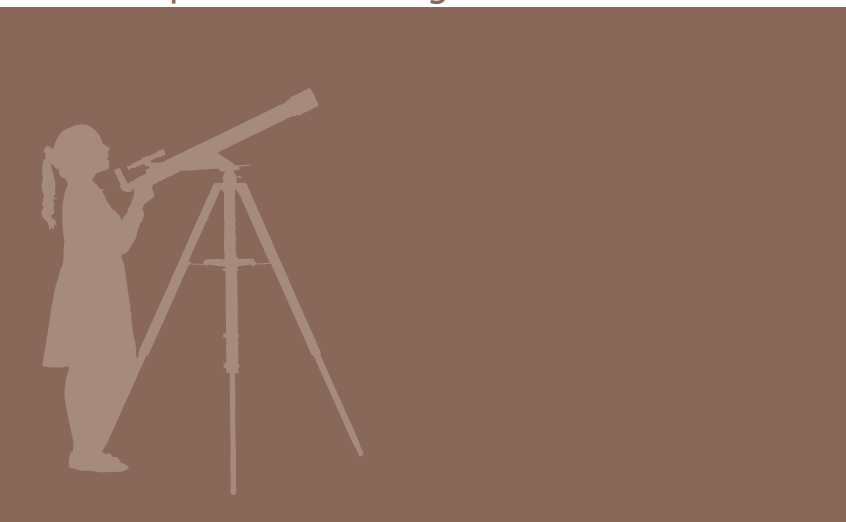




Rapport Banque de Données Médico-Sociales

%

Dossier spécial : Les inégalités sociales de santé



Données Statistiques 2006-2007



Table des matières





Introduction	11
Le mot du Président.....	13
Présentation de la Banque de Données Médico-sociales.....	15
Chapitre 1 : Données de naissances et prénatales.....	19
Données « Avis de naissances »	19
<i>Données relatives à l'enfant.....</i>	<i>21</i>
Présentation de l'enfant lors de l'accouchement.....	21
Mode d'accouchement	22
Poids de naissance.....	24
Durée de gestation et Prématurité	28
Les scores d'Apgar	29
Mortalité infantile	30
<i>Données relatives à la mère au moment de l'accouchement</i>	<i>32</i>
L'âge maternel à l'accouchement.....	32
La situation relationnelle de la mère.....	33
La parité.....	35
Les grossesses multiples.....	36
L'analgésie.....	36
L'induction et les césariennes programmées.....	37
La durée gestationnelle.....	37
La mise au sein après l'accouchement	39
Le régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité.....	39
Conclusion.....	40
Le suivi de la femme enceinte.....	41
Les consultations prénatales de l'ONE.....	41
Les profils des mères en consultations prénatales ONE.....	44
Les caractéristiques des femmes suivies en consultations prénatales ONE	50
Les caractéristiques des enfants à la naissance	50
Conclusion.....	51
Chapitre 2 : La surveillance médico-sociale préventive des enfants..	55
La première visite après la sortie de la maternité.....	55
Le premier contact.....	55
Premier contact et enfants de petit poids à la naissance.....	59
Les bilans de santé à 9, 18 et 30 mois	61
Nombre et représentativité des bilans de santé	61
Nombre de bilans de santé	61





Origine des bilans	62
Le poids de naissance de l'enfant	63
L'âge des mères à l'accouchement	63

Caractéristiques socio-économiques des familles et des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE..... 64

La situation socio-familiale	64
Le niveau d'enseignement de la mère	65
La situation d'emploi de la mère	66
Famille et revenu	67
La mère parle français.....	68
La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans	69
Conclusions	70

Les vaccinations 71

Vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, La coqueluche, l'hémophilus Influenzae de type b, l'hépatite B 71

Vaccination à l'âge de 9 mois avec le vaccin « Hexavalent »	72
Vaccination à l'âge de 18 mois avec le vaccin « Tétravalent »	73
Vaccination à l'âge de 18 mois contre l'Haemophilus influenzae de type b	73
Vaccination à l'âge de 18 mois contre l'hépatite B.....	73
Vaccination à l'âge de 18 mois avec le vaccin « Hexavalent »	74

Pneumocoque 74

Rotavirus..... 75

Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO ou MMR)..... 75

Méningocoque de type C 77

La prévention de la mort subite du nourrisson 78

Les risques de mort subite inexplicée du nourrisson 79

La surveillance par monitoring..... 80

Les facteurs de risque..... 80

Le tabagisme passif.....	80
Les petits poids de naissance	82
L'allaitement maternel et le risque de MSIN	83

L'alimentation 85

Evolution de la durée d'allaitement..... 85

Décroissance de l'allaitement maternel pendant la première année de vie de l'enfant 86

Allaitement maternel des enfants suivis dans les structures de l'ONE 88

Allaitement lors du bilan de santé à 9 mois..... 89



<i>Allaitement lors du bilan de santé à 18 mois</i>	<i>91</i>
<i>Alimentation lactée.....</i>	<i>91</i>
L'excès pondéral.....	93
<i>Indices de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE à 18 et 30 mois.....</i>	<i>93</i>
<i>Indices de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE à 30 mois</i>	<i>95</i>
La santé bucco-dentaire.....	97
<i>Les polycaries du jeune enfant.....</i>	<i>97</i>
<i>Les caries dentaires</i>	<i>98</i>
<i>Le brossage des dents</i>	<i>98</i>
L'allergie	99
<i>Les antécédents familiaux et les symptômes de l'allergie.....</i>	<i>99</i>
<i>Influence des antécédents familiaux d'allergie.....</i>	<i>100</i>
<i>Influence du niveau socio-économique et de l'environnement.....</i>	<i>101</i>
Le développement psychomoteur	103
<i>Bilans de santé à 9 mois.....</i>	<i>103</i>
<i>Anomalie constatée à 9 mois par le médecin de la consultation.....</i>	<i>103</i>
<i>Anomalie confirmée à 9 mois par le médecin traitant de l'enfant</i>	<i>103</i>
<i>Bilans de santé à 18 mois.....</i>	<i>104</i>
<i>Marche de l'enfant à 18 mois.....</i>	<i>104</i>
<i>Mots prononcés à 18 mois.....</i>	<i>104</i>
<i>Capacité à boire seul à 18 mois.....</i>	<i>105</i>
<i>Capacité à utiliser une cuillère à 18 mois.....</i>	<i>105</i>
<i>Score du développement psychomoteur à 18 mois</i>	<i>106</i>
<i>Bilans de santé à 30 mois</i>	<i>107</i>
<i>Développement du langage à 30 mois</i>	<i>107</i>
<i>Score du développement du langage à 30 mois.....</i>	<i>108</i>
<i>Développement psychomoteur à 30 mois.....</i>	<i>108</i>
<i>Score du développement psychomoteur à 30 mois</i>	<i>110</i>
<i>Projet des consultations 18 mois – 6 ans</i>	<i>110</i>
Le dépistage visuel.....	112
<i>Bilan des dépistages visuels.....</i>	<i>112</i>





Suivi préventif des enfants	113
Bilans de santé à 30 mois	114
Le dépistage auditif	115
Dépistage des surdités de transmission	115
Surdités de transmission et retard de langage	116
Les traumatismes de la vie courante	120
Situation en Belgique	120
Morsures par un animal	121
Les chutes	121
Les brûlures.....	122
Autres traumatismes de la vie courante.....	123
Score des traumatismes de la vie courante	123
Chapitre 3 : Les inégalités sociales de santé	127
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UN DÉFI MAJEUR	127
Inégalités et modes de vie : des écarts qui se creusent	127
Ampleur et nature du phénomène	127
Des conditions de vie inégales.....	128
Les inégalités sociales de santé	130
Naître, vivre et mourir moins égaux que d'autres	130
Le caractère systémique des inégalités	131
Le gradient social des inégalités de santé.....	132
Réduire les inégalités de santé	133
Lutter contre la pauvreté	133
Créer des environnements favorables.....	133
L'implication de l'ONE dans la réduction des inégalités	134
Un accueil de qualité accessible à tous les enfants.....	134
Une approche de la santé globale et des actions citoyennes	134



PROFIL DES MÈRES NOUVELLEMENT ACCOUCHÉES..... 136

Introduction 136

Objectifs du projet 136

Méthodologie – Population 137

Maternités 137

Mères et enquêtrices..... 137

Mères et exclusions..... 137

Définition de la qualité du suivi de grossesse 137

Résultats 138

Caractéristiques des mères 138

Trajets de vie des femmes non suivies..... 139

Caractéristiques des enfants à la naissance 139

Discussion..... 141

Recherche ultérieure en interface avec la recherche APES-APALEM :

vers un référentile TMS & soignants 141

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ CHEZ LES JEUNES ENFANTS DE 9 À 30 MOIS..... 142

L'allaitement maternel 142

Les facteurs de risque 142

La situation socio-familiale 143

Le niveau d'enseignement de la mère 143

Le niveau socio-économique 144

La culture 147

Conclusion..... 149

L'excès pondéral..... 150

Les facteurs de risque 150

Le niveau d'enseignement de la mère 150

Le niveau socio-économique 151

Conclusion..... 151



La santé bucco-dentaire..... 152

Les facteurs de risque..... 152

Le niveau d'enseignement de la mère 152

Le tabagisme passif..... 153

Les soins dentaires..... 154

Conclusion..... 154

Le langage..... 155

Les facteurs de risque..... 155

La situation socio-familiale 155

Le niveau d'enseignement de la mère 156

Le niveau socio-économique 156

Paroles d' Ici et d' Ailleurs 156

Conclusion..... 157

Conclusions..... 161

Annexes 165

Index 173

Composition de l'équipe de la BDMS



Introduction





Pour la sixième fois déjà, l'Office de la Naissance et de l'Enfance publie le rapport de sa Banque de Données Médico-Sociales. Cette démarche a pour but de mettre à disposition de l'ensemble des intervenants, internes ou externes à l'ONE, des données pertinentes en matière de médecine préventive et de suivi psycho-social de la femme enceinte, de la naissance et de la petite enfance.

Depuis sa création voilà près de 25 ans, la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'ONE s'est donné pour objectif prioritaire de constituer un outil de monitoring et d'auto-évaluation à destination des équipes médico-sociales de terrain : Médecins, TMS, Conseillers Médicaux et Coordinatrices.

Cependant, progressivement, ses objectifs se sont élargis et la publication d'un rapport tel que celui-ci permet de diffuser largement ces résultats, à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de l'ONE.

En parcourant ce rapport, on aura l'occasion d'apprécier l'évolution d'indicateurs de santé en rapport direct avec les programmes de santé prioritaires définis par les collèges des Conseillers pédiatres et gynécologues, ainsi que des indicateurs socio-économiques les plus couramment retenus en santé publique. Cette démarche reflète le souci de l'ONE de développer des programmes de santé à l'intention de toutes les futures mères, des parents et des jeunes enfants, mais en même temps de toujours veiller à répondre aux besoins spécifiques des populations les plus fragilisées.

Le document présenté comprend les trois chapitres correspondant aux trois grandes périodes d'intervention de l'ONE :

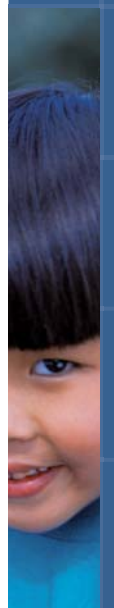
- le suivi de la femme enceinte dans le cadre de l'ONE ;
- le service de liaison à la maternité, qui fournit les données des naissances et accouchements (nous disposons actuellement de données en continu depuis 14 ans) ;
- le suivi de l'enfant à quatre moments clefs : lors du retour à la maison après la naissance, à 9 mois, à 18 mois et à 30 mois.

Cette année, l'équipe de la BDMS a désiré consacrer le chapitre « recherche » à l'étude de l'influence des vulnérabilités psycho-sociales sur la santé périnatale. L'objectif en est double : il s'agit d'effectuer des croisements entre des données socio-économiques et des indicateurs de santé en vue de vérifier les relations largement décrites dans la littérature ; il s'agit aussi, et surtout, de démontrer les effets sur la santé publique d'un service public de prévention psycho-médico-sociale qui allie des actions universelles ouvertes à tous à des démarches plus spécifiques orientées vers les populations les plus vulnérables.

Lorsqu'on mène des actions de prévention, le résultat est évidemment peu visible à l'échelle locale. S'adressant à des populations qui ne sont pas malades, l'action ainsi menée se traduit par moins de pathologies et un mieux-être pour les familles et les enfants. Alors que, souvent, les médias vont éclairer une pathologie inhabituelle, sensationnelle, il faut se rappeler que seules des analyses globales et contextualisées peuvent mettre en évidence les effets des politiques de prévention. La publication d'un rapport comme celui-ci permet donc de donner une visibilité bien méritée au travail de qualité accompli, jour après jour, par l'ensemble des professionnels de la santé : TMS, médecins, sages-femmes, coordonnatrices, sans oublier les bénévoles qui oeuvrent, dans le cadre de l'ONE, sur l'ensemble du territoire de la Communauté française.

Que toutes et tous soient ici remerciés pour cette action fondamentale et irremplaçable.

Georges Bovy, Président de l'ONE





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

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

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

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

Une fois complétées, ces fiches sont envoyées au Conseiller Médical de la subrégion¹ qui les transmet aux Encodeuses. Ensuite, les données encodées disponibles à l'Administration centrale sont régulièrement nettoyées (aberrations), traitées et analysées par l'équipe de la BDMS.

LE « VOLET PRÉNATAL » OU « CPN »

Le « Volet prénatal » récolte des données sur les femmes enceintes suivies dans le cadre des consultations prénatales de l'ONE. Ces données concernent le suivi de la femme enceinte ainsi que l'accouchement lorsque la grossesse est accompagnée jusqu'à la naissance. Les données sur le suivi de la femme enceinte concernent des caractéristiques générales (âge, nationalité, état civil, lieu de résidence), des données qui permettent d'établir un profil médical (gestité, parité, facteurs de risques, tabagisme) ainsi que des données qui concernent le suivi de la grossesse par l'ONE. Les données sur l'accouchement sont relatives à la naissance : date d'accouchement, nombre de semaines de gestation, nom de la maternité, nombre de nouveau-nés, poids de l'enfant (voir annexe 1).

Selon les données issues de la Direction des Consultations et des visites à domicile, l'ONE suit un peu plus de 28% des futures mères.

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

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

L'« AVIS DE NAISSANCE »

L'« Avis de naissance » est divisé en trois rubriques. La première rubrique reprend le nom, le prénom et l'adresse du nourrisson afin de pouvoir l'identifier et de lui proposer un suivi lors de son retour au domicile. La seconde rubrique reprend ses caractéristiques générales et médicales. La troisième rubrique concerne des données relatives à l'accouchement (présentation, expulsion, induction, analgésie, malformation) et périnatales (mise au sein et tabagisme) (voir annexe 2).

Les « Avis de naissance » complétés et encodés représentent plus de 95% des naissances de droit.

Généralement, une rencontre du TMS avec la mère est prévue à chaque naissance dans les maternités où il y a un service ONE. C'est à ce moment que la fiche « Avis de naissance » est complétée.

Cela permet ainsi d'assurer une liaison entre la Maternité et le TMS de terrain qui suivra l'enfant.

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

¹ L'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.



LE « PREMIER CONTACT »

Une première rencontre est proposée à tous les parents de nouveaux-nés lorsqu'ils sont de retour à domicile. Cette visite fait également l'objet d'une fiche de « Premier contact ». Elle reprend un numéro identifiant l'enfant (date de naissance, taille, poids,...), le type d'alimentation et le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (ONE ou privée) (voir annexe 3).

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

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

LES « BILANS DE SANTÉ À 9, 18 ET 30 MOIS »

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

Le « Bilan de santé à 9 mois » analyse essentiellement les risques de Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson, l'alimentation, les premières vaccinations et les premiers dépistages (surdité, anomalies) (voir annexe 4).

Le « Bilan de santé à 18 mois » s'intéresse à l'alimentation, la suite des vaccinations, les accidents domestiques et le début du suivi du développement psychomoteur et du langage (voir annexe 5).

Le « Bilan de santé à 30 mois » est le dernier bilan réalisé avant le passage à l' cole. Il reprend les dépistages bucco-dentaire, le suivi du développement psychomoteur et du langage, la suite des dépistages (audition, vision), les allergies et la suite des vaccinations (voir annexe 6).

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

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

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

Les 3 fiches sont complétées en double exemplaire pour chaque enfant et sont renvoyées après l'examen de l'enfant au Conseiller Pédiatre du Comité subrégional pour être encodé dans la BDMS. L'autre exemplaire est conservé par la structure dans le dossier médical de l'enfant.

L'ENCODAGE DES FICHES DE DONNÉES

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

Ensuite, les données sont traitées et analysées par le Service Etudes et Stratégies de l'ONE au niveau de la Communauté française mais aussi au niveau local par subrégion à la demande de tout acteur de l'ONE. L'équipe qui analyse ces données répond à toutes les demandes internes et externes à l'ONE selon des règles de diffusions précises afin d'éviter tout abus dans leur utilisation. Ces règles très strictes sont destinées à protéger la vie privée et professionnelle de l'ensemble des personnes (enfants, parents, TMS et Médecins) contre toute utilisation abusive des résultats et des données contenues dans la BDMS de l'ONE. Elles concernent l'anonymat des données, la souscription au registre national de la protection de la vie privée et la diffusion des données.



Chapitre 1

Données de naissances et prénatales





DONNÉES «AVIS DE NAISSANCE»

Ce sixième rapport de la Banque de données médico-sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) retrace les données de routine récoltées en maternité par les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) et encodées au comité de chaque subrégion.

Les données ONE des « avis de naissance » ainsi encodées montrent une amélioration de la couverture des naissances au fil du temps, par rapport à l'ensemble des naissances officielles publiées chaque année par la Direction générale de la Statistique du Service Public Fédéral Economie (anciennement INS).

Tableau 1.1.1 :

Couverture « avis de naissance » ONE par rapport aux naissances officielles publiées par la Direction générale de la Statistique du SPF Economie

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Source «Avis de naissance»	42.930	42.762	44.762	43.589	43.252	44.031	44.604	47.867	45.759	44.918	50.047	50.797	52463	52074
Source SPF Economie*	52.547	50.994	51.811	47.917	47.844	48.155	49.520	49.848	49.929	49.251	52.075	52.624	53444	53358
Proportion			86,40%	90,97%	90,40%	91,44%	90,07%	96,03%	91,65%	91,20%	96,11%	96,53%	98,16%	97,59%

*Néerlandophones de Bruxelles exclus

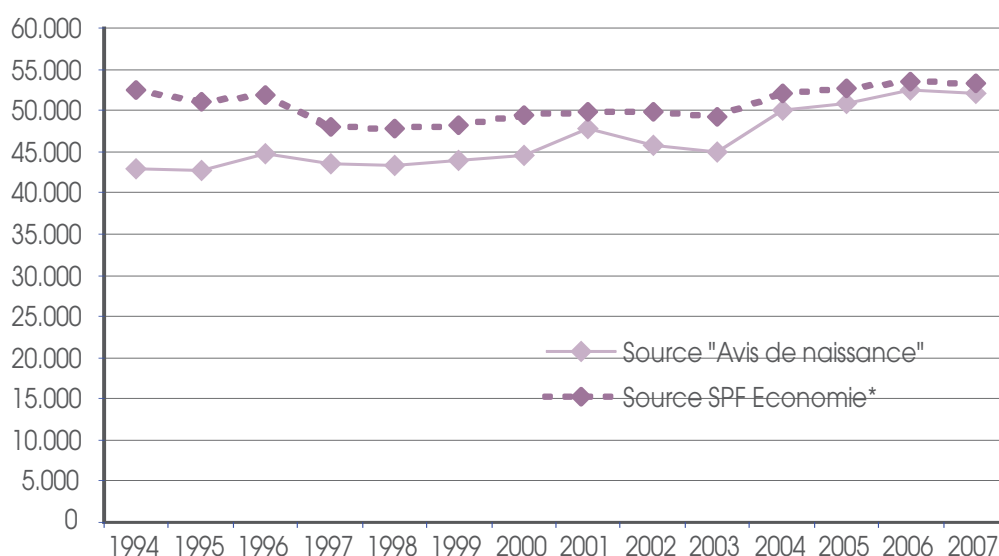
Sources : BDMS - ONE et SPF Economie

Chaque fois qu'une naissance est connue par le Travailleur Médico-Social (TMS) de l'ONE, elle fait l'objet d'un « avis de naissance ».

Ces données sont rendues anonymes, encodées et analysées par l'équipe de la BDMS au niveau central. Si une mère a donné naissance à plusieurs enfants, les caractéristiques de chacun d'eux sont récoltées.

Graphique 1.1.1 :

Evolution des naissances en Communauté française selon deux sources de 1994 à 2007



Evolution des naissances selon le lieu de résidence de l'enfant de 1994 à 2007 : Naissances officielles de droit SPF Economie

Sources : «Avis de naissance» - BDMS ONE et «Naissance de droit» -SPF Economie

Si on prend en compte le nombre global des « avis de naissance » encodés, on peut observer que l'ONE dispose d'une information sur environ 95% des naissances de la population francophone de Belgique.

L'amélioration de la couverture de naissance est constante et maintenue en 2006 et 2007.



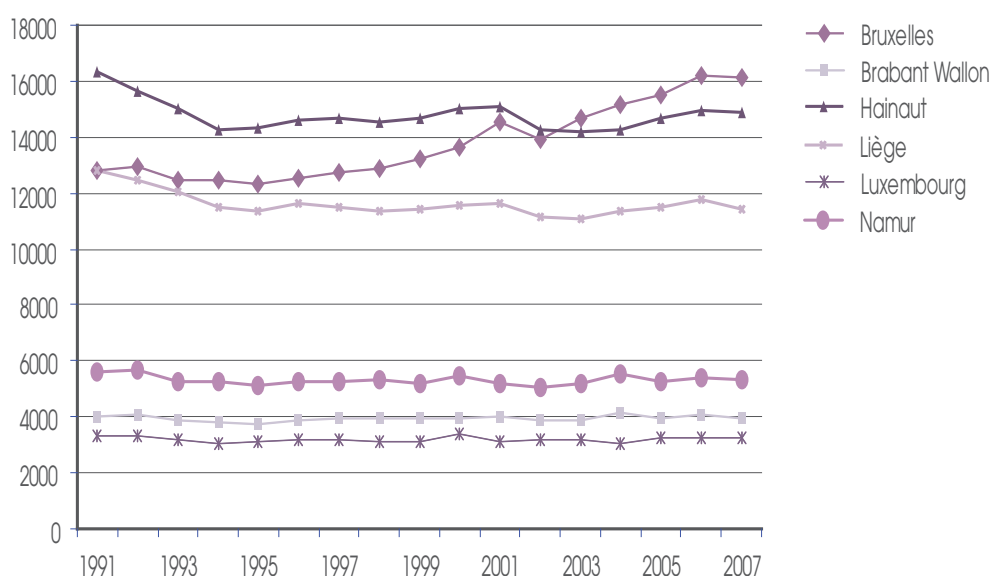


La variation du nombre de naissances officielles depuis près de 15 ans montre deux tendances :

- Une relative stabilité en Wallonie et,
- une importante augmentation en région de Bruxelles-Capitale : bien que le nombre de naissances semble se stabiliser d'après les données de 2007, son augmentation à Bruxelles, par rapport à 1991 est de plus de 25%.

Graphique 1.1.2 :

Evolution des naissances à Bruxelles et en Wallonie de 1991 à 2007



Source : «Naissances de droit» - SPF Economie

La couverture BDMS par rapport aux naissances publiées par la Direction générale de la Statistique du SPF Economie selon la région ou province est variable. Les naissances survenant dans les pays voisins (pour les régions frontalières) et en Flandre expliquent parfois ces différences.

Depuis 2007, la Banque de données de l'ONE a établi des collaborations avec la Communauté germanophone ce qui permet d'inclure dans l'analyse des « avis de naissance » les données des mères résidant ou ayant accouché dans les communes des cantons de l'Est.

Tableau 1.1.2 :

Evolution des naissances selon le lieu de résidence

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bruxelles	12495	12338	12549	12751	12908	13241	13626	14513	13929	14668	15180	15492	16214	16161
Brabant Wallon	3817	3730	3885	3922	3953	3913	3939	3983	3879	3858	4149	3956	4086	3932
Hainaut	14289	14335	14607	14681	14509	14646	15040	15065	14295	14222	14276	14665	14986	14882
Liège	11519	11323	11598	11522	11359	11427	11581	11631	11158	11051	11359	11491	11802	11454
Luxembourg	3013	3096	3175	3165	3145	3138	3366	3144	3185	3182	3078	3229	3252	3243
Namur	5267	5104	5232	5252	5360	5198	5454	5191	5054	5204	5551	5263	5387	5302
TOTAL	50400	49926	51046	51293	51234	51563	55006	53527	51500	52185	53593	54096	55727	54974

Sources : Direction générale de la Statistique du Service public fédéral Economie (ex INS) Chiffres officiels, Néerlandophones de Bruxelles et Germanophones de Liège inclus



➤ **Tableau 1.1.3 :**

Evolution des naissances selon le lieu d'accouchement

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bruxelles	9688	12198	10962	16857	16018	17836	17944	15942	18396	18585
Brabant Wallon	2287	2473	2487	2693	2791	2879	2662	2864	3091	2947
Hainaut	13527	12487	13364	14096	13367	13188	14156	13404	13702	13889
Liège	10567	6424	10709	10914	10026	8102	10209	10156	11262	10543
Luxembourg	2847	2846	3082	2858	2830	2906	3148	2911	2989	3024
Namur	4259	4068	4220	4015	4061	3993	4820	4375	4647	4700
TOTAL	43175	40496	44824	51433	49093	48904	52939	49652	54087	53688

Source : «Avis de naissance» BDMS-ONE 1998-2007, naissances à domicile et hors Communauté française exclues

Les deux tableaux ci-dessus, de deux sources différentes, renvoient à deux notions importantes :

- Les **naissances de droit** (tableau 1.1.2) sont les naissances établies selon le lieu de résidence qui est soit la Région de Bruxelles, soit les provinces de Wallonie. Les tableaux de ce chapitre sont basés sur cette répartition.
- Les **naissances de fait** (tableau 1.1.3) sont réparties selon l'implantation de la maternité. C'est à dire le lieu d'accouchement. Sont donc considérées, uniquement les maternités collaborant avec l'ONE de la Région de Bruxelles-Capitale ou de Wallonie.

➔ Données relatives à l'enfant

Ci-après, nous vous proposons, pour une meilleure lisibilité les tableaux de données sur les 10 dernières années et, 1994 comme année de référence.

Présentation de l'enfant lors de l'accouchement

Il existe trois types de présentations de l'enfant :

La plupart du temps lors de l'accouchement, l'enfant à naître se présente par la tête. C'est la présentation la plus favorable pour la descente dans la filière osseuse du bassin, il s'agit de la présentation céphalique ; dans certaines situations, cette présentation se fait par le siège ou encore la présentation peut être transversale.

➤ **Tableau 1.2.1 :**

Présentation de l'enfant lors de l'accouchement

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Céphalique	n	39465	39638	39528	39638	43576	41689	40278	44495	44810	46223	46007
	%	95,1%	94,6%	94,4%	94,4%	94,5%	94,2%	94,6%	94,6%	94,2%	94,5%	94,4%
Siège	n	1871	2035	2091	2136	2306	2333	2094	2320	2517	2475	2509
	%	4,5%	4,9%	5,0%	5,1%	5,0%	5,3%	4,9%	4,9%	5,3%	5,1%	5,1%
Transversale	n	184	232	232	218	238	226	193	231	229	237	230
	%	0,4%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Total		41520	41905	41851	41992	46120	44248	42565	47046	47556	48935	48746
Données manquantes (%)			2,6%	4,6%	5,5%	3,3%	2,9%	4,8%	5,6%	6,0%	6,4%	6,0%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

Les données statistiques montrent une grande stabilité des présentations, ce qui est attendu puisque cela dépend de données physiologiques. A une époque où tout le monde préconise une version (manœuvre

obstétricale) aux femmes dont l'enfant est en siège, et alors que la version a un taux de réussite de 50%, on n'observe curieusement pas de diminution de la présentation en siège.





Mode d'accouchement

Tableau 1.2.2 :

Mode d'accouchement de la mère

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Spontanée	n	29089	29688	29660	29453	32408	30982	30031	32619	33006	33811	33711
	%	71,6%	71,9%	71,9%	71,0%	71,5%	71,3%	72,0%	71,1%	70,6%	70,4%	70,9%
Ventouse	n	3892	3248	3123	3072	3235	2944	2758	3027	3014	2963	2914
	%	9,6%	7,9%	7,6%	7,4%	7,1%	6,8%	6,6%	6,6%	6,4%	6,2%	6,1%
Forceps	n	1968	1809	1736	1608	1653	1486	1304	1430	1318	1284	1184
	%	4,8%	4,4%	4,2%	3,9%	3,6%	3,4%	3,1%	3,1%	2,8%	2,7%	2,5%
Césarienne	n	5555	6498	6677	7303	8004	7986	7584	8780	9348	9933	9687
	%	13,7%	15,7%	16,2%	17,6%	17,6%	18,4%	18,2%	19,1%	20,0%	20,7%	20,4%
Siège voie basse	n	121	65	66	49	54	32	30	37	44	28	30
	%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Total		40625	41308	41262	41485	45354	43430	41707	45893	46730	48019	47526
Données manquantes (%)			4,0%	5,9%	6,6%	4,9%	4,7%	6,7%	7,9%	7,6%	8,2%	8,4%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

On peut faire une catégorisation en 2 grands modes d'accouchement :

Accouchement par voie basse

L'accouchement par voie basse englobe l'ensemble des modes d'accouchements différents de la césarienne. Il s'agit de :

- l'accouchement spontané
- la ventouse
- les forceps
- le siège par voie basse

Césariennes

Les césariennes ont augmenté de façon constante dans les pays à revenu élevé¹. En France comme en Belgique, les taux de césarienne ont plus que doublé en 25 ans.

Pour les obstétriciens, il s'agit souvent d'une application du fameux principe de précaution. Les maternités ne veulent plus prendre de risque avec des grossesses potentiellement dangereuses : présentation par le siège, utérus cicatriciel (antécédents de césarienne notamment), grossesse multiple... Les établissements veulent par là même se protéger de tout risque de procès. Et la césarienne permet un gain de temps et une gestion plus simple des locaux et des équipes... Certains parlent même de gain économique pour certaines cliniques.

¹ Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°50, édité par l'Institut français de veille sanitaire, 12 décembre 2006



Tableau 1.2.3 :

Mode d'expulsion selon la présentation de l'enfant à l'accouchement, cumul des données de 2006 et 2007

		Mode d'Expulsion					Total
		Césarienne	Forceps	Siège voie basse	Spontanée	Ventouse	
Présentation de l'enfant	Siège	4287	23	46	545	17	4918
	Sommet	13927	2400	9	67080	5837	89253
	Transverse	432	12	2	16	4	466
	Total	18646	2435	57	67641	5858	94637

Source : «Avis de naissance» BDMS-ONE, cumul de données 2006 et 2007

Sur les enfants qui se présentent par le siège, 87,2% sont extraits par césarienne et 11,1% sont nés spontanément.

Et, parmi les nouveau-nés se présentant par le sommet, 15,6% naissent par césarienne.

Toutefois, on sait que les taux de césariennes varient énormément entre les pays et même entre les établissements de soins de santé dans le même pays.

Ainsi, les pays scandinaves n'ont pas connu la même hausse rapide des césariennes que la plupart des autres pays à revenu élevé. Les raisons de ces grandes variations dans les taux de césariennes entre les pays et les établissements demeurent incertaines, de même que les conséquences de ces variations pour la santé maternelle, foetale et néonatale.

Graphique 1.2.1 :

Evolution des césariennes en Communauté française



Source : « avis de naissance » BDMS-ONE 2001 à 2007

Le nombre de césariennes tend à se stabiliser en Communauté française. Les extractions instrumentales sont, quant à elles en diminution.

La tendance serait à conforter dans les années à venir. Mais on s'orienterait vers une diminution de la médicalisation de l'accouchement.





Poids de naissance

Le poids de naissance est le reflet de la croissance intra-utérine du nouveau-né. On définit la notion de petit poids de naissance pour tout bébé naissant avec un poids inférieur à 2.500 grammes.

Le taux de petits poids de naissance était en 2001 de 7,9% puis a légèrement diminué jusqu'en 2004 où il a atteint les 7,4%. En 2005 et 2006, ce taux est resté stable à 7,7% pour arriver à 7,0% en 2007.

Hormis cette diminution non négligeable en 2007 qui demande à être confortée dans les années à venir, les données de petits poids de naissances restent relativement stables.

Tableau 1.2.4 :

Poids de naissance en catégories

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<500g	n			6	9	3	10	2	7	5	3	2
	%			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
500-999g	n	103	120	120	112	123	112	96	108	137	144	136
	%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
1000-1499g	n	239	281	270	285	293	277	249	294	317	326	299
	%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
1500-1999g	n	589	649	610	630	718	679	548	700	743	732	608
	%	1,4%	1,5%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	1,2%	1,4%	1,5%	1,5%	1,2%
2000-2499g	n	2145	2284	2358	2420	2632	2478	2397	2493	2606	2689	2458
	%	5,1%	5,3%	5,4%	5,5%	5,5%	5,5%	5,5%	5,1%	5,3%	5,3%	4,9%
2500-2999g	n	8861	9357	9642	9671	10312	9722	9430	10040	10174	10496	10334
	%	20,9%	21,8%	22,0%	21,8%	21,6%	21,4%	21,4%	20,6%	20,7%	20,8%	20,7%
3000-3499g	n	17498	17533	17839	17853	19230	18473	17913	19662	20060	20426	20178
	%	41,3%	40,8%	40,8%	40,3%	40,3%	40,7%	40,7%	40,4%	40,7%	40,5%	40,4%
3500-3999g	n	10392	10339	10377	10754	11559	11019	10865	12349	12199	12573	12857
	%	24,5%	24,1%	23,7%	24,3%	24,3%	24,3%	24,7%	25,3%	24,8%	24,9%	25,7%
4000-4499g	n	2281	2189	2245	2297	2404	2394	2210	2764	2696	2712	2740
	%	5,4%	5,1%	5,1%	5,2%	5,0%	5,3%	5,0%	5,7%	5,5%	5,4%	5,5%
>4500g	n	262	208	264	242	391	263	264	303	314	311	334
	%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,8%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%
Total		42370	42960	43731	44273	47665	45427	43974	48720	49251	50412	49946
Données manquantes (%)						0,0%	0,3%	1,7%	2,2%	2,6%	3,6%	3,7%

Source : «Avis de naissance» BDMS-ONE 1998 à 2007



En 2007, on dénombre 1860 filles (7,6%) contre 1641 (6,4%) garçons nés avec un poids inférieur à 2500 grammes.

📌 **Tableau 1.2.5 :**
Petits poids et très petits poids à la naissance

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1500g	n	342	401	396	406	419	399	347	409	459	473	437
	%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
1500-2499g	n	2734	2933	2968	3050	3350	3157	2945	3193	3349	3421	3066
	%	6,5%	6,8%	6,8%	6,9%	7,0%	6,9%	6,7%	6,6%	6,8%	6,8%	6,1%
=>2500g	n	39294	39626	40367	40817	43896	42014	40682	45118	45443	46518	46443
	%	92,7%	92,2%	92,3%	92,2%	92,1%	92,2%	92,5%	92,6%	92,3%	92,3%	93,0%
Total		42370	42960	43731	44273	47665	45570	43974	48720	49251	50412	49946
Données manquantes (%)			0,2%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	1,7%	2,2%	2,6%	3,6%	3,7%

Source : «Avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

Un petit poids chez le nouveau-né contribue de façon importante aux maladies périnatales et aux décès. Les facteurs liés au petit poids de naissance sont notamment : les accouchements multiples, les naissances prématurées, les complications de la grossesse, l'âge maternel, la consommation d'alcool, l'usage du tabac, le niveau de revenus, la violence subie par la femme enceinte etc.

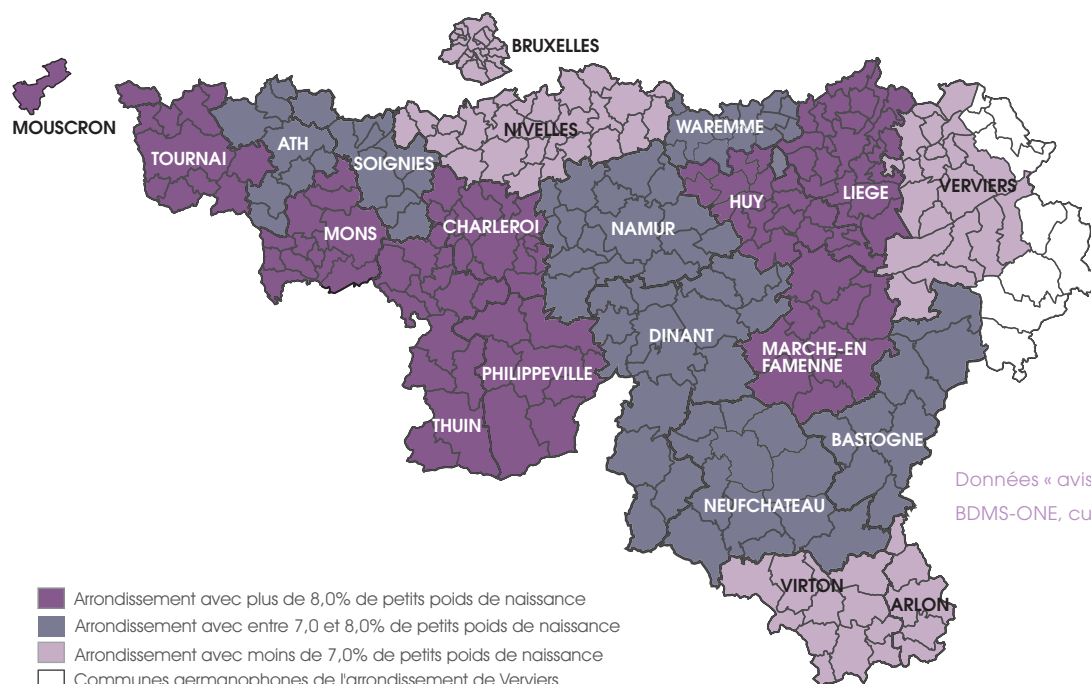
La prévention du petit poids de naissance chez les nouveau-nés est une problématique complexe dans la mesure où l'on connaît actuellement pas mal de facteurs de risque, mais les mécanismes sous-jacents responsables sont encore mal compris.





Cartographie 1.2.1 :

Petits poids de naissance par arrondissement de résidence de la mère en Communauté française

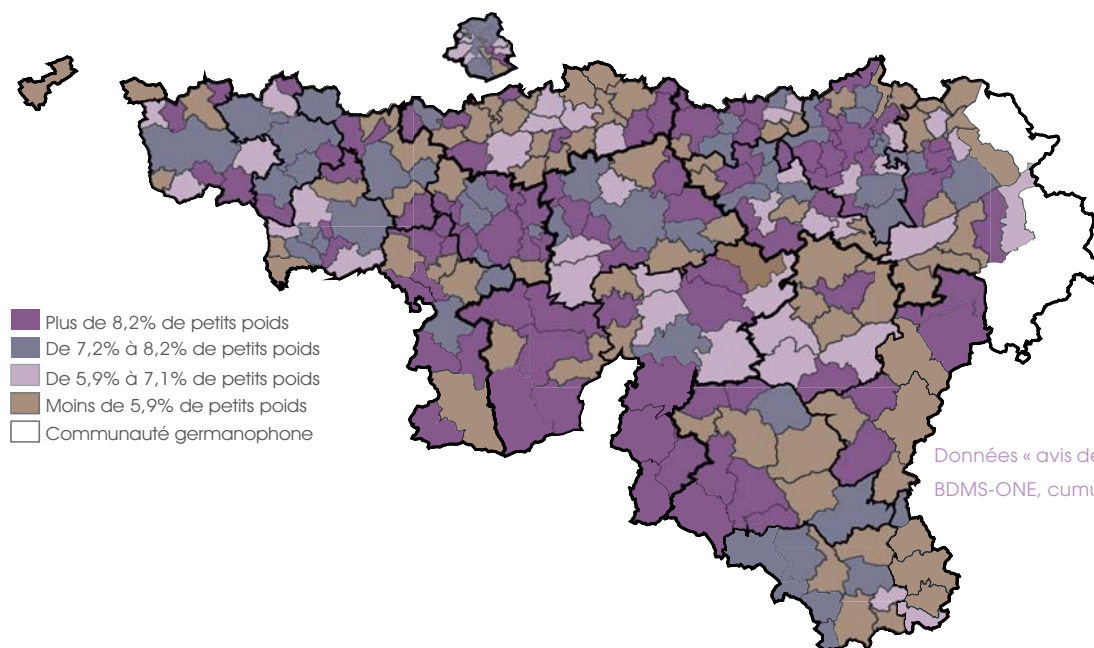


Lorsqu'on focalise les résultats au niveau des communes, avec une comparaison des données sur un intervalle temporel de 10 années, on se rend compte que l'ancien bassin industriel Sambre Meuse connaît

toujours plus de naissances de nouveau-nés avec un poids inférieur à 2.500 grammes.

Cartographie 1.2.2 :

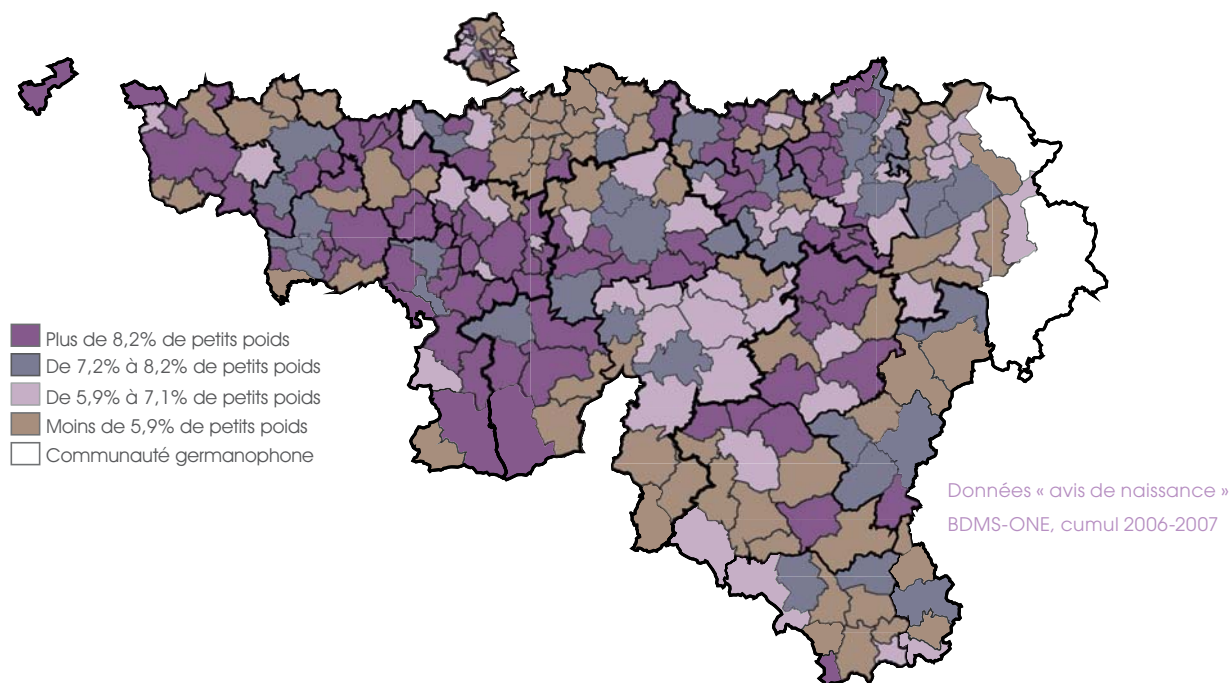
Petits poids de naissance par commune en 1997 et 1998





↘ Cartographie 1.2.3 :

Petits poids de naissance par commune en 2006 et 2007



Petits poids de naissance : Poids à la naissance inférieur à 2.500 grammes

La répartition des petits poids de naissance sur le territoire de la Communauté est inégale. Principalement, Liège et le Hainaut sont les provinces où ce phénomène est le plus présent. Les arrondissements de Philippeville en province de Namur et de Marche-en-Famenne en province de

Luxembourg montrent des caractéristiques proches des provinces voisines en termes socio-économiques. Il y a moins de petits poids de naissance à Bruxelles à cause de la part importante des populations d'origine étrangère.





Durée de gestation et Prématurité

La prématurité définie à partir de la durée de la grossesse indique toute naissance d'un enfant à moins de 37 semaines d'aménorrhée (semaines de gestation,

comptées à partir du premier jour des dernières règles). Si la prématurité augmente légèrement ces sept dernières années, elle rejoint en 2007, le taux de 1998 de 8,2%.

Tableau 1.2.6 :

Prématurité en Communauté française

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<37 semaines	n	2994	3344	3397	3640	3874	3737	3494	3990	4001	4117	3896
	%	7,4%	7,9%	7,9%	8,4%	8,2%	8,2%	8,1%	8,3%	8,2%	8,2%	7,9%
>ou= à 37 semaines	n	37601	38728	39420	39456	43640	41812	39656	43914	44534	45824	45599
	%	92,6%	92,1%	92,1%	91,6%	91,8%	91,8%	91,9%	91,7%	91,8%	91,8%	92,1%
Total		40595	42072	42817	43096	47514	45549	43150	47904	48535	49941	49495
Données manquantes (%)						0,3%	0,1%	3,5%	3,9%	4,0%	4,5%	4,6%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

Plus la naissance survient tôt, plus elle est préoccupante.

On distingue :

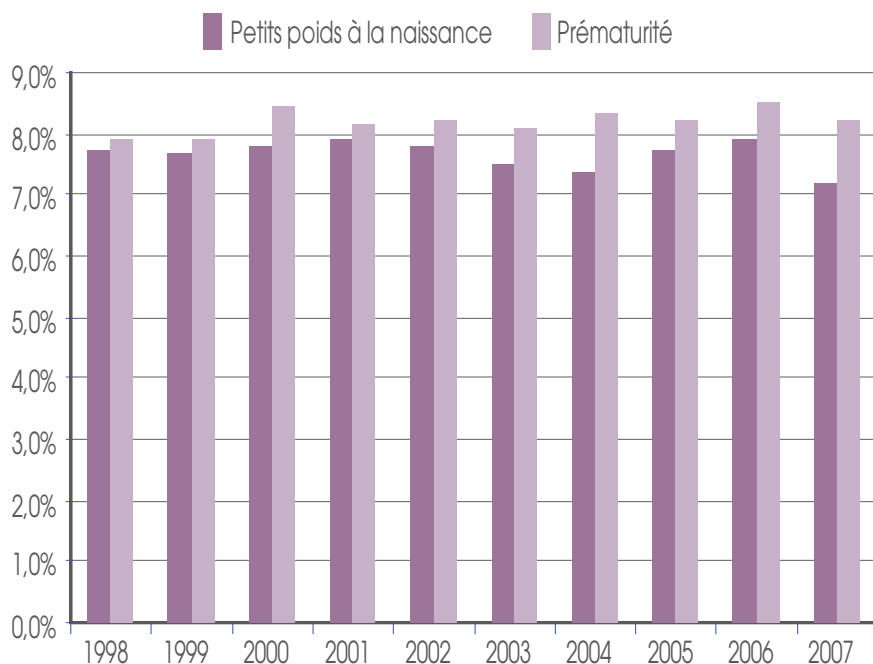
- une prématurité moyenne (naissance entre 33 et 36 semaines et 6 jours) ;
- une grande prématurité (naissance entre la 29e et la 32e semaine et 6 jours);
- une très grande prématurité (naissance entre la 22e et la 28e semaine d'aménorrhées et 6 jours).

Chez les enfants nés prématurés, les risques de handicap sont bien présents, notamment chez les grands prématurés. Le handicap peut être léger, modéré ou sévère.



➤ Graphique 1.2.2 :

Evolution du petit poids de naissance et de la prématurité



Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

Les scores d'Apgar

Les scores d'Apgar sont calculés après l'accouchement à la 1re et à 5e minute de vie de l'enfant. Il s'agit d'indices d'une bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine ; ceux-ci se réfèrent à 5 paramètres

qui sont : la coloration, le rythme cardiaque, le tonus, la respiration et les réflexes. Chacun des paramètres est estimé sur une échelle de 0 à 2, 2 étant le meilleur score par paramètre.

➤ Tableau 1.2.7 :

Scores d'Apgar à la 1re minute de vie de l'enfant

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Score de 0 à 4	n	1614	1217	1315	1429	1423	1297	1244	1323	1342	1372	1435
	%	4,1%	3,1%	3,3%	3,5%	3,3%	3,1%	3,0%	2,8%	2,9%	2,9%	3,1%
Score de 5 à 7	n	4664	4300	4362	4548	4561	4236	3940	4545	4477	4298	4275
	%	11,8%	11,0%	10,9%	11,2%	10,5%	10,0%	9,5%	9,8%	9,6%	9,1%	9,2%
Score de 8 à 10	n	33379	33654	34506	34748	37565	36808	36077	40593	40945	41670	40726
	%	84,2%	85,9%	85,9%	85,3%	86,3%	86,9%	87,4%	87,4%	87,6%	88,0%	87,7%
Total		39657	39171	40183	40725	43549	42341	41261	46461	46764	47340	46436
Données manquantes (%)						8,7%	7,1%	7,7%	6,8%	7,5%	9,5%	10,5%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007





Tableau 1.2.8 :

Scores d'Apgar à la 5e minute de vie de l'enfant

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Score de 1 à 6	n	875	560	606	640	690	683	611	601	657	688	782
	%	2,4%	1,5%	1,5%	1,6%	1,6%	1,6%	1,5%	1,3%	1,4%	1,5%	1,7%
Score de 7 à 10	n	35653	37416	38649	39271	42299	41247	40016	45406	45619	46159	45275
	%	97,6%	98,5%	98,5%	98,4%	98,4%	98,4%	98,5%	98,7%	98,6%	98,5%	98,3%
Total		36528	37976	39255	39911	42989	41930	40627	46007	46276	46847	46057
Données manquantes (%)						9,8%	8,0%	9,2%	7,7%	8,5%	10,4%	11,2%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

En général, une amélioration est constatée entre la 1re et la 2e mesure.

Le score d'Apgar à 5 minutes de vie est certainement le plus intéressant. En effet, les 4 minutes d'écart entre les paramètres montrent une adaptation progressive de l'enfant à ses nouvelles conditions de vie.

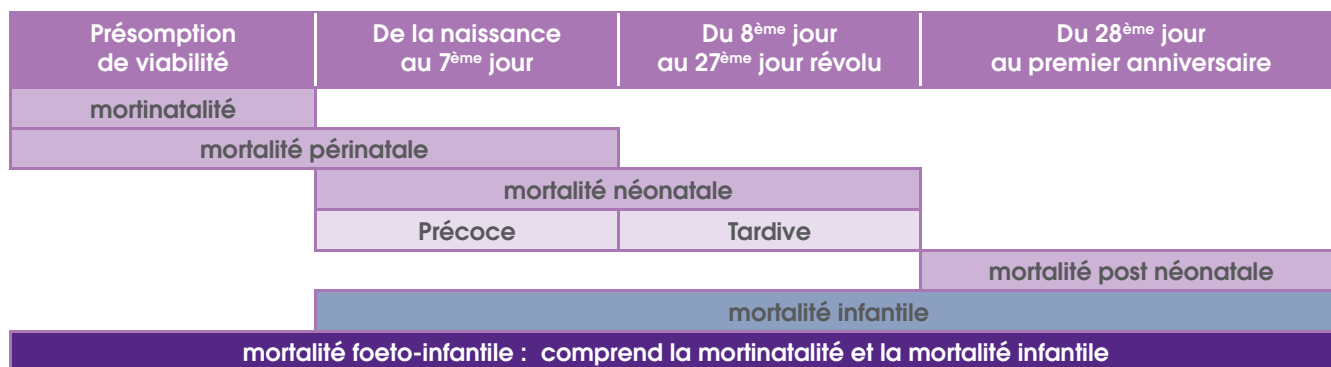
Nous voyons que le pourcentage de nouveaux-nés ayant un score d'apgar entre 7 et 10 à 5 minutes de vie reste très stable ces dix dernières années autour de 98,3%.

Mortalité infantile

On définit plusieurs types de mortalité :

Graphique 1.2.3 :

Types de mortalité selon l'âge de l'enfant



Les données de mortalité recueillies via les « avis de naissance » ne concernent que la mortinatalité, elles doivent être considérées avec prudence. En effet, le document « avis de naissance » ayant été conçu principalement pour informer le personnel de terrain de la naissance d'un enfant vivant en vue de proposer un suivi médico-social préventif, il est possible qu'un certain nombre d'enfants décédés ne soient pas signalés dans les « avis de naissance » et que les taux d'enfants « morts-nés » soient légèrement sous-estimés.

Nous savons par ailleurs que la limite de déclaration d'un mort-né ou mort néonatal précoce n'est pas toujours claire. Néanmoins, nous pouvons constater dans nos données une grande constance de la mortinatalité au cours des dernières années, avec un taux restant proche de 4 mort-nés pour mille naissances.



Tableau 1.2.9 :

Naissances vivantes et mort-nés

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Naissances vivantes	n	42731	43033	43853	44418	47674	45572	44722	49834	50580	52294	51881
	‰	996‰	995‰	996‰	99,6%	996‰	996‰	996‰	996‰	996‰	997‰	996‰
Mort-nés	n	199	219	178	186	193	187	196	213	217	169	193
	‰	4,5‰	5,1‰	4,0‰	0,42%	4,0‰	4,1‰	4,4‰	4,3‰	4,3‰	3,5‰	4,0‰
Total		42930	43252	44031	44604	47867	45759	44918	50047	50797	52463	52074

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

A titre comparatif, les données de mortalité² des enfants de moins de 1 an de Wallonie pour l'année 2004 nous montrent un taux de mortinatalité de 5 pour mille.

Tableau 1.2.10 :

Taux de mortalité (pour mille) par période spécifique de décès , Wallonie 2004

Taux de mortalité (pour mille) par période spécifique de décès, Wallonie 2004		
Période spécifique de décès	2004	
	n	‰
Mortinatalité	186	5,0
Mortalité périnatale	242	6,5
Mortalité néonatale précoce	56	1,5
Mortalité néonatale tardive	19	0,5
Mortalité néonatale	75	2,0
Mortalité post-néonatale	49	1,3
Mortalité infantile	124	3,3

Source : Bulletins statistiques de naissance 2004



² Flash info 1, avril 2008, Santé en communauté française, Naissances et mortalité foeto-infantile en Communauté française en 2004



→ Données relatives à la mère au moment de l'accouchement³

L'âge maternel à l'accouchement

En 2007, l'âge médian de la mère à l'accouchement est de 30 ans. Au premier enfant, il est de 28 ans.

L'analyse des données aux âges extrêmes des mères au moment de l'accouchement montre d'une part, le maintien depuis 2003 de la proportion des mères de moins de 20 ans à un niveau inférieur à 3% et d'autre part, une évolution toujours croissante du pourcentage

des mères d'un âge supérieur ou égal à 35 ans, dépassant les 20% en 2007.

Dans la tranche d'âge des mères de moins de 20 ans, en 10 ans, on est passé de 3,9 % (1998) à 2,5% (2007) soit une diminution de 35,9% ; et la part des mères de 35 ans et plus a varié inversement de 12,3% (1998) à 20,2% (2007) soit une augmentation de 64,2%.

Tableau 1.3.1 :

Age de la mère en catégories à l'accouchement

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<=15 ans	n	55	46	47	50	56	65	26	29	32	32	20
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
16-19 ans	n	1562	1618	1656	1757	1812	1650	1169	1300	1289	1329	1298
	%	3,7%	3,8%	3,9%	4,0%	3,9%	3,7%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,5%
20-24 ans	n	9681	8211	8147	8195	8712	8216	7327	7691	7721	7622	7473
	%	22,9%	19,4%	19,0%	18,8%	18,6%	18,4%	16,3%	15,6%	15,4%	14,8%	14,6%
25-29 ans	n	16070	15701	16006	15867	16663	15671	14860	15948	15894	16479	15962
	%	38,0%	37,1%	37,3%	36,5%	35,6%	35,1%	33,1%	32,3%	31,7%	32,1%	31,3%
30-34 ans	n	10490	11490	11630	11820	13024	12626	13778	15479	15745	15949	15938
	%	24,8%	27,2%	27,1%	27,2%	27,8%	28,3%	30,7%	31,4%	31,4%	31,1%	31,2%
35-39 ans	n	3799	4459	4590	4945	5429	5294	6342	7071	7583	7961	8162
	%	9,0%	10,5%	10,7%	11,4%	11,6%	11,9%	14,1%	14,3%	15,1%	15,5%	16,0%
40-60 ans	n	624	775	810	877	1091	1076	1416	1813	1930	1977	2160
	%	1,5%	1,8%	1,9%	2,0%	2,3%	2,4%	3,2%	3,7%	3,8%	3,9%	4,2%
Total		42281	42300	42886	43511	46787	44598	44918	49331	50194	51349	51013
Données manquantes (%)						1,9%	2,1%	-	1,0%	0,8%	1,8%	1,7%

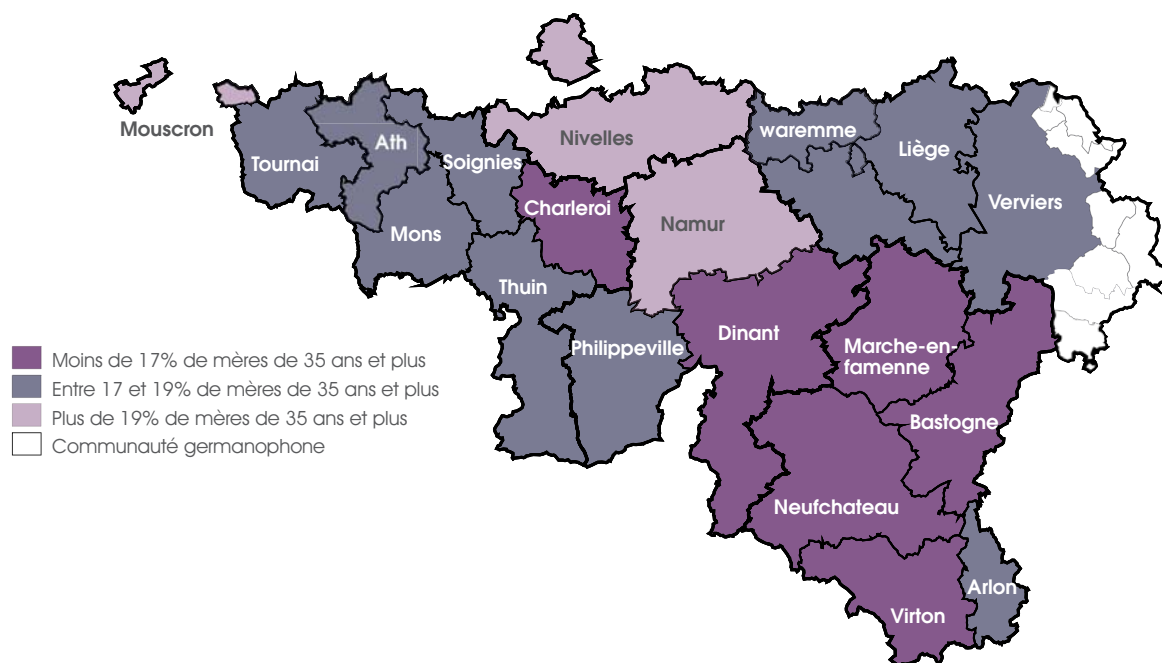
Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1994 à 2007

³ Les données de la mère sont relatives à l'accouchement. Elles sont donc différentes des données d'accouchement liées au nouveau-né(s), du fait qu'une femme peut donner naissance à des jumeaux ou triplés.



