

Données 2009-2019

Rapport de la  
Banque de Données Médico-Sociales  
N° 4: Regard sur la province de Luxembourg



Bruxelles

Brabant Wallon

Hainaut

Liège

Luxembourg

Namur

## Colophon

---

### Coordination

Stéphan LEYDER  
Laetitia FONTAINE  
Samuel NDAME EBONGUE

### Rédaction

Pascale CAMUS  
Isabelle DAUVIN  
Catherine DOGUET  
Céline ESPALARD  
Laetitia FONTAINE  
Xavier GOOSSENS  
Candy HAMTIAUX  
Pascale KUSTERS  
Céline LENOIR  
Stéphan LEYDER  
Bérangère MONHONVAL  
Samuel NDAME EBONGUE  
Marine NOEL  
Tatiana PEREIRA  
Audrey PUGLIESE  
Gabrielle PIRE  
Berthe RENARD

### Interviews

Ludivine BAUDOUX

### Supervision

Geneviève BAZIER  
Gilles CEYSENS  
Michel DECHAMPS  
Roland FIEVET  
Nathalie MELICE  
Bérengrère MONHONVAL  
Ingrid MORALES

### Relecture

Ludivine BAUDOUX  
Catherine DELHEZ  
Véronique EPPE  
Céline ESPALARD

### Support administratif

Jérémy BAUSIER

### Mise en page

Jean-François BACHELY

### Contact

info@one.be  
061 23 99 60  
02 542 14 14



Cher.e lecteur.trice,

Vous venez d'ouvrir le rapport que consacre la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) à la province du Luxembourg.

Vous prendrez connaissance dans ces pages des enseignements issus du traitement des données périnatales récoltées et traitées par l'ONE dans la province qui, couplés à des indicateurs sociodémographiques pertinents, améliorent la lecture et la connaissance du paysage maternel et infantile de la province.

Par sa grande superficie (elle est la plus vaste des provinces belges), son faible taux de population (elle est la moins peuplée desdites provinces), le haut pourcentage de ses travailleurs frontaliers (30% de la population active travaille au Luxembourg) couplé à la présence par endroits de familles beaucoup plus précaires, la province du Luxembourg a des caractéristiques sans nul doute singulières. Cette singularité se reflète notamment dans les initiatives prises par les acteurs de l'enfance pour rencontrer au plus près les besoins des (futures) familles.

Outre ces enseignements, cette publication témoigne de la volonté de l'ONE de renforcer son appui à l'action de toutes celles et tous ceux qui participent au niveau de la province, à la mise en œuvre des politiques de l'enfance. Cette publication s'adresse ainsi tant au(à la) professionnel(le) qui accompagne les (futures) familles et les enfants, soucieux(se) d'aiguiller ses actions et de les évaluer, qu'au lecteur curieux de mieux connaître la province sous un angle original, qu'au décideur qui y trouvera des indicateurs utiles à la planification et à la conduite des politiques de santé.

Nous vous en souhaitons bonne lecture,

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

# Table des matières

INTRODUCTION - REMERCIEMENTS.....	5
LA PROVINCE DE LUXEMBOURG .....	6
L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS.....	8
LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE .....	10
<b>CHAPITRE 1 : L'ENTRETIEN PRÉCONCEPTIONNEL.....</b>	<b>13</b>
1.1- LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE.....	14
1.2- L'ENTRETIEN PRECONCEPTIONNEL, UN INCITANT A LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE.....	14
Récit d'une PEP's de la province de Luxembourg.....	15
<b>CHAPITRE 2 :LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES EN PROVINCE DE LUXEMBOURG .....</b>	<b>16</b>
RÔLE DU SUIVI DE LA GROSSESSE DANS LE CADRE DE LA PLATEFORME PRÉNATALE .....	17
LES OBJECTIFS DU SUIVI .....	17
2.1 LE « VOLET PRENATAL » DE LA BDMS.....	18
2.2 LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES DANS LE CADRE DE LA PLATEFORME PRÉNATALE DE LUXEMBOURG .....	19
2.2.1 La répartition géographique des femmes enceintes suivies .....	19
2.2.2 L'âge des femmes enceintes suivies .....	20
2.2.3 Les nationalités d'origine des femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale de Luxembourg .....	21
2.2.4 La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies .....	21
2.2.5 L'état civil et la situation relationnelle des femmes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale de Luxembourg .....	22
2.2.6 Le niveau d'enseignement des femmes enceintes suivies .....	22
2.2.7 La situation professionnelle des femmes enceintes suivies .....	23
2.2.8 Les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies par la Plateforme prénatale de Luxembourg.....	23
2.2.9 La consommation de cannabis durant la grossesse.....	25
2.2.10 La consommation d'alcool durant la grossesse et ses effets .....	25
2.2.11 Les autres assuétudes .....	26
2.2.12 La corpulence des femmes enceintes suivies en Fédération Wallonie-Bruxelles.....	26
2.2.13 Le suivi précoce et le suivi tardif de la grossesse .....	28
2.2.14 L'arrêt du suivi par la Plateforme .....	30
2.3 LES ISSUES OBSTETRIQUES.....	30
2.3.1 Le poids à la naissance des enfants.....	30
2.3.2 La durée de gestation .....	32
2.3.3 Les issues de la grossesse de femmes suivies par la Plateforme de Luxembourg : quelles particularités ? .....	32

<b>CHAPITRE 3: LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS EN PROVINCE DE LUXEMBOURG .....</b>	<b>36</b>
3.1 LES MOUVEMENTS DE LA POPULATION EN 2019 .....	37
3.2 LES NAISSANCES DE RESIDENTS EN PROVINCE DE LUXEMBOURG .....	37
3.2.1 Le rôle du service de liaison .....	38
3.2.2 Un nouveau programme d'accompagnement : Naître et grandir .....	38
3.3 LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS DE MERES RESIDANT EN PROVINCE DE LUXEMBOURG.....	39
3.3.1 La parité des mères .....	39
3.3.2 La gestité.....	39
3.3.3 Les lieux d'accouchement.....	39
3.3.4 L'âge de la mère à l'accouchement.....	40
3.4 LES DONNEES DE NAISSANCES EN PROVINCE DE LUXEMBOURG .....	46
3.4.1 Le nombre de naissances.....	46
3.4.2 Le mode d'expulsion lors de la naissance .....	47
3.4.3 L'âge gestationnel.....	48
3.4.4 Le poids de l'enfant à la naissance en province de Luxembourg .....	49
3.4.5 Les scores d'Apgar.....	50
3.4.6 L'allaitement maternel en province de Luxembourg.....	51
3.4.8 Les dépistages néonataux .....	52

<b>CHAPITRE 4: LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS EN PROVINCE DE LUXEMBOURG .....</b>	<b>54</b>
4.1 DES SERVICES ADAPTES AU CONTEXTE.....	55
4.2 NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ » .....	57
4.2.1. Évolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois » .....	57
4.2.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2009 et 2018.....	58
4.2.3. Taux de couverture des Bilans de santé à 9 mois en province de Luxembourg .....	60
4.2.4. Origine des Bilans de santé selon le type de structure .....	61
4.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE .....	63
4.3.1. Situation familiale de l'enfant .....	63
4.3.2. Niveau d'éducation de la mère .....	64
4.3.3. Situation professionnelle de la mère .....	65
4.3.4. Revenus de la famille .....	67
4.3.5. Niveau de français des parents, durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français .....	68
4.3.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil.....	69
4.3.7 Le niveau socio-économique des enfants suivis selon le type de structure.....	71
4.4. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT .....	71
4.4.1. Allaitement maternel exclusif.....	72
4.4.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale.....	73
4.4.3. Lait infantile (Lait modifié artificiellement) .....	75
4.5. INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC).....	76
4.6. TABAGISME PASSIF.....	79
4.7. SANTÉ BUCCO-DENTAIRE .....	81

4.8. LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE.....	84
4.9. COUVERTURE VACCINALE .....	87
4.10. DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.....	89
4.11. DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE.....	90

## CHAPITRE 5 :PROMOUVOIR LA SANTÉ, SOUTENIR LA PARENTALITÉ ET DÉFENDRE L'INCLUSION DE TOUS, L'INVESTISSEMENT DES ESPACES EXTÉRIEURS ..... 94

5.1 SOUTENIR LA PARENTALITE : LES LIEUX DE RENCONTRE ENFANTS ET PARENTS .....	95
5.2 FAIRE DE L'ACCUEIL DE TOUS UNE REALITE.....	95
5.3 PROMOUVOIR LA SANTE .....	96
5.3.1 Les modules de l'éducation à la santé .....	98
5.3.2 Les autres thèmes utilisés par les PEP's avec leur public : .....	98
5.3.3 Les salons de l'enfance, les journées des familles et l'accueil des nouveaux bébés dans les communes font aussi partie de la vie de la subrégion. ....	98
5.3.4 Quelques exemples, de l'action d'éducation à la santé sur le Luxembourg :.....	98
5.4 L'INVESTISSEMENT DES ESPACES EXTERIEURS AVEC LES ENFANTS ET LES JEUNES .....	99

## CONCLUSION : CONJUGUER ACCESSIBILITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES..... 118

# INTRODUCTION

Cette quatrième édition du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) que vous tenez en mains met en exergue les données récoltées par les Partenaires Enfants-Parents (PEP's) de l'ONE, les médecins et les milieux d'accueil situés en province de LUXEMBOURG.

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

Ce travail décrit « l'état » de la population qui fait appel aux services de l'ONE. Il permet une analyse de l'évolution des grossesses suivies par l'ONE, des naissances et de la population infantile et familiale ainsi que de leurs besoins.

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

# REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'ensemble des professionnels qui participent, directement ou indirectement à la BDMS : les Partenaires Enfants-Parents (PEP's), les sages-femmes, les médecins, les encodeurs-vérificateurs, les Organes d'Avis (Conseillers pédiatres, gynécologues et sages-femmes, Conseil scientifique), les milieux d'accueil, les gestionnaires de données de la Direction Recherches et Développement, la Direction Santé, la Direction de la Coordination Accompagnement, la Direction des Consultations et Visites à Domicile et la Direction des Technologies de l'Information.

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

## L'ONE, UN OIP DOTE DE LA PERSONNALITE JURIDIQUE

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

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

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



# LA PROVINCE DE LUXEMBOURG



La province de Luxembourg est une province belge de la Région wallonne située à l'extrême sud du pays et avoisinant le Grand-Duché du Luxembourg. Elle a pour chef-lieu Arlon. Avec une superficie de 4 459 km<sup>2</sup>, elle est la plus grande province de Belgique, alors qu'elle est la moins peuplée avec 286 752 habitants au 1er janvier 2020, soit une densité de population de 64 habitants au kilomètre carré. Administrativement, elle est partagée en cinq arrondissements et en quarante-quatre communes.

Sous l'Ancien Régime, la province de Luxembourg et le Grand-Duché du Luxembourg actuels ne formaient qu'une seule entité : le Duché de Luxembourg. Lors de l'indépendance de la Belgique en 1831, la conférence de Londres se chargea de régler finalement la question des frontières du nouvel État belge. Les grandes puissances européennes décidèrent de partager le Luxembourg en deux, selon des critères linguistiques. Les frontières définitives furent fixées dans le Traité de Londres signé le 19 avril 1839 par la Belgique, les Pays-Bas et les cinq grandes puissances européennes de l'époque. C'est à cette époque qu'Arlon devint définitivement le chef-lieu de la province de Luxembourg.

<sup>1</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>

<sup>2</sup> <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/08/dmc2007.pdf>; ONEM / DEIN01 et Steunpunt WSE / Population active - Calculs : IWEPS au 30 juillet 2020

<sup>3</sup> S.P.P. Intégration Sociale ; consulté sur <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/08/dmc2007.pdf>

<sup>4</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/construction-logement/prix-de-limmobilier>

<sup>5</sup> Statbel, la Belgique en chiffres, Nombre de ménages selon le type, population au 01.01.2020

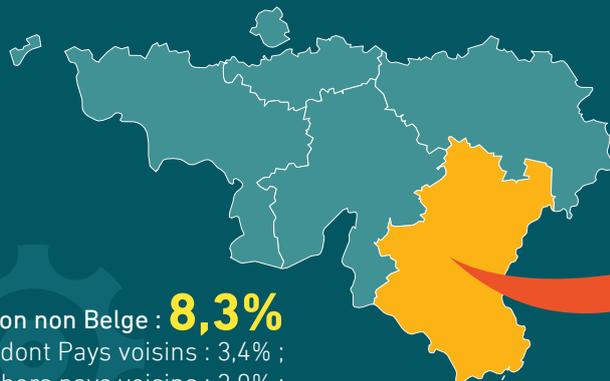
<sup>6</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#figures>

<sup>7</sup> Sources : Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS Luxembourg) ; [www.lesfrontaliers.lu](http://www.lesfrontaliers.lu) ; Caisse pour l'Avenir des enfants, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse ; [www.belgium.be](http://www.belgium.be) , Onem, [www.wallonie.be](http://www.wallonie.be) , Famiris ; REAL – votre commune à la loupe, Édition 2016 ; REAL – Tableau de Bord socio-économique de la province de Luxembourg – janvier 2019

# La province de Luxembourg en chiffres

La BDMS, à l'entame de ce rapport propose quelques chiffres, socioéconomiques et démographiques pour aider à l'action, à l'intervention, ou simplement animer les échanges. Ces données issues des publications de Statbel sont formulées à titre indicatif.

**Elles sont à lire avec prudence du fait des dénominateurs qui peuvent varier, même si l'on essaye de transmettre les chiffres les plus à jour possibles.**



**Population : 286.752 habitants**

(Au 1er janvier 2020)

99 hommes/100 femmes

**Superficie : 4459,25 km<sup>2</sup>**

**Densité : 64 habitants/km<sup>2</sup>**

Wallonie : 216 habitants/km<sup>2</sup>

Belgique : 374 habitants/km<sup>2</sup>

(En 2018, de nouvelles techniques ont permis de mieux approcher la superficie réelle de la Belgique et de ses entités)

**Age moyen de la population wallonne :**

**41,5 ans**

**Espérance de vie à la naissance :**

**80,3 ans**

(Wallonie : 80,3 ans ; Belgique : 81,9 ans)<sup>1</sup>

**Population non Belge : 8,3%**

(dont Pays voisins : 3,4% ;

Union Européenne hors pays voisins : 3,0% ;

Hors UE : 1,9%)

**Taux de chômage : 9,7%**

(Wallonie : 13,8% ; Belgique : 9,9%)<sup>2</sup>

**Prix médian maison<sup>4</sup> 4F : 225.000€**

(Wallonie : 250.000€ ; Belgique : 300.000€)

**Prix médian appartement : 158.500€**

(Wallonie : 155.000€ ; Belgique : 200.000€)

**Ménages<sup>5</sup> avec au moins 1 enfant : 40,4%**

(Wallonie : 39,4% ; Belgique : 37,6%)

**Ménages constitués d'1 seule personne (Isolés) : 34,3%**

(Wallonie : 36,2% ; Belgique : 34,9%)

**Ménages monoparentaux : 10,3%**

(Wallonie : 12,2% ; Belgique : 9,9%)

**Diplômés de l'enseignement supérieur (Census 2011) : 27,30%**

(Wallonie : 26,35% ; Belgique : 28,01%)

**Revenu<sup>6</sup> médian par déclaration en 2018 : 25.530€**

(Wallonie : 23.225€ ; Belgique : 24.772€)

**Revenu moyen par habitant : 18.328€**

(Wallonie : 17.672€ ; Belgique : 18.768€)

Statbel 2017

**Bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale : 1,4%**

(Wallonie : 2,7% ; Belgique : 1,8%)<sup>3</sup>

**dont étudiants : 0,2%**

(Wallonie : 0,5% ; Belgique 0,3%)

## FOCUS : LES FRONTALIERS<sup>7</sup>

**Résidents en province de Luxembourg travaillant au Grand-Duché de Luxembourg**

**33.200** frontaliers résidant en province de Luxembourg (pour 43.600 frontaliers au niveau régional en 2017)

**30%** de frontaliers dans la population active occupée de la province de Luxembourg en 2016.

Et au-delà des **60%** de la population active occupée dans certaines communes directement frontalières (66% à Aubange)<sup>7</sup>

**Outre le fait que ces frontaliers bénéficient généralement d'un salaire net plus élevé, voici quelques impacts sur les réalités familiales de cette catégorie de la population :**

- congé extraordinaire pour les pères de **10 jours** (correspondant au congé de paternité belge).
- congé de maternité de **16 semaines** minimum (15 en Belgique) dont 8 semaines en prénatal (entre 6 semaines et 7 jours avant l'accouchement en Belgique).

- congé parental entre **4 et 6 mois temps plein** pour les 2 parents avec différentes formules de fractionnement (maximum 4 mois temps plein en Belgique avec aussi différentes formules de fractionnement) jusqu'à l'âge de 6 ans de l'enfant (12 ans en Belgique).
- indemnité de congé parental pour un temps plein entre **2141,99€** et **3569,99€** brut (en Belgique indemnité forfaitaire de base pour un temps plein de 834,90€ brut – 1372,56€ brut si travailleur isolé).
- allocations familiales : **265€** par enfant (155€ en Wallonie). Si un des deux conjoints travaille en Belgique, les allocations sont versées par la Belgique mais le Luxembourg paie le différentiel.
- Via le système Chèque Service Accueil mis en place en septembre 2017, les enfants de 1 à 4 ans bénéficient de **20 heures/semaine d'accueil gratuit** en structure d'accueil collectif. L'Etat contribue financièrement à un maximum de 60 heures d'accueil par semaine. **Impact sur les milieux d'accueil belges proches de la frontière : baisse de la fréquentation, voire fermeture de certains milieux d'accueil non subventionnés par l'ONE.**

# L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS

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

L'ONE est l'organisme de référence en matière de protection maternelle, infantile et de soutien à la parentalité en FWB.

Dans le cadre de ses missions et grâce à sa Banque de Données Médico-Sociales, l'Office a pour objectif d'établir un descriptif de la population des mères et des jeunes enfants qu'il suit, mais également de l'ensemble des naissances francophones de Bruxelles et de Wallonie.

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

### STÉPHAN LEYDER

Coordinateur subrégional pour la province de Luxembourg

*Cher lecteur,*

*Vous tenez entre les mains la déclinaison du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS), consacrée à la province de Luxembourg (ou subrégion du Luxembourg dans le jargon de l'ONE).*

*Cette province est souvent présentée par les offices du tourisme comme une grande forêt ouverte de quelques clairières où habitent quelques irréductibles ardennais ou gaumais (sans oublier les habitants des pays de Famenne et d'Arlon). La réalité est évidemment un peu moins bucolique : la province de Luxembourg est simplement la province la moins densément peuplée de la Fédération Wallonie-Bruxelles, et même du Royaume. Mais on y retrouve sensiblement la même population qu'ailleurs dans le pays, avec globalement les mêmes caractéristiques, les mêmes besoins mais aussi les mêmes problèmes qu'ailleurs. Les phénomènes constatés sont peut-être plus diffus ou d'amplitude différente que dans d'autres régions.*

*Ce qui nous distingue peut-être, c'est un dynamisme démographique qu'on ne trouve nulle part ailleurs dans le pays, sauf à Bruxelles. La population y croît, en effet, proportionnellement plus que dans les autres provinces wallonnes grâce d'une part à un solde naturel positif (chiffres 2019) alors qu'il est négatif en Wallonie, et d'autre part à un solde migratoire tant interne qu'international tout aussi positif (mais celui-là est également positif en Wallonie). Mais il faut sans doute y voir aussi l'influence du voisin grand-ducal, moteur économique principal de la Grande Région (à cheval sur la Belgique, la France, l'Allemagne et le Grand-Duché du Luxembourg).*

*Pourtant il serait vain d'ignorer que la faible densité de population de la subrégion n'a pas un impact sur l'organisation de nos services ou des services partenaires. Si l'ambition de l'Office est d'offrir aux familles luxembourgeoises un service similaire aux autres subrégions, les modalités de cette offre de service doivent nécessairement s'adapter à cette réalité. En voici trois exemples marquants :*

*- Si les services de consultation pour enfants de l'ONE (assurant une offre de médecine préventive à tous les enfants de 0 à 6 ans) sont présents dans toutes les communes du Luxembourg, c'est grâce aux consultations mobiles. Un service qui s'est généralisé à partir de 1973 et qui se matérialise par la circulation de 3 cars ou semi-remorques disposant d'un aménagement spécifique. Ces véhicules circulent 4 semaines par mois toute l'année dans*

*toutes les localités sans implantation de consultation fixe et où existe une demande des familles.*

*- Un service prénatal a été relancé dans le Luxembourg à partir de 2012 après une interruption de plus de 20 ans de ce type de service dans la subrégion. Mais à destination d'un public de futures mères présentant un risque de mauvais suivi ou d'absence de suivi médical de la grossesse et dans une formule spécifique car ambulatoire : la Plateforme prénatale. Ce service est plus amplement décrit dans les pages de ce rapport qui y sont consacré.*

*- Cette même adaptation à la réalité géographique et démographique se retrouve dans l'offre de service en milieux d'accueil de la petite enfance. En effet, cette offre, qui est en augmentation constante pour répondre à la demande, se caractérise en province de Luxembourg par une proportion plus importante qu'ailleurs de l'accueil familial ; c'est-à-dire réalisé au domicile d'accueillantes qu'elles soient indépendantes ou salariées (voir conventionnées pour encore une partie d'entre elles). Et même si cette proportion évolue dans le sens d'une augmentation de l'accueil collectif de type crèche (on est passé de 70% d'accueil familial il y a 10 ans à moins de 50% aujourd'hui), cette spécificité demeure marquée dans la subrégion.*

*La flexibilité et l'adaptation de notre offre de service dans la subrégion du Luxembourg permet également une récolte de données alimentant la BDMS aussi, voire parfois plus performante que dans les autres subrégions. Puisque, à l'instar principalement des services fixes en consultation ou de notre présence dans les maternités, les services mobiles que sont les consultations mobiles ou la Plateforme prénatale récoltent également des données BDMS telles que le « Volet prénatal » ou le « Bilan de santé ».*

*Et c'est ce travail de récolte, collant au plus près des réalités du terrain, mais aussi la qualité de l'encodage et de la vérification des données BDMS qui nous permet aujourd'hui de vous présenter cette photographie. Une photographie présentant certaines réalités des familles de la province de Luxembourg mais en restant toujours dans la perspective d'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Et notre souhait est de diffuser au maximum cette photographie à l'intention des professionnels (tant internes qu'externes à l'Office) mais aussi des mandataires politiques et de tous les acteurs concernés par la santé et en particulier la santé préventive. En espérant ainsi contribuer, in fine, à une meilleure adéquation des services rendus aux enfants et aux familles.*

*Bonne lecture.*

# LES RESSOURCES ET ACTIVITÉS DE L'ONE DANS LA PROVINCE EN 2019

- ▶ PEP's : **50 personnes (41,75 ETP) :**  
**34,7% d'assistants sociaux, 61,2% d'infirmiers, 4,1% de sages-femmes**
  - Médecins : 124
  - Volontaires : 229
  - Chauffeurs des Consultations mobiles : 9  
(pour les 3 subrégions couvertes par le système des consultations mobiles : Namur, Liège et Luxembourg)

- ▶ Coordinatrices accompagnement : **3**
- ▶ Responsable régional à la Direction Coordination Accompagnement : **1**
- ▶ Conseiller médical gynécologue : **1**
- ▶ Conseillère Sage-femme : **1**
- ▶ Conseiller médical pédiatre : **1**

- ▶ Référentes Education à la santé : **2**
- ▶ Référente maltraitance : **1**
- ▶ Coordinatrices accueil : **6**
- ▶ Responsable régional à la Direction de la Coordination Accueil : **1**
- ▶ Agents conseil : **2**
- ▶ Conseiller pédagogique : **1**
- ▶ Référente santé dans les milieux d'accueil : **1**

- ▶ Personnel administratif : **10**

## ▶ Les structures de suivi

- De la grossesse : **1 Plateforme prénatale**
- Services de liaison : **3 maternités avec environ 3000 naissances**
- De l'enfant : **28 structures de suivi de l'enfant de 0 à 6 ans avec 9283 inscrits en 2019**  
**Soit 17 consultations pour enfants proprement dites, 2 antennes de consultations, 6 consultations périodiques et 3 consultations mobiles.**

## ▶ Les structures d'accueil

- Nombre de structures d'accueil reconnues par l'ONE 0-3 ans : **317**
- Capacité d'accueil totale 0-3 ans : **3.368 places**
- Taux de couverture des 0-2,5 ans : **44,2 %**
- SASPE (Accueil spécialisé) : **2 (52 places)**
- Lieux d'accueil extrascolaires : **259**
- Ecoles de devoirs reconnues par l'ONE : **12**
- Centres de vacances agréés : **611 Camps, 49 séjours, 155 plaines**
- Lieux de Rencontre Enfants-Parents : **14 dont 3 lieux subventionnés**

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

- Services PSE : **1 service réparti en 7 antennes**
- Conseillers médicaux PSE : **3** pour la Fédération Wallonie-Bruxelles dont les activités sont réparties selon la thématique.

- ▶ Equipes SOS-Enfants : **2**

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

Née en 1983 d'une recherche-action visant à doter l'ONE d'un outil scientifique valable permettant d'apprécier l'action médico-sociale menée, la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est une base informatique qui contient des informations relatives au suivi préventif de la (future) mère et du jeune enfant.

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

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

La BDMS est aussi un outil didactique et pédagogique qui familiarise les travailleurs de première ligne avec de nombreux concepts de santé publique et d'épidémiologie avec pour objectifs l'amélioration de la qualité des données et la valorisation de leur travail.

## LES DOCUMENTS DE BASE DE LA BDMS

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

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

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

## UNE DYNAMIQUE D'EQUIPE AUTOUR DE LA PERINATALITE

Au sein de l'ONE, le travail de collecte des informations sociales et médicales est au premier plan effectué par les PEP'S (Partenaires Enfants-Parents), les sages-femmes et médecins des consultations. Les encodeurs-vérificateurs, en plus du travail de base d'encodage, ont un rôle de contrôle de la cohérence et de la qualité des données. Ils s'assurent qu'elles sont complètes et exploitables. Les conseillers médicaux sont les garants de la conservation des fichiers et du contenu dans les administrations décentralisées (subrégionales).

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

Les gestionnaires de projets de la BDMS au sein des Directions Recherches et Développement et Santé sont chargés du nettoyage, du contrôle et de la vérification des fichiers, de la représentativité des données, de l'analyse et de l'exploitation de données ainsi que des publications qui en découlent. Ceci, avec l'accompagnement des conseillers (pédiatres, gynécologues et sages-femmes) de l'ONE. Ils veillent également à restituer les résultats aux acteurs de première ligne, et collaborent à la communication de ces résultats en interne comme à l'externe.

Le maître de fichier de la BDMS est la personne de référence par rapport aux aspects législatifs et obligatoires de la BDMS.

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

## UNE RIGUEUR DANS LA GESTION DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ET CONFIDENTIELLES

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

Les informations confiées à l'ONE visent un accompagnement préventif des familles. Elles sont traitées de manière confidentielle dans le respect du secret professionnel et de la législation en vigueur. Elles sont anonymes.

Les informations ainsi traitées ne permettent qu'une description de la population des bénéficiaires des services de l'ONE en termes généraux. Le traitement de données et les rapports établis sur cette base sont sous la responsabilité d'un maître de fichiers.

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

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

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

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

## ASSURER LE CONTROLE ET LA QUALITE DES DONNEES, UN METIER EN SOI



«...»

### Isabelle Dauvin

Opérateur administratif polyvalent, Encodeuse-vérificatrice BDMS, Administration subrégionale du Luxembourg

#### **Avez-vous des contacts réguliers dans l'exercice de votre travail avec les PEP's, les Coordinateurs, l'équipe BDMS de l'AC (Administration centrale), etc. ?**

*J'ai surtout des contacts avec la Cellule BDMS de l'Administration centrale pour obtenir les informations correctes sur certaines procédures liées à l'encodage, et, avec son secrétariat quand je dois faire part des matricules des nouvelles PEP's. J'ai également quelques contacts avec les Coordinatrices accompagnement concernant les fiches de premier contact et les bilans de santé, surtout lorsqu'elles sont amenées à réaliser les entretiens de fonctionnement avec les PEP's.*

#### **Dans les données que vous recevez, y a-t-il des éléments pour lesquels vous devez recontacter les PEP's ?**

*Oui, je recontacte les PEP's principalement lorsque je constate une erreur ou des données manquantes dans l'avis de naissance ou la fiche de premier contact. De même, je suis parfois amenée à reprendre contact avec elles lorsque la fiche de premier contact ne correspond pas à l'avis de naissance ou encore, si celui-ci est manquant dans le dossier.*

#### **Ces dernières années, si tel est le cas, en quoi votre travail a-t-il évolué ?**

*Au niveau de la BDMS, j'ai désormais l'opportunité de transmettre les statistiques directement au Coordinateur subrégional de l'ASR du Luxembourg. Auparavant, ces chiffres passaient d'abord par l'AC (Administration centrale). Je me sens donc plus valorisée dans mon travail.*

*Pour conclure, je dirais que le travail lié à la BDMS est un peu comme « mon bébé » et je suis heureuse de pouvoir m'y investir.*



### **Candy Hamtiaux**

Support administratif polyvalent, Encodeuse-vérificatrice BDMS  
Administration subrégionale du Luxembourg

#### **Avez-vous des contacts réguliers dans l'exercice de votre travail avec les PEP's, les Coordinateurs, l'équipe BDMS de l'AC (Administration centrale), etc. ?**

*Oui, je contacte les PEP's pour des questions de précisions liées à l'encodage des données car le formulaire papier dont elles disposent ne correspond pas toujours exactement à notre programme. Et donc, elles ne se rendent pas toujours compte de toutes les données qui doivent être complétées.*

*Avec l'équipe BDMS de l'AC (Administration centrale), c'est principalement pour demander des ajouts de matricules dans la base de données.*

*En ce qui concerne les Coordinatrices accompagnement, je les contacte lorsqu'il y a des soucis pour compléter les bilans, pour signaler des erreurs d'encodage ou des données manquantes.*

#### **Dans les données que vous recevez, y a-t-il des éléments pour lesquels vous devez recontacter les PEP's ?**

*Oui, certains documents nous reviennent avec beaucoup de données manquantes, ou des identifiants incorrects. Nous faisons tout notre possible pour obtenir des bilans complets et corrects.*

#### **Ces dernières années, si tel est le cas, en quoi votre travail a-t-il évolué ?**

*Nous effectuons des vérifications avant encodage notamment en ce qui concerne les identifiants et ceci pour éviter d'éventuels doublons. Les documents étant anonymes.*

*Nous disposons également d'un système d'encodage en interne que ma collègue Isabelle Davin a créé il y a quelques années. Il s'agit d'un tableau dans lequel nous répertorions par années et maternités, les avis de naissance, les fiches de premier contact et les bilans. Grâce à celui-ci, nous savons repérer facilement le nombre de documents rentrés par les PEP's.*

# CHAPITRE 1



L'entretien préconceptionnel

## 1.1. LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

Extrait d'un article du Dr P. Delvoye

La première consultation prénatale se situe en général entre la 6<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> semaine de grossesse. Parfois bien plus tard. Or, c'est au cours des 8 premières semaines que ces organes sont les plus vulnérables. Le système nerveux sera le plus sensible à des déficits nutritionnels (acide folique), à des agressions virales (rubéole, varicelle), ou toxiques (alcool, drogues).

Il importe donc de sensibiliser tant la population en âge de reproduction que les prestataires de santé impliqués dans la santé maternelle et infantile, sur l'importance d'une consultation préconceptionnelle. La consultation prénatale ne permet le plus souvent que le dépistage (prévention secondaire) de nombreuses maladies affectant le fœtus, alors que plusieurs affections pourraient bénéficier d'une prévention primaire (avant l'apparition de la maladie) si les soins adéquats ou les conseils utiles étaient dispensés avant le début d'une grossesse.

La consultation préconceptionnelle est donc une prise en charge spécifique s'adressant à toute femme ou tout couple qui programme une grossesse dans un avenir proche. Elle vise tant l'information préconceptionnelle que la réalisation ou la prescription de certains actes.

La démarche préventive spontanée concernant le bien-être d'un enfant non encore conçu, n'est pas une démarche évidente et l'offre de service par la création de consultations spécialisées n'est pas garantie d'un succès immédiat. Dans une optique de prise en charge globale, il semble tout aussi efficace d'intégrer la consultation préconceptionnelle dans les soins de santé de première ligne, c'est-à-dire dans la consultation de médecine générale, dans la consultation de gynécologie générale, dans les Centres de planning familial ou encore dans les consultations pré et postnatales qui deviendraient des « consultations préconceptionnelles, prénatales et postnatales<sup>1</sup> ».

## 1.2. L'ENTRETIEN PRECONCEPTIONNEL, UN INCITANT A LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

Au détour de leurs contacts avec les familles, quelques PEP's de la province de Luxembourg ont été interpellées par des questions portant sur le domaine préconceptionnel. Elles ont exprimé le désir d'accroître leurs connaissances sur le sujet afin de mieux répondre à de telles demandes.

Si la plupart des soignants impliqués dans le secteur prénatal sont bien conscients des bénéfices que peut apporter une bonne prise en charge préconceptionnelle, force est de constater que cette dernière est le plus souvent le fruit d'une opportunité, d'une exception à la règle. En effet, rares sont les futurs parents qui entreprennent un tel processus de leur propre initiative. C'est en général lors de consultations gynécologiques de routine que le sujet sera abordé. Les différentes campagnes de sensibilisation se sont souvent révélées décevantes. L'intérêt d'une prévention primaire d'excellent niveau n'est cependant plus à démontrer.

L'entretien préconceptionnel n'a pas la prétention de se substituer à une consultation préconceptionnelle, il se veut plutôt un incitant à promouvoir une telle démarche qui sera assurée par les soins du gynécologue, du médecin généraliste ou de la sage-femme.

Le rôle du/de la PEP's consistera à donner les informations essentielles, à répondre aux principales préoccupations, à donner des conseils d'hygiène de vie par exemple du point de vue nutritionnel ou encore à propos d'éventuelles assuétudes.

Pour s'approprier son dossier médical, la patiente reçoit un document reprenant les principaux éléments à surveiller. Lequel servira de guide et pourra être complété avec l'aide d'un soignant habilité à prescrire différents examens médicaux ou biologiques ainsi que d'éventuels traitements.

Afin d'assurer les connaissances de base élémentaires à cet entretien préconceptionnel, une formation spécifique a été mise sur pied. Cette implication des PEP's s'inscrit donc bien dans le cadre de la prévention primaire, de l'éducation à la santé et répond ainsi aux missions assignées à l'ONE.

L'entretien peut se dérouler à domicile ou au sein d'une consultation ONE.

<sup>1</sup> Dunlop A., Jack B., Frey K., *National Recommendations for Preconception Care : The essential Role of the Family Physician*, J. Am Board Fam Med, 20, 81-84, 2007.



## Bérengère Monhonval

*J'ai fait la rencontre de Claire et Bernard chez eux, dans leur appartement. Ce jeune couple âgé respectivement de 29 et 31 ans, a récemment déménagé dans le sud de la province du Luxembourg, pour des raisons professionnelles.*

*Depuis quelques mois, l'idée d'avoir un bébé se concrétise. Comme ils se sont éloignés de leurs familles, ils ont pris contact avec moi par téléphone afin de poser leurs questions en lien avec une éventuelle grossesse, le suivi de celle-ci, et tout ce qui concerne l'arrivée d'un enfant.*

*Nous avons évoqué ensemble bon nombre de sujets capitaux avant l'arrivée d'un enfant comme l'importance de l'alimentation et des compléments d'acide folique et de vitamines D, ou encore, la nocivité du tabac et de l'alcool.*

*Par ailleurs, nous avons revu ensemble le cycle menstruel physiologique, les vaccinations de chaque membre du couple, ainsi que les étapes et le déroulement d'une grossesse.*

*J'ai aussi abordé l'importance du suivi par un gynécologue et/ou une sage-femme, car Claire n'a plus vu de médecin depuis un certain nombre d'années. Elle est en bonne santé générale mais se souvient vaguement qu'on lui avait parlé d'un fibrome et d'un problème de thyroïde. Je l'ai donc encouragée à prendre rapidement rendez-vous avec un gynécologue de son choix pour faire le point.*

*Avant de les quitter, je leur ai remis le dossier préconceptionnel que nous avons complété ensemble afin qu'ils puissent en discuter lors du rendez-vous médical.*

*Heureuse de pouvoir offrir ce nouveau service à de futurs parents, j'ai repris ma journée en tant que PEP's de prénatale en leur assurant de ma disponibilité s'ils le souhaitent, ainsi que de celle de mes collègues de secteur.*



## CHAPITRE 2



Le suivi des femmes enceintes  
en province de Luxembourg

Sur l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne un réseau de Consultations prénatales de quartier et hospitalières (CPN). Il organise également un service d'accompagnement dénommé « Plateforme prénatale ». Toutes les structures et services ONE pour les femmes enceintes sont accessibles gratuitement à toutes les familles. Le travail y est mené par les PEP's, sages-femmes et médecins (généralistes ou gynécologues).

En 2018, la province de Luxembourg comptait 1 Plateforme prénatale pour le suivi de la grossesse dans toute la province avec 3 PEP's (2 ETP) pour couvrir tout le territoire.

L'approche du suivi de la grossesse dans le cadre de la Plateforme est différente des structures prénatales classiques, du fait que les aspects psychosociaux du suivi sont sous la houlette du PEP's de l'ONE, et le pendant médical étant réalisé par les prestataires externes (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues) collaborant avec l'ONE.

Une autre particularité de la Plateforme est que les femmes suivies sont toutes en situation de vulnérabilité et elles sont référées par diverses structures et professionnels pour ces raisons.

Les demandes de suivi émanent des bénéficiaires elles-mêmes, des gynécologues ou des maternités, des collègues PEP's de secteurs et des partenaires du réseau (CPAS, PSE, Croix-Rouge, ASBL diverses, etc.).

## RÔLE DU SUIVI DE LA GROSSESSE DANS LE CADRE DE LA PLATEFORME

Dans le cadre de la Plateforme, le suivi de la grossesse permet d'accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse dans le respect de leur autonomie mais aussi d'assurer un suivi préventif de type psycho-médi-co-social. Il permet de veiller au bien-être de la future mère et de son futur enfant et de soutenir la parentalité.

## LES OBJECTIFS DE CE SUIVI

- Réduire les risques de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.
- Elaborer et mettre en oeuvre les projets d'accompagnement périnatal.
- Favoriser l'évolution harmonieuse de la grossesse et préserver la santé des futures mères.
- Lutter contre toutes les complications de la grossesse et de l'accouchement pouvant affecter la santé de la mère et/ou de l'enfant.
- Fournir aux familles les informations concernant le soutien à la parentalité.



### **Bérengère Mohonval**

Partenaire Enfants-Parents, Sage-femme,  
conseillère au Collège des conseillers gynécologues et sages-femmes de l'ONE

#### **Dans quel contexte a été imaginée cette formule de service aux femmes enceintes ?**

*Je suis arrivée à l'ONE en 2012, juste un peu après que la Plateforme a été lancée. C'est le docteur Fivet, conseiller gynécologue pour la province de Luxembourg et la coordinatrice Accompagnement de l'époque, madame Gillardin, qui sont à l'origine de ce service. Le docteur Fivet avait participé à un Congrès à Angers dans lequel le thème de l'articulation d'un réseau de soutien de futures mères en situation de vulnérabilité avait été abordé par une sage-femme.*

*A l'époque, il n'y avait plus de structure prénatale en province de Luxembourg. Etant donné la grande étendue de la province, le caractère rural et l'isolement de certaines familles, il a décidé de lancer ce projet.*

#### **De la création à aujourd'hui, quels éléments de la Plateforme ont évolué ?**

*Dès son lancement, la Plateforme a connu un succès quasi immédiat et notre équipe s'est agrandie au fil du temps.*

*A l'heure actuelle, nous sommes réellement un acteur majeur de l'accompagnement prénatal dans la Province. Nous avons effectué un travail important sur le terrain de présentation et développé une série de partenariats. Nous sommes donc devenus très visibles.*

*Nous observons une augmentation constante des demandes de prise en charge pour toutes sortes de vulnérabilités comme des victimes de violence, des addictions ou encore des femmes isolées.*

*Enfin, le point commun qui me frappe parmi toutes ces femmes est le trouble de l'attachement. Elles souffrent souvent de carences affectives et notre rôle est de les sécuriser dans leur situation spécifique et de les soutenir dans leur rôle de parent.*

*En somme, nous sommes souvent la première personne avec laquelle elles réussissent à tisser un lien de confiance et une relation continue et positive.*

#### **Quelles femmes bénéficient de cet accompagnement ?**

*Nous rencontrons des mamans seules ou vivant en milieu d'accueil, des mineures, des femmes en situation de précarité sociale ou encore victimes de violences intrafamiliales ou conjugales.*

## 2.1 LE « VOLET PRÉNATAL » DE LA BDMS

Dans le cadre de la Plateforme prénatale, les données concernant le suivi de la grossesse sont collectées par les PEP's via un formulaire standardisé appelé « Volet prénatal » ou « Volet épidémiologique périnatal ».

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

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

### Evolution du ratio entre le nombre de documents « Volet prénatal » complétés et le nombre de femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme du Luxembourg.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>BDMS</b>	-	41	75	67	73	50	71
<b>DCVD</b>	40	57	78	82	70	71	73
<b>BDMS/DCVD</b>	-	71,9%	96,2%	81,7%	104,3%	70,4%	97,3%

BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018 et DCVD-ONE « Nombre de femmes enceintes inscrites en province de Luxembourg », 2012-2018

Pour la Plateforme prénatale du Luxembourg, le nombre de nouvelles demandes d'accompagnement prises en charge depuis sa création figure sur le tableau ci-dessus sur la ligne de la DCVD.

Le nombre total de prises en charge d'une année est toujours à majorer des accompagnements de l'année précédente, et qui restent toujours en cours.

La date d'inscription pour le suivi de la grossesse peut être différente de la date où le « volet prénatal » est complété. Ces différences peuvent engendrer des glissements d'une année à l'autre pour le calcul des ratios entre ces deux sources d'information.

Pour le cas de la Plateforme et en l'absence de couverture par une mutuelle, elle assure la prise en charge de chaque femme enceinte inscrite. Elle est donc la source authentique du nombre de femmes prises en charge par l'ONE, dans le cadre du suivi de la grossesse.

Sur cette base, on observe que le « Volet prénatal » de la BDMS n'est pas établi pour toutes les femmes suivies par l'ONE.

Depuis la mise en place de la Plateforme en province de Luxembourg en 2012, on observe que le taux de couverture du nombre de volets prénatals complétés et renvoyés par rapport au nombre de femmes effectivement suivies est relativement bon, ce qui permet de décrire valablement les caractéristiques de la population bénéficiant de ce service.

Globalement, au sein du service rendu dans le cadre de la Plateforme, le ratio entre le nombre de « volet prénatal » de la BDMS encodés et le nombre de femmes « nouvelles inscrites » DCVD pour leur suivi de la grossesse par l'ONE, se situe à 87,5% (Moyenne 2013-2018).

Vu le faible nombre de femmes enceintes annuellement suivies, et afin d'éviter de grandes variations qui en sont liées, les graphiques et pourcentages seront la plupart du temps construits avec les chiffres cumulés des années 2013 à 2018.



## 2.2 LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES DANS LE CADRE DE LA PLATEFORME PRÉNATALE DE LUXEMBOURG

Les femmes enceintes suivies dont les données sont reprises dans ce sous-chapitre représentent l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE dans le cadre de la Plateforme prénatale en province de Luxembourg. Ces données proviennent du « volet prénatal » complété par les Partenaires Enfants-Parents (PEP's) assurant l'accompagnement de ces femmes.

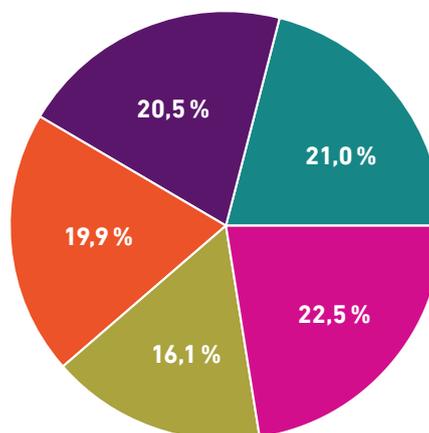
L'année de référence est celle de l'inscription de la femme pour le suivi de sa grossesse.

### 2.2.1 La répartition géographique des femmes enceintes suivies

Parmi les 377 documents « volet prénatal » encodés de 2013 à 2018, 92,0% (347) résident dans la province de Luxembourg, les autres résident en dehors de la province (6,7%). Dans cette dernière catégorie, les femmes enceintes suivies résident essentiellement en province de Namur (5% de l'ensemble des femmes suivies). Le reste de la Wallonie couvre 0,9% des femmes suivies. La résidence à l'étranger est mentionnée pour 0,8% des femmes suivies. Pour 1,3% de l'ensemble des documents encodés, la résidence des femmes suivies manque.

La répartition par arrondissement des 347 femmes enceintes suivies, résidant en province de Luxembourg est la suivante.

Répartition des femmes enceintes suivies par la Plateforme de Luxembourg selon l'arrondissement de résidence

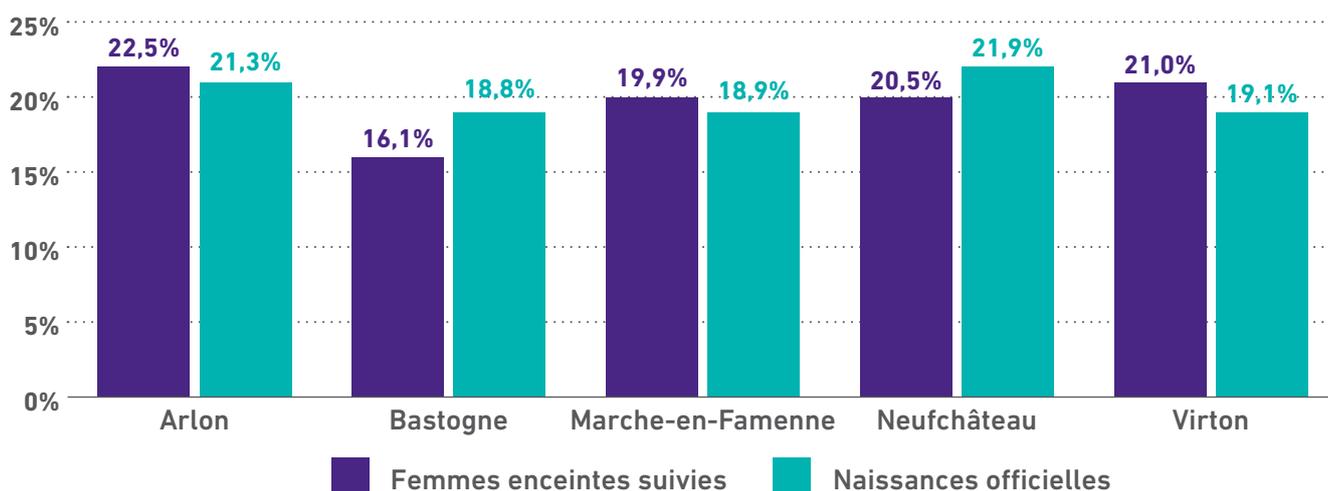


<span style="color: #e91e63;">■</span> Arlon	22,5 %
<span style="color: #8bc34a;">■</span> Bastogne	16,1 %
<span style="color: #ff9800;">■</span> Marche	19,9 %
<span style="color: #4b0082;">■</span> Neufchâteau	20,5 %
<span style="color: #009688;">■</span> Virton	21,0 %

Les données officielles de naissances publiées par Statbel (Office belge de statistiques) pour l'année 2017 montrent sensiblement la même répartition que celle observée ici pour les femmes enceintes suivies par l'ONE dans le cadre de la Plateforme en province de Luxembourg de 2013 à 2018.

Cette relation permet d'avancer que tous les arrondissements de la province sont bien desservis par la Plateforme.

Répartition de femmes enceintes suivies par l'ONE et de naissances par arrondissement en province de Luxembourg



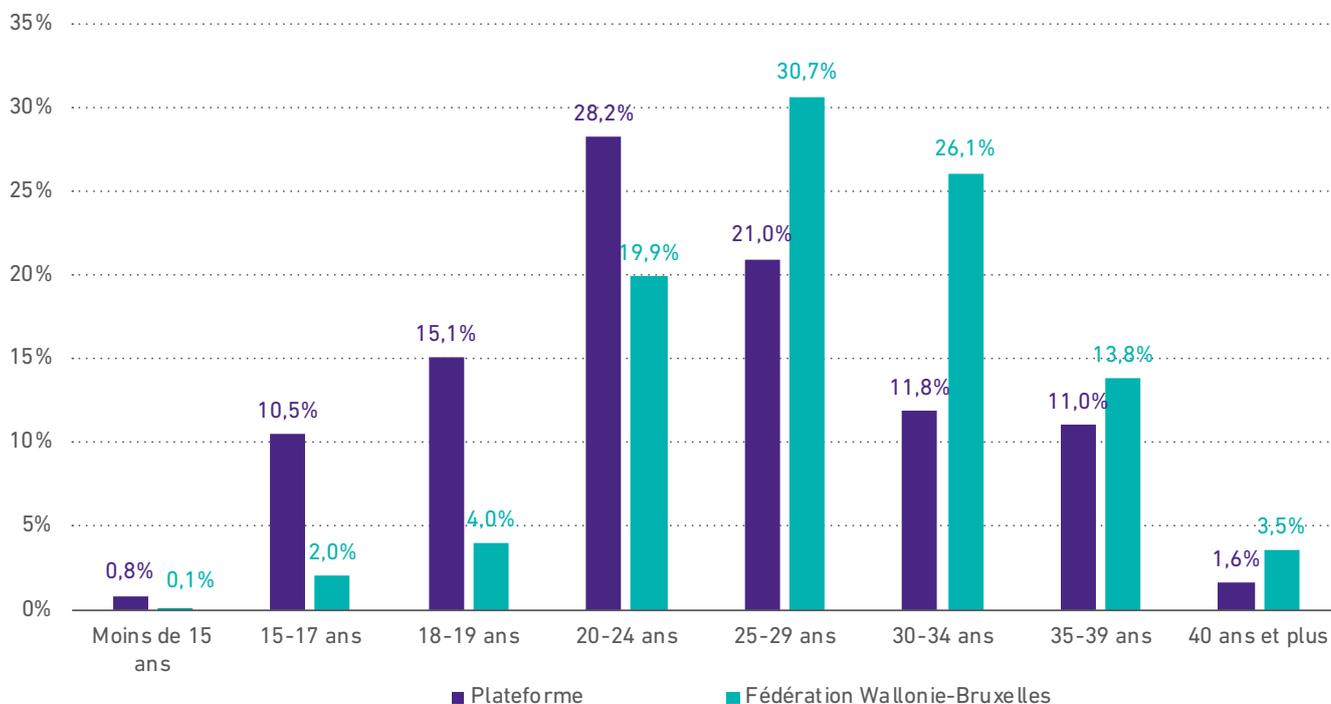
Les femmes enceintes suivies sont 27,4% à n'avoir encore jamais accouché (Parité 0). Les femmes de cette classe de parité représentent une priorité dans l'accompagne-

ment par les PEP'S de la Plateforme et sont plus souvent demandeuses d'informations diverses.

## 2.2.2 L'âge des femmes enceintes suivies

L'âge moyen des femmes enceintes suivies entre 2013 et 2018 au sein de la Plateforme est de 25 ans. La plus jeune a 13 ans et la plus âgée 43.

### Evolution des catégories d'âge des femmes enceintes suivies par la Plateforme



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

La catégorie d'âge des femmes enceintes la plus représentée est celle des « 20-24 ans » qui représente presque 3 femmes enceintes suivies par les PEP's de la Plateforme sur 10.

Globalement, la courbe décrite par l'âge des femmes enceintes suivies par catégorie est décalée vers la gauche par rapport à celle des femmes suivies par l'ONE au sein de ses consultations et services prénataux. Les femmes accompagnées par la Plateforme sont donc en moyenne, plus jeunes que l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE.

Le nombre étant petit, il est difficile d'interpréter l'évolution de l'âge par catégorie des femmes suivies au fil des années. Cependant, l'âge moyen par année a peu évolué, oscillant entre 23 et 25 ans, sauf en 2017 où il était de 27 ans.

Les proportions de femmes enceintes très jeunes (moins de 20 ans) représentent plus de 25% des femmes enceintes suivies (26,3%) et 6,1% des femmes suivies au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles par l'ONE.

Elles sont une centaine à être suivies dans le cadre de la Plateforme entre 2013 et 2018 et plus de 4000 à l'échelle de la Fédération.

Pour ces femmes dont certaines sont très jeunes, l'accompagnement nécessite des aptitudes et postures professionnelles très particulières, des relais et un soutien spécifique.

L'âge très jeune des femmes enceintes est donc un des marqueurs de la vulnérabilité et constitue une des préoccupations des travailleurs de première ligne.

### 2.2.3 Les nationalités d'origine des femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale de Luxembourg

79,5% des femmes enceintes suivies sont d'origine belge et, 20,5% issues d'un autre pays que la Belgique.

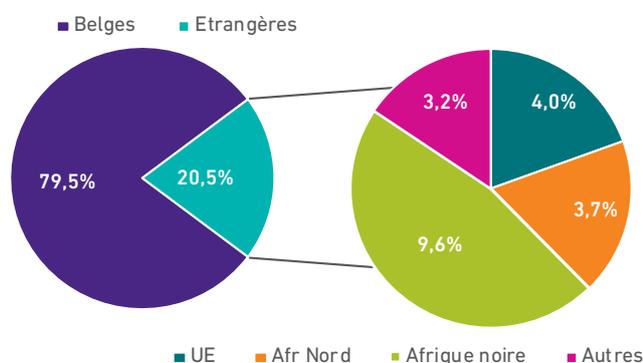
#### 2.2.3.1 La nationalité d'origine

Pour la BDMS, la nationalité d'origine de la femme enceinte sous-entend la nationalité qu'elle porte au moment de sa venue au monde.

#### 2.2.3.2 Les femmes enceintes d'origine étrangère

L'ensemble des femmes d'origine étrangère suivies ces 6 dernières années par les PEP's de la Plateforme de Luxembourg sont issues de 34 pays différents.

#### Répartition des femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme de Luxembourg selon leur nationalité d'origine



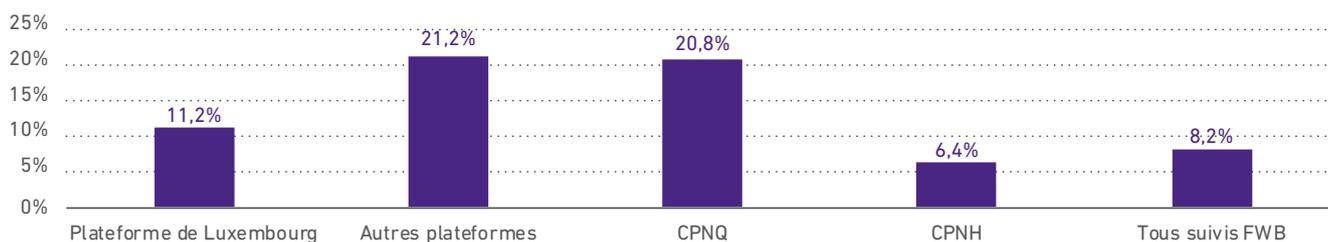
BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Près de la moitié de celles-ci sont originaires des pays d'Afrique subsaharienne, soient 9,6% de l'ensemble des femmes enceintes suivies ; puis viennent les femmes originaires de l'un des 28 pays de l'Union Européenne (4,0%) ; les femmes originaires des pays d'Afrique du Nord (3,7%) et la catégorie « autres » qui regroupe des femmes enceintes suivies originaires d'autres pays européens, d'Asie et d'Amérique latine (3,2%).

#### 2.2.3.3 Les femmes enceintes d'origine étrangère et primo-arrivantes

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

#### L'absence de couverture soins de santé chez les femmes selon le type de structure de suivi de la grossesse par l'ONE (Consultations prénatales ONE de Quartier ou CPNQ et hospitalières ou CPNH)

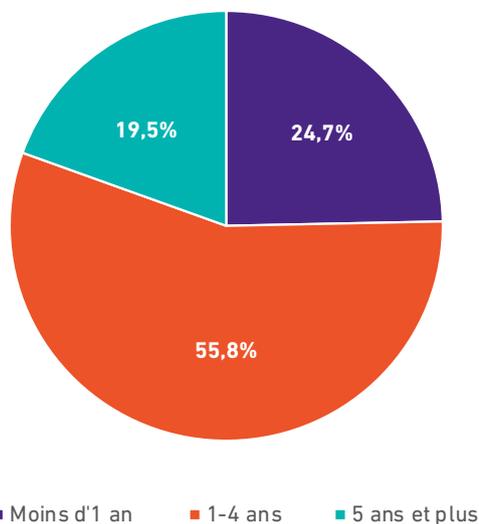


BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

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

4 femmes enceintes d'origine étrangère suivies dans le cadre de la Plateforme de Luxembourg sur 5 sont primo-arrivantes (80,5%). ¼ d'entre-elles est en Belgique depuis moins d'1 ans (24,7%).

#### Les femmes enceintes primo-arrivantes suivies d'origine étrangère



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

### 2.2.4 La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies

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

Cette absence n'est pas uniquement l'apanage des personnes primo-arrivantes ou d'origine étrangère. Elle est également le vécu d'un certain nombre de femmes enceintes d'origine belge en situation de précarité (sans abri, sans domicile fixe, etc.) ou pas.

Les conséquences peuvent être multiples dans l'accompagnement de ces femmes, allant de l'absence de tenue des rendez-vous ou l'irrégularité du suivi jusqu'à des risques pour leur santé et celle de leur enfant à venir.

Pour l'ensemble des femmes enceintes suivies en province de Luxembourg par la Plateforme, 11,2% (40/357) n'ont pas de couverture soins de santé. Les données manquantes étant exclues. Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles de 2013 à 2018, le pourcentage de femmes enceintes suivies par l'ONE n'ayant pas de couverture soins de santé est de 8,2%. (4496/50199).

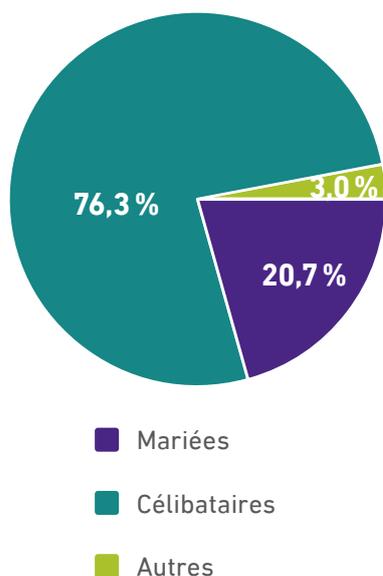
Des différences peuvent être plus ou moins marquées selon le type de structure ou la subrégion, permettant à l'ONE d'analyser régulièrement ses marqueurs d'accessibilité aux services.

### 2.2.5 L'état civil et la situation relationnelle des femmes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale de Luxembourg

En province de Luxembourg, la part des femmes enceintes mariées suivies est de 21%. Les femmes enceintes célibataires représentent 76% et les femmes enceintes ayant un statut de divorcées ou séparées reprises ici dans la catégorie « autres » représentent quant à elles 3%.

Pour toute la Fédération Wallonie-Bruxelles, les proportions de femmes enceintes suivies par l'ONE dans ces 3 catégories sont respectivement de 44,2%, 53,7% et 2,1%.

#### Répartition des femmes enceintes suivies par la Plateforme selon l'état civil

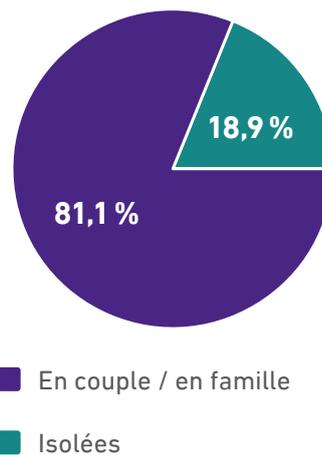


BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

La situation relationnelle est quant à elle une situation de fait. Elle décrit la situation quotidienne sur le plan relationnel en termes de contacts humains, de soutien et d'aide.

En province de Luxembourg, 81,1% des femmes enceintes suivies vivent en couple ou en famille et 18,9% vivent seules ou en maison d'accueil, donc isolées.

#### Répartition des femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale de Luxembourg selon leur situation relationnelle



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Notons, qu'en maison d'accueil, un réseau relationnel et de soutien peut se tisser autour de la femme enceinte (1,7% des femmes enceintes suivies vivent en maison d'accueil).

Parmi l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, 84,2% vivent en couple, 8,1% vivent en famille et 7,7% vivent isolées (seules ou en maison d'accueil) dont 0,7% de cette dernière catégorie en maison d'accueil.

La régulière question du statut de cohabitant qui est renvoyée à la BDMS spécifie que les femmes enceintes vivant en cohabitation restent des femmes célibataires. Elles se retrouvent en croisant la donnée d'« état civil » avec la « situation relationnelle » des femmes enceintes suivies.

L'état civil est une situation officielle de la femme enceinte suivie. Elle décrit une large majorité de femmes célibataires du fait de l'âge moyen relativement jeune. La situation relationnelle est un état de fait. Elle montre le réseau de soutien le plus proche des femmes, apparaissant ainsi capitale dans l'accompagnement des femmes isolées.

### 2.2.6 Le niveau d'enseignement des femmes enceintes suivies

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

Comme pour la plupart des structures de suivi de grossesse par l'ONE en général, la part de données manquantes pour cette variable reste importante (18,8%) en province de Luxembourg.

Le biais induit par cette limite appelle à la prudence pour le niveau d'enseignement des femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme.

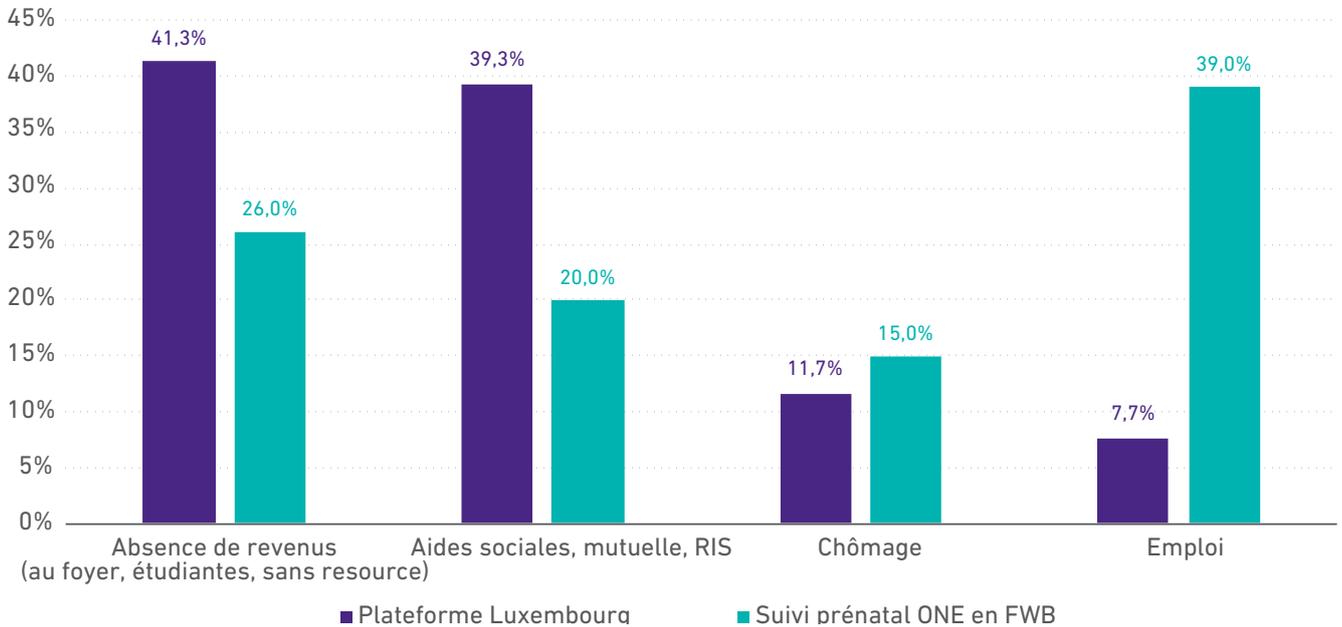
Près d'une femme enceinte sur trois n'aurait pas obtenu le diplôme d'études secondaires inférieures (31,0%).

## 2.2.7 La situation professionnelle des femmes enceintes suivies

La situation professionnelle de la femme enceinte suivie reflète le niveau de ressources matérielles disponibles.

La grossesse est un état qui engendre des besoins spécifiques en matière de santé. Outre les soins et suivis nécessaires durant cette période, il existe d'autres besoins liés notamment à l'hygiène (alimentaire et autres), à l'environnement de vie, à l'équilibre mental, etc. Le coût de tous ces besoins peut être conséquent.

### Comparaison de niveaux de ressources des femmes enceintes suivies par la Plateforme de Luxembourg et par toutes les structures prénatales de la Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

D'après les chiffres de Statbel<sup>1</sup>, dans la population générale, le taux d'emploi dépasse les 63% de femmes qui travaillent.

Parmi les femmes enceintes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, environ 40% occupent un emploi (38,2% entre 2013 à 2018). En province de Luxembourg, les femmes enceintes prises en charge par les PEP's dans le cadre de la Plateforme sont moins de 10% à disposer d'un emploi (8,1%).

La perception de terrain ONE va dans le sens des chiffres, qui témoignent de la précarité des femmes enceintes suivies.

Ces données démontrent la spécificité de ce service mis en place en 2012, et les besoins des familles qui l'utilisent. La Plateforme s'adressant à un public présentant des vulnérabilités.

L'absence de revenus caractérisant les étudiantes, les femmes au foyer ou encore les femmes sans ressources fixes (intérimaires, emplois non déclarés, emploi périodique, ...), ou la faiblesse des revenus (aides sociales diverses) sont des marqueurs de la précarité et de l'état de besoins qui ne peuvent être analysés séparément.

La problématique posée par l'absence de ressources complique l'accessibilité des services en limitant la mobilité des utilisatrices. Ainsi, le dispositif de la Plateforme

prend tout son sens dans les zones à faible densité de population. Dans un contexte où les ressources sont limitées et la fréquence des transports moins régulière, l'accès au service peut clairement être compromis.

Le renoncement aux soins pour raisons financières pourrait certainement être plus marqué en l'absence de ce type de service.

La proportion de femmes bénéficiant des ressources d'un emploi est également moindre du fait, en partie, d'une part relativement élevée de femmes jeunes, encore aux études.

## 2.2.8 Les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies par la Plateforme prénatale de Luxembourg

Les habitudes tabagiques durant la grossesse sont une des causes évitables très importantes de complications de la grossesse, de prématurité ou de faible poids de naissance. De nombreux effets<sup>2</sup> attribuables au tabac portent atteinte à la santé du nourrisson ou du jeune enfant, voire même de l'adulte.

### 2.2.8.1 La consommation quotidienne de cigarettes

La dépendance au tabac s'installe relativement rapidement du fait de sa triple action physique, psychologique et comportementale. Il arrive cependant qu'en elle-même, la

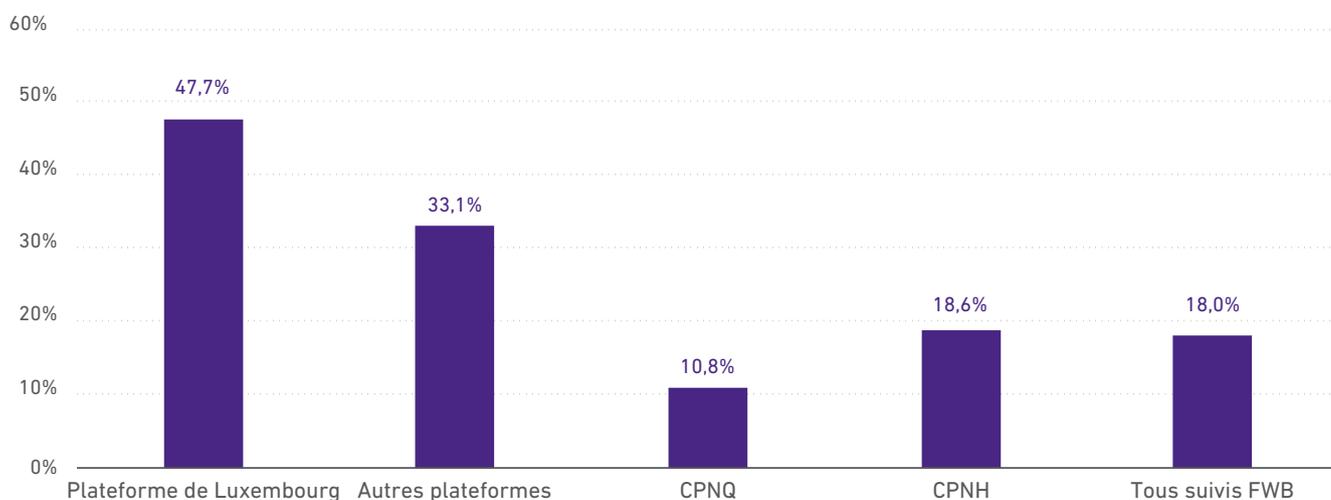
<sup>1</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/emploi-et-chomage> consulté ce 12.02.20

<sup>2</sup> Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med.* 2008 Jul 3; 359(1): 61-73.

grossesse induit un arrêt du tabac. Cependant, de nombreuses femmes enceintes continuent de fumer malgré leur état et parfois, malgré la connaissance des risques encourus.

Les femmes enceintes suivies sont près d'1 sur 2 à fumer (47,7%). En début de grossesse, elles fument en moyenne 13 cigarettes par jour.

### Proportions de femmes enceintes suivies qui déclarent fumer quotidiennement selon le type de structure de suivi de la grossesse par l'ONE



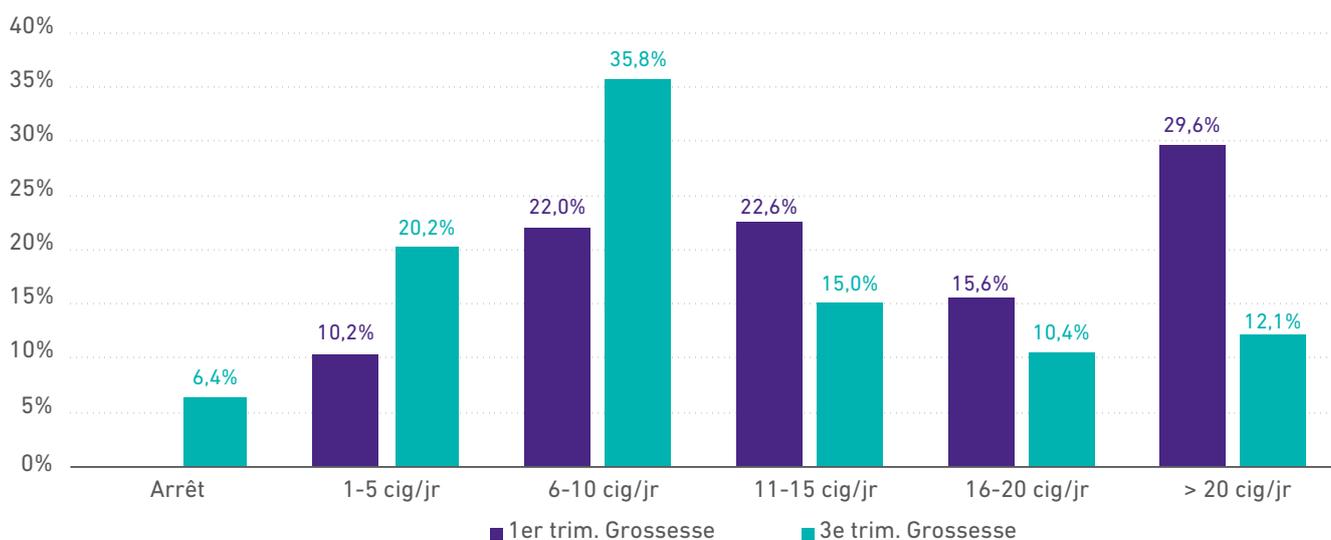
BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Si pour les femmes enceintes suivies par l'ONE la proportion de femmes qui fument est de 18%, celle-ci est différente selon que ces femmes sont suivies par les consultations prénatales de quartier ou en milieu hospitalier. Les Plateformes touchent une population de femmes enceintes plus habituée au tabagisme qu'il faut mettre en relation avec le jeune âge, l'absence d'occupation professionnelle, etc. Dans les consultations prénatales de quartier, étant données qu'elles sont surtout implantées à Bruxelles (7/13), la population qui fréquente les structures est majoritairement étrangère et moins habituée à une consommation de cigarettes au quotidien.

Il faut mentionner que pour la particularité de la province du Luxembourg, la cigarette semble plus accessible financièrement qu'ailleurs, en raison de la proximité avec le Grand-Duché où les prix de cigarettes sont plus bas.

Au premier trimestre de grossesse, parmi les fumeuses, la répartition est pratiquement égale selon les catégories de 10 cigarettes suivantes : Autour de 1/3 des femmes enceintes fument jusqu'à 10 cigarettes par jour (32,2%) ; un peu plus de 1/3 fument entre 11 et 20 cigarettes par jour (38,2%) et presque 3 femmes sur 10 fument plus de 20 cigarettes par jour (29,6%).

### Habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale de Luxembourg et consommation de cigarettes entre le 1er et le 3e trimestre de la grossesse



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

On peut observer que 6,4% des femmes enceintes vont cesser de fumer entre le 1er et le 3e trimestre de leur grossesse. Et, celles qui cessent de fumer sont surtout celles qui fument moins de 10 cigarettes par jour. La plupart des femmes vont diminuer leur consommation quotidienne de cigarettes.

On peut inversement observer chez quelques femmes, une augmentation de la consommation de cigarettes entre le 1er et le 3e trimestre de grossesse.

### 2.2.8.2 Les autres formes de tabagisme

La consommation de cigarettes au quotidien évoquée ci-dessus concerne surtout la forme la plus courante de cigarettes connue sous la forme de cigarettes manufacturées, et dans une certaine mesure les cigarettes de tabac à rouler.

Les cigares, (les cigarillos) et la pipe ne sont pas considérés, car ils ne sont pas courants dans la population considérée, et les substances qu'ils contiennent peuvent différer très fort.

La chicha : elle est une pipe à eau servant à fumer du tabac. Elle peut être composée de différents types de tabac dont du tabac pur, mais aussi des parfums, humidifiants ou même des huiles. En quantité de tabac, une consommation unique de chicha peut équivaloir à 2 paquets de cigarettes.

Elle présente un risque d'intoxication au CO (monoxyde de carbone) lié à la combustion du charbon. De plus en plus de jeunes s'y adonnent et notamment les jeunes filles.

La cigarette électronique : promue au départ pour réduire la consommation de produits du tabac ou pour arrêter de fumer, la cigarette électronique a ensuite suscité une certaine curiosité. Si les substances toxiques y sont moins nombreuses (CO, Goudron, ...) que dans la fumée de tabac, ses composantes additives et aromatiques pourraient susciter des interrogations sous l'effet de la chaleur. La e-cigarette pourrait même avoir un rôle d'initiation au tabagisme.

## 2.2.9 La consommation de cannabis durant la grossesse

Le cannabis est la drogue illicite la plus courante. Les chiffres de prévalence de la consommation de cannabis durant la grossesse sont difficiles à estimer. Les études ont souvent recours à des questionnaires et non à des dosages.

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

Une boisson alcoolisée, ou un alcool, est une boisson contenant de l'éthanol. Le vin, la bière, les eaux-de-vie, sont des exemples de boissons alcoolisées très courantes. L'alcool est une substance psychotrope universelle considérée par l'OMS comme un produit à potentiel addictif

important au même titre que les drogues illicites.

### 2.2.10.1 La consommation d'alcool en Belgique

Selon l'enquête de santé de 2013<sup>3</sup> (Gisle, 2014), 82 % des belges âgés de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool au cours de l'année. Les buveurs hebdomadaires ont une consommation moyenne de 11 verres d'alcool par semaine (comme en 2008) et la surconsommation hebdomadaire (plus de 14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres par semaine pour les hommes) concerne 13 % des buveurs hebdomadaires (soient 6 % de la population totale âgée de 15 ans et plus).

La consommation d'alcool au quotidien est plus fréquente à mesure que l'on progresse en âge.

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 (De Ridder et al., 2016) montre quant à elle que la bière est consommée en plus grande quantité (94 g par jour) que le vin (47 g par jour). Les hommes boivent de plus grandes quantités de bière que les femmes, mais consomment une quantité égale de vin. Au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente, la consommation de vin augmente.

Les revenus des accises permettent aussi de constater que la consommation globale d'alcool en Belgique n'a pas beaucoup évolué ces dernières années (données du SPF Finances).

### 2.2.10.2 En province de Luxembourg

Le pourcentage de jeunes ayant connu des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante et d'ivresse ne sont pas négligeables. L'Enquête Jeunes menée par l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg entre 2010 et 2012 a mis notamment en évidence les constats suivants :

- A 16 ans, parmi ceux qui ont déjà bu un verre entier d'alcool, 7,6 % des garçons et 3,4 % des filles ont déjà connu au moins dix épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante au cours du dernier mois précédant l'enquête ;
- A 16 ans, parmi ceux qui ont déjà bu un verre entier d'alcool, une fille sur deux et sept garçons sur dix ont déclaré avoir déjà été ivre.

La question de l'alcool sur base de nombreuses actions et études est une préoccupation des autorités de la province.

### 2.2.10.3 L'alcool durant la grossesse

La factsheet du VAD<sup>4</sup> (Möbius & De Donder, 2017), le centre d'expertise flamand sur l'alcool et les autres drogues, indique que la consommation reste constante sur les dix dernières années. La consommation problématique augmente ces dernières années, et le nombre d'hospitalisation pour un trouble lié à l'alcool a augmenté de 13 %.

L'étude décrit que 33 % des femmes ont bu de l'alcool pendant leur grossesse, et 43 % pendant l'allaitement.

<sup>3</sup> [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ\\_LS\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2013.pdf)

<sup>4</sup> [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_9438\\_advies\\_alcohol.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9438_advies_alcohol.pdf)

L'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS 8462, 2009) sur les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement indiquait qu'il « est impossible, sur base des données actuelles, de garantir une limite en dessous de laquelle une consommation d'alcool par la mère durant la grossesse serait sans danger pour l'enfant à naître ».

Leurs recommandations :

- L'arrêt total d'alcool pour les femmes en âge de procréer, avant une grossesse et pour les femmes enceintes. Les professionnels de la santé devraient informer les femmes en âge de procréer des risques encourus et les aider à tout faire pour réduire au maximum une exposition prénatale à l'alcool.
- Éviter l'alcool pour les femmes qui allaitent. Et, de retarder la tétée ou d'exprimer le lait avant.

#### 2.2.10.4 La recommandation du CSS

Afin de limiter les risques pour la santé, liés à la consommation d'alcool, le CSS recommande pour les femmes enceintes ou qui allaitent de ne pas boire de boissons alcoolisées.

Entre autres recommandations plus larges du CSS, on peut noter l'interdiction de la publicité et le sponsoring, le renforcement de la législation, mais aussi le renforcement structurel de l'éducation, la prévention et la réduction des risques (informations de santé et éducation à la santé via divers canaux).

#### 2.2.11 Les autres assuétudes

Tout comme les assuétudes évoquées ci-dessus, la consommation des drogues, médicaments et autres produits peuvent avoir des conséquences importantes chez la femme enceinte tant au plan biologique que social et psychologique. Mais aussi pour l'enfant à venir. Les conséquences<sup>5</sup> potentielles sont obstétricales (risque d'avortement spontané, menace d'accouchement prématuré...), néonatales (augmentation de la prématurité et risque de syndrome de sevrage plus ou moins important selon la substance, la dose consommée et l'ancienneté de la consommation), et surtout à plus long terme chez l'enfant. Les conséquences diffèrent selon les produits mais globalement, les enfants exposés présenteraient davantage de troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives), de troubles du comportement, de retard de croissance, de symptômes psychiatriques (anxiété, symptômes dépressifs...).

En dehors des produits, la dépendance au jeu ou aux écrans apparaît de plus en plus, et avec de moins en moins de discrimination de genre.

#### 2.2.12 La corpulence des femmes enceintes suivies en Fédération Wallonie-Bruxelles

La corpulence est décrite par un indicateur appelé Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI en anglais). Il est le rapport entre le poids en kilogrammes et le carré de la taille en mètre.

Cette mesure est prise en dehors de la grossesse (avant) et est déterminante pour l'enfant à venir, notamment pour son poids de naissance.

On peut catégoriser l'indice de masse corporelle en plusieurs classes ayant des caractéristiques bien spécifiques.

- IMC < 15 : dénutrition
- 15 < IMC < 18,5 : maigre
- 18,5 < IMC < 24,9 : poids « normal »
- 25 < IMC < 29,9 : surpoids
- 30 < IMC < 34,9 : obésité de classe 1
- 35 < IMC <= 40 : obésité « majeure » de classe 2
- IMC > 40 : obésité de classe 3

L'indicateur est introduit dans la BDMS depuis 2016, donc relevé depuis 2017, ce qui ne permet pas d'avoir assez de recul pour décrire la corpulence des femmes enceintes suivies en province de Luxembourg.

Néanmoins, en Fédération Wallonie-Bruxelles, il est possible d'élaborer ces catégorisations. La répartition des femmes enceintes suivies se fait, comme le montre le graphique ci-après. Il est établi sur les informations de 5106 femmes enceintes suivies par l'ONE pour lesquelles la BDMS dispose de données.

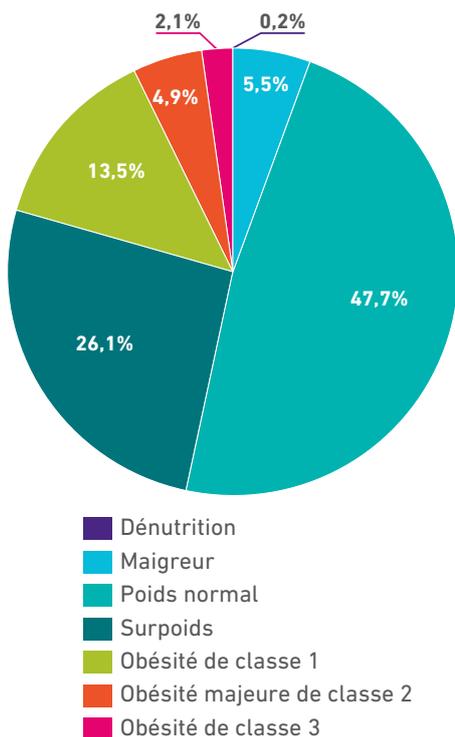
En moyenne, la taille des mères se situe autour de 1,65 m pour un poids moyen de 69,5 kg avant leur grossesse. L'indice de masse corporelle moyen de ces femmes est ainsi de 25,6 avec un écart-type de 5,6.