➤ Cartographie 1.3.1 :

Répartition des mères de 35 ans et plus en Communauté française



Données « avis de naissance » BDMS-ONE, cumulées de 2006 et 2007 - arrondissement de résidence de la mère

Les mères de 35 ans et au delà sont plus nombreuses à Bruxelles, dans le Brabant wallon et dans l'arrondissement de Namur. Contrairement à la région de Bruxelles où l'âge élevé est associé à une parité plus importante

(mères avec plusieurs enfants...) dans les arrondissements de Nivelles (Brabant wallon) et de Namur, les mères ont leur premier enfant plus tardivement.

La situation relationnelle de la mère

Cette variable est déterminante étant donné qu'elle identifie les situations de mères seules avec enfant dont on sait qu'elles sont particulièrement vulnérables. La situation relationnelle varie selon les époques,

les cultures, les pays, et, au sein des pays ou communautés, les conditions sociales. Ainsi, le concept de monoparentalité est relativement récent, même si de nombreux enfants ont vécu avec leur mère notamment au lendemain des guerres.

➤ Tableau 1.3.2 :

Situation relationnelle de la mère à l'accouchement

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
En couple/en famille	n	28086	31309	32723	33253	35176	34099	32816	36572	37973	39102	39954
	%	94,8%	97,2%	97,3%	97,3%	96,7%	96,4%	96,2%	96,3%	96,3%	96,4%	96,2%
Isolée/en maison d'accueil	n	1544	894	904	934	1192	1258	1285	1399	1450	1460	1565
	%	5,2%	2,8%	2,7%	2,7%	3,3%	3,6%	3,8%	3,7%	3,7%	3,6%	3,8%
Total		29630	32203	33627	34187	36368	35357	34101	37971	39423	40562	41519
Données manquantes (%)						23,7%	22,4%	23,7%	23,8%	22,1%	22,4%	20,0%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1994 à 2007



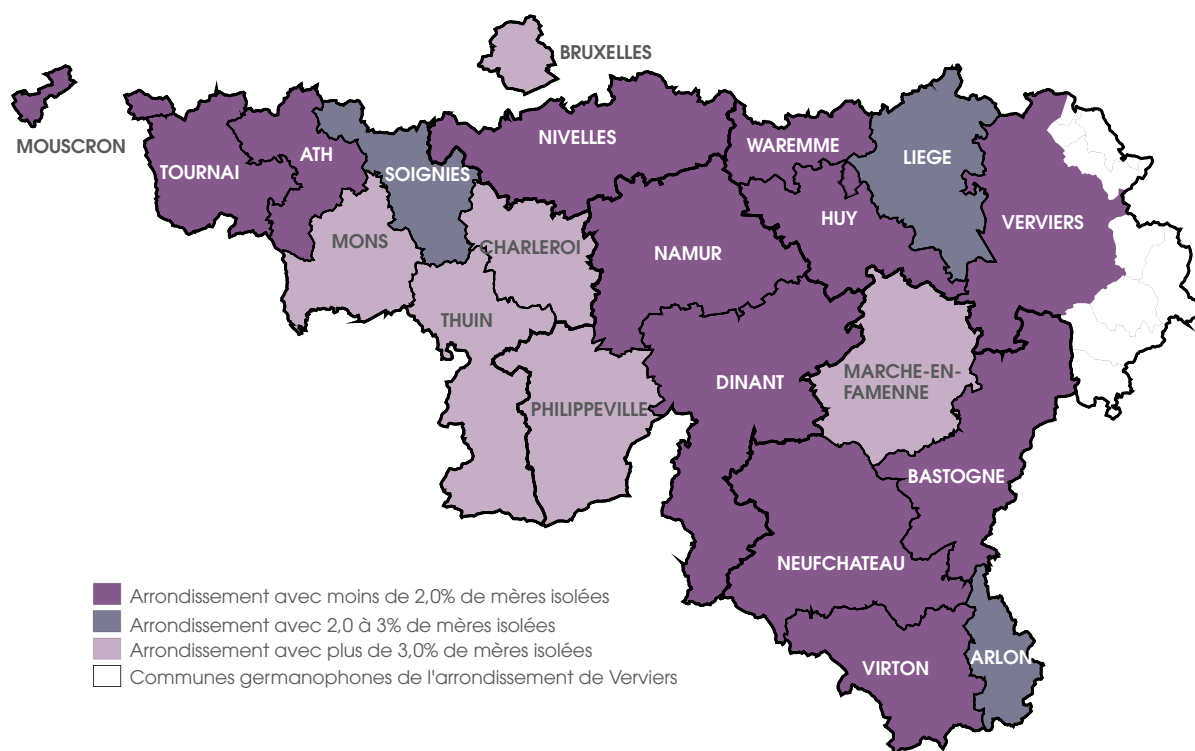


D'après Jean-Claude Kaufmann⁴, les approches et définitions actuelles de l'isolement sont empreintes d'un manque de rigueur qui conduit fréquemment à amalgamer des données aussi différentes que le célibat, les ménages d'une personne, la désinsertion sociale, la solitude...

Pour dépasser ces imprécisions, l'analyse des articulations de deux composantes est essentielle: la vie hors couple et l'importance du réseau relationnel. La principale conclusion est la mise en évidence de processus presque contradictoires aux deux extrêmes de l'échelle sociale, la vie hors couple s'inscrivant dans des contextes très différents suivant la position occupée

➤ Cartographie 1.3.2 :

Mères seules et en maison d'accueil en Communauté française



Isolement = mère vivant seule ou en maison d'accueil

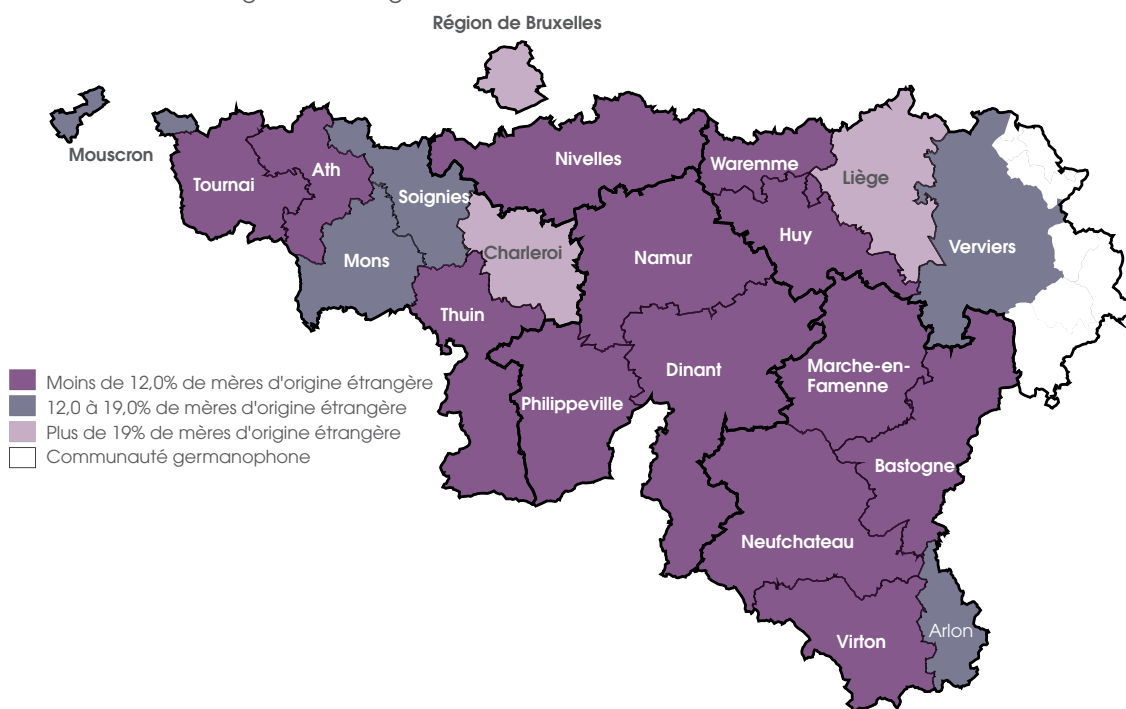
Données « avis de naissance » BDMS-ONE, cumulées de 2006 et 2007 - Isolement par arrondissement

⁴ Kaufmann J-C ; « Vie hors couple, isolement et lien social : Figures de l'inscription relationnelle » in Revue Française de sociologie XXXV, 1994 ; 593-617



➤ Cartographie 1.3.3 :

Répartition des mères d'origine non belge



Données « avis de naissance » BDMS-ONE, cumulées de 2006 et 2007 par arrondissement de résidence. Moyenne de mères d'origine étrangères en Communauté française : 18,2% (3,6% à Waremme - 31,6% à Bruxelles).

La parité

La parité est le nombre d'accouchements viables qu'a connu une femme. Cette variable est stable depuis plus de 10 ans au niveau de la Communauté française.

➤ Tableau 1.3.3 :

Parité de la mère à l'accouchement

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Primipare	n	18576	18239	18988	19205	20762	19938	19682	21930	21931	22528	22005
	%	44,5%	43,4%	44,3%	44,3%	44,1%	44,6%	45,0%	45,2%	44,9%	44,9%	44,5%
2pare	n	13705	13803	13757	14062	15224	14401	14304	15731	15940	16615	16460
	%	32,8%	32,8%	32,1%	32,4%	32,3%	32,2%	32,7%	32,4%	32,6%	33,1%	33,3%
3pare	n	5900	6299	6390	6289	6861	6377	6169	6849	6888	6961	6932
	%	14,1%	15,0%	14,9%	14,5%	14,6%	14,3%	14,1%	14,1%	14,1%	13,9%	14,0%
4pare et plus	n	3540	3680	3748	3823	4256	3955	3563	4017	4089	4111	4094
	%	8,5%	8,8%	8,7%	8,8%	9,0%	8,9%	8,1%	8,3%	8,4%	8,2%	8,3%
Total		41721	42021	42883	43379	47103	44671	43718	48527	48848	50215	49491
Données manquantes (%)						1,2%	2,0%	2,2%	2,6%	3,4%	4,0%	4,6%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007





Les grossesses multiples

Les données de la BDMS montrent une proportion de 1,5% de grossesses gémellaires et multiples. Les cas de grossesses à haut rang (triplés ou plus) restent infimes dans les données à notre disposition.

Elles semblent avoir diminué suite au changement de politique quant aux procréations médicalement assistées.

On ne remarque pas d'augmentation des jumeaux malgré une augmentation des grossesses de femmes de plus de 35 ans.

Tableau 1.3.4 :

Grossesses uniques et multiples en Communauté française

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Grossesse unique	n	41675	41890	42563	43180	46420	44173	44177	48343	48895	50625	50256
	%	98,5%	98,4%	98,3%	98,6%	98,5%	98,3%	98,5%	98,5%	98,3%	98,4%	98,4%
Grossesse gémellaire	n	593	648	696	583	691	743	648	725	820	814	798
	%	1,4%	1,5%	1,6%	1,3%	1,5%	1,7%	1,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,6%
Grossesse de haut rang	n	21	22	19	24	21	17	11	14	15	11	9
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total		42289	42560	43278	43787	47132	44933	44836	49082	49730	51450	51063
Données manquantes (%)						1,1%	1,4%	-	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

L'analgésie

La suppression ou atténuation de la douleur lors de l'accouchement ou analgésie est plus couramment pratiquée chez les parturientes : en effet, plus de 80% de celles-ci ont recours à cette pratique et,

la majorité opte pour la péridurale. La rachianesthésie est l'anesthésie de choix pour la césarienne, ce qui explique la diminution du nombre d'anesthésies générales (narcoses).

Tableau 1.3.5 :

Analgésie lors de l'accouchement

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aucune analgésie	n	13648	10432	10029	9279	10574	9030	9310	9413	9238	9422	9434
	%	34,9%	25,4%	24,4%	22,7%	23,5%	21,1%	22,1%	20,3%	19,6%	19,3%	19,5%
Péri/rachidurale	n	20646	26809	27460	27530	30854	30541	29041	32939	33322	34536	34201
	%	52,8%	65,2%	66,8%	67,5%	68,6%	71,3%	69,1%	70,9%	70,7%	70,7%	70,8%
Narcose	n	1543	936	730	654	613	500	457	517	543	665	560
	%	3,9%	2,3%	1,8%	1,6%	1,4%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	1,4%	1,2%
Autre analgésie	n	3263	2914	2915	3342	2954	2780	3235	3586	4024	4193	4092
	%	8,3%	7,1%	7,1%	8,2%	6,6%	6,5%	7,7%	7,7%	8,5%	8,6%	8,5%
Total		39100	41091	41134	40805	44995	42851	42043	46455	47127	48816	48287
Données manquantes (%)						5,6%	6,0%	6,0%	6,8%	6,8%	6,7%	6,9%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007



L'induction et les césariennes programmées

L'induction est le déclenchement de l'accouchement. Elle est pratiquée soit par : l'utilisation de prostaglandines ou d'ocytocine ou en rompant la poche des eaux

(amniotomie), ou encore par une combinaison de ces différentes techniques.

Tableau 1.3.6 :

Induction du travail et programmation de la césarienne

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pas d'induction	n	24230	22959	23624	24053	25804	24023	24258	26782	27534	28344	28016
	%	62,6%	58,4%	59,9%	61,0%	59,7%	57,9%	59,9%	60,2%	60,6%	60,8%	60,6%
Induction	n	12077	13216	12605	12001	13547	13598	12480	13299	13282	13390	13682
	%	31,2%	33,6%	32,0%	30,5%	31,4%	32,7%	30,8%	29,9%	29,2%	28,7%	29,6%
Césarienne programmée	n	2430	3130	3221	3357	3850	3902	3743	4424	4638	4907	4542
	%	6,3%	8,0%	8,2%	8,5%	8,9%	9,4%	9,2%	9,9%	10,2%	10,5%	9,8%
Total		38737	39305	39450	39411	43201	41523	40481	44505	45454	46641	46240
Données manquantes (%)						9,4%	8,9%	9,5%	10,7%	10,1%	10,8%	10,9%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

Les césariennes programmées sont en nette augmentation et se situent à environ 10%.

La durée gestationnelle

La durée gestationnelle est un indicateur capital dans le devenir de l'enfant nouveau-né. Elle définit la prématurité qui, avec le retard de croissance intra-utérin peuvent favoriser la survenue de maladies à l'âge adulte⁵ et la postmaturité.

En communauté française, il est tout à fait exceptionnel de laisser une grossesse aller au-delà de 42 semaines d'aménorrhée.

Tableau 1.3.7 :

Durée gestationnelle en semaines et par catégories

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
22-27 semaines	n	89	111	103	110	120	109	99	93	109	146	131
	%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
28-33 semaines	n	584	621	615	653	688	704	629	769	874	860	778
	%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%	1,5%	1,6%	1,8%	1,7%	1,6%
34-36 semaines	n	2163	2401	2460	2562	2794	2618	2766	3128	3018	3111	2987
	%	5,4%	5,8%	5,8%	6,0%	6,1%	6,0%	6,4%	6,5%	6,2%	6,2%	6,0%
37-39 semaines	n	19704	22348	22942	23743	25262	24328	23953	26748	27016	27863	27556
	%	48,9%	53,7%	54,3%	55,9%	55,0%	55,5%	55,5%	55,8%	55,7%	55,8%	55,7%
40-42 semaines	n	17696	16112	16125	15406	17033	16080	15698	17166	17518	17957	18037
	%	44,0%	38,7%	38,2%	36,3%	37,1%	36,7%	36,4%	35,8%	36,1%	36,0%	36,4%
43-44 semaines	n	18	8	10	9	6	9	5	3	5	4	6
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total		40254	41601	42255	42483	45903	43848	43150	47907	48540	49941	49495
Données manquantes (%)						3,7%	3,8%	3,5%	3,9%	4,0%	4,5%	4,6%

Source « avis de naissance » BDMS-ONE 1998 à 2007

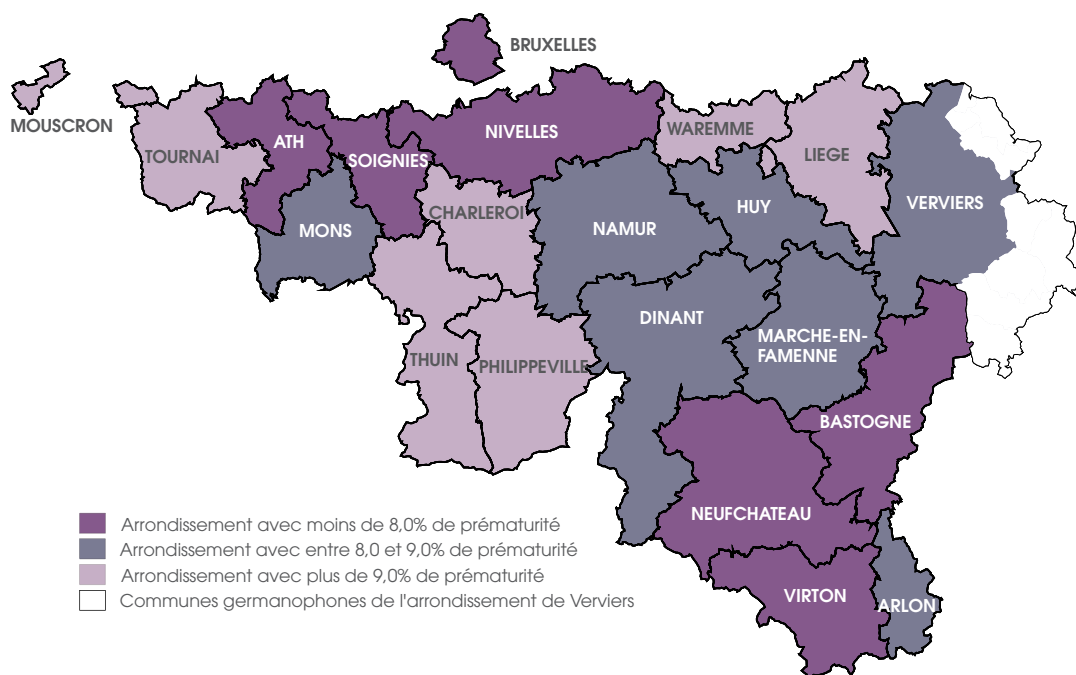
⁵ Impact of gestational age and birthweight on long-term cardiovascular future, La revue de Médecine interne; volume 28; Issue 8, août 2007 ; Pages 545-551





➤ Cartographie 1.3.4 :

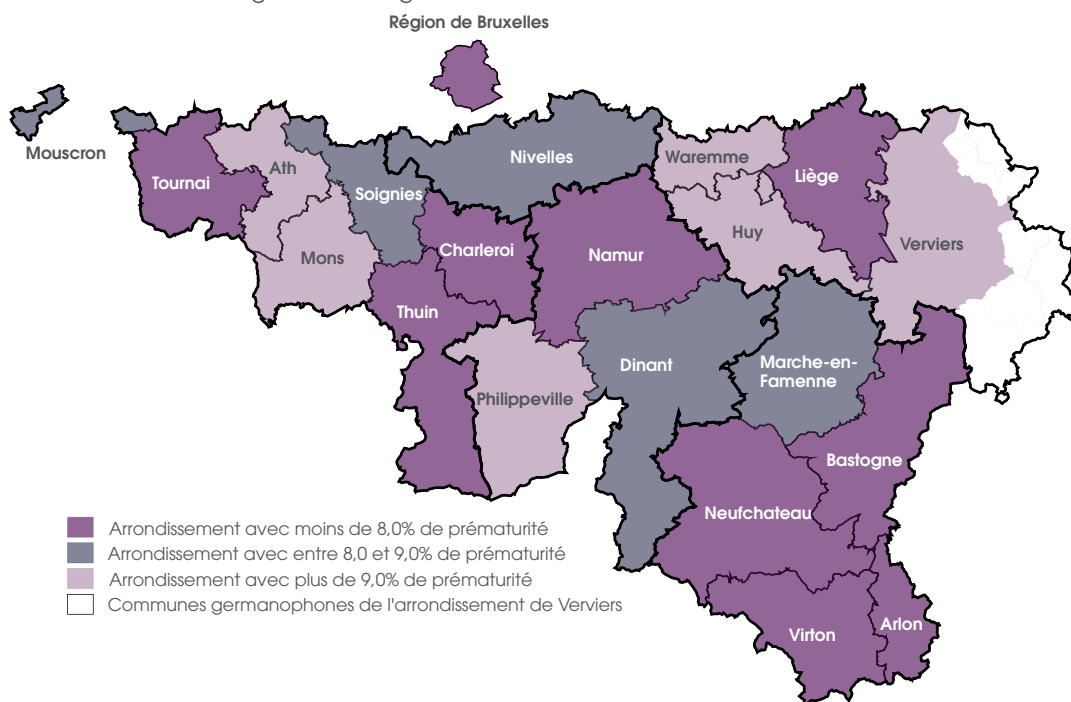
Prématurité chez les mères d'origine belge



Données « avis de naissance » BDMS-ONE, cumul 2006-2007 sur naissances vivantes francophones (N=58.800 naissances). Prématurité par arrondissement de résidence chez les mères d'origine belge. Prématurité définie comme tout accouchement survenant avant la 37e semaine de gestation (Moyenne de prématurité chez les femmes belges : 8,5% et 8,1% chez toutes)

➤ Cartographie 1.3.5 :

Prématurité chez les mères d'origine non-belge



Données « avis de naissance » BDMS-ONE, cumul 2006-2007 sur naissances vivantes francophones (N=19.000 naissances). Prématurité par arrondissement de résidence chez les mères d'origine non belge en Communauté française : 18,2% (3,6% à Waremmes - 31,6% à Bruxelles). Prématurité définie comme tout accouchement survenant avant la 37e semaine de gestation.

Moyenne de prématurité chez les femmes d'origine étrangère : 6,9% et 8,1% chez toutes les femmes ayant accouché au cours de ces années.



La mise au sein après l'accouchement

L'allaitement maternel est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour tout enfant jusque l'âge de 6 mois.

Il est incontesté que le lait maternel est, pour la santé de l'enfant, à court, moyen et long terme le meilleur aliment. Ceci explique l'engouement de la promotion de l'allaitement maternel. On observe de plus en plus de mise au sein immédiate et précoce.

Tableau 1.3.8 :

Mise au sein de l'enfant après l'accouchement

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Néant	n	11442	10700	10334	10342	10493	9272	8273	9117	8680	8907	8242
	%	32,3%	30,1%	28,5%	27,5%	25,3%	23,3%	22,4%	21,9%	20,1%	20,1%	19,1%
Immédiate et précoce	n	22365	23147	24309	25343	28619	28358	26787	30419	32174	32994	32550
	%	63,1%	65,1%	67,0%	67,5%	68,9%	71,4%	72,5%	73,0%	74,3%	74,3%	75,5%
Tardive	n	1659	1726	1644	1865	2444	2107	1906	2139	2426	2506	2332
	%	4,7%	4,9%	4,5%	5,0%	5,9%	5,3%	5,2%	5,1%	5,6%	5,6%	5,4%
Total		35466	35573	36287	37550	41556	39737	36966	41675	43280	44407	43124
Données manquantes (%)						12,8%	12,8%	17,3%	16,4%	14,4%	15,1%	16,9%

Source : «Avis de naissance» BDMS-ONE 1998 à 2007

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

Tableau 1.3.9 :

Régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité

		1994	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Allaitement artificiel	n	12380	11640	11270	11172	11515	10427	9082	10038	9328	9273	8596
	%	30,6%	27,8%	26,6%	25,8%	23,7%	22,3%	21,2%	21,0%	19,4%	18,7%	17,8%
Abandon allaitement en maternité	n		28	49	70	86	139	83	86	121	336	446
	%		0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,7%	0,9%
Allaitement mixte	n	357	428	336	384	425	388	346	419	416	406	415
	%	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%
Allaitement maternel exclusivement	n	27696	29805	30730	31625	36490	35727	33317	37175	38301	39566	38851
	%	68,5%	71,1%	72,5%	73,1%	75,2%	76,5%	77,8%	77,9%	79,5%	79,8%	80,4%
Total		40433	41901	42385	43251	48516	46681	42828	47718	48166	49581	48308
Données manquantes (%)								4,2%	4,2%	4,8%	5,2%	6,9%

Source : «Avis de naissance» BDMS-ONE 1998 à 2007

Tout comme la mise au sein après l'accouchement, les taux d'allaitement à la sortie de la maternité, c'est à dire entre le 3ème et le 5ème jour après l'accouchement

ne cessent de progresser. Des différences marquées entre les subrégions persistent pourtant.





Tableau 1.3.10 :

Régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité selon la subrégion de résidence

		Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Total
Abandon allaitement maternel	n	79	12	191	109	23	32	446
	%	0,60%	0,35%	1,43%	1,08%	0,76%	0,62%	0,92%
Artificiel	n	915	497	3483	1775	729	1197	8596
	%	6,92%	14,43%	26,08%	17,61%	24,07%	23,03%	17,79%
Maternel	n	12092	2919	9595	8028	2271	3946	38851
	%	91,45%	84,76%	71,84%	79,65%	74,98%	75,91%	80,39%
Mixte	n	132	16	75	166	5	21	415
	%	1,00%	0,46%	0,56%	1,65%	0,17%	0,40%	0,86%
Néant-Décès nouveau né	n	4	0	12	1	1	2	20
	%	0,03%	0,00%	0,09%	0,01%	0,03%	0,04%	0,04%
Total		13222	3444	13356	10079	3029	5198	48328
Inconnu	n	2422	146	475	410	30	70	3553
	%	15,48%	4,07%	3,43%	3,91%	0,98%	1,33%	6,85%
Total naissances		15644	3590	13831	10489	3059	5268	51881

Sources : Données BDMS-ONE 2007

Conclusion

Les données de naissances issues des « avis de naissance » ONE sont largement représentatives de la population résidant en Communauté française et à Bruxelles. Ces données sont presque exclusivement récoltées par les TMS qui assurent le rôle de liaison entre la maternité et les équipes médico-sociales de l'ONE⁶, qui assurent le suivi préventif des enfants.

Les données « avis de naissance » fournissent des informations médico-sociales concernant les nouveau-nés et leurs mères, très récentes (2007) ainsi que leur évolution au cours des 13 dernières années.

Les grandes tendances à retenir sont

Une augmentation de près de 10 % du nombre des naissances entre 1994 et 2007 essentiellement liée à la croissance des naissances à Bruxelles (+28%).

Une augmentation du taux de césariennes entre 1994 (13,7%) et 2005 (20%) suivie d'une stabilisation autour de 20,5% en 2006-2007.

Un maintien du taux d'enfants de petits poids de naissance autour de 7,7% depuis 1998 avec une légère baisse à 7% en 2007.

De même, le taux de prématurité à moins de 37 semaines de gestation se maintient autour de 8,5% depuis 1998.

Cependant, pour ces deux indicateurs, des études plus fines nous montrent des écarts importants d'une commune à l'autre et d'un arrondissement administratif à l'autre. Ces différences sont plus largement analysées dans le chapitre vulnérabilités.

En ce qui concerne l'âge des mères, on note une légère diminution du pourcentage de mères de moins de 20 ans et une augmentation constante des mères de 35 ans et plus.

La répartition des mères primipares, 2^{ème} pares, 3^{ème} pares et plus reste très constante. Il en est de même des grossesses multiples.

Quatre mères sur cinq bénéficient d'une forme d'analgésie (principalement la péridurale) pour son accouchement.

Le taux de « mise au sein précoce après la naissance » est en augmentation constante (en 2007, ¾ des mères y ont recours) et l'allaitement maternel à la sortie de la maternité atteint pour la première fois 80% en 2007.

⁶ L'accès aux maternités est donc déterminant dans la qualité des données recueillies. Quelques maternités n'offrent qu'une information partielle sur les naissances qui y sont survenues et c'est à Bruxelles qu'on observe une certaine hétérogénéité dans la récolte des informations. D'autre part, pour compléter les données de naissances, outre les informations par des tiers, le personnel de terrain a recours aux registres administratifs des communes.



LE SUIVI DE LA FEMME ENCEINTE

→ Les consultations prénatales de l'ONE

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne un réseau de Consultations Prénatales hospitalières ou de quartier, gratuites et accessibles aux femmes enceintes de tout niveau socio-économique qui désirent y faire suivre leur grossesse tant sur le plan médical que psycho-social.

Ce suivi psycho-médico-social de la grossesse a pour but de :

- Favoriser l'évolution harmonieuse de la grossesse et sauvegarder la santé des futures mères;
- Réduire la morbidité, 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/ou de la mère;
- Fournir à la population des informations concernant le soutien à la parentalité.

Les sources de données prénatales au sein de l'ONE

Les données concernant les consultations prénatales sont collectées de manière anonyme via le document « volet épidémiologique périnatal » ou « volet CPN » ou « volet prénatal », rempli par le Travailleur Médico-Social (TMS) en cours de suivi en consultation prénatale et renvoyé à la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) après l'accouchement. Il ne concerne donc que les mères dont la grossesse est suivie dans le cadre des Consultations Prénatales de l'ONE.¹

L'ONE dispose également de données budgétaires à travers les données de la Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD), données sur base desquelles sont réparties les subventions de fonctionnement.

Les futures mères suivies dans les Consultations prénatales de l'ONE

L'ONE compte 40 structures prénatales hospitalières et de quartier réparties sur le territoire de la Communauté française. La province de Luxembourg ne dispose d'aucune structure de suivi prénatal et le Brabant wallon en a une seule.



¹ **Remarque** : les données figurant dans ce chapitre sont classées en fonction de la date d'inscription de la mère en Consultation prénatale et non en fonction de la date de l'accouchement. Ainsi, dans les données des inscrites 2006, figurent des mères qui ont accouché en 2006 et en 2007. Ceci explique que les données de ce chapitre sont antérieures d'une année aux données de naissance. Remarque préalable : les données figurant dans ce chapitre sont classées en fonction de la date d'inscription de la mère en Consultation prénatale et non en fonction de la date de l'accouchement. Ainsi, dans les données des inscrites 2006, figurent des mères qui ont accouché en 2006 et en 2007. Ceci explique que les données de ce chapitre sont antérieures d'une année aux données de naissance.



➤ Cartographie 1.4.1 :

Implantation de Consultations prénatales en Communauté française

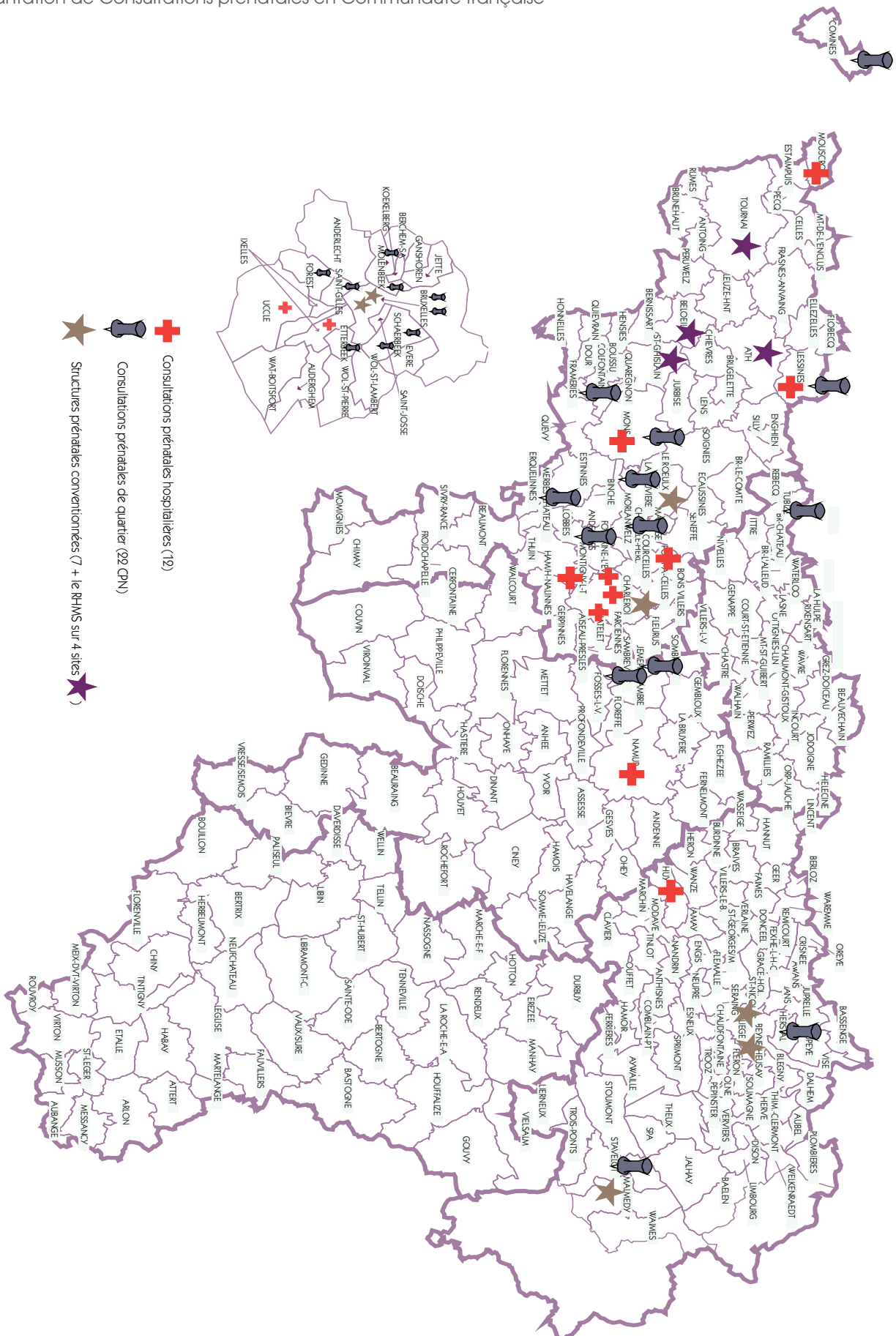




Tableau 1.4.1 :

Evolution de la fréquentation en CPN de 1998 à 2006

	1998	2000	2002	2004	2006
BXL total	4033	4326	4284	5166	5688
BXL naissances 90%	11617	12263	12536	13662	14593
Ratio Inscrites/Naissances	34,7%	35,3%	34,2%	37,8%	39,0%
BW total	163	118	76	42	34
BW naissances	3953	3939	3879	4149	4086
Ratio Inscrites/Naissances	4,1%	3,0%	2,0%	1,0%	0,8%
HT total	5216	5240	4558	5300	5595
HT naissances	14509	15040	14295	14276	14986
Ratio Inscrites/Naissances	36,0%	34,8%	31,9%	37,1%	37,3%
LG total	2222	2186	2044	2015	2197
LG naissances	11359	11581	11158	11359	11802
Ratio Inscrites/Naissances	19,6%	18,9%	18,3%	17,7%	18,6%
NA total	1080	1162	890	833	846
NA naissances	5360	5454	5054	5551	5387
Ratio Inscrites/Naissances	20,1%	21,3%	17,6%	15,0%	15,7%
TOTAL CF	12714	13032	11852	13356	14360
CF naissances	46798	48277	46922	48997	50854
Ratio Inscrites/Naissances	27,17%	26,99%	25,26%	27,26%	28,24%

Sources : Direction des Consultations et visites à domicile (DCVD) - ONE et SPF Economie

Alors que l'on pensait que ce secteur était en déclin, les données relatives aux nouvelles inscrites dans les structures ONE sont en constante augmentation depuis 2001, passant de 25 % en 2001 à 30 % en 2007. (25,3 % en 2002, 26,2 % en 2003, 27,3 % en 2004 et 28,1 % en 2005, 28,2% en 2006 et 30,3% en 2007) ce qui, étant donné l'augmentation des naissances, représente une augmentation brute de 2300 femmes enceintes suivies par l'ONE entre 2003 et 2007.

Graphique 1.4.1 :

Rapport entre les nouvelles inscrites en Consultations prénatales ONE et les naissances officielles



Sources : Direction des Consultations et Visites à Domicile de l'ONE et Direction générale de la Statistique et l'Information Economique du SPF Economie

Ces données surévaluent probablement les taux de fréquentation CPN dans la mesure où elles ne sont pas nominatives et qu'il peut y avoir des doublons notamment lorsque les futures mères fréquentent une consultation de quartier puis une consultation hospitalière. Par contre elles sont très fiables dans la mesure où elles sont à la base du financement des consultations et font dès lors l'objet d'un contrôle strict. Depuis 2004, le volet prénatal a été modifié afin de favoriser la prise en compte de toutes les situations (dont les fausses-couches, interruptions de grossesses, décès in utéro....). L'année 2005 a de ce fait constitué une année charnière, pendant laquelle une partie des indicateurs du volet prénatal ainsi que des supports informatiques ont été modifiés. De ce fait, les données « CPN » de l'année 2005 n'ont pas été considérées comme suffisamment fiables pour être prises en considération dans ce rapport.





Répartitions régionales

Tableau 1.4.2 :

Volets épidémiologiques prénatals rentrés par subrégion BDMS-ONE

		1998	2000	2002	2004	2006
Bruxelles	n	2397	2446	2033	1977	1652
	%	26,09%	25,96%	26,53%	23,50%	20,11%
Brabant wallon	n	57	83	107	39	29
	%	0,62%	0,88%	1,40%	0,46%	0,35%
Hainaut	n	3845	4089	3754	4034	4070
	%	41,84%	43,39%	49,00%	47,96%	49,55%
Liège	n	2017	1862	1186	1720	1776
	%	21,95%	19,76%	15,48%	20,45%	21,62%
Namur	n	873	944	582	641	687
	%	9,50%	10,02%	7,60%	7,62%	8,36%
TOTAL		9189	9424	7662	8411	8214

Sources : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

On note au fil du temps une relative stabilité dans la répartition des volets CPN entre les différentes provinces et Bruxelles. Le Hainaut reste la principale pourvoyeuse de données pour atteindre près de 50 % en 2006. La Province de Liège en apporte en moyenne 1/5 (excepté en 2002 suite à des problèmes informatiques). Bruxelles voit sa part diminuer ces dernières années alors que dans la réalité, le nombre de futures mères suivies ne fait qu'augmenter.

Cette situation est en partie justifiée par l'importante surcharge de travail à laquelle les TMS des prénatales de Bruxelles ont dû faire face.

L'augmentation progressive du nombre de TMS accordé par la Communauté française à l'ONE dans le cadre du dernier Contrat de gestion 2008-2012 devrait résoudre ce problème dans les années à venir.

→ Les profils des mères en consultations prénatales ONE

On sait que les consultations de l'ONE drainent une population plus défavorisée sur le plan économique et social. Ainsi, dans l'étude sur la satisfaction des usagers des services ONE réalisée par le CERES² en 2005, on a pu constater que les mères qui fréquentaient les consultations prénatales ONE avaient un niveau d'instruction et d'emploi nettement plus bas que les mères qui fréquentaient les milieux d'accueil.

Les travaux réalisés par Buekens et Wollast³ dans les années 80 montraient que les femmes qui fréquentaient les consultations publiques comportaient davantage de femmes inactives, seules, peu scolarisées et immigrées et que ces femmes consultaient plus tardivement. Ces études soulignaient également le rôle positif de structures comme l'ONE et notamment le fait qu'une fois rentrées dans le circuit ces femmes plus vulnérables avaient un suivi régulier.

Plus de jeunes mères

Les études scientifiques s'accordent à démontrer une plus grande vulnérabilité des grossesses chez les femmes de jeune âge ainsi que chez celles âgées de 35 ans ou plus. Ceci se traduit notamment en terme d'augmentation des taux de prématurité dans ces deux classes d'âge. Les causes étant la plupart du temps d'ordre socio-économique chez les premières et médicales chez les dernières.

Tableau 1.4.3 :

Femmes enceintes de moins de 20 ans suivies dans les structures de l'ONE par subrégion

	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Namur	TOTAL
Moins de 20 ans (N)	152	3	679	208	100	1136
Moins de 20 ans (%)	6,2%	3,8%	9,4%	10,1%	8,5%	8,8%
N (Total des femmes enceintes)	2464	52	7212	2066	1175	12969

Sources : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE 2006-2007

2 ANDRIAN M, PHILIPPET C, RIFFON A, Enquête auprès des usagers des services de l'ONE, Rapport final, CERES-Université de Liège, juillet 2005.

3 WOLLAST, E., VANDENBUSSCHE, P., BUEKENS, P. « Evaluation de la surveillance prénatale et comparaison entre les secteurs médicaux publics et privés », in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Paris, N° 34, 1986.



Dans la population des futures mères qui fréquentent les consultations prénatales de l'ONE, la répartition des différentes tranches d'âge varie d'une subrégion à l'autre. Ainsi, la proportion des mères de moins de 20 ans passe de 3,8% dans le Brabant Wallon à plus de 10% dans la province de Liège.

Et malgré cela, cette proportion des femmes de moins de 20 ans est trois fois plus importante dans les structures prénatales ONE que parmi l'ensemble des femmes nouvellement accouchées.

Les femmes de moins de 20 ans suivies en 2006 et une partie de celles suivies en 2007 dans les structures prénatales ONE et dont on a un « volet épidémiologique prénatal » est en moyenne de 8,8% alors que cette catégorie d'âge ne représente que 2,6% de l'ensemble des femmes ayant accouché en 2007.

Tableau 1.4.4 :

Catégories d'âge des femmes enceintes suivies à l'ONE

	1998	2000	2002	2004	2006
12-15 ans	20	23	15	7	46
	0,23%	0,27%	0,21%	0,10%	0,56%
16-19 ans	611	645	384	393	678
	7,03%	7,58%	5,44%	5,35%	8,29%
20-24 ans	2299	2227	1728	1693	1962
	26,44%	26,18%	24,47%	23,05%	23,98%
25-29 ans	2994	2853	2246	2291	2623
	34,44%	33,54%	31,80%	31,19%	32,05%
30-34 ans	1851	1806	1695	1830	1822
	21,29%	21,23%	24,00%	24,91%	22,27%
35-39 ans	764	779	808	888	834
	8,79%	9,16%	11,44%	12,09%	10,19%
40 ans et plus	155	173	187	243	218
	1,78%	2,03%	2,65%	3,31%	2,66%
TOTAL	8694	8506	7063	7345	8183
Données manquantes	5,4%	9,7%	7,8%	12,7%	0,4%

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

La comparaison au cours des 9 dernières années entre la répartition des âges des mères en CPN-ONE et dans la population générale des mères selon nos données « avis de naissance » voir tableau 1.3.1 (page 26) montre une importante évolution. Dans la population générale, le pourcentage de futures mères de moins de 20 ans est constant entre 1994 et 2002 (autour de 3,8%). Depuis 2002, ce pourcentage diminue pour atteindre 2,6% en 2007.

Des 46 femmes enceintes de moins de 15 ans connues par les structures prénatales de l'ONE, seule une partie mène leur grossesse à terme (36), d'autre part, certaines d'entre elles âgées de 15 ans en 2006 vont accoucher pendant leur seizième année (2007) et sont de ce fait reprises dans la tranche d'âge des 16-19 ans au niveau des « avis de naissance ».

On observe un phénomène similaire pour les futures mères de 20 à 24 ans qui sont 24% en CPN ONE pour 14,8% dans la population globale en 2006.

Au dessus de 25 ans, les tendances s'inversent.

Plus de femmes seules

La situation d'isolement de la femme enceinte est également un important facteur de vulnérabilité qui se traduit par un risque plus élevé de prématurité et d'accouchement d'un enfant de petit poids et par conséquent plus fragile.

Tableau 1.4.5 :

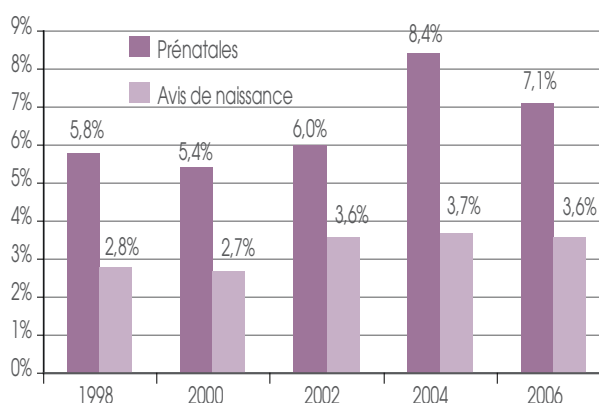
Situation relationnelle de la femme enceinte fréquentant les structures prénatales de l'ONE

	1998	2000	2002	2004	2006
En couple/En famille	7881	7613	6692	7383	7417
	94,24%	94,61%	93,99%	91,57%	92,92%
Isolées/ Maison d'accueil	482	434	428	680	565
	5,76%	5,39%	6,01%	8,43%	7,08%
TOTAL	8363	8047	7120	8063	7982
Données manquantes	9,0%	14,6%	7,1%	4,1%	2,8%

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

Graphique 1.4.2 :

Comparaison des proportions de femmes seules pendant le suivi prénatal ONE et au moment de l'accouchement



Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE





La proportion de femmes isolées fréquentant les consultations prénatales ONE est 2 fois plus élevée que celle de la population générale des « avis de naissance ». Même si on note une diminution de cette proportion en 2006 par rapport à 2004, cette proportion tend à augmenter depuis 1998. L'intérêt des chiffres de 2006 (7 % de futures mères isolées ou en maison d'accueil) est renforcé par le fait que le taux de données manquantes est très bas.

Plus de femmes sans emploi

Les possibilités de réponses à la rubrique « situation professionnelle des futures mères » ont été modifiées en 2005. L'appellation usuelle « mère au foyer » ne permettait pas de distinguer celles qui de fait étaient demandeuses d'emploi (au chômage) et celles qui avaient choisi de rester à la maison (ce qui recouvre des catégories sociales très diverses). Sans être totalement satisfait de cette classification, elle nous a notamment permis d'identifier les mères n'ayant aucune ressource fixe 5% et celles vivant de l'aide sociale.

On voit que les futures mères occupant un emploi (même à temps partiel) pendant leur grossesse ne représentent qu'un tiers de la population des futures mères suivies par l'ONE.

Or, dans la population totale, on estime à près de 60% la proportion de femmes actives⁴ alors que dans la population des futures mères suivies à l'ONE, cette proportion est de 36,8% en 2006, en légère augmentation depuis 1998.

Dans la population « CPN », une femme sur vingt n'a pas de ressource fixe, une femme sur dix dépend d'aides sociales diverses et une femme sur vingt est étudiante.

Tableau 1.4.6 :

Situation professionnelle de la femme enceinte fréquentant les structures prénatales de l'ONE

	1998	2000	2002		2006
Active	2873	2958	2428	Occupe un emploi (Temps partiel compris)	2677
	32,92%	34,65%	35,24%		36,79%
Etudiante	437	410	371	Etudiante	365
	5,01%	4,80%	5,38%		5,02%
Chômeuse	2440	2335	1870	Chômeuse	1955
	27,96%	27,35%	27,14%		26,87%
Pensionnée, Invalide	52	41	23	Sans ressources fixes	367
	0,60%	0,48%	0,33%		5,04%
Sans profession	2124	1898	1435	Mère au foyer sans allocation sociale	1143
	24,34%	22,23%	20,83%		15,71%
Sous aide sociale (CPAS)	801	895	763	Aide sociale, indemnité, mutuelle, RIS	700
	9,18%	10,48%	11,07%		9,62%
				Autre	70
					0,96%
TOTAL	8727	8537	6890		7277
Données manquantes	5,00%	9,40%	10,10%		11,40%

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

4 Données Panel démographique 91-2002 ; Population active de mères avec un enfant de moins de 16 ans en communauté française.



Plus de femmes peu scolarisées

Les items relatifs au niveau d'instruction des futures mères ont été simplifiés, car une des difficultés rencontrées par les travailleurs de terrain est d'établir l'équivalence entre niveaux d'instruction pour les personnes d'origine étrangère.

Tableau 1.4.7 :

Niveau d'instruction des femmes enceintes inscrites en CPN-ONE

	1998	2000	2002		2006
Primaire non achevé	98	126	96	Primaire	408
	1,56%	2,07%	1,86%		7,26%
Primaire terminé	594	613	442	Secondaire inférieur	2131
	9,45%	10,06%	8,58%		37,90%
Second. Inf. techn. Prof.	3289	3173	2788	Secondaire supérieur	1706
	52,34%	52,08%	54,13%		30,34%
Secondaire Supérieur	1163	1149	983	Supérieur (Univ. ou non)	1262
	18,51%	18,86%	19,08%		22,44%
Supérieur type long ou univ.	361	307	222	Autre	116
	5,74%	5,04%	4,31%		2,06%
Illettrée	87	33	24		
	1,38%	0,54%	0,47%		
TOTAL	6284	6093	5151		5623
Données manquantes	31,60%	35,30%	32,80%		31,50%
En 2004, les modifications apportées aux volets ne permettent pas de publier les résultats, car partiels					

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

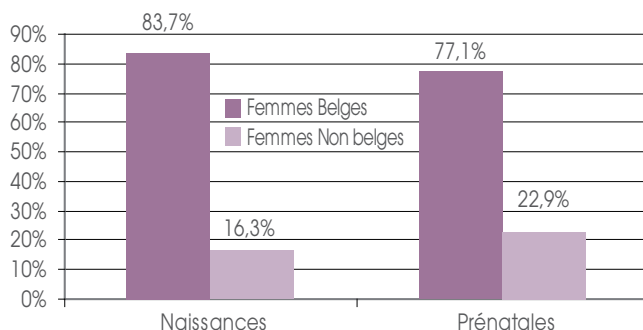
Bien que la plupart des études de santé publique (dont l'enquête nationale de santé de 1997) placent le niveau d'étude de la mère parmi les indicateurs les mieux corrélés à l'état de santé de la mère et de l'enfant⁵, et malgré les modifications apportées à cette variable, les taux de données inconnues restent élevés et sont en partie liés aux difficultés pour les TMS d'aborder cette question dans des circonstances qui ne s'y prêtent pas toujours.

Plus de femmes d'origine immigrée

Dans les « avis de naissance » cette donnée présente souvent une proportion d'inconnues élevée (25,1%, étant donné les circonstances dans lesquelles cette information est recueillie). Elle est nettement mieux remplie dans le volet CPN où on a seulement 2,6% de données manquantes. Toutefois à travers l'exemple du Hainaut, où l'on dispose des données les plus complètes, on remarque que la proportion de femmes enceintes d'origine étrangère fréquentant les consultations prénatales ONE est plus importante que dans l'ensemble de la population des mères résidant dans cette province.

Graphique 1.4.3 :

Origine des femmes à l'accouchement et lors du suivi prénatal par l'ONE, exemple du Hainaut en 2006



Données manquantes pour les naissances : 18,4% (Nombre valide = 11.221) et données manquantes pour les prénatales : 1,4% (Nombre valide = 3880 femmes enceintes).

Sources : « avis de naissance » et « volet prénatal » pour le Hainaut 2006 - BDMS-ONE



Parité et gestité plus élevées

Gestité : La répartition de femmes selon leur gestité reste assez constante dans la population des CPN de l'ONE depuis 1998. De même, les différences avec la population générale des « avis de naissance » se maintiennent. Dans la population des CPN de l'ONE, on trouve moins de primigestes et de 2^{ème} gestes, un peu plus de 3^{ème} gestes, et nettement plus de 4^{ème} gestes.

Tableau 1.4.8 :

Gestité de la femme enceinte suivie en Consultations prénatales ONE

	1998	2000	2002	2004	2006
Primigeste	3119	3074	2531	2787	2672
	33,97%	32,67%	33,22%	33,37%	32,66%
2^{ème} geste	2605	2694	2195	2403	2448
	28,37%	28,64%	28,81%	28,77%	29,92%
3^{ème} geste	1618	1619	1277	1501	1356
	17,62%	17,21%	16,76%	17,97%	16,57%
4^{ème} geste et plus	1839	2021	1616	1662	1705
	20,03%	21,48%	21,21%	19,90%	20,84%
TOTAL	9181	9408	7619	8353	8181
Données manquantes	0,1%	0,2%	0,6%	0,7%	0,4%

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

La gestité reste néanmoins difficile à évaluer avec exactitude étant donné qu'une part des fausses couches, interruptions volontaires de grossesse (IVG) et autres interruptions thérapeutiques qui devraient rentrer en compte ne sont pas connues.

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

Ici aussi, les différences avec la population générale des « avis de naissance » se maintiennent. Dans la population des CPN de l'ONE, on trouve moins de primipares et de 2^{ème} pares, un peu plus de 3^{ème} pares, et nettement plus de 4^{ème} pares.

Tableau 1.4.9 :

Parité de la femme enceinte suivie en Consultations prénatales ONE

	1998	2000	2002	2004	2006
Nullipare	3809	3787	3136	3506	3451
	41,51%	40,19%	41,23%	41,97%	42,14%
Primipare	2772	2856	2364	2555	2539
	30,21%	30,31%	31,08%	30,58%	31,01%
2^{ème} pare	1450	1533	1179	1310	1245
	15,80%	16,27%	15,50%	15,68%	15,20%
3^{ème} pare et plus	1145	1246	928	983	954
	12,48%	13,22%	12,20%	11,77%	11,65%
TOTAL	9176	9422	7607	8354	8189
Données manquantes	0,1%	0,0%	0,7%	0,7%	0,3%

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

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

Plus de comportements à risque

Les comportements à risque (alcool, tabac en particulier) sont plus fréquents parmi les populations les plus défavorisées (voir chapitre sur les inégalités sociales). En l'absence de données comparatives, on notera néanmoins une proportion relativement élevée de futures mères fumeuses parmi celles qui fréquentent les consultations prénatales de l'ONE.

De 1998 à 2001, on note une augmentation constante du nombre de mères fumeuses, passant de 28,0% en 1998 à 36,6% en 2001. Depuis 2003, on assiste à une diminution lente mais constante du nombre de futures mères déclarant fumer pour arriver en 2006 à 26,5% soit 1,5% de moins qu'en 1998. En 2006, pour la première fois depuis 1998, nous voyons diminuer le pourcentage de mères « très grosses fumeuses ». Celui-ci passe de plus de 5% à 3,6%.



Tableau 1.4.10 :

Grossesse et tabac

	1998	2000	2002	2004	2006
Non fumeuses	6365	5043	3715	4889	5527
	71,85%	67,50%	65,44%	69,67%	73,40%
Fumeuse de 1 à 10 c/jr	1248	1273	1098	1143	1134
	14,09%	17,04%	19,34%	16,29%	15,06%
Fumeuse de 11 à 20 c/jr	793	743	544	598	596
	8,95%	9,95%	9,58%	8,52%	7,92%
Fumeuse de plus de 20 c/jr	453	412	320	387	273
	5,11%	5,51%	5,64%	5,52%	3,63%
TOTAL	8859	7471	5677	7017	7530
Données manquantes	3,6%	20,7%	25,9%	16,6%	8,3%

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

Si seules +ou- 16% des femmes enceintes déclarent diminuer leur consommation de cigarettes au cours de leur grossesse entre 1998 et 2001, la tendance à une meilleure prise de conscience des conséquences du tabagisme pendant la grossesse semble se confirmer en 2006 puisqu'un tiers des futures mères disent avoir réduit leur consommation tabagique pendant leur grossesse.

La campagne⁶ « sevrage tabagique de la femme enceinte et de son partenaire » initiée en 2005 par le Gouvernement fédéral vise à développer des collaborations entre tabacologues et professionnels de la santé qui assurent le suivi de la grossesse (gynécologues, sages-femmes, médecins de famille, pédiatres, pharmaciens).

L'objectif de cette campagne est de sensibiliser les femmes enceintes et leur partenaire à la problématique du tabagisme actif ou passif pendant la grossesse et de les conseiller et soutenir en vue d'une diminution de leur consommation.

Ce programme d'aide à l'arrêt du tabac prévoit le remboursement de huit consultations de tabacologie pour la femme fumeuse et son partenaire fumeur auprès de tabacologues reconnus par l'INAMI.

D'après l'étude citée ci-dessus⁷, le FARES (Fonds des Affections RESpiratoires) rapporte que sur 413 nouvelles accouchées, seulement 7,5% ont arrêté de fumer pendant leur grossesse et 2,9% l'année avant la grossesse.

Tableau 1.4.11 :

Réduction de la consommation de tabac pendant la grossesse

	1998	2000	2002	2004	2006
OUI	413	387	388	770	682
	16,56%	15,94%	19,78%	36,15%	34,62%
NON	2081	2041	1574	1360	1288
	83,44%	84,06%	80,22%	63,85%	65,38%
TOTAL	2494	2428	1962	2130	1970

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE

Les résultats de la BDMS semblent plus encourageants puisque dans la population des femmes suivies en CPN ONE, sur près de 2000 futures mères fumeuses, 34% déclarent avoir réduit leur consommation tabagique pendant leur grossesse. Il ne s'agit bien entendu que d'une déclaration mais celle-ci traduit néanmoins une prise de conscience de la nocivité du tabac. On constate une nette augmentation depuis 1998 des futures mères qui déclarent modifier positivement leurs habitudes tabagiques. Dans le chapitre sur les inégalités sociales de santé, on tentera une analyse plus globale des comportements à risque.



⁶ Cousin F, Buonomo S, Janssen B, Dumont J, «Etat des lieux de la Campagne sur le sevrage tabagique de l'femme enceinte et son partenaire», in *Education santé*, n° 235, juin 2008

⁷ Op. cit



→ Les caractéristiques des femmes suivies en consultations prénatales ONE

Dans la littérature scientifique on estime qu'un suivi est tardif lorsqu'il est effectué après les 15 premières semaines de grossesse. Toutefois, la précocité du suivi varie en fonction de l'âge de la mère. Parmi les femmes suivies en Consultations prénatales ONE, nous avons depuis 2006, connaissance de l'âge de la grossesse lors de la première consultation ; que celle-ci ait été effectuée à l'ONE ou dans une autre structure. Alors qu'auparavant, on connaissait seulement la date du premier suivi à l'ONE.

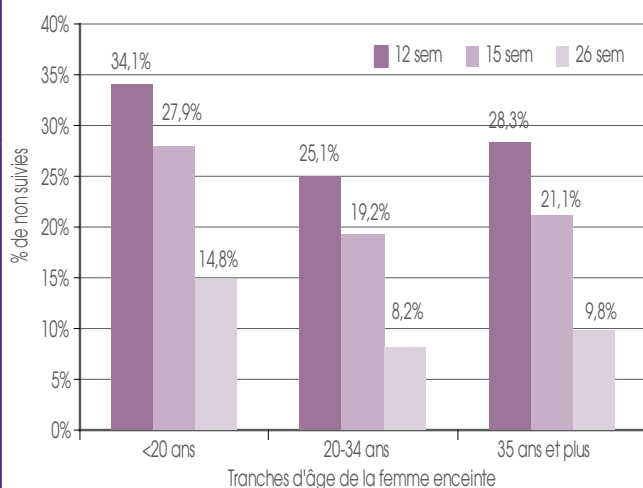
Suivi tardif de la grossesse

Parmi les femmes suivies dans les CPN de l'ONE, à la 12^e semaine de grossesse, environ 35% des femmes enceintes de moins de 20 ans n'ont encore bénéficié d'aucune consultation prénatale contre 25% des femmes de 20 à 34 ans.

A la 26^e semaine de grossesse, 15% des futures mères de moins de 20 ans et 8% de celles de 20 à 34 ans n'ont toujours pas consulté pour le suivi de leur grossesse.

↳ Graphique 1.4.4 :

Pourcentage de femmes enceintes ventilées par âge, dont le suivi (ONE ou non) de la grossesse n'a pas encore été réalisé à la 12^e, 15^e ou 26^e semaine de gestation



N= 7400 femmes enceintes en 2006.