La répartition des catégories de corpulence de femmes dont le suivi de la grossesse est mené par l'ONE se fait comme suit. Ces mesures sont le résultat de la corpulence avant la grossesse.



<sup>5</sup> S.Lamy, X.Laqueille, F.Thibaut, Consequences of tobacco, cocaine and cannabis consumption during pregnancy on the pregnancy itself, on the newborn and on child development: A review in L'ENCEPHALE, Volume 41, Supplement 1, June 2015, Pages S13-S20

**Répartition des catégories de corpulence (avant la grossesse) des femmes enceintes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2017 et 2018. (n=5106)**



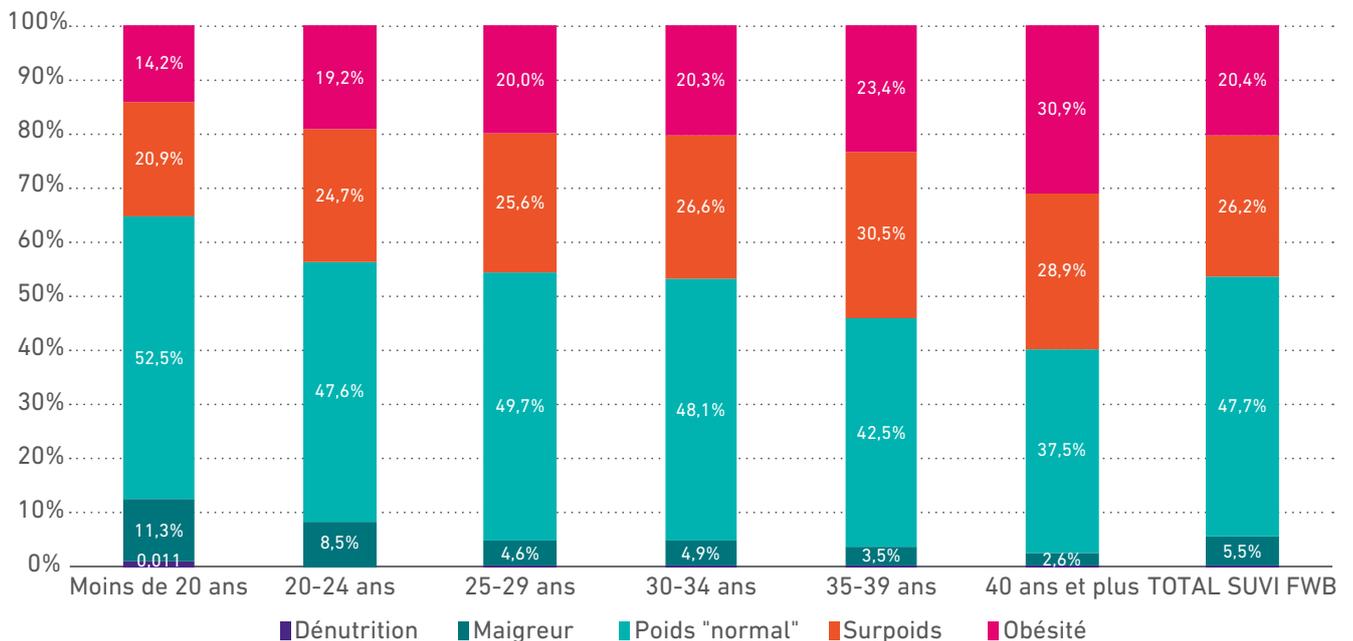
Presque la moitié des femmes enceintes ont une corpulence dite 'normale' avant leur grossesse. Un peu plus d'un quart sont en surpoids et une sur cinq est en situation d'obésité. D'autre part, 5,5% sont de corpulence maigre et 0,2% sont en dénutrition.

Ce graphique présente le détail de la répartition de la corpulence à titre pédagogique et à but de sensibilisation, mais du fait des petits nombres, on procèdera à des regroupements plus classiques.

Selon l'âge des femmes suivies, la répartition montre de légères différences.

BDMS-ONE, « Volet prénatal » Fédération Wallonie-Bruxelles 2017-2018

**Corpulence des femmes enceintes suivies selon la catégorie d'âge en FWB**



BDMS-ONE, « Volet prénatal » Fédération Wallonie-Bruxelles 2017-2018

Aux âges extrêmes, on peut clairement mettre en évidence d'une part, la question de la dénutrition qui touche une dizaine de femmes et principalement les très jeunes (moins de 20 ans), mais aussi la tranche d'âge 25-34 ans. D'autre part, l'obésité qui augmente avec l'âge, avec une proportion un peu plus que doublée entre les femmes de moins de 20 ans et celles âgées de 40 ans et plus. Soient 14,2% et 30,9% respectivement.

Dans le même sens, et globalement, la part de corpulence maigre diminue avec l'âge et, les situations de surpoids augmentent au fur et à mesure que la femme prend de l'âge.

Ces variations sont également observées pour la corpulence « normale ». Elle caractérise 52,5% des femmes âgées de moins de 20 ans et 37,5% des femmes âgées de 40 ans et plus.

Une enquête<sup>6</sup> réalisée par l'INSERM (Institut national – français- de la santé et de la recherche médicale) et la DREES<sup>7</sup> en 2016 a montré que 20 % des femmes étaient en surpoids à la naissance de leur enfant et 12 % étaient obèses : «les femmes obèses ont 3 fois plus de risques que les femmes d'IMC normal de souffrir de sévères complications pendant leur grossesse».

L'enquête EPIFANE<sup>8</sup> de 2012 met en avant plusieurs risques de complications :

- Le risque de diabète gestationnel est multiplié par 5 ;
- Le risque d'hypertension est multiplié par 8 ;
- 1/5 des pré-éclampsies (complication clinique grave liée à l'hypertension et la présence de protéines dans les urines) sont liées à l'obésité ;
- Le recours à la césarienne programmée ou d'urgence est multiplié par 1,8. Cela peut s'expliquer par une macrosomie du fœtus (poids de naissance supérieur à 4 kg) ou encore par la dilatation du col souvent insuffisante, les muscles étant plus relâchés chez une femme en surpoids.

Dans les années qui suivent la grossesse, la femme obèse risque davantage d'être confrontée à des maladies comme un diabète de type 2 ou des maladies cardiovasculaires.

Le surpoids d'une femme enceinte peut également entraîner des complications chez le fœtus<sup>9</sup> telles que la macrosomie fœtale, la prématurité, etc.

Un IMC maternel élevé a un réel impact génétique sur le fœtus. Il est responsable du surdéveloppement de la graisse chez l'enfant qui pourra plus tard entraîner un surpoids ou une obésité.

«Les recommandations sur la prise de poids pendant la grossesse ne sont pas précisément définies mais de toute évidence, il n'a jamais été recommandé d'entamer un régime pendant la grossesse», selon l'enquête de l'INSERM citée plus haut. «On entend souvent que pendant la grossesse, une femme doit prendre entre 9 et 12kg. En effet, à la fin d'une grossesse, le poids est réparti entre le poids du bébé (entre 3 et 4 kg) et celui de l'unité foetoplacentaire et des glandes mammaires (environ 6,5 kg)».

En France, la prise de poids «idéale» est fixée à 12 kg par la Haute Autorité de Santé (HAS).

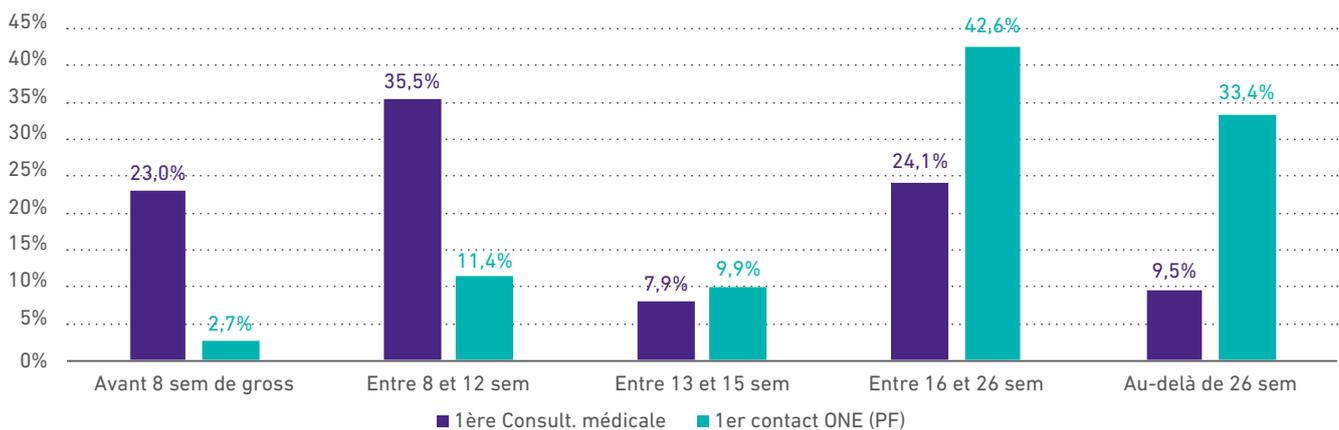
En 2010, l'American Institute of Medicine a fixé les objectifs de gain pondéral en lien avec l'IMC de pré-grossesse : entre 5 et 17 kg selon l'IMC.

Ces enquêtes évoquent la nécessité d'un suivi nutritionnel de la grossesse, sans parler de régime, surtout pour une part des femmes aux IMC extrêmes. L'activité physique quotidienne légère permet également de réguler le poids et la production d'insuline.

### 2.2.13 Le suivi précoce et le suivi tardif de la grossesse

La précocité du suivi est définie comme la toute première rencontre, le premier contact entre la femme enceinte et un professionnel, quel qu'il soit, pour sa grossesse.

#### Age gestationnel au premier contact de la femme enceinte avec un professionnel pour le suivi prénatal dans le cadre de la Plateforme



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

<sup>6</sup> Enquête périnatale 2016 – rapport rédigé par l'INSERM et la DREES

<sup>7</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère des solidarités et de la Santé (France)

<sup>8</sup> Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K ; Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie, Enquête EPIFANE de 2012-2013 ; Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 58 p. disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/>

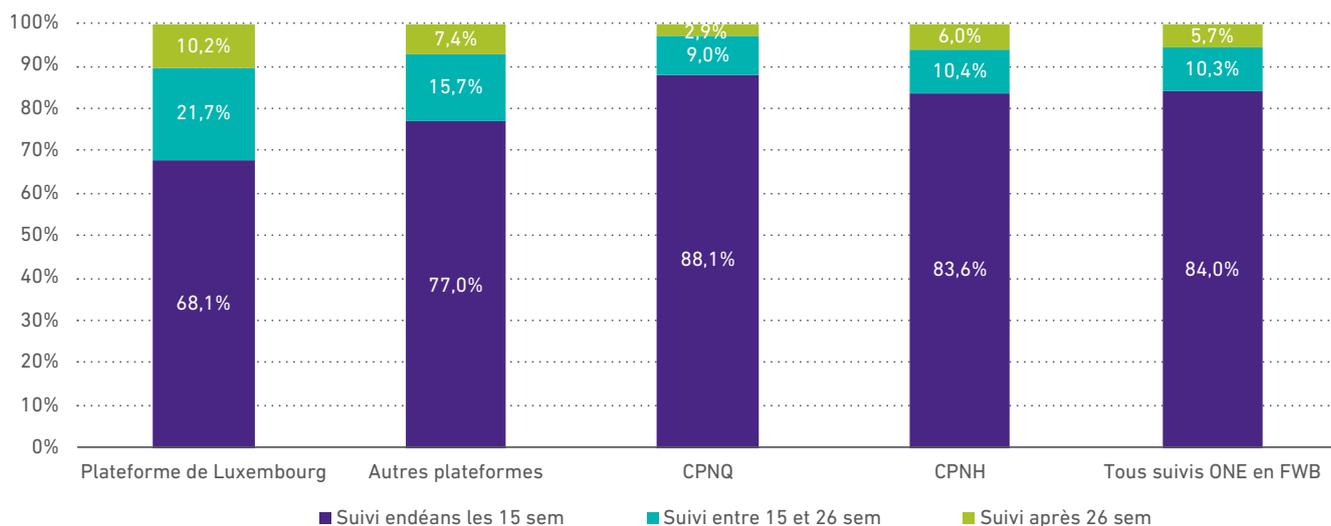
<sup>9</sup> Risk of major congenital malformations in relation to maternal overweight and obesity severity: cohort study of 1.2 million singletons – Revue BMJ 2017 – consulté en mars 2020 sur <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2563>

La particularité du suivi de la grossesse par la Plateforme est un suivi psychosocial en relais au suivi médical par le médecin privé, mais qui collabore avec l'ONE. C'est ce dernier qui fait appel aux services de l'ONE (Plateforme) parce que la femme enceinte suivie présente des caractéristiques spécifiques et des besoins de type psychosociaux. Ce partenariat est clairement un rempart pour une part de la population qui risque de présenter des complications spécifiques à l'issue de la grossesse.

Le KCE (Centre fédéral d'expertise en soins de santé), dans son guide de pratique clinique (2015), introduisait que pour assurer une issue favorable à chaque grossesse, il est essentiel que chaque femme enceinte soit suivie de façon adéquate et régulière dès les premières semaines et que les éventuels facteurs de risque soient identifiés et pris en charge en temps utile.

Le suivi de la grossesse est qualifié de précoce par l'ONE lorsqu'il survient avant la 15<sup>e</sup> semaine de la grossesse. Et le suivi très tardif est le contact avec un professionnel après les 26 semaines de grossesse.

### La précocité du suivi de la grossesse : comparaison selon le type de structures de suivi de la grossesse par l'ONE



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Le suivi de la grossesse est plus tardif chez les femmes suivies par les Plateformes tant pour la province de Luxembourg que celle de Liège (essentiellement Liège, car très peu de données issues de la Plateforme à cheval sur les provinces de Hainaut et de Namur). Il semble aussi légèrement plus précoce chez les femmes suivies en Consultations de quartier qu'en milieu hospitalier.



## 2.2.14 L'arrêt du suivi par la Plateforme

L'accompagnement (de la grossesse) par l'ONE se fait de manière volontaire. Si tel est son souhait, ce suivi peut être arrêté par la femme enceinte et au moment de son choix.

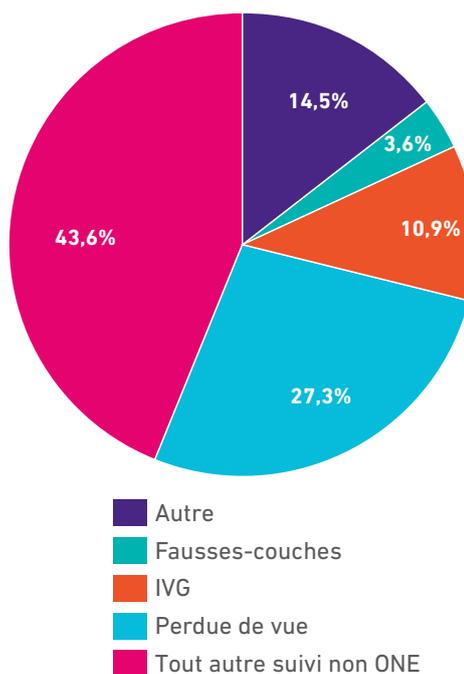
Ainsi, chaque année, une part relativement stable de femmes enceintes suivies par l'ONE interrompent cet accompagnement pour des motifs divers et parfois sans que les Partenaires Enfants-Parents de l'ONE aient connaissance de la cause ou raison de cet arrêt.

Une part des grossesses non abouties, les familles qui optent pour une autre filière de suivi ou encore celles qui recourent au professionnel externe, vont sortir du système ONE. L'information sera donc perdue pour ce qui est de l'issue de la grossesse.

Dans le cadre de l'accompagnement au sein de la Plateforme en province de Luxembourg, 12,8% des femmes enceintes suivies mettent fin au suivi par l'ONE en fin de grossesse. Cette proportion se situe dans la moyenne observée en Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour 47 femmes sur l'ensemble de celles suivies dans le cadre de la Plateforme (377), soit nous ne disposons pas d'information sur l'accouchement, soit la grossesse n'a pas abouti à une naissance.

Pour les familles dont le suivi est arrêté, les raisons évoquées ou connues à l'issue de la grossesse sont reprises dans le graphique ci-dessous.

Raisons de l'arrêt du suivi par les professionnels ONE au sein de la Plateforme du Luxembourg



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Le suivi est interrompu pour les femmes enceintes pour des raisons réparties comme suit : absence d'accouchement (fausses couches (3,6%) et interruption volontaire de grossesse (10,9%)) ; suivi externe à l'ONE (43,6%) ; les femmes perdues de vue, c'est-à-dire celles dont l'ONE n'a pas pu obtenir d'information du tout sur la grossesse ou son issue (27,3%) et 14,5% de femmes dont la situation est autre ou inclassable.

## 2.3 LES ISSUES OBSTETRIQUES

Les données relatives aux issues obstétricales sont des données des grossesses accompagnées jusqu'au bout par l'ONE et dont on a l'information sur l'accouchement d'un enfant vivant.

Ces issues représentent donc les 87,2% des femmes suivies dans le cadre de la Plateforme de Luxembourg (soient 330/377 femmes enceintes), puisqu'on soustrait les femmes dont le suivi a été interrompu.

Du fait des petits nombres, les croisements et ventilations de données peuvent atténuer la force des associations. Le point 2.3.3 présentera quelques comparaisons en termes d'issues de la grossesse. Par ailleurs, quelques profils de femmes suivies par la Plateforme, au regard des consultations prénatales, ont été représentés.

### 2.3.1 Le poids à la naissance des enfants

Le poids à la naissance est la mensuration relevée à l'accouchement qui est, avec la taille de l'enfant, la plus annoncée par les jeunes parents. Il varie selon plusieurs paramètres dont la durée de gestation.

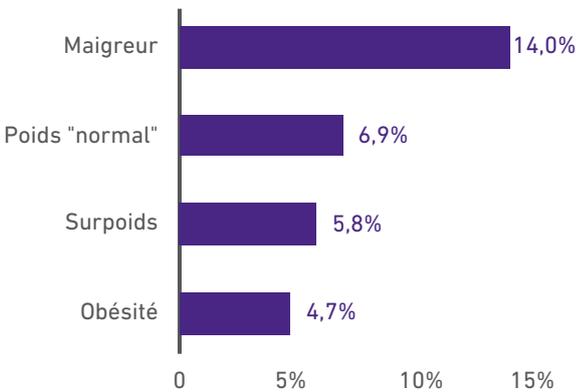
Le poids est qualifié de « petit » ou « faible » lorsqu'il se situe en dessous de 2500 grammes. Durant les premiers jours de vie, un nouveau-né perd du poids après sa naissance, et, cette perte peut normalement aller jusqu'à 10% de son poids de naissance, avant d'amorcer une évolution positive les jours et semaines qui suivent.

En province de Luxembourg, le poids médian des enfants issus de femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme entre 2013 et 2018 est de 3135 grammes. En Fédération Wallonie Bruxelles, cette médiane est de 3280 grammes.

La part des nouveau-nés issus de femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme pesant moins de 2500 grammes en province de Luxembourg est de 17,7% versus 8,1% en Fédération Wallonie-Bruxelles pour la période considérée. (Voir 2.3.3).

### 2.3.1.1 La corpulence de la mère et petits poids de naissance en Fédération Wallonie-Bruxelles

#### Pourcentage de petits poids à la naissance de l'enfant en fonction de la corpulence de la mère suivie pour sa grossesse par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2017 et 2018

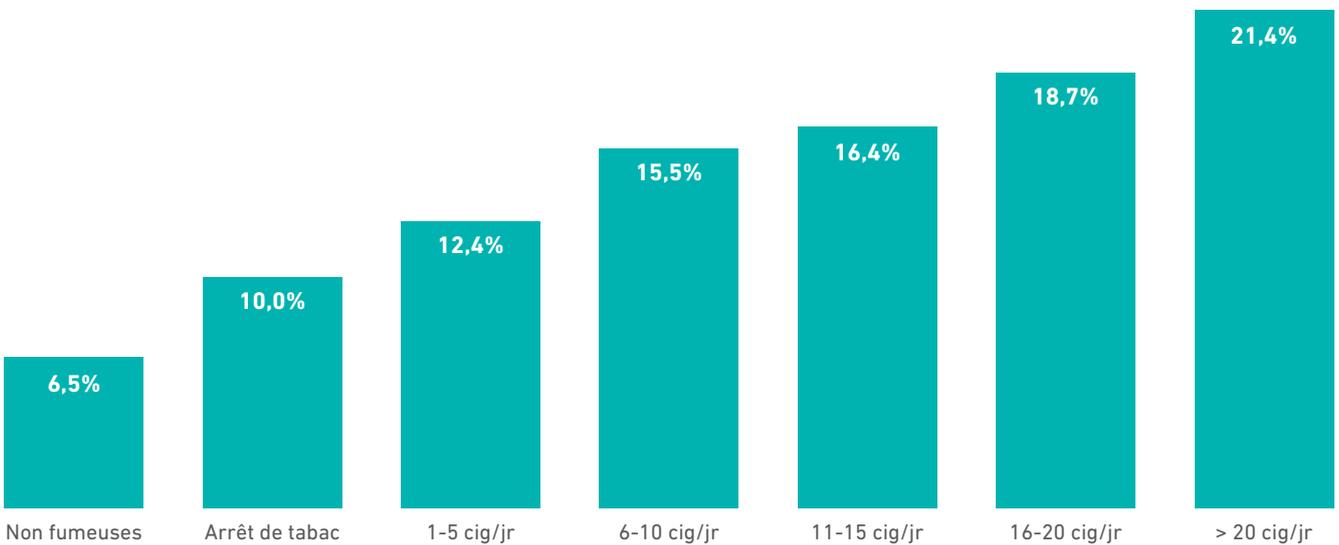


BDMS-ONE, « Volet prénatal » Fédération Wallonie-Bruxelles 2017-2018

Il existe une relation entre le poids de naissance de l'enfant et la corpulence de la mère avant la grossesse décrite par les données de la BDMS. Les femmes suivies par l'ONE de corpulence maigre auraient 2 fois plus de nouveau-nés de faible poids que celles de corpulence « normale ».

A l'inverse, on peut donc dire que les femmes de corpulence caractérisée d'obèse ont de plus gros bébés que celles de corpulence « normale ».

#### Petits poids de naissance chez les nouveau-nés issus de femmes suivies par l'ONE pour leur grossesse en Fédération Wallonie-Bruxelles de 2013 à 2018 (N=69.195)



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Le tabac est directement responsable de la survenue d'un faible poids à la naissance d'un enfant<sup>10</sup>. Il y a un lien direct décrit entre le poids de l'enfant à la naissance et le facteur d'exposition qui est la cigarette. De même, un gradient définit les paliers et démontre la relation dose-effet. Le bénéfice à l'arrêt de consommation de cigarettes est donc mesurable et continu.

<sup>10</sup> W Hofhuis, J C de Jongste, P Merkus, Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children Arch Dis Child. 2003 Dec; 88(12): 1086-1090.

Le risque d'avoir un enfant de poids faible suit un gradient en fonction de la corpulence de la mère. Il est diminué de 31% pour les femmes en situation d'obésité et dédoublé pour les femmes caractérisées de maigres.

Du fait du petit nombre, nous n'avons pas pris en compte les femmes en situation de dénutrition dans le graphique ci-dessus.

### 2.3.1.2 Les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies et faible poids à la naissance de leur enfant en Fédération Wallonie-Bruxelles

Le gradient décrit entre la consommation de tabac durant le premier trimestre de la grossesse et la survenue de petits poids à la naissance est réel et montre un lien selon l'exposition au tabac (voir titre 2.2.8).

Ainsi, dès la première cigarette fumée par la femme enceinte, le risque d'accouchement d'un enfant de poids inférieur à 2500 grammes est quasiment doublé.

On passe de 6,5% de petit poids de naissance chez les femmes non fumeuses à 12,4% de petits poids de naissance chez les nouveau-nés de femmes fumant entre 1 et 5 cigarettes par jour. Ces proportions croissent au fur et à mesure de l'augmentation de consommation de tabac.

Chez les femmes fumant plus de 20 cigarettes par jour, le risque de petits poids à la naissance de leur enfant est multiplié par 3,3.

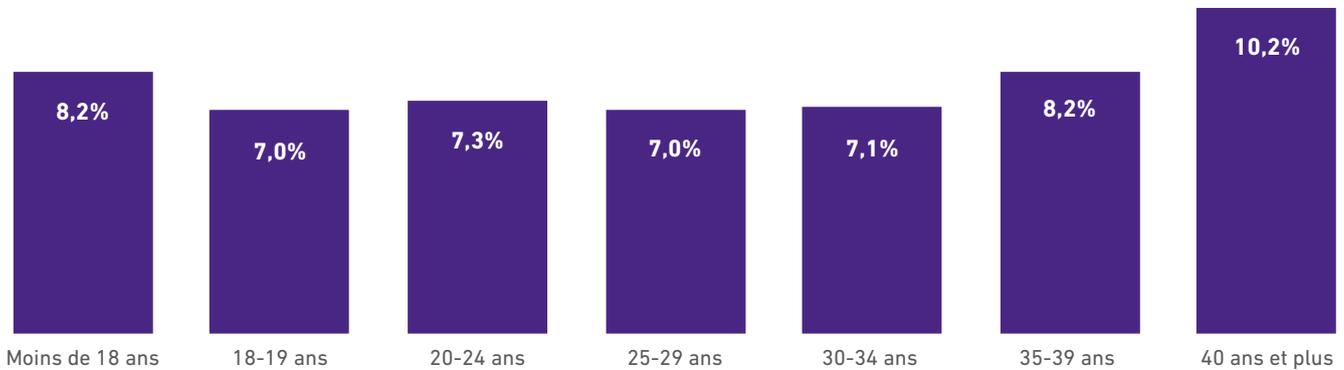
### 2.3.2 La durée de gestation

La prématurité est définie pour toute gestation inférieure à 37 semaines.

Pour les femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en province de Luxembourg et dont l'issue est connue, 12,1% de leurs enfants arrivent avant le terme (voir 2.3.3).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, pour la même période 2013-2018, la part des enfants prématurés issus des femmes enceintes suivies par l'ONE est de 7,4%.

#### Prématurité en fonction de la catégorie d'âge de la femme enceinte suivie en Fédération Wallonie-Bruxelles de 2013 à 2018



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

La prématurité évolue avec l'âge maternel. Aux âges extrêmes, elle est plus élevée. Elle est supérieure à 8% chez les femmes mineures comme chez les femmes de 35 ans et plus. Ses valeurs les plus basses se situent autour des 25-34 ans. Les femmes de moins de 20 ans bénéficieraient d'un certain nombre de facteurs de protection (vivant plus souvent entourées de leur famille et donc moins isolées ; attention particulière des professionnels ; etc.) qui limiteraient l'ampleur du phénomène.

petits poids de naissance, on peut noter des différences<sup>11</sup> relatives au lieu de vie des familles, à la gestité de la mère, au niveau socioéconomique, aux habitudes de vie, à la situation relationnelle, etc.

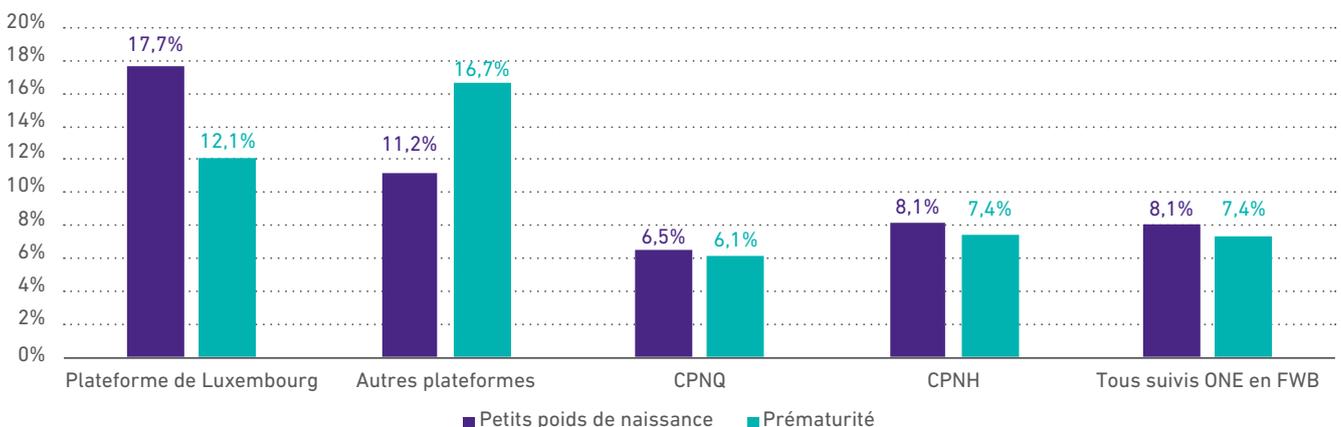
Pour rappel, les données relatives aux issues de grossesses suivies par l'ONE ne sont surtout pas à généraliser, parce qu'il est question ici des données de femmes enceintes suivies par l'ONE, et dont l'information d'accouchement est connue.

### 2.3.3 Les issues de la grossesse de femmes suivies par la Plateforme de Luxembourg : quelles particularités ?

Si on observe les issues telles que la prématurité et les

En province de Luxembourg, les femmes suivies dans le cadre de la Plateforme prénatale présentent de nombreuses vulnérabilités et elles sont référées par diverses structures et professionnels pour ces raisons.

#### Répartition des issues de la grossesse (Petits poids de naissance et prématurité) selon le type de structure de suivi de la grossesse par l'ONE



BDMS-ONE, « Volet prénatal » 2013-2018

Le graphique ci-dessus représente les proportions d'une part, des petits poids à la naissance et d'autre part, de la prématurité des enfants dont la grossesse a été suivie par l'ONE. Ces deux indicateurs sont comparés selon le type de structure de suivi de la grossesse.

On peut observer que pour les enfants issus des femmes suivies par la Plateforme, la proportion de petits poids de naissance est très élevée (17,7%), essentiellement et pas uniquement, du fait du tabagisme, du jeune âge de la mère, du niveau socioéconomique très bas, etc.

<sup>11</sup> Voir Rapport BDMS 2005-2006

De même, la part de prématurité représente 12,1% des naissances, reflet plus marqué du niveau socioéconomique bas, de l'absence de couverture soins de santé, mais aussi d'un certain isolement de ces femmes durant leur grossesse.

La Plateforme de Liège présente des taux de prématurité bien plus élevés que celle de Luxembourg et, à l'inverse, les taux de petits poids de naissance plus bas. Les problématiques de type socioéconomique y sembleraient bien plus marquées et la cigarette moins abordable au niveau du prix.

Les profils de populations sont donc bien différents selon le type de structure et leur implantation également. Au-delà de ces considérations générales, le suivi de la grossesse reste un accompagnement individualisé<sup>12</sup>, spécifique.



<sup>12</sup> Molénat, Françoise ; Roegiers, Luc. *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque ?* Erès Editions, Toulouse (2011) (ISBN:978-2-7492-1373-6) 328 pages

# SYNTHÈSE

Le suivi de la grossesse en province de Luxembourg dans le cadre de la Plateforme prénatale est un suivi psychosocial très particulier et il serait hasardeux de le comparer aux autres types de suivis par l'Office. Tant au niveau du service offert que du profil des bénéficiaires, des différences existent.

L'approche du suivi de la grossesse dans le cadre de la Plateforme est différente des structures prénatales classiques, du fait que les aspects psychosociaux du suivi sont sous la houlette du PEP's de l'ONE, et le pendant médical étant réalisé par les prestataires externes et que le public cible est celui des futures mères en situation de vulnérabilité.

L'enjeu du suivi de la grossesse réside dans la lutte contre les inégalités sociales et leur lien avec la santé de la mère, un peu plus que d'autres secteurs de l'accompagnement des familles. Les ingrédients pour atteindre cet objectif sont donc : la précocité du suivi, sa régularité mais aussi la qualité du service et la collaboration entre les différents acteurs. Le suivi dans la durée de la grossesse permet un accompagnement personnalisé, la création aussi d'une relation de confiance entre la femme enceinte et les professionnels.

Les soins prénatals doivent s'appuyer sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, de manière à éviter les pratiques inappropriées et leurs conséquences et à ne pas créer d'inégalités entre les femmes. Cependant, un certain nombre de facteurs de risque peuvent nécessiter une attention particulière, un suivi renforcé ou des soins supplémentaires.

Sans être exhaustives, certaines caractéristiques individuelles pouvant constituer des facteurs de risque sont :

- L'âge de la femme enceinte suivie à ses extrêmes. Les femmes les plus jeunes (regroupées pour les âges inférieurs à 20 ans) représentent 26,3% des femmes enceintes suivies. Celles-ci sont plus vulnérables que leurs aînées au plan psychosocial du fait de risques de décrochage scolaire, d'absence de ressources, de ruptures socio-familiales et, pour les plus jeunes d'entre-elles, exposées à des risques obstétricaux. D'autre part, les femmes les plus âgées présentent d'autres types de préoccupations. La proportion des mères les plus âgées (40 ans et plus) est en augmentation en Fédération Wallonie-Bruxelles où elles sont passées de 2,7 à 4,1% en 10 ans. Parmi les femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme, elles représentent 2% de ces futures mères.

- L'isolement social : rompre l'isolement social, lutter contre la solitude autour de la périnatalité est un des objectifs de prévention important visé par le biais de plusieurs dispositifs mis en place par l'ONE tels que le soutien à la parentalité, l'accompagnement psychomédicosocial des agents de première ligne que sont les PEP's ou même la prévention des risques de maltraitance dès la grossesse, etc. Les femmes enceintes qui vivent seules et en maison d'accueil représentent 19% des femmes suivies.

- L'obésité : le poids de la femme avant sa grossesse constitue également, à ses extrêmes, un certain nombre de risques auxquels le professionnel reste très attentif.

- Le suivi tardif de la grossesse est observé pour un tiers des femmes enceintes suivies.

- Le statut vaccinal durant la grossesse est également exploré.

D'autres caractéristiques liées au style de vie peuvent également induire des conséquences graves comme les habitudes tabagiques, la consommation d'alcool ou d'autres substances (drogues, médicaments, etc.). La consommation de tabac est fréquente chez les femmes enceintes suivies avec près d'une femme sur deux habituée au tabac (47%).

D'autres facteurs de risque sont relatifs aux antécédents familiaux et ne font pas partie du relevé statistique systématique par la BDMS, mais jouent un rôle dans les issues de la grossesse.

Les facteurs socioéconomiques présentent des taux d'emploi très faibles parmi les femmes accompagnées. La situation d'emploi est préoccupante parce que la venue d'un jeune enfant génère un certain coût.

Les femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme sont 8,1% à exercer un emploi, sans distinction du temps de prestation.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les femmes enceintes suivies par l'ONE sont 38,2% à travailler, alors que le taux d'emploi des femmes en Belgique se situe aux environs de 63%. Cet indicateur établit clairement que le suivi de la grossesse par l'ONE touche une population plus précarisée que la moyenne.

Les facteurs de risque énumérés dans ce chapitre peuvent parfois être difficiles à interroger par les PEP's, mais ils sont pertinents à saisir pour un accompagnement adapté et efficient des familles. Les indicateurs pouvant aider à transmettre la meilleure information ou à orienter vers le partenaire ou service adéquat.

Accorder aux femmes et à leur partenaire un soutien pour se préparer à la grossesse, à la naissance et à la parentalité est la première recommandation du Centre d'expertise en soins de santé (KCE) qui fait partie intégrante de cette approche centrée sur la future mère.

La collecte de données est un des ingrédients qui permet de mesurer si les effets bénéfiques de l'accompagnement l'emportent sur les facteurs de risque prédictifs listés.

Lorsqu'on observe certaines issues obstétricales telles que la prématurité et les petits poids de naissance, on peut noter des différences relatives au lieu de vie des familles, à la gestité de la mère, au niveau socioéconomique, aux habitudes de vie, à la situation relationnelle, etc.

La part des nouveau-nés issus de femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme pesant moins de 2500 grammes est de 17,7% versus 8,1% en Fédération Wallonie-Bruxelles pour la période considérée.

12,1% des enfants nés des femmes enceintes suivies par la Plateforme de Luxembourg arrivent avant le terme et 7,4% des enfants issus de femmes suivies par l'ensemble des structures prénatales ONE.

Les petits poids de naissance sont essentiellement -et pas uniquement-, le fait de l'exposition au tabac, du jeune âge de la mère, du niveau socioéconomique bas, etc.

De même, la prématurité est le reflet marqué du niveau socioéconomique bas, de l'absence de couverture soins de santé, mais aussi d'un certain isolement de ces femmes durant leur grossesse.

La Plateforme prénatale de Luxembourg a mis en évidence une population de femmes enceintes avec des besoins spécifiques. Le service offert par les PEP's dans ce cadre cible particulièrement et essentiellement les personnes les plus vulnérables. L'expérience de l'ONE, avec la collaboration de l'ensemble des gynécologues et généralistes de la province, a permis de mettre en évidence les conditions d'une implantation efficace de ce type de service. Fort probablement, du fait du profil des femmes enceintes suivies, le risque serait grand qu'elles ne soient pas (régulièrement ou complètement) suivies pour leur grossesse, ou que l'on passe à côté de situations fort préoccupantes.

## CHAPITRE 3



Les naissances et les accouchements  
en province de Luxembourg

## 3.1 LES MOUVEMENTS DE LA POPULATION EN 2019

En 2019, la population de la Belgique atteignait 11.492.641 habitants, selon les chiffres officiels issus du Registre national, 51% sont des femmes, et 49% des hommes. La population belge a connu une croissance annuelle de 61.235 personnes, soit 0,53%.

En province de Luxembourg au cours de la même année,

la population était de 286.752 habitants. Elle a crû de 0,73% par rapport à 2018 (284.638 habitants).

L'accroissement de la population est expliqué par deux facteurs démographiques : le solde naturel (qui est la différence entre les naissances et les décès dans la population totale) et le solde migratoire.

### Mouvements de la population de Belgique, région wallonne et province de Luxembourg en 2019

Lieu de résidence	Population au 1er janvier 2019	Solde naturel	Solde du mouvement migratoire interne	Solde du mouvement migratoire international	Ajustement statistique	Croissance totale	Population au 1er janvier 2020
<b>Belgique</b>	11.431.406	6820	0	55.031	-616	61.235	11.492.641
<b>Région wallonne</b>	3.633.795	-1.341	3.882	8.721	186	11.448	3.645.243
<b>Province de Luxembourg</b>	284.638	452	774	930	-42	2.114	286.752

Statistics Belgium, 2020

En province de Luxembourg, le solde naturel présente un gain de 452 personnes.

## 3.2 LES NAISSANCES DE RESIDENTS EN PROVINCE DE LUXEMBOURG

Les statistiques établies à partir des données de la BDMS sont des naissances vivantes de droit, c'est-à-dire qu'elles sont ventilées selon le lieu de résidence habituelle de la mère.

Elles sont répertoriées selon la commune de résidence, tel que déclaré au Partenaire Enfants-Parents (PEP's) de l'Office lors de la rencontre, la plupart du temps, durant le séjour en maternité.

### Evolution des naissances de la province de Luxembourg selon la source

Source	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Avis de naissance ONE</b>	3025	3074	3214	3163	3081	3112	2905	2916	2833	3104
<b>Naissances officielles DGSIE</b>	3319	3283	3357	3246	3160	3130	2949	2982	2885	3113
<b>Couverture</b>	91,10%	93,60%	95,70%	97,40%	97,50%	99,40%	98,50%	97,80%	98,20%	99,70%

BDMS-ONE, « avis de naissance » et « Statistics Belgium (SPF Economie) » 2010-2019

Ce nombre de naissances est différent de celui publié annuellement dans les statistiques du Service Public Fédéral Economie ou Statistics Belgium (données officielles). En effet, la résidence effective peut être différente de celle mentionnée dans les documents officiels.

La moyenne des naissances couvertes par l'ONE est de 96,8% des résidents de la province de Luxembourg.

Sur base des données « avis de naissance », 93,7% des nouveau-nés sont effectivement vus par le PEP's durant le séjour en maternité.

Les « avis de naissance » non complétés en maternité sont alors complétés a posteriori lors d'autres moments de rencontre avec la famille ou via l'administration communale.

### 3.2.1 LE ROLE DU SERVICE DE LIAISON

Les objectifs du contact entre le PEP's et la famille durant le séjour en maternité de la mère avec son (ses) enfant(s) sont :

- Présenter les services de l'ONE : les consultations, les visites à domicile, les permanences, etc.
- Etablir les bases d'une relation de confiance.
- Soutenir la parentalité, notamment en valorisant et en renforçant les compétences des parents.
- Etablir l'«avis de naissance» qui permettra la liaison et la communication entre les PEP's de l'hôpital et ceux des structures de suivi préventif (PEP's de secteur) proches du lieu de résidence.
- Assurer la continuité de l'action psycho-médicosociale avec les autres collègues internes à l'ONE, mais aussi intra et extra hospitaliers.

### 3.2.2 UN NOUVEAU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT : Naître et grandir

Plusieurs constats ont mené au besoin d'une adaptation dans la mission Accompagnement de l'ONE :

- L'évolution des besoins des familles ;
- Les séjours écourtés en maternité ;
- Le rôle des professionnels de première ligne de l'ONE ;
- La nécessité d'une communication plus efficace ;
- ...

Les modifications touchent essentiellement la période prénatale et périnatale. La grande nouveauté consiste dans le contact périnatal proposé à tous les futurs parents en fin de grossesse. Ce contact sert à faire connaissance avec la famille de façon précoce, à lui présenter les services de l'ONE et à faire le lien avec les acteurs de la consultation pour enfants, avant même la naissance de l'enfant.

Le rythme des rencontres dans les périodes prénatale et postnatale a également évolué pour correspondre à des moments clés, d'une part de la grossesse, d'autre part du développement de l'enfant.



Ce programme met l'accent sur la continuité de l'action, et symbolise le cheminement du professionnel aux côtés des bénéficiaires des divers services. Ainsi, les PEP's bénéficient d'un nouvel outil pour l'accompagnement des (futurs) familles : le Guide d'observation de la future mère et de l'enfant.

<<...>>



#### **Berthe Renard**

Partenaire Enfants-parents  
Réforme périnatale « Naître et grandir »

#### **Comment la réforme périnatale a-t-elle été mise sur pied ?**

*Tout d'abord, nous avons contacté la direction afin d'obtenir un local visible au sein de l'hôpital. Ensuite, nous avons mis en place des espaces d'entretiens pour que les futures mères puissent être reçues dans l'hôpital par l'ONE.*

*En parallèle, nous avons présenté le projet périnatal aux gynécologues et aux sages-femmes afin d'établir le contact avec les futures mères.*

*Est alors arrivé le confinement durant lequel beaucoup d'entretiens ont été réalisés par téléphone.*

#### **Comment se passe le contact périnatal au sein de la maternité dans laquelle vous travaillez ?**

*A l'hôpital de Marche-en-Famenne, nous recevons les futurs parents sur rendez-vous dans le local qui nous est attribué et qui dispose du matériel adéquat pour les consultations.*

*L'entretien dure généralement une heure. Toutes les futures mères reçoivent le carnet de suivi de grossesse. Dans celui-ci, nous pouvons identifier le PEP's de secteur qui suivra les parents après la naissance. Durant l'entretien, nous passons en revue les différentes questions liées à la grossesse et au séjour en maternité. Cela nous permet d'anticiper le suivi postnatal et les rencontres qui se feront au sein de la maternité.*

*Par ailleurs, nous organisons des séances collectives dans lesquelles nous informons les futurs parents du rôle de l'ONE.*

## 3.3 LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS DE MERES RESIDANT EN PROVINCE DE LUXEMBOURG

Les données d'accouchement doivent être traitées différemment des données de naissances. Elles traduisent l'issue de la grossesse menée à son terme. Elles sont relatives à la mère. Ainsi, le nombre d'accouchements est à distinguer du nombre de naissances pour éviter les doublons dus aux naissances multiples. Il est toujours inférieur ou égal au nombre de naissances.

### 3.3.1 La parité des mères

La parité représente le nombre d'accouchements vécus par une mère à un moment donné.

La mère qui vit un premier accouchement, quel que soit le nombre de nouveau-nés (jumeaux ou triplés), est une primipare.

La proportion de mères vivant leur premier accouchement est constante dans le temps. Cette part de primipares représente 43% des mères. 35% des mères vivent leur 2e accouchement et 14,5% vivent un 3e accouchement. Les autres parités (4 ou plus) représentent 7,5% des accouchements.

### 3.3.2 La gestité

La gestité décrit, pour l'ONE, le nombre de grossesses portées par la mère au cours de sa vie.

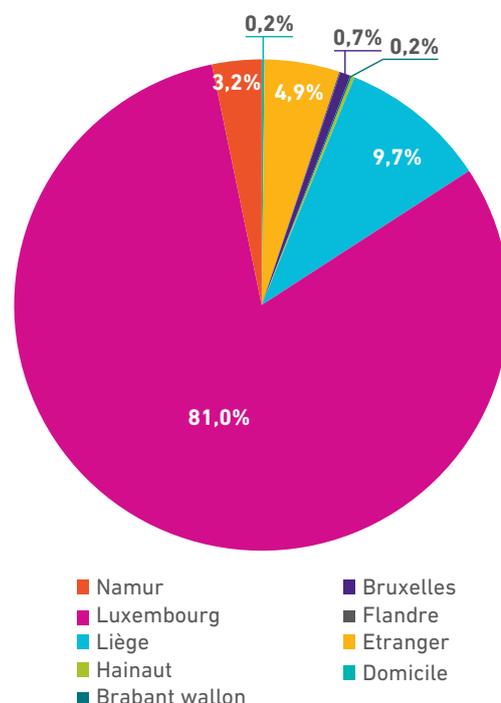
La part de primigestes (la proportion de mères qui sont à leur première grossesse) tourne autour de 37%. Les grossesses ayant été soldées par une fausse couche ou une IVG sont comptées dans la gestité.

### 3.3.3 Les lieux d'accouchement

D'après la BDMS, 94,7% des accouchements en province de Luxembourg sont survenus dans les maternités de Bruxelles et de Wallonie. Et, les 5,3% restant ont eu lieu à l'étranger.

Dans l'ensemble, 81% des mères de la province de Luxembourg ont accouché dans l'une des trois maternités de la province.

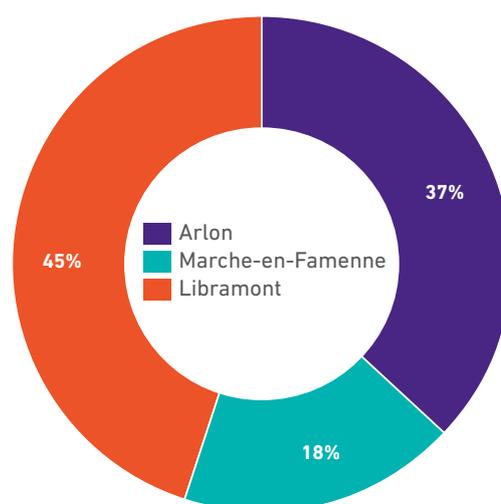
Répartition des accouchements de mères résidant en province de Luxembourg selon le lieu d'accouchement



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

La maternité de Libramont est le lieu d'accouchement de 45% des mères ; celle d'Arlon représente 37%, et 18% des femmes accouchent à Marche-en-Famenne.

Répartition des accouchements de résidentes dans les trois maternités de la province



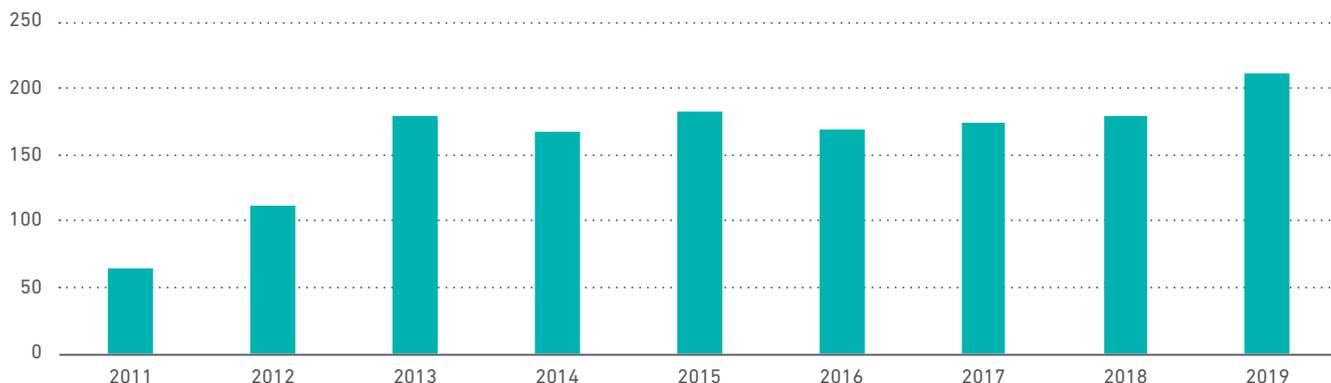
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Les accouchements de résidentes ayant lieu en dehors de la Fédération surviennent surtout à l'étranger (4,9%), et dans une moindre mesure en Flandre (0,2%). Les lieux d'accouchement sont essentiellement les pays voisins dont la France et le Grand-Duché du Luxembourg.

Le nombre des accouchements survenus dans les pays voisins est globalement en augmentation entre 2011 et 2019. Cette augmentation est expliquée par l'augmentation de frontaliers, par un meilleur retour de l'information

et donc par une meilleure collaboration entre l'ONE et les hôpitaux des pays voisins, mais aussi par une sensibilisation des acteurs de terrain pour l'amélioration du relevé des naissances de la province.

### Evolution des accouchements survenant dans les pays membres de l'UE (27 pays)



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2011-2019

Le graphique des naissances survenant dans les pays membres de l'Union Européenne montre une augmentation jusque 2013, sûrement due à l'élargissement à 27 avec l'adhésion de la Roumanie et la Bulgarie à l'UE en 2007, puis celle de la Croatie en 2013 (UE 28).

Depuis 2013, le nombre d'accouchements survenant dans l'un des pays membres est resté relativement stable, malgré une certaine augmentation en 2019. Vraisemblablement, pour un certain nombre de mères qui travaillent au Grand-Duché ou dont le compagnon y travaille, la couverture soins de santé semble expliquer ces chiffres importants d'accouchements à l'étranger.

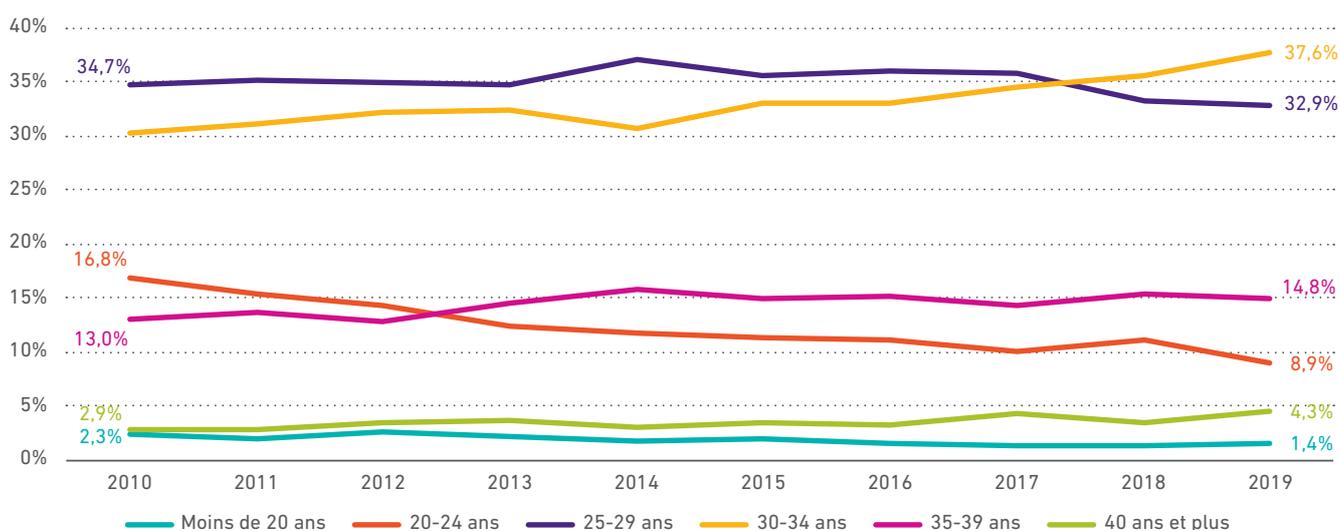
### 3.3.4 L'âge de la mère à l'accouchement

L'âge moyen de la mère en province de Luxembourg est en continuel recul. Il est passé de 29 ans et 6 mois en 2010 à 30 ans et 7 mois en 2019. L'écart type est de 4,9 ans en 2019 avec l'âge minimum à 16 ans et l'âge maximum à 50.

Le découpage en catégories de 5 ans de l'âge de la mère au moment de l'accouchement montre d'une part une diminution des catégories d'âge inférieures à 30 ans, et d'autre part, une augmentation des catégories d'âges de 30 ans et plus. Ces courbes traduisent donc le recul de l'âge moyen évoqué ci-dessus.

#### 3.3.4.1 les catégories d'âge de la mère

#### Evolution des catégories d'âge des mères en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

En pourcentage, la classe d'âge qui baisse de manière plus marquée est celle des 20-24 ans tandis que celle qui augmente le plus est celle des 30-34 ans, ces 10 dernières années.

Une majorité de mères se situe dans les catégories d'âge de 25 à 34 ans. Ces catégories concentrent plus de 70% des mères, donc des accouchements en 2019. En 2018, les catégories des 25-29 ans et 30-34 ans se sont croisées : la première catégorie d'âge qui était plus importante a été supplantée par la seconde.

### 3.3.4.2 Les mères âgées de moins de 20 ans en province de Luxembourg

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>Moins de 15 ans</b>	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>2</b>
<b>15-17 ans</b>	9	11	18	14	13	15	12	8	7	7	<b>114</b>
<b>18-19 ans</b>	59	45	60	52	39	46	32	28	30	36	<b>427</b>
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>57</b>	<b>78</b>	<b>66</b>	<b>52</b>	<b>61</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	<b>543</b>

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Entre 2010 et 2019, le nombre de mères âgées de moins de 20 ans a diminué de 36,8%.

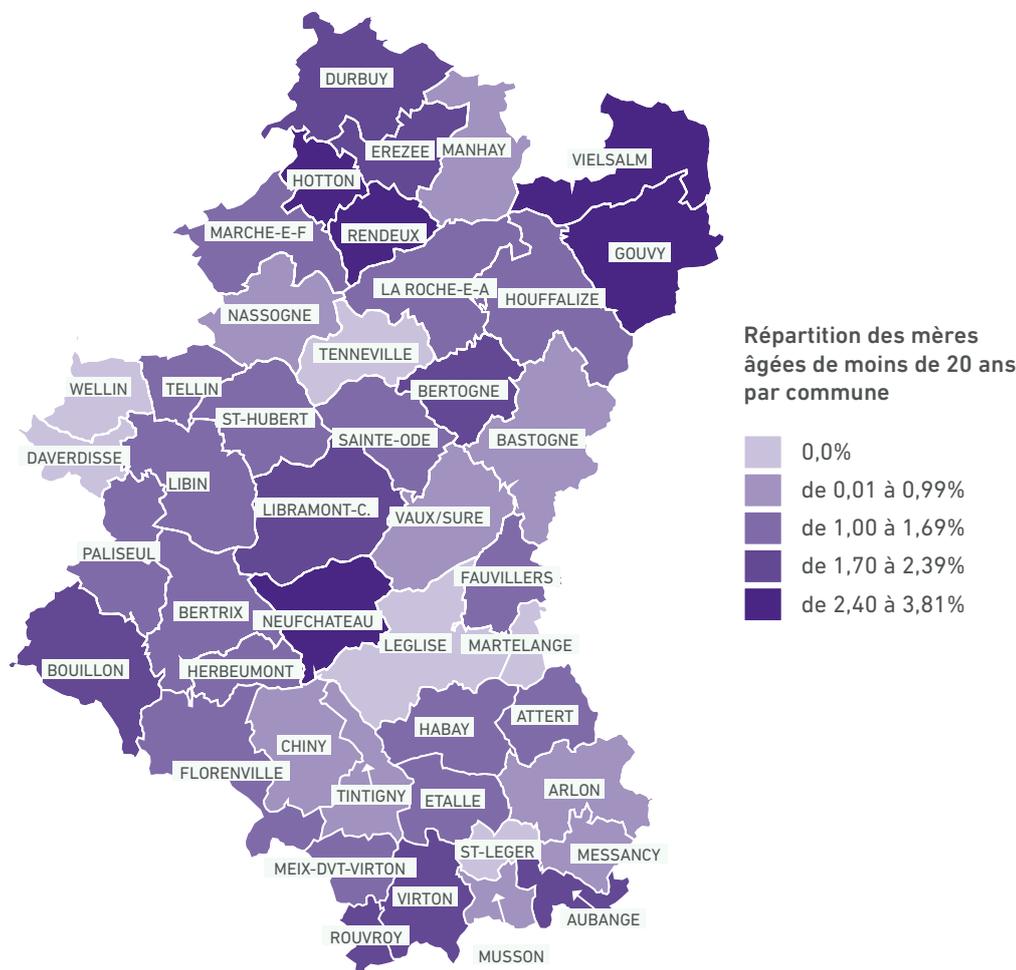
Pour les plus jeunes d'entre-elles, les préoccupations seraient plus obstétricales. Pour toutes les femmes jeunes, les questions d'ordres psychologique, socioéconomique et d'isolement interpellent les travailleurs de première ligne qui doivent activer le réseau de soutien. Les difficultés sont relatives au logement, aux ressources financières, à l'isolement social, aux ruptures familiales, au décro-

chage scolaire, à une régularité du suivi et des soins, aux assuétudes, à l'emploi, etc.

Entre 2010 et 2019, la proportion de mères de moins de 20 ans est passée de 2,3% à 1,4% de l'ensemble des accouchements de la province.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion a également décliné en passant de 2,5% à 1,5% dans la décennie.

### 3.3.4.3 Répartition des mères âgées de moins de 20 ans par commune



Données «avis de naissance» 2017-2019

N = 8700 mères.

La proportion moyenne des mères âgées de moins de 20 ans en province de Luxembourg en 2019 : 1,34% (1,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles)

### 3.3.4.4 Les mères âgées de 40 ans et plus en province de Luxembourg

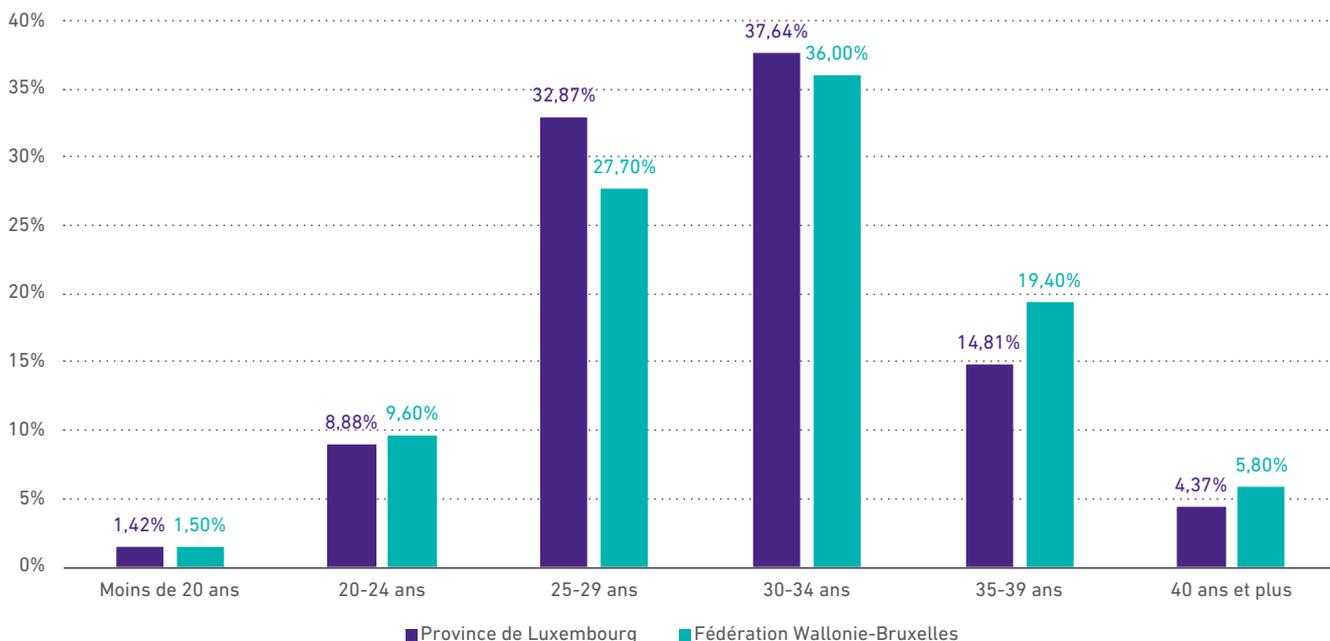
Le recul de l'âge des mères est observé dans le monde entier du fait de la scolarisation des femmes et l'accès au marché du travail, la planification des grossesses, la contraception, la séparation des couples, les familles recomposées, etc.

Le nombre de mères âgées de 40 ans et plus en Fédération Wallonie-Bruxelles est de 2900 mères en 2019 (5,8% des mères). Ce nombre a augmenté de 27% par rapport à 2010 où on comptait 2282 mères de 40 ans et plus.

En province de Luxembourg, la part des mères de 40 ans et plus est de 4,4%, soit 132 mères en 2019.

### 3.3.4.5 La comparaison des catégories d'âge des mères entre la province et la Fédération en 2019

#### Comparaison des catégories d'âge des mères entre la province de Luxembourg et la Fédération

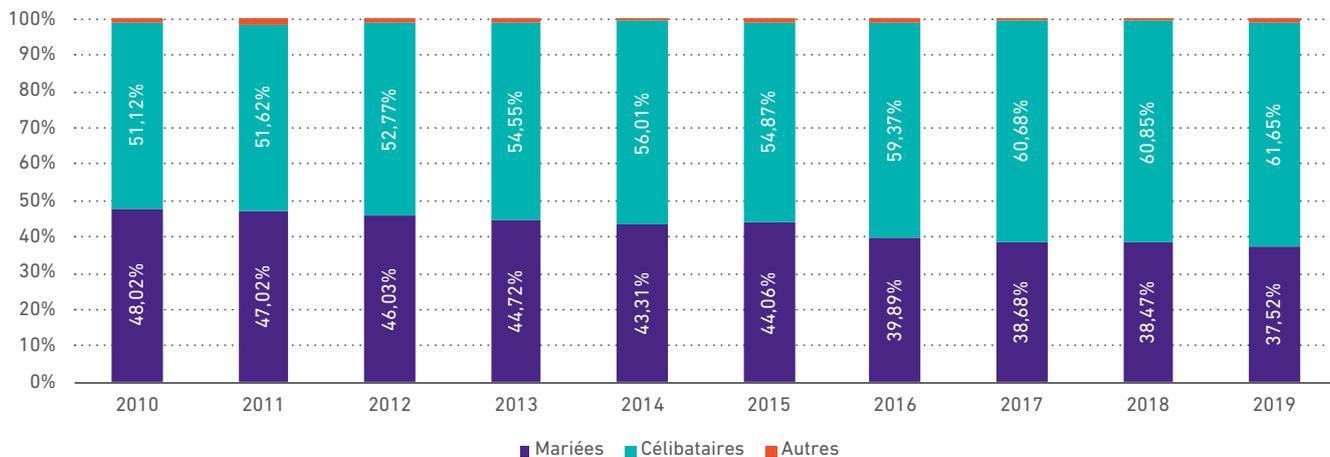


BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019

L'âge médian est légèrement plus bas en province de Luxembourg qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est traduit dans ce graphique par une différence de proportions plus marquée dans la catégorie d'âge des mères de 25 à 29 ans entre les deux entités. Et, cette différence est inversée pour la catégorie des 35-39 ans à la faveur de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Globalement, ce sont dans les catégories d'âge de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans en province de Luxembourg que les proportions de mères supplantent celles de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

### 3.3.5 L'état civil des mères au moment de l'accouchement en province de Luxembourg



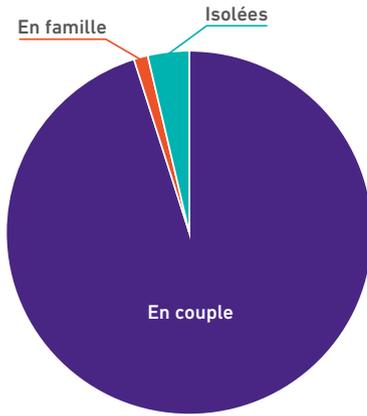
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

L'état civil décrit une situation conjugale officielle à un moment donné.

La situation d'état civil montre d'une part une diminution des mères mariées qui sont passées de 48,0% à 37,5%.

A l'inverse, la part des mères célibataires a augmenté de 51,1% à 61,7%. Le solde est dû aux autres catégories d'état civil que sont les divorcées, séparées et veuves. Il représente moins de 1% des mères.

### 3.3.6 La situation relationnelle des mères au moment de l'accouchement

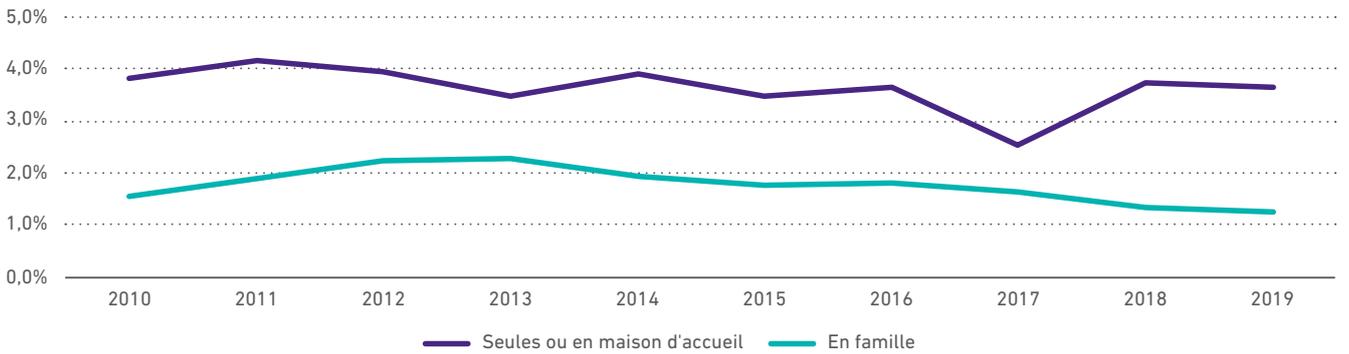


La situation relationnelle mesure l'entourage de la mère ; il s'agit de la présence d'un support autour de la mère, d'un soutien immédiat. Même si l'intensité de la relation est difficile à mesurer, ce qui est primordial est la situation effective, une présence humaine pour soutenir la maman en cas de besoin.

En province de Luxembourg, les données BDMS indiquent que 95,1% des mères vivent en couple ; 3,6% vivent seules ou en maison d'accueil (isolées) et 1,3% en famille (entourées de leurs proches).

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

#### Evolution des proportions de mères vivant en famille et de mères vivant isolées en province de Luxembourg

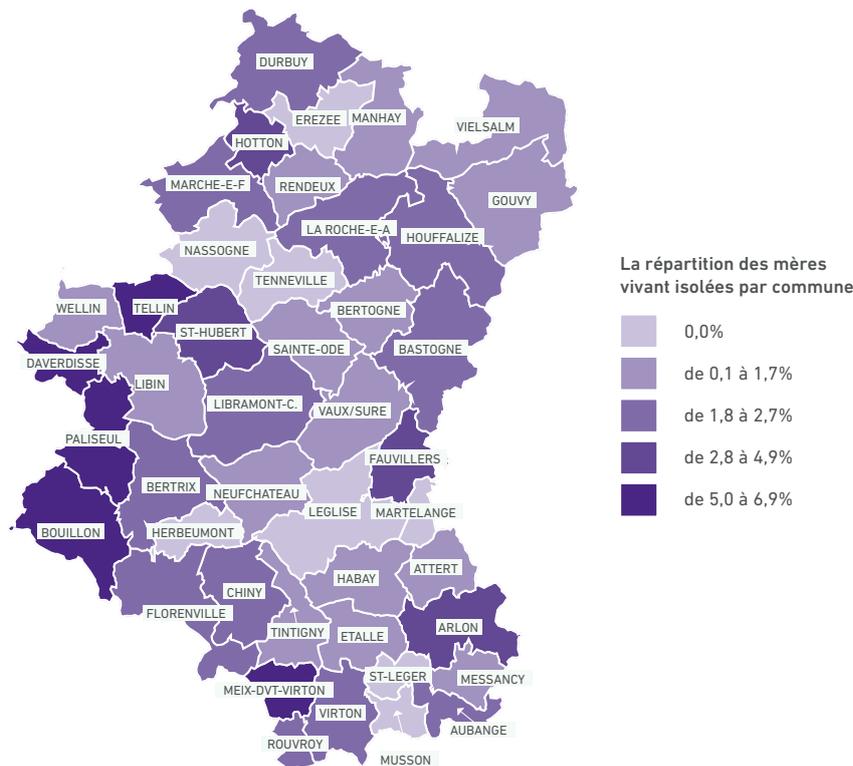


BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Globalement, la proportion des mères vivant seules ou en maison d'accueil a varié entre 3,5 et 4% ces 10 dernières années.

Les mères qui vivent entourées par leur famille ou des proches sont en légère diminution, passant de 2,2% en 2013 à 1,2% en 2019.

#### La répartition des mères vivant isolées par commune



Données «avis de naissance» BDMS-ONE cumulées de 2017 à 2019

La proportion moyenne de mères vivant isolées en province de Luxembourg en 2019 : 2,1% (3,8% en Fédération Wallonie-Bruxelles)

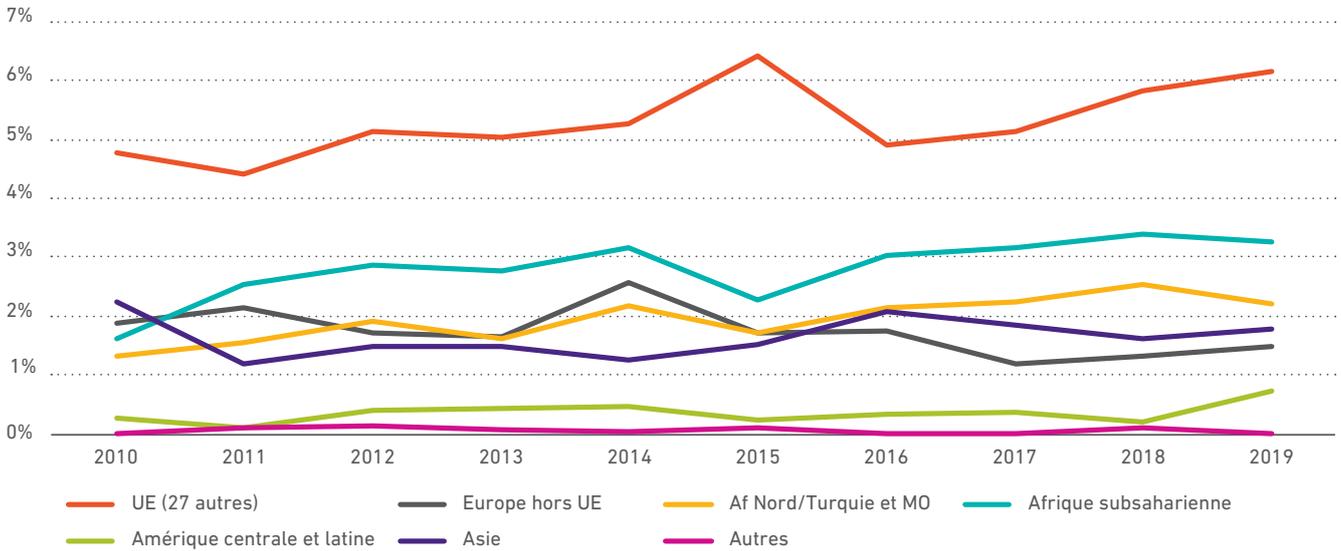
### 3.3.7 La nationalité d'origine des mères en province de Luxembourg

Les données d'accouchement « avis de naissance » issues de la province de Luxembourg recensent 134 pays d'origine des mères différents.

Le regroupement de ces pays d'origine selon la région montre de timides variations pour certaines régions telles que décrites dans le graphique ci-après.

Outre la Belgique qui représente la nationalité la plus fréquente (86,2% des origines des mères), les 5 pays les plus représentés sont la France, le Maroc, le Portugal, le Congo (RDC) et la Russie.

#### Evolution des régions d'origine des mères résidant en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

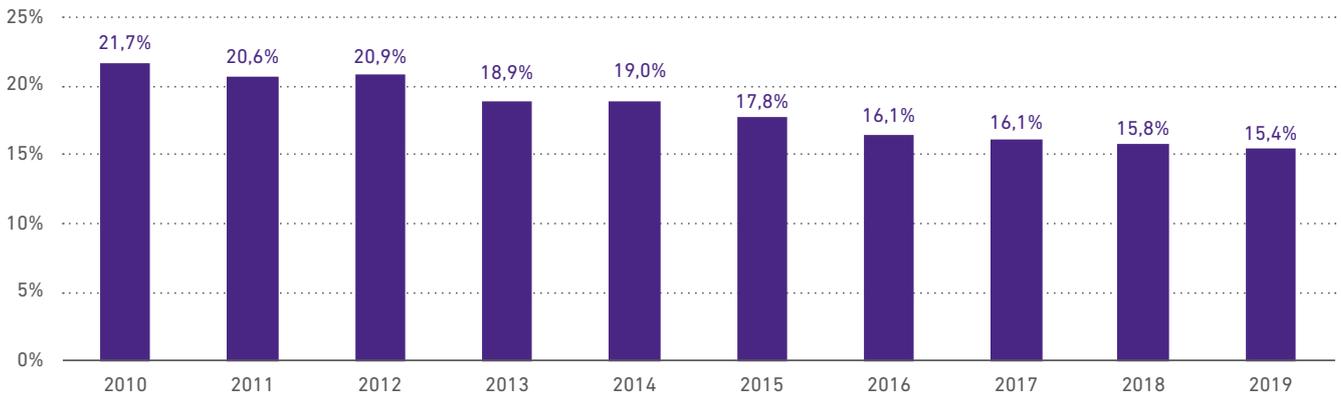
Les mères originaires de l'un des 27 pays de l'UE représentent environ 6,1% des mères en 2019. Leur proportion était de 4,8% il y a 10 ans.

### 3.3.8 Les habitudes tabagiques des mères

#### Evolution de mères fumeuses en province de Luxembourg

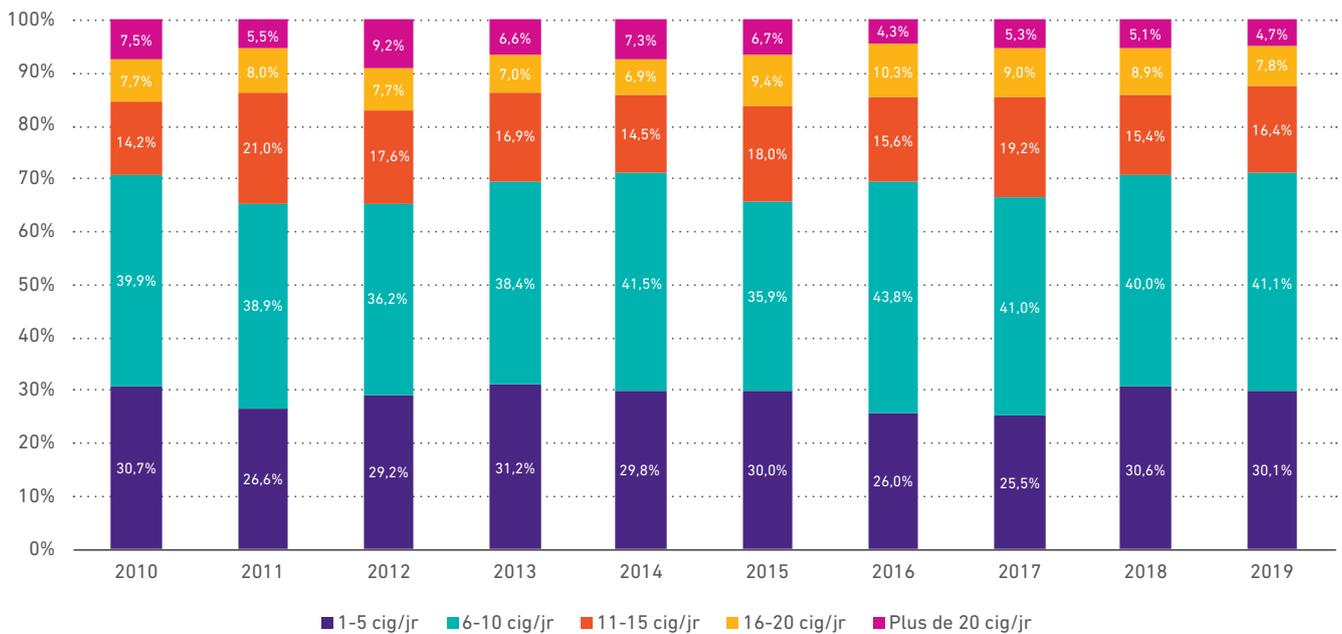
La consommation de cigarettes au quotidien au moment de l'accouchement a évolué à la baisse ces dernières années. Elle est passée de 21,7% à 15,4% entre 2010

et 2019. Cette diminution est relativement constante et continue



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

## Evolution de la consommation de cigarettes



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Au moment de l'accouchement, la répartition des mères fumeuses par catégorie de cigarettes fumées montre que près de 30% des mères fument entre 1 et 5 cigarettes par jour ; environ 40% d'entre elles fument de 6 à 10 cigarettes par jour.

### 3.3.9 La corpulence des mères avant leur grossesse

L'Indice de masse corporelle permet une classification standard en matière de surcharge pondérale. La formule de cet indice est applicable chez les personnes de 18 à 65 ans et n'est pas valable pour les femmes enceintes. Pour établir une comparaison, le calcul doit donc se faire en dehors de la période de grossesse.

En province de Luxembourg, l'Indice de masse corporelle (IMC) des mères avant la grossesse décrit une moyenne d'IMC de 24.

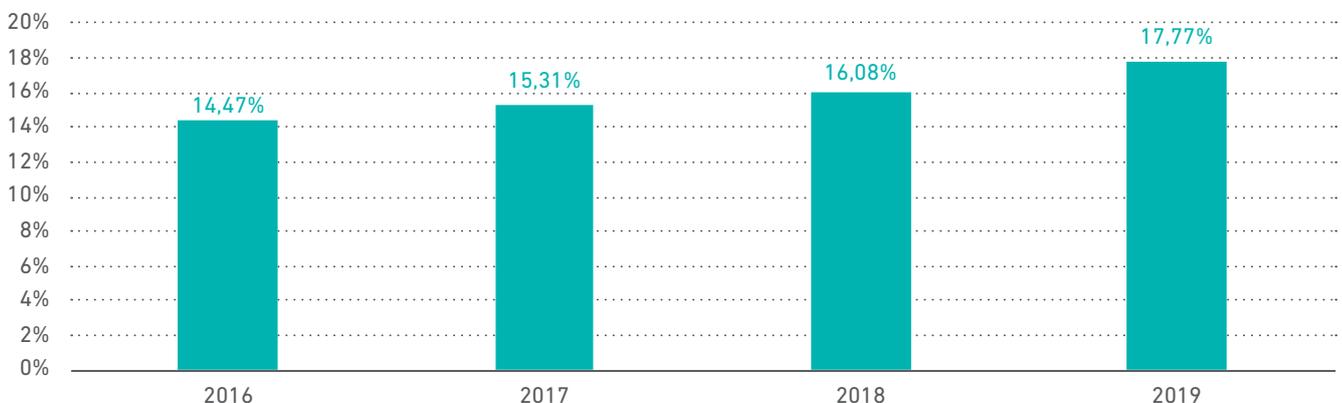
La répartition par catégorie de corpulence des mères entre 2016 et 2019 se fait comme suit :

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	% en Luxembourg	% en Fédération Wallonie-Bruxelles
<b>Insuffisance pondérale</b>	< 18.50	6,20%	5,50%
<b>Corpulence « normale »</b>	18.50 – 24.99	50,70%	50,40%
<b>Surpoids</b>	25.00 – 29.99	26,90%	26,90%
<b>Obésité</b>	≥ 30.00	16,20%	17,20%
<b>N</b>		<b>6 491</b>	<b>107 769</b>

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2016-2019

Il existe des différences régionales, mais aussi dans le temps, pour la corpulence des mères avant leur grossesse.

### Evolution de l'obésité des mères avant leur grossesse en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2016-2019

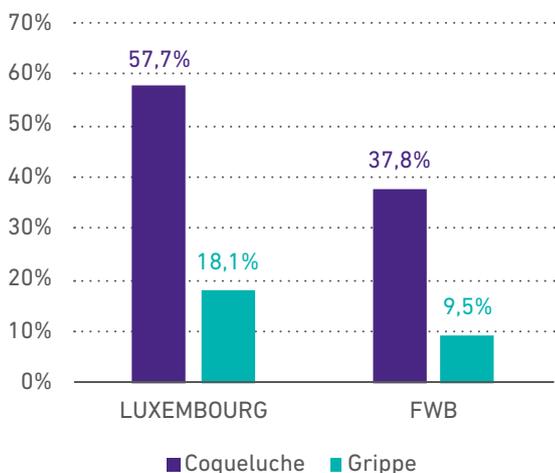
Ce graphique montre une légère augmentation de l'obésité des mères ces 4 dernières années en province de Luxembourg. Ces taux restent cependant légèrement en-dessous de ceux de la Fédération.

Comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, les mères de la province de Luxembourg ont pris environ 12 kilogrammes en moyenne durant leur grossesse.