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE 2006

Absence de suivi de la grossesse

Sur base des données fournies par les « avis de naissance », en 2007, on voit que parmi les mères nouvellement accouchées, 0,23% n'ont pas été suivies du tout durant leur grossesse, ce qui ne représenterait qu'une centaine de femmes sur un total de 43.200.

Cependant, on sait que certaines femmes se font suivre très tardivement, c'est à dire quelques semaines avant l'accouchement, à un moment où les possibilités d'actes de prévention sont très faibles. Dans le chapitre sur les inégalités de santé on trouvera une présentation de l'étude confiée à l'équipe du Professeur Alexander à ce sujet.

→ Les caractéristiques des enfants à la naissance

Prématurité et petits poids à la naissance

Le pourcentage de nouveau-nés de moins de 2.500 grammes nés de mères suivies dans les consultations prénatales de l'ONE est comparable à celui de l'ensemble de la population des « avis de naissance » 2006 (7,8% pour la population « CPN » pour 7,7% pour a population « avis de naissance »)

En ce qui concerne le taux de prématurité, il est meilleur dans la population « CPN ». Il est de 7,4% chez les enfants de mères suivies à l'ONE en 2006 alors que pour la même année, il atteint 8,2% pour l'ensemble de la population de la Communauté française reprise dans les « avis de naissance ».

Il faut néanmoins souligner que le devenir des grossesses de toutes les mères suivies en consultations prénatales n'est pas toujours connu de la BDMS, particulièrement en ce qui concerne les futures mères suivies dans les consultations non-hospitalières, qui ne se présentent pas en consultation post-natale. De ce fait, on dispose d'informations sur le nouveau-né dans 87 % des volets de suivi prénatal.

↳ Tableau 1.4.11 :

Durée de gestation et Poids de naissance des enfants nés de femmes suivies en Consultation prénatale ONE en 2006

Durée de gestation en 2006			Poids de naissance en 2006		
	Effectifs	%		Effectifs	%
22-33 sem. de gestation	130	1,83%	Moins de 1500 gr	57	0,80%
34-36 sem. de gestation	399	5,61%	De 1500 à 2499 gr	498	7,02%
37-40 sem. de gestation	6580	92,56%	2500 gr et plus	6540	92,18%
TOTAL	7109	100%		7095	100%
Données manquantes		13,45%			13,62%

Sont considérées uniquement, les naissances au delà de la 22^e semaine de gestation et de plus de 500 grammes.

Source : « volet épidémiologique prénatal » BDMS-ONE 2006



En conclusion

Le nombre de futures mères inscrites dans les consultations prénatales de ONE est en constante augmentation depuis 2001.

La population des futures mères suivies par l'ONE se différencie de la population générale des femmes enceintes de la Communauté française.

Par rapport à la population générale :

- Les futures mères « ONE » sont plus jeunes :
Les femmes de moins de 20 ans y sont trois fois plus nombreuses (9%).
- Les femmes isolées où séjournant en maison d'accueil y sont deux fois plus nombreuses (7%).
- Seul un peu plus d'un tiers d'entre-elles occupe un emploi (37%).
- Mais, une femme sur dix dépend d'aides sociales diverses et une sur vingt n'a aucune ressource fixe.
- Elles ont un niveau d'instruction plus faible.
- Bien que 26% de ces futures mères aient une consommation tabagique, le fait d'une prise de conscience de la nocivité du tabac se fait sentir notamment par une diminution depuis 2002 du nombre de futures mères qui fument mais aussi par une augmentation nette du nombre de mères qui disent diminuer leur consommation pendant leur grossesse.
- En se basant sur la parité de leurs grossesses, on peut en déduire que ces futures-mères ont en moyenne plus d'enfants par femme que la population générale.

Cette population plus vulnérable mérite une attention particulière à travers un suivi médical de qualité et un accompagnement par des travailleurs médico-sociaux.

Samuel Ndame Ebongue - Direction Etudes et Stratégies
Myriam Sommer - Direction Etudes et Stratégies
Marie-Christine Mauroy - Médecin coordonnateur





Chapitre 2

La surveillance médico-sociale préventive des enfants



Chapitre 2

La surveillance médico-sociale préventive des enfants



Le suivi par l'ONE des enfants est réalisé par le personnel des équipes médico-sociales de l'ONE (Médecin et TMS) dans les Consultations de Nourrissons et/ou lors de visites à domicile ainsi que dans les milieux d'accueil collectifs reconnus par l'Office. Ces structures sont réparties sur l'ensemble du territoire de la Communauté française. L'évaluation de ce suivi médical est, depuis 2003, réalisée grâce à l'analyse de données individualisées récoltées à des moments clefs de la vie de l'enfant : lors du premier contact après la sortie de maternité et lors des « Bilans de santé » à 9, 18 et 30 mois.

Ces « Bilans de santé » sont complétés lorsque l'enfant est examiné à l'âge correspondant, en présence d'un de ses parents ou d'une personne les remplaçant. Cette rencontre à des moments importants du développement de l'enfant permet de passer en revue différents programmes de santé définis comme prioritaires à l'ONE. Quelques indicateurs socio-économiques sont également collectés à cette occasion.

LA PREMIÈRE VISITE APRÈS LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

→ Le premier contact

Le contrat de gestion de l'ONE prévoit, en vertu du principe d'universalité, qu'un premier contact soit établi par les TMS avec toutes les familles suite à la naissance d'un enfant. Ce « Premier Contact », généralement au domicile de l'enfant (voir Tableau 2.1.2 ci-dessous), est proposé à toutes les mères qui ont accouché

dans les maternités où l'ONE est présent, et concerne 78% des naissances dont l'ONE a eu connaissance. Des recoupements avec les registres de naissances communaux (principalement à Bruxelles) sont effectués pour obtenir les coordonnées des naissances survenues en dehors des structures où un TMS de liaison est présent, ce qui permet d'améliorer la couverture des premiers contacts. De plus, la visite est proposée aux parents de tout nouveau-né quel que soit son statut légal en Belgique.

Cependant, tout parent a la possibilité de refuser dès la maternité, les services de l'ONE. Leur demande est alors toujours respectée sauf dans les cas où le personnel soignant fait part d'inquiétudes concernant le devenir de l'enfant.

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

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

Lors de ce premier contact, le TMS complète une fiche (1er contact) qui reprend l'identifiant de l'enfant et de sa mère, la date de naissance, les données anthropométriques, le type d'alimentation et le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (ONE ou privée). Cette fiche n'est utilisée en année pleine que depuis 2004. Ces données anonymes sont encodées via chaque comité subrégional et ensuite, analysées et traitées par l'équipe de la BDMS au niveau central.

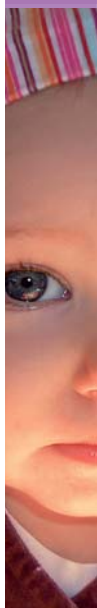
Tableau 2.1.1 :

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

	2004		2005		2006		2007	
	n	Couverture	n	Couverture	n	Couverture	n	Couverture
Bruxelles	10112	69,6%	10528	72,0%	9793	63,2%	10882	69,6%
Brabant Wallon	3146	85,4%	3236	86,2%	3075	84,5%	3060	85,2%
Hainaut	10643	79,0%	10304	75,8%	10375	75,4%	10684	77,2%
Liège (Germanophones Exclus)	7561	75,9%	7923	77,1%	7715	69,1%	8115	77,4%
Luxembourg	2631	87,6%	2735	91,9%	2602	86,1%	2711	88,6%
Namur	4541	87,9%	4111	76,7%	4628	88,5%	4910	93,2%
Total	38634	77,5%	38837	76,8%	38188	73,0%	40362	77,8%

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





Le tableau de la page précédente reprend par province de résidence le nombre de documents « Premier contact » remplis, ainsi que le taux de couverture que cela représente sur base des naissances enregistrées via les formulaires « Avis de naissance » remplis par l'ONE (remarque : pour Liège, l'arrondissement de Verviers ne compte pas les naissances des communes germanophones).

En 2006, le taux de couverture a légèrement chuté, mais les autres années, il avoisine les 78%. Dans les provinces de Namur et du Luxembourg, le taux de couverture des premiers contacts approche 90%. Si Bruxelles est un peu en retrait, cela se justifie par une augmentation des naissances plus importante que dans les autres subrégions, et une pénurie de personnel particulièrement marquée à Bruxelles mais aussi un nombre plus important de refus de visites de l'ONE de la part des parents.

Tableau 2.1.2 :
Lieu du premier contact

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A domicile	17320	70,9	28079	72,7	28059	72,2	28090	73,6	29337	72,7
En consultation médicale ONE	3204	13,1	4305	11,1	4473	11,5	4203	11,0	4740	11,7
Entretien avec TMS au local	340	1,4	776	2,0	1072	2,8	1028	2,7	1181	2,9
Uniquement contact téléphonique	2153	8,8	3522	9,1	3581	9,2	3699	9,7	3819	9,5
Pas de contact	1424	5,8	1952	5,1	1652	4,3	1168	3,1	1285	3,2
Total	24441	100,0	38634	100,0	38837	100,0	38188	100,0	40362	100,0

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

Un peu plus de 7 fois sur 10, le premier contact a lieu au domicile des parents. Cette proportion est stable au cours des dernières années.

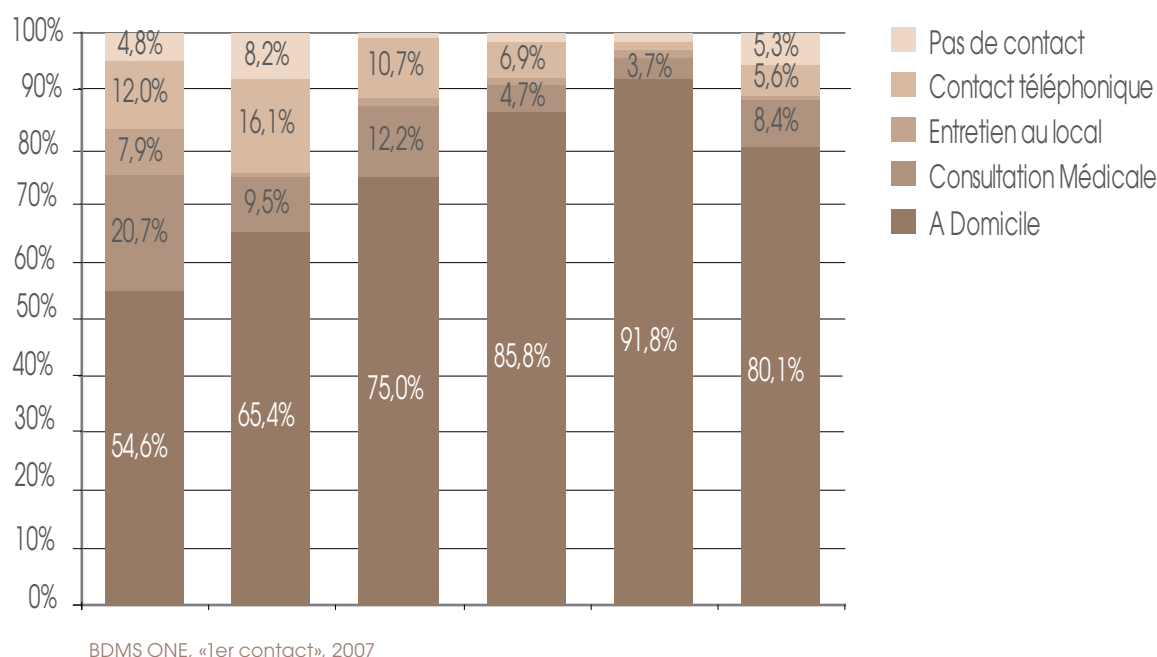
La catégorie « pas de contact » regroupe les situations où un contact n'a pu être établi malgré plusieurs tentatives du TMS (visites infructueuses, mauvaises

adresses, courrier et téléphone sans réponse) ainsi que celles où les parents ont signifié à la maternité leur refus formel d'un suivi ONE. Le pourcentage que représente cette catégorie a diminué au cours des dernières années pour atteindre les 3% en 2007.



Graphique 2.1.1 :

Histogramme du lieu du premier contact par province de résidence



Le graphique ci-dessus illustre par province les lieux du 1er contact. On note d'importantes différences d'une province à l'autre. Ceci reflète des spécificités locales en termes de mobilité, de répartition géographique des villes/villages mais aussi des habitudes des populations. Ainsi, dans les provinces, le TMS est généreusement accueilli et même réclamé à domicile. A Bruxelles, de plus en plus de familles préfèrent rencontrer le TMS en dehors du domicile familial, et les visites à domicile sont plus rares en raison aussi d'une pénurie de personnel (déjà mentionnée plus haut).

Dans le Brabant Wallon où une tranche de la population est plus aisée, les familles font plus souvent suivre leurs enfants chez des médecins traitants, des pédiatres privés et dès lors, on retrouve une plus grande proportion (8,2%) de refus de suivi ONE. A Bruxelles, les problèmes de mobilité ainsi que le nombre restreint de TMS expliquent aussi le plus faible pourcentage (54,6%) de 1er contact à domicile.

Décès du nouveau-né avant le premier contact

Depuis 2007, une variable « décès du nouveau-né » a été ajoutée dans le formulaire « premier contact », et permet au TMS de signaler les décès ayant eu lieu après l'avis de naissance. En 2007, 87 décès ont été signalés soit 2,2‰.

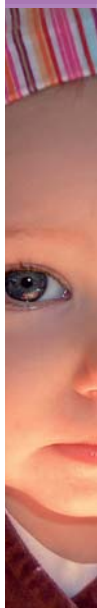
Comme dans la majorité des cas, l'enfant à moins de deux semaines lors du premier contact (voir Tableau 2.1.4 ci-dessous), cette mortalité fait partie de la mortalité néonatale (c'est-à-dire décès d'enfants de 0 à 27 jours).

Les dernières données de la Communauté française¹, datant de 2004, recensent un taux de mortalité néonatale de 2‰ et un taux de mortalité infantile (décès d'enfants de 0 à 1 an) de 3,3‰ en Wallonie. Tandis que pour Bruxelles, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale², recense un taux de 3,1‰ et un taux de 4,4‰ en 2004, et de 2,2‰ et 3,7‰ en 2006 pour la mortalité périnatale et infantile.



¹ Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française, « Mortalité foeto-infantile par période spécifique de décès » dans *Santé en Communauté française*, Flash 1, Avril 2008, page 4.

² Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale – Commission Communautaire Commune, « Données mortalité foeto-infantile de Bruxelles », 1998-2006.



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

Tableau 2.1.3 :

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

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé
0 jour	3210	14,1	4523	12,5	4462	12,1	4391	11,9	4776	12,2
1 jour	2524	25,2	3764	22,9	3903	22,8	3783	22,1	4220	23,1
2 à 3 jours	4183	43,6	7040	42,4	7176	42,3	7127	41,4	7497	42,3
4 à 7 jours	7269	75,6	11642	74,6	11705	74,1	12344	74,8	12714	74,9
8 à 10 jours	2603	87,0	4240	86,3	4399	86,1	4548	87,1	4522	86,4
11 à 15 jours	1628	94,2	2673	93,7	2630	93,3	2618	94,2	2885	93,8
16 à 31 jours	903	98,2	1525	97,9	1659	97,8	1592	98,5	1818	98,5
> 31 jours	419	100,0	747	100,0	812	100,0	540	100,0	587	100,0
Total	22739	100,0	36154	100,0	36746	100	36943	100	39019	100
Inconnues exclues	278	1,2	528	1,4	439	1,2	0	0	0	0

BDMS ONE, «1er contact»

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

Tableau 2.1.4 :

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

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé	n	% cumulé
< 1 semaine	1229	5,4	1855	5,1	1726	4,7	1763	4,8	1950	5,0
1 < 2 semaines	13034	62,2	20717	62,1	20835	61,1	21460	62,9	22319	62,2
2 < 3 semaines	5455	86,0	8567	85,7	9065	85,6	8877	86,9	9344	86,2
3 < 5 semaines	2319	96,1	3733	96,0	3713	95,7	3441	96,2	3755	95,8
5 < 8 semaines	618	98,8	932	98,6	1021	98,5	917	98,7	1017	98,4
8 < 12 semaines	139	99,4	296	99,4	279	99,2	284	99,5	358	99,3
12 < 16 semaines	58	99,7	79	99,6	98	99,5	85	99,7	108	99,6
16 < 20 semaines	20	99,8	26	99,7	43	99,6	32	99,8	36	99,7
20 < 24 semaines	9	99,8	14	99,7	12	99,6	11	99,8	15	99,7
24 sem < 1 an	16	99,9	43	99,8	46	99,8	16	99,9	39	99,8
1 an et plus	26	100,0	65	100,0	91	100,0	53	100,0	63	100,0
Total	22923	100,0	36327	100,0	36929	100,0	36939	100,0	39004	100,0
Inconnues exclues	94	0,4	355	1,0	256	0,7	4	0,0	15	0,0

BDMS ONE, «1er contact»

Lors du premier contact, les enfants ont moins de 2 semaines dans plus de 60% des cas et moins de 3 semaines dans 86% des cas. Ces données restent très stables au cours du temps.



➤ **Tableau 2.1.5 :**

Lors du premier contact, les parents prévoient-ils de faire suivre leur enfant par l'ONE ?

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	19858	91,5	31643	91,6	32430	92,0	32492	92,3	34292	92,4
Non	1841	8,5	2893	8,4	2815	8,0	2695	7,7	2830	7,6
Total	21699	100,0	34536	100,0	35245	100,0	35187	100,0	37122	100,0
Inconnues exclues	1318	5,7	2146	5,9	1940	5,2	1756	4,8	1897	4,9

BDMS ONE, «1er contact»

Plus de 9 parents contactés sur 10 envisagent d'avoir recours aux services de l'ONE pour le suivi médical préventif de leur enfant. Depuis 2003, ce pourcentage est en très légère hausse pour atteindre 92,4% en 2007.

Allaitement lors du premier contact : (voir page 85 alimentation de l'enfant)

➔ Premier contact et enfants de petit poids à la naissance

Le petit poids de naissance (moins de 2500 grammes) est un facteur de vulnérabilité bien connu. La majorité des enfants de petits poids de naissance (90%), sont des enfants nés prématurément.

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

➤ **Tableau 2.1.6 :**

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

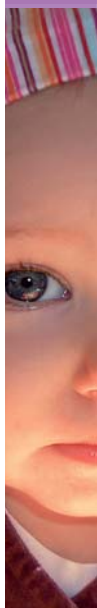
	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1500 g	148	0,7	220	0,6	233	0,6	236	0,6	248	0,6
1500 - 2499 g	1579	7,0	2334	6,5	2343	6,4	2401	6,6	2255	5,9
>= 2500 g	20885	92,4	33465	92,9	33897	92,9	33678	92,7	35868	93,5
Total	22612	100,0	36019	100,0	36473	100,0	36315	100,0	38371	100,0
Inconnues exclues	405	1,8	663	1,8	712	1,9	628	1,7	648	1,7

BDMS ONE, «1er contact»

Le pourcentage d'enfants de petit poids (< 2500 g) pour lesquels la famille a bénéficié d'un premier contact de l'ONE après le retour à domicile est resté stable au cours des dernières années. Il est légèrement inférieur à celui observé via l'Avis de naissance (voir tableau 1.2.5 page 25). Ceci s'explique en partie par le fait que certains d'entre eux séjournent longtemps dans le service néonatal (pas de premier contact rempli en milieu hospitalier) et/ou décèdent précocement.

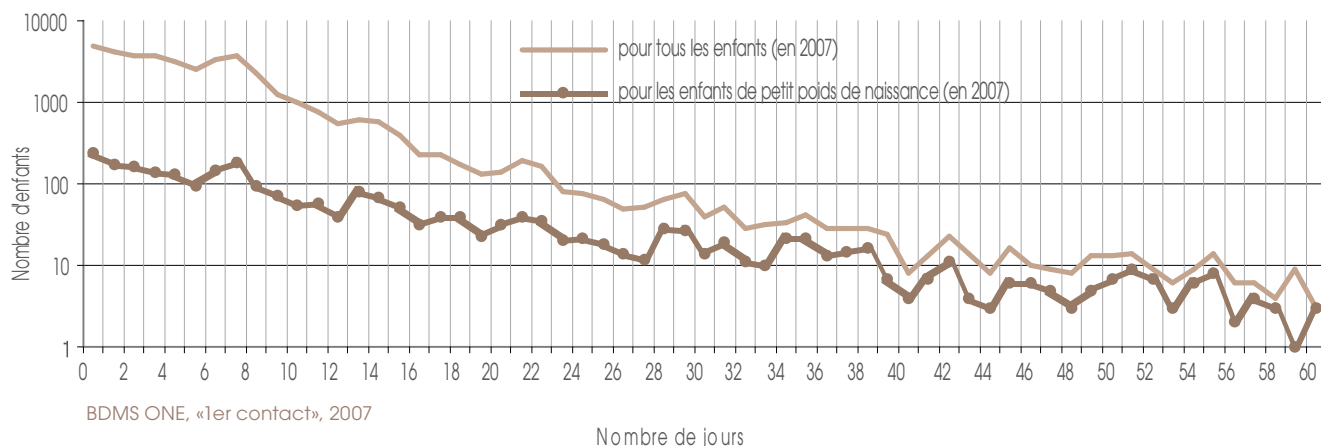
De plus, comme le montre la figure suivante, une plus grande proportion d'enfants de petits poids de naissance ont un délai prolongé entre le signalement de la naissance et le premier contact.

Notons pour 2007 que le pourcentage de petits poids est légèrement inférieur à celui observé les années précédentes, et que 273 enfants (0,7%) pesaient plus de 4500 grammes.



Graphique 2.1.2 :

Courbes du délai entre la connaissance de la naissance et le 1er contact pour tous les enfants et ceux de petit poids de naissance (< 2500 g)



Le séjour au centre néonatal retarde le moment du 1er contact pour les enfants nés prématurément. En regardant le graphique, cette différence apparaît clairement : la courbe des petits poids rejoint celle

des enfants totaux, ce qui traduit que tous les enfants ayant un contact tardif sont des prématurés ou des petits poids.

Tableau 2.1.7 :

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

		Accompagnement ONE prévu				
PPN		2003	2004	2005	2006	2007
< 1500 g	n	113	173	186	183	202
	%	88,3%	91,5%	89,9%	89,3%	91,8%
1500 - 2499 g	n	1335	1985	2018	2124	1984
	%	91,5%	92,5%	91,9%	93,6%	93,6%
>= 2500 g	n	18213	29156	29875	29822	31742
	%	92,1%	92,1%	92,6%	92,7%	92,7%
Total	n	19661	31314	32079	32129	33928
	%	92,0%	92,1%	92,5%	92,7%	92,8%

BDMS ONE, «1er contact»

Le tableau ci-dessus reprend le nombre de familles souhaitant un suivi ONE pour leur enfant et ce par catégorie de poids de naissance de l'enfant.

D'une façon générale, plus de 9 familles interrogées sur 10 souhaitent un suivi ONE pour leur enfant.

La différence de pourcentage obtenue entre les enfants de très petits poids de naissance (< 1500 g), de petits poids de naissance (1500-2499 g) et les enfants de poids de naissance >= 2500 grammes n'est pas statistiquement significative, sauf en 2006 où le $p < 0,05$. Cependant, entre 2003 et 2007, la proportion d'enfants de petits poids de naissance suivis à l'ONE a augmenté de façon significative.



LES BILANS DE SANTÉ À 9, 18 ET 30 MOIS

➤ Tableau 2.2.1 :
Les différents Bilans de Santé

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

➔ Nombre et représentativité des bilans de santé

Nombre de bilans de santé

Les bilans de santé à 9, 18 et 30 mois ont été développés en 2003 en vue de remplacer le « volet d'évaluation 0-1 an » et d'avoir une vision globale de l'état de santé d'un enfant à trois âges clés de son développement. Fin 2003, ces bilans ont été testés pendant une période de 3 mois pour le bilan à 9 mois et une période de 2 mois pour les autres bilans. Depuis 2004, le « Bilan de santé à 9 mois » est généralisé, tandis que les « Bilans de santé à 18 et 30 mois » ne sont entrés en vigueur qu'à partir de 2005.

Il est important lors de la lecture de ces données de bien avoir à l'esprit que quand on parle de bilans de santé 2003-2007, il s'agit de l'année pendant laquelle ces bilans ont été remplis. Ainsi dans les bilans 2007, on trouve pour les « 9 mois », des enfants nés en 2006 et 2007, pour les « 18 mois », des enfants nés en 2005 et 2006 et pour les « 30 mois », des enfants nés en 2004 et 2005.

➤ Tableau 2.2.2 :
Nombre de Bilans de Santé à 9, 18 et 30 mois rentrés par année pour la Communauté française

Bilan de Santé	Communauté française									
	2003*		2004		2005		2006		2007	
	n	Couverture	n	Couverture	n	Couverture	n	Couverture	n	Couverture
À 9 mois	2746	29,5%	9512	25,6%	11021	28,8%	8761	21,8%	10261	26,0%
À 18 mois	2518	58,9%			6901	18,8%	6654	17,7%	7780	20,2%
À 30 mois	1005	26,4%			2910	10,9%	2567	9,3%	3424	12,3%

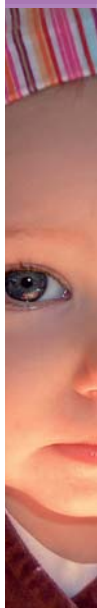
BDMS ONE, «Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois», pas d'inconnues.

* En 2003, les bilans de santé à 9 mois ont été testés pendant 3 mois ; les bilans de santé à 18 et 30 mois pendant 2 mois.

Le tableau ci-dessus reprend par année le nombre de volets 9, 18 et 30 mois remplis ainsi qu'une estimation de la couverture de ces documents par rapport

aux enfants inscrits dans les structures de l'ONE. Cette estimation est calculée sur base des enfants inscrits annuellement dans les structures ONE : les enfants de 0





à 1 an pour la couverture des bilans 9 mois, les enfants de 1 à 2 ans pour la couverture des bilans 18 mois et les enfants de 2 à 3 ans pour la couverture des bilans 30 mois. La notion de bilan à un âge précis implique que les enfants « inscrits » mais ne s'étant pas présentés à l'ONE à l'âge requis ne font pas l'objet de recueil de données.

Nous pouvons observer que le taux de couverture de ces bilans de santé est faible, et en légère hausse en 2007. En effet, le taux de couverture avoisine les 26%

pour les bilans à 9 mois, les 20% pour les bilans à 18 mois et les 12% pour les bilans à 30 mois.

L'amélioration de la couverture des bilans de santé est une priorité pour l'équipe BDMS pour les années à venir. Il est très important de pouvoir bénéficier de données représentatives de cette population en vue d'améliorer le suivi préventif, et les services aux familles. Néanmoins, des analyses plus fines réalisées régulièrement en interne (notamment lors de rencontres de terrain), et la stabilité des indicateurs au cours du temps nous permettent de considérer les données recueillies comme probablement représentatives de la population fréquentant les structures ONE.

Origine des bilans

Tableau 2.2.3 :

Origine des bilans de santé

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
	2003	2004-2005	2006-2007	2003	2005	2006-2007	2003	2005	2006-2007
Accompagnement	89,0%	92,0%	88,7%	82,4%	85,6%	82,7%	66,0%	76,0%	69,6%
Milieus d'Accueil Subventionnés	11,0%	8,0%	11,4%	17,6%	14,4%	17,3%	34,0%	24,0%	30,4%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Dans le tableau ci-dessus, nous pouvons constater que +/- 90% des bilans de santé à 9 mois proviennent du secteur « Accompagnement » (Consultations d'enfants et cars sanitaires) et pour 10% seulement du secteur « Milieux d'Accueil Subventionnés » (crèches et Maisons Communales d'accueil de l'enfance).

La proportion de bilans complétés par les « Milieux d'Accueil Subventionnés » augmente avec l'âge de l'enfant pour atteindre 30% pour les bilans de santé à 30 mois.



Le poids de naissance de l'enfant

Tableau 2.2.4 :

Poids de naissance des enfants pour lesquels un bilan de santé a été complété

	Bilans 9 mois					Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2005	2006	2007	2003	2005	2006	2007
< 2500 g	7,4%	7,1%	7,0%	7,5%	6,6%	7,5%	6,7%	7,2%	7,1%	7,5%	8,0%	6,9%	7,2%
>= 2500 g	92,6%	92,9%	93,0%	92,5%	93,4%	92,5%	93,3%	92,8%	92,9%	92,5%	92,0%	93,1%	92,8%
Total n =	2703	9410	10888	8656	10144	2483	6784	6531	7659	988	2819	2493	3350
Inconnues exclues	1,5%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	2,2%	1,7%	1,8%	1,6%	3,4%	3,1%	2,9%	2,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

La proportion d'enfants avec un poids de naissance inférieur à 2500 grammes et pour lequel un bilan de santé a été rempli reste constante au cours des dernières années et avoisine les 7%. Ces données sont concordantes avec celles des premiers contacts (voir Tableau 2.1.6 page 59) mais elles restent légèrement

inférieures à celles des enfants de petits poids de naissance en Communauté française (voir page 25).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les enfants de petits poids de naissance, plus fragiles que les autres, sont davantage suivis par des consultations spécialisées.

L'âge des mères à l'accouchement

Tableau 2.2.5 :

Age des mères à l'accouchement

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
<= 15 ans	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%
16-19 ans	4,1%	4,3%	4,2%	3,6%	4,3%	3,8%	3,4%	3,2%	3,1%
20-24 ans	20,0%	19,7%	18,1%	19,1%	18,5%	17,8%	17,3%	16,9%	16,0%
25-29 ans	33,8%	34,3%	33,5%	35,4%	33,8%	33,5%	33,2%	34,7%	34,7%
30-34 ans	27,2%	26,6%	28,1%	27,1%	28,7%	28,8%	30,0%	28,4%	31,0%
35-39 ans	11,7%	12,2%	13,2%	11,9%	11,8%	13,2%	12,8%	14,0%	12,2%
>= 40 ans	3,0%	2,8%	2,8%	2,6%	2,9%	2,7%	3,0%	2,7%	3,1%
Total 100% n =	10705	8507	9982	6640	6453	7550	2759	2472	3320
Inconnues exclues	2,9%	2,9%	2,7%	3,8%	3,0%	3,0%	5,2%	3,7%	3,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

La distribution de l'âge des mères à l'accouchement, qui continuent à faire suivre leur enfant au sein des structures ONE, reste semblable à celle observée avec les « Avis de naissance ». Néanmoins, les pourcentages obtenus pour les mères de moins de 30 ans sont supérieurs à ceux obtenus avec les Avis de naissance (48,4%), et inversement pour les mères de 30 ans ou plus. Cela indique que les mères âgées de plus de 30 ans, ayant souvent une plus grande expérience, sont moins

nombreuses que les mères plus jeunes à faire suivre leur enfant par l'ONE.

Cependant, en observant l'évolution des chiffres entre les trois bilans, on constate une légère diminution du pourcentage des mères de moins de 25 ans au fil du temps, à l'inverse des mères plus âgées qui, si au départ sont moins nombreuses, témoignent d'une plus grande « fidélité » aux structures de l'ONE.





→ Caractéristiques socio-économiques des familles et des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE

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

La situation socio-familiale

Tableau 2.2.6 :

L'enfant vit au quotidien avec

	Bilans 9 mois					Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2005	2006	2007	2003	2005	2006	2007
Un seul parent	5,5%	6,6%	6,7%	6,8%	6,7%	8,6%	8,1%	9,0%	8,0%	9,8%	9,3%	9,5%	9,4%
Ses 2 parents	92,9%	92,1%	92,6%	92,2%	92,3%	89,8%	90,6%	89,8%	90,7%	85,0%	88,6%	88,1%	88,7%
Un parent et un beau-parent/compagnon	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,8%	0,6%	0,5%	0,5%	1,0%	1,1%	0,7%	0,8%
Pouponnière/Home/Famille d'accueil	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%
Autres (grands-parents, oncle, tante, ...)	0,6%	0,7%	0,2%	0,4%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,8%	0,4%	1,0%	0,5%
Total n =	2687	9272	10851	8647	10158	2443	6722	6508	7608	1015	2880	2537	3382
Inconnues exclues	2,1%	2,5%	1,5%	1,3%	1,0%	3,8%	2,6%	2,2%	2,2%	3,7%	1,0%	1,2%	1,2%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

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

Cela signifie que l'on considère la situation de l'enfant. Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (hormis le milieu d'accueil pendant le temps de travail des parents).

En cas de séparation parentale, et notamment s'il s'agit d'une garde alternée, le TMS coche « un seul parent ».

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

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

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

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

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

Sur l'ensemble des ménages wallons, en 2006, selon les chiffres du Gédap-UCL³, 11,6% des ménages sont composés d'un parent seul avec un ou plusieurs enfants.

Au niveau belge, ces ménages représentent 9,3% du total des ménages.

Dans 85,5% des cas, il s'agit de ménages féminins même si l'on observe, au cours de ces dernières années, une progression du nombre de pères seuls avec enfant(s)⁴.

³ Gédap = Groupe d'étude de démographie appliquée de l'UCL.

⁴ IWEPS, Les facteurs de précarité : photographie statistique de la situation des femmes et des hommes en Wallonie, 2008, 140 pages.



Le niveau d'enseignement de la mère

Tableau 2.2.7 :

Niveau d'enseignement de la mère

	Bilans 9 mois					Bilans 18 mois				Bilans 30 mois			
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2005	2006	2007	2003	2005	2006	2007
Primaire non achevé, pas de scolarité ou enseignement spécialisé	6,6%	8,4%	4,7%	3,2%	3,4%	7,3%	3,8%	3,5%	3,1%	7,7%	4,4%	3,6%	3,7%
Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé			6,0%	7,3%	6,3%		6,0%	6,0%	5,2%		5,9%	7,2%	5,3%
Secondaire inférieur achevé	22,4%	23,6%	19,5%	18,8%	17,6%	25,1%	17,6%	19,4%	17,7%	20,3%	15,4%	14,9%	13,9%
Secondaire supérieur achevé	34,6%	35,6%	36,8%	34,2%	34,6%	33,8%	36,1%	35,1%	35,8%	29,4%	32,1%	29,7%	32,0%
Supérieur achevé	36,4%	32,3%	32,9%	36,5%	38,0%	33,7%	36,4%	36,0%	38,3%	42,5%	42,2%	44,6%	45,1%
Total n =	2238	7748	9116	7236	8352	2024	5816	5606	6430	816	2422	2226	2908
Inconnues exclues	18,5%	18,5%	17,3%	17,4%	18,6%	20,3%	15,7%	15,7%	17,4%	20,2%	16,8%	13,3%	15,1%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

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

A l'exception de la 1ère catégorie (primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès, peu importe si l'enfant vit avec sa mère ou non.

Les grandes tendances qui se dégagent sont :

- une diminution lente du taux des « inconnues », bien que ceux-ci restent trop élevés (de 18,6 à 13%).
- une légère augmentation du nombre de mères ayant obtenu un diplôme supérieur, mais cela témoigne simplement de l'augmentation du niveau d'enseignement observé en Europe. Selon le rapport de l'OCDE⁵, en 2006, dans la population belge, 42% des 25-34 ans et 35% des 35-44 ans ont un diplôme d'études supérieures.
- une répartition relativement homogène et constante des différents niveaux d'enseignement des mères, avec pour les « bilans de santé à 9 mois » depuis 2005, 10 à 11% de mères n'ayant pas atteint

le niveau « secondaire inférieur », et seulement 1/3 des mères ayant terminé un enseignement supérieur bien que ce chiffre soit probablement surestimé étant donné le taux élevé d'inconnues.

En effet, nous savons que dans les « inconnues » on retrouve surtout des niveaux d'enseignement peu élevés ou inclassables.

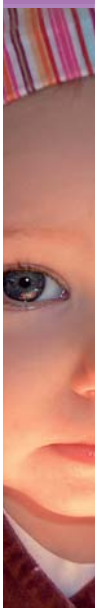
Ces données montrent combien la population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE est différente de celle qui fait appel au secteur « Accueil » (cf. le rapport de l'enquête réalisée en 2005 auprès des usagers des services ONE⁶, les mères ayant terminé ou atteint au plus un niveau d'étude secondaire inférieur ne représentent que 8,9% de la population faisant appel aux milieux d'accueil alors que dans les consultations de l'ONE elles sont plus de 27%).

- Par contre, à mesure que l'enfant grandit, on remarque une modification du profil de niveau d'enseignement des mères pour atteindre 45% de mères ayant terminé l'enseignement supérieur dans les « bilans de santé à 30 mois ». Ceci voudrait-il dire que les suivis les plus longs seraient corrélés à un niveau d'enseignement plus élevé chez les mères ?

⁵ Rapport de l'OCDE, Regards sur l'éducation 2008, Septembre 2008.

⁶ ANDRIEN M., PHILIPPET C., RIFFON A., *Enquête auprès des usagers des services de l'ONE*, CERES, Université de Liège, Juillet 2005.





Néanmoins, il ne faut pas négliger que la proportion de bilans remplis par les Milieux d'Accueil Subventionnés augmente à 30 mois (voir Tableau 2.2.3 page 62) et que selon le rapport de l'enquête auprès des usagers des services ONE, 77,7% des mères qui placent leur enfant en milieu d'accueil ont un diplôme de niveau

supérieur (universitaire ou non), alors que dans les consultations de l'ONE elles sont seulement 31% à avoir ce type de diplôme. Cependant, une étude plus approfondie sur le sujet devrait être entreprise afin de mieux cerner les mécanismes à l'œuvre.

La situation d'emploi de la mère

Les données sont réparties en deux tableaux, l'un fournissant les données 2003 - 2004 et l'autre les données 2005 - 2007. En effet, suite aux conclusions des tests réalisés en 2003 et 2004, les indicateurs ont été légèrement revus en 2005 et 2006.

Tableau 2.2.8 :

Situation d'emploi de la mère

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

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2003-2004

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Au chômage et/ou au foyer	51,8%	51,2%	50,2%	47,3%	48,1%	44,8%	42,0%	39,2%	36,8%
Travaille à temps plein	32,5%	27,4%	27,4%	29,6%	29,9%	32,3%	35,6%	36,8%	38,6%
Travaille à temps partiel	10,3%	16,2%	17,9%	18,3%	17,6%	18,4%	18,0%	19,3%	20,5%
Pause carrière/congé parental à temps plein	1,3%	1,8%	1,6%	1,3%	1,3%	1,7%	1,3%	1,1%	1,4%
Pause carrière/congé parental à temps partiel	0,5%	0,9%	0,9%	0,8%	0,5%	0,8%	0,6%	1,0%	0,8%
Aide sociale, indemnité mutuelle et revenu d'insertion	2,5%								
Etudiante	0,7%								
Sans ressources fixes	0,3%								
Autre (pré-pensionné, invalidités, incapacités de travail)	0,2%	2,4%	2,0%	2,8%	2,5%	2,1%	2,5%	2,7%	1,9%
Total 100% n =	10600	8448	9893	6623	6446	7442	2761	2487	3276
Inconnues exclues	3,8%	3,6%	3,6%	4,0%	3,1%	4,3%	5,1%	3,1%	4,3%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

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



Comment interpréter « L'activité principale de la mère » ? Ici, il faut considérer l'activité officielle de la mère au jour du bilan de santé.

Ces tableaux montrent combien la population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE est différente de celle qui fait appel au secteur « Accueil » (cf. le rapport de l'enquête réalisée en 2005 auprès des usagers des services ONE⁷, le taux de l'emploi des mères ayant recours à un Milieu d'accueil est de 93,7%).

Dans notre échantillon, on constate qu'1/3 des mères

ont un travail à plein temps. On observe également une augmentation du travail à temps partiel au fur et à mesure que l'enfant grandit. Ce phénomène s'accompagne d'une diminution des mères « au chômage et/ou au foyer ». Nous devons cependant rester attentifs au fait que ce ne sont pas les mêmes populations.

Famille et revenu

Tableau 2.2.9 :

La famille vit avec

	Bilans 9 mois					Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
	2003	2004	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Un revenu professionnel	34,2%	36,2%	38,8%	39,0%	38,2%	35,8%	36,7%	35,3%	34,3%	35,4%	31,4%
Deux revenus professionnels	52,1%	46,9%	42,9%	43,6%	45,4%	47,6%	45,8%	50,1%	51,3%	51,3%	55,7%
Uniquement un/des revenus de remplacement	12,1%	15,3%	15,7%	15,2%	14,4%	14,6%	15,1%	12,7%	12,2%	10,9%	11,5%
Pas de revenu fixe	1,6%	1,6%	2,0%	1,7%	1,6%	1,4%	1,7%	1,2%	1,7%	1,6%	0,9%
Autres		0,0%	0,5%	0,6%	0,4%	0,5%	0,8%	0,7%	0,4%	0,7%	0,4%
Total 100% n =	2568	8938	10599	8423	9878	6631	6468	7421	2807	2486	3304
Inconnues exclues	6,5%	6,0%	3,8%	3,9%	3,7%	3,9%	2,8%	4,6%	3,5%	3,2%	3,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

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

Comment interpréter « La famille vit avec » ?

Ici, il faut considérer la situation officielle de travail.

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

Un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.

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

Entre 2004 et 2007, la situation de revenu des familles suivies à l'ONE semble relativement stable par type de bilans de santé. On remarque que cette situation s'améliore entre le moment du bilan de santé à 9 mois et celui à 30 mois. En effet, le pourcentage des familles bénéficiant de deux revenus professionnels évolue de 45% à 55%, et pour celles disposant d'un seul revenu professionnel il passe de 39 à 31%. Ainsi, la proportion des familles vivant avec deux revenus professionnels augmente au fur et à mesure que l'enfant grandit et que les mères reprennent un travail.

A côté de cela, 11 à 15% des familles vivent de revenus de remplacement et celles qui n'ont pas de revenus fixes oscillent entre 1 et 2%.



7 ANDRIEN M., PHILIPPET C., RIFFON A., Enquête auprès des usagers des services de l'ONE, CERES, Université de Liège, Juillet 2005.



La mère parle français

Cette information est collectée depuis 2005, année de transition marquée par un grand taux d'inconnues résorbé dès 2006.

Tableau 2.2.10 :
La mère parle le français

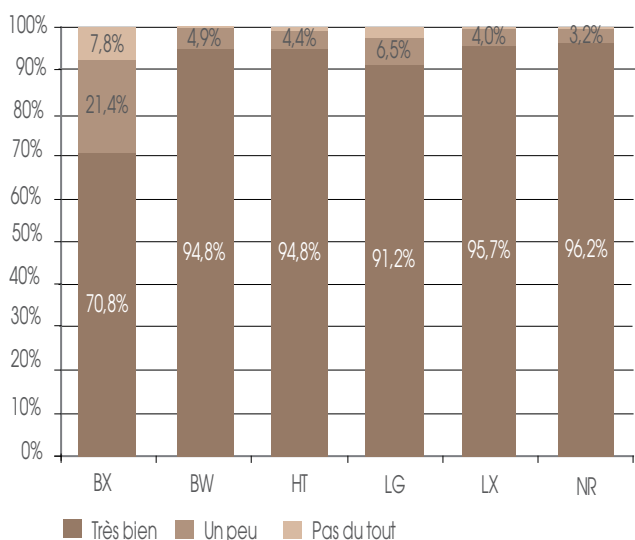
	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Très bien	85,5%	87,2%	88,6%	87,3%	88,3%	89,2%	87,6%	87,4%	89,9%
Un peu	10,6%	9,3%	8,7%	9,8%	8,9%	8,2%	9,9%	9,8%	7,9%
Pas du tout	3,9%	3,4%	2,7%	2,9%	2,8%	2,5%	2,5%	2,8%	2,2%
Total 100% n =	7270	8498	10085	6748	6536	7707	2799	2509	3363
Inconnues exclues	34,0%	3,0%	1,7%	2,2%	1,8%	0,9%	3,8%	2,3%	1,8%

Parmi les mères faisant suivre leur enfant au sein des structures de l'ONE, elles sont 2 à 3% à ne pas savoir parler français et 8 à 10% sachant s'exprimer un peu en français.

Ces taux restent stables malgré une importante diminution du taux d'inconnues.

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Graphique 2.2.1 :
« la mère parle le français » par province de résidence



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

En observant la figure ci-contre, nous remarquons que les problèmes les plus importants se situent principalement à Bruxelles, où quasi 30% des mères ne savent pas ou peu s'exprimer en français.

Pour permettre qu'un dialogue constructif autour de l'enfant puisse se mettre en place, l'ONE subventionne le recours à des interprètes. L'ONE est particulièrement conscient de l'importance d'un service d'interprétariat dans ses consultations.

Cette préoccupation est d'ailleurs inscrite dans son contrat de gestion et un budget de plus de 50.000 euros lui a été consacré en 2007.

L'ONE a signé des conventions avec les services d'interprétariat qui interviennent en fonction des demandes. Les langues les plus demandées sont le turc, l'arabe, le russe, le serbo-croate, l'albanais, le polonais,...

Les interprètes peuvent intervenir pendant les séances de consultations, les activités collectives ou les visites à domicile. Certaines prestations peuvent avoir lieu également par téléphone pour les prises de rendez-vous ou les cas d'urgences. Enfin certaines traductions écrites peuvent être également réalisées par plusieurs de ces services.



La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans

Cette information est collectée depuis 2005, mais le taux d'inconnues y est encore important. Ce n'est qu'en 2006 que la collecte est pleinement opérationnelle.

Tableau 2.2.11 :

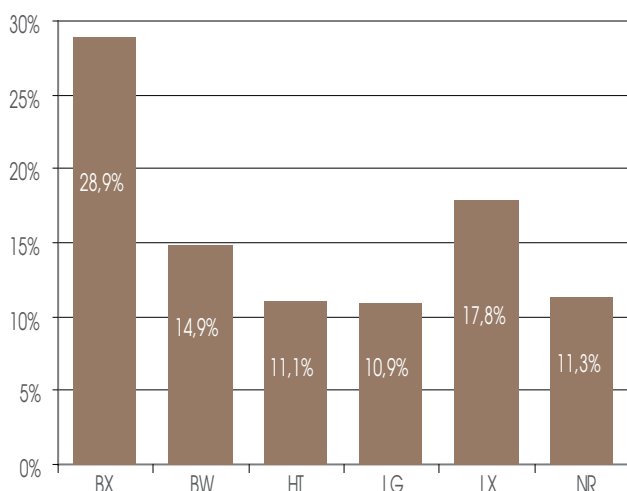
La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans

	Bilans 9 mois			Bilans 18 mois			Bilans 30 mois		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Oui	25,3%	19,2%	15,7%	22,1%	18,8%	15,0%	21,6%	16,3%	12,1%
Non	74,7%	80,8%	84,3%	77,9%	81,2%	85,0%	78,4%	83,7%	87,9%
Total 100% n =	6989	8250	9819	6478	6358	7475	2698	2453	3270
Inconnues exclues	36,6%	5,8%	4,3%	6,1%	4,4%	3,9%	7,3%	4,4%	4,5%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Graphique 2.2.2 :

Pourcentage de mères en Belgique depuis moins de 5 ans lorsque l'enfant a l'âge de 9 mois par province de résidence



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

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

On observe que depuis 2005, pour les trois bilans, le taux de mères « primo-arrivantes » n'a cessé de diminuer pour atteindre 15% en 2007.

Cela représente par an une diminution de l'ordre de 4-5%, ce qui est énorme. Mais les taux obtenus en 2005 étaient sans doute faussés par le taux très élevé d'inconnues.

Si l'on se réfère aux données statistiques de la DGSIE⁸, au 31/12/2005, la Belgique comptait 10.511.382 habitants. Parmi eux 900.473 étaient de nationalité étrangère, soit 8,6% de la population totale. En chiffre absolu, c'est en Région flamande qu'habitaient le plus grand nombre d'étrangers fin 2005. Par contre, en proportion c'est la région de Bruxelles-Capitale qui accueillait le plus d'étrangers avec 27% de sa population totale alors que la part d'étrangers en Région flamande n'était que de 5% (et 9% en Région wallonne).

On remarque que l'immigration se féminise de plus en plus. Les femmes sont d'ailleurs devenues majoritaires parmi les nouvelles entrées enregistrées en 2005⁹.

Cette féminisation est favorisée par le regroupement familial dont ont bénéficié les épouses des travailleurs migrants. Au-delà du regroupement familial, la féminisation de l'immigration a surtout profité de l'émergence de nouvelles formes de migration et de nouveaux courants migratoires où la place de la femme est centrale (Asie du Sud-est, Russie, Roumanie). Les recoupements que nous avons réalisés avec le niveau d'étude de la mère et son acquisition de la langue française, nous montrent des correspondances nettes entre : « maman en Belgique depuis moins de 5 ans » et l'item « niveau d'étude primaire non achevé ou pas de scolarité » (42%) ; « niveau d'étude primaire achevé ou secondaire inférieur non achevé » (32%) ainsi que l'item « maman ne parle pas du tout le français » (78,5%).

⁸ Direction générale Statistique et Information économique du Service public fédéral Economie (ex-INS), <http://ecodata.mineco.fgov.be>.

⁹ Centre pour l'égalité des chances sur les migrations, *Rapport 2007*, Avril 2008.



Conclusions

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

Nous pouvons ainsi caractériser la population à travers les « bilans de santé à 9 mois » :

- Une mère sur quatre n'a pas dépassé le niveau d'étude secondaire inférieur ;
- Près d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer ;
- Trois à quatre mères sur dix vivent avec un seul revenu professionnel ;
- Près de 15% des mères vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe ;
- Une mère sur dix a des difficultés à parler le français ;
- 15 à 20% des mères sont « primo-arrivantes ».





LES VACCINATIONS

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

Depuis 2002, la Communauté française, en accord avec le Conseil Supérieur d'Hygiène (Instance fédérale), recommande de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, *hémophilus influenzae* de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, méningocoque C. Sont venues s'ajouter à cette liste, en 2006, la recommandation de vacciner contre le pneumocoque et en 2007, celle de vacciner contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception du vaccin contre le rotavirus, sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint de l'Etat fédéral et de la Communauté française.

Les données de la dernière enquête réalisée en décembre 2006 par le Dr Swennen, PROVAC-ULB¹⁰ confirment les données des autres années : l'Office vaccine 66% de la population infantile à Bruxelles et 54,2% en Wallonie, et particulièrement les enfants issus des milieux les plus défavorisés.

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

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire (arrêté royal du 26/10/66 entré en vigueur le 16/12/1966, modifié par les arrêtés royaux du 18 et 22 septembre 2000).

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

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

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

- le Volet 0-1 an (1996-2002)
- le Bilan de santé « 9 mois »
- le Bilan de santé « 18 mois »
- le Bilan de santé « 30 mois »

Les bilans de santé recueillent des informations quant aux vaccinations dans les bilans « 9 mois » pour le DiTePer-Polio, le Hib, l'HB, pneumocoque, rotavirus ; dans le bilan « 18 mois » pour l'ensemble des vaccinations recommandées par la Communauté française (DiTePer-Polio, le Hib, l'HB, Méningocoque C et RRO), plus le pneumocoque et depuis 2007, dans le bilan « 30 mois » la vaccination du RRO.

➔ Vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*hémophilus influenzae* de type b, l'hépatite B

Le vaccin hexavalent protège contre 6 maladies :

• La diphtérie :

Le bacille diphtérique provoque une angine sévère (appelée autrefois « croup »), les amygdales sont recouvertes d'une substance épaisse qui s'étend vers le fond et le bas de la gorge, rendant la respiration difficile et pouvant même entraîner l'asphyxie ; les complications cardiaques, rénales, neurologiques sont graves et parfois mortelles.

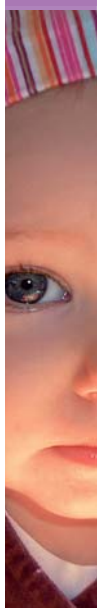
• Le tétanos :

Suite à la contamination d'une plaie, même minime par le bacille tétanique, ou ses spores présents dans la terre ou des selles d'animal, les toxines produites vont provoquer une maladie grave encore mortelle, caractérisée par des contractures musculaires très douloureuses qui nécessitent des soins importants et intensifs. La paralysie des muscles respiratoires peut entraîner la mort.

• La coqueluche :

Cette maladie très contagieuse, due à une bactérie, se caractérise par de violentes quintes de toux qui peuvent entraîner des difficultés respiratoires et des vomissements. C'est une maladie grave, parfois mortelle, avant l'âge de 6 mois car les quintes





de toux peuvent provoquer des arrêts respiratoires ou cardiaques. De jeunes parents non immunisés peuvent l'attraper sans s'en rendre compte et la transmettre à leur bébé.

- La poliomyélite :

Maladie virale aiguë dont la gravité est variable. Elle se manifeste par de la fièvre, des maux de tête, une angine, un dérangement gastro-intestinal. Elle peut entraîner des atteintes de la moelle épinière et laisser des séquelles sous forme de paralysie.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est obligatoire pour tous les enfants en Belgique.

- L'haemophilus influenzae de type b (Hib) :

Cette bactérie provoque des méningites qui peuvent être mortelles, surtout chez les enfants de moins de cinq ans. Elle peut provoquer une otite, une pneumonie ou une septicémie. Elle peut être mortelle ou laisser parfois des séquelles graves comme surdité ou paralysies.

- L'hépatite B :

Maladie virale qui touche le foie et se manifeste au début par un état grippal : fièvre, courbatures, maux de tête, vomissements, fatigue. La maladie peut guérir spontanément mais peut aussi devenir chronique chez une personne sur dix, et déboucher sur une cirrhose ou un cancer du foie. Au plus l'infection par le virus de l'hépatite B survient tôt dans la vie, au plus est grand le risque de devenir porteur chronique. Le porteur chronique peut transmettre le virus toute sa vie.

A partir de 2004, la Communauté française a fourni un vaccin « hexavalent » associant 6 vaccins (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hémophilus Influenzae de type b, hépatite B). Cependant, l'ancien schéma vaccinal a été conservé pour les enfants dont la vaccination était déjà commencée en 2003. Ceci explique qu'en 2004, 2005 et début 2006 (pour les 18 mois), on observe encore des taux de couverture différents pour les vaccins diphtérie-tétanos-coqueluche-polio, hémophilus influenzae de type b et Hépatite B.

Afin de ne pas donner une fausse idée de la couverture vaccinale, on a inclus dans ce chapitre, les inconnues dans le calcul des pourcentages de couverture.

Vaccination à l'âge de 9 mois avec le vaccin « Hexavalent »

Ce vaccin permet en une seule injection de vacciner contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hémophilus Influenzae de type b, hépatite B.

Les enfants correctement vaccinés à l'âge de 9 mois doivent avoir reçu 3 doses d'« hexavalent ».

Tableau 2.3.1 :

Vaccin Hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B) à 9 mois

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	43	0,4	6	0,1	19	0,2
1 dose	30	0,3	8	0,1	14	0,1
2 doses	45	0,4	35	0,4	85	0,8
3 doses	10498	95,2	8511	97,1	9994	97,4
Inconnu	405	3,7	201	2,3	149	1,5
Total	11021	100,0	8761	100,0	10261	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Pour ces 6 vaccinations (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B) on constate qu'entre 2005 et 2007, la couverture vaccinale s'est encore améliorée et que le pourcentage d'inconnues a bien diminué. Ce taux de 97,4% d'enfants correctement vaccinés est tout à fait satisfaisant d'autant que dans les 1,5% d'inconnues, une partie des enfants sont probablement vaccinés mais nous n'avons pas l'information car ce sont probablement des enfants vus en l'absence des parents (grands-parents, accueillantes).



Vaccination à l'âge de 18 mois avec le vaccin « Tétravalent » (diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite)

Jusque début 2006, les vaccinations de rappel à 18 mois se sont faites avec un vaccin « tétravalent » pour la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Les enfants correctement vaccinés à 18 mois contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite sont ceux qui ont reçu au moins 4 doses de vaccin.

Tableau 2.3.2 :

Vaccin DiTePer et Poliomyélite à 18 mois

	2003		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	27	1,1	9	0,1	9	0,1
1 dose	1	0,0	5	0,1	9	0,1
2 doses	1	0,0	4	0,1	8	0,1
3 doses	152	6,0	382	5,5	282	4,2
4 doses	2354	92,7	6367	92,2	6227	93,5
Inconnu	5	0,2	134	1,9	119	1,8
Total	2540	100,0	6901	100,0	6654	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Vaccination à l'âge de 18 mois contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)

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

Tableau 2.3.3 :

Vaccin Hémophilus Influenzae de type b à 18 mois

	2003		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	35	1,4	16	0,2	9	0,1
1 dose	16	0,6	17	0,2	8	0,1
2 doses	12	0,5	12	0,2	8	0,1
3 doses	175	6,9	403	5,8	282	4,2
4 doses	2296	90,4	6303	91,3	6223	93,5
Inconnu	6	0,2	150	2,2	124	1,9
Total	2540	100,0	6901	100,0	6654	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Vaccination à l'âge de 18 mois contre l'hépatite B

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

Tableau 2.3.4 :

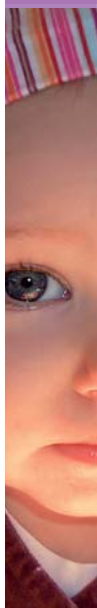
Vaccin Hépatite B à 18 mois

	2003		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	347	13,7	170	2,5	16	0,2
1 dose	102	4,0	48	0,7	14	0,2
2 doses	457	18,0	152	2,2	10	0,2
3 doses	1611	63,4	2316	33,6	289	4,3
4 doses	13	0,5	4027	58,4	6199	93,1
Inconnu	10	0,4	188	2,7	126	1,9
Total	2540	100,0	6901	100,0	6654	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Pour la première fois en 2006, le taux de vaccination complète contre l'hépatite B à 18 mois a pratiquement rejoint le taux de vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Ceci est probablement lié au fait que dès février/mars 2007, l'emploi du vaccin « Hexavalent » a été généralisé pour le rappel vaccinal à un an.





Vaccination à l'âge de 18 mois avec le vaccin « Hexavalent »

A partir de 2007, toutes les vaccinations de rappel vaccinal à l'âge de un an ont été faites avec le vaccin « Hexavalent » (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, *hémophilus Influenzae* de type b, hépatite B).

Les enfants correctement vaccinés à 18 mois avec le vaccin « Hexavalent » ont reçu au moins 4 doses de vaccin.

Tableau 2.3.5 :

Vaccin « Hexavalent » (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B)
à 18 mois

	2007	
	n	%
0 dose	25	0,3
1 dose	23	0,3
2 doses	14	0,2
3 doses	402	5,2
4 doses	7108	91,3
Inconnu	208	2,7
Total	7780	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois», 2007

En 2007, on constate à l'âge de 18 mois, une diminution de 2% des enfants correctement vaccinés, par rapport aux chiffres de 2006 (qui étaient les meilleurs obtenus). Seuls 91% des enfants sont correctement vaccinés ce qui reste inférieur aux objectifs à atteindre (95%).

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- Le refus parental de vacciner systématiquement contre l'hépatite B ? Seulement, cette hypothèse est en contradiction avec les excellents taux de vaccinations par « Hexavalent » pendant la première année de vie (voir Tableau 2.3.1).
- L'apparition de la vaccination contre le pneumocoque recommandée à l'âge de un an avant l'« Hexavalent », ferait-elle reculer le moment de rappel « Hexavalent » pour une petite partie de la population ?

→ Pneumocoque

Les infections causées par une bactérie appelée « *Streptococcus pneumoniae* » :

La forme la plus grave de la maladie provoquée par le « *Streptococcus pneumoniae* » est la méningite, mais celle-ci peut aussi provoquer une otite, une pneumonie et une septicémie.