### 3.3.11 La vaccination des mères durant leur grossesse

La question relative à la vaccination durant la grossesse a été intégrée à la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE en 2018 et donc les premiers résultats présentés ici sont ceux de 2019.

#### Taux de vaccination des mères durant la grossesse



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019

La proportion de mères ayant bénéficié des différents vaccins repris dans le graphique semble plus élevée en province de Luxembourg que pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Le taux de femmes vaccinées durant leur grossesse contre la coqueluche est de 57,7% pour la province de Luxembourg et 37,8% en Fédération Wallonie-Bruxelles. 18,1% des mères ont été vaccinées contre la grippe en province de Luxembourg et 9,5% pour la Fédération.

## 3.4 LES DONNEES DE NAISSANCES EN PROVINCE DE LUXEMBOURG

Les données de naissances représentent les naissances vivantes de résidents en province de Luxembourg entre 2010 et 2019

### 3.4.1 Le nombre de naissances

Comme spécifié plus haut, le nombre de naissances est différent du nombre d'accouchements. Ces données sont importantes à distinguer dans les analyses.

#### Evolution du nombre de naissances selon le nombre d'enfants nés

	Année de naissance										Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<b>Uniques</b>	2919	2993	3114	3069	2954	3018	2807	2818	2749	2978	<b>29419</b>
<b>Jumeaux</b>	103	81	97	94	127	91	98	95	84	126	<b>996</b>
<b>Triplés</b>	3	0	3	0	0	3	0	3	0	0	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3025</b>	<b>3074</b>	<b>3214</b>	<b>3163</b>	<b>3081</b>	<b>3112</b>	<b>2905</b>	<b>2916</b>	<b>2833</b>	<b>3104</b>	<b>30427</b>

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Il peut arriver que pour un accouchement de jumeaux, des données « avis de naissance » soient transmises pour un des nouveau-nés et pas l'autre, notamment en cas de décès. Cette situation engendre un nombre impair de naissances comme c'est le cas dans le tableau ci-dessus pour des jumeaux.

Les naissances multiples représentent en moyenne 3,3% des nouveau-nés. Elles sont essentiellement constituées de naissances gémellaires.

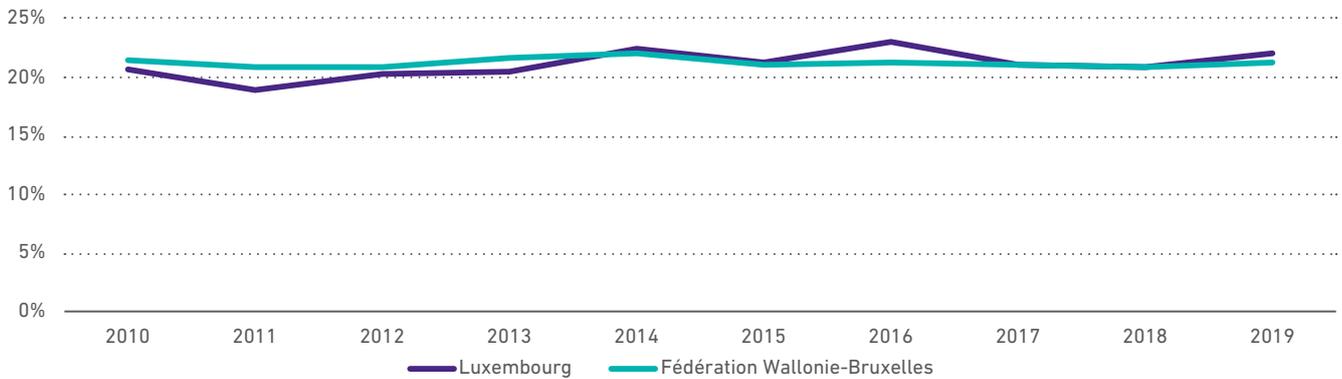
Les naissances en province de Luxembourg sont restées relativement constantes ces dernières années. Elles ont oscillé autour de 3000 naissances ces 10 dernières années, malgré une diminution constante entre 2015 et 2018, où elles étaient sous cette moyenne.

### 3.4.2 Le mode d'expulsion lors de la naissance

Le mode d'expulsion ou mode d'accouchement est la manière dont l'enfant va naître. Une naissance peut se faire par voie basse (voie naturelle) ou par voie haute (césarienne).

L'instrumentation consiste en l'usage de forceps ou de ventouse lors de l'accouchement.

#### Evolution des taux de césariennes en province de Luxembourg et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Entre 2010 et 2019 en province de Luxembourg, les proportions de naissances survenant par césarienne sont restées relativement stables, autour de 21,2%.

Ces taux sont proches de ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui se situent dans une moyenne de 21,1% pour la même période.

En 2019, 22% des enfants sont nés par césarienne en province de Luxembourg et 21,3% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

#### 3.4.2.1 L'évolution des naissances par césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi abdominale et utérine.

#### 3.4.2.2 L'expulsion selon la présentation de l'enfant en province de Luxembourg

Lorsque l'on croise le mode d'expulsion selon la présentation de l'enfant, on décrit que la majorité des enfants se présentant par le siège ou de manière transverse sont nés par césarienne. Respectivement 91,8% et 91,9% des nouveau-nés. On décrit également une expulsion spontanée pour les sièges dans 7% des naissances et pour les présentations de manière transverse, dans 6,7% des naissances.

#### Tableau croisé entre le mode de présentation de l'enfant et le mode d'accouchement

	Césarienne	Forceps	Man. sur siège	Spontanée	Ventouse	TOTAL
<b>Siège</b>	91,8%	0,4%	0,3%	7,0%	0,4%	<b>1591</b>
<b>Sommet</b>	16,3%	0,9%	0,1%	74,1%	8,5%	<b>27878</b>
<b>Transverse</b>	91,9%	0,7%	0,0%	6,7%	0,7%	<b>135</b>
<b>Total</b>	<b>6137</b>	<b>254</b>	<b>34</b>	<b>20792</b>	<b>2387</b>	<b>29604</b>

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Le tableau ci-dessus présente des données quelque peu différentes du graphique relatif à l'évolution des césariennes dans le temps. En effet, le tableau présente des données cumulées. On peut ainsi ajuster les données du graphique relatif aux césariennes. Entre 2010 et 2019, 70,2% des enfants dont on connaît le mode de présentation sont nés de manière spontanée. Près d'une naissance sur cinq s'est faite par césarienne (20,7% des enfants dont le mode de présentation est connu) et l'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 9,1% de ces naissances.



### 3.4.3 L'âge gestationnel

L'âge gestationnel caractérise la durée de la grossesse, c'est-à-dire le délai entre la conception et la naissance de l'enfant. Il s'exprime en semaines et en jours d'aménorrhées, à partir du premier jour des dernières règles.

#### 3.4.3.1 Les catégories d'âge gestationnel

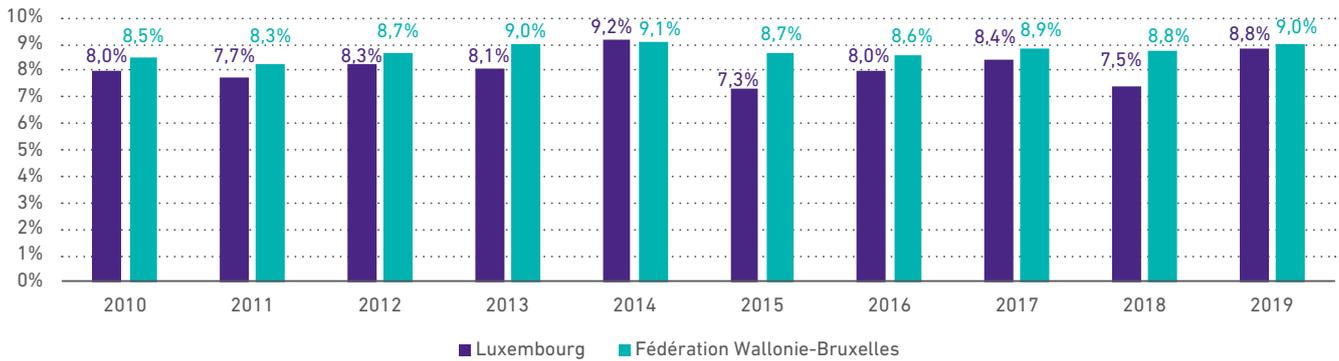
Il existe plusieurs définitions de l'âge gestationnel. Il peut être anamnestique tel que décrit ci-dessus et se base sur les dernières règles ; il peut être échographique (ultrasonographique) permettant de gagner en précision et de corriger l'âge de la grossesse ; il peut aussi être pédiatrique, donc défini après la naissance sur base de facteurs cliniques.

#### 3.4.3.2 La prématurité

La prématurité est définie à partir de la durée de la grossesse. Une grossesse dure en moyenne 40 semaines. Lorsque l'enfant naît avant la 37<sup>e</sup> semaine accomplie, on dit qu'il est prématuré.

En Fédération Wallonie-Bruxelles et sur base des données BDMS, l'incidence de la prématurité est de 9% en 2019.

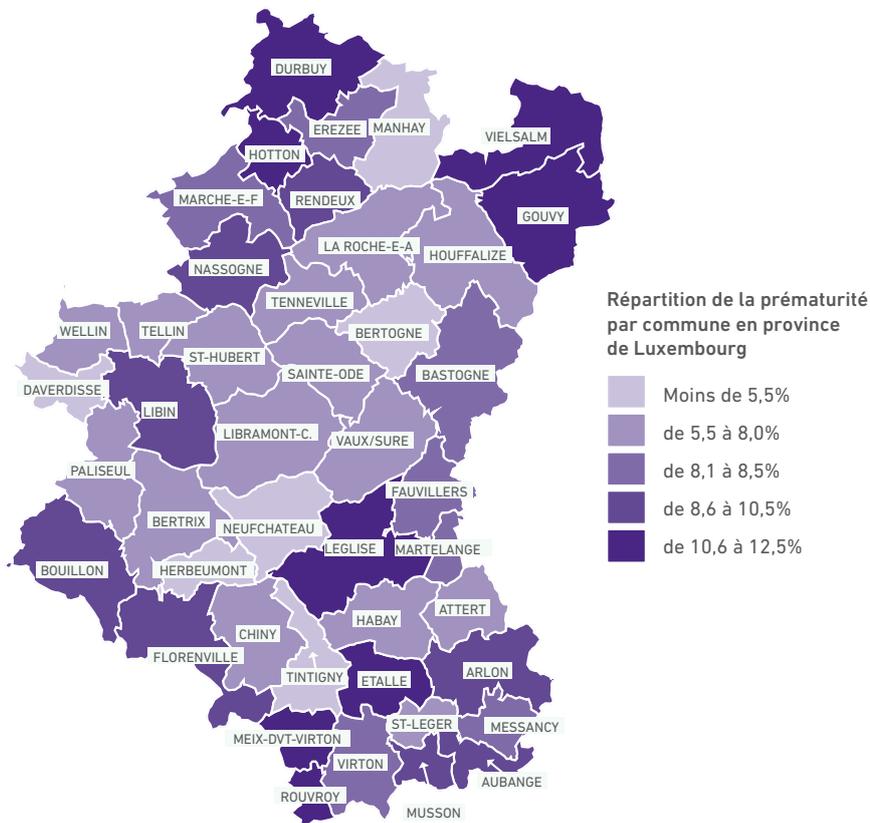
#### Evolution de la prématurité en province de Luxembourg et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

#### 3.4.3.3 – Répartition de la prématurité par commune en province de Luxembourg

##### Répartition de la prématurité par commune en province de Luxembourg – Données cumulées 2017-2019



Données «avis de naissance» BDMS-ONE cumulées de 2017 à 2019  
 N = 8830 nouveau-nés  
 La proportion de nouveau-nés avant 37 semaines de grossesse en province de Luxembourg en 2019 : 8,2% (9,0% en FWB)

### 3.4.4 Le poids de l'enfant à la naissance en province de Luxembourg

Lors de la naissance d'un enfant, le poids est une des données incontournables qui intéressent et les soignants et les parents et qui est renseignée en tout premier.

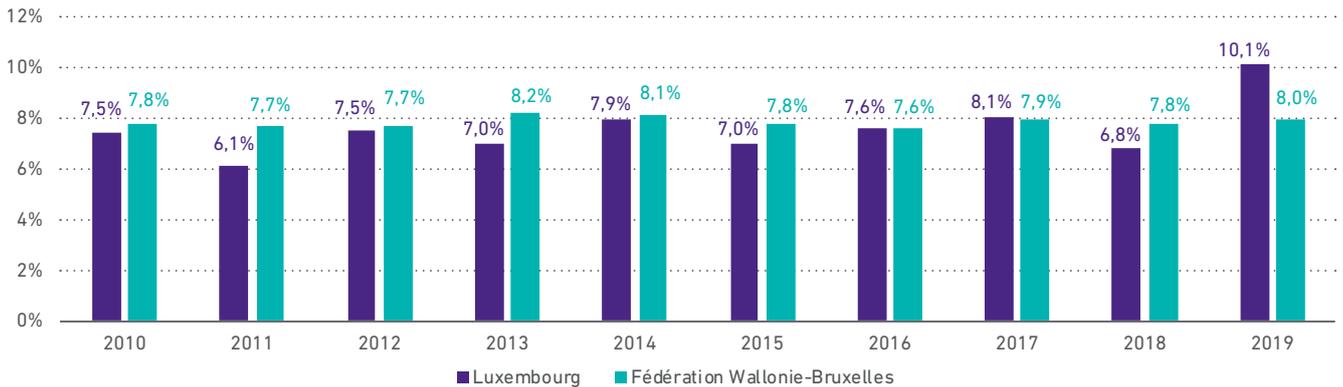
#### 3.4.4.1 Le poids médian du nouveau-né

Le poids médian à la naissance de l'enfant est de 3295 grammes en province de Luxembourg en 2019. Il est pratiquement le même en Fédération Wallonie-Bruxelles (3290 grammes). En moyenne, il est de 3230 grammes [Ecart-type de 628] pour la même année.

#### 3.4.4.2 Les petits poids de naissance

Le petit poids à la naissance caractérise toute naissance de moins de 2500 grammes. Le faible poids à la naissance peut résulter d'une naissance prématurée, d'un retard de croissance intra-utérin ou encore d'une combinaison de ces deux facteurs.

#### Evolution des taux de petits poids de naissance en province de Luxembourg et en Fédération Wallonie-Bruxelles

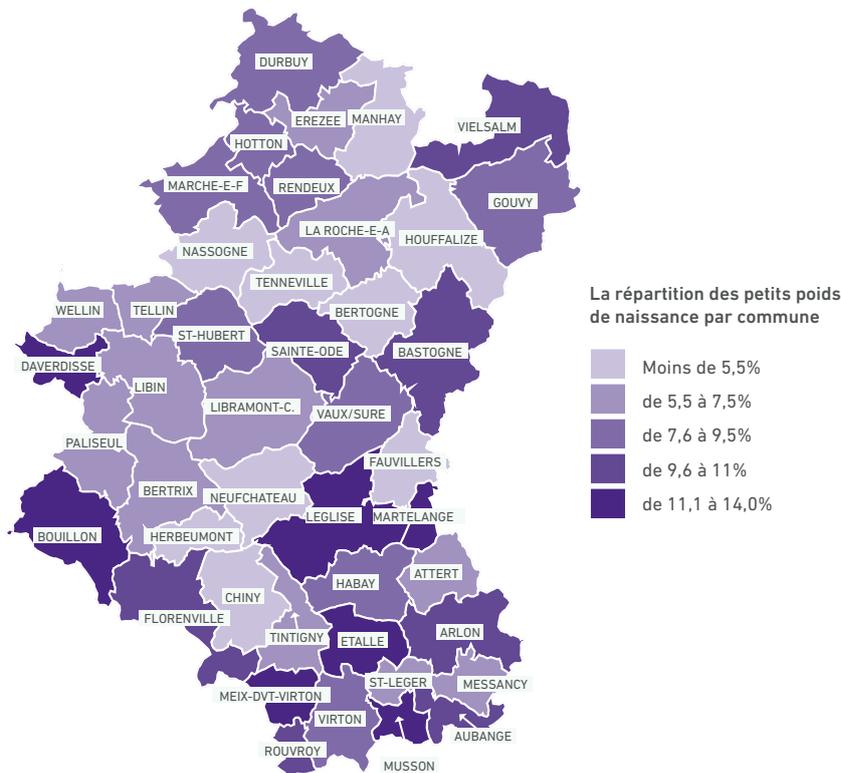


BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Alors que le petit poids à la naissance en province de Luxembourg a oscillé entre 6 et 8% les années précédentes, il a bondi à 10% en 2019, 2 unités au-dessus de la moyenne de la Fédération.

#### 3.4.4.3 Les différences entre les communes en province de Luxembourg

##### La répartition des petits poids de naissance par commune



Données «avis de naissance» BDMS-ONE cumulées de 2017 à 2019

N = 8830 nouveau-nés

La proportion de nouveau-nés de moins de 2500 grammes en province de Luxembourg en 2019 : 8,3% (8,0% en FWB)

### 3.4.5 Les scores d'Apgar

Les scores d'Apgar sont des indices issus du test d'Apgar<sup>1</sup> qui est la méthode d'observation simple et efficace utilisée pour mesurer la santé du nouveau-né. On détermine ainsi le besoin en assistance particulière ou en intervention rapide.

Il s'agit d'une note globale attribuée à un nouveau-né à 2 moments clés, suite à l'évaluation de cinq éléments spécifiques que sont :

- le rythme cardiaque
- la respiration
- le tonus
- la couleur de la peau
- la réactivité

#### 3.4.5.1 Le score d'Apgar à la première minute de vie de l'enfant

##### Evolution du score d'Apgar de l'enfant à la première minute de vie en province de Luxembourg

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<b>Apgar &lt; 7</b>	2,6%	3,0%	2,6%	2,7%	3,1%	3,0%	3,4%	3,4%	2,6%	2,5%	<b>2,9%</b>
<b>7 &lt;= Apgar &lt;= 10</b>	97,4%	97,0%	97,4%	97,3%	96,9%	97,0%	96,6%	96,6%	97,4%	97,5%	<b>97,1%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2975</b>	<b>2963</b>	<b>3095</b>	<b>3031</b>	<b>2945</b>	<b>3005</b>	<b>2807</b>	<b>2817</b>	<b>2732</b>	<b>2971</b>	<b>29341</b>

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

A la première minute de vie, lorsque le score d'Apgar est faible, des améliorations rapides peuvent encore se produire, sans que la situation globale soit compromise.

La proportion moyenne d'enfants avec un score d'Apgar inférieur à 7 est de 2,9% à la première minute de vie et, 97,1% des enfants ont un score d'Apgar compris entre 7 et 10.

#### 3.4.5.2 Le score d'Apgar à la 5e minute de vie de l'enfant

##### Evolution du score d'Apgar des nouveau-nés à la 5e minute de vie en province de Luxembourg

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<b>Apgar &lt; 7</b>	1,3%	1,3%	1,4%	1,2%	1,5%	1,9%	1,4%	2,0%	1,6%	1,6%	<b>1,5%</b>
<b>7 &lt;= Apgar &lt;= 10</b>	98,7%	98,7%	98,6%	98,8%	98,5%	98,1%	98,6%	98,0%	98,4%	98,4%	<b>98,5%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2977</b>	<b>2964</b>	<b>3094</b>	<b>3033</b>	<b>2948</b>	<b>3005</b>	<b>2811</b>	<b>2821</b>	<b>2736</b>	<b>2979</b>	<b>29368</b>

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

A 5 minutes de vie de l'enfant, 1,5% des enfants ont un score d'Apgar inférieur à 7 et 98,5% des nouveau-nés ont un score d'Apgar de 7 et plus.

Les scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie de l'enfant peuvent donner lieu à un suivi spécifique de l'enfant si celui-ci présente des signes de détresse.



<sup>1</sup> Apgar V, The newborn (Apgar) scoring system. Reflections and advice, Pediatric clinics of North America, 1966 ;13 :645-650

### 3.4.6 L'allaitement maternel en province de Luxembourg

L'allaitement maternel est l'un des programmes de santé prioritaires mis sur pied par les collègues médicaux de l'ONE.

#### 3.4.6.1 La mise au sein de l'enfant après l'accouchement

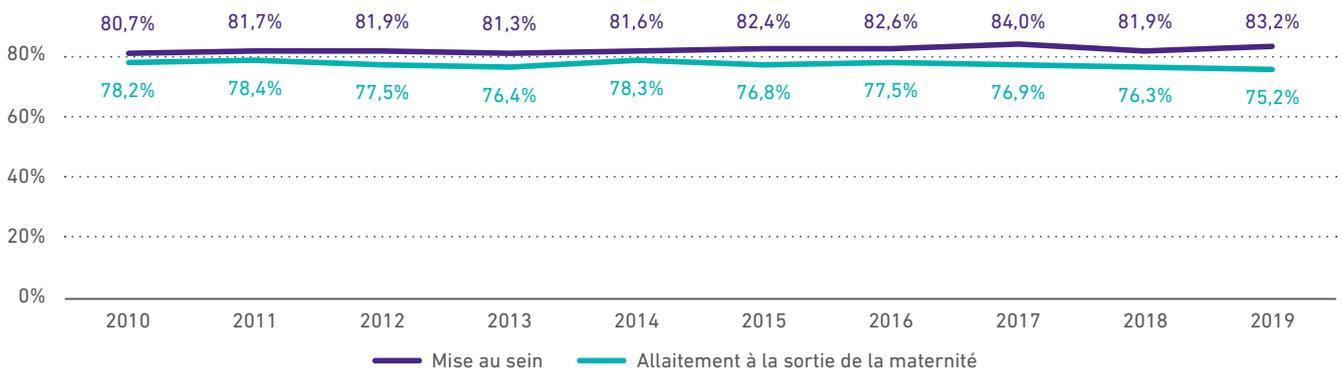
La mise au sein est le fait de porter au sein relativement rapidement après la naissance, son nouveau-né. La mise au sein est donc le mode d'alimentation de l'enfant le premier jour de sa vie et à quelques heures de sa naissance. Il indique l'initiation de l'allaitement.

#### 3.4.6.2 L'allaitement maternel à la sortie de la maternité

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

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

#### Evolution des taux d'allaitement maternel durant le séjour en maternité



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

Les taux d'allaitement en province de Luxembourg sont relativement stables ces dernières années. La mise au sein évolue peu et se situe à 83,2% d'allaitement immédiatement ou les heures qui suivent l'accouchement.

Les jours suivant l'accouchement, il arrive qu'un petit nombre de nouveau-nés abandonnent le sein maternel. Le taux d'allaitement diminue alors pour se retrouver à 75,2% en 2019.

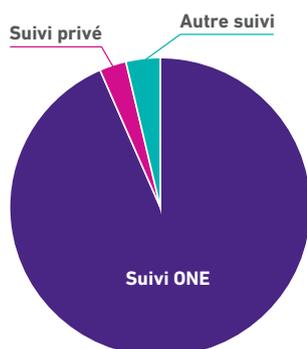
Pour 93,5% des nouveau-nés de la province de Luxembourg, les familles souhaitent un suivi médico-social préventif par l'ONE. Les familles envisagent le suivi préventif par le privé pour 2,9% des nouveau-nés (pédiatre ou médecin traitant), elles envisagent un autre type de suivi préventif de la santé pour 3,7% des nouveau-nés (par une sage-femme, en milieu hospitalier sans précision ou autre).

### 3.4.7 La surveillance médicosociale préventive de l'enfant

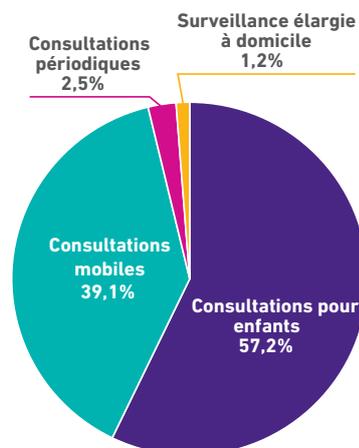
La grande majorité des familles avec des nouveau-nés en province de Luxembourg envisagent un suivi de la santé de leur enfant par l'ONE.

#### La répartition du suivi ONE de l'enfant selon le type de structure

#### La répartition de types de suivi prévus pour l'enfant en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

L'ONE propose différents types de services aux nouveau-nés.

- Les consultations pour enfants et les antennes de consultations sont des structures d'initiative privée (mouvements féminins, comités indépendants, ...) ou communale, agréées et subventionnées par l'ONE.
- Les consultations périodiques sont organisées directement par l'ONE là où l'initiative locale et/ou privée fait défaut.
- Les consultations mobiles : véhicules équipés circulant dans les régions à plus faible densité de population. Elles sont organisées par l'ONE avec un cofinancement des communes couvertes et de l'Office.

Pour plus de la moitié des nouveau-nés (57,2%), le suivi médicosocial prévu se ferait en consultations pour enfants proprement dite ou dans les antennes adossées à ces consultations. 39,1% des nouveau-nés de la province sont attendus dans les structures de consultations mobiles. Les consultations périodiques et la surveillance élargie à domicile drainent 2,5% et 1,2% des nouveau-nés respectivement.

La surveillance élargie à domicile est un service universel de qualité, un moyen d'action spécifique du fait de l'environnement de vie de l'enfant, et qui nécessite l'adhésion des familles.

### 3.4.8 Les dépistages néonataux

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

Le dépistage de la surdité se pratique entre le 1er et le 5ème jour de vie de l'enfant. Il est indolore et permet de déterminer si l'enfant souffre d'une surdité. Cela ne présume en rien du développement ultérieur de problèmes d'audition.

En province de Luxembourg, les 3 maternités participent au programme de dépistage. En 2016, 2644 enfants nés dans ces maternités ont bénéficié du programme.

Le dépistage des anomalies congénitales est pratiqué entre le 2ème et le 5ème jour de vie de l'enfant. Une prise de sang permet de récolter du sang sur un papier buvard qui est envoyé au laboratoire pour analyse. En 2018, on dépiste 14 maladies rares, voire très rares. En cas de résultat positif, les parents sont rapidement recontactés par la maternité. Le test est entièrement gratuit.

Dans les maternités de la province de Luxembourg, 2538 enfants ont été dépistés en 2018.

**IMPORTANT :** le prélèvement doit être réalisé entre 72h et 120h de vie de l'enfant et les échantillons prélevés doivent parvenir au labo endéans les 4 jours de leur réalisation.

## SYNTHÈSE

La natalité est l'un des facteurs déterminants de l'évolution de la population d'un pays, ou d'une région à un moment donné.

En province de Luxembourg, la population a augmenté de 0,7% au cours de l'année 2019 avec 2114 individus pour atteindre un nombre de 286.752 personnes (au 01/01/2020). Comparé à il y a 10 ans, cette augmentation représente 6,2% de la population. Le solde naturel, c'est-à-dire la différence entre les naissances et les décès est positif en 2019, contrairement à la région wallonne, dont le solde s'élève à 452 personnes.

Par ailleurs, le nombre de naissances en province de Luxembourg se maintient autour d'une moyenne de 3000 unités annuellement. Les trois années précédentes, le nombre de naissances avait diminué.

Durant le séjour en maternité, le contact et l'accompagnement par les Partenaires Enfants-Parents de l'ONE visent un suivi médico-social préventif de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école. Les données qui sont collectées à ce moment-là permettent d'optimiser la qualité du suivi et de mettre l'accent sur l'un ou l'autre facteur prédictif d'inégalités sociales de santé et, de soutenir au mieux la parentalité.

Les données de liaison permettent une description de la population globale parce qu'elles couvrent la quasi-totalité des naissances de la province (97% des naissances en moyenne et 99,7% en 2019).

Parmi les mères résidant en province de Luxembourg dont les données sont ici rapportées, 81% ont accouché dans les maternités de la province, presque 14% ailleurs en Belgique (essentiellement à Bruxelles et en Wallonie) et environ de 5% à l'étranger. A l'étranger, les accouchements ont eu lieu au Grand-Duché de Luxembourg et en France surtout.

L'âge moyen des mères se situe à 30 ans et 7 mois en 2019. Il est d'environ 1 an plus bas qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (31 ans et 6 mois). Un recul de l'âge moyen à l'accouchement est observé un peu partout et de façon continue, même si on observe des différences régionales plus ou moins marquées. La catégorie d'âge qui augmente le plus en proportion est celle de la tranche d'âge de 30 à 34 ans, et plus globalement, il y a une augmentation des proportions de mères âgées de 30 ans et plus.

Les mères qui ont accouché ces dernières années sont majoritairement célibataires (61,7% en 2019). Cette proportion est en continuelle augmentation depuis 10 ans. Les mères ont un statut civil de mariées à 37,5% et le solde se compose de mères séparées, divorcées ou veuves. Cependant, une large part des mères vit en couple (95,1%). 3,6% d'entre elles vivent seules ou en maison d'accueil et 1,3% en famille (entourées de leurs proches).

En province de Luxembourg, 86,2% des mères sont d'origine belge. Et parmi les mères d'origine étrangère, les françaises arrivent en tête. Les mères d'origine étrangère sont surtout originaires de l'un des pays de l'Union européenne (27 autres pays que la Belgique) avec une proportion de 6,1%.

Les habitudes tabagiques autour de la maternité sont en évolution ces 10 dernières années. On observe une diminution continue des mères fumeuses. La consommation quotidienne de cigarettes a diminué de façon significative de 2010 à 2019, passant de 21,7% de fumeuses à 15,4%.

Depuis 2016, l'intégration dans la collecte de routine des données relatives à la corpulence des mères a permis de calculer l'indice de masse corporelle des mères avant leur grossesse. Avec l'amélioration de la qualité des données au fil des années depuis l'intégration de cet indicateur, on observe également une augmentation de la proportion des mères en situation d'obésité avant leur grossesse. Ce taux qui se situe en moyenne à 16,2% sur les 4 dernières années est cependant légèrement en dessous de celui de l'ensemble des mères en Fédération Wallonie-Bruxelles (17,2%).

La province de Luxembourg montre une meilleure couverture de la vaccination contre la Coqueluche (57,7%) que la Fédération Wallonie-Bruxelles (37,8%). Cette donnée est récente dans la BDMS et aura certainement besoin d'être confortée dans les années qui viennent. En effet, pour environ 30% des mères, la donnée manque. Cette couverture serait cependant expliquée par la taille de la province et une meilleure communication des professionnels autour de la question de la vaccination de la femme enceinte.

De même pour ce qui est de la vaccination saisonnière contre la grippe durant la grossesse, le taux de couverture de la province de Luxembourg est de 18,1% versus 9,5% pour l'ensemble des mères de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les naissances de la province de Luxembourg montrent des taux de prématurité la plupart du temps légèrement inférieurs à ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2019, ils sont cependant très proches avec 8,8% de naissances prématurées (avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse) en province de Luxembourg et 9% pour la Fédération.

Les petits poids de naissances sont les naissances survenant avec un poids inférieur à 2500 grammes. Le taux de petits poids de naissance en province de Luxembourg est de 10,1% en 2019 et celui de la Fédération s'élève à 8% de petits poids de naissance. A l'instar des données de suivi de la grossesse du chapitre précédent, ce taux serait expliqué par le tabagisme donc l'accès est relativement aisé avec le Grand-Duché voisin. Les années précédentes, les taux de petits poids de naissance sont restés, comme pour la prématurité, inférieurs à ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'allaitement est le mode d'alimentation de 83,2% des nouveau-nés de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En province de Luxembourg, ils sont 75,2% nourris au lait maternel le jour de sortie de la maternité.

La proportion de nouveau-nés attendus dans les structures de suivi préventif de l'ONE est très élevée : 93,5% des familles déclarent souhaiter un suivi par l'ONE de leur enfant.

La diversité des offres de suivi de nouveau-nés en province de Luxembourg répond à la préoccupation de l'Office relative à l'accessibilité des services à la population. Ces diverses structures seront explicitées dans le chapitre suivant.

Enfin, la province de Luxembourg présente des particularités par rapport aux autres provinces et entre arrondissements ou entre communes d'un même arrondissement, des différences parfois importantes peuvent exister.

Ce rapport met en évidence cette richesse de la première ligne qui permet de transcrire les données statistiques derrière lesquelles chaque enfant, chaque famille est à considérer.



Le suivi médico-social des enfants  
en province de Luxembourg

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

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

- L'élaboration des « Projets Santé-Parentalité » (PSP) pour les structures de consultations pour enfants et des « Projets Communaux d'Accompagnement » (PCA) pour les communes sans consultation, incluant le suivi universel et le suivi renforcé en cas de besoin spécifique ou de vulnérabilité.
- La mise en œuvre des programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de médecine préventive.
- Le développement d'activités individuelles et collectives de promotion de la santé.
- L'intégration des activités de l'ONE dans le réseau local.
- La participation à la collecte de données telle qu'organisée par l'ONE auprès des familles
- L'évaluation et à la régulation de la politique en matière d'accompagnement médico-social.

## 4.1 DES SERVICES ADAPTES AU CONTEXTE



Le Luxembourg a la particularité de disposer de consultations dites « mobiles » (CM).

Les consultations mobiles, présentes en provinces de Namur, de Liège et de Luxembourg, sont des semi-remorques entièrement aménagés pour recevoir les enfants et leurs parents et visant les mêmes objectifs que dans les consultations « fixes ».

Ces consultations se déplacent de village en village, dans les régions rurales où il n'existe pas de consultation permanente (fixe) dans un local. A son bord : un.e PEP's, un médecin et le chauffeur. Il n'y a pas de bénévoles au sein de ces consultations.

Outre les services classiques d'une consultation pour enfants de l'ONE, à savoir assurer le suivi préventif médico-social des enfants de 0 à 6 ans, les PEP's qui travaillent dans les secteurs des consultations mobiles peuvent proposer également des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec la commune et d'autres services médico-sociaux.

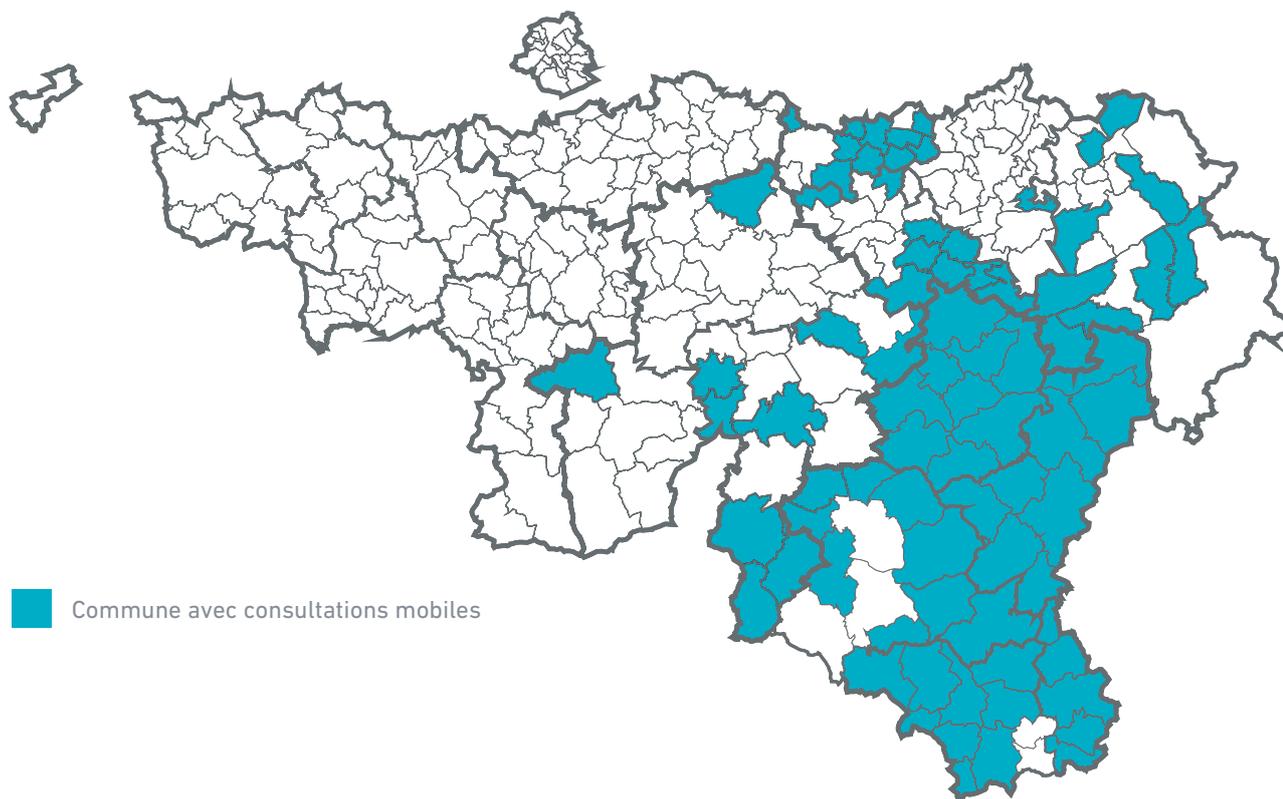
Ces activités doivent être adaptées à la population desservie et sont établies pour 5 ans dans le Projet Communal d'Accompagnement (PCA) pour 5 ans et le Programme Annuel d'Activités (PAA).

Les consultations mobiles s'arrêtent à heures fixes dans les communes et leurs hameaux. Les parents sont avertis et invités personnellement à présenter leurs enfants à l'heure et à l'endroit prévu. Grâce à ce système, les communes bénéficient au moins d'une consultation mensuelle, un rythme de passage imposé par les exigences des vaccinations.

Le médecin et le/la PEP's de secteur assurent la consultation mobile dans les différents villages desservis au cours d'une même demi-journée. En dehors de ces consultations, le/la PEP's visite les familles à domicile.

En province de Luxembourg, les services de consultation mobiles couvrent la quasi-totalité du territoire.

<sup>1</sup> Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE, 2019.



Sources : ONE, DCVD, 2019

La cartographie indique les communes disposant d'un arrêt de consultation mobile. A l'exception de 5 communes, l'ensemble du territoire luxembourgeois est couvert par les structures de consultations mobiles.

**Nombre d'enfants inscrits annuellement en province de Luxembourg et le nombre de tournées des consultations mobiles**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Total inscrits pour les CM</b>	5217	5258	5115	5228	4941	4759	4616
<b>Nombre total d'enfants inscrits annuels</b>	10243	10138	9087	9854	9566	9366	9283
<b>% enfants en CM en Luxembourg</b>	51%	52%	56%	53%	52%	51%	50%
<b>Nombre de tournées</b>	/	/	/	90	91	90	91

Sources : ONE, DCVD, 2019

Lors du suivi médical, des données individualisées sont récoltées à des moments clés de la vie de l'enfant : lors du «Premier contact» (en moyenne à 15 jours de vie), et lors des «Bilans de santé» établis aux 9,18 et 30 mois de l'enfant. Vu que les données sont récoltées à des moments bien précis, celles-ci ne couvrent pas l'entièreté des enfants suivis par les structures de l'ONE, le suivi étant effectué de 0 à 6 ans.

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

Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et les PEP's au

sein des consultations pour enfants ou lors des visites à domicile effectuées par les PEP's mais aussi au sein des milieux d'accueil collectifs.

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2009 à 2018. Les années de référence analysées pour chaque thème sont reprises sous chaque tableau ou graphique.

L'année de référence est l'année durant laquelle le bilan a été complété. Ainsi pour les Bilans de santé de l'année 2018, on retrouve pour les « Bilans de santé à 9 mois », des enfants nés en 2018 et 2017, pour les « Bilans de santé à 18 mois », des enfants nés en 2016 et 2017 et pour les « Bilans de santé à 30 mois », des enfants nés en 2015 et 2016<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> NB : La base de données analysée dans ce rapport a été arrêtée en septembre 2019. Plusieurs rappels ont été effectués auprès du personnel de l'ONE. Certains documents ont probablement encore été envoyés au-delà de cette date. Cependant, nous pouvons estimer que les données sont fiables vu le délai laissé au différents agents.

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

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

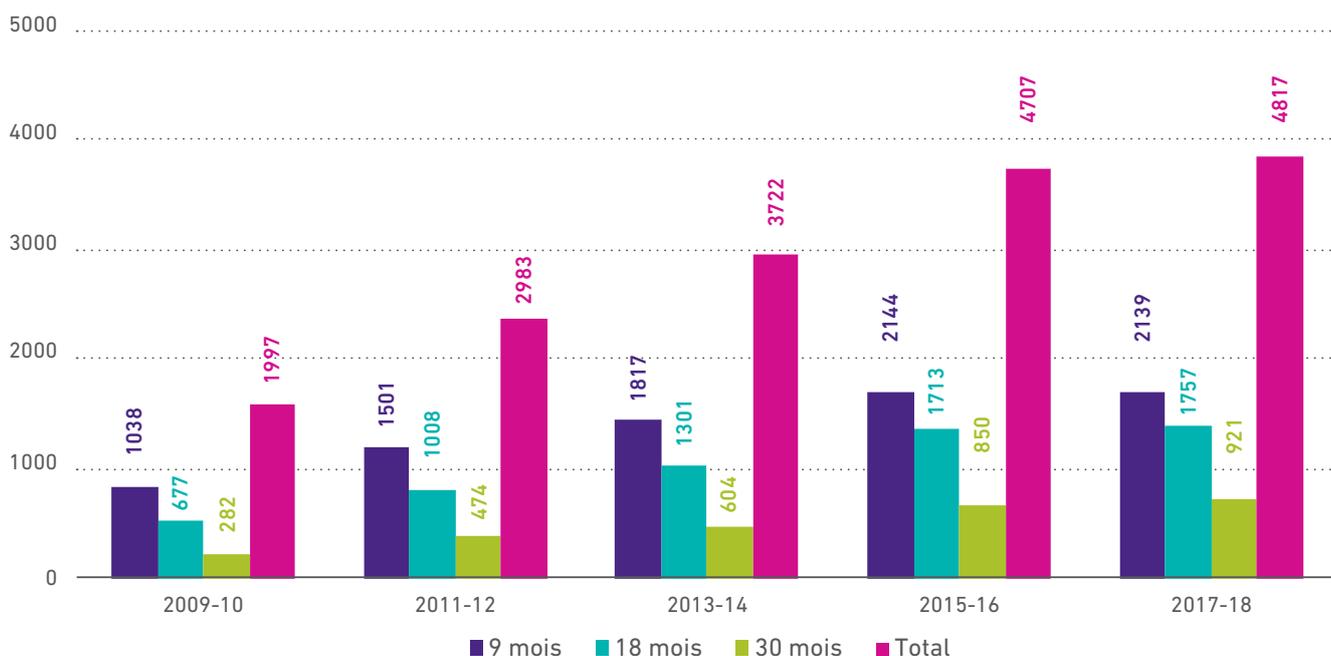
Dans les « Bilans de santé à 9 mois », sont repris les enfants ayant entre 7 et 11 mois. Pour les « Bilans de santé à 18 mois », les enfants ont entre 16 et 20 mois et pour les « Bilans de santé à 30 mois », ils ont entre 28 et 32 mois.