Les infections à pneumocoques peuvent être soignées par des antibiotiques ; toutefois, depuis quelques années, on assiste à l'apparition de certaines souches résistantes aux antibiotiques les plus fréquemment utilisés. Ce phénomène met d'autant plus en évidence l'importance de la vaccination comme moyen de prévention.

Le vaccin utilisé actuellement prévient les maladies causées par sept des types les plus répandus de pneumocoques.

Pour la vaccination contre le pneumocoque, le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande 2 doses pendant la première année de vie, idéalement à 2 et 4 mois de vie et un rappel à l'âge de 12 mois. Cependant en 2007, la firme qui commercialise ce vaccin a continué à recommander, en plus du rappel à 12 mois, l'injection de trois doses avant l'âge de un an. Ceci explique que dans les bilans « 9 mois » une partie des enfants ont déjà reçu trois doses et que dans les bilans « 18 mois », une partie des enfants en ont reçu quatre.

A contrario, il est considéré qu'une seule dose de vaccin à un an est suffisante pour protéger un enfant de plus de un an même s'il n'a pas eu de primo vaccination pendant sa première année de vie. Ceci explique les 36% d'enfants n'ayant eu qu'une seule dose de vaccin à 18 mois.

Les données concernant la vaccination contre le pneumocoque ont été recueillies pour la première fois en 2007.



➤ **Tableau 2.3.6 :**
Vaccin Pneumocoque à 9 et à 18 mois

	Bilan 9 mois 2007		Bilan 18 mois 2007	
	n	%	n	%
0 dose	559	5,4	531	6,8
1 dose	905	8,8	2828	36,3
2 doses	6829	66,6	698	9,0
3 doses	1097	10,7	1232	15,8
4 doses	5	0,0	1876	24,1
Inconnu	866	8,4	615	7,9
Total	10261	100,0	7780	100,0

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

➔ Rotavirus

Le Rotavirus est un virus ubiquitaire. C'est la première cause de diarrhée sévère du nourrisson et du jeune enfant de par le monde.

Les symptômes principaux sont des vomissements, de la diarrhée aqueuse et une fièvre variable pouvant dépasser les 40°C après une période d'incubation brève (2 jours environ). D'autres symptômes, tels que douleurs abdominales, malaises, asthénie, infection des voies respiratoires peuvent survenir. Un malaise grave peut être le premier signe chez un nourrisson.

L'intensité des symptômes est variable : si elle est souvent modérée et limitée, la gastroentérite peut cependant conduire à une déshydratation sévère et même au décès dans de rares cas dans nos pays.

Pour la vaccination contre le rotavirus, le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande 2 doses pendant la première année de vie, idéalement à 2 et 4 mois de vie. Ce vaccin est administré par voie orale.

Les données concernant la vaccination contre le rotavirus ont été recueillies pour la première fois en 2007.

➤ **Tableau 2.3.7 :**
Vaccin Rotavirus à 9 mois

	2007	
	n	%
0 dose	2574	25,1
1 dose	258	2,5
2 doses	5048	49,2
3 doses	24	0,2
Inconnu	2357	23,0
Total	10261	100,0

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

➔ Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO ou MMR)

Le vaccin RRO protège contre 3 maladies :

• La rougeole :

Maladie virale se manifestant d'abord par de la fièvre accompagnée d'une toux rauque et un catarrhe oculo-nasal suivis après quelques jours d'une éruption de taches rouges sur l'ensemble du corps. Cette maladie est réputée bénigne à tort en effet, elle peut être suivie de différentes complications telles que otites, broncho-pneumonies, et même encéphalite irréversible.

• La rubéole :

Maladie infantile bénigne d'origine virale se caractérisant par des symptômes peu importants de fièvre, toux, rhinite et pharyngite associés à une éruption pâle sur le visage, puis le corps et les membres. Cependant, la maladie est particulièrement dangereuse si une femme enceinte l'attrape pendant les trois premiers mois de sa grossesse car elle risque de provoquer des malformations graves du fœtus. C'est pourquoi, on vaccine tous les enfants, garçons et filles dès l'âge d'1 an pour éviter la propagation de la maladie qui risque de toucher des jeunes femmes ne l'ayant pas eue dans leur enfance, donc sans aucune protection.

• Les oreillons :

Maladie virale caractérisée par de la fièvre, une rhino-pharyngite, un gonflement douloureux des glandes salivaires parotidiennes. Cette maladie parfois se complique de surdité, pancréatite, myocardie, méningo-encéphalite chez l'adolescent et l'adulte.

L'inflammation des testicules (orchite) ou des ovaires n'entraîne une stérilité que très rarement.

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

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



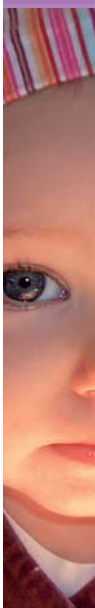


Tableau 2.3.8 :

Vaccin Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO) à 18 mois

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	375	5,4	224	3,4	328	4,2
1 dose	6193	89,8	6178	92,8	7159	92,0
Inconnu	333	4,8	252	3,8	293	3,8
Total	6901	100,0	6654	100,0	7780	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Malgré une lente augmentation des taux de vaccinations contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, l'objectif des 95% n'est pas atteint à l'âge de 18 mois.

Tableau 2.3.9 :

Vaccin Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO) à 30 mois

	2007	
	n	%
0 dose	36	1,1
1 dose	2991	87,4
2 dose	20	0,6
Inconnu	377	11,0
Total	3424	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2007

Dans ce tableau, nous pouvons constater que le rattrapage n'est pas effectué chez tous les enfants qui continuent à fréquenter l'ONE après l'âge de 2 ans. Dans cette population, seulement 88% des enfants sont correctement vaccinés. Il faut cependant relativiser ce chiffre au vue des 11% d'inconnues !

Tableau 2.3.10 :

Evolution du taux de vaccination au cours du temps du RRO

	Enfants correctement vaccinés
Etude rétrospective ONE sur enfants nés en mars 1997	92,5%
Bilans de santé 18 mois 2003 - enfants nés en 2001 (1)	80,0%
Rapport Provac 2003 (2)	82,5%
Bilans de santé 18 mois 2005 - enfants nés en 2003-2004 (3)	89,8%
Bilans de santé 18 mois 2006 - enfants nés en 2004-2005	92,8%
Rapport Provac 2006 (4)	89,0%
Bilans de santé 18 mois 2007 - enfants nés en 2005-2006	92,0%

(1) Rapport BDMS 2004, page 79

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

(3) Rapport BDMS 2005-2006, page 99

(4) Données «Enquête de couverture vaccinale en Communauté française (Bruxelles excepté)», Rapport Provac-ULB, 2006



→ Méningocoque de type C

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

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

La transmission de la maladie est exclusivement humaine, via les sécrétions naso-pharyngées par contact avec un porteur sain ou un porteur malade. La bactérie est incapable de survivre en dehors de l'organisme humain. Le méningocoque de type C était la principale cause d'infection à méningocoque avant la généralisation de cette vaccination.

Depuis 2001, un vaccin contre le méningocoque de type C est disponible en Belgique. Le vaccin est fourni gratuitement par la Communauté française depuis 2002. Il est recommandé de faire une dose vers l'âge de un an, le même jour que le vaccin « Hexavalent ».

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

Tableau 2.3.11 :

Vaccin Méningocoque de type C

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
0 dose	189	2,7	140	2,1	211	2,7
1 dose	6440	93,4	6292	94,6	7293	93,7
Inconnu	272	3,9	222	3,3	276	3,5
Total	6901	100,0	6654	100,0	7780	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Tableau 2.3.12 :

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

	Enfants correctement vaccinés
Estimation année 2001 (vente des vaccins)	20,0%
Bilans de santé 18 mois 2003 - enfants nés en 2001 (1)	80,0%
Rapport Provac 2003 (2)	81,5%
Bilans de santé 18 mois 2005 - enfants nés en 2003-2004 (3)	93,4%
Bilans de santé 18 mois 2006 - enfants nés en 2004-2005	94,6%
Rapport Provac 2006 (4)	92,5%
Bilans de santé 18 mois 2007 - enfants nés en 2005-2006	93,7%

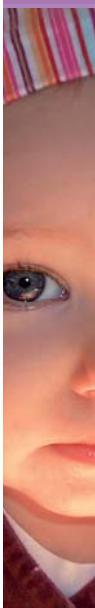
(1) Rapport BDMS 2004, page 80

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

(3) Rapport BDMS 2005-2006, page 100

(4) Données «Enquête de couverture vaccinale en Communauté française (Bruxelles excepté)», Rapport Provac-ULB, 2006





LA PRÉVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

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

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

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

On peut schématiser les causes de mort subite en trois grands groupes ; les trois « grands M » : Maturation, Maladies, Milieu. Une étude menée par l'ONE en 1982 montrait que la prévalence des accidents de morts subites était de 1,7 cas pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre était comparable à ceux des pays limitrophes. Depuis 2000, grâce aux campagnes de prévention, il est tombé à moins de 0,8 pour 1000 naissances (donnée estimée par l'observatoire de la mortalité infantile). L'incidence à Bruxelles en 2003 était de 0,4 cas pour 1000 naissances vivantes¹¹. En 2004, 19 enfants sont décédés de mort subite du nourrisson en Communauté française de Belgique soit un taux de mortalité de 0,5 pour mille naissances vivantes¹².

Tableau 2.4.1 :

Récapitulatif des décès en Milieux d'accueil
chez les enfants de moins d'un an de 2000 à 2007

	Mort subite inexpliquée du nourrisson	Rapport d'autopsie communiqué	Mort subite expliquée du nourrisson	Cause communiquée
2000	1	Non	0	
2001	1	Non	2	Myocardite Infarctus
2002	1	Non	1	Infection à méningocoque
2003	1	Non	0	
2004	3	Non	2	Infection à méningocoque Strangulation
2005	1	Oui	3	Infection à méningocoque Infection à streptocoque Pneumonie fulgurante
2006	3	Non	0	
2007	3	Oui pour 1 cas	1	Convulsions, enfant éveillé
Total	14		9	

Sur 23 décès survenus en Milieux d'accueil entre 2000 et 2007, 14 ont été diagnostiqués « mort subite inexpliquée du nourrisson » mais le Conseiller Pédiatre n'a eu confirmation via un rapport d'autopsie que dans deux cas.

¹¹ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale – Commission Communautaire Commune, « Données mortalités avant l'âge d'un an », 2003.

¹² Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française, « Mortalité foeto-infantile par période spécifique de décès » dans *Santé en Communauté française*, Flash 1, Avril 2008, page 4.



En 2004, les données de déclaration de décès de la Communauté française font état de 19 enfants décédés de mort subite en Région wallonne. Pour la même année et en Région wallonne, 3 cas de décès par mort subite inexpliquée survenus dans un milieu d'accueil nous ont été signalés. Ces données vont actuellement à l'encontre de l'idée que les bébés décèderaient plus de mort subite en milieu d'accueil qu'à domicile.

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

En ce qui concerne la maturation et les maladies, l'ONE sensibilise les parents à consulter leur médecin en cas

de maladie et encourage les parents à faire réaliser les divers examens demandés dont les polysomnographies lorsque les enfants sont considérés « à risque » de mort subite. Les signes d'alarmes, permettant de considérer qu'un enfant est à risque de mort subite, sont détaillés dans le « Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant » page 161. La pratique du dépistage par examen polysomnographique n'est recommandée que dans le cadre d'un bilan global de la santé de l'enfant et suivant des critères médicaux précis (prématurité, transpiration anormale, antécédents familiaux,...).

→ Les risques de mort subite inexpliquée du nourrisson

Tableau 2.4.2 :

L'enfant a présenté un risque de mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN)

	2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	470	5,2	544	5,2	423	4,9	478	4,8
Non	8495	94,8	9997	94,8	8135	95,1	9499	95,2
Total	8965	100,0	10541	100,0	8558	100,0	9977	100,0
Inconnues exclues	547	5,8	480	4,4	203	2,3	284	2,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

En moyenne sur les cinq dernières années, 5% des enfants suivis par l'ONE ont présenté un risque de mort subite inexpliqué du nourrisson (MSIN).

Les données recueillies par la BDMS nous permettent d'avoir une approche de la pratique des examens

polysomnographiques de sommeil, réalisés dans un but de dépistage des enfants « à risque » et de la mise sous monitoring d'enfants considérés « à risque » suite à un dépistage positif.

Tableau 2.4.3 :

Tableau croisé « Enfants à risque de MSIN » et « polysomnographie »

Polysomno-graphie		Enfants à risque de mort subite				
		2003	2004	2005	2006	2007
Positive	n	43	207	127	152	151
	%	37,7%	52,0%	41,8%	51,0%	44,4%
Négative	n	71	191	177	146	189
	%	62,3%	48,0%	58,2%	49,0%	55,6%
Total	n	114	398	304	298	340
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Le tableau ci-contre reprend par année le résultat des polysomnographies du sommeil effectuées sur les enfants à risque. Ainsi, nous observons qu'entre 40 et 50% des polysomnographies étaient positives.





→ La surveillance par monitoring

Cette information est collectée depuis 2005.

Tableau 2.4.4 :

Tableau croisé « polysomnographie » et « surveillance par monitoring »

		Surveillance par monitoring					
		2005		2006		2007	
Polysomno- graphie		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Positive	n	114	32	136	41	184	21
	%	78,1%	21,9%	76,8%	23,2%	89,8%	10,2%
Négative	n	14	664	24	487	26	506
	%	2,1%	97,9%	4,7%	95,3%	4,9%	95,1%
Total	n	128	696	160	528	210	527
	%	15,5%	84,5%	23,3%	76,7%	28,5%	71,5%

BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois »

Dans ce tableau, nous pouvons voir les enfants ayant subi une polysomnographie du sommeil et la décision d'une surveillance par monitoring qui en a découlé.

En 2005 et 2006, il n'y a que +/- 80% des enfants ayant eu une polysomnographie positive qui ont été placés en surveillance sous monitoring. Alors qu'en 2007, ils sont 90% ; ce qui semble plus normal. Et pour 5% ayant eu une polysomnographie négative, il a été malgré tout décidé de les placer en surveillance sous monitoring et ceci malgré le fait que l'INAMI accorde un remboursement des frais encourus uniquement en cas de polysomnographie positive. D'une façon générale, au cours des trois dernières années, le nombre d'enfants placés sous surveillance monitoring n'a cessé d'augmenter.

→ Les facteurs de risque

On considère habituellement dans la littérature internationale que les risques de mort subite inexpiquée du nourrisson sont augmentés notamment dans trois situations. Nous avons analysé ces situations dans le cadre du « bilan de santé à 9 mois ».

Il s'agit de :

- le tabagisme passif dans l'habitation du nourrisson,
- le petit poids de naissance (< 2500 grammes),
- le fait que le nourrisson soit nourri au lait artificiel.

Le tabagisme passif

Depuis 1993, le tabagisme passif est officiellement reconnu comme une des causes de mort subite du nourrisson. On estime que plus de 40% des décès pourraient être évités si les mamans arrêtaient de fumer. En effet, il est prouvé que fumer avant et après l'accouchement augmente de 4 à 9 fois le risque de mort subite durant le sommeil.

Tableau 2.4.5 :

Au moins une personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	703	29,0	2514	29,7	2865	28,4	2069	25,5	2084	23,8
Non	1723	71,0	5962	70,3	7216	71,6	6041	74,5	6687	76,2
Total	2426	100,0	8476	100,0	10081	100,0	8110	100,0	8771	100,0
Inconnues exclues	285	11,7	1036	10,9	940	8,5	651	7,4	1490	14,5

BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois »



Nous pouvons observer au cours des dernières années une diminution constante du pourcentage des enfants soumis au tabagisme passif. Cependant, en 2007, près d'1/4 des enfants vivent encore dans une habitation dans laquelle une personne du ménage fume quotidiennement.

En 2004, la population belge comptait 27,4% de fumeurs¹³. Elles étaient de 29% en 2002 et 28% en 2001. Cette faible diminution montre une relative stabilité du nombre de fumeurs quotidiens. Les différences entre

la Flandre et la Wallonie, variables selon les années, se sont à présent estompées (27% de part et d'autre). On constate toujours des écarts importants d'une province à l'autre. La différence entre les genres se réduit, même si les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à consommer du tabac : en 1980 cette différence était presque du simple au double. Elle s'est progressivement réduite jusqu'à un écart de 5% en 2004 : les 27% de fumeurs belges se répartissent en effet entre 30% d'hommes et 25% de femmes.

Tableau 2.4.6 :

Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « tabagisme passif »

		Tabagisme passif					
		2005		2006		2007	
Enfants à risques MSIN		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	211	278	146	244	135	259
	%	7,6%	4,0%	7,1%	4,1%	6,6%	3,9%
Non	n	2559	6660	1897	5708	1915	6316
	%	92,4%	96,0%	92,9%	95,9%	93,4%	96,1%
Total	n	2770	6938	2043	5952	2050	6575
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi ² de Pearson		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95%)		RR = 1,98 (IC : 1,64-2,38)		RR = 1,80 (IC : 1,46-2,23)		RR = 1,72 (IC : 1,39-2,13)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Le tableau ci-dessus montre une relation statistiquement très significative entre le tabagisme passif et les risques de MSIN. Ainsi un enfant exposé au tabagisme passif a quasi 2 fois plus de risque de mort subite que les autres.

Ces données doivent être prises avec prudence puisqu'elles reflètent entre autres le fait que le tabagisme passif est reconnu comme facteur de risque par les intervenants de terrain.



13 Brouyaux A, « Tabagisme en Belgique en 2004 : les Belges favorables au renforcement des actions préventives » enquête du CRIOC, Mars 2004.

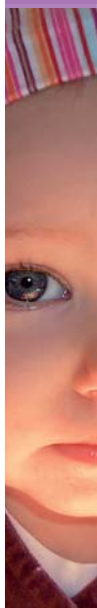


Tableau 2.4.7 :

Tableau croisé « polysomnographie positive » et « tabagisme passif »

Polysomnographie		Tabagisme passif					
		2005		2006		2007	
Positive	n	54	85	54	109	46	120
	%	18,4%	14,1%	24,7%	21,4%	26,6%	23,4%
Négative	n	240	516	165	400	127	393
	%	81,6%	85,9%	75,3%	78,6%	73,4%	76,6%
Total	n	294	601	219	509	173	513
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi² de Pearson		p = 0,10 (NS)		p = 0,34 (NS)		p = 0,40 (NS)	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95%)		RR = 1,37 (IC : 0,94-1,99)		RR = 1,20 (IC : 0,83-1,74)		RR = 1,19 (IC : 0,80-1,76)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Aucune relation significative¹⁴ n'a pu être établie entre le tabagisme passif et les résultats de la polysomnographie. Néanmoins, nous pouvons observer que pour les trois années le taux de polysomnographie

positive est plus important chez les enfants victimes de tabagisme passif.

Les petits poids de naissance

Tableau 2.4.8 :

Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « petits poids de naissance »

Enfants à risques MSIN		Petits poids de naissance					
		2005		2006		2007	
Oui	n	172	365	141	280	142	332
	%	23,5%	3,8%	22,4%	3,6%	22,1%	3,6%
Non	n	559	9323	489	7550	500	8901
	%	76,5%	96,2%	77,6%	96,4%	77,9%	96,4%
Total	n	731	9688	630	7830	642	9233
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi² de Pearson		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95%)		RR = 7,86 (IC : 6,43-9,60)		RR = 7,78 (IC : 6,23-9,71)		RR = 7,61 (IC : 6,13-9,45)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Les petits poids de naissance ont entre 7 et 8 fois plus de risques de mort subite inexpliquée du nourrisson que les autres.

Les données reflètent le fait que le petit poids de naissance est probablement reconnu comme facteur de risque par les intervenants de terrain.

14 La valeur de p permet de savoir si une différence est statistiquement significative ou non. Si cette valeur est inférieure à 0,05, la différence est significative. Dans le cas contraire (p>0,05) on ne peut pas parler de différence significative et la différence que l'on peut éventuellement observer entre les catégories peut alors être due au hasard.



Tableau 2.4.9 :

Tableau croisé « polysomnographie positive » et « petits poids de naissance »

Polysomnographie		Petits poids de naissance					
		2005		2006		2007	
		< 2500 g	>= 2500 g	< 2500 g	>= 2500 g	< 2500 g	>= 2500 g
Positive	n	51	100	67	109	54	149
	%	30,5%	12,5%	41,9%	17,9%	34,2%	23,5%
Négative	n	116	703	93	501	104	484
	%	69,5%	87,5%	58,1%	82,1%	65,8%	76,5%
Total	n	167	803	160	610	158	633
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi² de Pearson		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,01	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95%)		RR = 3,09 (IC : 2,09-4,57)		RR = 3,31 (IC : 2,27-4,82)		RR = 1,69 (IC : 1,16-2,46)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

La proportion de polysomnographie positive est plus grande chez les enfants de petits poids de naissance. Et d'une façon générale, les enfants de petits poids de naissance ont une plus grande probabilité de devoir

subir une polysomnographie du sommeil étant donné qu'ils sont considérés comme plus à risque de MSIN. Les grands prématurés sont d'ailleurs systématiquement mis sous monitoring.

L'allaitement maternel et le risque de MSIN

Tableau 2.4.10 :

Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « allaitement maternel »

Enfants à risques MSIN		Allaitement maternel					
		2005		2006		2007	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	n	278	236	225	189	279	177
	%	3,9%	8,0%	3,8%	8,2%	4,0%	6,5%
Non	n	6916	2711	5723	2111	6624	2559
	%	96,1%	92,0%	96,2%	91,8%	96,0%	93,5%
Total	n	7194	2947	5948	2300	6903	2736
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi² de Pearson		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95%)		RR = 0,46 (IC : 0,39-0,55)		RR = 0,44 (IC : 0,36-0,54)		RR = 0,61 (IC : 0,50-0,74)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Le tableau ci-dessus démontre l'influence positive de l'allaitement maternel sur le risque de mort subite (relation très significative).

Un enfant allaité par sa mère a 2 fois moins de risques de mort subite que les autres



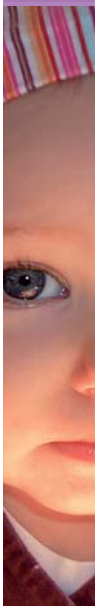


Tableau 2.4.11 :

Tableau croisé « polysomnographie positive » et « allaitement maternel »

		Allaitement maternel					
		2005		2006		2007	
Polysomnographie		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Positive	n	76	70	93	83	127	70
	%	12,7%	20,5%	19,7%	28,5%	25,0%	26,6%
Négative	n	522	272	378	208	380	193
	%	87,3%	79,5%	80,3%	71,5%	75,0%	73,4%
Total	n	598	342	471	291	507	263
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi² de Pearson		p < 0,01		p < 0,01		p = 0,64 (NS)	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95%)		RR = 0,57 (IC : 0,40-0,80)		RR = 0,62 (IC : 0,44-0,87)		RR = 0,92 (IC : 0,66-1,29)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Pour 2005 et 2006, on a une association statistiquement significative ($p < 0,01$) entre l'allaitement maternel et la polysomnographie.

Et même si en 2007 cette association n'est plus significative, on observe toujours une plus grande proportion de polysomnographie positive chez les enfants non allaités.





L'ALIMENTATION

« L'allaitement au sein constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant de la façon la plus favorable à sa croissance et à son bon développement. Il exerce en outre une influence biologique et affective sans pareille sur l'état de santé de la mère et de l'enfant »¹⁵.

Au sens strict du terme, l'allaitement est par définition le fait de nourrir son bébé au sein. Mais l'usage persiste encore d'opposer l'allaitement (maternel) à l'alimentation au biberon appelée allaitement artificiel.

L'allaitement maternel est un des programmes prioritaires auquel l'ONE est extrêmement attaché depuis ses débuts, même si la peur de culpabiliser les nombreuses femmes qui n'allaitaient plus, d'une part et la croyance un peu excessive aux progrès, indéniables, des laits de substitution, d'autre part, ont à un certain moment laissé la promotion de l'allaitement en jachère. Les nombreuses études publiées ces dernières années ont confirmé la supériorité du lait maternel et ses nombreux avantages, en terme de santé, tant pour la mère que pour l'enfant. L'OMS recommande actuellement un allaitement exclusif d'une durée de 6 mois, suivi si possible, par un allaitement complété jusqu'à l'âge de 2 ans.

Selon les données de l'Avis de naissance, en 2007, le taux d'allaitement à la maternité en Communauté française est de 81,3%. Il est constaté cependant que même si les mères commencent convenablement la pratique de l'allaitement maternel, elles finissent par introduire précocement d'autres aliments ou arrêtent même l'allaitement au sein quelques semaines après l'accouchement. Le rôle des professionnels de la santé chargés de la santé de la mère et de l'enfant est alors essentiel pour renforcer, aussi bien la pratique de l'allaitement que la pratique d'une alimentation adéquate.

Pour la Communauté française, l'analyse de nos données concernant l'abandon de l'allaitement de 1996 à 2007 nous montre une diminution encore trop rapide de la prévalence du taux d'allaitement maternel pendant la période qui suit le retour à domicile au sortir de la maternité. Il s'agit d'une période charnière pendant laquelle il est fondamental que toutes les mères puissent bénéficier si nécessaire des conseils et du soutien d'un professionnel compétent en matière d'allaitement.

→ Évolution de la durée d'allaitement

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et combiné à une nourriture complémentaire jusqu'à un an et plus.

Tableau 2.5.1 :

Taux d'allaitement maternel dans les pays européens

Pays	An-née	Nais-sance	Sortie Mater-nité	3 mois	6 mois
Norvège	2001	99,0%	94,0%	86,0%	68,0%
Danemark	2000	98,0%		60,0%	
Allema-gne	2002	97,4%	86,0%	33,0%	10,0%
Suisse	2002	97,4%	90,6%	48,0%	11,0%
Autriche	1998	96,0%	95,0%	79,0%	46,0%
Suède	2000		93,0%	68,0%	33,0%
Portugal	1998	90,0%	85,0%	63,0%	34,0%
Italie	2000	89,0%	78,0%		45,0%
Pays-Bas	2002	80,0%	72,0%	35,0%	17,0%
Espagne	2001	71,0%		42,0%	13,0%
Royaume-Uni	2000	69,0%			
France	2002		56,2%		
Irlande	1999		36,0%		

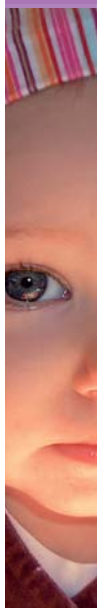
Au niveau des pays européens, on remarque une certaine disparité, les taux varient de 36% à 99%. Les pays d'Europe ayant les plus forts taux d'allaitement sont ceux de l'Europe du Nord.

Depuis 1997, l'allaitement maternel est une « évidence norvégienne ». En 2001, les taux d'allaitement en Norvège sont de 99% à la naissance, 94% à la sortie de la maternité, 86% à 3 mois, 68% à 6 mois et 42% à 9 mois. La Suède et le Danemark ont des chiffres très voisins. En Suède¹⁶, la prévalence d'allaitement maternel était en 1945 d'environ 95% à 2 mois mais elle a chuté progressivement jusqu'en 1972. Au cours des années suivantes, la prise de conscience par les mères instruites des bienfaits immunologiques et nutritionnels de l'allaitement et ensuite l'adoption par le parlement suédois de lois garantissant aux mamans allaitantes 80% de leur salaire pendant 9 mois après l'accouchement



15 Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS-Genève, 1992.

16 Zetterstrom R., « Breastfeeding and infant-mother interaction » in *Acta Paediatr Suppl.*, 1999, 88 (430) : 1-6.



(actuellement 12 mois) ont permis d'augmenter cette prévalence pour atteindre 80%. La prévalence de l'allaitement maternel a encore augmenté entre 1990 et 1998, particulièrement entre 6 mois et 9 mois, due en partie à l'adoption par les maternités suédoises de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés »¹⁷ lancée par l'OMS et l'UNICEF.

A côté des pays scandinaves, on retrouve d'autres pays très dynamiques : tel l'Autriche, la Suisse, plus au sud l'Espagne et le Portugal qui ont une prévalence respectivement de 23% à 6 mois et 34% à 6 mois. La Turquie est aussi un pays où l'allaitement maternel prédomine.

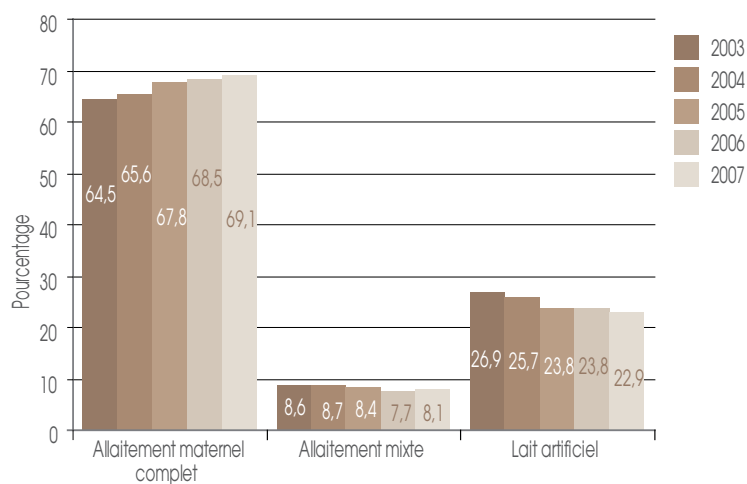
D'autres pays ont des taux relativement forts d'allaitement à la naissance comme l'Allemagne, la Pologne ou l'Italie. Mais l'allaitement ne s'inscrit pas dans la durée et les échantillons sont toujours faibles. Les pays d'Europe où l'allaitement est faible sont : l'Irlande (36%), la France (56%), le Royaume-Uni (69%).

Au niveau mondial, la prévalence de l'allaitement maternel varie aussi considérablement d'un pays à un autre. Elle est de 73% au Canada en 1994, de 91% en Italie en 1999 et de 83,8% en Australie en 1999. Aux Etats-Unis, le taux d'allaitement maternel a augmenté de 33,5% en 1975 à 54% en 1980 et 59,7% en 1984. Ce taux est resté relativement stable depuis le début des années 80 jusqu'en 1995. En 1995, 60% des jeunes mamans allaitaient et 20% d'entre elles continuaient à le faire après six mois.

➔ Décroissance de l'allaitement maternel pendant la première année de vie de l'enfant

▮ Graphique 2.5.1 :

Type d'alimentation lors du premier contact par année en Communauté française



BDMS ONE, «1er contact»

Même si ces chiffres doivent être analysés avec prudence puisqu'ils concernent des enfants d'âge différents (cf. Tableau 2.1.4, l'âge moyen des enfants lors du 1er contact est de 3 semaines), on peut y voir des modifications lentes mais constantes en faveur

du maintien de l'allaitement maternel complet dans les premières semaines de vie (moment du premier contact). L'arrêt précoce de l'allaitement maternel, bien que toujours présent tend à diminuer.

¹⁷ Initiative lancée conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF le 28 juin 1991 à Ankara. Ce programme a pour objectif d'assurer à chaque nouveau-né et à sa mère le meilleur capital de santé et de bien-être possible. Il incite les services de santé à fournir aux parents une information et un accompagnement de qualité, à favoriser l'établissement précoce du lien mère-enfant, à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.



Tableau 2.5.2 :

Tableau croisé « enfants de petits poids de naissance » et « allaitement » lors du 1er contact

PPN		2003			2004			2005			2006			2007		
		Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel	Maternel	Mixte	Artificiel
< 1500 g	n	12	23	90	35	41	106	50	37	111	54	30	120	69	31	126
	%	9,6%	18,4%	72,0%	19,2%	22,5%	58,2%	25,3%	18,7%	56,1%	26,5%	14,7%	58,8%	30,5%	13,7%	55,8%
1500 - 2499 g	n	572	269	608	921	386	860	932	435	826	973	391	935	1002	356	782
	%	39,5%	18,6%	42,0%	42,5%	17,8%	39,7%	42,5%	19,8%	37,7%	42,3%	17,0%	40,7%	46,8%	16,6%	36,5%
>= 2500 g	n	13063	1527	5025	21244	2515	7738	22467	2443	7298	22703	2253	7220	24350	2570	7528
	%	66,6%	7,8%	25,6%	67,4%	8,0%	24,6%	69,8%	7,6%	22,7%	70,6%	7,0%	22,4%	70,7%	7,5%	21,9%
Total	n	13647	1819	5723	22200	2942	8704	23449	2915	8235	23730	2674	8275	25421	2957	8436
	%	64,4%	8,6%	27,0%	65,6%	8,7%	25,7%	67,8%	8,4%	23,8%	68,4%	7,7%	23,9%	69,1%	8,0%	22,9%

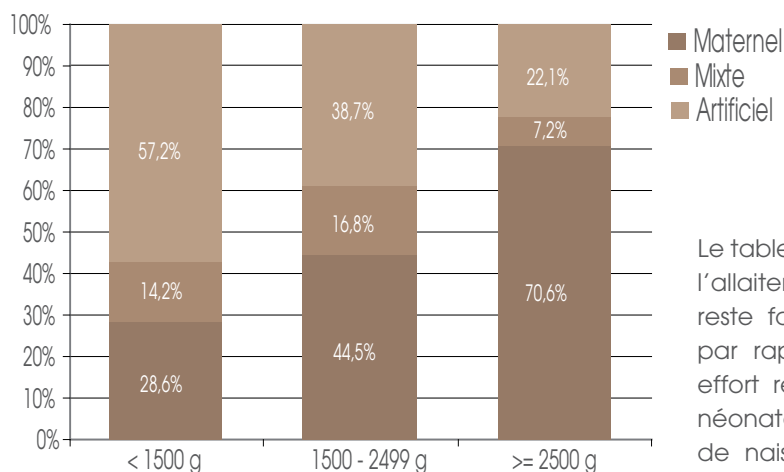
BDMS ONE, «1er contact»

Ce tableau nous montre une importante augmentation de l'allaitement maternel des enfants de petits poids et même de très petits poids de naissance.

Ceci traduit un réel effort de conscientisation des parents et des services néonataux en la matière.

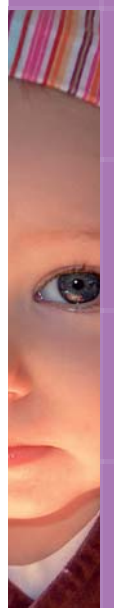
Graphique 2.5.2 :

Type d'allaitement lors du 1er contact en fonction des poids de naissance en 2006-2007



Le tableau et le graphique ci-dessus montrent bien que l'allaitement maternel chez les enfants de petits poids reste faible mais il est néanmoins en augmentation par rapport aux années précédentes. En effet, un effort remarquable a été fait au sein des structures néonatales s'occupant des enfants de très petits poids de naissance. Par contre, l'accroissement des taux d'allaitement pour les enfants de plus de 1500 grammes est moins spectaculaire.

BDMS ONE, «1er contact», 2006 et 2007 cumulés





→ Allaitement maternel des enfants suivis dans les structures de l'ONE

Les données présentées ci-dessous sont relatives au suivi de l'enfant et sont issues de plusieurs fiches de collectes de données qui ont varié au cours du temps (cf. Rapports BDMS 2000 ; 2001 ; 2002-2003 ; 2004 et 2005-2006). Depuis 2003, ces données figurent dans le « bilan de santé à 9 mois ».

On doit donc être attentif au fait que les populations considérées entre 1997 et 2002 ne sont pas tout à fait superposables aux populations prises en compte à partir de 2003. Depuis 2003, ces données figurent dans le « bilan de santé à 9 mois », elles ne concernent donc que les enfants qui ont été suivis jusqu'à l'âge de 9 mois dans les structures de l'ONE.

Tableau 2.5.3 :

Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein

	Année de naissance									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002 ⁽¹⁾	2004	2005	2006	2007
Nombre d'enfants	14630	13096	17366	17780	15339	5884	8993	5951	8379	9841
Enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	66,5%	68,3%	67,0%	67,3%	68,9%	66,9%	67,9%	66,3%	72,0%	71,5%
Enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	23,8%	24,9%	23,3%	24,3%	25,9%	25,9%	32,5%	29,3%	37,4%	36,9%
Inconnues exclues	11,5%	13,8%	11,0%	11,0%	12,2%	12,6%	4,9%	18,0%	4,1%	3,9%

BDMS ONE, « Volet 0-1 an » puis « Bilans de santé à 9 mois » 2004-2007

(1) Données de la Communauté française excepté la province de Liège

Le document de recueil de données ayant été modifié en 2003, les données 2003 pour l'allaitement maternel n'ont pu être exploitées valablement.

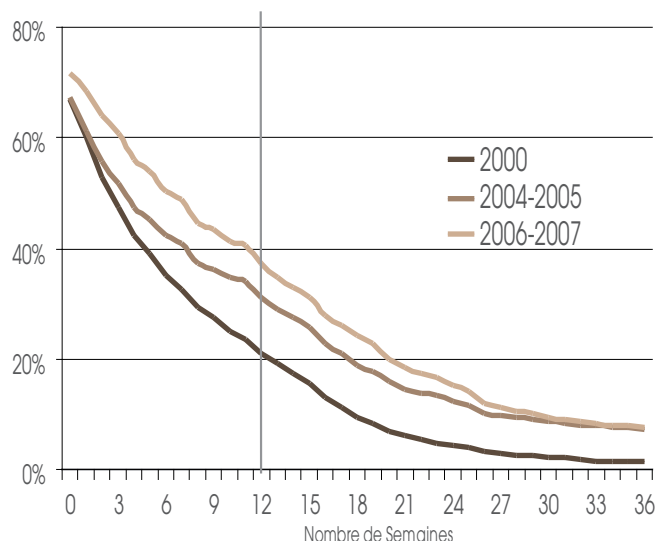
Le tableau ci-dessus montre une très légère fluctuation dans la proportion d'enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 1 semaine de vie entre 1997 et 2005 suivie d'une augmentation de près de 5% en 2006 et 2007. En ce qui concerne le pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 12 semaines de vie, on note une augmentation lente mais constante depuis 1997, avec un pic à 37,4% en 2006.



➔ Allaitement lors du bilan de santé à 9 mois

➤ Graphique 2.5.3 :

Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif au cours de la 1^{ère} année de vie des enfants suivis dans les structures de l'ONE



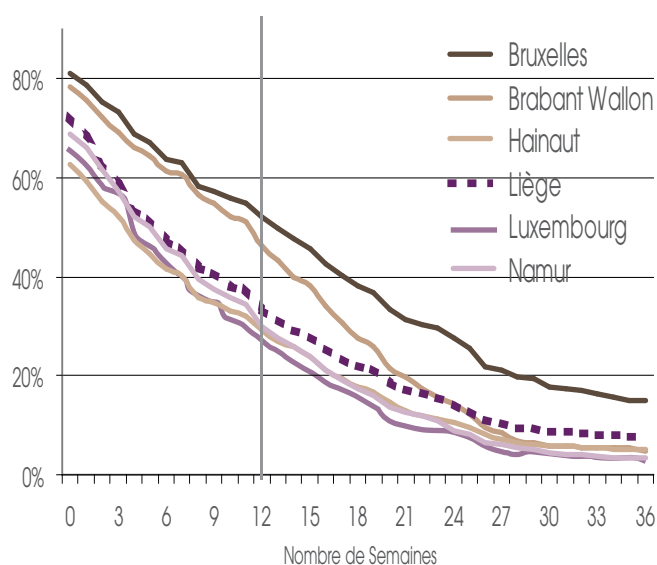
BDMS ONE, «Volet 0-1 an» en 2000 et «Bilans de santé à 9 mois» 2004-2005 et 2006-2007 cumulés

Nous pouvons observer une augmentation du nombre de femmes qui optent à la naissance de leur enfant pour l'allaitement maternel exclusif (plus de 70 % en 2007). On peut constater qu'en 2007, 37 % des femmes allaitent exclusivement jusqu'à 12 semaines et 15 % jusqu'à 24 semaines.

Ces courbes montrent bien la tendance à l'augmentation du recours à l'allaitement maternel, mais peu de modification du rythme de diminution de la durée de l'allaitement maternel. On remarque, notamment, une inflexion de la courbe vers 12 semaines, synonyme de la fin du congé de maternité pour certaines. Ceci plaide en faveur d'un effort accru de soutien des mères allaitantes pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant à différents niveaux (accès à des conseils de professionnels, congé parental, aides sociales).

➤ Graphique 2.5.4 :

Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif au cours de la 1^{ère} année de vie par province de résidence chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» 2006 et 2007 cumulés

En analysant les courbes de décroissance par subrégion, on peut remarquer que Bruxelles (81,3%) et le Brabant Wallon (78,4%) sont fort proches, ils se détachent par rapport aux autres subrégions qui ont un taux d'allaitement un peu plus bas (varie entre 63% et 72,5%). A 12 semaines, on remarque +/- 50% d'allaitement exclusif pour Bruxelles et le Brabant Wallon contre 30% dans les autres provinces.

En 2007, la moyenne de l'allaitement exclusif en Communauté française est de 12,8 semaines et la médiane de 12 semaines. On peut remarquer que ceci correspond pour la plupart des femmes à la reprise du travail.

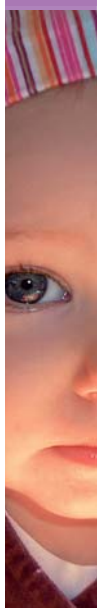


Tableau 2.5.4 :

Allaitement maternel exclusif par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois en 2007

	Bruxelles		Brabant Wallon		Hainaut		Liège		Luxembourg		Namur		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
% d'enfants allaités exclusivement	1794	81,3	611	78,4	1678	62,8	1869	72,5	326	66,3	781	68,9	7059	71,6
Durée de l'allaitement exclusif :														
< 12 semaines	578	38,6	212	36,7	817	52,7	907	53,8	173	55,8	388	51,9	3075	48,3
Entre 12 et 23 semaines	559	37,4	276	47,8	556	35,9	559	33,1	106	34,2	266	35,6	2322	36,5
>= 24 semaines	359	24,0	90	15,6	177	11,4	221	13,1	31	10,0	93	12,4	971	15,2
Total	1496	100,0	578	100,0	1550	100,0	1687	100,0	310	100,0	747	100,0	6368	100,0

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

Dans ce tableau comparatif, on peut constater que les enfants ayant bénéficié d'un allaitement exclusif (allaitement maternel) sont plus nombreux à Bruxelles et dans le Brabant Wallon.

Si l'on regarde la durée de l'allaitement exclusif, on remarque qu'un peu plus de 50% des femmes du

Luxembourg, de Liège, du Hainaut et de Namur arrêtent d'allaiter avant la 12^{ème} semaine. Dans le Brabant Wallon, la plupart allaite entre 12 et 23 semaines (47,8%) et celles qui allaitent encore à 24 semaines sont plus nombreuses à Bruxelles (24%).

Tableau 2.5.5 :

Allaitement maternel complété par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois en 2007

	Bruxelles		Brabant Wallon		Hainaut		Liège		Luxembourg		Namur		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
% d'enfants allaités de manière complétée	1219	62,6	480	70,8	1181	51,2	1386	58,5	286	60,0	570	57,8	5122	58,4
Durée de l'allaitement complété :														
< 12 semaines	183	15,0	90	18,8	356	30,1	424	30,6	93	32,5	169	29,6	1315	25,7
Entre 12 et 23 semaines	300	24,6	153	31,9	364	30,8	426	30,7	95	33,2	211	37,0	1549	30,2
Entre 24 et 35 semaine	260	21,3	83	17,3	191	16,2	223	16,1	46	16,1	85	14,9	888	17,3
>= 36 semaines	476	39,0	154	32,1	270	22,9	313	22,6	52	18,2	105	18,4	1370	26,7
Total	1219	100,0	480	100,0	1181	100,0	1386	100,0	286	100,0	570	100,0	5122	100,0

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

Dans ce tableau, on peut remarquer que les enfants bénéficiant, lors du bilan de santé à 9 mois, d'un allaitement complété (= lait maternel + autre aliment solide ou liquide) sont plus nombreux dans le Brabant Wallon (70,8%).

Au niveau de la durée, on remarque que +/- 25 à 37% des enfants ont bénéficié d'un allaitement complété

entre 12 et 23 semaines. En 2007, la moyenne de l'allaitement complété en Communauté française est de 17 semaines et la médiane de 16 semaines. On peut également observer que c'est à Bruxelles et dans le Brabant Wallon, que les enfants ont une plus longue durée d'allaitement complété (32 à 39% >= 36 semaines).



→ Allaitement lors du bilan de santé à 18 mois

Tableau 2.5.6 :

L'enfant suivi dans les structures de l'ONE est encore allaité au jour du bilan de santé à 18 mois

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Oui	265	4,2	254	4,0	337	4,6
Non	6060	95,8	6026	96,0	7056	95,4
Total	6325	100,0	6280	100,0	7393	100,0
Inconnues exclues	576	8,3	374	5,6	387	5,0

Le nombre d'enfants encore allaités à l'âge de 18 mois semble rester stable, un peu en dessous de 5%.

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

→ Alimentation lactée

En ce qui concerne les apports lactés, les recommandations de l'OMS sont de donner à l'enfant soit du lait maternel soit un lait modifié/adapté jusqu'à 18 mois au moins.

Tableau 2.5.7 :

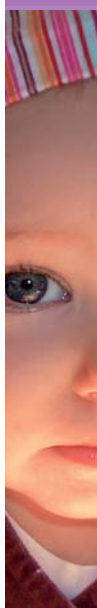
Type d'alimentation lactée chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE à l'âge de 9 mois

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lait artificiel modifié	1954	82,5	6778	81,4	8037	82,2	6411	82,4	7758	82,6
Lait maternel exclusif	203	7,8	552	6,6	757	7,7	591	7,6	695	7,4
Lait non modifié	211	9,7	999	12,0	979	10,0	777	10,0	941	10,0
Total	2492	100,0	8329	100,0	9773	100,0	7779	100,0	9394	100,0
Inconnues exclues	355	13,8	1183	12,4	1248	11,3	982	11,2	867	8,4

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

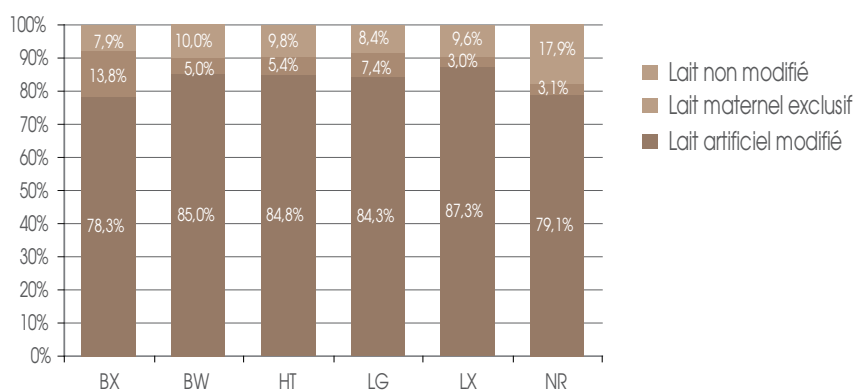
De façon stable dans le temps, environ 90% des enfants de notre population bénéficient à l'âge de 9 mois du lait adapté (maternel ou artificiel) et 10% des enfants reçoivent un lait non adapté (le plus souvent du lait de vache) qui ne répond pas à leurs besoins de croissance.





Graphique 2.5.5 :

Type d'alimentation lactée chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE à l'âge de 9 mois par province de résidence en 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois» 2006 et 2007 cumulés

En 2006 et 2007, on peut constater qu'à 9 mois, au moins 90% des enfants bénéficient d'une alimentation lactée recommandée (lait artificiel modifié ou allaitement maternel) dans chacune des provinces et à Bruxelles, sauf dans la province de Namur où ce taux n'est que de 82%. C'est à Bruxelles que l'allaitement maternel reste le plus élevé. On observe que 14% des enfants y sont encore nourris au lait maternel à 9 mois.

Tableau 2.5.8 :

Prise de lait modifié à 18 mois chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE

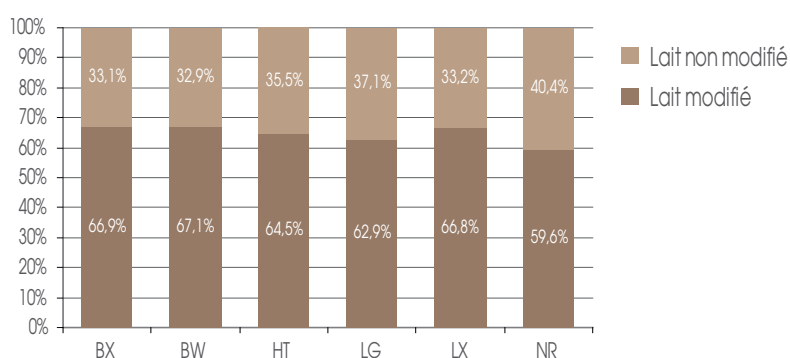
	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	1183	48,9	3925	60,6	4037	63,9	4816	65,2
Non	1238	51,1	2547	39,4	2284	36,1	2571	34,8
Total	2421	100,0	6472	100,0	6321	100,0	7387	100,0
Inconnues exclues	120	4,7	429	6,2	333	5,0	393	5,1

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Entre 2003 et 2007, on observe une augmentation progressive du nombre d'enfants recevant encore une alimentation lactée à l'âge de 18 mois dans la population des enfants suivis dans les structures de l'ONE. On passe ainsi de 49% en 2003 à 65% en 2007.

Graphique 2.5.6 :

Prise de lait modifié à 18 mois par province de résidence chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois» 2006 et 2007 cumulés

Si l'on compare les subrégions, on peut remarquer qu'il n'y a pas de grande différence, entre 60 et 67% des enfants reçoivent du lait modifié à l'âge de 18 mois.



L'EXCÈS PONDÉRAL

L'excès pondéral et l'obésité sont des problèmes croissants dans nos pays industrialisés, y compris chez les enfants. La tendance générale de l'incidence aux USA et en Europe est à l'augmentation. En France, le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral (Indice de masse corporelle (IMC) > P97) est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980, 12% en 1996 puis 16% en 2000¹⁸.

Dans son rapport 2006, l'OMS relève qu'un enfant belge sur cinq souffre de surpoids. En 20 ans, l'obésité infantile a augmenté de 17% en Belgique. Aujourd'hui, 19% des enfants âgés de 9 à 12 ans présentent un surpoids ou sont obèses et on estime à 10% le nombre d'obèses parmi les adolescents. Sachant que si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque de persistance à l'âge adulte est de 30 à 50%.

Une enquête réalisée en 1996 et 2002 dans la province de Liège auprès de 200 enfants de 2 à 6 ans fréquentant les consultations de l'ONE montre une prévalence de l'excès de poids respectivement de 8% et 13% (IMC > P97). L'augmentation du pourcentage d'excès de poids entre 2 et 6 ans témoigne de ce rebond précoce d'adiposité de certains enfants, plus souvent observé vers 3 et 4 ans.

Certaines enquêtes mettent en évidence une relation entre un rebond d'adiposité précoce (c'est à dire une augmentation de l'Indice de Masse Corporelle avant l'âge de 6 ans) et une obésité chez le grand enfant persistant à l'âge adulte, avec tous les problèmes que cela implique : diabètes de type 2, maladies cardiovasculaires, dysfonctionnements rénaux, hypertension, certains cancers,...

Bien qu'on évitera de catégoriser un enfant comme étant obèse même s'il présente un Indice de Masse Corporelle élevé, il convient de surveiller sa croissance afin de pouvoir intervenir si sa corpulence progresse vers des percentiles¹⁹ plus élevés. En effet, un rebond d'adiposité précoce avant l'âge de 6 ans pronostique un excès pondéral en fin de croissance définissant ainsi un tel enfant comme étant à risque élevé d'obésité future. En outre, l'excès de masse grasse est associé à des complications à court et à long terme. Sur le plan psychosocial, plusieurs études ont montré l'association entre l'excès de poids chez les enfants et la perception négative de l'image de ceux-ci par leurs pairs (voir Guide de Médecine Préventive, page 105, ONE).

Les normogrammes que nous utilisons sont ceux de Roland - Cachera actualisés en 1991. L'IMC ou Indice de Masse Corporelle (poids (kg) / taille² (m)) diminue de l'âge de 1 an jusqu'à l'âge de 6 ans pour remonter ensuite jusqu'à l'âge adulte et se distribue dans la population normale en centiles représentés par les différents percentiles de la courbe. Le percentile 97 de la courbe correspond au seuil de l'excès de poids soit la valeur de 25 chez l'adulte. Ces seuils ont été définis par l'international Obesity Task Force (Childhood Obesity Working Group de l'OMS). Les seuils de l'obésité (valeur 30 pour l'adulte) sont nettement au dessus de ce percentile 97. Nous parlerons donc dans nos statistiques de la BDMS d'excès de poids et non d'obésité chez l'enfant en bas âge.

L'indice de Masse Corporelle (poids (kg) / taille² (m)) a été calculé pour les enfants de 18 et 30 mois suivis dans nos consultations.

Nous avons retenu les trois catégories suivantes :

- < P3 : enfants avec un IMC trop bas donc trop maigres,
- P3 à P97 : enfants avec un IMC normal,
- > P97 : enfants en excès de poids.

➔ Indices de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE à 18 et 30 mois

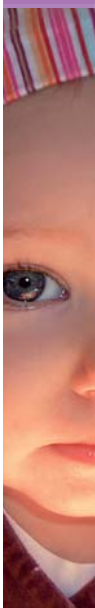
Un certain nombre d'études ont mis en évidence une association entre la prise de poids précoce (de la naissance à 5 ans) et l'obésité future. L'importance des premiers mois de vie et du rebond d'adiposité (augmentation de l'indice de masse corporelle vers 5-7 ans) ont notamment été soulignés.

Lorsque nous reportons les données ONE sur les courbes de Rolland-Cachera, nous obtenons les résultats suivants.

18 Rolland-Cachera M-F., Castetbon K., Arnault N., Bellisle F., Romano M-C., Lehingue Y., Frelut M-L., Hercberg S., « Body mass index in 7-9-y-old French children : frequency of obesity, overweight and thinness » in *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 2002, 26(12) : 1610-6.

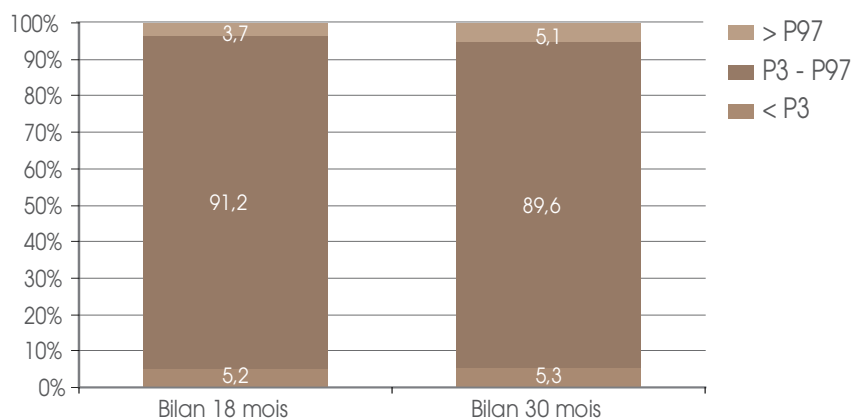
19 Les percentiles représentent la subdivision en cent parties de toute la dispersion de la population définie comme « normale ». Au-delà du percentile 97 se trouvent 3% de cette population ; en deçà du percentile 3 se trouvent également 3% de cette même population (voir Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant, page 87, ONE).





Graphique 2.6.1 :

Indice de masse corporelle à 18 et 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE



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

Tableau 2.6.1 :

Indice de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2003 et 2005-2007

			2003	2005	2006	2007
Bilans de santé	Percentile	Norme	%	%	%	%
A 18 mois	< P3	3%		6,0%	5,5%	5,2%
	P3 - P97	94%		90,9%	91,1%	91,2%
	> P97	3%	3,8%	3,1%	3,4%	3,7%
			n total = 2540 Inconnues = 3,8%	n total = 6902 Inconnues = 5,7%	n total = 6654 Inconnues = 4,6%	n total = 7780 Inconnues = 4,2%
A 30 mois	< P3	3%		6,0%	5,9%	5,3%
	P3 - P97	94%		88,4%	89,3%	89,6%
	> P97	3%	5,6%	5,7%	4,7%	5,1%
			n total = 1023 Inconnues = 5,2%	n total = 2910 Inconnues = 7,2%	n total = 2567 Inconnues = 6,2%	n total = 3424 Inconnues = 5,6%

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

On remarque que 5% des enfants fréquentant les consultations de l'ONE se situent dans la zone d'excès de poids (IMC > P97) à l'âge de 2 ½ ans.

Des chercheurs de l'Inserm²⁰ se sont intéressés au rôle des différentes phases de la croissance entre 0 et 5 ans sur la quantité de masse grasse observée à l'adolescence. A partir des mesures de poids et taille

effectuées lors de la phase 1 de l'étude, complétées par des données issues du carnet de santé français, les chercheurs ont établi un modèle mathématique leur permettant de calculer la vitesse de croissance (poids et taille) des enfants.

Les résultats montrent que les périodes de croissance ne présentent pas toutes les mêmes associations avec la masse grasse à l'adolescence : une prise de poids

20 Unité Inserm 780, « Postnatal weight and height growth velocities at different ages between birth and 5 years and body composition in adolescent boys and girls » in *American Journal of Clinical Nutrition*, Juin 2008, 87 : 1760-1768.



rapide à 3 mois, puis à partir de 3 ans présente la plus forte association avec le risque de surpoids ultérieur. Ainsi, à 3 mois, chaque augmentation de la vitesse de croissance de 143g/mois accroît le risque d'être en surpoids de 52%. Par contre, entre 1 et 2 ans, la vitesse de prise de poids ne témoigne pas d'association avec la masse grasse ultérieure. De même, des différences ont été observées entre filles et garçons. La vitesse de croissance des garçons à 3 mois est corrélée à la fois avec la masse grasse et la masse non grasse (représentée surtout par la masse musculaire) ultérieures.

En revanche, une croissance rapide chez les filles à cette période se traduira surtout par une augmentation de la masse grasse. Cette période serait donc plus à risque chez les filles que chez les garçons.

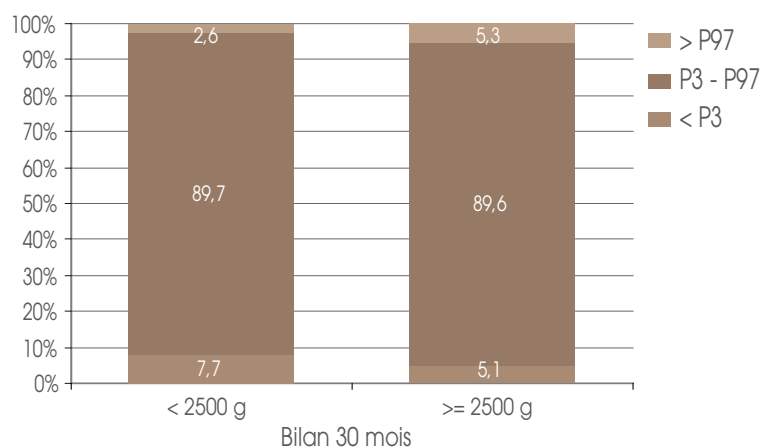
Les chercheurs concluent que la petite enfance présente des périodes sensibles contribuant au risque de surpoids futur, c'est le cas vers 3 mois et après 3 ans. En revanche, il semble que durant certaines périodes les besoins nécessaires au développement de l'enfant sont tels que le risque de stocker un excès d'énergie sous forme de masse grasse est faible. C'est probablement le cas entre 1 et 2 ans : une réduction des apports énergétiques à cette période pourrait alors être préjudiciable.



→ Indices de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE à 30 mois

↳ Graphique 2.6.2 :

Histogramme sur l'indice de masse corporelle des petits poids de naissance à 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE



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

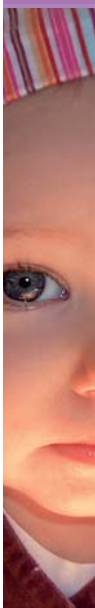


Tableau 2.6.2 :

Indice de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE

			2005		2006		2007	
			< 2500 g	>= 2500 g	< 2500 g	>= 2500 g	< 2500 g	>= 2500 g
Bilans de santé	Percentile	Norme	%	%	%	%	%	%
A 30 mois	< P3	3%	13,2%	5,3%	13,7%	5,3%	7,7%	5,1%
	P3 - P97	94%	84,0%	88,8%	84,6%	89,7%	89,7%	89,6%
	> P97	3%	2,7%	5,9%	1,7%	5,0%	2,6%	5,3%
			n total = 234	n total = 2675	n total = 184	n total = 2383	n total = 246	n total = 3178
			Inconnues = 6,4%	Inconnues = 7,2%	Inconnues = 4,9%	Inconnues = 6,3%	Inconnues = 4,9%	Inconnues = 5,7%

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Pour les enfants de < 2500 grammes à la naissance, on peut estimer approximativement à 2,5% la prévalence de l'excès de poids (IMC > P97). Par ailleurs, on peut observer que le pourcentage d'IMC < P3 est deux fois plus important chez les petits poids de naissance que chez les enfants >= 2500 grammes.

Si un risque élevé de surpoids chez les enfants nés avec un poids de naissance élevé est constaté dans la plupart des études, la relation entre un petit poids de naissance et la corpulence ultérieure fait en revanche l'objet de controverses : certaines études ont observé chez ces enfants un risque de surpoids ultérieur soit supérieur, soit inférieur à celui des enfants de poids de naissance normal. L'ajustement sur des cofacteurs ainsi que la faiblesse des effectifs de certaines de ces études peuvent expliquer en partie ces incohérences apparentes.



LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La « polycarie du jeune enfant » / « carie de la petite enfance » est une forme particulièrement virulente de carie dentaire, qui peut détruire la dentition primaire des bébés et des enfants d'âge préscolaire. Elle peut être définie comme une affection sévère et rampante des dents primaires qui débute juste après l'éruption des dents.

L'appellation « syndrome du biberon sucré » était couramment utilisée pour désigner la carie des dents primaires chez le très jeune enfant, causée par un usage prolongé du biberon au coucher ou pendant la journée. Depuis quelques années, on utilise le terme « polycarie du jeune enfant » / « carie de la petite enfance » qui reflète mieux le processus étiologique multifactoriel de cette maladie.

Dans les pays occidentaux, la prévalence est inférieure ou égale à 5% (JOHNSON et MESSER 1994). Les études notent une grande variation d'un pays à l'autre, et au sein d'un même pays, voire d'une région à l'autre.

Les objectifs de l'ONE en ce qui concerne la santé bucco-dentaire visent sur le plan général à prévenir l'apparition de caries dentaires et de manière plus

spécifique, à modifier des comportements en matière d'alimentation, à favoriser l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire, à généraliser la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers, et à prévenir les polycaries du jeune enfant (caries sévères, apparaissant avant 2 ans et entraînant une destruction des dents de lait).

L'ONE intervient par des conseils alimentaires et recommande : le brossage régulier des dents avec un dentifrice dont la concentration en Fluor de même que le nombre de brossages est adapté à l'âge de l'enfant, ainsi qu'une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ à 3 ans.

Le programme ONE de promotion de la santé bucco-dentaire est évalué à deux moments :

- Dans le « Bilan de santé à 18 mois » via l'incidence des polycaries du jeune enfant ;
- Dans le « Bilan de santé à 30 mois » via la présence de caries dentaires et le brossage des dents.



→ Les polycaries du jeune enfant (syndrome du biberon sucré)

Le syndrome du biberon sucré, appelé aussi le syndrome des polycaries du jeune enfant, consiste en l'apparition de caries sévères chez le tout jeune enfant (avant 2 ans) entraînant une destruction des dents de lait.

▮ Tableau 2.7.1 :
Polycaries du jeune enfant

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	88	3,6	181	2,8	170	2,7	167	2,2
Non	2373	96,4	6363	97,2	6228	97,3	7302	97,8
Total	2461	100,0	6544	100,0	6398	100,0	7469	100,0
Inconnues exclues	76	3,1	357	5,2	256	3,8	311	4,0

BDMS ONE, « Bilans de santé à 18 mois »

Le taux de « polycaries du jeune enfant » à 18 mois reste faible dans la population des enfants fréquentant les structures de l'ONE et semble en légère diminution entre 2003 (3,6%) et 2007 (2,2%).

Par rapport aux chiffres publiés dans diverses études internationales, on remarque que la prévalence de ce syndrome aux Etats-Unis, en 1998, était de 3 à 6% chez les enfants de 1 à 3 ans (HOROWITZ 1998). Entre 1999 et 2002, toujours aux Etats-Unis, la carie de la petite enfance a connu une hausse de 15,2% chez les enfants de 2 à 5 ans. On estimait qu'un enfant américain d'âge préscolaire sur quatre en était atteint (Centers for Disease Control and Prevention, 2005).



→ Les caries dentaires

Tableau 2.7.2 :

Présence des caries dentaires (soignées ou non)

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pas de caries	929	97,1	2648	97,5	2347	97,1	3186	97,4
1 à 2 caries	23	2,4	36	1,3	45	1,9	59	1,8
3 caries et plus	5	0,5	32	1,2	26	1,1	26	0,8
Total	957	100,0	2716	100,0	2418	100,0	3271	100,0
Inconnues exclues	62	6,5	194	6,7	149	5,8	153	4,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Nous pouvons constater que concernant la santé bucco-dentaire des enfants de 30 mois fréquentant les structures de l'ONE, ils sont entre 2 à 3% à présenter des caries dentaires. Une enquête réalisée en Flandre en 2003, point de départ du projet « Tandje de Voorste », a montré que 7% des enfants de 3 ans et 31% de ceux de 5 ans présentaient des caries.

En 2007, chez 1000 enfants de 3 ans qui ont bénéficié du programme spécifique de prévention de ce projet, il a été constaté que les caries ont diminué de 50%. Ceci nous montre que les conseils dispensés dans le cadre de la promotion de la santé bucco-dentaire doivent être dispensés très tôt, dès l'apparition de la dentition.

→ Le brossage des dents

Tableau 2.7.3 :

L'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	764	85,8	2296	89,0	2092	90,9	2784	90,7
Non	162	18,2	285	11,0	209	9,1	287	9,3
Total	890	100,0	2581	100,0	2301	100,0	3071	100,0
Inconnues exclues	76	13,0	357	11,3	256	10,4	311	10,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Il s'agit d'une recommandation de base reprise dans le programme « promotion de la santé bucco-dentaire ». Les réponses sont fournies par la personne qui présente l'enfant à la consultation. Il est possible que les réponses positives soient surestimées ; néanmoins, ces

recommandations semblent prises en compte pour 90% des enfants.

Selon l'enquête flamande « Tandje de Voorste » : en 2003, 29% des enfants de 3 ans ne se brossaient pas les dents chaque jour et, après 4 ans d'intervention, ils ne sont plus que 22%.

Tableau 2.7.4 :

Tableau croisé « L'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour » et « présente des caries dentaires soignées ou non »

	Enfants présentant des caries dentaires					
	2005		2006		2007	
Brossage minimum 1x/jour	n	%	n	%	n	%
Oui	53	2,4	56	2,8	62	2,3
Non	11	4,2	12	6,3	18	6,7
Total	64	2,6	68	3,1	80	2,7
Chi² de Pearson	p = 0,09		p < 0,01		p < 0,001	
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95 %)	RR = 1,76 (IC : 0,91-3,42)		RR = 2,36 (IC : 1,24-4,48)		RR = 3,04 (IC : 1,77-5,21)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

En 2006 et 2007, on note une association statistiquement significative ($p < 0,01$) entre les enfants qui ne se brossent pas les dents au moins une fois par jour et la présence de caries dentaires. Les enfants qui ne se brossent pas les dents ont 2 à 3 fois plus de risque d'avoir des caries dentaires.



L'ALLERGIE

De nombreuses études mettent en évidence une augmentation des pathologies allergiques, au cours des dernières décennies, dans le monde occidental.

Ainsi, au cours de cette période, la prévalence de toutes les affections allergiques telles l'eczéma atopique, la rhinite et l'asthme a été multipliée par deux voire par trois.

Les études épidémiologiques estiment la prévalence cumulée des allergies chez l'enfant à 25-30%.

La prévalence de la dermatite atopique pendant l'enfance est évaluée à 15-20%, l'asthme à 7-10% et la rhinite et la conjonctivite allergique autour de 15-20%.

Chez le nourrisson atopique, l'allergie alimentaire est la première à apparaître. L'allergie au lait de vache atteint 2 à 7% des enfants de moins de 2 ans soit environ 2000 enfants par an en Communauté française.

Le tabagisme passif avant la naissance est un important facteur de risque d'allergie.

Les bronchiolites peuvent constituer des manifestations précoces d'allergies. Cependant, la relation entre bronchiolite et asthme n'est pas systématique. En effet, la morphologie et la physiologie des bronches du tout jeune enfant peut à elle seule expliquer les symptômes de bronchiolites lors d'infections bronchiques.

→ Les antécédents familiaux et les symptômes de l'allergie

Tableau 2.8.1 :

Les antécédents familiaux et les symptômes de l'allergie des enfants à 30 mois

	2003		2005		2006		2007	
	n / n total	%	n / n total	%	n / n total	%	n / n total	%
L'enfant a au moins un parent et/ou frère/sœur allergique	351 / 933	37,6	988 / 2681	36,9	871 / 2331	37,4	1126 / 3153	35,7
L'enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolites depuis sa naissance	120 / 947	12,7	281 / 2708	10,4	255 / 2372	10,8	274 / 3128	8,8
L'enfant a présenté de l'eczéma atopique depuis sa naissance	168 / 962	17,5	432 / 2729	15,8	393 / 2377	16,5	463 / 3149	14,7

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On remarque qu'1/3 des enfants de notre échantillon ont au moins un parent allergique (son père, sa mère ou un autre enfant de la fratrie). Par contre, on note au niveau de notre échantillon, une diminution non négligeable du pourcentage d'enfants ayant développé les symptômes allergiques (bronchiolite, eczéma).

Il a été montré que l'allaitement maternel et l'introduction tardive des solides après l'âge de 6 mois diminue la prévalence de l'eczéma atopique mais dans certaines études de façon uniquement transitoire. En l'absence d'allaitement maternel, de nombreuses études montrent un effet bénéfique de l'utilisation des formules hydrolysées (lait hypoallergénique) par rapport aux formules non-hydrolysées pour les enfants à risque. L'amélioration, souvent transitoire, se manifeste au niveau des symptômes d'eczéma et des troubles digestifs.

Comme on le sait, l'allergie est une maladie dont les causes sont multifactorielles. Plus l'enfant cumule des facteurs de risque, plus il sera à risque d'allergie. Dans l'étude, nous avons donc voulu analyser le nombre d'enfants qui présentent 1, 2 ou 3 facteurs de risque.

Ces résultats sont présentés sous forme de score :

- Le « score 0 » correspond aux enfants qui ne présentent aucun facteur de risque.
- Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent un facteur de risque.
- Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent deux facteurs de risque à la fois.
- Le « score 3 » correspond aux enfants qui présentent les trois facteurs de risque en même temps.



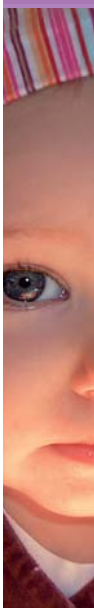


Tableau 2.8.2 :
Score d'allergies

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zéro	558	54,5	1353	53,3	1188	54,4	1661	56,3
Un	307	30,0	850	33,5	670	30,7	922	31,2
Deux	142	13,9	292	11,5	283	13,0	316	10,7
Trois	16	1,6	44	1,7	41	1,9	53	1,8
Total	1023	100,0	2539	100,0	2182	100,0	2952	100,0
Inconnues exclues	0	0,0	371	12,7	385	15,0	472	13,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On constate une stabilité dans le temps du profil des facteurs de risque d'allergie des enfants de notre échantillon.

→ Influence des antécédents familiaux d'allergie

Tableau 2.8.3 :
Tableau croisé « allergies familiales » et « au moins 3 épisodes de bronchiolites »

Allergies familiales	Enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolites							
	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	61	17,9	137	14,7	129	15,7	139	13,1
Non	49	8,7	126	7,7	95	6,7	121	6,2
Total	110	12,1	263	10,2	224	10,0	260	8,6
Chi² de Pearson	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR = 2,1 (IC : 1,5-2,9)		OR = 2,06 (IC : 1,59-2,66)		OR = 2,59 (IC : 1,96-3,43)		OR = 2,29 (IC : 1,77-2,96)	

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Entre 2003 et 2007, les résultats sont superposables, l'association entre les antécédents familiaux d'allergies et au moins 3 épisodes de bronchiolites est statistiquement significative ($p < 0,001$) – (OR²¹ varie entre 2 et 2,60). Les enfants avec des antécédents familiaux d'allergies ont 2 à 2,5 fois plus de risques d'avoir au moins 3 épisodes de bronchiolites que les autres enfants.

21 L'odds ratio (OR) est le rapport entre la probabilité de survenue d'un événement et celle de la survenue d'un autre événement (le plus souvent opposé au premier). Il mesure séparément la force des associations entre la maladie et chacun des facteurs d'exposition, sans ajustement sur les facteurs de confusion potentiels. Un odds ratio égal à 1 signifie l'absence d'association. Un odds ratio significativement supérieur à 1 signifie que le facteur d'exposition est un facteur de risque pour la maladie, alors qu'un odds ratio significativement inférieur à 1 signifie que le facteur d'exposition est un facteur protecteur contre la maladie. Ces résultats sont toujours estimés à un risque d'erreur près, représenté par le degré de signification p, qui permet classiquement de conclure lorsqu'il est inférieur à 5% ($p < 0,05$). En pratique, l'association est statistiquement significative lorsque l'intervalle de confiance à 95% de l'odds ratio n'inclut pas la valeur 1. Ainsi par exemple, un odds ratio égal à 3 avec un intervalle de confiance (2,1-4,4) indique une association statistiquement significative, avec un risque trois fois plus élevé de survenue de la maladie chez les sujets exposés par rapport aux sujets non exposés.



Tableau 2.8.4 :

Tableau croisé « allergies familiales » et « eczéma atopique »

Allergies familiales	Enfant a présenté de l'eczéma atopique							
	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	104	30,1	242	25,7	226	27,9	280	26,2
Non	52	9,1	169	10,3	142	10,0	167	8,6
Total	156	17,0	411	15,9	368	16,5	447	14,8
Chi ² de Pearson	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR = 3,3 (IC : 2,4-4,5)		OR = 3,02 (IC : 2,43-3,75)		OR = 3,48 (IC : 2,76-4,39)		OR = 3,79 (IC : 3,08-4,67)	

BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois

Comme pour les épisodes de bronchiolites, on constate la même stabilité des données entre 2003 et 2007 pour l'eczéma atopique. L'association est statistiquement significative entre les antécédents familiaux d'allergies et l'eczéma atopique ($p < 0,001$) – (OR varie entre 3 et 3,80).

Les enfants qui ont des antécédents familiaux d'allergies ont 3 à 3,8 fois plus de risques d'avoir de l'eczéma atopique que les autres enfants.

→ Influence du niveau socio-économique et de l'environnement

Les recoupements avec le niveau d'études des mères et les manifestations d'allergies ne montrent pas de corrélation statistiquement significative ni pour les bronchiolites, ni pour l'eczéma atopique.

Dans la littérature, plusieurs études ont montré que le contact au cours des premiers mois, voire des premières années de vie, des nourrissons à risque avec des pneumallergènes (acariens et animaux domestiques) augmente leur risque de sensibilisation, d'autant plus que le niveau d'exposition est important.

De même, le tabagisme maternel pendant la grossesse, mais aussi le tabagisme passif après la naissance, entraînent une augmentation des manifestations asthmatiques chez les enfants.

Dans notre échantillon, on ne trouve pas d'association entre le tabagisme passif et les allergies familiales, ni entre le tabagisme passif et l'eczéma atopique.

Contrairement à 2005, nous ne retrouvons plus d'association significative entre les bronchiolites et le tabagisme passif pour 2006 et 2007 (cf. tableau ci-dessous 3.8.5).

Alors, que de nombreuses études soulignent l'augmentation du risque d'infections respiratoires chez l'enfant en rapport avec le tabagisme passif. Une étude faite par MC CONNOCHIC²², note qu'il existe 80% de risque de bronchiolite chez le nourrisson soumis à un tabagisme passif, contre 8,6% dans une population témoin.



22 MC Connochic KM., Roghman KJ., « Parental smoking, presence of older siblings, and family history of asthma increase risk of bronchiolitis » in A.J.D.C., 1986, 140 : 806-812.

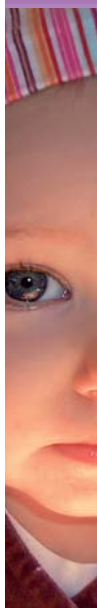


Tableau 2.8.5 :

Tableau croisé « tabagisme passif » et « au moins 3 épisodes de bronchiolites »

Tabagisme passif	Enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolites					
	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Oui	93	14,3	68	13,2	48	8,3
Non	149	8,9	167	10,5	172	8,7
Total	242	10,4	235	11,2	220	8,6
Chi ² de Pearson	p < 0,001		p = 0,09 (NS)		p = 0,79 (NS)	
Odds ratio (Intervalle de Confiance à 95 %)	OR = 1,71 (IC : 1,30-2,26)		OR = 1,30 (IC : 0,96-1,76)		OR = 0,96 (IC : 0,68-1,34)	

BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois »

Une étude cas-témoin australienne (cas : 258, témoins : 231) s'est intéressée à la prédisposition aux pathologies respiratoires de nourrissons selon le type d'allaitement reçu et l'exposition à un environnement tabagique (Woodward et al. 1990)²³. D'après cette étude, le risque de développer une pathologie respiratoire est majoré d'environ 80% pour un nourrisson exposé au tabagisme passif et allaité par la mère (OR = 1,81 ; IC 95% : 1,18-2,79) par rapport à un nourrisson non exposé et allaité par la mère. En revanche, ce risque est multiplié par 6 si le nourrisson n'est pas allaité (OR = 11,5 ; IC 95% : 3,4-38,5).

Les effets du tabagisme passif ont également fait l'objet d'une étude de cohorte grecque (Chatzimichael et al. 2007)²⁴. L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets du tabagisme passif seul et en association avec l'allaitement maternel sur la sévérité et la durée d'hospitalisation des épisodes de bronchiolites aiguës pendant les deux premières années de vie. La cohorte était constituée de 240 enfants, âgés de 6 à 24 mois,

hospitalisés pour des épisodes de bronchiolites aiguës. Un allaitement inférieur à 4 mois (odds ratio ajusté (aOR) = 6,1 ; IC 95% : 3,4-10,7) et une exposition au tabagisme passif (aOR = 2,2 ; IC 95% : 1,1-3,6) sont associés à une sévérité des bronchiolites et à une prolongation d'hospitalisation. La combinaison de ces deux facteurs augmente considérablement le risque de bronchiolite aiguë (aOR = 16,2 ; IC 95% : 6,0-34,3). Le risque est également important dans le cas d'un allaitement inférieur à 4 mois sans tabagisme passif (aOR = 9,8 ; IC 95% : 3,5-27,9). En revanche, le tabagisme passif n'augmente pas le risque de bronchiolites quand l'allaitement maternel est supérieur à 4 mois (aOR = 1,9 ; IC 95% : 0,8-5,1). Alors que le tabagisme passif aggrave les symptômes et le pronostic de la bronchiolite, l'allaitement maternel peut avoir un effet protecteur même pour un enfant exposé au tabagisme passif.

23 Woodward A., Douglas RM., Graham NM., Miles H., « Acute respiratory illness in Adelaide children : breast feeding modifies the effect of passive smoking » in *J Epidemiol Community Health*, 1990, 44:224-30.

24 Chatzimichael A., Tsalkidis A., Cassimos D., Gardikis S., Tripsianis G., Deftereos S., Ktenidou- Kartali S., Tsanakas I., « The role of breastfeeding and passive smoking on the development of severe bronchiolitis in infants » in *Minerva Pediatr*, 2007, 59:199-206.



LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

→ Bilans de santé à 9 mois (âge de l'enfant entre 7 mois et 11 mois)

Dans le bilan de santé à 9 mois, il est demandé au médecin de donner une information globale sur le développement psychomoteur de l'enfant : une anomalie est-elle constatée « oui » ou « non » sur base d'un examen neurologique général du nourrisson (cf. Guide de Médecine Préventive du nourrisson et du jeune enfant de l'ONE).

Anomalie constatée à 9 mois par le médecin de la consultation

➤ Tableau 2.9.1 :

Anomalie constatée par le médecin de la consultation

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	96	3,7	247	2,7	198	1,9	146	1,7	170	1,7
Non	2510	96,3	8895	97,3	10376	98,1	8311	98,3	9697	98,3
Total	2606	100,0	9142	100,0	10574	100,0	8457	100,0	9867	100,0
Inconnues exclues	135	5,1	370	3,9	447	4,1	304	3,5	394	3,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

Depuis 2005, le nombre d'enfants pour lesquels le médecin a constaté au moins une anomalie dans le développement psychomoteur reste légèrement en dessous de 2%.

Anomalie confirmée à 9 mois par le médecin traitant de l'enfant

➤ Tableau 2.9.2 :

Anomalie confirmée par le médecin traitant de l'enfant

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	51	91,1	138	82,1	97	67,4	59	71,1	81	75,7
Non	5	8,9	30	17,9	47	32,6	24	28,9	26	24,3
Total	56	100,0	168	100,0	144	100,0	83	100,0	107	100,0
Inconnues exclues	40	41,7	79	32,0	54	27,3	63	43,2	63	37,1

BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois»

En 2006 et 2007, pour trois enfants sur quatre, le médecin traitant confirme l'anomalie repérée par le médecin de la consultation ONE.

Cependant, le nombre d'inconnues en ce qui concerne le suivi reste encore nettement trop important.





→ Bilans de santé à 18 mois (âge de l'enfant entre 16 mois et 20 mois)

Lors du bilan de santé à 18 mois, le développement psychomoteur de l'enfant est analysé à travers quelques tests objectifs.

Marche de l'enfant à 18 mois

Il est admis que la marche apparaît en moyenne à 13 mois, avec de larges variations. Cependant, elle devrait être acquise avant l'âge de 18 mois.

Tableau 2.9.3 :

L'enfant marche seul

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	2308	96,4	6376	95,3	6262	95,8	7262	95,5
Non	85	3,6	317	4,7	277	4,2	343	4,5
Total	2393	100,0	6693	100,0	6539	100,0	7605	100,0
Inconnues exclues	140	5,8	208	3,0	115	1,7	175	2,2

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Nous pouvons remarquer que dans notre échantillon plus de 95% des enfants ont déjà acquis la marche entre 16 et 20 mois.

En moyenne, le bébé marche sans soutien dès l'âge de 13 mois. Toutefois, selon les enfants, cela peut varier de 12 à 16 mois sans que l'on n'ait à s'en inquiéter. La rapidité de son apprentissage va dépendre de sa tonicité musculaire, de son bon équilibre, de sa stature ou encore de ses craintes.

Mots prononcés à 18 mois

L'apparition du langage constitue également un indicateur important du développement psychomoteur. On considère qu'à 12 mois, l'enfant doit pouvoir répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir prononcer environ 10 mots.

Tableau 2.9.4 :

Nombre de mots prononcés

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 mot	77	3,4	241	3,6	283	4,4	349	4,7
1 à 5 mots	1108	48,6	3006	45,3	3116	48,3	3686	49,5
6 mots et plus	1093	47,9	3382	51,0	3053	47,3	3417	45,9
Total	2278	100,0	6629	100,0	6452	100,0	7452	100,0
Inconnues exclues	230	10,3	272	3,9	202	3,0	328	4,2

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Dans notre échantillon, le nombre d'enfants ne prononçant aucun mot au moment du bilan de santé de 18 mois tend à augmenter. En 2007, il est de 4,7%.

A 18 mois, l'enfant doit dire au moins 5 mots. Sinon, l'évolution ultérieure du langage et de l'audition devra être encore plus attentivement suivie.



Capacité à boire seul à 18 mois

Tableau 2.9.5 :

L'enfant sait boire seul à la tasse

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Oui	5114	79,4	5145	81,1	5864	80,3
Non	1329	20,6	1196	18,9	1439	19,7
Total	6443	100,0	6341	100,0	7303	100,0
Inconnues exclues	458	6,6	313	4,7	477	6,1

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Cette question est posée dans le bilan de santé à 18 mois depuis 2005. Elle permet d'évaluer la capacité d'autonomie de l'enfant. Celle-ci varie en fonction de facteurs culturels mais nos données restent stables entre 2005 et 2007 : 80% des enfants savent boire seul à la tasse à l'âge de 18 mois.

Capacité à utiliser une cuillère à 18 mois

Si on lui laisse une cuillère en main, l'enfant arrive à prendre des aliments et à les porter en bouche, même maladroitement.

Tableau 2.9.6 :

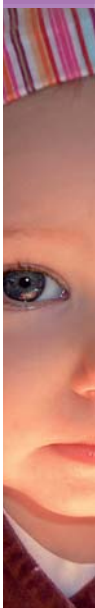
L'enfant sait se servir d'une cuillère

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Oui	5439	83,5	5317	83,4	6158	84,1
Non	1074	16,5	1056	16,6	1167	15,9
Total	6513	100,0	6373	100,0	7325	100,0
Inconnues exclues	388	5,6	281	4,2	455	5,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Cette question est aussi posée dans le bilan de santé à 18 mois depuis 2005. Elle permet également d'évaluer la capacité d'autonomie de l'enfant, qui peut varier aussi en fonction de facteurs culturels. Ces données se superposent à l'item « boit seul à la tasse ». On remarque que ces données restent stables dans le temps : 84% des enfants savent se servir d'une cuillère à l'âge de 18 mois.





Score du développement psychomoteur à 18 mois

Le cumul - chez un enfant - d'un retard dans différents domaines constitue un élément d'aggravation du retard psychomoteur. Généralement, les pédiatres de l'ONE considèrent qu'un enfant a un retard psychomoteur lorsqu'il présente un retard pour au moins 2 items de développement psychomoteur (voir à ce propos le Dossier médical de l'ONE).

C'est pourquoi nous avons cumulé les deux indicateurs « l'enfant marche seul » et « le nombre de mots que l'enfant peut prononcer » recueillis à l'âge de 18 mois pour constituer un score de développement psychomoteur.

- Le « score 0 » correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la marche soit un retard pour le langage.
- Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent à la fois un retard dans la marche et dans le langage.

Tableau 2.9.7 :

Score du développement psychomoteur à 18 mois

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zéro	2390	94,1	5962	92,1	5946	92,2	6824	91,6
Un	138	5,4	476	7,4	459	7,1	575	7,7
Deux	12	0,5	33	0,5	47	0,7	53	0,7
Total	2540	100,0	6471	100,0	6452	100,0	7452	100,0
Inconnues exclues			430	6,2	202	3,0	328	4,2

BDMS ONE, « Bilans de santé à 18 mois »

Entre 2003 et 2007, on constate que le nombre d'enfants cumulant deux indicateurs de retard de développement psychomoteur reste inférieur à 1% pour les enfants suivis dans les structures de l'ONE.



→ Bilans de santé à 30 mois (âge de l'enfant entre 28 mois et 32 mois)

Lors du bilan de santé à 30 mois, le développement psychomoteur de l'enfant est analysé à travers 5 tests objectifs :

- Un premier test qui devrait être acquis à l'âge de 24 mois : L'enfant construit une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle ;
- Quatre tests qui devraient être acquis à 30 mois : L'enfant saute à pieds joints, il imite un trait vertical, il imite un cercle et il utilise le « je ».

Ces tests sont extraits de l'échelle du développement de Denver et ont été choisis pour leur simplicité et leur faisabilité en consultation. Néanmoins, la coopération de l'enfant n'est pas toujours facile à obtenir. Dans certains cas, le test est impossible à réaliser vu le refus de l'enfant ; on retrouve ces enfants dans la catégorie « examen non réalisé ».

Développement du langage à 30 mois

- L'enfant construit une phrase de 3 mots à 30 mois

Tableau 2.9.8 :

L'enfant construit une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	756	81,8	2202	80,5	2006	81,5	2642	81,9
Non	168	18,2	533	19,5	456	18,5	584	18,1
Total	924	100,0	2735	100,0	2462	100,0	3226	100,0
Examens non réalisés exclus	99	9,7	175	6,0	105	4,1	198	5,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Parmi les enfants qui ont été soumis à l'examen, 80% ont été capables de construire une phrase de 3 mots dans leur langue maternelle au jour du bilan, 20% en ont été incapables. Ceci met à nouveau en évidence l'importance du suivi de l'évolution du langage dès le plus jeune âge.

- L'utilisation du « je » à 30 mois

Tableau 2.9.9 :

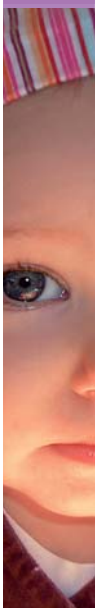
L'enfant utilise le « je »

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	518	56,1	1377	51,9	1281	53,9	1666	53,7
Non	405	43,9	1277	48,1	1094	46,1	1438	46,3
Total	923	100,0	2654	100,0	2375	100,0	3104	100,0
Examens non réalisés exclus	100	9,8	256	8,8	192	7,5	320	9,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Un peu plus de la moitié des enfants seulement ont utilisé le « je » au moment du bilan de santé à 30 mois. L'utilisation du « je » varie notamment en fonction de certaines cultures – langues où celui-ci n'existerait pas comme tel. Mais le fait qu'il ne soit pas utilisé dans toutes les langues et notamment les langues d'origine asiatiques, turques,... ne peut expliquer réellement l'ensemble de ce phénomène.





Score du développement du langage à 30 mois

Pour les mêmes raisons qui sont expliquées dans la partie du score du développement psychomoteur à 18 mois, nous avons cumulé les indicateurs de développement du langage.

- Le « score 0 » correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots soit un retard pour l'utilisation du « je ».
- Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent deux retards en même temps.

Tableau 2.9.10 :

Score du développement du langage à 30 mois

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Zéro	1277	50,1	1197	51,5	1544	51,3
Un	828	32,5	755	32,5	1001	33,2
Deux	444	17,4	371	16,0	466	15,5
Total	2549	100,0	2323	100,0	3011	100,0
Examens non réalisés exclus	361	12,4	244	9,5	413	12,1

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On remarque que seuls 50% des enfants n'ont aucun retard au niveau du langage au moment du bilan de santé à 30 mois dans les structures de l'ONE.

Ces chiffres devraient être éclairés par une étude plus approfondie de la situation.

Développement psychomoteur à 30 mois

- L'enfant s'habille seul à 30 mois

Tableau 2.9.11 :

L'enfant sait s'habiller seul

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Oui	1569	59,8	1471	63,6	1974	65,3
Non	1053	40,2	842	36,4	1047	34,7
Total	2622	100,0	2313	100,0	3021	100,0
Examens non réalisés exclus	288	9,9	254	9,9	403	11,8

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Cette question est posée dans le bilan de santé à 30 mois depuis 2005. Elle permet d'évaluer la capacité d'autonomie de l'enfant qui peut varier en fonction de certains facteurs culturels. De 2005 à 2007, entre 60 et 65% des enfants savent s'habiller seul à l'âge de 30 mois. Cela paraît beaucoup, étant donné qu'à cet âge l'enfant commence à peine à savoir enlever l'un ou l'autre vêtement. Ce n'est généralement que vers 3-4 ans que l'enfant commence à s'habiller seul.



- Le saut à pieds joints à 30 mois

Tableau 2.9.12 :

L'enfant saute à pieds joints

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	784	90,0	2221	90,1	2017	92,7	2652	91,8
Non	87	10,0	243	9,9	160	7,3	238	8,2
Total	871	100,0	2464	100,0	2177	100,0	2890	100,0
Examens non réalisés exclus	152	14,9	446	15,3	390	15,2	534	15,6

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On remarque que 90% des enfants soumis au test lors du bilan de santé à 30 mois parviennent à sauter à pieds joints. Ces chiffres restent stables entre 2003 et 2007.

- Imitation d'un trait vertical et d'un cercle à 30 mois

Tableau 2.9.13 :

L'enfant imite un trait vertical

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	637	81,7	1925	82,4	1686	82,5	2199	82,3
Non	143	18,3	410	17,6	357	17,5	474	17,7
Total	780	100,0	2335	100,0	2043	100,0	2673	100,0
Examens non réalisés exclus	243	23,8	575	19,8	524	20,4	751	21,9

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On remarque que, de manière très stable, plus de 80% des enfants de notre échantillon parviennent à imiter un trait vertical au moment du bilan.

Pour cet item et le suivant, plus orientés vers la motricité fine, le nombre d'inconnues (examens non réalisés) est élevé (20-25%). Demander ce genre d'exercice à l'enfant en consultation reste encore quelque chose de difficile.

Tableau 2.9.14 :

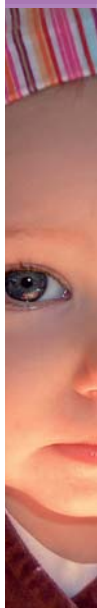
L'enfant imite un cercle

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	571	74,6	1773	75,2	1539	75,2	2045	76,9
Non	194	25,4	585	24,8	508	24,8	614	23,1
Total	765	100,0	2358	100,0	2047	100,0	2659	100,0
Examens non réalisés exclus	258	25,2	552	19,0	520	20,3	765	22,3

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

On observe également que 75% des enfants parviennent à imiter un cercle au moment du bilan de santé à 30 mois.





Score du développement psychomoteur à 30 mois

Pour les mêmes raisons qui sont expliquées dans la partie du score du développement psychomoteur à 18 mois, nous avons cumulé les indicateurs de développement psychomoteur. En effet, c'est le cumul d'au moins 2 d'entre eux qui indiquent un retard éventuel dans le développement psychomoteur.

- Le « score 0 » correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard.
- Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour le saut à pieds joints soit un retard pour imiter un trait vertical soit un retard pour imiter un cercle.
- Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent deux retards (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le « score 3 » correspond aux enfants qui présentent les trois retards en même temps.

Tableau 2.9.15 :

Score du développement psychomoteur à 30 mois

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zéro	752	73,5	1332	65,9	1205	66,6	1629	68,0
Un	155	15,2	356	17,6	346	19,1	435	18,1
Deux	79	7,7	247	12,2	213	11,8	250	10,4
Trois	37	3,6	87	4,3	45	2,5	83	3,5
Total	1023	100,0	2022	100,0	1809	100,0	2397	100,0
Examens non réalisés exclus			888	30,5	758	29,5	1027	30,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Le tableau montre qu'au fil du temps, il y a une augmentation du nombre d'enfants présentant un ou deux retards. On note que 30% d'examens ne sont pas réalisés, environ 66-68% des enfants ne présentent aucun retard, quasi 20% présentent un retard et un peu plus de 15% présentent deux ou trois retards à la fois.

→ Projet des consultations 18 mois – 6 ans

Suite à certains constats des TMS, en 2002-2003, est né le projet des consultations 18 mois – 6 ans :

- forte diminution de la fréquentation de la consultation dès 18 mois (fin des vaccins) ;
- désir d'offrir à la population un service élargi répondant à leurs attentes ;
- insatisfaction des TMS quant au contenu offert dans leurs consultations de 3 à 6 ans, certaines consultations 3-6 ans sont devenues des 0-6 ans ;
- perte du contact avec les enfants (plus de visite à domicile, école,...).

Les objectifs de ces consultations sont de :

- disposer d'un endroit où des personnes de référence sont à l'écoute des parents, prêts à répondre à leurs questions ;
- mettre en évidence les compétences de l'enfant au regard de ses parents ;
- dépister certains troubles ou déficits chez l'enfant afin d'accompagner et/ou orienter la famille vers des services spécialisés.



En 2008, 61 consultations 18 mois – 6 ans sont actives dans le Hainaut.

Voici quelques résultats récoltés dans sept consultations participant au projet dans le Hainaut :

📌 **Tableau 2.9.16 :**

Résultats des consultations 18 mois – 6 ans dans le Hainaut

	2006		2007	
Lieux de consultations avec bilan chiffré	8		7	
Nombre de séances	74		53	
Nombre d'enfants convoqués	882		550	
Nombre d'enfants venus	460	52,2%*	313	56,9%*
Types de problèmes détectés				
Troubles visuels	33	7,2%**	15	4,8%**
Troubles auditifs	6	1,3%**	4	1,3%**
Sphère ORL	17	3,7%**	9	2,9%**
Troubles orthopédiques	7	1,5%**	10	3,2%**
Pathologie génito-urinaire	9	2%**	5	1,6%**
Problèmes dentaires	50	10,9%**	25	8%**
Problèmes staturo-pondéraux	31	6,7%**	21	6,7%**
Troubles du sommeil	4	0,9%**	10	3,2%**
Troubles psycho-socio-éducatifs et du comportement	23	5%**	19	6,1%**
Développement psychomoteur	8	1,7%**	1	0,3%**
Troubles du langage	9	2%**	13	4,2%**
Accidents domestiques	2	0,4%**	0	0%**
Autres	7	1,5%**	0	0%**
NOMBRE TOTAL ENFANTS DEPISTES	206	44,8%**	132	42,2%**

Education à la Santé - ONE, 2006-2007

* Pourcentage d'enfants venus par rapport aux enfants convoqués

** Pourcentage d'enfants présentant des troubles par rapport au nombre d'enfants venus

Le projet des consultations 18 mois – 6 ans se met progressivement en place à travers toute la Communauté française et nous pouvons déjà constater son rôle important quant au dépistage de troubles ou déficits chez l'enfant.

Par ailleurs, si ces chiffres ne témoignent que du dépistage, le soutien apporté aux parents est indéniable.





LE DÉPISTAGE VISUEL

Les différentes études scientifiques montrent que 10% des enfants de 15 mois à 3 ans sont atteints d'un problème visuel. Le traitement est particulièrement efficace si l'enfant est diagnostiqué et traité avant l'âge de trois ans. Le dépistage des troubles visuels, testé par l'ONE depuis 1997, a démontré tout son intérêt. Dans les 75% des enfants dépistés positifs par l'ONE, on constate que l'ophtalmologue corrobore ce diagnostic et ainsi prescrit un traitement approprié. Il s'agit donc d'un programme de dépistage particulièrement efficient. Fin 2002, le Conseil d'Administration de l'Office a décidé de généraliser progressivement ce dépistage à l'ensemble de la Communauté française.

Cette généralisation se met en route progressivement pour des raisons à la fois budgétaires et conjoncturelles. L'ONE a choisi de faire réaliser les dépistages par un personnel médical ou paramédical spécialisé dans ce domaine, ce qui est difficile à trouver en Communauté française de Belgique. En effet, la formation d'orthoptiste n'est pas dispensée en Communauté française.

C'est pourquoi, depuis 2005, l'ONE organise annuellement une formation à la fois théorique et pratique à l'intention des médecins généralistes et pédiatres désireux de se perfectionner dans ce domaine.

En 2007, 8 orthoptistes et 8 médecins ont réalisé des examens spécialisés de dépistage visuel dans le cadre de l'ONE.

→ Bilan des dépistages visuels

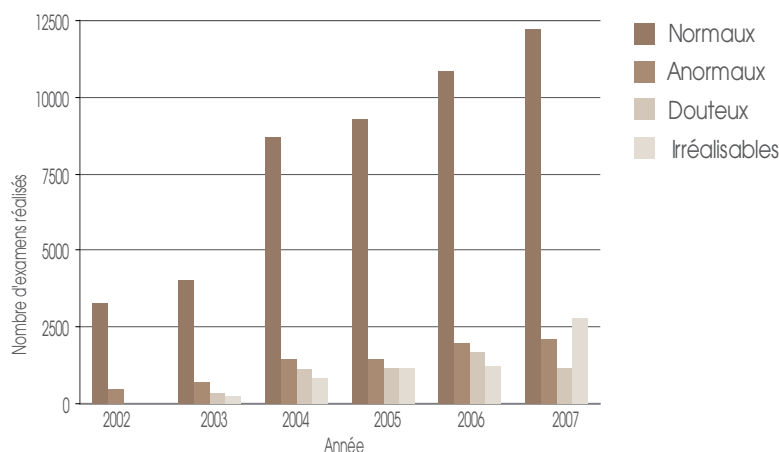
Tableau 2.10.1 :

Bilan des dépistages visuels réalisés en Communauté française par l'ONE de 2002 à 2007

	Nombre d'exams réalisés (100%)	Dépistages Normaux	Dépistages Anormaux	Dépistages Douteux	Dépistages Irréalisables
2002	3737	87,5%	12,3%		0,2%
2003	5283	76,0%	13,0%	7,0%	4,0%
2004	12051	72,2%	11,9%	9,0%	6,8%
2005	13031	71,3%	11,0%	8,8%	8,9%
2006	15826	68,8%	12,7%	10,7%	7,8%
2007	18307	66,8%	11,5%	6,4%	15,3%

Graphique 2.10.1 :

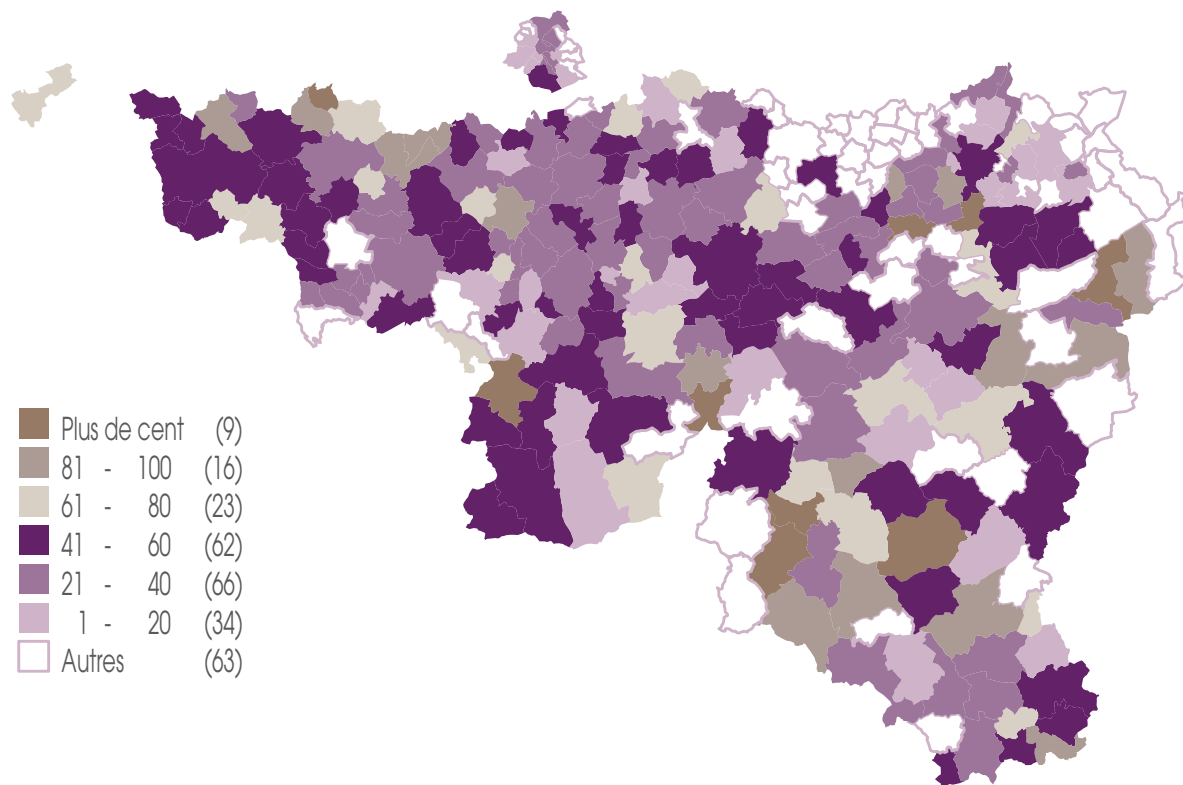
Histogramme du nombre de dépistages visuels réalisés en Communauté française par l'ONE de 2002 à 2007





➤ Cartographie 2.10.1 :

Pourcentage de dépistages visuels effectués en Communauté française en 2007 par rapport au nombre de naissances en 2005



Remarque : dans certaines communes, le dépistage a été réalisé sur plus de 100% des naissances. Cela s'explique par le fait que ce dépistage peut être réalisé sur des enfants ayant entre 15 mois et 3-4 ans.

➔ Suivi préventif des enfants

Depuis 2004, nous enregistrons les suivis des enfants dépistés et adressés aux ophtalmologues. Cet enregistrement se fait de manière strictement anonyme. Pour l'ensemble de la Communauté française, nous avons connaissance des résultats du suivi par un ophtalmologue (soit directement par un mot de l'ophtalmologue soit indirectement par la directrice du milieu d'accueil, ou par le TMS) de **2150** enfants leur ayant été adressés suite au dépistage. La **moyenne d'âge des enfants** pour lesquels nous avons une information quant au suivi est de **28 mois**.

Sur ces 2150 enfants, dans **1546 cas (72%)**, l'**anomalie est confirmée**, dans **463 cas (22%)**, l'**anomalie n'est pas confirmée**. Les autres situations restent **douteuses (6%)** et doivent être revues ultérieurement par l'ophtalmologue.

Nous pouvons donc conclure sur base des données actuelles, que **3 enfants sur 4**, envoyés chez l'ophtalmologue suite au dépistage, **sont soit traités d'emblée soit nécessitent au minimum un suivi par un ophtalmologue**.

Parmi les **955 réponses reçues en 2007**, nous notons :

- 174 cas : anomalie non confirmée, pas de suivi
- 51 cas : anomalie non confirmée mais suivi ophtalmologique conseillé
- 224 cas : anomalie confirmée, pas de traitement mais suivi ophtalmologique indiqué
- **437 cas** : anomalie confirmée, prescription de lunettes





- **38 cas** : anomalie confirmée, prescription de **lunettes**
+ **Cache oculaire**
- **24 cas** : anomalie confirmée, prescription de **cache**
oculaire
- **3 cas** : **intervention chirurgicale**
- **1 cas** : **cataracte congénitale**
- **1 cas** : **anomalie génétique du cristallin**
- **1 cas** : **nystagmus**

→ Bilans de santé à 30 mois

L'indicateur figurant ci-dessous, relevés dans les bilans de santé à 30 mois, nous montre que les troubles de la vue semblent être dépistés plus tôt dans la population qui fréquente l'ONE. Cela s'explique par la mise en place du dépistage systématique tel que décrit plus haut.

La littérature et notre expérience nous montrent en effet que si tous les enfants bénéficiaient du dépistage, nous devrions trouver 9 à 11% d'enfants de 30 mois présentant un trouble visuel. Entre 2005 et 2007, nous oscillons autour de 8,5%.

Tableau 2.10.2 :

L'enfant présente un trouble visuel connu des parents et nécessitant un suivi ophtalmologique

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	65	7,0	226	9,1	180	8,2	256	8,6
Non	859	93,0	2247	90,9	2019	91,8	2723	91,4
Total	924	100,0	2473	100,0	2199	100,0	2979	100,0
Inconnues exclues	100	9,7	437	15,0	368	14,3	445	13,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

En 2006, parmi les 180 enfants qui ont présentés un trouble visuel, 76 (42,2%) ont été traités. Nous n'avons pas d'information pour 80 (44,4%) enfants et 24 (13,3%) non pas été traités.



LE DÉPISTAGE AUDITIF

Le fait d'entendre peu ou pas du tout au cours des premières années de vie interfère grandement avec l'ensemble du développement psycho-affectif, cognitif et langagier. C'est pourquoi un premier dépistage des surdités néonatales (principalement des surdités de perception) est mis en place depuis début 2007 dans la plupart des maternités francophones.

Ce test d'oto-émissions acoustiques (OEA) est directement financé par la Communauté française. Une petite quote-part est demandée aux parents. A ce jour, nous ne disposons pas encore de données suffisamment confortées concernant ces dépistages.

Ensuite, au cours des premières années de vie, une attention particulière doit être accordée au repérage des surdités de transmission qui peuvent se développer particulièrement chez les enfants ayant des affections ORL répétées.

→ Dépistage des surdités de transmission

En plus des surdités néonatales, des surdités de transmission peuvent apparaître pendant les premières années de vie de l'enfant. Il s'agit alors, le plus souvent, de surdités partielles, secondaires à des infections de la sphère ORL qui conduisent à la présence de liquide plus ou moins visqueux derrière les tympans. Ces surdités, bien que partielles, doivent également être dépistées.

En effet, ces surdités lorsqu'elles ne régressent pas spontanément :

- sont curables sans grosses difficultés soit par médicaments soit grâce à une petite intervention ORL (pose de drains trans-tympaniques).
- interfèrent (si non traitées) avec l'apprentissage du langage et de la socialisation de l'enfant à un âge particulièrement important au risque de générer d'importants troubles du développement et du comportement.

Pour étudier ce problème, deux indicateurs figurent dans le « Bilans de santé à 30 mois ».

Tableau 2.11.1 :
Test de la voix chuchotée

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Entend bien	812	79,4	2384	81,9	2092	81,5	2758	80,5
Entend mal	9	0,9	46	1,6	52	2,0	69	2,0
Examen non réalisé	202	19,7	480	16,5	423	16,5	597	17,4
Total	1023	100,0	2910	100,0	2567	100,0	3424	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Dans ce tableau, on constate que 2% des enfants à l'âge de 30 mois entendent mal. Cependant, on peut remarquer que +/- 20% des enfants de notre échantillon n'ont pas bénéficié de ce test.

Le « Test de la voix chuchotée » peut être réalisé à partir de l'âge de 2 ans ½ - 3 ans. Ce test, aisément et largement réalisable, n'exige aucun matériel. Il s'agit d'un test peu précis mais très utile. En cas de doute, il demande à être complété par une mise au point plus objective et plus fine.

Depuis 2005, l'ONE s'est équipé d'audiomètres pédiatriques. Ce test remplacera progressivement celui de la voix chuchotée chez les enfants de 3 à 6 ans et

permettra à l'avenir une mesure de l'acuité auditive plus fiable et reproductible.

En 2006 et 2007, sur 773 enfants venus lors des consultations 18 mois - 6 ans du Hainaut, des troubles auditifs ont été détectés pour 10 enfants (1,3%) et 26 enfants (3,4%) avaient des problèmes à la sphère ORL (source : Education à la Santé - ONE, 2006-2007).



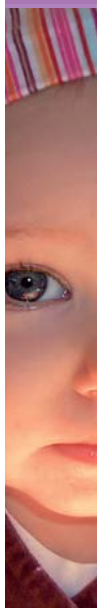


Tableau 2.11.2 :

L'enfant a ou a eu des drains transtympaniques

	2003		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	58	6,0	151	5,5	110	4,5	165	5,2
Non	903	94,0	2571	94,5	2316	95,5	2979	94,8
Total	961	100,0	2722	100,0	2426	100,0	3144	100,0
Inconnues exclues	62	6,1	188	6,5	141	5,5	280	8,2

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Il existe peu de données sur l'incidence des surdités de transmission à cet âge. Dans notre échantillon, le nombre d'enfants ayant eu un ou des drains transtympaniques avoisine les 5%. Ceci, bien que reflétant aussi une pratique médicale, nous montre que l'évolution de cette pathologie à cet âge mérite d'être suivie.

→ Surdités de transmission et retard de langage

Dès la naissance, l'enfant est immergé dans le bain sonore familial et acquiert les différents phonèmes de la (des) langue(s) maternelle(s). Le premier mot doit apparaître vers un an (maman, papa le plus souvent), et à 2 ans l'enfant doit pouvoir associer deux mots.

Tout retard de langage nécessite un bilan d'audition en « urgence ». En cas de surdité bilatérale, moyenne à profonde, l'enfant est appareillé le plus tôt possible et pris en charge par une équipe de rééducation (orthophonistes,...).

En période préscolaire, tout retard d'acquisition du langage ou retard de parole ou régression du langage (pauvreté du vocabulaire, défaut de syntaxe, parole peu intelligible, troubles de l'articulation) doit être reconnu et un déficit auditif doit être recherché. Il faut avoir à l'esprit qu'une surdité peut se développer après la naissance : les causes principales sont la méningite, les traitements ototoxiques et certaines causes génétiques qui sont responsables des surdités les plus graves : les surdités de perception. Le diagnostic est « urgent ». Il débouche sur une prise en charge adaptée qui peut aller jusqu'à l'implantation cochléaire.

Cependant une surdité de transmission, le plus souvent due à une otite sérumuqueuse (parfaitement curable), peut être également responsable de troubles du langage et doit être traitée.

En période scolaire, le retard d'acquisition du langage écrit et le retard scolaire doivent être reliés en premier lieu au déficit auditif (qui ont les mêmes causes).

Rappel :

- Le « score aucun » correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard à 30 mois.
- Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots soit un retard pour l'utilisation du « je » à 30 mois.
- Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent deux retards en même temps à l'âge de 30 mois.



Tableau 2.11.3 :

Tableau croisé « retard de langage » et « voix chuchotée »

	Test voix chuchotée							
	2006				2007			
	Entend bien		Entend mal		Entend bien		Entend mal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Retard de langage								
Aucun	988	54,9	8	19,5	1270	54,3	8	14,8
Un	560	31,1	19	46,3	763	32,6	27	50,0
Deux	253	14,0	14	34,1	308	13,2	19	35,2
Total	1801	100,0	41	100,0	2341	100,0	54	100,0
Chi ² de Pearson	p < 0,001				p < 0,001			

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2006-2007

Lorsque l'on met en corrélation le retard de langage à 30 mois avec le test de la voix chuchotée ou la présence de drains transtympaniques, on remarque pour 2006 et 2007 une association statistiquement significative.

Les enfants qui entendent mal au test de la voix chuchotée et/ou qui ont/ont eu des drains transtympaniques ont plus de risque d'avoir un retard de langage.

Tableau 2.11.4 :

Tableau croisé « retard de langage » et « drains transtympaniques »

	Drains transtympaniques							
	2006				2007			
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Retard de langage								
Aucun	34	38,6	1051	53,4	49	35,5	1329	53,7
Un	38	43,2	626	31,8	58	42,0	793	32,0
Deux	16	18,2	292	14,8	31	22,5	355	14,3
Total	88	100,0	1969	100,0	138	100,0	2477	100,0
Chi ² de Pearson	p < 0,05				p < 0,001			

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2006-2007

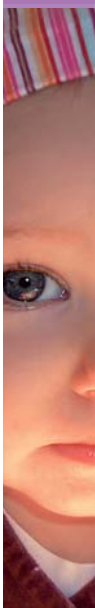
Résumé du travail de fin d'études des logopèdes de l'institut provincial de logopédie de Saint-Ghislain sur les troubles du langage

Ce travail avait pour objectif d'étudier l'opportunité de dépister les troubles du langage chez l'enfant en relation avec la présence d'une otite sérumuqueuse et la fiabilité du jugement parental sur ces deux aspects. Les logopèdes ont rencontré parents et enfants dans le cadre de consultations 3-6 ans du Hainaut et ont inclus dans leur étude 70 enfants d'âge compris entre 2 ans 4 mois et 6 ans 3 mois.

Parallèlement à la présentation d'un questionnaire aux parents, le langage de l'enfant a été évalué par la batterie abrégée ISADYLE²⁵. Cette batterie permet d'explorer les domaines lexical et morphosyntaxique (compréhension et expression) ainsi que la phonologie et de donner une évaluation normative (situer l'enfant par rapport aux autres de son âge). Ensuite une tympanométrie (impédancemétrie) a été réalisée chez chaque enfant et interprétée par un médecin spécialiste ORL.

25 ISADYLE = Instruments pour le Screening et l'Approfondissement des DYsfonctionnements du Langage chez l'Enfant, B. Piérart, 2007.





Résultats :

Tableau 2.11.5 :

Tableau croisé « difficultés langagières »
et « jugement parental »

Difficultés langagières	Petits (n=46)		Grands (n=24)	
	Parents conscients		Parents conscients	
	Oui	Non	Oui	Non
Oui	50,0%	2,2%	25,0%	21,0%
Non	30,4%	17,4%	33,0%	21,0%

On observe un retard de langage (échec d'une épreuve ou plus) chez 52,2% des petits (2 ans 4 mois à 4 ans 9 mois) et chez 46% des grands (5 ans à 6 ans 3 mois). Le jugement parental est fiable dans 67,4% des cas chez les petits contre 46% des cas chez les grands.

Corrélation entre les questions adressées aux parents et le test :

La corrélation est importante entre :

- Le langage de votre enfant est-il correct ? et 9 des 11 subtests proposés ;
- Le niveau de langage de votre enfant est-il faible ? et 6 des 11 subtests ;
- Les phrases de votre enfant sont-elles bien construites ? et 9 des 11 subtests ;
- Certains mots employés par votre enfant sont-ils déformés ? et 8 des 11 subtests ;
- Lorsqu'il parle, votre enfant est-il compris par ceux qui ne le connaissent pas ? et 7 des 11 subtests ;
- Votre enfant est-il capable de vous raconter un jeu/ une activité réalisé à l'école ? et 6 des 11 subtests.

Les autres questions ont une corrélation assez faible avec maximum 5 des 11 subtests proposés.

L'otite sérumuqueuse (OSM) est définie par la présence dans la cavité de l'oreille moyenne d'un épanchement sérumuqueux ± visqueux, non infectieux, présent depuis plus de trois mois. Cette situation peut entraîner une hypoacousie de transmission d'importance variable.

Résultats de l'impédancemétrie :

Tableau 2.11.6 :

Résultats de l'impédancemétrie

Impédancemétrie	Petits		Grands	
	n	%	n	%
OSM unilatérale	6	13,0%	5	20,8%
OSM bilatérale	16	34,8%	8	33,3%
Pas d'OSM	24	52,2%	11	45,8%
Total	46	100,0%	24	100,0%

La différence observée entre les groupes d'âge pour les OSM dans cette étude n'est pas significative ($p>0,1$). Dans la littérature également, les OSM bilatérales sont plus fréquentes que les unilatérales.

Jugement parental : hormis les situations où l'enfant s'est plaint d'otalgie, aucune corrélation significative n'a pu être établie entre les réponses des parents et la présence d'une OSM : questions relatives aux facteurs favorisant : respiration buccale, ronflements, ... ou aux manifestations possibles d'une OSM : enfant qui parle fort, qui augmente le son de la TV, qui demande de répéter, qui présente des modifications de comportement (anxiété, inattention, opposition, agitation, colères).

Tableau 2.11.7 :

Relation entre les résultats obtenus au test de langage et l'absence ou la présence d'une OSM uni ou bilatérale ou de drains transtympaniques (DTT) (8 enfants sur 70 portent des drains)

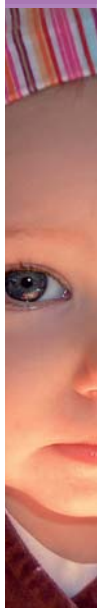
Retard du langage	OSM ou DTT	
	Oui	Non
Oui	36,0%	19,0%
Non	25,0%	20,0%

Aucune corrélation significative n'est observée entre les différentes composantes du langage et les types d'OSM (uni ou bilatérale). On remarque que 10,4% des enfants sont en échec dans minimum 3 domaines du langage (vocabulaire : dénomination ou désignation, syntaxe : expression ou compréhension, parole : phonologie, gnosies ou articulation), et 61% d'entre eux ont un problème ORL (OSM ou DTT).