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

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

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

#### Evolution du nombre de Bilans de santé en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2009-2018

En province de Luxembourg, le nombre de Bilans de santé analysés entre 2009 et 2018 augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé, tandis qu'en FWB, on constate une diminution du nombre brut de documents depuis 2017-2018.

En province de Luxembourg, en nombre absolu, le nombre total de Bilans de santé est passé de 1997 en 2009-2010 à 4817 en 2017-2018. Le chiffre a donc plus que doublé. Ces données sont à mettre en relation avec le nombre d'enfants recensés dans la même tranche d'âge.

Les communes de Marche-en-Famenne, Bastogne, Arlon et Aubange, sont les communes de résidence où l'on dénombre le plus de « Bilans de santé » entre 2009 et 2018.

## Evolution du nombre de Bilans de santé en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2009-2018

### 4.2.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2009 et 2018

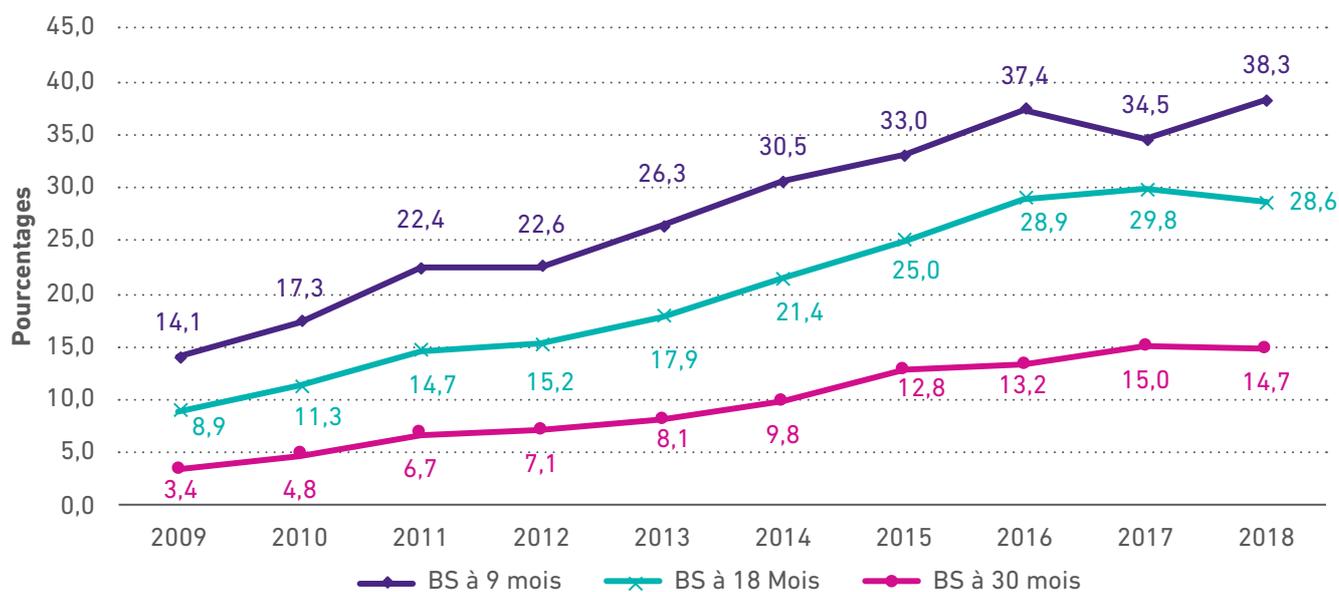
Actuellement, l'information précise concernant le nombre d'enfants susceptibles d'être suivis et entrant dans la tranche d'âge requise pour les Bilans de santé n'est pas disponible. Par conséquent, le taux de couverture des Bilans de santé doit être calculé, soit en prenant comme référence le nombre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

Le calcul des taux de couverture a été effectué comme suit :

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

Le dénominateur : données issues du Service Public Fédéral Economie (DGSIE). Nombre d'enfants de moins d'un an pour les « Bilans de santé à 9 mois », de 1 à 2 ans pour les « Bilans de santé à 18 mois » et de 2 à 3 ans pour les « Bilans de santé à 30 mois ». Les données pour une année civile sont comptabilisées le 1er janvier de l'année suivante. Pour l'année 2018, les données sont relevées à la date du 1er janvier 2019<sup>3</sup>.

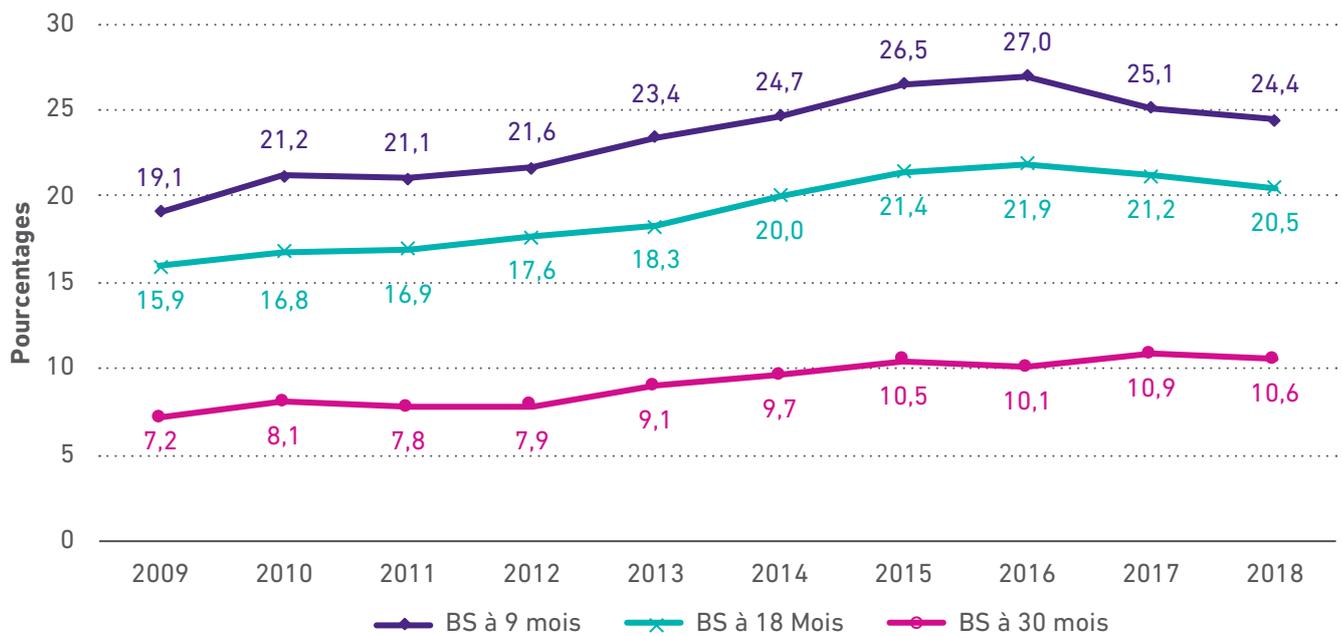
### Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois » 2009-2018

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

## Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2009-2018

Les graphiques, ci-contre, indiquent l'évolution des taux de couverture des Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois pour la province de Luxembourg et pour la FWB.

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

De manière générale, on constate une augmentation continue des taux de couverture pour les 3 Bilans de santé tant en province de Luxembourg qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles et ce, jusqu'en 2016.

A partir de 2017, on observe un fléchissement des courbes surtout en Fédération Wallonie-Bruxelles qui amorce une diminution des taux, tandis qu'en Luxembourg, ils tendent à se stabiliser.

En effet, en province de Luxembourg, en 2009, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 15% des enfants, contre presque 40% en 2018, le taux de couverture ayant plus que doublé. Les taux de couverture des Bilans de santé à 18 et 30 mois ont, quant à eux, triplé atteignant respectivement 28% et 15% en 2018<sup>4</sup>.

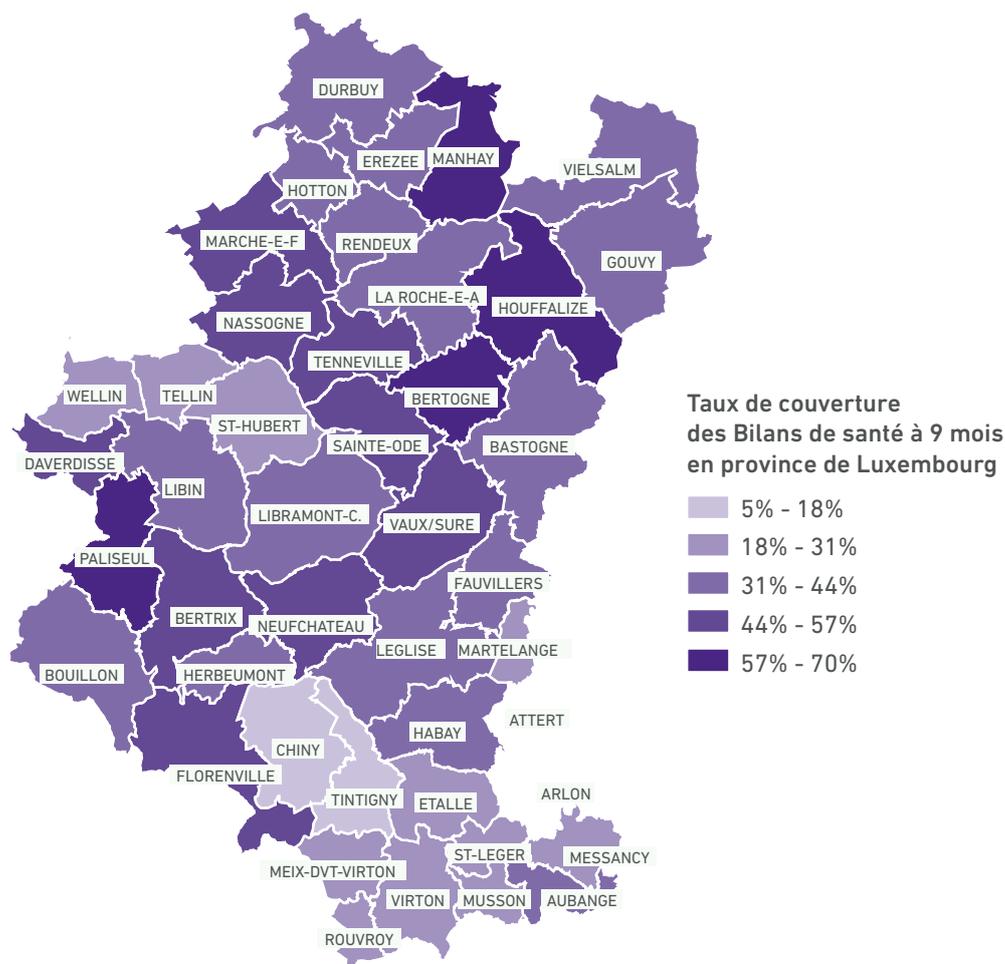
En FWB, en 2009, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 20% des enfants, contre, 25% en 2018, soit une augmentation d'environ 30%. Pour les bilans de 18 et 30 mois, durant cette même période, l'augmentation du taux de couverture était respectivement de 30 et 50%.

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



<sup>4</sup> Les taux de couverture légèrement inférieurs en 2018 par rapport à 2017 peuvent être liés au fait que tous les documents n'aient pas été rentrés au moment de l'analyse des données.

### 4.2.3. Taux de couverture des Bilans de santé à 9 mois en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Etant donné que le suivi médico-social de l'ONE ne couvre pas l'ensemble des enfants résidant en province de Luxembourg, la cartographie donne une estimation relative des taux de couverture pour chaque commune. Pour rappel, ces taux sont sous-estimés. En effet, il s'agit ici d'enfants ayant bénéficié d'un suivi préventif à l'ONE et pour lesquels un bilan de santé a été complété. Les enfants ayant bénéficié d'un suivi mais n'ayant pas de bilan de santé complété ne sont, quant à eux, pas comptabilisés dans ces analyses.

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

Si le taux de couverture moyen des Bilans de santé à 9 mois était de plus de 35% en province de Luxembourg en 2017-2018, certaines communes atteignaient des taux beaucoup plus élevés.

En 2017-2018, pour les Bilans de santé à 9 mois, 9 communes sur 44 avaient un taux de couverture supérieur à 50%. Les communes de Manhay et Houffalize avaient les taux les plus élevés avec respectivement 69.6% et 64.2%. Paliseul, Bertogne, Bertrix, Vaux-sur-Sûre, Neufchâteau, Sainte-Ode et Daverdisse, avaient des taux de couverture compris entre 60 et 50%.

A 18 mois, les taux de couverture relevés les plus élevés étaient dans les communes d'Houffalize et de Vielsalm avec respectivement 59.4% et 50.3%.

Enfin, parmi les enfants entre 2 et 3 ans, les communes de Tenneville et Bertogne, détenaient les plus hauts taux de couverture avec respectivement 45.3% et 38.1%.

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

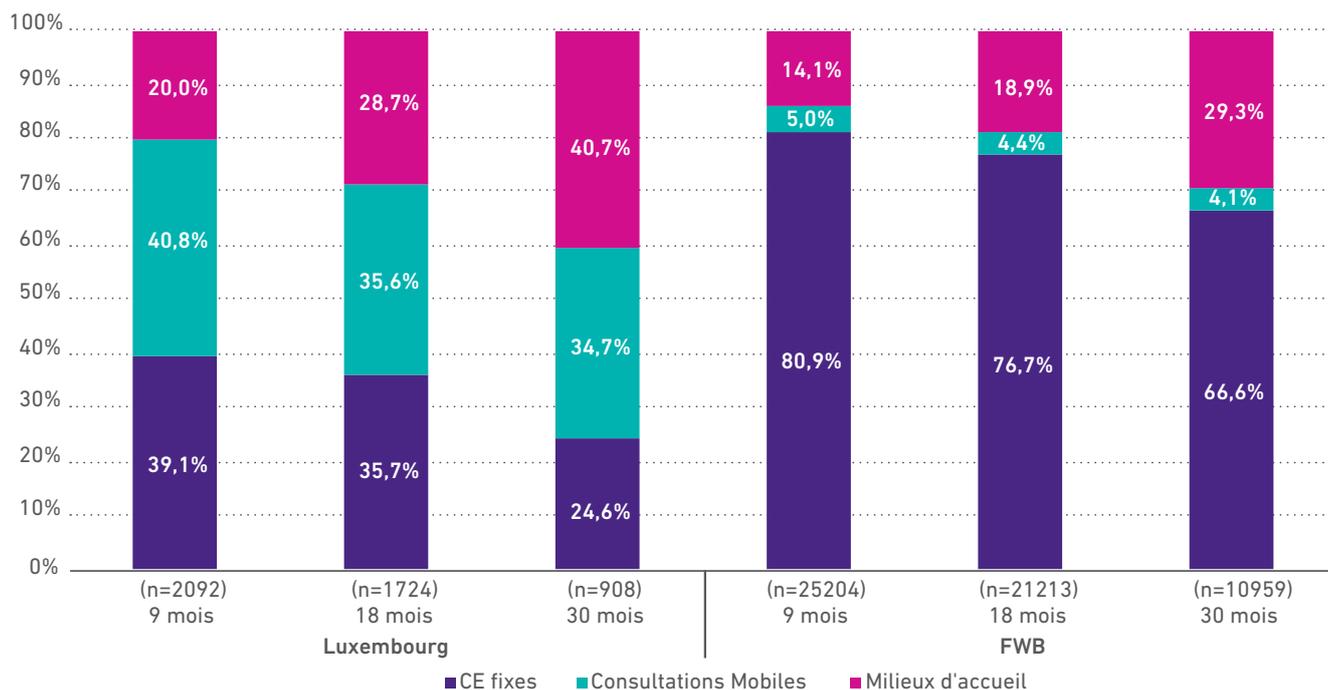
A l'ONE, on distingue différents types de structures de suivi préventif de l'enfant réparties dans deux secteurs : l'Accompagnement de l'enfant et l'Accueil de l'enfant.

Le secteur « Accompagnement » comprend les structures chargées du suivi médico-social préventif de l'enfant au sein de sa famille c'est à-dire, les consultations pour enfants (CE). Parmi ces structures, en province de Luxembourg, on retrouve les consultations mobiles (cfr 4.1). Le suivi peut également être effectué lors de visites à domicile du Partenaire Enfants-Parents (PEP's).

Le secteur « Accueil », quant à lui, reprend les types de structures d'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial (MA) dont certaines contribuent à alimenter la Banque de Données Médico-Sociales. Il s'agit des milieux d'accueil collectifs autorisés par l'ONE (crèches, Maisons Communales d'accueil de l'enfance, Maisons d'enfants).

Ce rapport utilise les abréviations « consultation » ou « CE », pour faire référence aux structures d'accompagnement, « CM » pour les consultations mobiles et « milieu d'accueil » ou « MA » pour les structures d'accueil. Notez bien que si les consultations mobiles ne sont pas citées expressément et donc distinguées, elles sont incluses dans la moyenne des consultations pour enfants.

#### Origine des bilans de santé en province de Luxembourg et en FWB en 2017-2018



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2017-2018

NB : CE fixes + CE mobiles = CE

Le graphique, ci-contre, indique le type de structures dans lesquelles le Bilan de santé a été établi. En effet, les Bilans de santé peuvent être complétés soit dans une consultation pour enfants de l'ONE, soit dans certains milieux d'accueil collectifs autorisés par l'ONE. Dans le cas où un Bilan de santé aurait été établi dans les 2 secteurs, le 1er bilan sera retenu et le second bilan viendra compléter les informations éventuellement manquantes.

Comme nous l'avons vu précédemment, les consultations mobiles font partie intégrantes des consultations pour enfants. Etant donné qu'en province de Luxembourg, une proportion importante des bilans de santé est réalisée lors de ces consultations mobiles, il nous a paru opportun de préciser ces proportions. Si ce graphique distingue les consultations fixes des consultations mobiles, les graphiques suivants regrouperont ces 2 types de consultations sous le terme de « Consultation pour Enfants » (CE).

Globalement, les proportions d'enfants suivis en milieu d'accueil sont plus importantes en province de Luxembourg par rapport à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De plus, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé issus des milieux d'accueil augmente en fonction de l'âge.

Alors que la proportion des bilans de santé réalisés en milieux d'accueil tend à augmenter légèrement entre 2009 et 2018 pour les bilans de santé à 9 et 18 mois, celle des bilans de santé à 30 mois tend à diminuer.

En 2017-2018, en province de Luxembourg, presque 80% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 18 mois, ce taux était de 70% et à 30 mois, cette proportion diminue à 60%. Cette diminution est à mettre en relation avec la fin de la première période de vaccination (Hexavalent, Pneumocoque, Rotavirus) ainsi que l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil.

Si l'on compare les proportions de documents provenant des consultations pour enfants fixes à celles des consultations mobiles, on constate des proportions équivalentes pour les bilans de santé à 9 et 18 mois. Par contre, sur l'ensemble des enfants âgés de 30 mois suivis en consul-

tations, la majorité est suivie par l'intermédiaire des consultations mobiles par rapport aux consultations fixes.

Les taux d'inconnues pour ces données sont très faibles variant entre 1.4% et 3.8%.



<<...>>

## **Gabrielle Pire**

Partenaire Enfants-Parents

### **Comment s'organisent les relations avec les milieux d'accueil ?**

*Pour toutes les questions organisationnelles, les échanges avec les milieux d'accueil s'effectuent principalement par téléphone et par mail. Lorsque les Directrices ont des questions plus générales, comme celles liées à l'alimentation, le sommeil ou encore le comportement d'un enfant, elles me rencontrent en vis à vis ou nous avons un échange téléphonique. Parfois je renvoie des questions à la Coordinatrice accueil et nous avons alors des échanges «triangulés».*

*Par contre, en ce qui concerne les parents, j'insiste pour les rencontrer au moins une fois. Ce n'est pas toujours faisable donc nous communiquons par écrit via le carnet. S'ils ont besoin de plus d'explications, je les invite à me téléphoner pour répondre à leurs questions de vive voix, car ce n'est pas toujours évident de nuancer par écrit.*

### **Quel est votre rôle en tant que PEP's ?**

*J'organise la consultation ONE une fois par mois dans le milieu d'accueil. Elle a lieu de préférence le matin pour le confort du personnel et des enfants qui sont plus en forme le matinée.*

*A l'aide de mon registre, je réalise une liste des enfants qui doivent être examinés ou vaccinés en fonction du choix que les parents ont fait lors de l'inscription de leur bébé.*

*J'envoie cette liste à la Directrice du milieu d'accueil 10 jours avant la consultation afin qu'elle prévienne les parents de la visite du médecin. D'ailleurs, j'insiste souvent en début d'année auprès de la direction et des parents pour que ces derniers assistent aux consultations ou bien nous remettent des écrits avec leurs questionnements.*

*Le jour de la consultation, le médecin et moi-même, pesons, mesurons, examinons et vaccinons les enfants. Nous répondons aux questions des parents s'ils sont présents ou aux questions spécifiques et générales de l'équipe d'accueillantes sur la santé et le développement de l'enfant.*

*Nous nous installons dans une salle à part pour que la consultation se passe en confiance et que le secret médical soit préservé. Lorsque les parents ne sont pas présents, nous communiquons par écrit dans le carnet de l'enfant, ou sur une feuille à part, si les parents nous en ont remis une. Je complète évidemment le dossier médical et veille au respect du calendrier vaccinal.*

*En parallèle, nous organisons avec l'orthoptiste un dépistage visuel une fois par an dans le milieu d'accueil.*

*En somme, notre rôle est de mettre l'enfant au centre de nos préoccupations et d'observer son vécu dans le milieu d'accueil.*

### **Comment se passe la collaboration au sein de la crèche pour la récolte des données des enfants ?**

*Lorsque je ne reçois pas d'informations sur l'enfant via l'ONE, la crèche me fournit son nom et son adresse.*

*Si les parents sont présents lorsque je réalise les bilans, je ne rencontre pas de problème pour les compléter.*

*Dans le cas où je réalise un bilan sans les parents, j'utilise les données dont je dispose dans mon dossier médical et dans le carnet de l'enfant. Les puéricultrices connaissent souvent les habitudes de l'enfant ce qui peut m'aider pour remplir certains items. Je ne pose pas de questions à l'équipe sur l'emploi du temps, le revenu, ou encore, le niveau d'études des parents. Je pense personnellement que ce n'est pas leur rôle de s'interroger sur ces questions sans raison pertinente.*

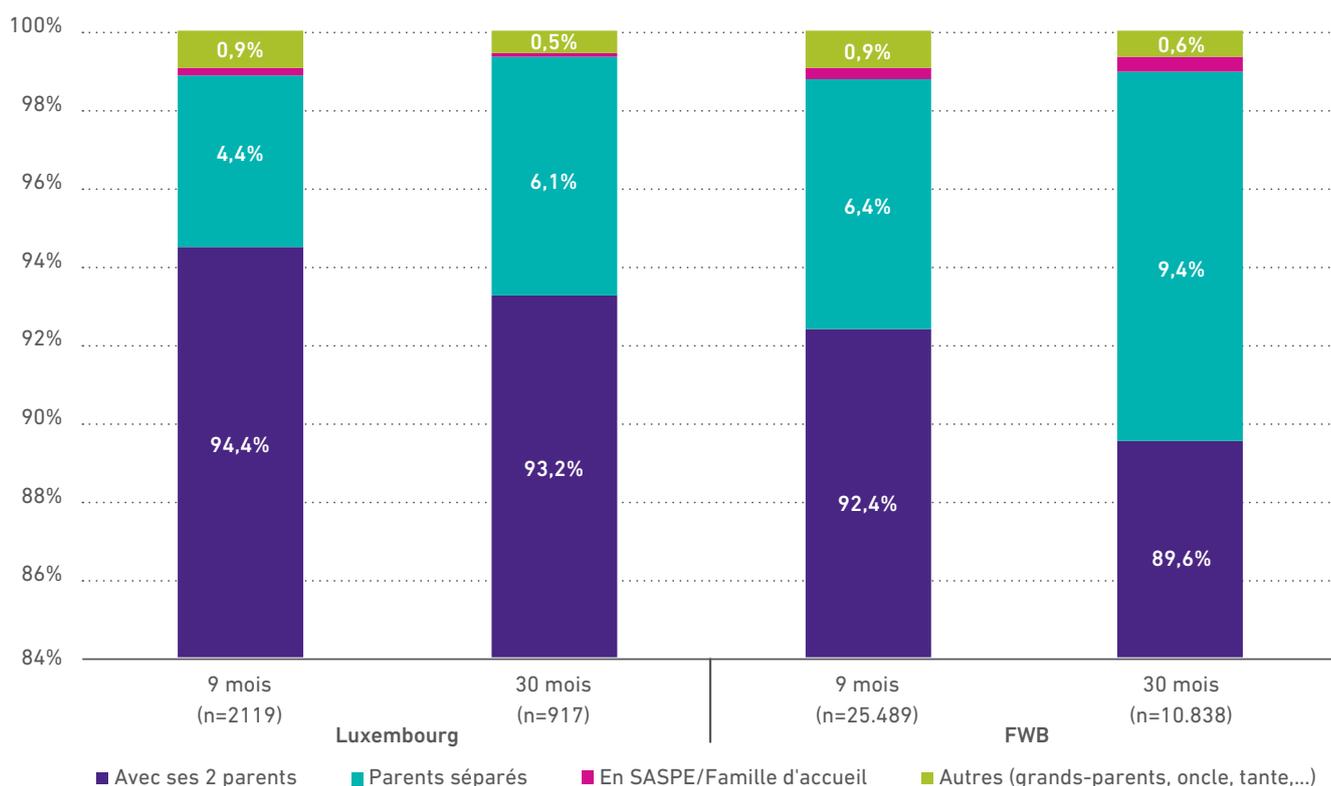
## 4.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE

### 4.3.1. Situation familiale de l'enfant

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

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

#### Situation familiale de l'enfant en province de Luxembourg et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 30 mois », 2017-2018

A 9 mois, la situation familiale des enfants luxembourgeois diffère légèrement de l'ensemble des enfants résidant en FWB. En 2017-2018, en province de Luxembourg, parmi les enfants de 9 mois, 94,4% vivent avec leurs 2 parents alors que cette proportion est de 92,4% en FWB.

Pour cette même période, les communes ayant un pourcentage plus élevé d'enfants âgés de 9 mois vivant avec un seul parent sont Musson (15%), Libramont (13,9%), Rendeux (11,1%) et Bouillon (10%).

Globalement, la proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre presque 6,1% à 30 mois en province de Luxembourg et 9,4% en FWB.

En province de Luxembourg, en 2017-2018, 1,7% des enfants de 9 mois suivis en milieu d'accueil vivent avec leurs parents séparément alors que pour l'ensemble de la FWB, cette proportion s'élève à 5,9%. Ces résultats restent stables dans le temps pour la FWB mais varient légèrement pour le Luxembourg.

Selon les données officielles de Statbel, au 1er janvier 2020, 26,1% des familles étaient monoparentales en Belgique : 22,1% en Flandre, 30,1% en région wallonne et 32,5% en région bruxelloise<sup>5</sup>.

En province de Luxembourg, ce taux était de 25,4%. Les communes ayant les plus hauts taux de familles monoparentales sont les communes de Florenville, Bouillon et Rouvroy avec des pourcentages compris entre 28% et 30%. La commune de Léglise, quant à elle, détient le taux le plus faible avec 15% de familles monoparentales<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Famille= ménage avec enfants

<sup>6</sup> <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/>

En province de Luxembourg, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est très faible et reste inférieur à 1% ces 10 dernières années, quel que soit le bilan de santé.

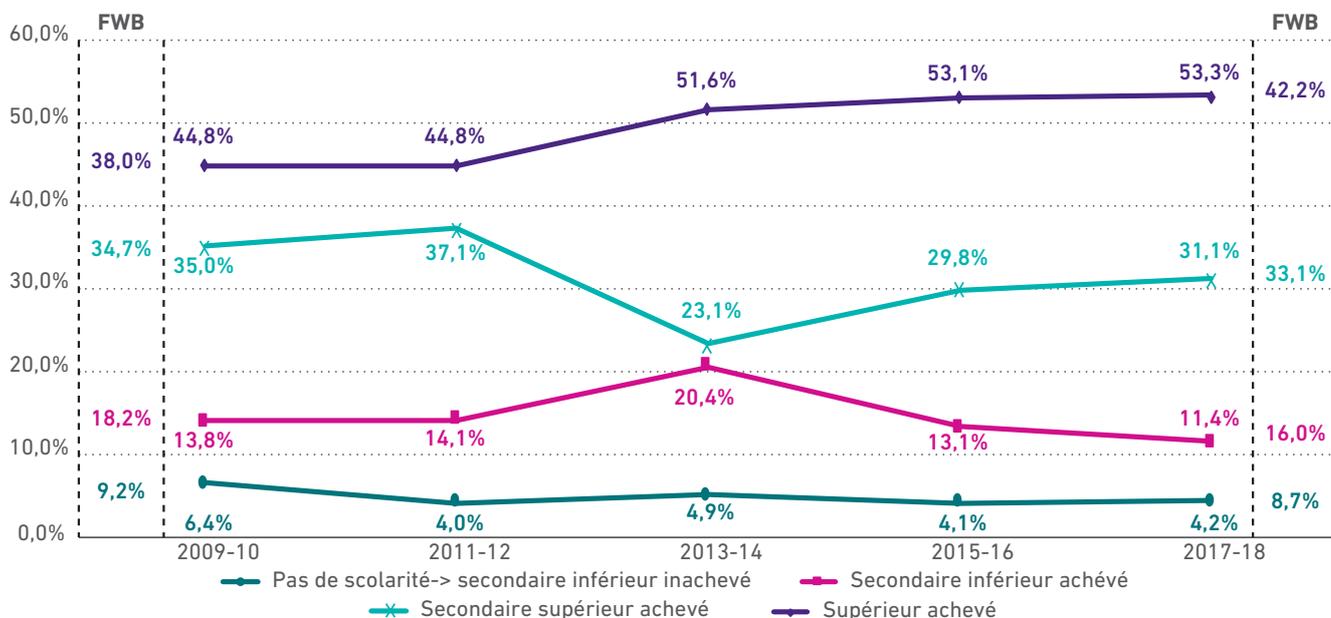
En FWB, le taux d'inconnues est de 1 à 2% pour les bilans de santé à 9 et 18 mois et de 6% pour ceux de 30 mois.

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

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

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

#### Evolution du niveau d'éducation de la mère en province de Luxembourg (à 9 mois)



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2009-2018

En 2017-2018, on observe que **le niveau d'éducation des mères est globalement plus élevé en province de Luxembourg par rapport à l'ensemble de la FWB**, et ce, que l'enfant ait 9 ou 30 mois.

En province de Luxembourg, 15.6% des mères d'enfants de 9 mois n'ont pas dépassé le niveau d'enseignement secondaire inférieur. Ce taux atteint presque 25% en FWB. Lors des bilans de santé de 30 mois, on observe une différence similaire.

L'augmentation des mères diplômées de l'enseignement supérieur est constatée tant en province de Luxembourg qu'en FWB. En effet, le pourcentage de mères luxembourgeoises ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur passe de 44.8% en 2009-2010 à 53.3% en 2017-2018, soit une augmentation relative de presque 20%. Cette différence est compensée par une diminution de la proportion des niveaux d'études primaires et secondaires inférieures. En FWB, les mêmes tendances sont observées.

En Belgique, selon l'enquête sur les forces de travail réalisée chaque année, en 2017, 12.7% des belges âgés de 15 ans ou plus, détenaient uniquement un diplôme de l'enseignement primaire (19.2% en 2009). Par contre, le taux de la population diplômée de l'enseignement supérieur

tend à augmenter avec les années pour atteindre 32.2% en 2017 contre 26.1% en 2009. L'enquête sur les forces de travail (EFT) est une enquête socio-économique par sondage menée auprès des ménages belges mais aussi européens afin de récolter des données comparatives. Son but principal étant de classer la population en âge de travailler. Le niveau d'éducation y est estimé par le diplôme le plus élevé obtenu, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou à l'âge adulte<sup>7</sup>.

L'augmentation du niveau d'instruction est constatée partout en Belgique depuis plusieurs années.

En Wallonie, en 1989, alors qu'environ 40% de la population âgée de 25 ans et plus n'avait pas de diplôme ou tout au plus un diplôme de l'enseignement primaire, en 2019, soit 30 ans plus tard, ils ne sont plus que 13% dans cette catégorie. En 1989, environ 15% de la population détenait un diplôme de l'enseignement supérieur. En 2019, ils représentaient 34%. De plus, en 2019, le niveau d'éducation des femmes était plus élevé que celui des hommes avec 36% des femmes ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur contre 32% parmi les hommes<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/survey/enquete-sur-les-forces-de-travail-efl>

<sup>8</sup> Dujardin C., « Niveau de diplôme de la population de 25 ans et plus », IWEPS.

Disponible : [https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/12/F003-DIPLO.POP-122020\\_full1.pdf](https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/12/F003-DIPLO.POP-122020_full1.pdf)

Selon les données CENSUS, rassemblant une série de données administratives, en 2011, 11.2% de la population luxembourgeoise ne détenait soit aucun certificat ou diplôme, soit uniquement le diplôme de primaire. Cette proportion était de 12.1% pour l'ensemble de la Belgique<sup>9 10</sup>.

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

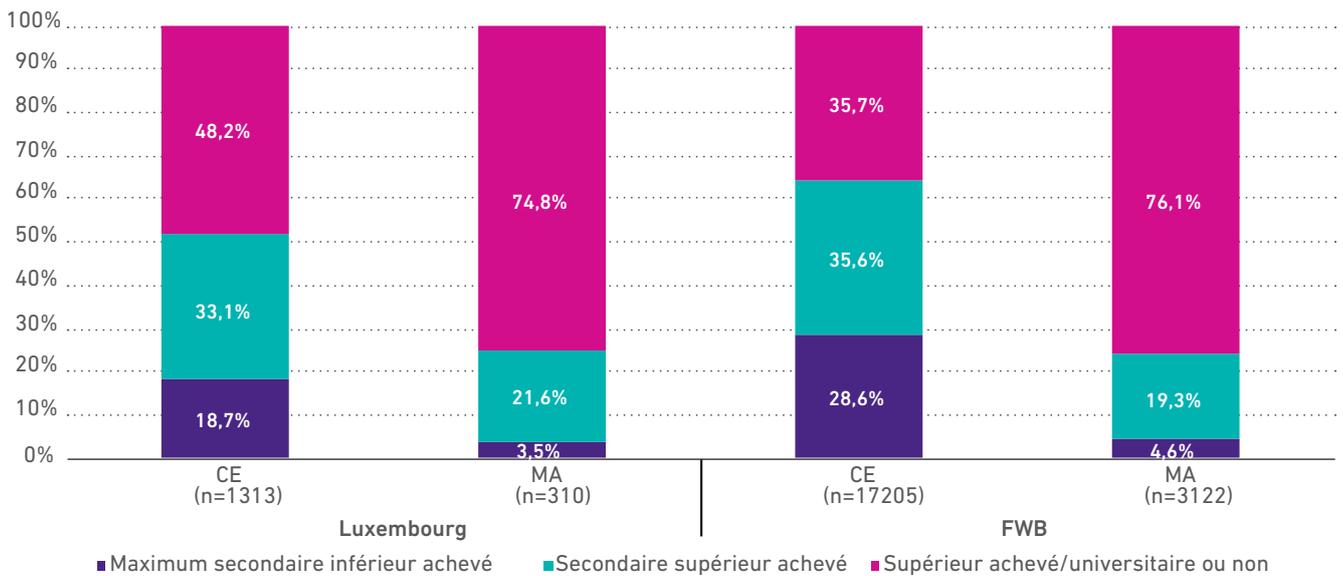
En moyenne entre 2009 et 2018, tant en province de

Luxembourg qu'en FWB, au Bilan de santé de 9 mois, le taux d'inconnues pour cette variable était d'environ 20%.

En 2017-2018, les communes parmi lesquelles on retrouve un pourcentage de mères avec un niveau d'éducation plus faible sont Bouillon, Bastogne, Tintigny, Saint-Hubert, Daverdisse, Rouvroy et Meix-devant-Virton. Parmi ces communes, entre 36% et 60% des mères dont les enfants sont suivis à l'ONE ont obtenu tout au plus le diplôme de niveau d'études secondaires inférieures.

A contrario, plus de 70 % des mères résidant dans les communes de Virton, Saint-Léger, Arlon, Bertrix et Manhay détenaient un diplôme d'études supérieures.

### Niveau d'éducation de la mère selon le type de structure en province de Luxembourg et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

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

En 2017-2018, en province de Luxembourg, 75% des mères d'enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre presque 50% des mères des enfants suivis en consultation. En FWB, en consultation pour enfants, 30% des mères ont obtenu tout au plus le diplôme de l'enseignement secondaire inférieur.



<sup>9</sup> <https://www.census2011.be/censusselection/selectionFR.html>

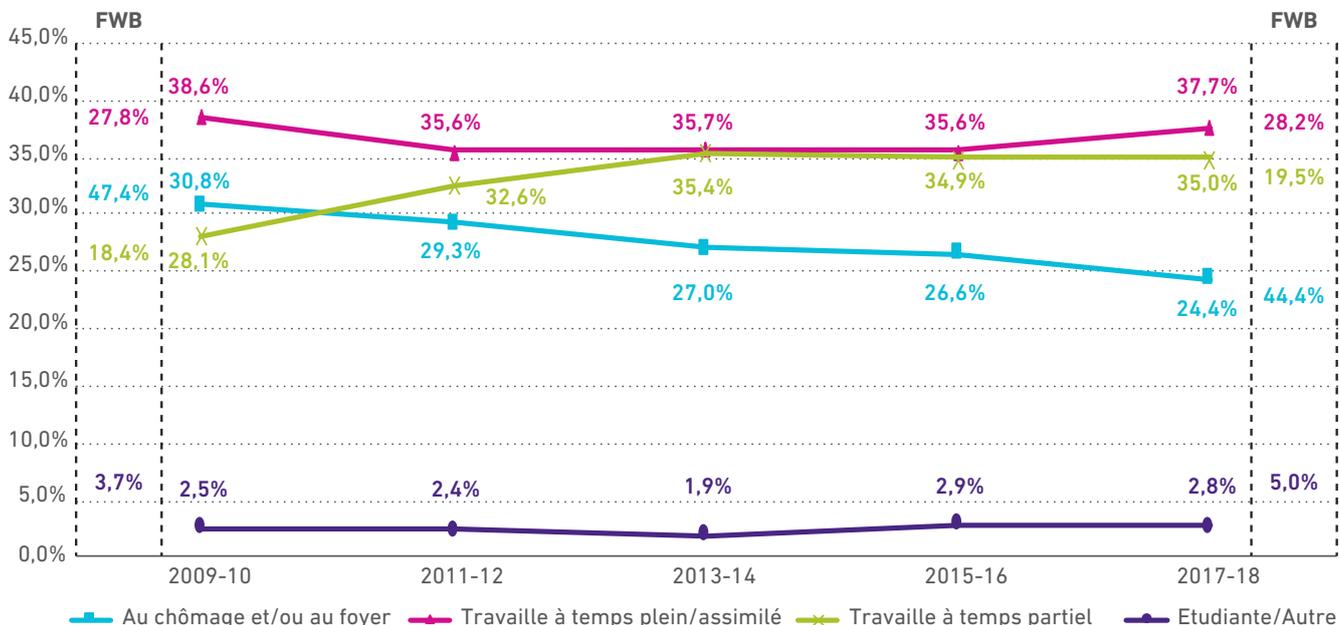
<sup>10</sup> <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=d32c6c55-57a6-4dbc-8b42-ff51f691e437>

### 4.3.3. Situation professionnelle de la mère

La situation professionnelle de la mère est récoltée lors du Bilan de santé à 9 mois. Cette question comporte 7 modalités de réponse. Certaines catégories ont été rassemblées. La catégorie « travaille à temps plein ou assimilé » regroupe les mères travaillant à temps plein, actives au moment du bilan mais également celles en congé

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

#### Evolution de la situation professionnelle de la mère en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2009-2018

Le graphique ci-dessus, montre l'évolution de la situation d'emploi durant 10 ans. **Globalement, la part des mères actives à temps partiel augmente, tandis que celle des mères inactives diminue.**

En moyenne, en 2017-2018, 72.7% des mères étaient actives professionnellement (47.7% en FWB) contre 69.4% en 2009-2010 (46.2% en FWB). L'augmentation de la part des mères actives est liée à l'augmentation de la proportion des mères actives à temps partiel.

Concernant les communes limitrophes avec le Luxembourg, à Messancy, 86% des mères dont l'enfant est suivi à l'ONE étaient actives professionnellement à temps plein ou à temps partiel. A Attert et à Arlon, les mères actives représentaient respectivement 78% et 68%.

Au sein de la province, en 2017-2018, environ 25% des mères sont inactives professionnellement c'est-à-dire qu'elles sont au chômage ou sans emploi, contre 30.8% en 2009-2010. En FWB, on n'observe pas de variations des pourcentages.

En 2017-2018, les mères inactives professionnellement représentaient 50% dans les communes de Daverdisse et Meix-devant-Virton. Les communes de Florenville, Rouvroy, Aubange, Musson et Bastogne avaient des taux de mères inactives décroissant progressivement de 47% à 35%.

En Belgique, selon l'enquête sur les forces de travail publiée par Statbel<sup>11</sup>, en 2010, le taux d'emploi chez les 20-64 ans en Belgique était de 61.6%, avec un taux moyen de 67.2% parmi les hommes et de 56.6% chez les femmes. En région wallonne, le taux moyen d'emploi était de 62.2% : 68.9% chez les hommes et 55.5% chez les femmes.

En 2018, ces taux ont augmenté que ce soit pour l'ensemble de la Belgique ou pour la région wallonne. En effet, en Belgique le taux d'emploi était de 69.7% : 73.9% chez les hommes et 65.5% chez les femmes. En région wallonne, le taux moyen était de 63.7% avec un taux d'emploi de 68.2% chez les hommes contre 59.3% chez les femmes.

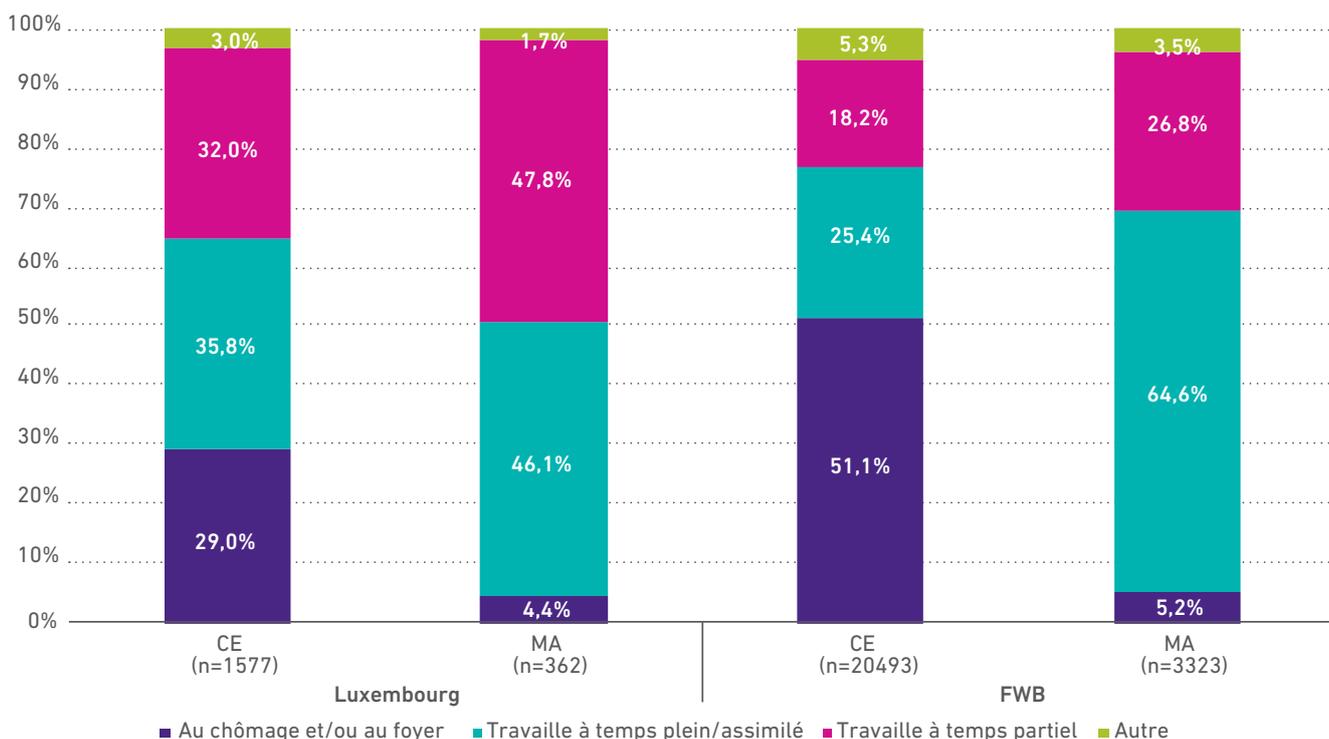
Les taux d'emploi restent moins élevés en région wallonne et chez les femmes. Or, un des objectifs dans le cadre de la stratégie de l'Europe est d'atteindre en 2020, 69% de taux d'emploi chez les femmes belges et 73.4% pour la population des 20-64 ans.

Par ailleurs, le taux de chômage en Belgique était de 8.0% en 2010 (7.8% chez les hommes et 8.3% chez les femmes). En région wallonne ces taux étaient plus élevés avec une moyenne de 11.0% avec 10.4% parmi les hommes et 11.8% parmi les femmes<sup>12</sup>.

11 <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=63a67d2c-4d0e-4cef-9045-a76e76f15b29>  
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/emploi-et-chomage/plus>

12 <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/685-des-20-64-ans-sont-au-travail>

### Situation professionnelle de la mère selon le type de structure en province de Luxembourg et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

On peut observer des disparités importantes selon le type de structures dans laquelle l'enfant est suivi. Si l'on prend en considération uniquement les enfants suivis en milieu d'accueil, on constate globalement que plus de 90% des mères ont une activité professionnelle, que ce soit au sein de la province de Luxembourg ou en FWB.

Cependant, la proportion de mères luxembourgeoises dont les enfants sont suivis en milieux d'accueil et travaillant à temps partiel est équivalente à celle des mères exerçant à temps plein. Par contre, en FWB, parmi les enfants suivis en milieu d'accueil, la proportion de mères travaillant à temps plein est plus élevée (64,6%) que celle travaillant à temps partiel (26,8%) en FWB.

Concernant les enfants suivis en consultation, environ 68% des mères luxembourgeoises exerçaient professionnellement tandis qu'elles étaient seulement 45% en FWB.

En moyenne entre 2009 et 2018, la situation de la mère était inconnue pour 4% des enfants en province de Luxembourg et pour 5% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

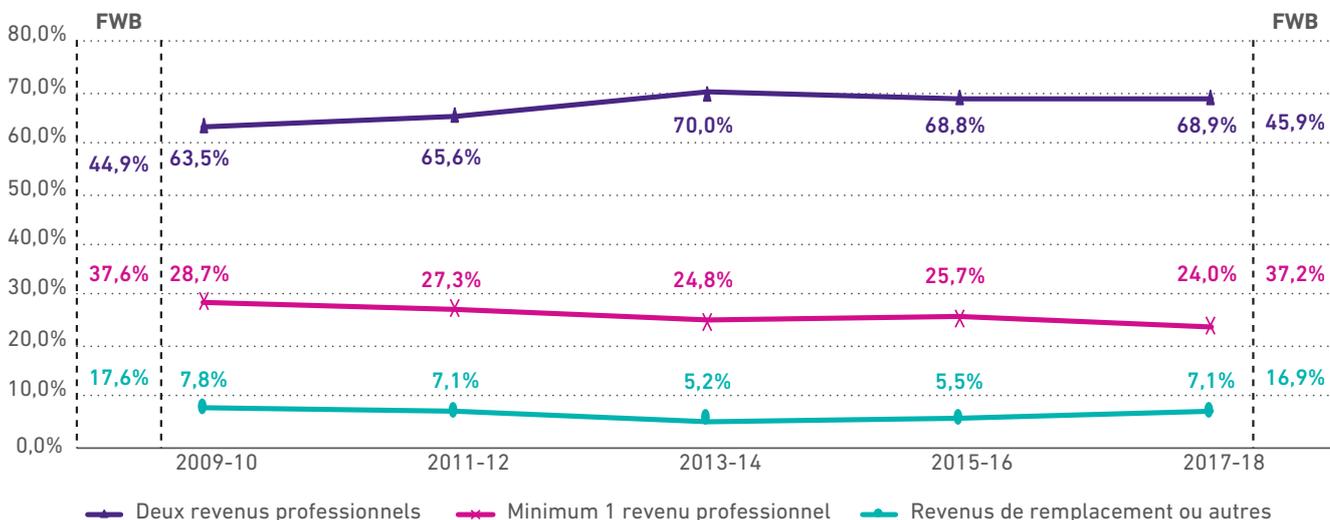


#### 4.3.4. Revenus de la famille

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

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

##### Evolution des revenus de la famille en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Le graphique, ci-dessus, indique une augmentation de la proportion des familles vivant avec 2 revenus professionnels. Alors qu'en 2009-2010, 63,5% des familles disposaient de 2 revenus professionnels, en 2017-2018, elles représentaient 69,0%. La part des familles ne disposant que d'un seul revenu professionnel, quant à elle, diminue légèrement au cours du temps.

En FWB, 46% des familles dont l'enfant est suivi par l'ONE disposent de 2 revenus professionnels, 37,2% d'un seul revenu professionnel et 17% de revenus de remplacement. Ces pourcentages sont stables depuis 10 ans en FWB.

Selon les données officielles et le tableau de bord socio-économique de la province de Luxembourg de 2019, sur base des revenus déclarés de 2015, les revenus médians par déclaration étaient supérieurs en province de Luxembourg (24.552 euros) par rapport à l'ensemble de la Wallonie (22.032 euros)<sup>13</sup>.

Des disparités sont observées selon les arrondissements administratifs, Arlon jouxtant le Grand-Duché du Luxembourg, ayant le revenu médian le plus élevé et Marche-en-Famenne, le revenu le plus faible.

Les luxembourgeois résidant dans les communes au sud-est de la province de Luxembourg ont un revenu médian par déclaration supérieur à la moyenne, notamment ceux résidant dans les communes de Attert, Arlon et de Messancy. Ces revenus plus élevés sont à mettre en relation avec la proximité du Grand-Duché du Luxembourg et ses travailleurs transfrontaliers.

Lors des bilans de santé à 9 mois, en 2017-2018, 83% des parents résidant à Messancy disposaient de 2 revenus professionnels. Ils étaient 82% à Attert et 60,5% à Arlon.

Selon les données officielles, les communes de Bouillon, Florenville, Daverdisse, Herbeumont, Paliseul, Wellin et au nord à Durbuy et La Roche-en-Ardenne ont les revenus médians les plus faibles de la province. Plusieurs de ces communes sont frontalières avec la France.

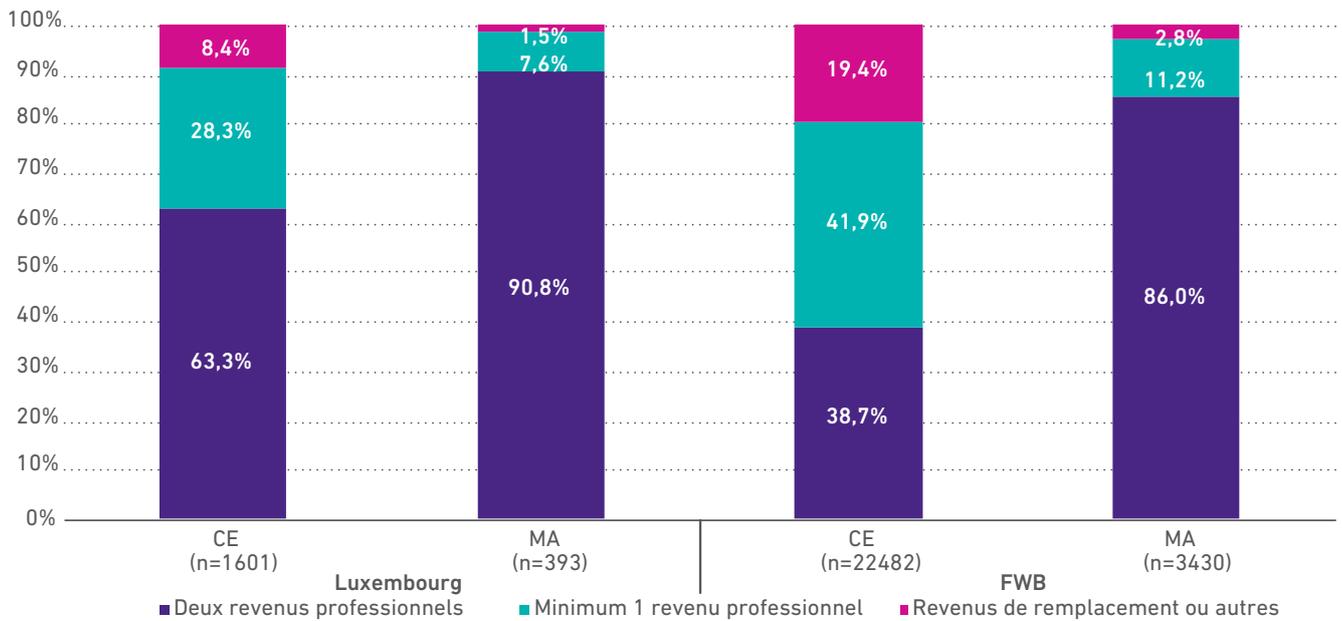
De plus, en 2017, les communes situées au sud-ouest de la province et frontalières avec la France avaient une proportion plus importante de personnes bénéficiant du revenu d'intégration sociale, qui s'établissait entre 1,6% et 2,8% alors que la moyenne de la province était de 1,4%<sup>13</sup>.

En 2017-2018, les communes de Daverdisse (33,3%), Bouillon (24,4%), Florenville (21,1%), Rendeux (20,0%) et Saint-Hubert (18,2%) avaient les proportions les plus élevées de parents dont les enfants sont suivis à l'ONE et qui ne disposaient d'aucun revenu professionnel.

Le taux moyen d'inconnues lors du Bilan de santé à 9 mois, entre 2009 et 2018 était de 4% pour le Luxembourg et de 5% pour la FWB.

<sup>13</sup> Conrotte D., Couset J., Detroz M.C., et al., Equipe du REAL, « Tableau de bord socio-économique de la province de Luxembourg », Janvier 2019. Editeur : Directeur Général provincial.

## Revenus de la famille en fonction du type de structure en province de Luxembourg et en Fédération Wallonie-Bruxelles



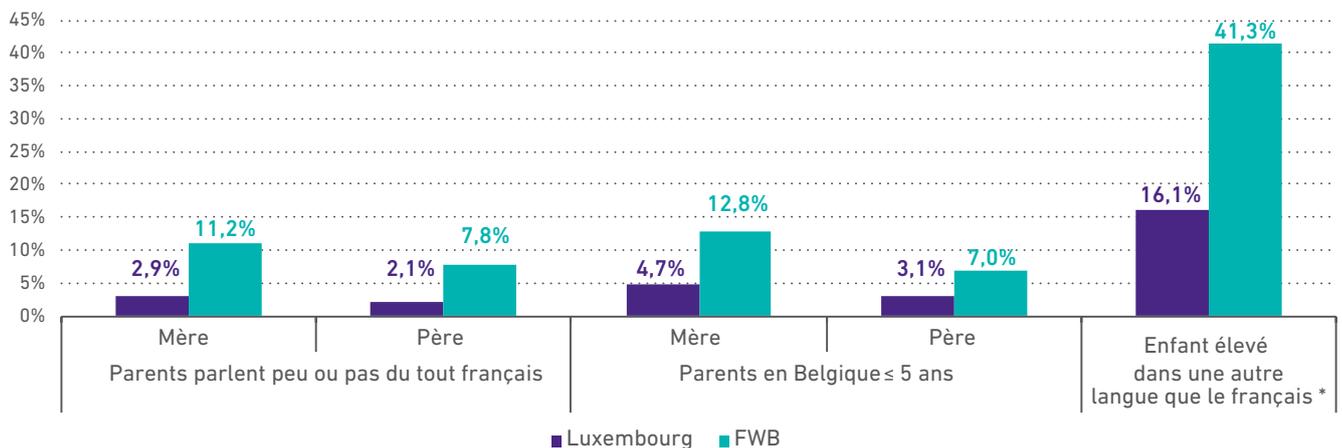
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Parmi les enfants suivis en milieu d'accueil, la part de parents disposant de 2 revenus professionnels est élevée, représentant respectivement 91% en Luxembourg et 86% en FWB.

Par contre, parmi les enfants suivis en consultation, les différences sont plus importantes. Plus de 60% des parents luxembourgeois disposent de 2 revenus professionnels, tandis qu'ils représentent 39% pour l'ensemble de la FWB. Aussi, 1/5 des parents résidant en FWB ne dispose d'aucun revenu professionnel. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'activité professionnelle de la mère.

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

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



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 18 mois\* », 2017-2018

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

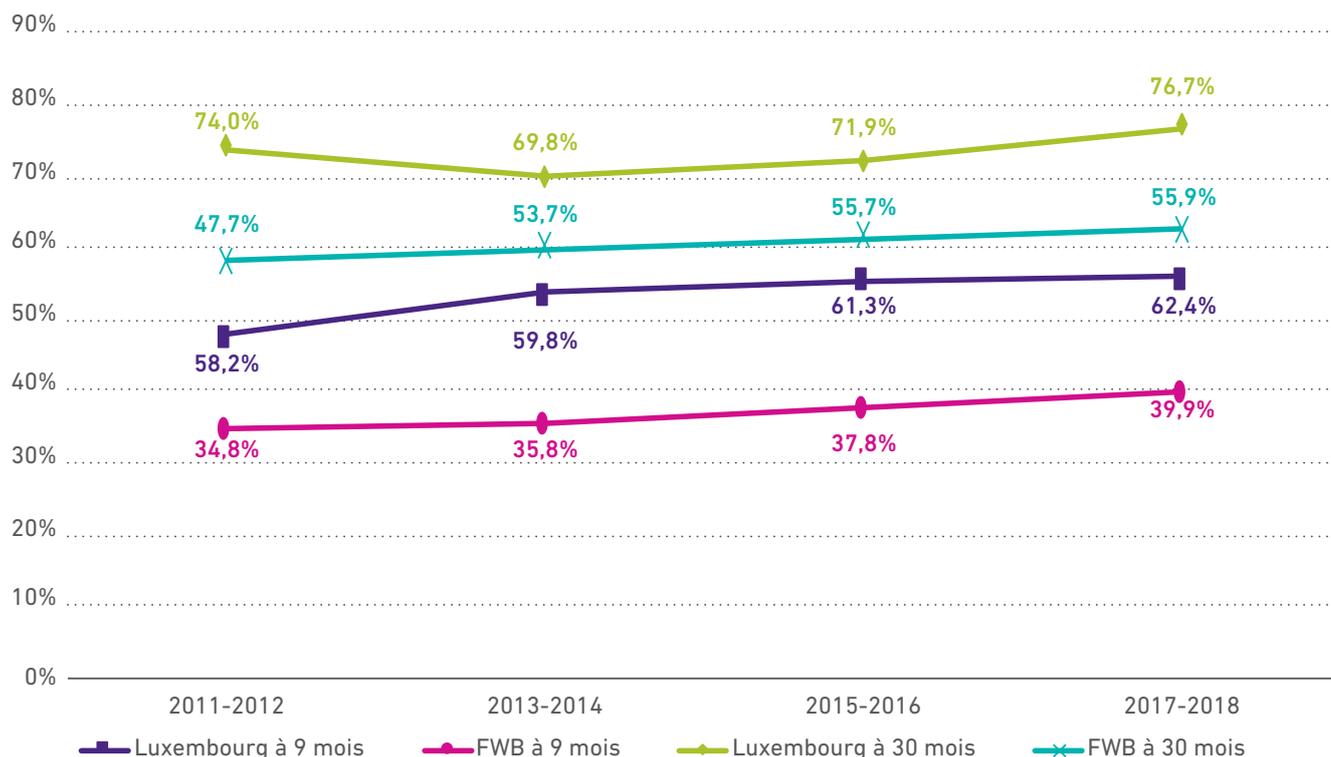
En moyenne, les parents d'enfants suivis par l'ONE en province de Luxembourg ont une très bonne maîtrise de la langue française et un peu moins de 5% d'entre eux se sont installés en Belgique endéans les 5 ans.

Que ce soit vers 9 ou 18 mois, environ 16% des enfants luxembourgeois bénéficient d'une éducation au domicile dans une autre langue que le français, alors qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce taux s'élève à 40% en FWB. Cependant, on observe des grandes disparités en fonction des communes. A Aubange, Arlon et Martelange, entre 42% et 45% des enfants sont éduqués dans une autre langue que le français.

Les taux moyens d'inconnues pour ces variables étaient de moins de 5% en province de Luxembourg et en FWB.

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

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



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2009-2018

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

Au fur et à mesure du temps, le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil ne cesse d'augmenter, quel que soit l'âge de l'enfant en province de Luxembourg mais également en FFWB.

En 2017-2018, plus de 50% des enfants de 9 mois luxembourgeois ayant bénéficié d'un suivi ONE fréquentent un MA alors qu'à 30 mois, ils sont environ ¼. Ce taux inclut les enfants suivis en MA (leur taux de fréquentation étant de 100%).

Le taux de couverture de places d'accueil augmente ces dernières années. En 2018, ce taux était de 45.6% en province de Luxembourg, de 37.6% en région wallonne et de 35.9% en Fédération Wallonie- Bruxelles. En 2011, ces taux étaient de 38.2% en province de Luxembourg et 28.2% en FFWB<sup>14</sup>.

En 2018, les communes de Martelange, Libramont et de Marche-en-Famenne avaient les taux de couverture les plus élevés avec respectivement 81%, 71% et 68.8%

En province de Luxembourg, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est en moyenne de 4% pour les Bilans de santé à 9 mois (12% en FFWB) et de 2% pour ceux de 30 mois (10% en FFWB).



<sup>14</sup> Le taux de couverture en milieu d'accueil est calculé en fonction du nombre de places disponibles sur le nombre d'enfants de 0 à 3 ans



**Céline Lenoir**

Directrice de la crèche « Les petits Boudous » à Rulles

**Comment se déroule la collaboration et la communication entre le Médecin, le Milieu d'accueil et la Référente santé ?**

Notre crèche a la chance de collaborer avec un médecin très disponible. Celle-ci se présente une fois tous les 15 jours dans nos locaux et est toujours joignable par téléphone ou mail en cas de questions. Cette relation est précieuse et m'est très utile dans mes prises de décisions en lien avec la santé.

La Référente santé de l'ONE nous aiguille aussi beaucoup. Cette collaboration m'aide beaucoup dans mes réflexions.

**En ce qui concerne le suivi de la santé, avec quels partenaires travaillez-vous ?**

Le suivi de la santé est principalement encadré par le médecin et l'infirmière.

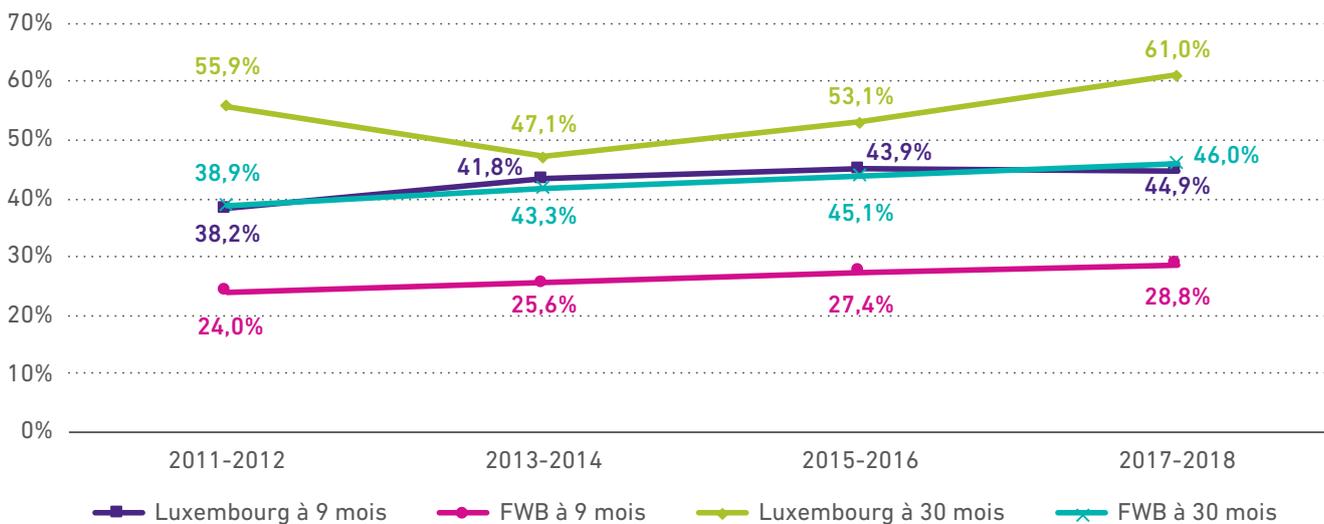
Pour ma part, je suis rapidement au courant de ce qui se passe à la crèche car celle-ci est relativement petite. Je reçois donc rapidement les informations qui me sont transmises.

Je reste la seule personne qui prend les décisions, en collaboration avec mon équipe, bien entendu.

**Transmettez-vous des données de santé à l'ONE ?**

À part quelques informations relatives au contexte concernant les cas potentiels de coronavirus, aucune autre information n'a été communiquée.

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

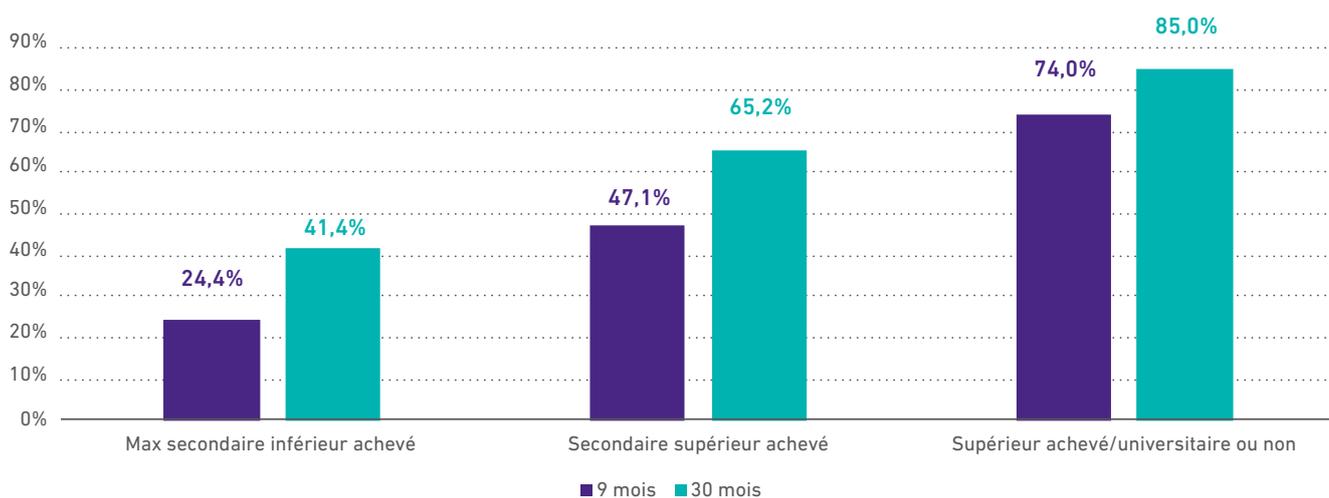


BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2018

Parmi les enfants suivis uniquement en consultation pour enfants, la proportion d'enfants de 30 mois fréquentant un milieu d'accueil atteint environ 60% en province de Luxembourg alors qu'elle est de 46% en FWB.

Parmi les enfants bénéficiant d'un suivi au sein d'une consultation ONE, les taux de fréquentation d'un milieu d'accueil augmentent au fur et à mesure des années aussi bien en province de Luxembourg qu'en FWB.

### Fréquentation d'un MA en fonction du niveau d'éducation de la mère en province de Luxembourg



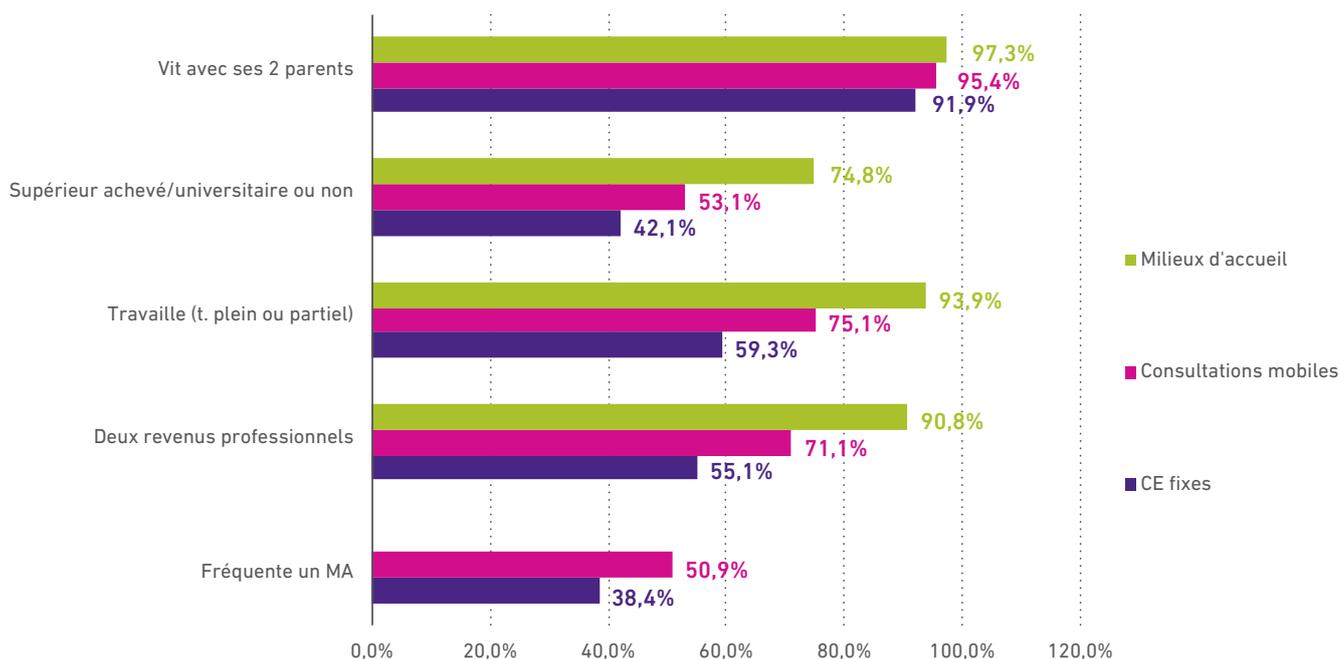
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2018

Le graphique indique un gradient entre le niveau d'études de la mère et le taux de fréquentation d'un MA parmi les enfants suivis par l'ONE. A 30 mois, les enfants dont les mères ont atteint le niveau d'études supérieur sont 2 fois plus nombreux à fréquenter un milieu d'accueil

par rapport aux enfants dont les mères ont obtenu tout au plus un diplôme du niveau secondaire inférieur. Ce constat indique que la fréquentation d'un milieu d'accueil reste directement liée à la situation socio-économique et familiale.

### 4.3.7 Le niveau socio-économique des enfants suivis selon le type de structure

#### Niveau socio-économique des familles selon le type de structure de suivi en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Vu la proportion importante du nombre d'enfants ayant bénéficié d'un suivi préventif (environ 1/3) lors d'une consultation mobile en province de Luxembourg, il était intéressant de présenter quelques résultats distinguant les différents lieux suivis.

Tous les résultats présentés sont issus des bilans de santé à 9 mois.

On retrouve parmi les familles fréquentant les consultations mobiles, un niveau socio-économique plus favorable que celles fréquentant les consultations fixes et moins favorables que celles fréquentant les milieux d'accueil.

Le niveau socio-économique des enfants suivis en consultation mobile est vraiment « intermédiaire » par rapport à ceux suivis en consultation fixe et ceux suivis en milieu d'accueil.

## 4.4. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

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

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

Le lait maternel, évoluant en fonction de l'âge de l'enfant, est composé notamment d'eau, de lipides, glucides et de protéines. Il contient également des anticorps contre les bactéries et les virus et des cellules développant son système immunitaire. Il apporte au nourrisson tous les nutriments nécessaires à son développement. Dès la première heure de vie, le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'aliment recommandé pour le nouveau-né<sup>15 16</sup>.

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

L'allaitement maternel présente plusieurs avantages pour la santé tant de l'enfant que de la mère. Chez l'enfant, les bénéfices observés sont notamment un risque moins élevé d'infections digestives, ORL ou respiratoires et une réduction du risque d'obésité. Il renforce également le lien mère-enfant grâce à l'ocytocine sécrétée à chaque tétée. Concernant la mère, le risque de cancer du sein et de l'ovaire diminue ainsi que les risques de diabète de type II et la dépression post-partum. Outre ces avantages, l'allaitement maternel est gratuit et disponible pour la mère<sup>15 17</sup>.

L'allaitement ainsi que sa durée sont influencés par divers facteurs. Les facteurs liés à la mère (niveau socio-économique, choix personnel, expériences précédentes...), au bébé et à leur santé respective. L'entourage soutenant, qu'il provienne du partenaire, de la famille ou des amis, influence positivement l'allaitement. La transmission d'informations et le soutien des professionnels mais également une politique de santé permettant notamment un congé de maternité prolongé sont autant de facteurs favorables à la mise au sein et à la poursuite de l'allaitement maternel.<sup>15 17</sup>

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

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

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



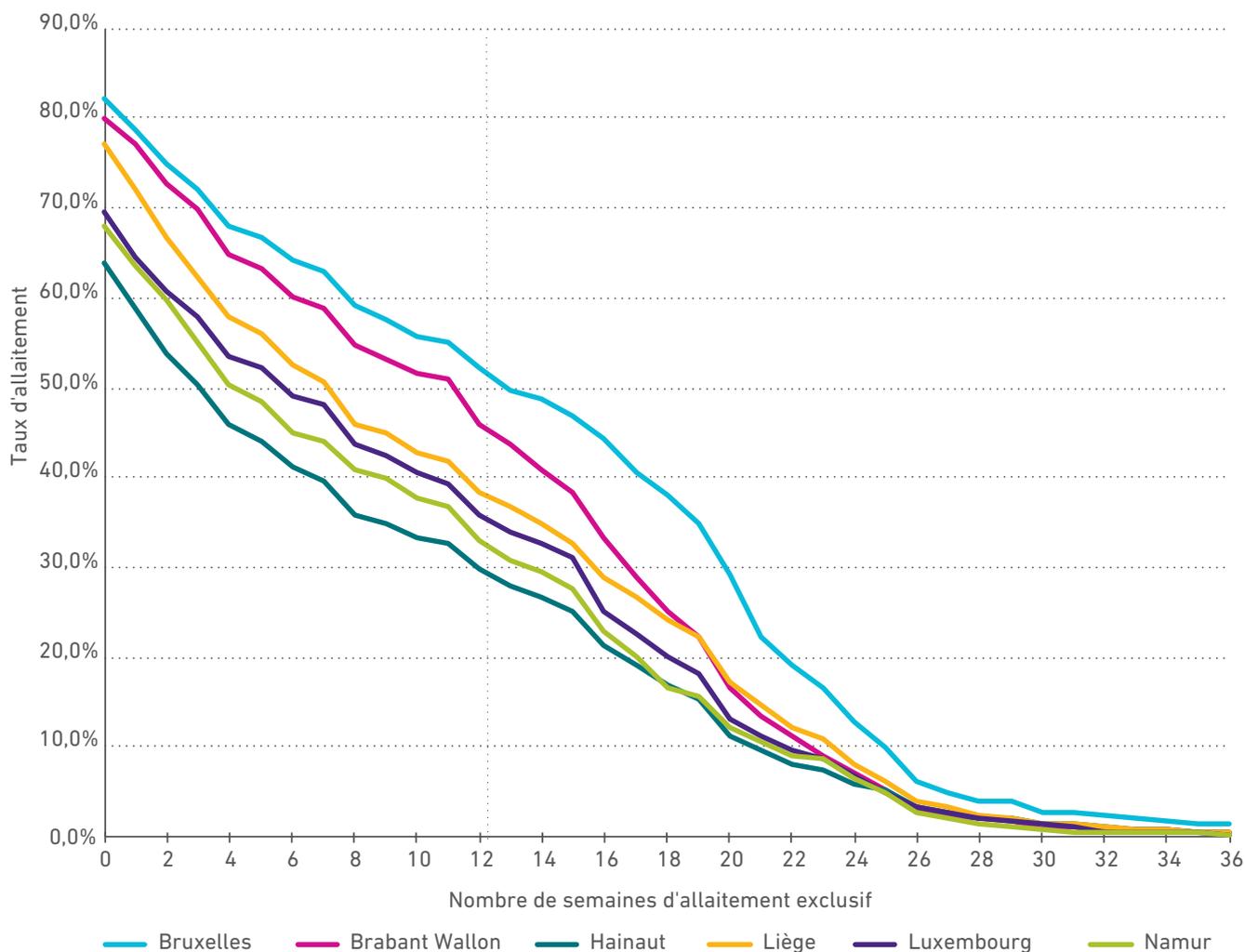
<sup>15</sup> Robert E., « La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale », Thèse en Sciences de la Santé Publique, ULB, 2017-2018.

<sup>16</sup> <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>

<sup>17</sup> <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>

#### 4.4.1. Allaitement maternel exclusif

##### Courbes de décroissance de l'allaitement maternel exclusif en fonction du lieu de résidence en 2017-2018



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

En 2015, la question concernant l'allaitement dans le Bilan de santé à 9 mois a été légèrement modifiée. Afin de garder une cohérence dans les données, seules les 2 dernières années ayant la même définition de l'indicateur ont été retenues, c'est-à-dire 2017-2018.

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution de l'allaitement exclusif selon la région de résidence de l'enfant.

Le taux d'allaitement exclusif à moins d'une semaine de vie était de 69,7% en province de Luxembourg et de 72,4% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2017-2018. Sur base des Avis de naissance, le taux d'allaitement à la sortie de la maternité des enfants résidant en province de Luxembourg était de 75,2% en 2019.<sup>18</sup>

A titre de comparaison, selon l'enquête de consommation alimentaire réalisée par l'Institut de Santé Publique (ISP) en 2014-2015, 77,6% des enfants ont été allaités de manière exclusive à la naissance.<sup>19</sup>

Bruxelles et le Brabant wallon sont les deux régions ayant les taux d'allaitement exclusif les plus élevés avec respectivement, 82,1% et 80,1% des enfants allaités de manière exclusive lors de leur 1<sup>re</sup> semaine de vie. Ensuite, à l'exception de Bruxelles, les courbes de décroissance évoluent parallèlement pour se rejoindre à l'aube des 6 mois de l'enfant.

En province de Luxembourg, 53,6% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 43,75% à l'âge 8 semaines et 35,75% à 12 semaines, soit un peu plus d'un enfant sur 3.

<sup>18</sup> Les chiffres peuvent être différents car le taux de couverture des Avis de Naissance diffère de celui des Bilans de Santé de 9 mois.

<sup>19</sup> Enquête de Santé, Institut de Santé publique (ISP), [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf)

En FWB, les taux étaient de 55.3%, 44.9% et 37.8% à respectivement 4, 8 et 12 semaines de vie.