Conclusion : Vu la fréquence des retards de langage et des otites séromuqueuses chez l'enfant à l'âge où le langage se développe, il importe de mieux sensibiliser et informer les parents en leur donnant des repères sur l'évolution normale du langage et sur l'intérêt de rechercher et soigner une otite séromuqueuse (traitement médicamenteux, chirurgical ou rééducation tubaire).





LES TRAUMATISMES DE LA VIE COURANTE

Les traumatismes de la vie courante sont appelés également « accidents de la vie courante » et plus communément « accidents domestiques ».

Ces « accidents de la vie courante » désignent une catégorie de traumatismes (blessure, handicap, décès,...), très large en termes de risques, et dont la nature est étroitement liée à la modification permanente de nos modes de vie : accélération de la mise sur le marché de produits issus de technologies complexes, évolution des loisirs et de l'habitat,... L'apparition de ces nouveaux risques est donc portée par le développement d'habitudes sociales renouvelées mais aussi identifiées en fonction de la définition donnée par chaque société des limites du risque acceptable.

D'autre part, ces accidents peuvent avoir lieu dans la maison ou dans les alentours de la maison (jardin) mais aussi dans l'environnement immédiat, à l'école, dans les plaines de jeux, les structures d'accueil, les aires de transports...

Il s'avère donc important de diminuer et de prévenir au mieux ces traumatismes de la vie courante.

Dans notre société, les enfants courent encore trop fréquemment des risques. Les traumatismes sont la principale cause de mortalité des enfants et des adolescents dans le monde.

Ces risques peuvent être limités plus efficacement par la mise en place d'une collaboration plus étroite entre les différents acteurs concernés et une approche plus structurée de la problématique. C'est pourquoi, l'idée d'élaborer un plan d'action pour la sécurité des enfants en Belgique, a trouvée son origine au niveau européen. Dans différents programmes de sa politique de la consommation et de la santé publique, l'Europe a mis la sécurité en tête de sa liste de priorités.

En 2001, avec le soutien de la Commission Européenne, Direction générale Sanco, l'Alliance européenne pour la Sécurité des Enfants (European Child Safety Alliance - ECSA) a vu le jour. Cette Alliance a dessiné les lignes directrices pour que les différents états membres mettent en place un « Child Safety Action Plan ».

Depuis 2004, 18 états membres ont commencé à travailler à un tel plan d'action pour l'amélioration de la sécurité des enfants dans leur pays.

Par ce moyen, ils veulent contribuer à la réduction du nombre de traumatismes chez les enfants en Europe.

En effet, et malheureusement, les chiffres démontrent que les accidents touchant des enfants méritent plus d'attention de la part de la société. Au sein de l'Union Européenne, il y a par exemple plus d'enfants de 0 à 14 ans qui meurent de traumatismes que de n'importe quelle autre maladie ou affection. Le nombre d'enfants qui meurent des suites d'un traumatisme est deux fois plus élevé que le nombre d'enfants qui meurent d'un cancer. Le problème est même encore plus inquiétant que cela. Car nous ne connaissons que le nombre d'accidents mortels signalés et enregistrés. Ces accidents mortels ne représentent que le sommet de l'iceberg.

→ Situation en Belgique

Il est, malheureusement, prêté trop peu d'attention aux informations statistiques en Belgique. Les données chiffrées concernant les accidents dans la sphère privée sont plutôt rares et souvent incomplètes. Pourtant la connaissance des caractéristiques des accidents est une condition importante pour pouvoir mener une politique de prévention en matière de sécurité et pour pouvoir garantir la sécurité des consommateurs.

Les informations actuellement disponibles sur les accidents n'offrent pas une vue complète.

L'enregistrement d'accidents se fait en Belgique par diverses organisations et de différentes manières, pour différents aspects des accidents. Le plus souvent, il s'agit de sondages qui ont lieu une seule fois ou d'initiatives de courte durée, ou alors l'enregistrement est limité à un groupe cible particulier ou à un certain type d'accident. Il y a très peu d'analyses sur plusieurs années. Les comparaisons entre différentes études sont difficiles à cause de la divergence des définitions, des catégories pour l'enregistrement et des méthodes qui sont utilisées.

Plus de 30% des morts d'enfants de 0 à 19 ans sont causées par une blessure ou un empoisonnement. Ainsi, chaque année, 400 enfants de 0 à 19 ans en moyenne en Belgique meurent suite à un traumatisme non intentionnel (accident) ou intentionnel (violence et automutilation). Trois blessures sur quatre sont non intentionnelles. Chez les enfants en dessous d'un an, la mortalité suite à des blessures est négligeable, mais le taux augmente considérablement avec l'âge, pour atteindre plus de 70% parmi les enfants de 15 à 19 ans²⁶.



Les enfants jusqu'à l'âge de 4 ans meurent surtout de submersion dans l'eau, de suffocation ou d'obstruction des voies respiratoires par des corps étrangers, tandis qu'à partir de l'âge de 5 ans ce sont les accidents de transport qui deviennent la cause principale de décès. Dans la catégorie des « accidents par submersion, suffocation et obstruction par corps étrangers », la noyade accidentelle et la submersion sont les causes principales de décès pour les enfants de 1 à 19 ans. Chez les enfants de moins d'un an, ce sont cependant l'obstruction des voies respiratoires et la suffocation causée par l'inhalation et la prise de nourriture qui viennent au premier plan.

Près de 40% des accidents dans la sphère privée touchent des enfants de 0 à 18 ans²⁷. Une enquête de Kind & Gezin en 2003 a démontré que sur une période d'un an, en moyenne 1 enfant sur 4 jusqu'à l'âge de 3 ans a besoin d'un traitement médical suite à un accident²⁸.

L'année 2005 est la première pour laquelle nous avons des indications concernant les traumatismes de la vie courante. Ces chiffres correspondent aux accidents connus ou déclarés par les parents lors du « Bilan de santé à 18 mois ». De ce fait, ils ne sont probablement pas exhaustifs mais reflètent les événements dont les parents se souviennent. Ces accidents sont uniquement ceux qui ont entraîné une consultation médicale dans le but de soigner ou d'évaluer le traumatisme.

→ Morsures par un animal

Tableau 2.12.1 :

Nombre de morsures par un animal

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Aucune	4481	99,1	5108	99,4	6227	99,3
Une	33	0,7	25	0,5	37	0,6
Deux ou plus	8	0,2	4	0,1	6	0,1
Total	4522	100,0	5137	100,0	6270	100,0
Inconnues exclues	2379	34,5	1517	22,8	1510	19,4

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

De 2005 à 2007, parmi les enfants fréquentant nos consultations, moins d'1% ont été exposés à une ou plusieurs morsures d'animal.

Néanmoins, il est important de remarquer que le taux d'inconnues est important dans notre échantillon, mais qu'il diminue d'année en année (de 34,5% à 19,4%).

→ Les chutes

Les chutes nécessitant une consultation médicale demeurent le type d'accident le plus fréquent et touchent un enfant sur dix. Chez le jeune enfant, les chutes sont généralement des chutes de hauteur (table à langer, chaise haute, lit, escalier,...).

Les principales mesures de prévention des chutes sont les suivantes : ne jamais quitter le bébé sur la table à langer, ne jamais déposer un relax ou maxi cosy en hauteur, vérifier la profondeur du lit dès 6 mois et mettre une barrière aux escaliers.

Tableau 2.12.2 :

Nombre de chutes

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Aucune	4062	87,5	4678	89,9	5715	90,2
Une	498	10,7	460	8,8	561	8,9
Deux ou plus	80	1,7	63	1,2	61	1,0
Total	4640	100,0	5201	100,0	6337	100,0
Inconnues exclues	2261	32,8	1453	21,8	1443	18,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

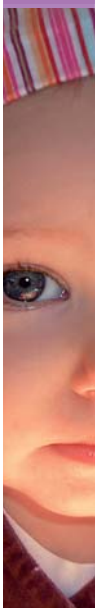
Dans notre échantillon, on remarque que 10% des enfants ont fait au moins une chute à l'âge de 18 mois.

La moitié des accidents impliquant des enfants sont des chutes. Les jeunes enfants tombent plus souvent que les enfants plus grands. Les chutes au niveau du sol suite à un faux pas ou un manque d'équilibre sont légèrement plus fréquentes que les chutes d'une hauteur, mais ces accidents le plus souvent banaux font partie du processus de développement des petits enfants lorsqu'ils apprennent à marcher et explorent leur entourage. Ce n'est pas le cas des chutes d'une hauteur.



27 EHLASS Belgium, *European Home and Leisure Accident Surveillance System*, 1999.

28 Speltinckx E., Mares L. et Buysse B., *Ongevallen met medische interventie bij baby's en peuters*, Brussel, Kind en Gezin, 2003, 253 pages.



Les enfants de 0 à 4 ans tombent plus d'une hauteur que les enfants plus grands. Cela arrive presque toujours à la maison. Les conséquences des chutes d'une hauteur sont généralement plus graves que les chutes au niveau du sol. C'est la raison pour laquelle les chutes d'une hauteur à la maison sont reprises dans la liste des priorités du « Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants »²⁹.

Les chiffres disponibles sur les accidents nous apprennent que les chutes d'enfants à la maison sont souvent dues également à l'insécurité d'articles et de meubles pour enfants, tels que lits, chaises hautes, tables à langer,... et d'éléments constitutifs de la maison tels que balcons, fenêtres, escaliers, etc. Pour rendre les produits de consommation plus sûrs pour les enfants, des actions sont requises sur le plan de la normalisation et de la législation. Mais un contrôle strict du marché est également important.

En Belgique, il n'y a aucune obligation relative à la conception de la maison pour prévenir les chutes d'une hauteur des enfants.

La norme pour les balustrades tient insuffisamment compte de la sécurité des enfants. Les éléments constitutifs de la maison, tels que les escaliers, devraient plus tenir compte du risque de chutes. La normalisation est la tâche des autorités publiques. Mais le secteur doit également être mieux informé sur les normes existantes. En outre plus de contrôle du marché est nécessaire.

Mais législation et contrôle ratent leur but si la société dans son ensemble ne les respecte pas. Ici aussi il y a du travail à faire pour sensibiliser certains groupes cibles, dont les parents.

→ Les brûlures

Tableau 2.12.3 :

Nombre de brûlures

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Aucune	4358	95,7	4992	96,7	6114	97,5
Une	188	4,1	164	3,2	152	2,4
Deux ou plus	7	0,2	7	0,1	5	0,1
Total	4553	100,0	5163	100,0	6271	100,0
Inconnues exclues	2348	34,0	1491	22,4	1509	19,4

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Dans notre échantillon, le nombre d'enfants ayant été brûlés tend à diminuer passant de 4,3% en 2005 à 2,5% en 2007. On observe en même temps une diminution du nombre d'inconnus.

Selon la Fondation Belge des Brûlures, 300 enfants sont admis dans un centre spécialisé pour le traitement de brûlures chaque année. Une étude antérieure, réalisée par le CRIOC³⁰ sur base des données de 6 hôpitaux belges pour les grands brûlés (1998-1999), a révélé que les enfants de 0 à 5 ans formaient le groupe le plus important de victimes. Plus de 60% de ces enfants se brûlent à un liquide chaud (eau chaude, soupe, café, thé,...). Dans 1 sur 5 de ces cas, les brûlures sont causées par submersion dans un bain chaud. La deuxième cause de brûlures chez les enfants de 0 à 5 ans est le contact avec un objet chaud (9,2%), par exemple un radiateur de chauffage ou un barbecue, suivi par les brûlures causées par du feu ou des flammes (8,4%). Les brûlures mortelles sont provoquées principalement par des incendies domestiques. Chaque année, près de 25.000 incendies sont enregistrés. Ceux-ci sont à l'origine de graves brûlures chez 900 personnes et entraînent la mort de 120 personnes, dont des enfants.

La prévention des brûlures mérite toute notre attention en raison de la gravité du préjudice et de l'importance des traitements pour l'enfant. Voilà pourquoi, les brûlures sont également reprises dans la liste des priorités du « Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants »³¹. Elles peuvent être évitées moyennant quelques mesures structurelles simples.

Des chiffres britanniques démontrent que l'installation de détecteurs de fumée réduit le nombre de victimes de 70%.

Dans la Région Bruxelles-Capitale, le placement de détecteurs de fumée est seulement obligatoire dans des logements loués. En Région wallonne, les détecteurs de fumée sont obligatoires dans tous les logements. Et en Région flamande, il n'y a pas d'obligation, mais seulement un décret qui a pour but d'encourager l'installation de détecteurs. Le décret n'a jusqu'à présent pas été exécuté par manque de budget.

Les jeunes enfants se brûlent principalement avec des liquides chauds, le plus souvent avec de l'eau sanitaire trop chaude. Il est prouvé que l'obligation législative de limiter la température maximale des installations de production d'eau chaude est une méthode plus efficace que la sensibilisation des parents pour les encourager à diminuer la température de leur chauffe-eau.

29 CRIOC, *Proposition pour un Plan d'Action Belge pour la Sécurité des Enfants : 2007-2017*, Bruxelles, 2007, 83 pages.

30 Renard C., *Accidents des enfants de 0 à 5 ans. Etudes sur base des données EHLASS - Belgique 1998*, Bruxelles, CRIOC, Décembre 2000, 87 pages.

31 CRIOC, op. cit.



En Belgique, il n'est actuellement pas obligatoire de limiter la température de l'eau sanitaire qui sort du boiler à une valeur maximale sans danger. En outre, la législation est l'outil le plus efficace si cet outil est associé à des actions de sensibilisation³².

→ Autres traumatismes de la vie courante

Tableau 2.12.4 :

Nombre d'autres traumatismes de la vie courante

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Aucune	3894	97,6	4583	97,6	5460	98,2
Une	93	2,3	107	2,3	92	1,7
Deux ou plus	2	0,1	7	0,1	9	0,2
Total	3989	100,0	4697	100,0	5561	100,0
Inconnues exclues	2912	42,2	1957	29,4	2219	28,5

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

On observe de l'ordre de 2% d'enfants ayant été victimes d'un autre type d'accident.

Dans les autres types de traumatismes-accidents, on retrouve notamment : noyade et submersion, suffocation, ingestion de corps étrangers, empoisonnement,...

Selon le rapport annuel 2004 du Centre Anti-Poison, près de la moitié des victimes d'empoisonnements sont des enfants de 0 à 14 ans. Le risque d'un empoisonnement accidentel est le plus élevé pour les petits enfants (30% des victimes sont des enfants de 1 à 4 ans) à cause de leur comportement explorateur : jusqu'à l'âge de 4 ans, l'enfant a tendance à mettre tout dans la bouche. Contrairement à l'ensemble des accidents privés, les victimes d'empoisonnement sont le plus souvent des filles.

Les principaux malfaiteurs sont les médicaments (37,7%), suivis par les produits ménagers (33,4%). Beaucoup d'accidents sont heureusement bénins : les quantités avalées sont souvent faibles, une ou deux gorgées de liquide ou quelques comprimés. Il y a malgré tout des produits d'usage courant dont une gorgée suffit à provoquer des problèmes graves : citons les produits caustiques (déboucheurs, ammoniaque,...) qui provoquent de graves brûlures, les produits à base de dérivés pétroliers (huile pour lampe, rénovateurs

pour meubles,...) dont quelques gouttes peuvent occasionner une pneumonie chimique, le méthanol et l'éthylène glycol, toxiques en faible quantité.

→ Score des traumatismes de la vie courante

- Le « score 0 » correspond aux enfants qui n'ont pas eu d'accident domestiques.
- Le « score 1 » correspond aux enfants qui ont eu un accident soit par morsure animale, soit par chute, soit par brûlure, soit une autre forme d'accident.
- Le « score 2 » correspond aux enfants qui ont eu deux accidents (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le « score 3 » correspond aux enfants qui ont eu trois accidents (quels qu'ils soient) à la fois.
- Le « score 4 » correspond aux enfants qui ont eu les quatre types d'accidents.

Tableau 2.12.5 :

Score des traumatismes de la vie courante

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Zéro	6058	87,8	5865	88,1	6929	89,1
Un	782	11,3	745	11,2	793	10,2
Deux	58	0,8	41	0,6	49	0,6
Trois	1	0,0	2	0,0	4	0,1
Quatre	2	0,0	1	0,0	5	0,1
Total	6901	100,0	6654	100,0	7780	100,0

BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

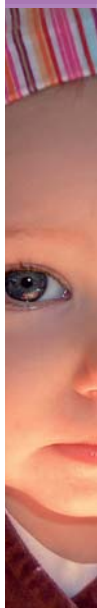
On remarque qu'un enfant sur dix fréquentant les consultations de l'ONE a eu un accident domestique (morsure, chute, brûlure ou autre) à l'âge de 18 mois. Et que presque un enfant sur cent a eu deux accidents à cet âge là.

En 1999 et 2000, Kind & Gezin a mené une enquête sur les accidents impliquant une intervention médicale sur des bébés et des petits enfants (0-3 ans)³³.



32 Mackay M., Vincenten J., Brussoni M. et Towner L., *Child Safety Good Practice Guide : Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion*, Amsterdam, European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2006, 80 pages.

33 Speltinckx E., Mares L. et Buysse B., *Ongevallen met medische interventie bij baby's en peuters*, Brussel, Kind en Gezin, 2003, 253 pages.



Elle a démontré que sur une période d'un an, 1 enfant sur 4, en moyenne, est victime d'un accident nécessitant un traitement médical. Cela signifie que, en Région flamande, près de 40.000 jeunes enfants par an ont un accident nécessitant l'intervention d'un infirmier ou d'un médecin.

Les enfants jusqu'à l'âge de 12 mois sont plus souvent que les autres groupes d'âge, victimes d'une chute (exemple de la table à langer) (44%) et encourent plus souvent des brûlures ou se retrouvent plus souvent en situation de suffocation par accident. Par contre, chez les enfants de 1 et 2 ans, il arrive beaucoup plus fréquemment qu'ils trébuchent (66,7%). Entre l'âge de 2 et 3 ans, les enfants sont plus souvent blessés en se coupant ou se heurtant, en se coinçant un membre, par un contact ou une force physique, par l'agression d'animaux, par un accident de la route ou par un objet étranger dans le nez, l'œil ou l'oreille. Apparemment, le sexe de l'enfant n'a aucune influence sur le type d'accident.

Les enfants de 0 à 3 ans se trouvent le plus souvent dans les alentours ou dans la maison au moment de l'accident (63%), et plus particulièrement dans la salle de séjour ou la cuisine. Par ailleurs, les accidents semblent également se produire, dans l'ordre décroissant suivant : dans ou autour de la maison familiale, d'amis ou de connaissances (15%), dans une zone de récréation en plein air (7,5%), dans une crèche/garderie/familles d'accueil (5,7%), sur la voie publique (4,7%), dans d'autres immeubles tels que magasins, restaurants, salles de sports, etc. (4,6%), et à l'école (4,1%).

Il arrive remarquablement peu d'accidents dans le cadre formel de l'accueil, compte tenu de l'importance du temps que les jeunes enfants passent dans de telles situations de garderie.

Les enfants se blessent le plus souvent par contact avec le sol/avec une substance de surface (32%), et en deuxième lieu par contact avec un immeuble ou une partie de celui-ci (le mur, l'escalier, la porte, l'appareil de chauffage, la baignoire,...) (23%).

Les meubles, tels que la table de salon, une armoire ou étagère, la table, un fauteuil ou une chaise et le lit, sont également régulièrement (13%) à l'origine d'une blessure chez un enfant.

Ces différentes données sur les traumatismes de la vie courante justifient bien que l'ONE ait inclus la prévention de ces accidents dans ses programmes prioritaires.

Murielle Liegeois – Direction Etudes et Stratégies
Marie-Christine Mauroy – Médecin coordonnateur



Chapitre 3

Les inégalités sociales de santé





Quel bilan pouvons-nous faire aujourd'hui des inégalités sociales en Belgique ?

Quel(s) lien(s) entre santé et situation sociale ?

Les inégalités de santé persistent et les écarts se creusent alors que notre société se fonde sur l'idée que tous les hommes naissent égaux en droit et que la pauvreté n'est pas une fatalité.

Comment agir pour combattre les inégalités sociales de santé de façon pertinente ?

Quel est le rôle de l'ONE dans la perspective de réduction de ces inégalités ?

Réduire les inégalités sociales de santé : un défi majeur

« Nous avons mis en lumière que la misère est liée à de nombreux facteurs qu'on ne peut pas dissocier les uns des autres parce qu'ils touchent l'homme dans sa globalité : à l'indivisibilité d'une situation, nous ne pouvons répondre que par la globalité des réponses ».

Joseph Wresinski¹

Inégalités et modes de vie : des écarts qui se creusent

→ Ampleur et nature du phénomène

Après la seconde guerre mondiale, notre pays comme la plupart des pays industrialisés est en pleine croissance économique et construit un système de sécurité sociale qui entend supprimer l'état de besoin et ouvrir la voie au progrès social.

Quelques années plus tard, la pauvreté semble limitée à deux catégories sociales : les personnes âgées qui n'ont pas pu profiter du progrès social et ce que l'on appellera plus tard le Quart Monde (les familles pauvres de génération en génération et celles qui sont tombées dans la grande pauvreté). Tout le monde semble penser que la misère doit pouvoir être éradiquée, du moins dans les pays industrialisés.

Pourtant aujourd'hui, on constate que la pauvreté n'a pas disparu et qu'elle a pris de nouveaux visages. Elle touche de plus en plus de jeunes adultes, des enfants et leurs parents et elle ne se limite plus aux personnes professionnellement inactives, elle concerne également des travailleurs ayant des conditions de travail précaires.

La pauvreté est une notion relative et les indicateurs qui la mesurent prennent comme base un écart par rapport aux revenus du pays considéré. Le risque de pauvreté est ainsi généralement fixé à 60% du revenu médian d'un pays (40% pour la grande pauvreté).

D'après les données de l'UNICEF en l'espace de 10 ans (de 1990 à 2000), la pauvreté des enfants de moins de 16 ans dans les pays riches a augmenté de 10% et en Belgique cette augmentation est relativement sensible². En 2004, le **risque de pauvreté**³ touchait 17% des familles ayant des enfants de 0 à 15 ans⁴ (20% en Wallonie).

Et pourtant nos systèmes de protection sociale jouent un rôle essentiel pour éviter qu'une proportion plus importante encore de la population ne tombe dans la grande pauvreté. Ainsi, avant transferts sociaux (allocations sociales), le risque de pauvreté des familles ayant des enfants de 0 à 15 ans est de 39% en Wallonie, 33% pour la Belgique et de 34% pour l'Union européenne⁵.



1 DACOS-BURGUES M.H., *Agir avec Joseph Wresinski. L'engagement républicain du fondateur du mouvement ATD Quart Monde*, Chronique Sociale, Lyon, 2008, p.186.

2 UNICEF, *La pauvreté des enfants dans les pays riches*, Bilans Innocenti N° 6, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2005.

3 Le risque de pauvreté se définit comme la part de la population tombant en dessous d'un seuil déterminé de revenu. Le seuil, a été fixé à 60% de la médiane du revenu national disponible. Un coefficient est attribué en fonction du nombre d'adultes ou d'enfant composant la famille.

4 Direction générale Statistique et Information économique, SPF Economie, in IWEPS, *Rapport sur la cohésion social en région wallonne* (volet statistique), 2007.

5 IWEPS, *Rapport sur la cohésion social en région wallonne* (volet statistique), 2007.



Graphique 3.1.1 :

Taux de pauvreté des enfants



Le tracé des taux de pauvreté des enfants au cours de la dernière décennie montre un accroissement de la pauvreté des enfants dans 17 des 24 pays de l'OCDE (voir graphique ci-contre). Seuls quatre pays présentent une réduction importante. Trois d'entre eux - l'Australie, le Royaume-Uni et les Etats-Unis - avaient entamé la dernière décennie avec des taux de pauvreté des enfants qui requéraient de vastes améliorations. Un seul des pays où le taux de pauvreté des enfants était déjà bas a amélioré ses performances, la Norvège⁶.

→ Des conditions de vie inégales

Un pauvre n'est pas un riche avec de l'argent en moins, c'est un autre homme (Jean Labbens militant proche d'ATD Quart Monde). La pauvreté économique s'accompagne de multiples formes d'exclusion par rapport au mode de vie d'une société à un moment donné.

Elle ne doit pas être perçue comme exclusivement pécuniaire, il n'existe pas un type de pauvreté mais de nombreuses formes de pauvreté et d'exclusion. D'autres facteurs entrent en ligne de compte : logement (exiguïté, insalubrité, difficulté à financer le chauffage, à recevoir des invités, etc.), privation d'emploi, non participation à certaines activités sociales qui se déroulent hors du domicile (cinéma, théâtre, concert, etc.) absence de biens de consommation (voiture, tv, ordinateur), difficultés d'accès aux soins de santé, etc.

Les facteurs de risque se cumulent et les inégalités sociales ont aussi tendance à se concentrer sur des entités territoriales c'est-à-dire qu'il existe des villes ou des quartiers dans lesquels les problèmes de logement, de manque d'accessibilité à des services et de privation d'emploi sont polarisés. Dans ces quartiers de relégation comme on les nomment en France, les difficultés d'exercer l'autorité parentale interagissent : difficultés de transmettre la loi, de dessiner un avenir, d'exprimer de l'affection⁷.

Au-delà du manque de biens matériels, le vrai visage de la pauvreté et de la précarité c'est d'abord la privation de la capacité de se faire entendre, de s'organiser pour faire valoir ses priorités et ses intérêts.

Pour les enfants, vivre dans un milieu de pauvreté ou de précarité signifie connaître l'exiguïté du logement, une alimentation peu adaptée, être confronté aux

⁶ UNICEF, op. cit

⁷ THERY I. (coord), *Couple, filiation, parenté aujourd'hui. Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, Rapport à la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et aux Gardes des Sceaux, Ministre de la Justice, Paris, Odile Jacob, La documentation française, 1998, p.75.



difficultés de la vie quotidienne de ses parents, avoir peu d'occasions de socialisation et très vite rencontrer des problèmes à l'école. Les associations qui luttent contre la pauvreté soulignent combien les difficultés que rencontrent les milieux de pauvreté et de précarité portent atteintes aux droits des enfants et notamment au droit de vivre avec ses deux parents. Droits de l'enfant, droits de l'homme et droit de la famille sont intimement liés⁸. Selon une étude de l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ) le motif le plus souvent évoqué pour la demande de prise en charge au sein des services d'accueil spécialisé de la petite enfance est la précarité⁹.

En Europe, l'augmentation du nombre d'enfants vivant dans la pauvreté est en lien avec l'accroissement du nombre d'enfants vivant dans des familles monoparentales¹⁰. D'après l'enquête annuelle sur les revenus et les conditions de vie des ménages¹¹, on constate que les risques de pauvreté touchent près de 32% de ce type de famille.

En Wallonie, ce chiffre monte jusqu'à 41% alors qu'en Flandre, il est de 24%. Sont touchés également par cette pauvreté, les enfants de familles nombreuses, les enfants dont les parents sont très jeunes et les enfants de parents immigrés ou appartenant à une minorité ethnique ou religieuse.

Monoparentalité (le plus souvent mères seules avec enfants) et pauvreté et/ou précarité sont généralement associés (le risque de pauvreté y est 3 fois plus élevé), toutefois, la précarité ne concerne pas tous les parents isolés et n'est pas attribuable spécifiquement à la monoparentalité mais au cumul de ce facteur et d'autres facteurs de marginalisation. Ainsi, les familles monoparentales avec enfants ont aussi le niveau d'emploi le plus bas dans notre pays¹² par contre la Suède dans lequel la pauvreté des enfants est peu élevée possède un taux de monoparentalité très élevé mais également un taux d'emploi féminin et des services d'accueil performants.



8 Rapport annuel 2007-2008 du Délégué général de la Communauté française aux droits de l'enfant, pp 61-65

9 OEJAJ, *Etude sur les demandes et les prises en charge dans les services d'accueil spécialisé de la petite enfance (SASPE)*, Janvier 2009.

10 IWEPS, op. cit

11 EU-SILC (European Union - Statistics on Income and Living Conditions) - SPF Economie - Direction générale Statistique et Information économique. EU-SILC constitue de loin le principal outil de cartographie de la pauvreté et de l'exclusion sociale, tant au niveau européen que pour la Belgique.

12 IWEPS, *Facteurs de précarité : photographie de la situation des femmes et des familles en Wallonie*, 2008.



Les inégalités sociales de santé

Parmi les inégalités, celles qui portent sur la santé apparaissent comme particulièrement injustes car elles tuent à large échelle et à bas bruit alors que l'évolution des connaissances scientifiques et des technologies permettraient des progrès considérables.

Ces derniers mois, de nombreux dossiers ont été consacrés aux inégalités sociales et aux inégalités sociales de santé. Citons entre autre, les travaux de la Fondation Roi Baudouin, de l'AWEPS, de l'OCDE, de l'UNICEF, des Observatoires de la santé de Bruxelles et du Hainaut, des mutuelles. Diverses revues ont dédié leur publication à ce thème (Education Santé, La santé conjugée et pour la France La santé de l'homme, etc.) tous s'accordent à reconnaître l'importance prise par l'accroissement des inégalités sociales et de santé et la nécessité de se mobiliser pour les réduire.

On constate en effet, que la position sociale mesurée à travers le niveau d'éducation, le revenus et/ou le statut socio-économique est associée à des différences :

- d'espérance de vie,
- de morbidité,
- de santé perçue,
- d'utilisation du système de santé,
- d'adoption de comportements favorables ou défavorables à la santé.

→ Naître, vivre et mourir moins égaux que d'autres

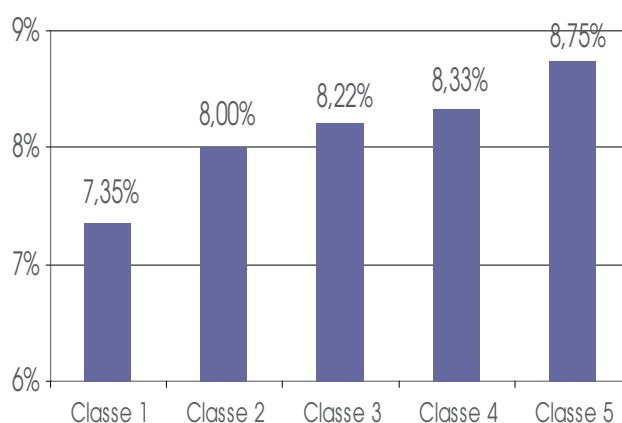
Dans la région bruxelloise entre 1998-2006, les risques de mortalité fœto-infantile (c'est-à-dire la mortalité à partir de 22 semaines de grossesse durant la première année de vie) est 2 fois plus élevé dans une famille sans revenus de travail déclaré que dans une famille à 2 revenus et le risque de décéder au cours de la première année de vie est 3 fois supérieur dans les familles sans revenus du travail¹³.

La prématurité qui est responsable de nombreuses complications est largement associée à des facteurs sociaux. Ainsi, lorsque l'on classe les communes en 5 catégories en fonction de leur niveau de pauvreté (sur base des critères de chômage, niveau d'instruction et revenu), on constate que le pourcentage de

prématurés augmente en fonction du niveau de pauvreté des communes (7,36% pour la classe 1 – les communes les plus riches – contre 8,75% pour la classe 5 – les communes les plus pauvres – en 2006-2007). Voir le graphique ci-dessous.

↳ Graphique 3.1.2 :

Taux de prématurité selon le niveau socio-économique des communes



Sources : BDMS-ONE 2006-2007, SPF Economie et SPF Affaires sociales

Cette inégalité de départ se prolonge voire s'accroît tout au long de l'existence.

Ainsi, la différence d'espérance de vie des hommes à l'âge de 25 ans (1991-1997) selon les niveaux d'instruction est de 5,5 années soit 48,1 ans pour les hommes sans diplôme et 53,6 ans pour les universitaires. Pour les femmes, la différence est de 3,5 années.

En Angleterre et en France où des études longitudinales ont été réalisées, on constate que l'écart s'accroît entre les classes sociales.

En ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 25 ans, elle est en moyenne assez semblable chez les hommes et chez les femmes (37,5 et 37,6 ans) mais les écarts entre les niveaux d'instruction sont de 17,8 années pour les hommes entre le niveau d'instruction le plus bas et le plus élevé et de 24,7 années pour les femmes¹⁴.

La santé est également perçue différemment selon l'appartenance sociale : 60,2% parmi les groupes sociaux défavorisés contre 86,5% parmi les groupes sociaux favorisés se sentent en bonne santé¹⁵.

Les problèmes de santé surviennent précocement on l'a vu à propos de la prématurité. On évoquera également la question de l'obésité dans les pages qui suivent et l'on verra que ce problème de santé majeur est corrélé avec la situation sociale des individus.

¹³ Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Baromètre social. Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008, Bruxelles, Commission communautaire commune, 2008, p. 42.

¹⁴ ROLAND M., Les inégalités sociales en matière de santé, Recherche Fondation Roi Baudouin, 2006-2007.

¹⁵ Ibidem



Quant à l'accès aux soins de santé, il est lui aussi largement associé à des variables socio-économiques. Si le suivi de la grossesse est largement entré dans les habitudes, une partie de la population des futures mères est encore peu ou mal suivie comme on le verra dans les lignes qui suivent.

Les chances de survie diminuent en fonction des classes sociales pour de nombreuses maladies (cancers, maladies cardiaques, sida,...) et les modalités de prises en charge diffèrent également. Les études réalisées sur la maladie mentale montrent que les classes socialement défavorisées sont plus rapidement prises en charge dans un hôpital ou un service psychiatrique, reçoivent plus de médicaments et bénéficient de moins de psychothérapies. Elles montrent une évolution moins favorable (rechutes, ré-hospitalisation) et présentent un risque relatif de décès pendant le traitement de 1,79 par rapport aux classes favorisées¹⁶. Mais certains diront que les comportements de santé des populations situées au bas de la hiérarchie sociale ne sont pas adaptés et les conduites à risques y sont fréquentes (tabagisme, alcool,...). Le remède miracle ne serait-il pas de responsabiliser davantage les pauvres ?

→ Le caractère systémique des inégalités

A toutes les époques la question de la responsabilité des pauvres a été posée et de tout temps, certains on voulu distinguer les bons et les mauvais pauvres, ceux qui méritaient une aide et ceux qui avaient mérité leur sort parce qu'ils manquaient de moralité, de courage, du sens de la famille ou du sens des responsabilités.

Ainsi au début du XX^{ème} siècle par exemple les mères ont été considérées comme responsables de la mortalité infantile et l'on a mis en exergue le lien entre la mortalité infantile et l'abandon de l'allaitement maternel. Il faut néanmoins constater que ce qui a été présenté comme une forme d'insouciance féminine était très directement lié aux conditions de vie des familles.

Aujourd'hui encore, certaines théories attribuent les problèmes de santé et de pauvreté à des facteurs individuels. Cette façon de percevoir la pauvreté et la précarité est très présente dans ce que l'on peut nommer la psychologisation des phénomènes sociaux ou médicaux. Selon cette interprétation des choses, les personnes faibles sur le plan psychologique vont avoir une trajectoire descendante et se retrouver au bas de l'échelle sociale.

Ce sont aussi les personnes les plus faibles sur le plan psychologique qui sont victimes de la publicité ou qui adoptent des comportements à risques.

Le problème est complexe et il ne s'agit pas de privilégier une approche individuelle au détriment d'une approche sociale ou l'inverse mais de montrer les articulations entre l'une et l'autre afin de dégager des programmes de prévention de la santé plus efficaces.

Dans les pays industrialisés où les principales causes de mortalité sont aujourd'hui attribuées aux maladies chroniques, les solutions préconisées sont de trois ordres : une alimentation saine, un arrêt tabagique et l'exercice physique. Pourtant, la connaissance des déterminants de la santé nuance la part de responsabilité individuelle et collective. Ainsi, si les personnes appartenant aux couches sociales supérieures sont en meilleure santé que celles se trouvant au bas de l'échelle sociale ni le tabac, ni le cholestérol n'expliquent les différences observées entre les groupes sociaux¹⁷.

Parmi les chercheurs qui ont tenté d'analyser les causalités et pas seulement l'occurrence entre deux phénomènes, un large consensus s'établit pour affirmer que les inégalités interfèrent entre elles et les inégalités sociales de santé influencent les inégalités face à l'emploi et à l'éducation. Il se forme ainsi un processus cumulatif au terme duquel les privilèges se concentrent à un pôle de la hiérarchie sociale alors que l'autre pôle accumule les handicaps¹⁸.

L'influence de la position sociale intervient de multiples façons dans les trajectoires individuelles. Ainsi, en matière d'alimentation le niveau de revenu est corrélé à divers aspects de l'alimentation et en particulier à la diversité des produits consommés. Plus les revenus de la famille sont élevés, plus elle aura recours à une gamme de produits alimentaires variés et inversement pour les familles à faibles revenus. Et quand le niveau de revenu est en baisse dans ces familles, la réduction touche d'emblée les produits alimentaires de base.

Le niveau d'instruction influence également l'attention portée au corps et à la prévention des risques. Sur base d'études à large échelle, on constate que les différences de tabagisme entre les classes sociales expliquent plus de la moitié de la différence de mortalité qui existe entre elles dans les pays occidentaux. En Belgique, la dernière enquête de santé menée par l'Institut scientifique de santé publique (ISSP) montre que 53,6% des personnes dont la scolarité se limite à l'école primaire fument, 41,5% pour le secondaire supérieur, 36,3% pour le secondaire supérieur et 24% pour les études supérieures.

Au plus le niveau de scolarité est élevé, au plus la prévalence et la dépendance sont élevées. Pour cette dernière, le ratio est de 1 à 3¹⁹.



16 Ibidem

17 MORIN R., « Promotion de la santé : analyse comparative France-Québec » in La santé de l'homme, N° 391, 2008.

18 BIHR A. et PFEFFERKORN R., *Le système des inégalités*, Paris, Editions La Découverte, 2008.

19 « La Belgique championne des inégalités sociales en matière de tabagisme » in *Education Santé*, Février 2008.



Ainsi, les jeunes des classes sociales privilégiées font aussi l'expérience du tabac et de l'alcool mais présentent un risque moindre de dépendance que les jeunes de milieu moins favorisé.

Comment expliquer ces différences ? Plusieurs pistes ont été mises en évidence : le tabac est plus fréquent dans les groupes sociaux où il est considéré comme une norme de comportement. Les jeunes de milieux ouvriers sont exposés plus tôt au tabagisme de leurs parents et de leurs pairs (on fume plus dans les écoles professionnelles). Le tabagisme jouerait un rôle symbolique pour des jeunes en recherche d'identité. Il correspondrait à une image de maturité et de prise de risque mesuré. Il jouerait aussi un rôle de compensation du stress. Enfin les milieux défavorisés estimerait leur chance de réussir l'arrêt tabagique moindre que les milieux plus favorisés.

L'influence du niveau socio-économique et de l'instruction sur les comportements favorables ou défavorables à la santé ne signifie pas que les populations défavorisées sont ignorantes et qu'il suffirait de les informer. Les comportements adoptés par les plus pauvres ne doivent pas seulement être analysés en termes de manque de savoir, d'argent, de santé, etc. Ils relèvent aussi de l'adoption d'autres logiques que celles qui sont adoptées par les populations situées à un niveau social plus élevé.

Ainsi, les cultures du corps procèdent aussi de l'intériorisation par les agents de leurs conditions de travail et d'existence, et celui (ou celle) dont la valeur sociale dépend de l'endurance à l'effort aura tendance à compenser ce dernier par des excès alimentaires alors que celui dont la prestance corporelle marque l'autorité sera plus attentif à ses apparences corporelles²⁰.

On a longtemps pensé que les jeunes adolescentes enceintes manquaient d'information sur la contraception et qu'il suffisait de les informer pour réduire le phénomène. Une analyse plus fine montre que pour certaines d'entre elles et notamment dans les classes populaires, la maternité représente un moyen de valorisation.

La capacité de maîtriser sa vie et l'estime de soi jouent un rôle majeur dans l'adoption des comportements de santé et en particulier dans la prévention de la santé. D'où l'importance de plus en plus accordée dans les programmes de promotion de la santé à la mise en confiance et à l'estime de soi.

→ Le gradient social des inégalités de santé

Les inégalités de santé ne touchent pas seulement les populations en situation de pauvreté et de précarité. Il existe des différences de santé entre tous les groupes sociaux. On utilise à ce propos la notion de gradient social des inégalités de santé pour signifier que ces inégalités suivent une distribution socialement stratifiée et qu'il existe une corrélation entre l'état de santé d'un individu et les indicateurs de position sociale tels que le niveau d'instruction, de revenus, la profession, ... On trouvera d'autres exemples dans le chapitre qui suit.

Bien qu'il n'existe pas de définition de cette notion de gradient, par similitude avec la définition des inégalités sociales de santé, on peut écrire que des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé sont observées entre les groupes sociaux²¹.

Il existe également un gradient de la santé sociale entre les différentes régions du pays et entre les zones géographiques classées en fonction de critères socio-économiques : revenus, chômage, niveau d'instruction de la population. C'est le cas de la prématurité. On a vu que la proportion de prématurés était significativement liée au niveau de richesse des communes.

Si l'existence d'un gradient social de la santé était connue de longue date, son utilisation comme objet de recherche et comme composante d'une stratégie dans la politique de la santé est relativement récente.

Ainsi, on a pu constater que les campagnes d'éducation à la santé fondées sur l'information écrites et les conseils prodigués par les spécialistes sensibilisent davantage les populations les plus scolarisées et contribuent de ce fait à creuser plus encore les différences sociales²². De même l'on constate que l'école reproduit les inégalités sociales et les traduit en inégalités scolaires. Dès l'entrée à la maternelle, les enfants pauvres éprouvent des difficultés à se familiariser et à s'accrocher à l'école dans laquelle ils doivent faire face à un langage et à des consignes qu'ils ne comprennent pas. Très vite, ils prendront du retard et celui-ci s'accroîtra au fil du temps et ils quitteront l'école sans diplôme²³.

D'un point de vue de santé publique, il est important de réduire les inégalités de santé qui traversent toutes la société et de mettre en œuvre des politiques de discriminations positives impliquant plus largement la participation des populations les plus précarisées.

20 BIHR A. et PFEFFERKORN R., *Le système des inégalités*, Paris, Editions La Découverte, 2008, p.72.

21 MOQUET M.J., « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples » in *La santé de l'homme*, Comment réduire les inégalités sociales de santé ?, N° 397, Septembre - Octobre 2008, p.17.

22 Avec le parrainage de la coopérative CERA, nous allons réaliser des outils à destination des populations maîtrisant peu le français écrit (analphabètes fonctionnels, primo arrivants) avec une participation active de ces personnes dans l'élaboration de ces documents.

23 VISEE D. et BRUYNDONCK G., « Echec scolaire des enfants vivant la grande pauvreté » www.atd-quartmonde.be



Réduire les inégalités de santé

C'est en partant de ces différents constats et de l'échec relatif des politiques de prévention de la santé que le concept de promotion de la santé a émergé dans les années 80. La caractéristique principale de cette démarche consiste à associer la prévention de la santé à un ensemble de stratégies et en particulier l'action sur les déterminants de la santé et la création d'environnements favorables à la santé.

→ Lutter contre la pauvreté

Une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé doit s'articuler sur une politique de lutte contre les inégalités de revenus, de logement, d'emploi, d'éducation,... Seules des politiques transversales coordonnées peuvent agir efficacement contre la pauvreté.

Notre système de protection sociale permet de réduire la grande pauvreté comme on l'a vu en observant les différences de risques de pauvreté avant et après transferts sociaux. On constate néanmoins l'influence tout au long de l'existence des inégalités vécues durant l'enfance et les difficultés que rencontrent les politiques de formation, d'emploi, d'éducation à la santé de compenser ces inégalités. Certains économistes et notamment Gosta Esping-Andersen²⁴ qui a axé ses travaux sur les inégalités sociales, proposent de recentrer les efforts des politiques publiques sur l'enfance et en particulier sur l'éducation dès le plus jeune âge car c'est là que tout se joue. Cet effort supposerait également le développement du travail féminin soutenu par une politique de services aux familles. De ce point de vue, l'action de l'ONE occupe une place centrale.

→ Créer des environnements favorables

La démarche de promotion de la santé souligne l'importance de créer des environnements favorables. Seules des initiatives qui prennent en considération les modes de vie des populations pauvres ou précarisées et leur manière d'appréhender le réel en les associant aux différentes étapes des démarches de promotion de la santé aboutissent à des résultats significatifs.

La consultation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité constitue une expertise précieuse pour élaborer un projet de promotion de la santé qui puisse faire sens pour ces personnes²⁵.

Créer des environnements favorables à la santé c'est aussi créer des communautés solidaires dans lesquelles les participants s'apportent mutuellement appui et élaborent des revendications communes répondant à leurs besoins de santé prioritaires²⁶. Le travail en réseau, la participation des citoyens sont indispensables pour assurer le succès de ces actions de développement social qui s'organisent dans les quartiers.



24 ESPING-ANDERSEN G., *Trois leçons sur l'Etat - providence*, Paris, Seuil, 2008.

25 Centre liégeois de promotion de la santé, *Promotion de la santé Participation et publics défavorisés*, 2008, p57.

26 FONTAINE P., DELVILLE J., DIJON X., MERCIER M., TONGLET R. et VAN DER LINDEN B., *La connaissance des pauvres*, Les Editions Travailler le Social, Louvain La Neuve, 1996.



L'implication de l'ONE dans la réduction des inégalités

C'est à travers ses deux secteurs complémentaires de l'accompagnement et de l'accueil que l'action de l'ONE peut constituer un levier dans la lutte contre les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé. Cette action se mène à deux niveaux : une lutte pour la réduction des inégalités à travers une offre de services universels et des actions de discriminations positives à l'égard des populations les plus défavorisées.

→ Un accueil de qualité accessible à tous les enfants

D'une manière générale, rendre les milieux d'accueil de qualité accessibles à toutes les familles, c'est participer à la lutte contre les inégalités sociales en favorisant la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale. La pénurie de places pèse encore davantage sur les familles précaires qui n'ont pas accès à un emploi stable.

Et pourtant, la fréquentation d'un milieu d'accueil de qualité constitue une expérience positive pour les enfants et pour un enfant d'un milieu social peu favorisé, elle peut avoir une influence positive sur son intégration scolaire. D'où la revendication portée par les auteurs du rapport « Abolir la pauvreté » de ne pas limiter l'accès de l'accueil aux seuls enfants dont les parents travaillent mais de l'envisager comme un droit de l'enfant, de défendre une conception des politiques d'accueil comme soutien aux familles et pas seulement à l'emploi. A côté de leur fonction de garde et d'éducation des enfants dont les parents sont professionnellement actifs, les milieux d'accueil peuvent également remplir un rôle de cohésion et d'intégration sociale. Dans notre pays cette fonction doit encore être développée comme le soulignait déjà en 1999 l'étude thématique de l'OCDE.

Le développement de la fonction sociale de l'accueil pourrait avoir des conséquences favorables dans la lutte contre les inégalités à l'école qui constitue un enjeu majeur dans la lutte contre la pauvreté. Mais la pénurie de places contribue à retarder le développement de cette fonction. Des avancées en la matière sont néanmoins inscrites dans le contrat de gestion 2008-2012 qui prévoit de soutenir des projets de haltes accueil à vocation sociale.

→ Une approche de la santé globale et des actions citoyennes

Dès son origine l'ONE a voulu mettre en œuvre une politique de prévention de la santé accessible à tous et en particulier aux populations les plus vulnérables. Conscient de la persistance des inégalités sociales de santé, l'Office a voulu maintenir et amplifier son action de proximité sociale complémentarément à sa fonction d'acteur de première ligne en matière de prévention de la santé. Dans le cadre de la réforme des consultations pour enfants (2004), à travers les projets santé-parentalité qui sont réalisés par les équipes de consultations réunissant médecins, Travailleur Médico-Sociaux (TMS) et bénévoles, de nombreuses initiatives se développent telles que les coins lecture, les lieux de rencontre enfants et parents, les groupes de parole,... qui jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'isolement familial et le soutien à la parentalité.

Il faut souligner que le public qui fréquente les consultations tout en étant un public hétérogène draine une population plus vulnérable sur le plan social comme cela est largement souligné tout au long de ce dossier. Pour ce public la gratuité des services apparaît comme un facteur essentiel mais non suffisant (et pas toujours connu du public). L'accompagnement des familles s'inscrit dans une démarche de bientraitance et de soutien à la parentalité dans laquelle le professionnel n'est pas celui qui sait et vient expliquer à la famille ce qu'il convient de faire. Le point de vue adopté, se base sur la conviction que dans des conditions propices tout adulte possède des compétences qui peuvent devenir des moteurs de changement.

A la croisée de différents champs d'interventions ; la santé mais aussi l'accueil, l'insertion sociale, des initiatives pluridisciplinaires se développent dans des quartiers défavorisés. Ces actions innovantes contribuent à lutter contre la pauvreté, la précarité et les multiples formes de vulnérabilités, et à accroître la maîtrise des populations sur leur santé et sur leur environnement. Elles sont parfois qualifiées d'initiatives citoyennes car elles visent à émanciper les personnes, à leur permettre de reconstruire leur estime de soi et des autres, de se réinscrire dans la cité, de se réapproprier leur projet de vie et de santé. L'ONE y est largement présent aux côtés du monde associatif et des pouvoirs locaux, à travers ses consultations et en soutien aux équipes de milieux d'accueil.



Le contrat de gestion 2008-2012 qui prévoit notamment un redéploiement des consultations prénatales, un renforcement du staff de TMS, le subventionnement de lieux de rencontre enfants-parents favorise le développement de telles initiatives.

Par ailleurs, le Fonds Houtman et le Conseil Scientifique de l'ONE font du thème pauvreté-participation, un thème prioritaire pour 2009-2010. Ces travaux associeront les personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion en tant qu'acteurs des recherches.

Myriam Sommer – Direction Etudes et Stratégies





Profil des mères nouvellement accouchées

A la demande du Conseil Scientifique de l'ONE, deux recherches « périnatalité » ont été menées en complémentarité :

le « Profil des mères nouvellement accouchées et parcours de suivis de la grossesse, de la maternité et de la période postnatale » (Docteur ALEXANDER ESP-ULB) et l' « Expérimentation de dispositifs de soutien et d'accompagnement du suivi des femmes enceintes dans les Consultations prénatales de l'ONE » (Professeur FOIDART ULg).

Vous trouverez ci-dessous les résultats de la recherche sur le profil des mères, appelée plus communément « Projet AGNES ».

Acronyme d'AGNES = Accompagnement de la Grossesse, de la Naissance et du prénatal : quels Enjeux et quelles Solutions ?

Introduction

L'ONE assure les soins prénatals à plus d'un quart des femmes enceintes en Communauté française Wallonie-Bruxelles (CFWB). Bien que l'ONE soit un service universel, ses consultations prénatales (CPN) ont de tout temps drainé une patientèle plus défavorisée. Ceci s'explique par les lieux d'implantation des CPN, par la gratuité du service, et sans doute par d'autres facteurs.

Toutefois, des changements rapides s'opèrent actuellement. Les agents de terrain, TMS, sages-femmes et gynécos, signalent une croissance importante du nombre de femmes en difficulté ; séjour illégal, absence de couverture sociale, perte de réseau etc. Dans ce contexte, l'ONE a subventionné deux programmes de recherche complémentaires, l'un centré sur les prestataires de service¹, l'autre sur les femmes nouvellement accouchées : le projet AGNES. La porte d'entrée choisie a été d'étudier la manière dont les femmes utilisaient les services de consultation prénatale et les actes techniques associés : laboratoire et échographie. L'intérêt porté à cette problématique a également été largement motivé par une enquête de l'IMA qui montrait des taux de 1 et 2% de femmes sans aucun suivi de grossesse, respectivement en Wallonie et à Bruxelles².

→ Objectifs du projet

- Identification des indicateurs de vulnérabilité psychosociale liés à la mauvaise utilisation des services.
- Compréhension du phénomène « grossesse non suivie ou mal suivie » en Communauté française Wallonie-Bruxelles (CFWB) en 2007.
- Evaluation des difficultés de repérage par les prestataires de soins des femmes présentant des difficultés ou des réticences à utiliser adéquatement les services de santé.
- (Proposition d'interventions visant à améliorer l'accessibilité et l'utilisation de la consultation prénatale et des services qui en découlent).

Seuls les quatre premiers ont été réalisés à ce jour.

1 Projet « Dispositif de Suivi », APES - APALEM, ULg

2 Voir site : <http://www.nicima.be/library/documents/quality%20projects/PZ%20FR%20rapport%202002%20suivi%20prénatal.pdf>



Méthodologie - Population

→ Maternités

Toutes les maternités de la CFWB (n=53) ont accepté d'enregistrer pendant six mois toutes les femmes non suivies. Trois maternités (Citadelle à Liège, Saint-Pierre et Saint-Jean à Bruxelles) ont également recueilli des témoins de deux catégories : suivis satisfaisant et suboptimal. Les 50 autres maternités recueillant uniquement les grossesses non suivies.

→ Mères et enquêtrices

L'enquête s'est faite auprès des femmes nouvellement accouchées. Les entretiens ont été réalisés par une sage-femme du service ou par une infirmière de recherche.

Pour les femmes non-suivies, tous les cas ont été enregistrés. Pour les suivis « satisfaisant » ou « sub-optimal », uniquement dans trois maternités, tous les accouchements portant un numéro multiple de 10 ont été enregistrés. Après 4 mois, cette méthode ayant entraîné un nombre trop faible de suivi « suboptimal », l'enregistrement des suivis satisfaisants a été arrêté, et tous les cas de suivi « suboptimal » ont été enregistrés un jour sur deux.

→ Mères et exclusions

Le questionnaire comportait une partie d'interview en face à face avec la patiente. Il a été décidé que cette entrevue n'était pas souhaitable dans les circonstances suivantes : bébé décédé à la naissance, état de santé critique de la mère et/ou du bébé (soins intensifs, etc.), déficience mentale de la mère. Par ailleurs toutes les femmes devaient donner leur accord de participation. Les questionnaires sont arrivés à l'unité de recherche totalement anonymisés.

→ Définition de la qualité du suivi de grossesse

Un groupe d'experts s'est accordé sur une définition uniforme et opérationnelle des différents concepts abordés dans cette recherche.

1. Définition d'une consultation prénatale (CPN) : une consultation chez une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste, dans laquelle des actes sont posés ou des prescriptions sont faites avec comme objet le suivi de grossesse. Ceci exclut donc un simple diagnostic sans actes associés.

2. Définition d'un « suivi satisfaisant » répond aux 5 critères suivants :

- 1ère CPN avant 16 semaines
- Au moins 6 CPN planifiées
- Au moins 1 prise de sang et 2 échographies réalisées
- Pas de période de plus de 8 semaines sans CPN
- Pas plus de deux changements de filière de soins, à l'exclusion de ceux qui sont motivés par des circonstances extérieures telles que : voyage, immigration, déménagement, obligation des CPAS etc...

3. Définition de « pas de suivi CPN » :

- aucune CPN durant la grossesse
- ou uniquement la consultation pour poser/confirmer le diagnostic de la grossesse
- ou 1ère consultation prénatale à partir de 36 semaines.

4. Définition d'un « suivi suboptimal »

- Par extension des deux définitions précédentes, toutes les femmes qui n'appartiennent ni au groupe « suivi satisfaisant » ni au groupe « pas de suivi ».





Résultats

En six mois, 230 cas ont été inclus, dont 189 avec participation de la mère à l'enquête. La ventilation des questionnaires par province est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 3.2.1 :

Distribution des questionnaires complétés par province

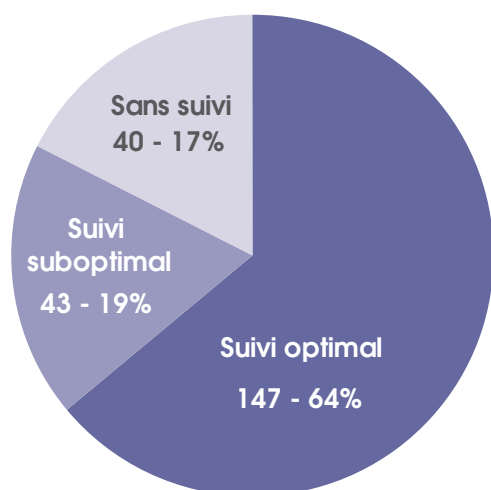
Régions	Nombre de maternités	Questionnaires complétés
Bruxelles	3	134
Brabant Wallon	1	1
Hainaut	5	8
Liège	5	86
Luxembourg	0	0
Namur	1	1
TOTAL	15/53	230

Seules les provinces de Bruxelles et Liège comportaient des maternités qui recrutait des femmes appartenant aux trois types de suivi. Dans les autres provinces, seules les femmes non suivies étaient recrutées, ce qui explique la disparité de la distribution.

Parmi ces 230 cas, les différents types de suivi (non suivies, suivi suboptimal et suivi satisfaisant) se ventilent de la manière suivante.

Graphique 3.2.1 :

Proportions des différentes qualités de suivi parmi l'ensemble des femmes nouvellement accouchées (n=230)



→ Caractéristiques des mères

(Uniquement les 189 femmes qui ont répondu à la partie II du questionnaire)

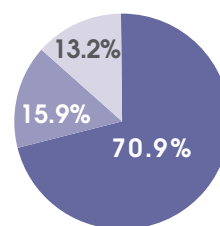
Plusieurs caractéristiques socio-démographiques des femmes étaient significativement associées au statut « non suivies » ou « suivi suboptimal ». Il s'agit du jeune âge, des allochtones, de la langue maternelle autre que le français ou le flamand, de l'absence de compagnon, de l'absence de papiers et d'un faible niveau d'instruction.

La figure suivante illustre la relation statistiquement significative entre niveau d'études et qualité du suivi.

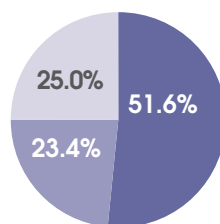
Graphique 3.2.2 :

Types de suivi prénatal en fonction du niveau d'études de la mère (uniquement les mères ayant répondu à la partie II du questionnaire)

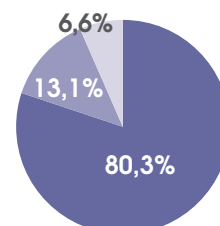
Qualité du suivi dans l'échantillon (n=189)



Aucune études, Primaires ou Secondaires inférieures (n=64)



Secondaires supérieures ou études supérieures (n=122)



■ Suivi optimal
■ Suivi suboptimal
■ Sans suivi



Reflétant sans doute les sites d'échantillonnage dans des hôpitaux servant une population vulnérable, environ un tiers des mères a un niveau d'étude primaire ou secondaire inférieur. Parmi ces femmes n'ayant pas bénéficié d'une instruction de 12 années (l'obligation légale en Belgique), la moitié a eu un suivi absent ou suboptimal (une fois et demi l'attendu).

Pour les antécédents gynéco-obstétriques, il n'y avait pas d'associations significatives entre la qualité du suivi et le nombre de fausses couches antérieures ou la parité. On observait par contre une association significative entre la qualité du suivi et le fait d'avoir eu précédemment au moins un IVG.

Pour les déterminants liés à la grossesse, il n'y avait pas d'associations significatives entre la qualité du suivi et la perception de signes annonciateurs de la grossesse. Une association significative était observée entre la qualité du suivi et le soutien du conjoint durant la grossesse, le fait d'avoir un médecin généraliste traitant.

En ce qui concerne le devenir obstétrical, les femmes non suivies avaient significativement moins de césarienne et plus de prématurés.

→ Trajets de vie des femmes non suivies

Pour 53 maternités et environ 31 000 accouchements, 40 cas de femmes sans suivi de grossesse ont été identifiés. Parmi ces femmes, il y avait 4 décès périnataux et 12 femmes qui n'ont pas souhaité répondre. Parmi les 24 femmes restantes, 6 ont déclaré ne pas savoir qu'elles étaient enceintes et 4 ont déclaré ne pas savoir qu'il était prévu/normal de faire suivre sa grossesse.

Parmi les 14 femmes conscientes de leur grossesse et qui savaient qu'il était recommandé de faire suivre sa grossesse, 3 déclarent avoir délibérément choisi de ne pas faire suivre leur grossesse, soit parce que la consultation prénatale « ne sert à rien », soit parce que « elle ne correspond pas à mes besoins personnels », soit les deux.

Il reste donc 11 femmes sur 24 qui expriment qu'elles savaient qu'elles étaient enceintes et qu'elles auraient aimé se faire suivre. Les barrières qu'elles ont identifiées (non mutuellement exclusives) sont personnelles, liées au soignants ou totalement extérieures. Leur vie personnelle était considérée comme « trop compliquée » dans 6 réponses. Dans 3 réponses elles expriment la crainte de pressions de la part des soignants dont 2 d'être contrainte à une IVG.

En dehors de ces barrières, on retrouve 6 fois des barrières liées au système : incapacité à y entrer (2), peur d'être dénoncée aux services d'immigration (2), peur que les services sociaux ne retirent le bébé (2).

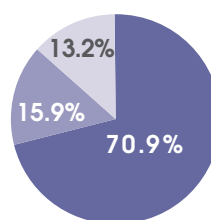
→ Caractéristiques des enfants à la naissance

La prématurité et le faible poids à la naissance sont significativement associés à la qualité du suivi de même que les résultats au test d'Apgar.

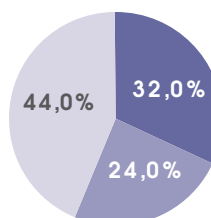
↳ Graphique 3.2.3 :

Types de suivi prénatal en fonction du poids de naissance

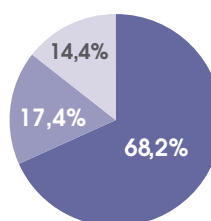
Qualité du suivi dans l'échantillon (n=189)



Poids naissance < 2500 g (n=25)



Poids naissance 2500-4499g (n=201)



■ Suivi optimal
■ Suivi suboptimal
■ Sans suivi

En ce qui concerne les petits poids, on note que dans 4 cas sur 10, la grossesse n'a pas été suivie (plus de 3 fois l'attendu).

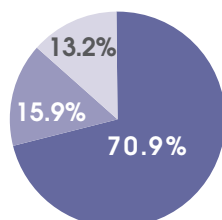




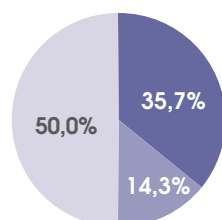
➤ Graphique 3.2.4 :

Types de suivi prénatal en fonction de la prématurité

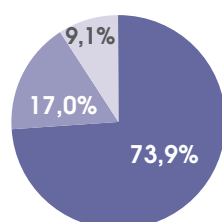
Qualité du suivi dans l'échantillon
(n=189)



Qualité du suivi <37 semaines
(n=28)



Qualité du suivi 37-40 semaines
(n=165)



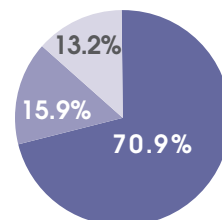
■ Suivi optimal
■ Suivi suboptimal
■ Sans suivi

Parmi les naissances prématurées, on observe qu'une femme sur deux n'a pas fait suivre sa grossesse (près de 4 fois plus que l'attendu) et parmi les naissances tardives, on note que 4 femmes sur 10 ont eu un suivi prénatal suboptimal (2,5 fois l'attendu).

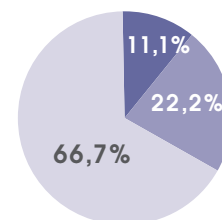
➤ Graphique 3.2.5 :

Types de suivi prénatal en fonction du test d'Apgar

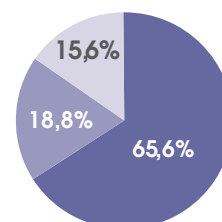
Qualité du suivi dans l'échantillon
(n=189)



Apgar à 5 min. <6
(n=9)



Apgar à 5 min. >6
(n=218)



■ Suivi optimal
■ Suivi suboptimal
■ Sans suivi

En ce qui concerne le test d'Apgar réalisé à 5 minutes, et malgré la faible taille du groupe d'asphyxiés (apgar <6), on peut s'inquiéter d'observer que 2/3 d'entre eux sont nés de grossesse non suivie (5 fois l'attendu).



Discussion

Les barrières à l'utilisation des services de consultation prénatale subsistent, alors même que les structures de l'ONE ont été mises en place avec comme objectif une accessibilité maximale, notamment en pensant éliminer les barrières financières et de distance.

La priorité pourrait être une action de visibilité de la consultation prénatale, associée à des messages simples et clairs.

Il faut faire suivre sa grossesse
Il faut consulter dès le retard de règles
Vous aurez 3 échographies et 6 à 10 consultations

Ces messages pourraient être véhiculés par des médias à haute diffusion : grandes affiches ou télévision.

Un autre incitant possible est l'allocation de grossesse, mais son impact serait sans doute limité car il ne serait pas distribué aux personnes en séjour illégal, qui sont parmi les plus à risque de suivi suboptimal.

Il faudrait véhiculer mieux des messages de base, tels que savoir que ce n'est pas dangereux de faire suivre sa grossesse, que les soignants et les TMS seront à l'écoute et, respectueux de la femme dans son intégralité. En outre, les informations échangées au cours de ces consultations sont couvertes par le secret professionnel.

Ceci implique des formations efficaces des professionnels de santé pour apprendre à exprimer avec sensibilité certaines questions qui peuvent être perçues comme sensibles (dépistage de la trisomie, conseil génétique, la possibilité d'IVG pour les grossesses non désirées et/ou non prévues,...).

En résumé, il faut promouvoir des consultations sans hâte et une bonne connaissance des cultures par les soignants.

→ Recherche ultérieure en interface avec la recherche APES-APALEM : vers un référentiel TMS & soignants

Le projet de recherche AGNES apporte autant de réponses qu'il suscite de questions : parcours des femmes qui ont utilisé des filières parallèles hors attestations de soins INAMI, satisfaction des femmes qui ont utilisé ces filières, pérennisation de la collecte des suivis absents ou insuffisants, monitoring de l'amélioration ?

Le point suivant sera de rédiger un référentiel d'accueil cohérent et utile aussi bien à Charleroi qu'à Bruxelles et pour tous les professionnels. Ceci pourra se baser sur les deux recherches réalisées. L'objectif final sera d'assurer une utilisation des services offerts de manière efficace pour les prestataires de services et satisfaisante pour les mères.

Sophie Alexander,
Nathalie Moreau,
Wei-Hong Zhang
Ecole de Santé Publique ULB





Les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois

Cette section relative à l'allaitement maternel est basée sur des travaux de Florence Noirhomme-Renard, Maria-Isabel Farfan-Portet et Joëlle Berrewaerts, « Soutenir l'allaitement maternel Dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? », Série de dossiers techniques CFB, 06-41, 30p. UCL-RESO, Bruxelles, juillet 2006, disponible à l'adresse : <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos41.pdf>

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les premiers mois de la vie. L'assemblée générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire au delà en fonction du souhait des mères (OMS, 2001)¹.

La promotion de l'allaitement maternel est un des objectifs spécifiques du Plan National de Nutrition - Santé (PNNS) en Belgique pour l'enfant. Les recherches scientifiques prouvent l'indéniable supériorité de l'allaitement maternel. Malgré l'amélioration de la qualité des « laits » infantiles, la composition nutritionnelle et l'apport en substances biologiques du lait maternel ne peuvent être reproduits. Aucun autre lait que le lait d'une mère ne peut s'adapter de façon permanente aux besoins du nourrisson en croissance. L'effet bénéfique pour la santé du nourrisson, largement reconnu dans les pays où les conditions économiques et d'hygiène demeurent précaires, est également prouvé dans les pays industrialisés.

De nombreux travaux montrent également que les effets bénéfiques de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant sont souvent liés à sa durée et à son exclusivité².

Mais également que les femmes qui allaitent dans les pays développés sont plus volontiers issues de milieux socio-culturels plus favorisés et sont plus à l'écoute des recommandations de santé.

→ Les facteurs de risque

De nombreuses enquêtes ont montré que les bénéfices de l'allaitement exclusif sont souvent associés à différents facteurs. Les mères **plus âgées** (Blyth 2004³, Kronborg 2004⁴, Branger 1998⁵, Scott 2006⁶), **mariées** (Peters 2005)⁷, **primipares**, d'un **niveau de scolarité supérieur** (Blyth 2004, Kronborg 2004) et **socio-économiquement plus favorisées** (Kronborg 2004) allaitent plus et plus longtemps. Les femmes **plus jeunes** (Blyth 2004, Dennis 2002⁸), **seules** (Blyth 2004), de **plus faible statut socio-économique** ou **récemment immigrées** (Blyth 2004, Dennis 2002) allaitent moins et moins longtemps.

Les arrêts précoces sont fréquents pour des raisons multiples, notamment pour des raisons de manque d'informations, de soutien, de reprise du travail, ... La prévalence de l'allaitement est très inégale à travers les couches socio-professionnelles, les plus défavorisées présentant les taux les plus faibles.

Les données de la BDMS qui suivent vont ainsi nous montrer certains aspects de ces facteurs.

1 Organisation mondiale de la santé (OMS), 54ème Assemblée mondiale de la Santé : La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, 18 mai 2001, WHA 54.2.

2 LEON-CAVA N., LUTTER C., ROSS J. et MARTIN M.L., *Quantifying the Benefits of Breastfeeding : A Summary of the Evidence*, Washington (DC), Pan American Health Organization, 2002, 168 pages ; KRAMER M.S. et KAKUMA R., « Optimal duration of exclusive breastfeeding » in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 1, art. no CD003517 - DOI : 10.1002/14651858.

3 BLYTH R.J. et al., « Breastfeeding duration in an Australian population : the influence of modifiable antenatal factors » in *J Hum Lact*, 2004, 20 (1) : 30-38.

4 KRONBORG H. et VAETH M., « The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding » in *Scand J Public Health*, 2004, 32 : 210-16.

5 BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G. et al., « Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes » dans *Archives de Pédiatrie*, 1998, 5 : 489-96.

6 SCOTT J.A., BINNS C.W., ODDY W.H. et GRAHAM K.I., « Predictors of breastfeeding duration : evidence from a cohort study » in *Pediatrics*, April 2006, Vol. 117, Number 4, pp 646-655.

7 PETERS E., WEHKAMP K.H., FELBERBAUM R.E. et al., « Breastfeeding duration is determined by only a few factors » in *European Journal of Public Health*, 2005.

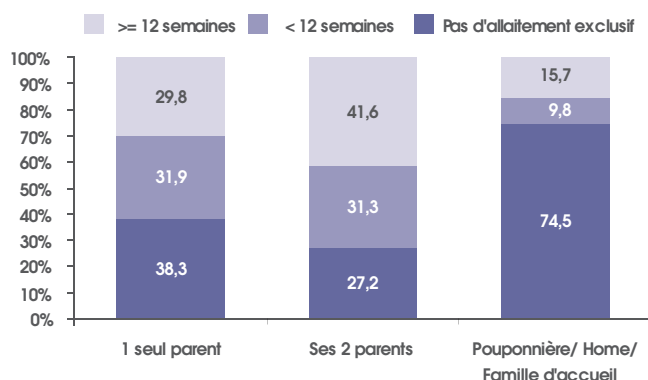
8 DENNIS C.-L., HODNETT E., GALLOP R. et CHALMERS B., « The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women : a randomized controlled trial » in *Canadian Medical Association Journal*, 2002, 166 (1), 21-28.



La situation socio-familiale

Graphique 3.3.1 :

L'allaitement maternel exclusif en fonction de la situation socio-familiale en 2006-2007



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut observer qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la situation socio-familiale et l'allaitement maternel exclusif. Les enfants qui vivent en pouponnière / home / famille d'accueil ne sont en général pas allaités exclusivement (74,5%) par rapport aux enfants habitant avec un seul (38,3%) ou ses deux parents (27,2%).

On remarque également que les enfants qui vivent avec leurs deux parents sont allaités plus longtemps (41,6%) que les enfants avec un seul parent (29,8%).

Par rapport au soutien de la famille et des amis, une étude d'Arora, a montré qu'en cas de problèmes liés à l'allaitement, c'est à la famille et aux amis que les femmes s'adressaient d'abord (34,7%), ensuite aux consultants en lactation (16,5%), au pédiatre (8,8%), à l'obstétricien ou à la sage-femme (8,2%), au groupe de soutien à l'allaitement (5,9%) et à la maternité (2,5%) (Arora 2000)⁹. Les mamans qui allaitent plus de 9 mois leur enfant ont de meilleures relations et expriment une plus grande satisfaction à propos du soutien émotionnel reçu de la part de leur conjoint et de la part de leur propre maman que les jeunes mamans qui sèvrèrent rapidement leur enfant (Ekström 2003)¹⁰.

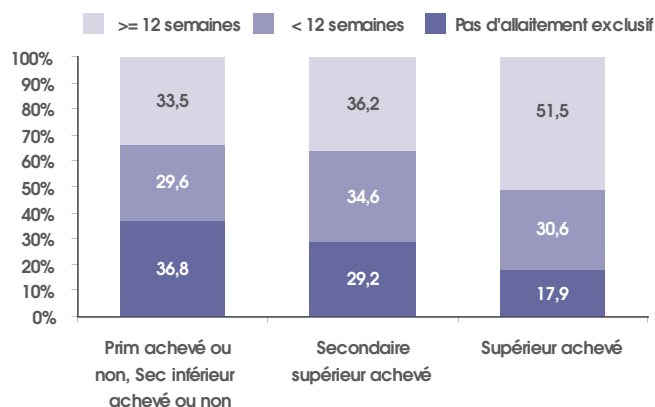
Par rapport au soutien du partenaire, plusieurs études ont montré que les pères avaient un rôle influant dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant (Blyth 2004¹¹, Scott 2006¹², Branger 1998¹³), et que leur soutien était crucial pour le succès de l'allaitement (Wolfberg 2004¹⁴, Pisacane 2005¹⁵). Dans l'étude de Scott menée en Australie ($n=587$), 59% des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable à l'allaitement ont maintenu l'allaitement jusqu'à 6 mois et 53% ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à 3 mois, contre 30% et 26%, respectivement, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé.

Certaines observations montrent également que les pères peuvent avoir des a priori négatifs vis-à-vis de l'allaitement maternel, pensant qu'il peut entraver la relation romantique avec leur partenaire, abîmer les seins, ou encore inhiber le développement de leur propre relation avec le bébé. De plus, les pères ne savent pas toujours comment aider leur partenaire (Wolfberg 2004).

Le niveau d'enseignement de la mère

Graphique 3.3.2 :

L'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut observer, en 2006 et 2007, une relation statistiquement significative ($p < 0,001$) entre le niveau d'instruction de la mère et la pratique de

9 ARORA S., MC JUNKIN C., WEHRER J. et KUHN P., « Major Factors Influencing Breastfeeding Rates : Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply » in *Pediatrics*, 2000, 106 (5).

10 EKSTRÖM A., WIDSTRÖM A.M. et NISSEN E., « Breastfeeding support from partners and grandmothers : perceptions of Swedish women » in *B.I.R.T.H.*, December 2003, 30 : 4, pp 261-266.

11 BLYTH, op. cit

12 SCOTT, op. cit

13 BRANGER, op. cit

14 WOLFBERG A.J., MICHELS K.B., SHIELDS W. et al, « Dads as breastfeeding advocates : results from a randomized controlled trial of an educational intervention » in *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191 : 708-12.

15 PISACANE A., CONTINISIO G.I., ALDINUCCI M. et al, « A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion » in *Pediatrics*, 2005, 116 : e494-8.



l'allaitement maternel exclusif. Les mères qui ont fait des études supérieures allaitent plus longtemps de façon exclusive leur enfant (51,5%) par rapport aux autres mamans ($\pm 35\%$). Les mères d'un niveau d'instruction moins élevé ont tendance à moins privilégier l'allaitement maternel exclusif (36,8% - 29,2%) par rapport aux mères d'un niveau de scolarité plus élevé (17,9%).

Une enquête réalisée dans le Val-de-Marne en France¹⁶ (1997) confirme l'importance du milieu social des femmes et de leur niveau d'études. Près de trois femmes sur quatre qui ont achevé un second ou un troisième cycle universitaire allaitent leur enfant (72%). « Les mères très diplômées sont réceptives au discours médical, elles lisent les manuels de puériculture et consultent des pédiatres plutôt que des médecins généralistes ». Elles sont aussi sensibles au fait que les femmes de leur entourage choisissent fréquemment d'allaiter. Les mères qui ont suivi une formation plus courte de type CAP ou BEP adoptent une position opposée (45%). Elles voient dans l'allaitement une lourde contrainte en termes de temps et d'organisation et préfèrent consacrer leurs moments de liberté à jouer avec leurs enfants. Quant aux femmes les moins diplômées, elles sont un peu plus nombreuses à allaiter (57%), la moyenne étant tirée vers le haut par les femmes immigrées.

Selon une étude de Kronborg¹⁷ (2004), le niveau de connaissance des mères est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue ($p=0,001$). Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissances élevé chez les mères primipares est associé à une durée d'allaitement prolongée mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares.

Un manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement maternel est associé à un sevrage plus précoce (Taveras 2004)¹⁸.

Une étude menée en Allemagne auprès d'un échantillon représentatif de 52 mères a montré que 65% d'entre elles savaient que les experts recommandaient un allaitement maternel exclusif les six premiers mois de vie du bébé (Peters 2005)¹⁹. La connaissance de la durée optimale d'allaitement était significativement associée à un allaitement maternel plus long (plus de 4 mois). Par contre les avantages de l'allaitement tels que l'involution plus rapide de l'utérus, la perte de poids plus

rapide et les bénéfices de santé à long terme étaient complètement méconnus.

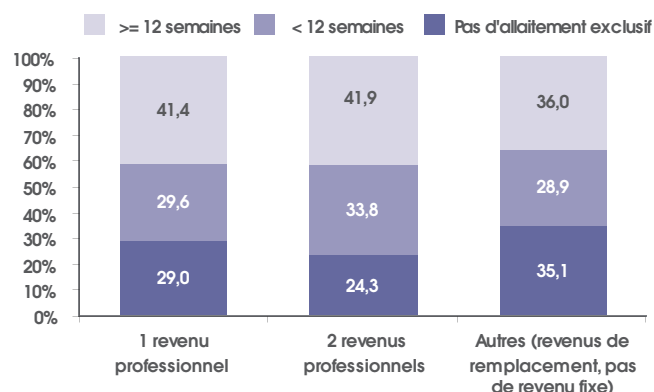
Ces éléments montrent la nécessité d'informer correctement les mères au sujet de l'allaitement et de ses bénéfices à long terme, et de les conseiller adéquatement.

Une étude menée aux Etats-Unis auprès de 245 mères montre que les sources d'information sur l'allaitement sont la famille (33,9%), les médias - revues, livres, télévision - (17,4%), le médecin et l'infirmière (10,8%), les amis (9,9%) et les infirmières de l'hôpital (6,6%) (Arora 2000)²⁰.

Le niveau socio-économique

Graphique 3.3.3 :

L'allaitement maternel exclusif en fonction du revenu familial en 2006-2007



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut remarquer, pour 2006 et 2007, une relation statistiquement significative ($p<0,001$) entre la situation de revenu familial et la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Les revenus ainsi que le niveau social plus élevés sont généralement retenus comme facteurs favorisant l'allaitement maternel.

Les données de la littérature tendent à montrer que le niveau social plus élevé est un facteur favorisant le choix de l'allaitement maternel (Lelong)²¹. L'étude de Branger (1998)²² portant sur 150 femmes allaitant en 1992 et 1993 à Saint-Nazaire (Loire Atlantique) observe une surreprésentation de femmes appartenant à des catégories socio-professionnelles plus élevées

16 GOJARD S., « L'allaitement : une pratique socialement différenciée » dans *Recherches et prévisions*, n° 53, 1998. Enquête statistique menée en 1997, publiée l'année suivante, complétée par des entretiens et observations de terrain en région parisienne et dans tous les milieux sociaux, depuis plus de dix ans.

17 KRONBORG, op. cit

18 TAVERAS E.M. et al, « Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding » in *Pediatrics*, April 2004, Vol. 113, n° 4, pp 283-29.

19 PETERS, op. cit

20 ARORA, op. cit

21 LELONG N., SAUREL-CUBIZOLLES M.J., BOUVIER-COLLE M.H. et KAMINSKI M., « Durée de l'allaitement maternel en France » dans *Archives de Pédiatrie*, 2000, 7 (5) : 571-2.

22 BRANGER, op. cit

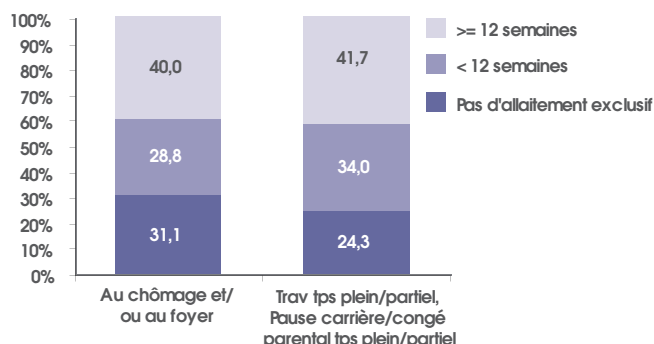


et ayant fait plus d'études et retient ces deux éléments comme facteur favorisant la durée de l'allaitement maternel. Les mères de la couche économique inférieure ont allaité leur bébé au sein en moyenne 10,4 semaines et celles de la couche supérieure 17,9 semaines.

Un niveau d'étude élevé et une profession qualifiée sont également retrouvés comme facteur favorisant l'allaitement dans une enquête périnatale réalisée en France en 1995 (Crost)²³. Ces mêmes critères sont également retrouvés dans une étude australienne de 1993 (Scott)²⁴.

➤ Graphique 3.3.4 :

L'allaitement maternel exclusif en fonction de la situation d'emploi de la mère en 2006-2007



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut également observer qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la situation d'emploi de la maman et la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Les enfants dont la mère est au chômage et/ou au foyer ont plus de risque de ne pas être allaités (31,1%) par rapport aux enfants dont les mères travaillent (24,3%). Par contre, pour la durée de l'allaitement maternel les deux catégories sont semblables, 40% des mères allaitent ≥ 12 semaines, alors que l'on pourrait penser que les mères au chômage et/ou au foyer allaiteraient plus longtemps que les mamans qui recommencent le travail.

Le travail des femmes est un des arguments majeurs mentionnés comme étant un frein à l'allaitement maternel dans notre société. Mais le rôle du travail est à nuancer. S'il influence la durée de l'allaitement, il n'en limite pas l'initiation. Il faut remarquer que le niveau socio-culturel est plus élevé pour les couples dont la femme travaille et, à ce titre, le travail est un facteur qui se confond avec le niveau socio-culturel.

Malgré l'intention de nombreuses femmes de continuer d'allaiter après le retour au travail, l'emploi de la mère constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce (Scott 2006, Rojjanasrirat 2004²⁵). Des différences existent selon le type d'emploi. Dans l'étude de Scott ($n=587$) menée en Australie, les mères qui étaient retournées au travail avant 6 mois allaitaient moins à 6 mois (allaitement exclusif) et à 12 mois (allaitement partiel) que celles qui étaient retournées au travail entre 6 et 12 mois. De nombreuses mères allaitantes se découragent dès la fin du premier mois à la perspective de commencer le sevrage en vue de la reprise du travail au troisième mois. En effet, si l'allaitement est parfois difficile le premier mois, c'est au moment où il devient plus aisé dans sa réalisation qu'il faut alors sevrer l'enfant.

L'environnement de travail joue un rôle important. Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent : le manque de soutien de l'employeur et des collègues, l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait, le manque de lieu disponible pour tirer son lait, l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait, le manque de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail.

Le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement : les mères qui travaillent plus de 20 heures par semaine sevrant leur bébé plus précocement que celles qui travaillent moins de 20 heures par semaine. La reprise du travail à temps partiel, semble être une alternative favorisant la durée de l'allaitement selon une étude menée aux USA (Fein)²⁶. Mais le discours des femmes interrogées ne va pas dans ce sens et si la plupart reconnaissent qu'il n'y aurait pas d'impossibilité physique à poursuivre un allaitement mixte, elles s'accordent à penser qu'une fois le travail repris, même à temps partiel, elles n'ont plus la même disponibilité d'esprit pour allaiter.



23 CROST M. et KAMINSKI M., « L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 » dans *Archives de Pédiatrie*, 1998, 5 : 1316-26.

24 SCOTT, op. cit

25 ROJJANASRIRAT W., « Working's women breastfeeding experiences » in *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2004, 29 : 222-7.

26 FEIN S.B. et ROE B., The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding in *American Journal of Public Health*, 1998, 88 (7), 1042-1046.



Une étude portant sur l'expérience d'allaitement des mères après le retour au travail a été menée auprès de 50 femmes primipares qui avaient planifié d'allaiter leur bébé et de retourner travailler après la naissance (Rojjanasrirat 2004)²⁷. 88% des mères travaillaient à temps plein et la majorité étaient retournées au travail après 9 semaines. A 16 semaines, lorsque les entretiens ont été menés, 62% allaitaient encore exclusivement. Les mères ont exprimé le besoin de soutien tel qu'un entourage favorable, des lieux appropriés, une flexibilité horaire et du temps. Elles ont besoin de maintenir une attitude positive pour pouvoir atteindre leurs buts d'allaitement. Elles développent des plans stratégiques pour anticiper les problèmes et poursuivre l'allaitement avec succès. Finalement, elles décrivent une certaine détresse psychologique résultant du conflit entre les exigences du travail et l'allaitement. Les sentiments associés incluent la culpabilité, le stress et le sentiment de devoir faire des sacrifices.

Qu'en est-il au niveau de la législation ?

L'association négative entre le retour précoce au travail et la durée de l'allaitement a été documentée dans de nombreuses études dans les pays industrialisés (Scott 2006)²⁸. De fait, les pays permettant aux mères d'avoir accès à un congé de maternité rémunéré prolongé (tels que les pays scandinaves, par exemple) montrent des taux d'allaitement supérieurs.

Nous pouvons notamment mentionner que la Norvège qui a un taux élevé d'allaitement (98% des mères allaitent à la naissance, 86% à trois mois - 90% dans la capitale - 68% allaitent plus de 6 mois, 42% allaitent plus de 9 mois et 14% plus de 12 mois), a un congé de maternité allant jusqu'à 10 mois avec un salaire intégral, ou jusqu'à 1 an avec 80% du salaire (Nylander)²⁹.

La durée et la rémunération du congé de maternité varient ainsi d'un pays à l'autre. La situation de la Belgique est la moins favorable, tant en ce qui concerne la durée du congé que sa rémunération.

Selon Galtry cité par Scott, bien qu'il n'y ait pas une relation simple entre les taux d'allaitement d'un pays et sa politique d'emploi, ces taux d'allaitement sont influencés et reflètent le programme de congé de maternité du pays. La possibilité que les mères ont de rester à la maison avec leur enfant pour des périodes plus longues permet un allaitement prolongé.

En Belgique, le congé postnatal est trop court pour encourager un allaitement maternel exclusif de 6 mois tel que la communauté scientifique le recommande. Par contre le congé paternel, qui a été allongé à deux semaines, est susceptible de permettre à la mère, dans les premiers temps, de bénéficier de davantage de soutien de son conjoint lors de l'initiation de l'allaitement. En l'absence de politiques d'emploi favorables à un allaitement maternel de longue durée, des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter, la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement, aideraient les mères à poursuivre l'allaitement tout en reprenant le travail (Scott 2006)³⁰.

Il existe peu d'informations sur l'impact des politiques et des arrangements avec les employeurs qui permettent aux femmes de poursuivre l'allaitement lorsqu'elles retournent au travail. En effet, il n'y a pas vraiment de statistiques ni d'études qui permettent d'évaluer l'efficacité de ces mesures sur la durée de l'allaitement. En Belgique, les femmes ont le droit légal d'allaiter ou de tirer leur lait pendant 30 minutes par tranche de 4 heures de travail (2 fois en 7 heures 30 - AR 19.11.1998, art.33ter). L'indemnité de la pause d'allaitement correspond à 82% du salaire brut non plafonné qui aurait été dû pour ces pauses. En France, si le droit d'allaiter existe dans le secteur privé, la pause d'allaitement n'est pas rémunérée.

Baldwin et al. (1999)³¹ mentionnent que faciliter l'allaitement lors de la reprise du travail peut réduire les maladies de l'enfant et en conséquence, l'absentéisme de la mère. Par ailleurs, la mère qui tire son lait où qui allaite pendant la journée à un moindre risque de voir sa production de lait diminuer et en conséquence de devoir sevrer le bébé. Il est important de mentionner que pour que ces politiques soient efficaces, il est nécessaire que non seulement les employeurs facilitent l'allaitement mais aussi qu'il existe une participation directe des milieux d'accueil.

27 ROJJANASRIRAT, op. cit

28 SCOTT, op. cit

29 NYLANDER G. et al, Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects in *Acta obstetrica gynecologica Scandinavica*, 1991, 70, 205-209.

30 SCOTT, op. cit

31 BALDWIN E., KENNETH A. et FRIEDMAN A., « Working It Out : Breastfeeding at Work » in *Mothering Magazine*, 1999.



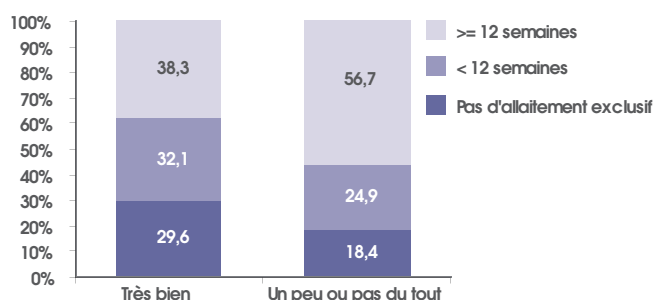
La culture

L'allaitement est également influencé par la culture, la culture d'origine, la culture du pays d'accueil et les représentations sociales. Par rapport à cela, on peut d'ailleurs distinguer deux types de modèle :

- Le modèle de la transmission : une part de ces facteurs relève de la transmission familiale de techniques de soins au nouveau-né et s'applique surtout aux classes populaires.
- Le modèle de l'information, des conseils qui s'applique surtout aux classes supérieures.

Graphique 3.3.5 :

L'allaitement maternel exclusif en fonction de la maîtrise de la langue française de la mère pour 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2006 et 2007 cumulés

Au regard de ces deux graphiques, on remarque qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la maîtrise de la langue française et la pratique de l'allaitement maternel, et il en va de même pour le fait de vivre en Belgique depuis moins de 5 ans.

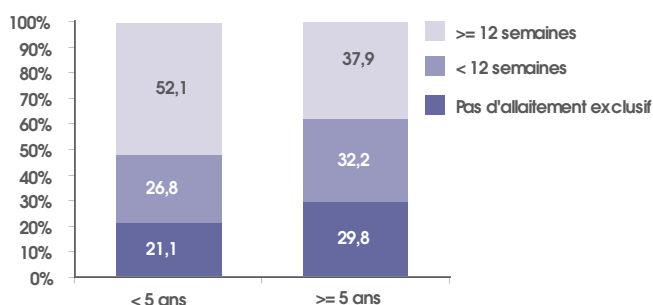
Les mères qui maîtrisent un peu ou pas du tout la langue française, allaitent plus et plus longtemps (56,7% ≥ 12 semaines) par rapport aux mères qui maîtrisent très bien le français (38,3% ≥ 12 semaines).

On observe également que si la maman vit en Belgique depuis moins de 5 ans, les enfants sont plus allaités et plus longtemps (52,1% ≥ 12 semaines) que ceux dont les mamans vivent en Belgique depuis 5 ans ou plus (37,9% ≥ 12 semaines).

Les femmes nées dans leur pays d'origine et qui y ont passé une partie de leur enfance sont nombreuses à allaiter parfois pour une longue durée. En revanche, selon Juliette Le Roy, responsable du Centre de ressource pour l'allaitement maternel en France

Graphique 3.3.6 :

L'allaitement maternel exclusif selon que la mère vive ou non en Belgique depuis moins de 5 ans pour 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2006 et 2007 cumulés

(Cerdam)³², la démarche est moins évidente pour la seconde génération née en France, pour qui l'usage du biberon est signe d'intégration. « Ces mamans pensent qu'allaiter est « ringard » et souhaitent faire comme les jeunes mères d'ici, vivant dans le même milieu. Elles optent souvent pour une alimentation mixte : biberon dans la journée, allaitement le soir ».

Les taux d'allaitement varient considérablement en fonction de l'origine géographique de la mère. Selon une étude, effectuée en France, dans la région Ile-de-France (Paris et banlieue parisienne)³³ sur 1820 nouveau-nés suivis depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 18 mois, on remarque que 51% de Françaises non immigrées, 89% de Subsahariennes, 79% de Maghrébines, 8% de Vietnamiennes et 1% de Chinoises, allaitent dans les maternités de la région parisienne. Les femmes qui ont passé leur enfance dans un pays étranger hors de l'Europe allaitent plus souvent que celles qui ont été élevées en France ou en Europe. Les raisons invoquées



³² Cerdam : www.info-allaitement.org, base de données en ligne regroupant informations, documents et références scientifiques pour les professionnels de santé.

³³ ROVILLE-SAUSSE F., « L'alimentation des premiers mois en France » in *Antropo*, 2006, 11, pp 7-14.

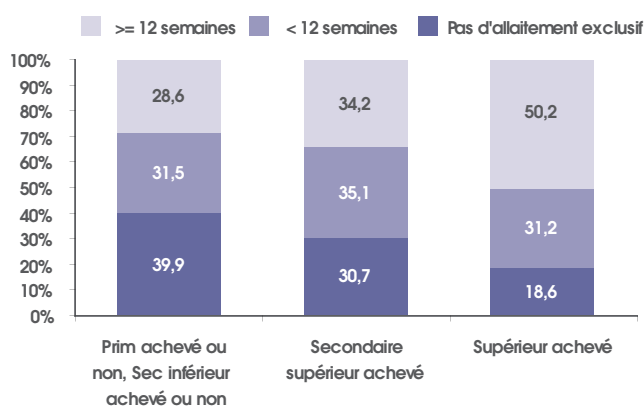


pour ne pas allaiter diffèrent assez bien. Les femmes asiatiques pensent généralement que le lait de vache est plus nutritif. De nombreuses Chinoises déclarent avoir trop de travail et ne pas disposer d'assez de temps. Les femmes africaines qui n'allaitent pas, qu'elles soient originaires du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne, ont plutôt une raison médicale, ou une lactation insuffisante.

A un mois, tous les enfants de parents asiatiques sont sevrés. A trois mois, 20% des nourrissons de parents français et de parents maghrébins et 40% (soit le double) des nourrissons de parents subsahariens sont encore allaités par leur mère. Lors de l'enquête, il a été possible de demander aux femmes immigrées ayant eu d'autres enfants avant leur arrivée en France combien de temps elles avaient allaité leurs aînés, et combien de temps elles auraient allaité leur nourrisson si elles étaient encore dans leur pays. Ces résultats ont permis de comparer l'âge moyen au sevrage en France et dans le pays d'origine. On remarque notamment que les nourrissons d'origine asiatique, si peu allaités en France, auraient bénéficié de ce mode d'alimentation prolongé pendant 9 mois en moyenne au Vietnam et 14 mois en Chine. Les femmes migrantes n'adoptent pas forcément un comportement occidental dès qu'elles arrivent dans le pays d'accueil, mais on observe toujours un changement d'attitude par rapport au pays d'origine.

Graphique 3.3.7 :

L'allaitement maternel exclusif des mères vivant en Belgique depuis 5 ans ou plus en fonction du niveau d'études de la mère pour 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2006 et 2007 cumulés

Si l'on sélectionne les mères vivant en Belgique depuis 5 ans ou plus et que l'on regarde l'association entre le niveau d'études des mères et la pratique de l'allaitement maternel exclusif, on observe une relation statistiquement significative ($p < 0,001$) entre ces deux variables. Les mères qui ont fait des études supérieures et qui vivent depuis plus de 5 ans en Belgique allaitent plus longtemps de façon exclusive leur enfant (50,2%) par rapport aux autres mamans (34,2% - 28,6%). Les mères d'un niveau d'instruction moins élevé ont tendance à moins privilégier l'allaitement maternel exclusif (39,9% - 30,7%) par rapport aux mères d'un niveau de scolarité plus élevé (18,6%).

Une enquête réalisée dans la province d'Agadir au Maroc³⁴, a remarqué que le niveau d'instruction de la mère joue un rôle significatif ($p < 0,05$) sur le mode d'allaitement maternel. A l'inverse de nos données, ceux-ci ont remarqué que la prévalence est plus élevée (84,2%) chez les analphabètes que chez les instruites (70,9%). En ce qui concerne les motifs invoqués pour justifier le choix du mode alimentaire, la majorité des femmes questionnées ont répondu que le sein est le mode alimentaire du nourrisson (69,7%) alors que la tradition familiale vient en deuxième position avec 18,6%. Quant à la valeur contraceptive de l'allaitement maternel elle n'est affirmée que dans 4,8% des cas. En cas d'allaitement mixte, l'insuffisance lactée est évoquée par 87,1% des femmes.

Au vu de plusieurs études, allaiter son bébé semble une pratique profondément culturelle. Les femmes qui allaitent sont les plus diplômées mais aussi celles issues de l'immigration qui perpétuent les traditions qu'elles se sont appropriées dans leur enfance au pays. En revanche, les femmes moyennement diplômées qui travaillent tout comme celles en état de précarité souvent très jeunes, peu diplômées et sans emploi allaitent peu.

34 BELLATIF, et al, « Situation actuelle de l'allaitement maternel dans la région d'Agadir au Maroc à propos d'une enquête chez 220 mères » dans *Médecine d'Afrique Noire*, 1996, 43 (4), pp 194-96.



→ Conclusion

L'allaitement maternel semble avoir connu une nette progression au cours de ces dernières années. La grande majorité des bébés reçoivent du lait maternel pendant leur séjour en milieu hospitalier. Une large proportion de mères s'initie à l'allaitement ; toutefois, le sevrage encore trop précoce d'un nombre important de bébés semble être lié aux difficultés vécues par leur mère durant les premières semaines. Cette observation rejoint le concept de « période critique » utilisé par plusieurs auteurs qui qualifient les premières semaines ou les premiers mois d'allaitement comme étant une étape vulnérable pour le maintien de l'allaitement³⁵. Par ailleurs, le fait de continuer d'allaiter ne garantit pas l'exclusivité de l'allaitement : la proportion de bébés recevant, tel que recommandé, uniquement du lait maternel pendant les 6 premiers mois de vie est particulièrement basse.

La situation de la Belgique en matière d'allaitement maternel est moins bonne que dans une série d'autres pays européens. Beaucoup de mères méconnaissent les bénéfices de l'allaitement maternel tant pour leur bébé que pour elles, en particulier les bénéfices à long terme. Les recommandations internationales semblent également méconnues. D'une manière générale, la formation des professionnels en matière d'allaitement est insuffisante.

De nombreux facteurs influencent le maintien de l'allaitement maternel dans la durée, comme nous le montre la littérature. La décision d'allaiter prise avant la grossesse, la parité, la mère plus âgée, la catégorie socio-professionnelle plus favorisée, le niveau de scolarité supérieur de la mère et la proximité du bébé la nuit à la maternité sont notamment associés à une durée plus longue de l'allaitement maternel. Afin d'atteindre les objectifs recommandés par l'OMS et les autres instances internationales, il est important de mettre en place des actions à tous les niveaux. Certains des facteurs en jeu sont à l'ordre du jour du Plan opérationnel du PNNS pour la Belgique, et l'on peut s'en réjouir.

L'exemple de la Suède montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales, politiques et à l'information des familles et des professionnels (rappelons qu'en 1973, seulement 30% des bébés suédois étaient allaités à 2 mois et 6% à 6 mois ; actuellement 72% sont encore allaités à 6 mois).

Remarque

Dans les points qui précèdent, il est important de faire la différence entre « association statistiquement significative » et « causalité ». En effet, les indicateurs de vulnérabilité utilisés tels que le « niveau d'étude de la mère, niveau de revenu,... » sont assez souvent associés à des risques plus élevés en matière de santé. Il serait dangereux d'y voir une relation de cause à effet.

Ces indicateurs sont le reflet de situations beaucoup plus complexes où de nombreux facteurs interagissent. Ces corrélations visent essentiellement à attirer l'attention des acteurs de prévention sur l'importance d'adapter les politiques de santé afin qu'elles profitent en priorité aux populations qui en ont le plus besoin.





L'excès pondéral

L'épidémie d'obésité et d'excès de poids est alarmante. L'excès de poids est la pointe visible d'un iceberg. Il constitue en soi un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires et pour d'autres types d'affections chroniques (diabète, cancer, affections ostéo-articulaires, estime de soi et dépression, etc.). Mais d'autres facteurs de risque comme l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie peuvent être présents dès le plus jeune âge. C'est également dès le plus jeune âge que les comportements défavorables à la santé (alimentation de mauvaise qualité, activité physique insuffisante, consommations excessives de produits comme le tabac, l'alcool ou les autres substances psycho-actives) commencent à produire leurs effets.

L'ensemble des facteurs de risque pour la santé ne sont pas distribués aléatoirement dans la population : il existe un gradient socio-économique défavorable. Les inégalités sociales de santé sont déjà présentes chez les enfants.

En luttant contre les inégalités sociales et en améliorant les comportements alimentaires, en augmentant la pratique de l'activité physique et en réduisant la consommation de produits nocifs, on agit sur les facteurs de risque de la plupart des maladies chroniques.

Pour rappel :

L'IMC ou Indice de Masse Corporelle = poids (kg) / taille² (m).

Exemple : 13,5 kg / 0,90 m² = 16,67. La valeur obtenue est reportée sur les courbes de corpulence de référence pour permettre de situer la corpulence d'un enfant selon l'âge et le sexe.

- < P3 : enfants avec un IMC trop bas donc trop maigres,
- P3 à P97 : enfants avec un IMC normal,
- > P97 : enfants en excès de poids.

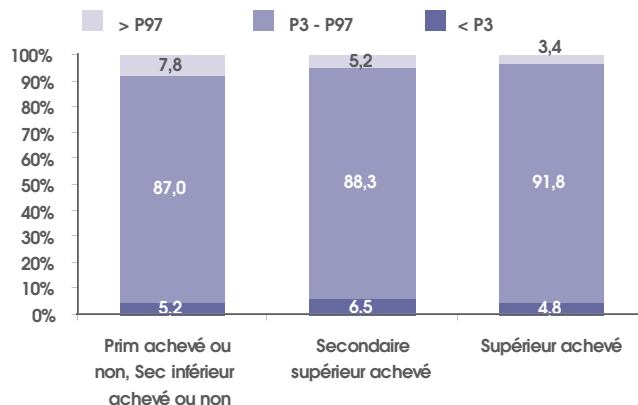
Le percentile 97 de la courbe correspond au seuil de l'excès de poids. Ces seuils ont été définis par l'international Obesity Task Force (Childhood Obesity Working Group de l'OMS). Les seuils de l'obésité (valeur 30 pour l'adulte) sont nettement au dessus de ce percentile 97. Nous parlerons donc dans nos statistiques de la BDMS d'excès de poids et non d'obésité chez l'enfant en bas âge.

→ Les facteurs de risque

Le niveau d'enseignement de la mère

↳ Graphique 3.4.1 :

L'indice de masse corporelle des enfants à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007



BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut observer, en 2006 et 2007, une relation statistiquement significative ($p < 0,001$) entre le niveau d'instruction de la mère et l'IMC.

Guillaume et coll³⁶ ont montré chez les enfants belges de la province du Luxembourg que l'IMC des enfants était corrélé négativement au niveau d'éducation du père. En France, une étude a montré une prévalence plus importante d'obésité chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres.

« Diverses études épidémiologiques ont démontré de manière convaincante que le comportement individuel relatif à l'activité physique, aux habitudes alimentaires, à l'utilisation des structures de soins de santé préventives et à d'autres activités sont en étroite relation avec la santé et la maladie. Différentes études ont montré que les groupes socio-économiques bas présentent un profil de risque plus important » (Willems 2007)³⁷.

L'enquête nationale de santé en Belgique de 2004 a clairement montré le lien entre le style de vie à risque et la position socio-économique (Vancorenland 2006)³⁸. En règle générale, les personnes moins qualifiées ont un style de vie moins sain. Elles mangent généralement de manière moins saine (moins de légumes : 21% contre 12%, de fruits : 44% contre 35%, de poisson : 37% contre 32% et de pain gris : 53% contre 42%) et présentent davantage de surpoids et d'obésité. On remarque que 70% des personnes ne possédant pas de diplôme ont

36 GUILLAUME M. et al., « Cardiovascular risk factors in children from the Belgian Province of Luxembourg » in *American Journal of Epidemiology*, 1996, Vol 144(9) : 867-880.

37 WILLEMS S. et al., « Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique » dans *Santé conjugée*, Avril 2007, Vol 40 : 25-34.

38 VANCORENLAND S., « Tous les Belges ont-ils le même droit à la santé ? - Synthèse des résultats de l'enquête de santé 2004 » dans *MC-Informations*, 2006, Vol 224 : 3-10.



un BMI supérieur à 25 contre 27% des personnes possédant un diplôme de l'enseignement supérieur. Les jeunes issus d'une famille peu qualifiée ont également plus de problèmes de surpoids. Les filles issues du groupe socio-économique le plus faible ont quasiment deux fois plus de risque de présenter un surpoids (BMI > 25). Les chiffres sont encore plus parlant en ce qui concerne l'obésité sévère : les filles de 12 ans issues du groupe socio-économique le plus bas ont un risque 5 fois supérieur que celles du groupe le plus élevé de souffrir d'une obésité sévère.

En outre, les personnes moins qualifiées et en surcharge pondérale s'en préoccupent moins que les personnes qualifiées et entreprennent donc moins d'actions pour changer leur situation.

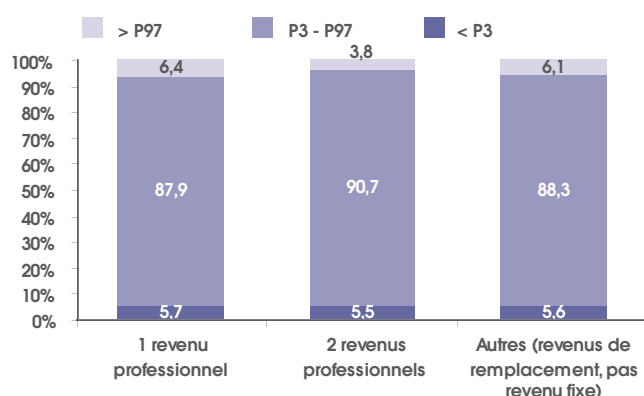
Les données de la BDMS tentent à montrer que ces différences s'installent dès le plus jeune âge.

Le niveau socio-économique

D'autres facteurs peuvent également jouer un rôle à risque : un milieu socio-économique défavorisé, un environnement urbain précaire ou isolé, les parents séparés, la monoparentalité, l'exclusion culturelle. Des phénomènes récents de précarisation sociale et de marginalisation - notamment liés à un chômage croissant affectant durement la population des jeunes - posent de réels problèmes d'accès aux soins et sans doute de qualité de nutrition et de santé au sens large.

Graphique 3.4.2 :

L'indice de masse corporelle des enfants à 30 mois en fonction du revenu familial en 2006-2007



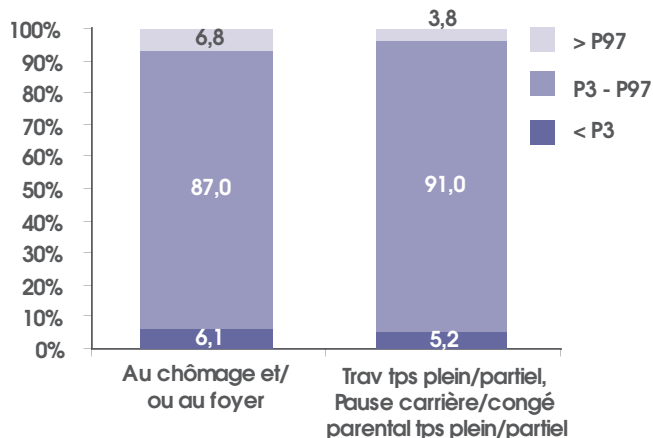
BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut remarquer, pour 2006 et 2007, une relation statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la situation de revenu familial et l'IMC de l'enfant à 30 mois. Les familles qui n'ont pas de revenu fixe ou un seul revenu professionnel ou un autre type de revenu tel que des revenus de remplacement, ont plus de risque d'avoir un enfant en excès de poids avec un IMC > P97.

39 WILLEMS, op. cit

Graphique 3.4.3 :

L'indice de masse corporelle des enfants à 30 mois en fonction de la situation d'emploi de la mère en 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut également observer qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la situation d'emploi de la maman et l'indice de masse corporelle à l'âge de 30 mois. Les enfants dont la mère est au chômage et/ou au foyer ont plus de risque d'avoir un IMC > P97 par rapport aux enfants dont les mères travaillent.

Conclusion

Il est souvent supposé que le comportement et le style de vie d'un individu relèvent d'un choix personnel. Pourtant un comportement est aussi la résultante du contexte social dans lequel un individu a grandi et vit. Les différences de comportement ne peuvent donc pas être entièrement attribuées à un choix exercé librement mais trouvent leur origine dans le contexte socio-économique. Les habitudes alimentaires sont par exemple développées en majeure partie pendant l'enfance et l'adolescence. Ce qu'une personne mange ne dépend pas seulement de ses connaissances en matière de nourriture mais aussi de la nourriture disponible à la cantine ou de ses moyens financiers pour se procurer une nourriture saine. Il en va de même pour l'abonnement à un club de sport qui suppose qu'il n'y ait pas d'empêchement financier ou culturel (Willems 2007)³⁹.

A coté de cela les campagnes de prévention tentent d'intervenir sur les connaissances, attitudes, valeurs et normes dans l'espoir de modifier les comportements. Or, les effets de ces campagnes sont souvent restreints parce qu'elles ne peuvent modifier les conditions de vie des groupes socio-économiques les plus faibles. En conséquence, elles n'ont généralement que très peu d'influence sur ces groupes.



La santé bucco-dentaire

La carie dentaire fait partie des maladies les plus répandues dans le monde. Depuis le début des années 70, on observe une diminution importante de la maladie parmi les enfants et les adolescents dans la plupart des pays industrialisés (Marthaler 1996)⁴⁰. L'utilisation régulière des fluorures sous leurs différentes formes, ainsi que le développement d'une politique de santé publique dans différents pays sont en grande partie responsables de cette réduction. D'autres facteurs, comme la situation socio-économique, les comportements résultant du style de vie, les progrès des connaissances dans le domaine de la santé orale, l'amélioration de l'hygiène buccale et de la qualité des services dentaires publics ont également contribué à cette amélioration (Burt 1998)⁴¹. En revanche, des modifications dans la consommation des sucres ou dans l'écologie de la flore bactérienne présente en bouche sont généralement considérées comme de moindre importance (Burt 1998, König 1990)⁴².

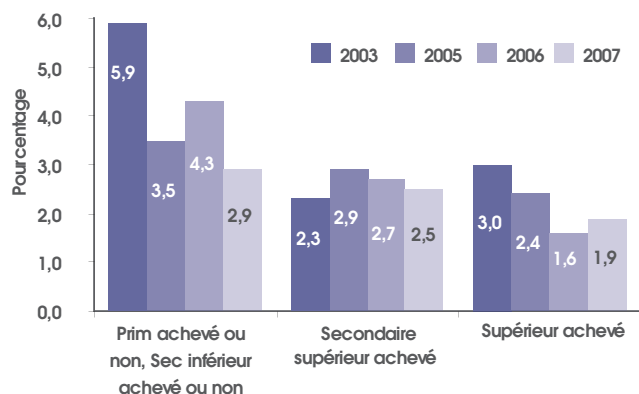
→ Les facteurs de risque

Diverses études ont clairement établi l'influence du milieu socio-économique et/ou socio-démographique sur l'état bucco-dentaire des enfants. En général, quel que soit l'âge, en denture temporaire comme en denture permanente, la prévalence de la carie est plus élevée parmi les enfants issus des milieux les moins privilégiés (Vargas 1998)⁴³.

Le niveau d'enseignement de la mère

➤ Graphique 3.5.1 :

Incidence des polycaries du jeune enfant en fonction du niveau d'études de la mère de 2003 à 2007



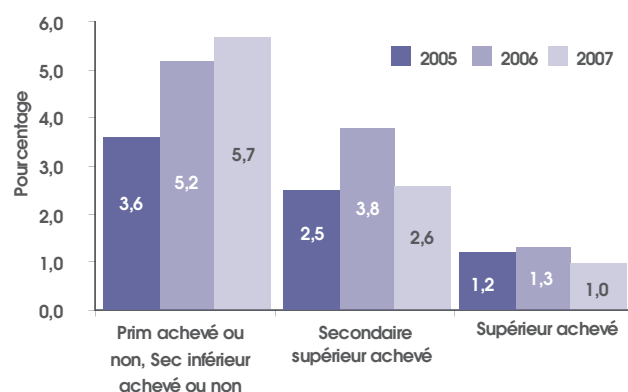
BDMS ONE, «Bilans de santé à 18 mois»

Le faible niveau socio-économique d'une famille est souvent reconnu comme le principal critère favorisant l'apparition des polycaries du jeune enfant. Une étude réalisée à Gand (Belgique) par MARTENS et al. en 2004, chez des enfants de 2 à 3 ans, donnait une prévalence de ce critère socio-économique de 18,3% dans les milieux plus défavorisés.

Dans notre cas, le test Chi² de Pearson calculé à partir des données de 2003 et 2006 montrait une association statistiquement significative ($p < 0,001$) entre le niveau d'instruction de la mère et les polycaries du jeune enfant. Le même test réalisé sur les données 2005 et 2007, n'est plus significatif ($p > 0,05$).

➤ Graphique 3.5.2 :

Incidence des caries dentaires soignées ou non à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère de 2005 à 2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Comme cela est montré dans de nombreuses études, plus le niveau d'études de la mère est élevé, moins l'incidence de caries des enfants est élevée. La différence se marque surtout pour le premier niveau (primaire achevé ou non, secondaire inférieur achevé ou non). Dans ce cas, le test Chi² de Pearson est à chaque fois significatif ($p < 0,001$).

Les indices de santé gingivale, traduisant l'élimination plus ou moins efficace de la plaque dentaire, notamment par le brossage des dents et le fil dentaire, sont meilleurs dans les milieux privilégiés.

Les enfants élevés dans des familles moins favorisées développent davantage de caries, tant sur leurs dents de lait que sur leur dentition définitive et recourent moins aux soins dentaires que ceux des familles nanties.

40 MARTHALER TM., O'MULLANE DM. et VRBIC V., « The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995 » in *Caries Res*, 1996, Vol 30 : 237-55.

41 BURT BA., « Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries » in *Acta Odontol Scand*, 1998, Vol 56 : 179-86.

42 KÖNIG KG., « Changes in the prevalence of dental caries : how much can be attributed to changes in diet ? » in *Caries Res*, 1990, Vol 24 : 8-16.

43 VARGAS CM., CRALL JJ. et SCHNEIDER DA., « Sociodemographic distribution pediatric of dental caries : NHANES III 1988-1994 » in *JADA*, 1998, Vol 129 : 1229-38.



Une étude s'est penchée sur l'influence relative de l'alimentation sucrée, de la fréquence du brossage des dents et de la classe sociale sur l'apparition de caries chez les jeunes enfants. Le lien entre la classe sociale et les caries était deux fois supérieur au lien entre le brossage des dents et les caries et presque trois fois supérieur au lien entre la consommation de sucre et les caries. A 3 ans, les enfants des milieux socio-économiques inférieurs, dont la mère possède un niveau d'études peu élevé et consomme beaucoup d'aliments sucrés, courent 32 fois plus de risques de souffrir de caries dentaires que les enfants du même âge non exposés à ces facteurs aggravants (Carvalho 2001)⁴⁴.

Les données belges confirment la fréquence plus élevée des caries chez les enfants issus des groupes de population situés au bas de l'échelle socio-économique. Au sein d'un groupe de petits Bruxellois, les chercheurs ont constaté que les enfants favorisés (en ce qui concerne le niveau d'études et la profession des parents) avaient non seulement plus de chances d'échapper aux caries que les enfants défavorisés, mais que leurs dents étaient également moins abîmées. En denture temporaire, à l'âge de 6 ans, les enfants issus des milieux privilégiés ont 2,5 fois plus de chance d'être indemnes de carie par rapport aux enfants appartenant aux milieux les moins privilégiés (Carvalho 2002)⁴⁵. Un suivi réalisé 15 ans plus tard a révélé que la diminution des caries était moins marquée chez les enfants de 12 ans défavorisés que chez leurs camarades du même âge plus chanceux.

Le « Tandmobielproject » (1996-2001), qui a étudié la santé bucco-dentaire d'un grand groupe d'enfants (nés en 1989 et habitant en Flandre) pendant six ans, a également démontré que le nombre d'enfants de 7 ans sans caries était 2,5 fois plus élevé au sein des catégories socio-économiques supérieures (déterminées d'après la profession des parents) que parmi les enfants de 7 ans issus de milieux d'un faible niveau socio-économique. Les enfants défavorisés présentaient en outre trois fois plus de dents endommagées.

Le tabagisme passif

Tableau 3.5.1 :

Pourcentage d'enfants présentant des caries dentaires soignées ou non en fonction du tabagisme passif de 2005 à 2007

		Enfants présentant des caries dentaires		
Tabagisme passif		2005	2006	2007
Oui	n	25	26	33
	%	3,9%	5,1%	5,6%
Non	n	27	38	37
	%	1,6%	2,4%	1,8%
Total	n	52	64	70
	%	2,2%	3,0%	2,7%
Chi² de Pearson		p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001
Risque relatif (Intervalle de Confiance à 95 %)		RR = 0,40 (IC : 0,23-0,69)	RR = 0,45 (IC : 0,27-0,74)	RR = 0,31 (IC : 0,19-0,51)

BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois»

Dans le tableau suivant, on peut remarquer qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,01$) entre les enfants exposés au tabagisme et la présence de caries dentaires. Les enfants exposés au tabac ont plus de risque d'avoir des caries dentaires.

Dans l'enquête flamande « Tandje de Voorste », il a été montré que les enfants de familles dont au moins un parent fume avaient plus de problèmes dentaires que dans les familles de non fumeurs, à savoir 10% par rapport à 15% chez les enfants de 3 ans et 42% par rapport à 25% chez les enfants de 5 ans.

Les parents savent qu'il faut protéger les dents de leurs enfants en éloignant les sucreries tentatrices, mais ils ignorent cet autre danger que représente la fumée de cigarette. Des chercheurs de l'Université de Rochester aux Etats-Unis (Aligne 2003)⁴⁶ ont découvert que les enfants de parents fumeurs ont plus de caries que ceux vivant dans un environnement sans fumée. L'étude a porté sur plus de 3500 enfants âgés de 4 à 11 ans. Pour évaluer leur exposition au tabagisme passif, les chercheurs ont dosé dans leur sang la cotinine, un produit de dégradation de la nicotine.

44 CARVALHO J., D'HOORE W. et VAN NIEUWENHUYSEN JP., « Hygiène buccale et conditions gingivales des enfants de 12 ans dans la région de Bruxelles » dans *Rev Belge Med Dent*, 2001, Vol 56 : 281-90.

45 CARVALHO J., D'HOORE W. et VAN NIEUWENHUYSEN JP., *Trends in caries in the primary dentition of children resident in Brussels, Belgium and its association with socio-economic status and ethnic origin*, 2002.

46 ALIGNÉ CA. et al., « Association of pediatric dental caries with passive smoking » in *JAMA*, Mars 2003, 12 ; 289 (10) : 1258-64.





Ils ont ensuite compté les dents cariées et plombées chez chacun des enfants. Après avoir ajusté leurs résultats en fonction du revenu familial, l'âge ou le nombre de visites chez le dentiste, les chercheurs ont trouvé une corrélation entre les taux élevés de cotinine et le nombre de caries. A l'origine de ce phénomène, différentes hypothèses : la nicotine pourrait favoriser le développement de bactéries responsables des caries, elle diminuerait la concentration de vitamine C, un facteur protecteur, et elle nuirait à la formation des dents... Ce phénomène n'a été observé par les chercheurs que sur les dents de lait, mais dès maintenant ils appellent à éviter l'exposition des enfants à la fumée de tabac pour bien des raisons médicales, dont la préservation de la santé bucco-dentaire des petits.

→ Les soins dentaires

Depuis 2005, les prestations de dentisterie pour les enfants jusqu'au 12^{ème} anniversaire sont remboursées à 100% des tarifs prévus à la convention. Ces enfants bénéficient également de règles permettant une application plus large du tiers-payant. Depuis le 1^{er} juillet 2008, ces mesures sont étendues aux jeunes jusqu'au 15^{ème} anniversaire, et à partir de mai 2009, jusqu'à l'âge de 18 ans. Elles permettent dès lors une meilleure accessibilité financière pour toutes les couches de la population, ce qui ne résout pas pour autant la problématique des inégalités de santé en la matière. En effet, le gradient social observé au niveau des soins dentaires préventifs⁴⁷ (chez les affiliés de la Mutualité Chrétienne de moins de 18 ans) est relativement fort : les jeunes issus de la classe la plus faible ont 28% et 36% moins d'opportunité de bénéficier de ces soins par rapport à, respectivement, l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans et ceux provenant de la classe la plus élevée (Avalosse 2008)⁴⁸.

Le remboursement à 100% des tarifs officiels jusqu'au 12^{ème} anniversaire (et jusqu'au 15^{ème} anniversaire depuis le 1^{er} juillet 2008) ne concerne pas les soins orthodontiques. Selon une étude du KCE (2008), pour ces soins « le coût total se situe souvent au-delà de 2000 euros. L'INAMI rembourse environ 30% de ce montant si la demande est introduite avant le 15^{ème} anniversaire de l'enfant. Les organismes assureurs interviennent en outre pour près de 20% via l'assurance complémentaire. Le jeune patient, ou plus exactement ses parents, doit donc déboursier environ 50%, soit un peu plus de 1000 euros ».

L'ampleur de ces frais explique les inégalités sociales que la Mutualité Chrétienne observe en 2006. En effet, les affiliés de la Mutualité Chrétienne âgés entre 10 et 16 ans issus de la classe la plus défavorisée ont une opportunité plus faible à commencer un tel traitement (27% par rapport à la population de référence, 33% par rapport aux jeunes issus de la classe la plus élevée).

→ Conclusion

On remarque que les données se sont accumulées depuis une dizaine d'années, permettant une meilleure connaissance de la santé bucco-dentaire des écoliers et des adolescents. L'analyse des résultats enregistrés à Bruxelles montre que la réduction de la carie concerne à la fois les enfants appartenant aux milieux privilégiés et ceux appartenant aux milieux non-privilégiés, mais que l'ampleur de cette réduction est significativement plus élevée parmi les enfants les plus privilégiés⁴⁹. En valeur absolue, l'inégalité sociale en termes de caries s'est réduite au cours du temps, mais pas de façon significative. En valeur relative, l'écart semble s'être accru.

A Bruxelles, comme en Wallonie et en Flandre, l'accent devrait être mis sur le contrôle de la carie en denture temporaire. La politique de santé bucco-dentaire devrait cibler son action sur les groupes à risque. Favoriser l'intégration des populations étrangères et l'éducation à la santé bucco-dentaire des classes sociales défavorisées contribuera probablement à réduire les inégalités en matière de carie dentaire et, d'une façon plus générale, en matière de santé.

Le brossage des dents doit toujours être privilégié comme le moyen optimal d'améliorer la santé bucco-dentaire, puisqu'il combine simultanément l'élimination de la plaque dentaire et l'application topique de fluorures. Des efforts devraient être entrepris pour une politique de santé stimulant les dentistes à donner plus d'informations et d'instructions sur le contrôle régulier de la plaque dentaire à leurs patients.

47 Codes de nomenclatures dénotant les examens, les scellements des fissures et puits, le nettoyage prophylactique et le détartrage.

48 AVALOSSE H. et al., « Inégalités sociales de santé : observations à l'aide des données mutualistes » in *MC-Informations*, Septembre 2008, Périodique trimestriel, Vol 233 : 3-15.

49 VAN NIEUWENHUYSEN JP., CARVALHO J. et D'HOORE W., « Caries reduction in Belgian 12 year old children related to socioeconomic status » in *Acta Odontol Scand*, 2002, Vol 60 : 123-8.



Le langage

Lorsqu'ils arrivent à l'école, les enfants n'ont pas tous les mêmes compétences et ces différences initiales vont modifier leurs progrès en matière de langage et de développement cognitif de même que leur réussite scolaire. Ceux qui manifestent un retard dès le début de leur scolarisation risquent davantage de doubler une année, d'être placés en classe pour élèves en difficulté et de ne pas terminer leurs études secondaires. De faibles niveaux de compréhension et de production lexicale peuvent prédire des difficultés dans l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe (Walker 1994)⁵⁰.

→ Les facteurs de risque

Le cumul - chez un enfant - d'un retard dans différents domaines constitue un élément d'aggravation du développement du langage. Généralement, les pédiatres de l'ONE considèrent qu'un enfant a un retard lorsqu'il présente un retard pour au moins 2 items de développement du langage (voir à ce propos le Dossier médical de l'ONE).

C'est pourquoi nous avons cumulé les deux indicateurs « l'enfant construit une phrase de 3 mots dans sa langue maternelle » et « l'enfant utilise le « je » » recueillis à l'âge de 30 mois pour constituer un score de retard du développement du langage.

Le « score aucun » correspond aux enfants qui ne présentent aucun retard à 30 mois.

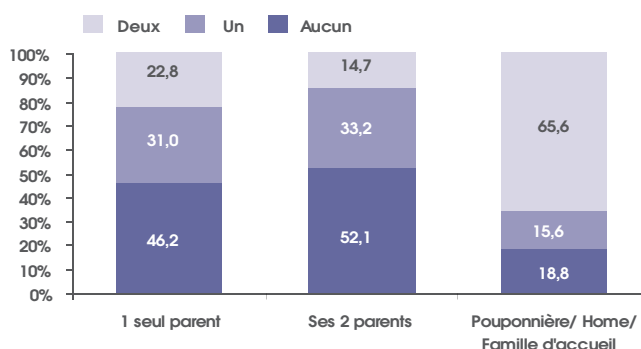
Le « score 1 » correspond aux enfants qui présentent soit un retard pour la construction d'une phrase de 3 mots soit un retard pour l'utilisation du « je » à 30 mois.

Le « score 2 » correspond aux enfants qui présentent deux retards en même temps à l'âge de 30 mois.

La situation socio-familiale

↳ Graphique 3.6.1 :

Le retard de langage des enfants à 30 mois en fonction de la situation socio-familiale en 2006-2007



BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2006 et 2007 cumulés

Dans ce graphique, on peut observer qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la situation socio-familiale et le retard de langage. Les enfants qui vivent en pouponnière / home / famille d'accueil ont plus de risque d'avoir deux retards de langage (65,6%).

Il est important de signaler que la plupart du temps, l'enfant adapte son langage à son interlocuteur et notamment à celui de sa mère. Voici les trois facteurs importants qui impliquent la collaboration des parents dans l'acquisition du langage oral chez le jeune enfant (Pourtois 2002)⁵¹ :

- La participation de l'enfant à des activités d'apprentissage régulières (raconter une histoire, regarder ensemble un livre, apprendre les couleurs, les chiffres) : ces activités assurent à l'enfant un fondement pour les premiers apprentissages, augmentent son vocabulaire et sa connaissance du monde. Lorsqu'elles sont régulières, elles lui procurent une structure familiale qui lui permet d'interpréter les comportements et paroles d'autres personnes, prévoir la séquence temporelle des événements et tirer des conclusions d'expériences nouvelles. Enfin, elles contribuent à susciter une attitude positive vis-à-vis des apprentissages ultérieurs comme la lecture et l'écriture.
- L'accès à du matériel d'apprentissage diversifié et adapté à son âge (livres, jouets, ...) qui va éveiller sa curiosité et son envie de découvrir.

⁵⁰ WALKER D., GREENWOOD C. et al., « Prediction of school outcomes based on early language production and socioeconomic factors » in *Child Development*, 1994, 65(2) : 606-621.

⁵¹ POURTOIS JP. et DESMET H., *L'éducation post-moderne*, Education et Formation, 2002.

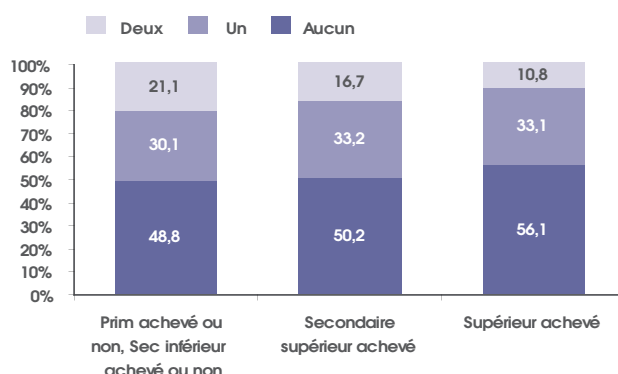


- La qualité des interactions parents-enfant : stimulation cognitive adéquate, sensibilité et réceptivité à l'égard de l'enfant. On peut remarquer que l'adulte utilise un langage légèrement plus complexe que celui de l'enfant : ce décalage fournit à celui-ci les conditions optimales pour lui permettre de comprendre ce qu'on lui dit et d'accroître progressivement ses connaissances linguistiques. Il va de soi que les régulations du langage adulte impliquent une bonne connaissance des capacités langagières de l'enfant aux différents moments de son évolution. Parallèlement à ce phénomène, on constate aussi que l'enfant adapte son langage à son interlocuteur et notamment à celui de sa mère. Il faut donc considérer les deux facteurs comme indissociables et alternatifs.

Le niveau d'enseignement de la mère

➤ Graphique 3.6.2 :

Le retard de langage des enfants à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007



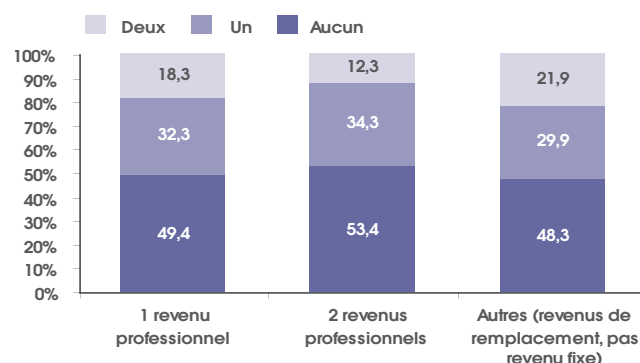
BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2006 et 2007 cumulés

On peut remarquer que pour 2006 et 2007, il y a une association significative entre le niveau d'enseignement de la maman et le retard de langage. Les mères peu scolarisées font probablement moins fréquemment la lecture à leur enfant et manifestent elles-mêmes des compétences langagières et en lecture plus faibles, ce qui influence la qualité et la quantité de leurs interactions verbales avec l'enfant (Rowe 2005)⁵².

Le niveau socio-économique

➤ Graphique 3.6.3 :

Le retard de langage des enfants à 30 mois en fonction du revenu familial en 2006-2007



BDMS ONE, «Bilans de santé à 30 mois», 2006 et 2007 cumulés

Comme pour le niveau d'études des parents, le revenu familial a également un effet significatif ($p < 0,001$) sur le risque de retard de langage. Diverses études indiquent que ces retards sont particulièrement fréquents chez les enfants de familles défavorisées sur le plan économique et qu'un statut socio-économique faible est associé à un nombre inférieur d'expériences favorables à l'acquisition du langage à l'âge préscolaire (Rowe 2005, Hoff 2003⁵³). Dès le début, ces enfants présentent un retard de leurs capacités langagières, en particulier leur vocabulaire se développe jusqu'à quatre fois plus lentement que celui de leurs pairs plus favorisés sur le plan économique (Feldman 2000)⁵⁴.

➔ Paroles d'Ici et d'Ailleurs

Paroles d'Ici et d'Ailleurs est un projet du Centre de Guidance du Service de Santé Mentale à l'ULB. Confrontées à une augmentation des consultations d'enfants immigrés en situation d'échec scolaire en lien avec un défaut d'apprentissage linguistique, Mesdames Agnès Deconinck et Julie Nieuwland, logopèdes au Service de Santé Mentale à l'ULB ont mis en œuvre un projet de prévention en classe maternelle en collaboration avec une école de quartier.

52 ROWE ML., PAN BA. et al., « Predictors of variation in maternal talk to children : A longitudinal study of low-income families » in *Parenting : Science and Practice*, 2005, 5 (3) : 259-283.

53 HOFF E., « The specificity of environmental influence : Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech » in *Child Development*, 2003, 74 (5) : 1368-1378.

54 FELDMAN HM., DOLLAGHAN CA. et al., « Measurement properties of the MacArthur communicative development inventories at ages one and two years » in *Child Development*, 2000, 71 (2) : 310-322.



Témoignage :

Notre pratique logopédique en service de santé mentale avec une population multiculturelle défavorisée nous confronte régulièrement à des enfants en difficulté au tout début de leurs apprentissages langagiers et scolaires et nous interpelle quant aux lacunes des structures scolaires et thérapeutiques par rapport à ces problèmes. Certains enfants qui consultent pour des difficultés dans leur scolarité primaire ne présentent pas de troubles spécifiques mais sont néanmoins fragilisés dans l'accès au savoir, coincés dans cette « ambivalence douloureuse » où « apprendre c'est se séparer, s'intégrer c'est abandonner » avec les risques de mal-être, échec et décrochage scolaire, conflits et ruptures.

Nos interventions en ambulatoire et en individuel, nos outils de diagnostic, de compréhension et de traitement, s'avèrent souvent trop limités et insatisfaisants. De plus, le monde pédagogique (instituteur, centre PMS,...) avec lequel nous travaillons régulièrement en réseau est lui aussi confronté à cette impuissance et est en demande d'aide et de pistes nouvelles.

Il nous paraît important de pouvoir offrir à ces enfants, de façon préventive avant leur entrée en école primaire, un espace de sécurité, d'expérimentation afin qu'ils puissent s'approprier ou se réapproprier ce processus actif de découverte d'une langue qui n'est pas la langue maternelle et qui même, parfois, n'est pas comprise par les parents. Cette convergence d'intérêt et de préoccupation nous a amenées à créer un groupe de stimulation du langage pour des enfants de 2e maternelle (de 4 à 5 ans) en collaboration avec une école du quartier.

Par le biais de médias tels que le conte, le livre, la musique, l'expression et les jeux corporels et verbaux, nous souhaitons amener l'enfant à découvrir sans crainte et dans le plaisir cette langue étrange et étrangère qu'est pour lui le français, à se l'approprier dans un processus actif et constructif, à pouvoir développer son écoute. Ainsi il pourra être mieux outillé lorsqu'il s'agira de faire des liens entre ses différentes compétences et les diverses références, d'accéder au sens dans les apprentissages de l'écrit.

Il nous paraît également essentiel de donner une place à la langue maternelle de l'enfant dans le respect des particularités de chacun, qu'elles soient linguistiques, communicationnelles, corporelles et culturelles, considérant le bilinguisme comme une richesse et un moteur de développement qu'on ne peut réduire à un aspect purement linguistique. La langue maternelle est, en effet, la première appartenance de l'enfant, initiatrice de son individualité, liée à ses appartenances culturelle, familiale, et sur laquelle l'enfant et le thérapeute peuvent s'appuyer pour créer ensemble de nouveaux codes.

C'est pour cela que parallèlement à ce groupe d'enfants, nous avons constitué un groupe de parents.

C'est par notre écoute thérapeutique que nous pouvons éclairer cette phase d'apprentissage et d'appropriation sous ses multiples aspects c'est-à-dire non seulement l'abord technique mais aussi les implications de « quête cognitive » et de recherche personnelle, de transmission familiale et de compromis culturel que cela mobilise.

Paroles d'Ici et d'Ailleurs

→ Conclusion

L'expérience des jeunes enfants à la maison est essentielle au développement de leur langage. Or il est prouvé que le retard de langage présent au début de la scolarisation interfère sur le parcours scolaire ultérieur et le taux de réussite.

Les parents ayant davantage de ressources (scolarisation, revenus,...) sont plus en mesure d'offrir à leurs enfants des expériences d'apprentissage positives.

Trois aspects du milieu familial favorisent l'acquisition du langage : la présence et la régularité d'activités d'apprentissage, la mise à disposition de l'enfant de matériel suffisamment diversifié et adapté à l'âge et la qualité de l'interaction parents-enfant.

Les interventions et les mesures préventives dans les familles doivent dès lors cibler les divers facteurs impliqués dans l'acquisition du langage et ce, suffisamment tôt dans le développement de l'enfant.





Conclusions et annexes





A travers les données des « Avis de naissance », nous sommes actuellement en mesure d'analyser sur près de 15 ans (de 1994 à 2007), les grandes tendances concernant l'évolution de quelques indicateurs de base en matière de santé périnatale, et ceci avec une couverture de plus de 97% de la population des femmes ayant accouché en communauté française.

En ce qui concerne le nombre de naissances, avec 52.000 naissances en 2007, nous constatons une stabilité pour les provinces de Wallonie, et une importante augmentation sur Bruxelles (plus de 25% depuis 1991 sur base des naissances officielles).

COMMENT ÉVOLUE LA POPULATION DES JEUNES ACCOUCHEES ?

On est frappé par la très grande stabilité de la distribution de la parité (nombre d'accouchements viables qu'a eu la jeune mère) des nouvelles accouchées au cours de ces 14 dernières années : 44% de primipares, 32% de 2ème pares, 14% de 3ème pares, 8,5% de 4ème pares et plus.

A l'inverse, l'âge moyen des mères lors de l'accouchement est en constante augmentation. Ainsi en 2007, il se situe à 30 ans pour toute parité confondue et à 28 ans pour le premier enfant. De plus, nous ne notons pas l'évolution inquiétante du nombre de très jeunes mères constatée dans beaucoup d'autres pays industrialisés. En Communauté française, le nombre de mères de moins de 15 ans est à 0,1% depuis plusieurs années et celui des mères de moins de 20 ans passe de 3,7% en 1994 à 2,5% en 2007. Par contre, on constate une importante augmentation des mères de plus de 30 ans. Ainsi, les mères de 30 à 34 ans passent de 24,8% en 1994 à 31,2% en 2007 ; et pour les mêmes années, celles de 39 à 40 ans de 9% à 16% et celles de plus de 40 ans de 1,5% à 4,2%.

Entre 1994 et 2005, on observe une augmentation de deux indicateurs des pratiques médicales en rapport avec la naissance :

- le nombre de césariennes, est passé de 13,7% en 1995 à 20% en 2005. Cependant, le nombre de naissances spontanées ne change pas et oscille autour de 71%. L'augmentation des césariennes se fait essentiellement au détriment du recours à la ventouse (9,6% en 1995 à 6,1% en 2007) et au forceps (4,8% en 1995 à 2,5% en 2007).
- le recours à une forme d'analgésie pendant la grossesse qui passe de 65,1% en 1995 à 80,4% en 2005.

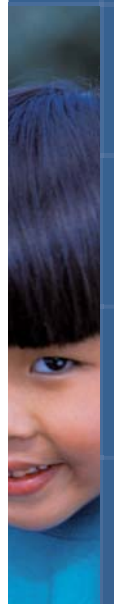
Ensuite, entre 2005 et 2007, ces deux indicateurs tendent à se stabiliser. En 2007, le taux de césarienne est de 20,4% et celui du recours à l'analgésie reste à 80,5%.

Autre indicateur, le taux d'induction reste élevé mais varie peu. Depuis 1994, une naissance sur trois est induite ou césarisée.

L'évolution de ces indicateurs est le reflet d'une tension entre deux préoccupations du corps médical (gynécologues et sage-femmes) : assurer le maximum de sécurité pour la mère et l'enfant pendant l'accouchement tout en essayant de maintenir l'aspect naturel et humain de cet événement : ce qui correspond également au souhait des accouchées comme en témoigne les résultats de plusieurs sondages.

Les indicateurs spécifiques du nouveau-né nous montrent :

- Un allaitement maternel à la sortie de la maternité en constante augmentation. En 2007, 81% des nourrissons quittent la maternité en étant nourris exclusivement au lait maternel (pour 69,5% en 1994).
- Une stabilisation du taux de grossesses multiples autour de 1,5%, ce qui correspond à 3% de jumeaux et de moins en moins de grossesses multiples de haut rang (moins de 0,1%).
- La légère tendance à l'augmentation du taux des enfants de petits poids de naissance (7,3% en 1994 pour 7,7% en 2005 et 2006) ne se confirme pas en 2007 où on retombe à 7,1%. Par contre, le taux de nouveaux-nés pesant entre 1500 et 2500 grammes reste à 0,9% depuis 10 ans.
- De même, l'augmentation lente mais constante du taux de prématurité passant de 7,4% en 1994 à 8,2% en 2005 et 2006 semble s'infléchir en 2007 avec un taux de 7,9%.





COMMENT ÉVOLUE LA POPULATION DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE ?

Les données relatives aux nouvelles inscrites dans les consultations prénatales de l'ONE sont en constante augmentation depuis 2002 pour atteindre en 2007, 30% des futures mères de la communauté française. Cette augmentation est principalement le fait de la population des futures mères bruxelloises.

A travers les données de la BDMS, nous voyons augmenter régulièrement les indicateurs de fragilité de cette population :

- Les futures mères de moins de 20 ans passent de 7,2% en 1998 à 9% en 2006 alors qu'elle ne représentent que 2,6% de la population des femmes ayant accouché en 2007, c'est près de 4 fois plus.
- Les futures mères isolées passent de 5,8% en 1998 à 7% en 2006 pour 3,6% de la population des femmes ayant accouché en 2006, soit le double.
- Seul un peu plus d'un tiers d'entre-elles occupent un emploi.
- On constate un suivi tardif de la grossesse particulièrement chez les futures mères de moins de 20 ans qui sont encore 35% à ne pas avoir consulté avant la 12ème semaine de grossesse.

Pourtant, d'après les données dont nous disposons (données concernant le nouveau-né à l'accouchement pour 87% des « volets prénataux reçus ») les indicateurs de santé du nouveau-né sont superposables (pour le taux de petits poids de naissance) voir meilleurs (pour la prématurité) que celui de la population générale. Peut-on y voir l'effet du soutien global des futures-mères, dans les domaines psycho-médico-sociaux par les équipes de TMS, sage-femmes, gynécologues et parfois psychologues offert par l'ONE ?

QUE PEUT-ON RETENIR COMME INDICATEUR DE LA SANTÉ DU JEUNE ENFANT ?

On considère que $\frac{3}{4}$ des parents des enfants de la Communauté française Wallonie - Bruxelles bénéficient d'un premier contact avec l'ONE après la sortie de la maternité. Dans $\frac{3}{4}$ des cas, ces premiers contacts se font à domicile, et dans la première semaine de vie de l'enfant. Parmi ces familles, neuf sur dix désirent un suivi préventif de leur enfant par l'ONE (seul ou en complémentarité du médecin traitant).

Les indicateurs décrivant les familles des enfants suivis à l'ONE nous montrent que la population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE au moins jusqu'à la fin de sa première année de vie est diversifiée. Elle provient de tous les milieux socio-économiques mais avec une importante représentation de populations « fragiles » :

- Près de quatre mères sur dix vivent avec un seul revenu professionnel ;
- Près de 15% des mères vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe ;
- Près d'une mère sur deux des enfants ayant un bilan à 9 mois est au chômage ou au foyer, ensuite, le taux de chômage des mères diminue pour les enfants ayant un bilan à 18 et 30 mois mais surtout en faveur d'une reprise d'un travail à temps partiel ;
- Une mère sur dix a des difficultés à parler le français ;
- 15 à 20% des mères sont des primo-arrivantes ;
- Pour $\frac{1}{4}$ des mères, le niveau d'enseignement atteint ne dépasse pas le secondaire inférieur ;
- Dans une famille sur quatre, au moins une personne fume régulièrement dans l'habitation. Cette proportion tend régulièrement à diminuer depuis 4 ans ;
- En 2007, à 9 mois, 6% des enfants vivent avec un seul parent, à 18 mois, ils sont 8% dans cette situation et 9,5% à 30 mois.



En ce qui concerne les enfants, on peut retenir :

→ *Les taux de vaccination de ces enfants qui sont très bons et continuent de s'améliorer en 2007 :*

- 97% des enfants ont reçu les trois premières doses de vaccin Hexavalent (diphtérie – tétanos – coqueluche – polio, hémophilus influenzae de type b et Hépatite B).
- 93,5% ont reçu la dose de rappel diphtérie – tétanos – coqueluche – polio à 18 mois.
- 92% ont reçu une dose de vaccin rougeole – rubéole – oreillon.
- 94% ont reçu une dose de vaccin contre le méningocoque.

→ *Les taux d'allaitement*

Le recours à l'allaitement maternel est de plus en plus fréquent à la maternité. Ceci notamment en raison de la conscientisation des professionnels de la santé. En 2007, 71,5% des enfants sont allaités exclusivement au sein à 1 semaine de vie. Et même si l'abandon de l'allaitement maternel est encore souvent trop précoce, on est passé de 24% d'enfants allaités exclusivement au sein à douze semaines de vie en 1997 à 37% en 2007.

→ *Le programme de dépistage précoce des troubles visuels continue à se développer.*

En 2007, plus de 18.000 enfants ont été testés. Chez, 11% d'entre eux, des tests perturbés ont justifiés le renvoi vers un ophtalmologue. Parmi ceux-ci, pour 4 enfants ayant consulté un ophtalmologue, trois avaient un trouble avéré de la vision.

LE DERNIER CHAPITRE DE CE RAPPORT EST CONSACRÉ AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les différents dossiers consacrés récemment à ce sujet témoignent d'une augmentation des risques de pauvreté et d'exclusion chez les enfants, ce qui montre toute l'importance de mettre en place des stratégies globales de promotion de la santé auxquelles les populations pauvres et/ou précarisée participent en tant qu'acteurs.

Les données de la BDMS, vont dans le sens des nombreuses études internationales et montrent des corrélations entre divers indicateurs de santé et des indicateurs socio-économiques défavorables (selon le niveau d'étude des mères, le nombre de revenus par famille, la mono-parentalité). Dans ce chapitre, nous montrons l'existence de ces corrélations lors de la naissance (petit poids de naissance et prématurité) ainsi que dans la petite enfance (allaitement maternel, retard d'acquisition de langage, présence de caries dentaires et surcharge pondérale).

Pourtant, les très bons résultats constatés dans la population qui fréquente l'ONE pour d'autres indicateurs comme les taux de vaccinations montrent toute l'importance d'un service de santé préventive accessible à tous, tant financièrement que géographique.

Ces indicateurs de santé, plus facilement vulnérables dans une population défavorisée, tous les vaccins étudiés étant gratuits, sont très bons ; par contre les indicateurs plus directement liés à des comportements et des modes de vie (langage, alimentation, soins dentaires) sont moins favorables et restent corrélés de manière significative aux indicateurs socio-économiques.

Une fois de plus, il importe d'insister sur le fait que ce rapport est le résultat du travail de toute une chaîne de professionnels de la santé dont la disponibilité et l'engagement social doit ici être salué.

Merci à vous tous, TMS, médecins et sage-femmes, coordonnatrices et conseillers médicaux, administratifs, encodeurs et informaticiens.

Dr M.-C. Mauroy







VOLET EPIDEMIOLOGIQUE PERINATAL (VE)

Matricule de la CPN (cachet)

Année d'inscription

CPN 20

N° de référence

Future mère	Date de naissance	/...../19.....
Commune	Commune ou pays de résidence habituelle	Code INS :
Gestité	Nombre de grossesses antérieures (y compris FC, EU, mole, IVG) + grossesse actuelle	Gestité :
Parité	Nombre accouchements antérieurs (voir définition) Date éventuelle du dernier accouchement..... Antécédent de césarienne	Parité : - - / - - / - - - ☐ oui ☐ non
Nationalité	A la naissance de la future mère..... Actuelle..... Si non Belge, vit depuis.....années en Belgique ou ☐ depuis moins d'un an.	
Socio-Economique	A. Etat civil (voir codes) B. Entourée / non (voir codes) Niveau instruction (voir codes) Situation professionnelle (voir codes)	A..... B..... Code : Code :
Tabagisme	1. Nbre de cigarettes/jour en début de grossesse 2. Nbre de cigarettes/jour pdt le dernier trimestre grossesse	1. Nbre : 2. Nbre :
Précocité	Nombre de sem. Gestation lors 1ère CPN (O.N.E. ou non)	1ère CPN :sem.
Suivi O.N.E.	Nombre de sem. Gestation lors 1ère inscription CPN O.N.E. Nbre de cons.CPN O.N.E. suivies au cours de la grossesse Nbre de visites à domicile Arrêt de suivi prénatal O.N.E. (avant l'accouchement) ☐ oui ☐ non Si oui ☐ IVG ☐ Fausse-couche ☐ tout autre suivi non O.N.E. ☐ Perdue de vue	sem Nbre CPN : VAD :
Pathologies durant la grossesse	☐ oui ☐ non Décrire : Décès maternel ☐ oui ☐ non si oui date : / /	
Accouchement	Date de l'accouchement Nombre de semaines de gestation Maternité (nom complet svp) Nbre de nouveau-nés Poids du ou des enfants en grammes	 / / 20..... Nbre sem. : Nbre : Enfant 1 gr Enfant 2 gr
Devenir de l'enfant	Enf. 1 Mort-né ☐ Décès postnatal ☐ Enfant vivant ☐ Enf. 2 Mort-né ☐ Décès postnatal ☐ Enfant vivant ☐	Séjour de l'enfant en NIC ☐ Oui ☐ Non Séjour de l'enfant en NIC ☐ Oui ☐ Non
Suivi O.N.E.	Visite en post-partum O.N.E. ☐ oui ☐ non	

A remplir automatiquement sur ce volet

Cachet médecin ou accoucheuse

Cachet TMS

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM392365).



AVIS DE NAISSANCE

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

Numéro d'identification

Maternité :

□ □ □ □ □ □ ■ □ □ □ □ □ □ ■ 3 5 □ □ □ □ □ □ □ □ ■ □ □ □ □ □ □ □ □ 1 2

Date de naissance mère

Date de naissance enfant

Numéro de maternité

Poids naissance enfant

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement

2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

A.

L'enfant (NOM, PRENOM) * :

Mère (NOM, PRENOM) * :

Père (NOM, PRENOM) * :

Domicile pour la visite : Rue : N° :

*Inscrire les noms en IMPRIME SVP

C. postal : Localité :

Téléphone contact parents:

B.

Commune de résidence effective :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ inconnu Nombre d'enfants nés lors de cet accouchement : ☐

Type d'alimentation ce jour : (1= artific., 2= abandon de l'allaitement maternel, 3= mixte, 4= maternel, 9= inc.) ☐

Les parents ont-ils l'intention de faire suivre l'enfant à l'ONE : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu ☐ Autre type de suivi prévu

Si oui, ONE de :

Y-a-t'il un suivi à domicile prévu par accoucheuse : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Gestité : Parité : VAD ☐

Durée de gestation : sem. Périmètre crânien : cm Taille à la naissance : cm.

Nationalité d'origine de la mère :

Devenir probable: ☐ 1= Sortie prévue avec sa mère le

☐ 2= Reste en observation jusqu'au

☐ 3= Transfert à le

☐ 5= Mort-né ☐ 6= Décès périnatal le

C.

Surveillance prénatale : (1= ONE seul / 2= ONE+Autre(s) / 3= Autre(s) sans ONE / 7= non suivie / 9= inconnu)

Si CPN ONE * : ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ N° de référ. * ☐ ☐ ☐ ☐

Année

Numéro CPN

Présentation : (1= sommet /2= siège /3= transverse /9= inc.) ☐

Expulsion : (1= spont. /2= ventouse /3= forceps /4= césar. /5= man. sur siège /9= inc.) ☐

Induction : (1= pas d'induct. /2= induction /3= césar. progr. /9= inc.) ☐

Analgesie : (1= aucune /2= péridurale /3= narcose /4= autre /9= inc.) ☐

Score d'Apgar : A1 ☐ ☐ A5 ☐ ☐

Mise au sein : [1= néant / 2= immédiate - précoce (dans les 2h après accouchement) / 4= tardive / 9= inc.] ☐

Tabagisme : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, nombre de cigarettes par jour ☐ ☐

Numéro accouchement * ☐ ☐ ☐ ☐ Etat civil : ☐ ☐

* A reprendre sur le carnet de la mère

EC1 EC2

Cachet TMS (à reproduire sur la copie)

Date :

Téléphone TMS :

Signature :



Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée.
(numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

PREMIER CONTACT

(après retour à domicile du nouveau-né)

Numéro d'identification

Date de naissance mère

Date de naissance enfant

Numéro de maternité

¹²

Poids naissance enfant

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Commune de résidence effective de l'enfant (avant fusion):

J'en ai eu connaissance le 20 par

- ☐ Avis de naissance (1)
- ☐ Adm. Communale (2)
- ☐ Comité Subr. ONE (3)
- ☐ La famille elle-même (4)
- ☐ Autre (5)
- ☐ Inconnu (9)

Premier contact

Date du contact

(Ne cocher que le contact le plus précoce)

- ☐ à domicile
- ☐ en consultation médicale ONE
- ☐ entretien avec TMS au local
- ☐ uniquement contact téléphonique
- ☐ pas de contact

et/ou nombre de visites infructueuses : (8 ou plus = 8; inconnu = 9)

☐ Décès de l'enfant

Allaitement lors du 1^{er} contact :

☐ maternel (1) - ☐ mixte (2) - ☐ artificiel (3) - ☐ sans objet (4) - ☐ inconnu (9)

Accompagnement ONE prévu

☐ oui (1) - ☐ non (2) - ☐ sans objet (3) - ☐ inconnu (9)

Observations :

Identité du TMS

Cachet





ONE

Poids naissance enfant

2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

□ □ □ □ □ □

☐ *inconnu*

Taille de l'enfant le jour du bilan cm

☐ *inconnu*☐ *inconnu*

☐ *inconnu*

☐ *inconnu*

☐ *inconnu*

☐ *inconnu*

☐ *inconnu*☐ *inconnu*☐ *inconnu*☐ *inconnu*

☐ *inconnu*

9

11

11

☐ un parent et un beau parent/compagnon☐ autre: ☐ inconnu☐ primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé☐ supérieur achevé (universitaire ou non) ☐ inconnu☐ travaille à temps partiel☐ en pause carrière/congé parental ou assimilé à temps partiel☐ *inconnu*☐ uniquement avec un (ou des) revenu(s) de remplacement

 inconnu

☐ *inconnu*

☐ *inconnu*

■ Cachet Structure
(ou n° de structure)

--



ONE

Poids naissance enfant

2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Poids de l'enfant le jour du bilan Kg g Taille de l'enfant le jour du bilan cm

☐ oui ☐ non ☐ inconnu

DiTePer-polio-Hib-Hépatite B Rougeole-rubéole-oreillons Méningocoque C Pneumocoque Autre schéma vaccinal Rotavirus

■ L'enfant vit au quotidien avec ☐ un seul parent ☐ ses deux parents ☐ un parent et un beau parent/compagnon
☐ en pouponnière/home/famille d'accueil ☐ autre: ☐ inconnu

☐ primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé ☐ primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé
☐ secondaire inférieur achevé ☐ secondaire supérieur achevé
☐ supérieur achevé (universitaire ou non)
☐ inconnu

☐ au chômage et/ou au foyer
 ☐ travaille à temps plein
 ☐ en pause carrière/congé parental ou assimilé à temps plein
 ☐ autre (pré-pensionné, invalidités, incapacités de travail)
 ☐ inconnu
 ☐ travaille à temps partiel
 ☐ en pause carrière/congé parental ou assimilé à temps partiel

☐ un revenu professionnel ☐ deux revenus professionnels
☐ uniquement avec un (ou des) revenu(s) de remplacement
☐ pas de revenu fixe (professionnel ou de remplacement)
☐ autre:
☐ inconnu

☐ très bien ☐ un peu ☐ pas du tout ☐ inconnu☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*

■ Cachet Structure
(ou n° de structure)

--

--

--



ONE

Date de naissance mère Date de naissance enfant Numéro de maternité Poids naissance enfant

2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

☐ masculin ☐ féminin ☐ inconnu

□ □ Kg □ □ □ g

Taille de l'enfant le jour du bilan cm

☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*☐ 0 ☐ 1 à 2 ☐ 3 et plus ☐ inconnu☐ oui ☐ non ☐ inconnu☐ *oui* ☐ *non* ☐ *examen non réalisé*☐ *oui* ☐ *non*☐ *oui* ☐ *non*

☐ *oui* ☐ *non*

☐ oui ☐ non

☐oui ☐non ☐examen non réalisé☐ *entend bien* ☐ *entend ma*☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*☐oui ☐non ☐examen non réalisé☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*☐ un seul parent ☐ ses deux parents ☐ un parent et un beau parent/compagnon☐ en pouponnière/home/famille d'accueil ☐ autre: ☐ inconnu☐ primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé☐ *secondaire inférieur achevé* ☐ *secondaire supérieur achevé* ☐ *supérieur achevé (universitaire ou non)* ☐ *inconnu*☐ travaille à temps partiel☐ en pause carrière/congé parental ou assimilé à temps partiel☐ *inconnu*

☐ uniquement avec un (ou des) revenu(s) de remplacement

☐ autre: ☐ inconnu☐ très bien ☐ un peu ☐ pas du tout ☐ inconnu☐ *oui* ☐ *non* ☐ *inconnu*

■ Cachet Structure
(ou n° de structure)

--



Index





CHAPITRE 1 : DONNEES DE NAISSANCES ET PRENATALES 19

Données « Avis de naissance » 19

Tableau 1.1.1

Couverture « avis de naissance » ONE par rapport aux naissances officielles publiées par la Direction générale de la Statistique du SPF Economie 19

Graphique 1.1.1

Evolution des naissances en Communauté française selon deux sources de 1994 à 2007 19

Graphique 1.1.2

Evolution des naissances à Bruxelles et en Wallonie de 1991 à 2007 20

Tableau 1.1.2

Evolution des naissances selon le lieu de résidence 20

Tableau 1.1.3

Evolution des naissances selon le lieu d'accouchement 21

Données relatives à l'enfant 21

Tableau 1.2.1

Présentation de l'enfant lors de l'accouchement 21

Tableau 1.2.2

Mode d'accouchement de la mère 22

Tableau 1.2.3

Mode d'expulsion selon la présentation de l'enfant à l'accouchement 23

Graphique 1.2.1

Evolution des césariennes en Communauté française 23

Tableau 1.2.4

Poids de naissance en catégories 24

Tableau 1.2.5

Petits poids et très petits poids à la naissance 25

Cartographie 1.2.1

Petits poids de naissance par arrondissement de résidence de la mère en Communauté française 26

Cartographie 1.2.2

Petits poids de naissance par commune en 1997 et 1998 26

Cartographie 1.2.3

Petits poids de naissance par arrondissement en 2006 et 2007 27

Tableau 1.2.6

Prématurité en Communauté française 28



Graphique 1.2.2

Evolution du petit poids de naissance et de la prématurité 29

Tableau 1.2.7

Scores d'Apgar à la 1ère minute de vie de l'enfant..... 29

Tableau 1.2.8

Scores d'Apgar à la 5ème minute de vie de l'enfant 30

Graphique 1.2.3

Types de mortalité selon l'âge de l'enfant 30

Tableau 1.2.9

Naissances vivantes et mort-nés 31

Tableau 1.2.10

Taux de mortalité (pour mille) par période spécifique de décès, Wallonie 2004 31

Données relatives à la mère au moment de l'accouchement 32

Tableau 1.3.1

Age de la mère en catégories à l'accouchement 32

Cartographie 1.3.1

Répartition des mères de 35 ans et plus en Communauté française 33

Tableau 1.3.2

Situation relationnelle de la mère à l'accouchement 33

Cartographie 1.3.2

Mères seules et en maison d'accueil en Communauté française..... 34

Cartographie 1.3.3

Répartition des mères d'origine non belge 35

Tableau 1.3.3

Parité de la mère à l'accouchement 35

Tableau 1.3.4

Grossesses uniques et multiples en Communauté française..... 36

Tableau 1.3.5

Analgesie lors de l'accouchement 36

Tableau 1.3.6

Induction du travail et programmation de la césarienne 37

Tableau 1.3.7

Durée de gestation en semaines par catégories 37

Cartographie 1.3.4

Prématurité chez les mères d'origine belge 38

Cartographie 1.3.5

Prématurité chez les mères d'origine non-belge 38



Tableau 1.3.8	
Mise au sein de l'enfant après l'accouchement.....	39
Tableau 1.3.9	
Régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité	39
Tableau 1.3.10	
Régime alimentaire de l'enfant à la sortie de la maternité selon la subrégion de résidence.....	40
Le suivi de la femme enceinte.....	41
Cartographie 1.4.1	
Implantation de Consultations prénatales en Communauté française	42
Tableau 1.4.1	
Evolution de la fréquentation en CPN de 1998 à 2006	43
Graphique 1.4.1	
Rapport entre les nouvelles inscrites en Consultations prénatales ONE et les naissances officielles.....	43
Tableau 1.4.2	
Volets épidémiologiques prénatals rentrés par subrégion BDMS-ONE.....	44
Tableau 1.4.3	
Femmes enceintes de moins de 20 ans suivies dans les structures de l'ONE par subrégion	44
Tableau 1.4.4	
Catégories d'âge des femmes enceintes suivies à l'ONE.....	45
Tableau 1.4.5	
Situation relationnelle de la femme enceinte fréquentant les structures prénatales de l'ONE.....	45
Graphique 1.4.2	
Comparaison des proportions de femmes seules pendant le suivi prénatal ONE et au moment de l'accouchement.....	45
Tableau 1.4.6	
Situation professionnelle de la femme enceinte fréquentant les structures prénatales de l'ONE	46
Tableau 1.4.7	
Niveau d'instruction des femmes enceintes inscrites en CPN-ONE.....	47
Graphique 1.4.3	
Origine des femmes à l'accouchement et lors du suivi prénatal par l'ONE, exemple du Hainaut	47
Tableau 1.4.8	
Gestité de la femme enceinte suivie en Consultations prénatales ONE.....	48
Tableau 1.4.9	
Parité de la femme enceinte suivie en Consultations prénatales ONE	48
Tableau 1.4.10	
Grossesse et tabac	49





Tableau 1.4.11

Réduction de la consommation de tabac pendant la grossesse..... 49

Graphique 1.4.4

Pourcentage de femmes enceintes ventilées par âge, dont le suivi (ONE ou non) de la grossesse n'a pas encore été réalisé à la 12e, 15e ou 26e semaine de gestation 50

Tableau 1.4.11

Durée de gestation et poids de naissance des enfants nés de femmes suivies en Consultation prénatale ONE en 2006..... 50





CHAPITRE 2 : LA SURVEILLANCE MÉDICO-SOCIALE

PRÉVENTIVE DES ENFANTS55

La première visite après la sortie de la maternité 55

Tableau 2.1.1

Nombre d'enfants pour lequel un document « premier contact » a été établi par le TMS..... 55

Tableau 2.1.2

Lieu du premier contact 56

Graphique 2.1.1

Histogramme du lieu du premier contact par province de résidence..... 57

Tableau 2.1.3

Nombre de jours entre la réception de l'Avis de Naissance par le TMS de terrain et le 1er contact 58

Tableau 2.1.4

Age de l'enfant lors du « 1er contact » 58

Tableau 2.1.5

Lors du premier contact, les parents prévoient-ils de faire suivre leur enfant par l'ONE ? 59

Tableau 2.1.6

Poids de naissance des nouveaux-nés bénéficiant d'un premier contact 59

Graphique 2.1.2

Courbes du délai entre la connaissance de la naissance et le 1er contact pour tous les enfants et ceux de petit poids de naissance (<2500g)..... 60

Tableau 2.1.7

La famille désire que l'enfant bénéficie d'un suivi ONE..... 60

Les Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois..... 61

Tableau 2.2.1

Les différents Bilans de santé 61

Tableau 2.2.2

Nombre de Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois rentrés par année pour la Communauté française 61

Tableau 2.2.3

Origine des Bilans de santé..... 62

Tableau 2.2.4

Poids de naissance des enfants pour lesquels un bilan de santé a été complété 63

Tableau 2.2.5

Age des mères à l'accouchement 63

Tableau 2.2.6

L'enfant vit au quotidien avec..... 64



Tableau 2.2.7

Niveau d'enseignement de la mère 65

Tableau 2.2.8

Situation d'emploi de la mère..... 66

Tableau 2.2.9

La famille vit avec 67

Tableau 2.2.10

La mère parle le français 68

Graphique 2.2.1

La mère parle le français par province de résidence..... 68

Tableau 2.2.11

La mère est en Belgique depuis moins de 5 ans 69

Graphique 2.2.2

Pourcentage de mères en Belgique depuis moins de 5 ans lorsque l'enfant à l'âge de 9 mois
par province de résidence 69

Les vaccinations..... 71

Tableau 2.3.1

Vaccin Hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-Hépatite B) à 9 mois 72

Tableau 2.3.2

Vaccin DiTePer et Poliomyélite à 18 mois..... 73

Tableau 2.3.3

Vaccin *Hémophilus influenzae* de type b à 18 mois..... 73

Tableau 2.3.4

Vaccins Hépatite B à 18 mois 73

Tableau 2.3.5

Vaccin Hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-HépatiteB) à 18 mois 74

Tableau 2.3.6

Vaccin Pneumocoque à 9 et à 18 mois..... 75

Tableau 2.3.7

Vaccin Rotavirus à 9 mois 75

Tableau 2.3.8

Vaccin Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO) à 18 mois..... 76

Tableau 2.3.9

Vaccin Rougeole – Rubéole – Oreillons (RRO) à 30 mois..... 76

Tableau 2.3.10

Evolution du taux de vaccination au cours du temps du RRO 76



Tableau 2.3.11	
Vaccin Méningocoque de type C	77

Tableau 2.3.12	
Evolution du taux de vaccination contre le méningocoque de type C au cours du temps	77

La prévention de la mort subite du nourrisson 78

Tableau 2.4.1	
Récapitulatif des décès en Milieux d'accueil chez les enfants de moins d'un an de 2000 à 2007	78

Tableau 2.4.2	
L'enfant a présenté un risque de mort subite inexplicée du nourrisson (MSIN)	79

Tableau 2.4.3	
Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « polysomnographie »	79

Tableau 2.4.4	
Tableau croisé « polysomnographie » et « surveillance par monitoring »	80

Tableau 2.4.5	
Au moins une personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation.....	80

Tableau 2.4.6	
Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « tabagisme passif »	81

Tableau 2.4.7	
Tableau croisé « polysomnographie positive » et « tabagisme passif »	82

Tableau 2.4.8	
Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « petits poids de naissance »	82

Tableau 2.4.9	
Tableau croisé « polysomnographie positive » et « petits poids de naissance »	83

Tableau 2.4.10	
Tableau croisé « enfants à risque de MSIN » et « allaitement maternel »	83

Tableau 2.4.11	
Tableau croisé « polysomnographie positive » et « allaitement maternel »	84

L'alimentation 85

Tableau 2.5.1	
Taux d'allaitement maternel dans les pays européens	85

Graphique 2.5.1	
Type d'alimentation lors du premier contact par année en Communauté française.....	86

Tableau 2.5.2	
Tableau croisé « enfants de petits poids de naissance » et « allaitement » lors du 1er contact	87

Graphique 2.5.2	
Type d'allaitement lors du 1er contact en fonction des poids de naissance en 2006-2007	87





Tableau 2.5.3	
Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein	88
Graphique 2.5.3	
Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif au cours de la 1 ^{ère} année de vie des enfants suivis dans les structures de l'ONE	89
Graphique 2.5.4	
Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif au cours de la 1 ^{ère} année de vie par province de résidence chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2006-2007	89
Tableau 2.5.4	
Allaitement maternel exclusif par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois en 2007	90
Tableau 2.5.5	
Allaitement maternel complété par province de résidence lors du bilan de santé à 9 mois en 2007	90
Tableau 2.5.6	
L'enfant suivi dans les structures de l'ONE est encore allaité au jour du bilan de santé à 18 mois.....	91
Tableau 2.5.7	
Type d'alimentation lactée chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE à l'âge de 9 mois	91
Graphique 2.5.5	
Type d'alimentation lactée chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE à l'âge de 9 mois par province de résidence en 2006-2007	92
Tableau 2.5.8	
Prise de lait modifié à 18 mois chez les enfants suivis dans les structures de l'ONE	92
Graphique 2.5.6	
Prise de lait modifié à 18 mois par province de résidence chez les enfants suivis dans les structure de l'ONE en 2006-2007	92
L'excès pondéral.....	93
Graphique 2.6.1	
Indice de masse corporelle à 18 et 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE.....	94
Tableau 2.6.1	
Indice de masse corporelle des enfants suivis dans les structures de l'ONE en 2003 et 2005-2007	94
Graphique 2.6.2	
Histogramme sur l'indice de masse corporelle des petits poids de naissance à 30 mois chez les filles et garçons suivis à l'ONE	95
Tableau 2.6.2	
Indice de masse corporelle des petits poids de naissance suivis dans les structures de l'ONE	96
La santé bucco-dentaire	97
Tableau 2.7.1	
Polycaries du jeune enfant	97



Tableau 2.7.2	
Présence des caries dentaires (soignées ou non)	98

Tableau 2.7.3	
L'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour	98

Tableau 2.7.4	
Tableau croisé « l'enfant se brosse les dents minimum 1x/jour » et « présente des caries dentaires soignées ou non »	98

L'allergie 99

Tableau 2.8.1	
Les antécédents familiaux et les symptômes de l'allergie des enfants à 30 mois	99

Tableau 2.8.2	
Score d'allergies.....	100

Tableau 2.8.3	
Tableau croisé « allergies familiales » et « au moins 3 épisodes de bronchiolites »	100

Tableau 2.8.4	
Tableau croisé « allergies familiales » et « eczéma atopique ».....	101

Tableau 2.8.5	
Tableau croisé « tabagisme passif » et « au moins 3 épisodes de bronchiolites »	102

Le développement psychomoteur 103

Tableau 2.9.1	
Anomalie constatée par le médecin de la consultation	103

Tableau 2.9.2	
Anomalie confirmée par le médecin traitant de l'enfant.....	103

Tableau 2.9.3	
L'enfant marche seul.....	104

Tableau 2.9.4	
Nombre de mots prononcés	104

Tableau 2.9.5	
L'enfant sait boire seul à la tasse	105

Tableau 2.9.6	
L'enfant sait se servir d'une cuillère	105

Tableau 2.9.7	
Score du développement psychomoteur à 18 mois.....	106

Tableau 2.9.8	
L'enfant construit une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle	107

Tableau 2.9.9	
L'enfant utilise le « je »	107





Tableau 2.9.10

Score du développement du langage à 30 mois 108

Tableau 2.9.11

L'enfant sait s'habiller seul 108

Tableau 2.9.12

L'enfant saute à pieds joints 109

Tableau 2.9.13

L'enfant imite un trait vertical 109

Tableau 2.9.14

L'enfant imite un cercle 109

Tableau 2.9.15

Score du développement psychomoteur à 30 mois 110

Tableau 2.9.16

Résultats des consultations 18 mois – 6 ans dans le Hainaut 111

Le dépistage visuel 112

Tableau 2.10.1

Bilan des dépistages réalisés en Communauté française par l'ONE de 2002 à 2007 112

Graphique 2.10.1

Histogramme du nombre de dépistages visuels réalisés en Communauté française
par l'ONE de 2002 à 2007 112

Cartographie 2.10.1

Pourcentage de dépistages visuels effectués en Communauté française en 2007
par rapport au nombre de naissances en 2005 113

Tableau 2.10.2

L'enfant présente un trouble visuel connu des parents et nécessitant un suivi ophtalmologique 114

Le dépistage auditif 115

Tableau 2.11.1

Test de la voix chuchotée 115

Tableau 2.11.2

L'enfant a ou a eu des drains transtympaniques 116

Tableau 2.11.3

Tableau croisé « retard de langage » et « voix chuchotée » 117

Tableau 2.11.4

Tableau croisé « retard de langage » et « drains transtympaniques » 117

Tableau 2.11.5

Tableau croisé « difficultés langagières » et « jugement parental » 118



Tableau 2.11.6	
Résultats de l'impédancemétrie.....	118

Tableau 2.11.7	
Relation entre les résultats obtenus au test de langage et l'absence ou la présence d'une OSM uni ou bilatérale ou de drains transtympaniques (DTT)	118

Les traumatismes de la vie courante 120

Tableau 2.12.1	
Nombre de morsures par un animal.....	121

Tableau 2.12.2	
Nombre de chutes.....	121

Tableau 2.12.3	
Nombre de brûlures.....	122

Tableau 2.12.4	
Nombre d'autres traumatismes de la vie courante	123

Tableau 2.12.5	
Score des traumatismes de la vie courante.....	123



CHAPITRE 3 : LES INÉGALITÉS SOCIALES 127

Réduire les inégalités sociales de santé : un défi majeur 127

Graphique 3.1.1

Taux de pauvreté des enfants..... 128

Graphique 3.1.2

Taux de prématurité selon le niveau socio-économique des communes 130

Profil des mères nouvellement accouchées 136

Tableau 3.2.1

Distribution des questionnaires complétés par province 138

Graphique 3.2.1

Proportions des différentes qualités de suivi parmi l'ensemble des femmes nouvellement accouchées..... 138

Graphique 3.2.2

Types de suivi prénatal en fonction du niveau d'études de la mère 138

Graphique 3.2.3

Types de suivi prénatal en fonction du poids de naissance 139

Graphique 3.2.4

Types de suivi prénatal en fonction de la prématurité 140

Graphique 3.2.5

Types de suivi prénatal en fonction du test d'Apgar 140

Les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois 142

L'allaitement maternel 142

Graphique 3.3.1

L'allaitement maternel exclusif en fonction de la situation socio-familiale en 2006-2007 143

Graphique 3.3.2

L'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007 143

Graphique 3.3.3

L'allaitement maternel exclusif en fonction du revenu familial en 2006-2007 144

Graphique 3.3.4

L'allaitement maternel exclusif en fonction de la situation d'emploi de la mère en 2006-2007 145

Graphique 3.3.5

L'allaitement maternel exclusif en fonction de la maîtrise
de la langue française de la mère pour 2006-2007..... 147

Graphique 3.3.6

L'allaitement maternel exclusif en fonction de si la mère vit en Belgique
depuis moins de 5 ans pour 2006-2007..... 147



Graphique 3.3.7

L'allaitement maternel exclusif des mères vivant en Belgique depuis 5 ans ou plus en fonction du niveau d'études de la mère pour 2006-2007 148

L'excès pondéral..... 150

Graphique 3.4.1

L'indice de masse corporelle des enfants à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007 150

Graphique 3.4.2

L'indice de masse corporelle des enfants à 30 mois en fonction du revenu familial en 2006-2007 151

Graphique 3.4.3

L'indice de masse corporelle des enfants à 30 mois en fonction de la situation d'emploi de la mère en 2006-2007 151

La santé bucco-dentaire..... 152

Graphique 3.5.1

Incidence des polycaries du jeune enfant en fonction du niveau d'études de la mère de 2003 à 2007 152

Graphique 3.5.2

Incidence des caries dentaires soignées ou non à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère de 2005 à 2007 152

Tableau 3.5.1

Pourcentage d'enfants présentant des caries dentaires soignées ou non en fonction du tabagisme passif de 2005 à 2007 153

Le langage 155

Graphique 3.6.1

Le retard de langage des enfants à 30 mois en fonction de la situation socio-familiale en 2006-2007 155

Graphique 3.6.2

Le retard de langage des enfants à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère en 2006-2007 156

Graphique 3.6.3

Le retard de langage des enfants à 30 mois en fonction du revenu familial en 2006-2007 156





Composition de l'équipe de la Banque de Données Médico-Sociales

SUR LE TERRAIN

L'ensemble des Travailleurs Médico-Sociaux (TMS de l'ONE et Milieux d'Accueil), des Coordinatrices accompagnement et des Coordinateurs(trices) accueil, des Médecins et des Conseillers Médicaux de l'ONE.

DANS LES COMITÉS SUBRÉGIONAUX

Les Encodeurs, les Secrétaires et les Coordinateurs Subrégionaux.

L'ÉQUIPE DE RÉDACTION

Dr M.-C. Mauroy : Maître du Fichier et Médecin coordonnateur
M. Sommer : Directrice de la Direction Etudes et Stratégies
M. Liegeois : Service Etudes et Stratégies
S. Ndamè Ebonguè : Service Etudes et Stratégies
F. Dexpert : Secrétariat

NOUS REMERCIONS PARTICULIÈREMENT

Les Docteurs T. Goetghebuer, M.-H. Delhaxhe, L. Gilbert, T. Sonck, P. Hennart, J.-M. Dubru, N. Mélice, M. Winkler et M. Deschamps, Conseillers Médicaux Pédiatres, pour leur contribution au chapitre sur « le suivi de l'enfant ».
Le Dr S. Alexander, Conseillère Médical Gynécologue, et ses collaboratrices, Nathalie Moreau et Wei-Hong Zhang pour leur participation au chapitre sur « les inégalités sociales de santé ».
Le Dr T. Sonck, Conseillère Médical Pédiatre, pour sa participation à la partie « langage » du chapitre sur « les inégalités sociales de santé ».
Le Centre de Guidance du Service de Santé Mentale à l'ULB – Paroles d'Ici et d'Ailleurs, pour sa participation à la partie « langage » du chapitre sur « les inégalités sociales de santé ».
Les Docteurs S. Alexander, P. Delvoye, V. Masson, A. Collin et D. Chaumont, Conseillers Médicaux Gynécologues, pour leurs conseils au chapitre sur « les données de naissances et prénatales ».

SERVICE INFORMATIQUE

I. Delory et D. Dormal pour leur collaboration technique.

INFOGRAPHIE

S. Roskams et D. Vincent
C. Tilleul : Secrétariat

EDITEUR RESPONSABLE

Benoît PARMENTIER
Administrateur Général
C chaussée de Charleroi 95
1060 Bruxelles

REDACTION

Marie-Christine MAUROY
Myriam SOMMER
Murielle LIEGE0IS
Samuel NDAME EBONGUE

INFOGRAPHIE

Sarah ROSKAMS
Dominique VINCENT

D/2009/74.80/12



RAPPORT BDMS

Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)

C chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles

E-mail : info@one.be - Site internet : www.one.be



Avec le soutien de la Communauté Française Wallonie-Bruxelles et Loterie Nationale