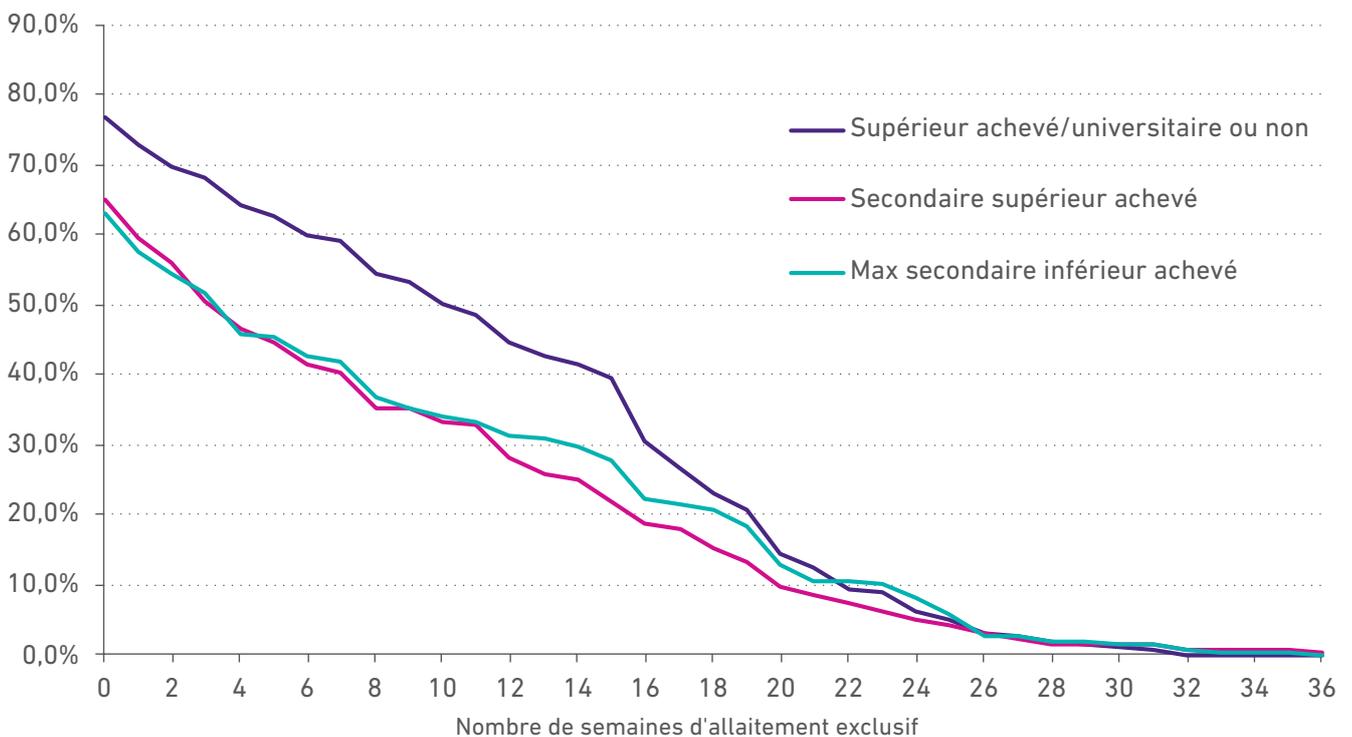
La question sur l'allaitement maternel ayant été modifiée en 2015, il est difficile d'évaluer l'évolution de manière précise. Cependant, durant la décennie 2009-2018<sup>20</sup>, en province de Luxembourg, l'évolution des taux d'allaitement exclusif durant les premiers mois de vie tend à diminuer légèrement. Les taux fluctuent légèrement du-

rant cette période. Le taux le plus élevé étant de 72.8% en 2009-2010 et le plus faible étant celui de 2017-2018, avec 69.7%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe également une tendance à la baisse. Les taux étaient de 74.2% en 2009-2010 et de 72.4% en 2017-2018.

Les tendances en fonction des régions sont similaires depuis plusieurs années.

#### 4.4.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale

##### *Courbes d'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'études de la mère en province de Luxembourg*



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Les courbes de décroissance sont calculées sur base de données récoltées en province de Luxembourg en 2017-2018. De nombreux articles mettent en évidence un lien entre le niveau socio-économique des mères et plus particulièrement le niveau d'éducation et la pratique de l'allaitement maternel.

En province de Luxembourg, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, le taux d'allaitement exclusif est directement proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, lorsque la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur, le taux d'allaitement exclusif en début de vie de l'enfant est de 76.7% contre 63.0% parmi les mères ayant achevé tout au plus le niveau d'enseignement secondaire inférieur, soit une différence d'environ 13%. A 12 semaines, 44.6% des mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitaient encore leur enfant contre seulement 31.4% des mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance est la même avec des taux d'allaitement plus élevés. Parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 80.2% allaitaient leur enfant en début de vie (45.9% à 12 semaines) contre 63.3% (30.4% à 12 semaines) parmi les mères ayant le niveau d'éducation le plus faible. Les différences persistent jusqu'aux 12 semaines de l'enfant pour ensuite s'atténuer.

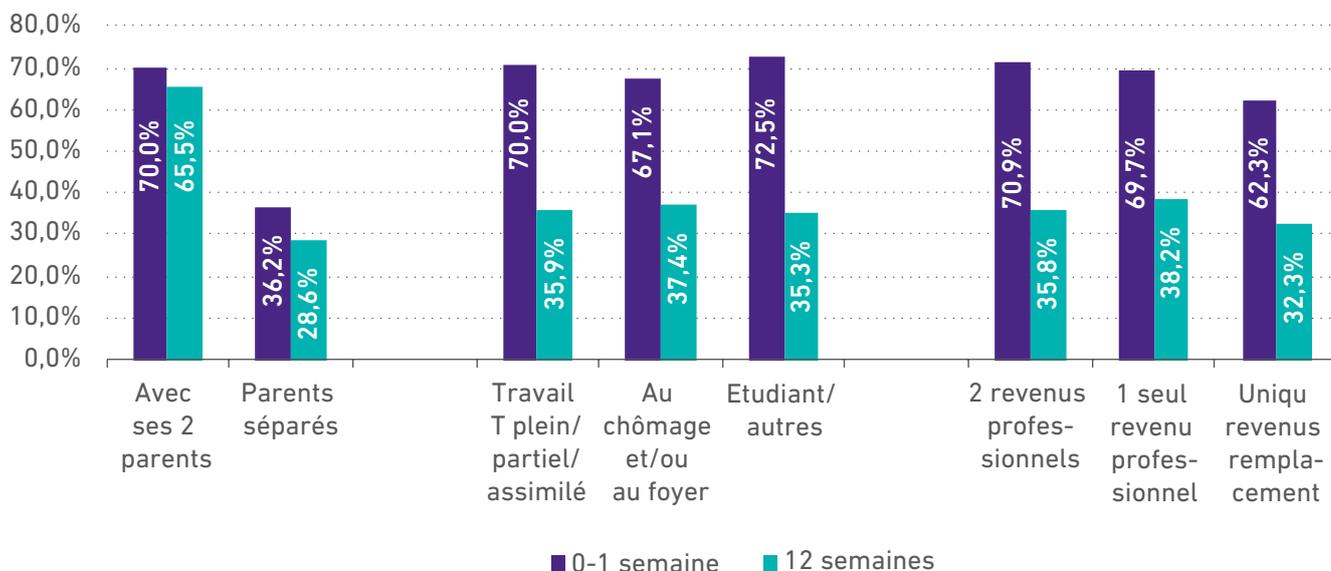
L'association directe entre le taux d'allaitement, sa durée et le niveau d'étude de la mère est également citée dans la littérature scientifique<sup>15 21 22</sup>.

<sup>20</sup> Les enfants « toujours allaités » ont été retirés du total pour une cohérence au niveau de l'analyse entre l'ancienne et la nouvelle mouture

<sup>21</sup> Salavane B, de Launay C, Boudet J., et al, « Durée de l'allaitement maternel en France (Epiphane 2012- 2013), Surveillance périnatale et nutritionnelle », Institut de Veille Sanitaire Unité, Université Paris13, France, 2014.

<sup>22</sup> Noirhomme F, Noirhomme Q, « Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature », Journal de pédiatrie et de puériculture, 2009, n°22, 112-120.

## Allaitement maternel exclusif en fonction de la situation familiale en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

On constate une différence de taux d'allaitement exclusif en fonction de la situation familiale de l'enfant, de l'activité professionnelle de la mère et du type de revenus des parents.

Le taux d'allaitement parmi les mères vivant avec l'autre parent est plus élevé et ce, jusqu'aux 4 mois de l'enfant où les courbes se rejoignent.

Les mères ayant un emploi qu'il soit à temps plein, à temps partiel ou assimilé (congé parental) sont proportionnellement un peu plus nombreuses à allaiter que les mères au foyer ou au chômage. Après un mois, le taux d'allaitement pour les mères actives professionnellement est de 55,8%, soit plus d'une mère sur 2 allaite encore exclusivement son enfant âgé d'un mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif après un mois parmi les mères inactives est plus faible avec 48,1%.

A partir de 3 mois les tendances s'inversent. Les taux d'allaitement des mères au foyer ou au chômage étant plus élevés que ceux des mères actives professionnellement.

Enfin, les taux d'allaitement sont plus élevés parmi les mères disposant d'au moins un revenu professionnel par rapport à celles n'ayant que des revenus de remplacement. A partir de 3 mois, les taux d'allaitement des mères n'ayant qu'un seul revenu professionnel reste plus élevé, que ceux des mères disposant de 2 revenus professionnels ou uniquement des revenus de remplacement, les taux de ces dernières catégories se rejoignant à 3 mois pour se prolonger avec la même courbe.

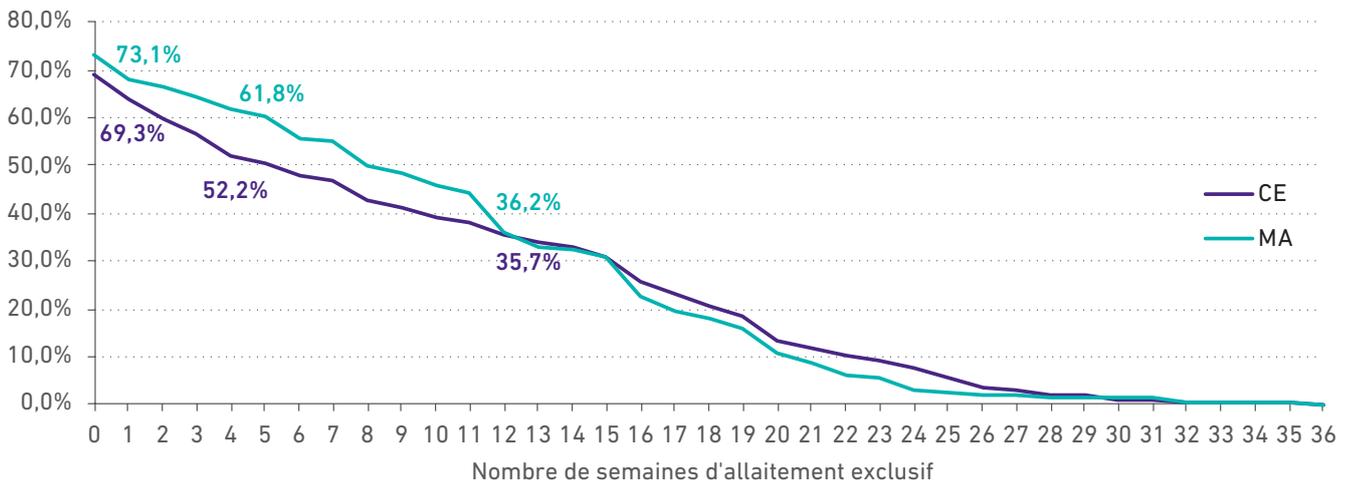
La différence de taux d'allaitement par rapport aux revenus des parents, peut être corrélée au niveau d'éducation de la mère. En effet, un niveau d'éducation plus élevé offre généralement une plus grande probabilité d'emploi et de revenus professionnels.

Si un niveau socio-économique défavorable est directement lié à un taux d'allaitement plus faible, l'arrivée en Belgique plus récente, endéans les 5 ans, a un effet positif sur l'allaitement avec une différence moyenne de 17% en plus durant les 5 premiers mois.

Les mêmes tendances sont observées au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'enquête sur la situation de l'allaitement maternelle en Wallonie et à Bruxelles montre également que la nationalité d'origine de la mère autre que belge influence positivement l'allaitement<sup>15</sup>.



### Courbe de décroissance de l'allaitement exclusif en province de Luxembourg en fonction du type de structure



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Le graphique, ci-contre, présente le parcours et les taux d'allaitement selon le lieu du suivi de l'enfant en 2017-2018. Les enfants résidant en province de Luxembourg et dont les données ont été récoltées dans les milieux d'accueil ont un taux d'allaitement exclusif plus élevé que ceux dont les données ont été récoltées en consultation pour enfants. Vers 3 mois, les courbes se rejoignent et pour ensuite s'inverser, les taux d'allaitement des enfants suivis en milieu d'accueil étant un peu inférieurs à ceux suivis en consultation pour enfants.

L'ensemble des résultats sont à mettre en relation avec le niveau socio-économique et/ou le niveau d'éducation des mères mais surtout à la reprise du travail de la mère vers 3 mois et l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil.

En FWB, les courbes sont similaires avec des différences de taux moins importantes.

#### 4.4.3. Lait infantile (Lait modifié artificiellement)

L'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant et l'allaitement maternel complété par une alimentation solide jusqu'aux 2 ans de l'enfant.

Dans les cas où l'enfant n'est pas ou plus allaité au lait maternel, un substitut de lait maternel doit lui être administré. Il est essentiel que les familles soient guidées vers des laits correspondants aux besoins essentiels des nourrissons.

Les préparations diététiques destinées aux enfants de 0 à 4/6 mois sont appelées « laits ou préparations pour nourrissons », et sont données aux nourrissons ne consommant que du lait.

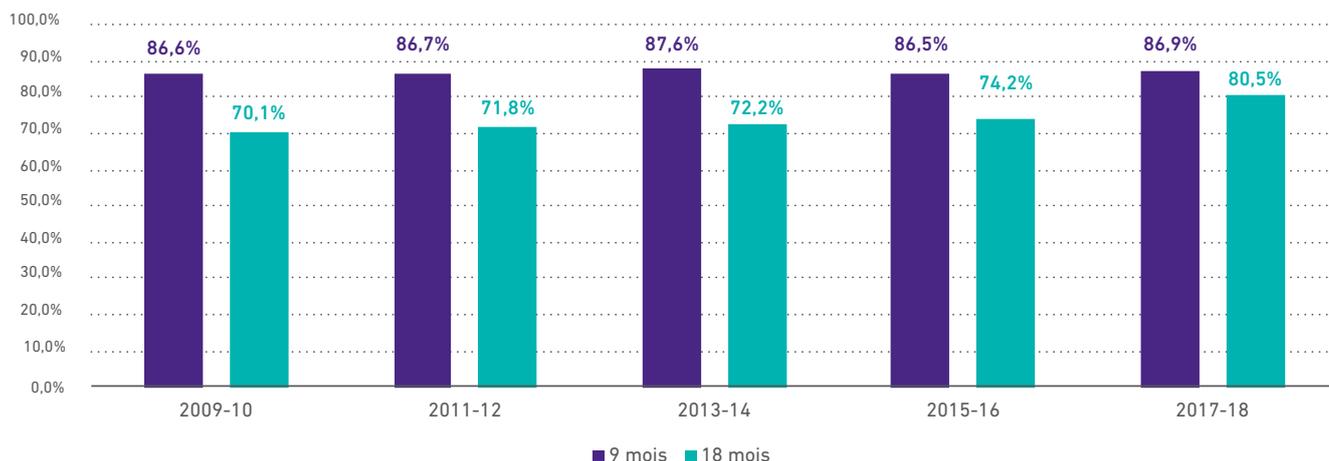
Pour les enfants de 4/6 mois à 12/18 mois, les préparations sont appelées « laits ou préparations de suite ». Ces préparations sont destinées aux enfants qui ont commencé une alimentation solide.

Ces laits infantiles permettent de fournir aux nourrissons, les éléments essentiels nécessaires à leur développement que ce soit en termes de calories, de protéines, de glucides ou de minéraux. Ils sont vendus en pharmacie ou en magasin et leur commercialisation doit répondre à des réglementations européennes.<sup>23</sup>



<sup>23</sup> Alaoui A., Claes N., Rotunno C., « Alimentation lactée des nourrissons et des enfants en bas âge. Répertoire des préparations et des laits infantiles. », Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE, Novembre 2019.

## Lait infantile à 9 et 18 mois en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2009-2018

Le graphique, ci-contre, présente le pourcentage d'enfants prenant du lait infantile au moment du bilan de santé c'est-à-dire à l'âge de 9 et 18 mois.

### Les enfants de 9 mois sont plus nombreux à bénéficier de lait infantile que ceux de 18 mois.

En province de Luxembourg, à 9 mois, le pourcentage d'enfants bénéficiant de lait infantile est resté stable entre 2007 et 2016, avoisinant 87%. En revanche, la proportion d'enfants de 18 mois bénéficiant de lait infantile a augmenté entre 2009 et 2018 passant de 70.1% en 2009-2010 à 80.5% pour la période 2017-2018. Cette augmentation est probablement liée que fait que les parents suivent les recommandations de l'ONE concernant l'allaitement infantile complété.

En 2017-2018, la proportion d'enfants recevant du lait infantile à 9 mois est plus importante parmi les enfants suivis en milieu d'accueil (93%) que ceux suivis en consultations pour enfants (85.3%), ce qui fait une différence de 8%. Les années précédentes cette différence avoisinait les 3%. A 18 mois, aucune différence n'est constatée.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 82.4% des enfants de 9 mois ont bénéficié de lait infantile en 2017-2018, proportion qui tend à diminuer depuis 2013-2014 (85.1%). Par contre, à 18 mois, la proportion d'enfants bénéficiant de lait adapté a augmenté passant de 67% en 2009-2010 à 78.7% en 2017-2018.

On note également une différence de taux de prise de lait infantile à 9 et 18 mois en faveur des milieux d'accueil et des consultations mobiles.

En province de Luxembourg, entre 2009 et 2018, les taux d'inconnues concernant le lait infantile avoisinaient les 3-4% pour les Bilans de santé à 9 mois et 7.5% pour les Bilans de santé à 18 mois.

Pour la même période, en FWB, le taux d'inconnues pour l'indicateur du lait infantile à 9 mois était de 10% et de 4% pour le lait infantile à 18 mois.



## 4.5. INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) est un index calculé afin d'estimer la corpulence d'un individu en reprenant la taille et le poids de celui-ci. Cet index est ensuite rapporté à la population générale afin de savoir si la personne se situe dans la moyenne, en surpoids ou au contraire, en carence de poids<sup>24</sup>.

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 40 ans, le nombre de cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent âgés de 5 à 19 ans aurait été multiplié par 10 à l'échelle mondiale<sup>25</sup>.

En 1975, ils étaient 1% de cette tranche d'âge à présenter une obésité, soit 11 millions d'individus. En 2016, le taux d'obésité était de 6% chez les filles et de 8% chez les garçons représentant 124 millions d'individus. En outre, en 2016, 213 millions étaient considérés en surpoids.

En 2017, le journal « The Lancet », a publié les résultats d'une étude concernant le surpoids, l'obésité ou la maigreur réalisée par « l'Imperial College London » à partir de données provenant de plus de 2400 études basées sur la population mondiale. Ces différentes études représentent une population totale de plus de 128 millions de personnes dont 31.5 millions âgées de 5 à 19 ans, soit la plus grande étude épidémiologique jamais réalisée. L'objectif de cette étude était d'estimer l'évolution de la corpulence des enfants, des adolescents mais aussi des adultes durant la période entre 1975 et 2016<sup>26</sup>.

Alors que le taux d'obésité chez les enfants et les adolescents dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (Asie, Moyen-Orient, Afrique du Nord) ne cesse d'augmenter, celui des enfants et des adolescents dans les pays à revenus élevés tend à se stabiliser.

Par ailleurs, en 2016, 192 millions d'enfants et d'adolescents souffraient d'insuffisance pondérale modérée ou grave, ce qui représente un problème de santé publique majeur.

Les auteurs estiment que si les tendances observées depuis 2000 se poursuivent le taux d'obésité chez les enfants et les adolescents dépasserait le taux d'insuffisance pondérale en 2022.

Dans les 2 cas, il s'agit d'une malnutrition avec des conséquences sur la santé. Dans le cas d'une insuffisance pondérale, l'enfant/l'adolescent risque des troubles du développement psychomoteur, une déficience immunitaire, des troubles de la fertilité, etc.

Si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque qu'elle persiste à l'âge adulte est de 30% à 50%. De plus, le surpoids augmente le risque de contracter des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires à un âge plus précoce<sup>27</sup>.

En Belgique, en 2016, l'OMS estimait que 59.5% des adultes de plus de 18 ans (67.6% des hommes et 51.4% des femmes) étaient en surpoids ou obèses. L'obésité stricte touche 22.1% des adultes de plus de 18 ans (23.1% des hommes et 21.2% des femmes)<sup>28</sup>.

Selon la dernière enquête de santé réalisée par interview en 2013 par l'Institut de Santé Publique (ISP), 34% de la population adulte est considérée en « surpoids » et 14% peut être qualifiée d'obèse. En revanche, 3% de la population adulte présente un poids inférieur à la moyenne<sup>29</sup>.

Toujours selon l'enquête de santé, globalement, en Belgique, 20% des jeunes âgés de 2 à 17 ans présentaient un excès pondéral et 7% étaient obèses. Si l'on considère la tranche d'âge des 2-4 ans, 22.4% des enfants étaient en surpoids et 11.4% étaient obèses. En région wallonne, 29.7% des enfants de 2 à 4 ans présentaient un surpoids tandis que 11.2% étaient considérés comme obèses. La prévalence de l'obésité (y compris le surpoids) est significativement plus élevée chez les plus petits.

Les causes de cette augmentation de surpoids sont principalement liées à la commercialisation d'une alimentation saine et nutritive trop chère par rapport à la commercialisation des aliments transformés trop riches en glucides et en lipides.

Pour l'auteur de l'étude réalisée par « l'Imperial College London », afin de palier à cette problématique, il faut promouvoir l'alimentation saine et nutritive au sein des familles mais également dans les lieux fréquentés par les enfants tels que les écoles mais aussi et surtout dans les familles défavorisées. Augmenter les taxes sur les aliments nocifs pour la santé pourrait être une partie de la solution<sup>26</sup>.

Le « Programme de développement durable à l'horizon 2030 » élaboré par l'ONU en 2015 est un plan d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité. Celui-ci vise à renforcer la paix partout dans le monde dans le cadre d'une liberté plus grande en fixant 17 objectifs de développement durable. Parmi ceux-ci, l'engagement de mettre fin à toutes formes de malnutrition d'ici 2030 y compris le surpoids et l'obésité mais également de réduire d'un

<sup>24</sup> Nuttall F., « Body Mass Index, Obesity, BMI, and Health: A Critical Review », *Nutrition Today*. 2015 ; 50(3) : 117-128.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/>

<sup>25</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>

<sup>26</sup> NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *Vol.390, Dec.16, 2017*.  
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932129-3>

<sup>27</sup> [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/fr/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/fr/)

<sup>28</sup> <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A?lang=en>

<sup>29</sup> Drieskens S., « Enquête de Santé, Comportement de santé et style de vie. Etat nutritionnel », *Sciensano*, Disponible sur [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf)

tiers le taux de mortalité prématurée liés aux maladies non transmissibles dont le surpoids et l'obésité<sup>30</sup>.

Dès la naissance, l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois, recommandé par l'OMS, constitue l'un des facteurs de protection contribuant à réduire l'excès pondéral. La promotion de l'allaitement exclusif et la surveillance de la croissance staturo-pondérale dès la naissance sont des points d'attention-clé des consultations pour enfants de l'ONE.

### Dépister et prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant.

Dans le cadre du suivi de l'enfant, l'ONE établit l'IMC chez les enfants dès l'âge de 18 mois. Il permet d'évaluer la corpulence de l'enfant en tenant compte de la taille et du poids de l'enfant en fonction de son âge, et est exprimé en kg/m<sup>2</sup>.

Chez l'enfant, l'évaluation et l'évolution de la corpulence au cours de la croissance se fait à l'aide des courbes de référence représentant des valeurs d'IMC différentes selon le sexe et l'âge<sup>31</sup>.

La corpulence de l'enfant varie de manière physiologique au cours de la croissance. Elle augmente au cours de la première année de vie puis diminue jusqu'à 6 ans pour croître à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La courbe d'IMC suit cette évolution. Vers 6 ans, la courbe est à son niveau le plus bas pour effectuer une remontée progressive appelée « rebond d'adiposité ». L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme prédicteur du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce (avant 5-6 ans), plus le risque est élevé<sup>32</sup>.

Afin d'évaluer le risque de surpoids ou d'obésité, le poids et la taille de l'enfant doivent être mesurés régulièrement et reportés sur les courbes de référence d'IMC.

Si l'ONE a utilisé les courbes de croissance de Rolland-Cachera entre 2005 à 2009, il a adopté depuis 2010 les courbes de l'OMS. L'indice prend en compte le genre de l'enfant mais également son âge. Il existe deux courbes de l'OMS de 0 à 5 ans et de 5 à 19 ans, datant respectivement de 2006 et 2007<sup>33</sup>.

Calculer l'IMC et tracer la courbe d'IMC (percentiles) permet de définir la corpulence d'un enfant selon les repères proposés par l'OMS.

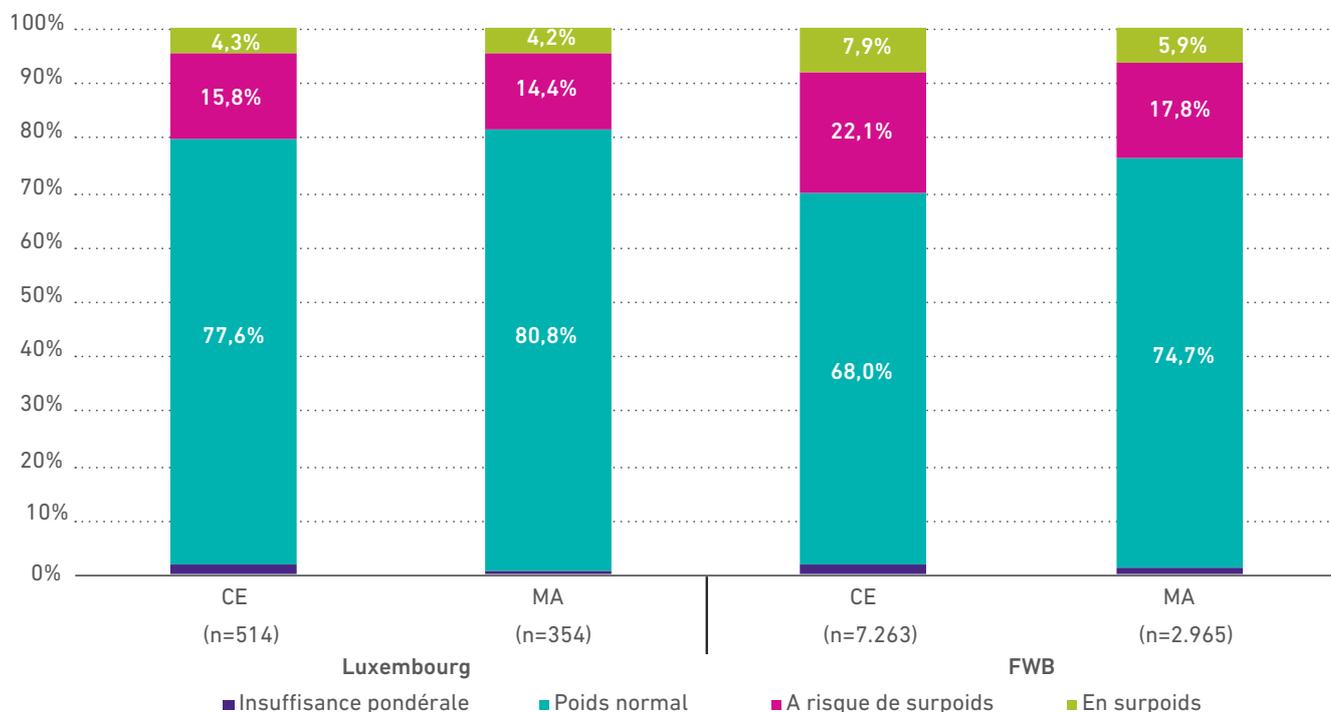
Actuellement, les enfants sont classés sur base de percentiles en quatre catégories<sup>34</sup>.

- < P3 : enfants ayant un poids insuffisant (IMC trop bas),
- P3 à P85 : enfants avec un poids normal (IMC normal),
- > P85 à P97 : enfants étant à risque de surpoids (IMC élevé),
- > P97 : enfants ayant un surpoids (IMC trop élevé).

Il faut savoir qu'au-delà de l'âge de 5 ans, ces définitions changent : les enfants sont en surpoids dès qu'ils dépassent le P85 et sont considérés comme obèses s'ils dépassent le P97.

D'autres données concernant l'IMC sont récoltées en Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de la « Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) ».

### Corpulence des enfants suivis à l'ONE à 30 mois en fonction du type de structure



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2017-2018

<sup>30</sup> <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1>

<sup>31</sup> [http://www.who.int/childgrowth/standards/cht\\_bfa\\_filles\\_p\\_0\\_2.pdf?ua=1](http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_filles_p_0_2.pdf?ua=1) ou [http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/fr/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/fr/)

<sup>32</sup> Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V, « Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006 », BEH 13 juin 2017, 234-241.

<sup>33</sup> [http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/)

<sup>34</sup> Le percentile est chacune des valeurs divisant les données en 100 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/100 de l'échantillon de population.

En 2017-2018, la proportion d'enfants à risque de surpoids ou en excès de poids est moins élevée en province de Luxembourg qu'en FWB. En province de Luxembourg, en moyenne, 15.2% des enfants de 30 mois sont à risque de surpoids et 4.4% sont en surpoids. On ne distingue pas de différence selon que l'enfant soit suivi en consultation pour enfants ou en milieu d'accueil. Tandis qu'en FWB, 20.7% des enfants sont à risque de surpoids et 7.3% sont en surpoids, les enfants suivis en consultation pour enfants sont très significativement plus à risque de surpoids ou en surpoids par rapport à ceux suivis en milieu d'accueil.

Ces tendances sont stables entre 2009 et 2018 tant en province de Luxembourg qu'en FWB.

Entre 2009 et 2018, le taux moyen d'inconnues concernant la corpulence de l'enfant était de 5.5% en province de Luxembourg et de 8% en FWB.

Ces résultats diffèrent de ceux de l'enquête de Santé Publique<sup>35</sup>. Les différences peuvent être attribuées au mode de calcul. En effet, dans l'enquête de Santé publique, les références utilisées sont celles qui ont été calculées à partir d'une enquête internationale l'« International Obesity Task Force (IOTF) » permettant d'établir une définition standardisée du surpoids et de l'obésité. Un IOTF de 25 correspond au « surpoids » et un IOTF de 30 correspond à une « obésité ». Ce sont donc des notions différentes<sup>36</sup>. Les seuils de l'IOTF étant plus élevés que ceux de l'OMS, si l'on superpose les courbes IOTF à celles de l'OMS, les références de l'IOTF sous-estiment la proportion d'enfants en surcharge pondérale par rapport à celles de l'OMS<sup>37</sup>.

Selon l'étude ESTEBAN menée en France en 2017 décrivant l'évolution de la corpulence des enfants et des adultes, la prévalence d'enfants et d'adultes en surpoids ou obèses n'a pas évolué de manière significative entre 2006 et 2015. Chez les enfants de 6 à 17 ans, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont passées respectivement de 14.3% et de 3.3% en 2006 à 13% et 3.9% en 2015 indiquant des taux plus faibles que ceux des enfants suivis à l'ONE. A nouveau, ces différences peuvent être attribuées à la différence du mode de calcul. Notons également que les termes utilisés sont différents<sup>38</sup>.

Des enquêtes sur la santé des jeunes hainuyers et luxembourgeois sont réalisées régulièrement auprès des enfants de 6e primaire mais également de 2e et 4e secondaire. Celles-ci sont menées lors des visites médicales et avec la collaboration des Observatoires de la Santé de la Province de Hainaut et de Luxembourg.

Via un questionnaire auto-administré, ils sont interrogés sur la représentation et la perception de la santé, leur bien-être, leur comportement, et leur niveau socio-économique. Des données biométriques et sur la santé bucco-dentaire sont également récoltées.

Selon cette enquête, en 2010-2012, 14% des enfants et adolescents luxembourgeois étaient en surpoids et 5% obèses. De plus, les jeunes âgés de 16 ans présentaient plus souvent un surpoids que ceux âgés de 11 et 13 ans<sup>39</sup>.

Vu l'impact que peuvent avoir une surcharge pondérale et/ou le rebond d'adiposité précoce de l'enfant sur le statut pondéral à l'âge adulte, il est important de suivre l'évolution de la corpulence de l'enfant grâce aux courbes de références, et ce, le plus précocement possible. C'est un des objectifs du suivi préventif médico-social de l'ONE, afin, le cas échéant, de mettre en place les moyens de prévention adéquats et d'accompagner les enfants et leur famille dans la recherche d'un nouvel équilibre « apport énergétique-activité physique ».

L'OMS émet une série de recommandations concernant l'activité physique pour les enfants afin de lutter contre le surpoids et l'obésité mais également pour renforcer le système cardio-vasculaire.

Chez les petits, l'activité physique concerne les jeux, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique que ce soit dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.

A partir de 5 ans jusque 17 ans, les jeunes devraient exercer une activité physique d'une heure par jour d'intensité modérée à soutenue. Cela permet de renforcer le système musculaire et osseux<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> Ibidem 29 (Sciensano)

<sup>36</sup> Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W, « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *BMJ* 2000;320:1240.

<sup>37</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite\\_enfant\\_et\\_adolescent\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf)

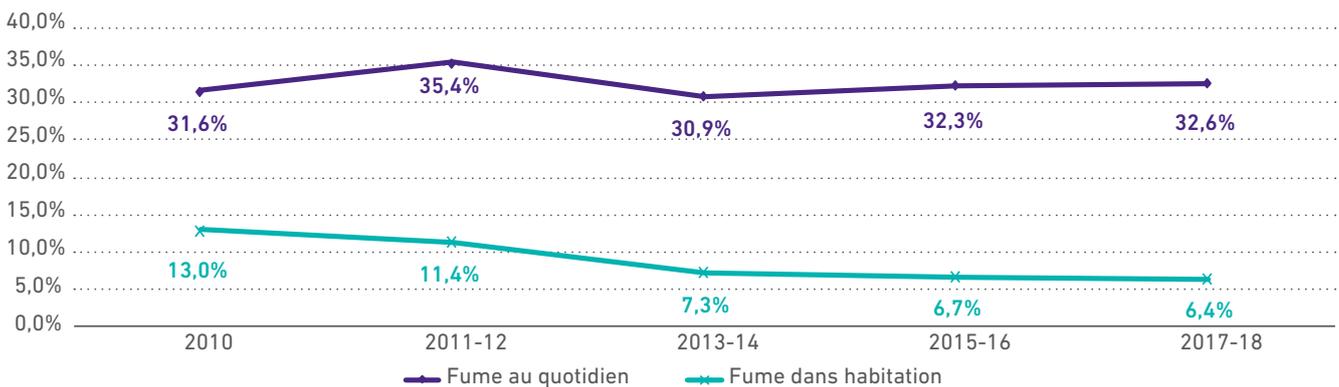
<sup>38</sup> Ibidem 32 (Esteban)

<sup>39</sup> Observatoire de la Santé de la Province du Luxembourg et Observatoire de la Santé du Hainaut, « Regard sur la santé des jeunes. Province de Luxembourg et Province de Hainaut », *Santé en Hainaut*, N°10, 2015.  
Disponible : [https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2018/06/SanteHt\\_10-RSJ2015.pdf](https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2018/06/SanteHt_10-RSJ2015.pdf)

<sup>40</sup> [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/fr/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/)

## 4.6. TABAGISME PASSIF

### Tabagisme passif en province de Luxembourg entre 2010 et 2018



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2010-2018

Les données relatives au tabagisme sont récoltées lors des Bilans de santé à 9 et 18 mois.

Avant 2010, l'indicateur « tabagisme passif » était formulé en une seule question, à savoir si au moins une personne du ménage fumait quotidiennement dans l'habitation. A partir de 2010, la question a été scindée en 2 : « Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume quotidiennement ? » et « Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume dans l'habitation ? ». La formulation des questions se veut plus proche de la réalité des familles au vu de l'évolution, ces dernières années, des habitudes tabagiques.

Globalement, environ 1/3 des familles d'enfants résidant en province de Luxembourg fument quotidiennement et moins d'un parent sur 10 fume au sein de l'habitation.

En effet, en 2017-2018, 32,6% des enfants luxembourgeois ont au moins un parent qui fume quotidiennement (31,6% en FWB).

Par contre, on constate une diminution de 50% de la proportion de parents déclarant fumer au sein de l'habitation passant de 13% en 2010 à 6,4% en 2017-2018.

Ces tendances sont similaires à 18 mois et restent stables au cours des dernières années que ce soit en province de Luxembourg ou en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le taux d'inconnues pour cette variable était en moyenne de 7 à 8 % ces 10 dernières années, tant en province de Luxembourg qu'en FWB.

D'après l'enquête de santé par interview réalisée par Sciensano, la consommation tabagique de la population âgée de plus de 15 ans était de 19,4% en 2018 en Belgique, ce qui correspond à une diminution de 36% par rapport à 1997, année où le taux de tabagisme était de 30,3%.

Cette baisse est liée à la diminution du nombre relatif de fumeurs quotidiens, passant de 25,5% à 15,4% sur la même période, le nombre de fumeurs occasionnels étant resté stable (4%).

Les hommes (24,5%) étaient plus nombreux que les femmes (14,6%) à fumer et 22,1% des résidents wallons fumaient contre 22,9% à Bruxelles et 17,4% en Flandre.

Par rapport au tabagisme quotidien, 18% des hommes fument contre 12% des femmes. Le taux était de 18% en Wallonie, de 16% à Bruxelles et de 13% en Flandre. La catégorie des hommes de 35 à 44 ans est la plus représentée avec 27,3% des hommes qui fument quotidiennement. Globalement, la diminution de fumeurs quotidiens est de 40% entre 1997 et 2018.

La proportion de gros fumeurs au quotidien (>20 cigarettes/jour), quant à elle, est passée de 10,7% en 1997 à 4,7% en 2018, soit a diminué de plus de moitié<sup>41</sup>.

Aussi, en 2018, 4,1% des belges sondés ont fait usage de la cigarette électronique, la proportion la plus élevée étant parmi les jeunes de 15 à 34 ans avec 9,7%.

Une enquête réalisée en 2019 sur plus de 3.000 belges par la Fondation contre le cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique, met en évidence une diminution de la consommation tabagique entre 2013 et 2017 passant de 27% de fumeurs (dont 22% quotidiens) à 23% de fumeurs (dont 18% quotidiens). Cependant, depuis 2017, ces pourcentages n'évoluent plus<sup>42</sup>.

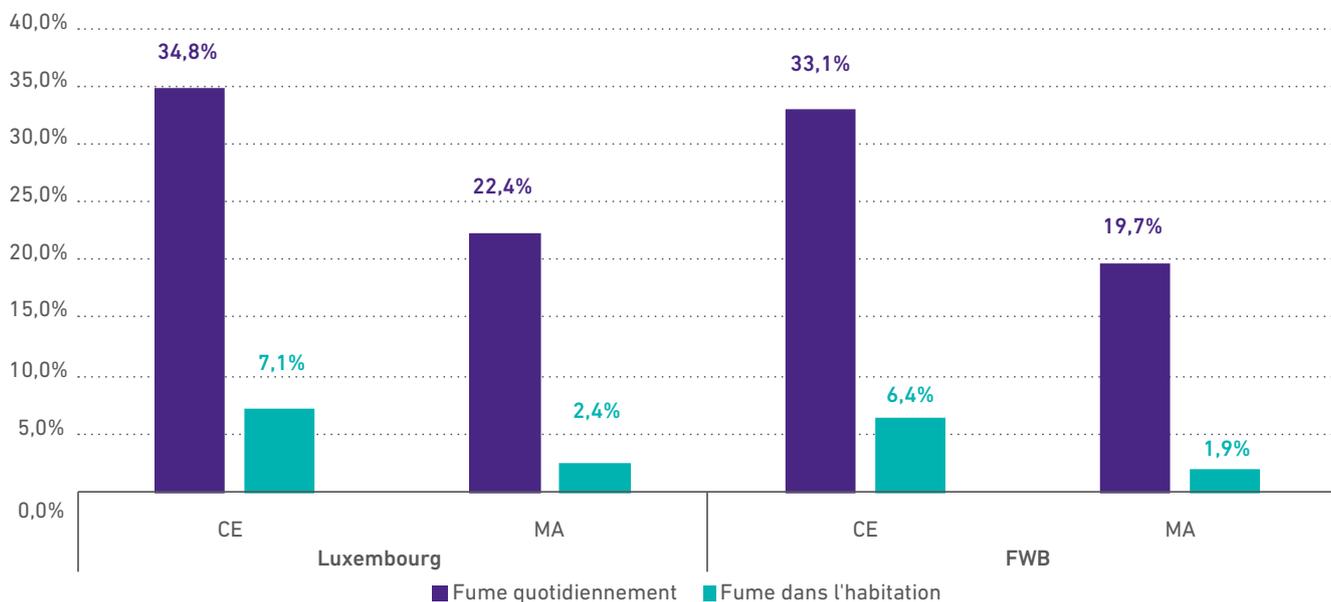
<sup>41</sup> Gisle L., « Mode de vie et maladies chroniques. Consommation de tabac », Enquête de Santé par interview 2018, Sciensano, Belgique. Disponible [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA\\_FR\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2018.pdf)

<sup>42</sup> Debusscher M., « Enquête tabac 2019, Un rapport pour la Fondation contre le Cancer », menée par IPSOS Belgique. Disponible : [https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc\\_-\\_enquete\\_tabac\\_2019\\_-\\_def.pdf](https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc_-_enquete_tabac_2019_-_def.pdf)

Ces changements de comportement observés tant dans les rapports de la BDMS que lors des enquêtes de santé sont liés notamment à la politique de lutte contre le tabagisme mise en place depuis 2004, avec des mesures telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics, la mise en place de photos dissuasives sur les emballages,

l'augmentation des taxes sur le tabac, la proposition d'aide au sevrage tabagique mais également grâce une sensibilisation et une prise de conscience de la population des effets néfastes du tabagisme passif sur la santé, en particulier sur celle de l'enfant.

### Tabagisme passif en fonction du type de structure en province de Luxembourg et en FWB en 2017- 2018

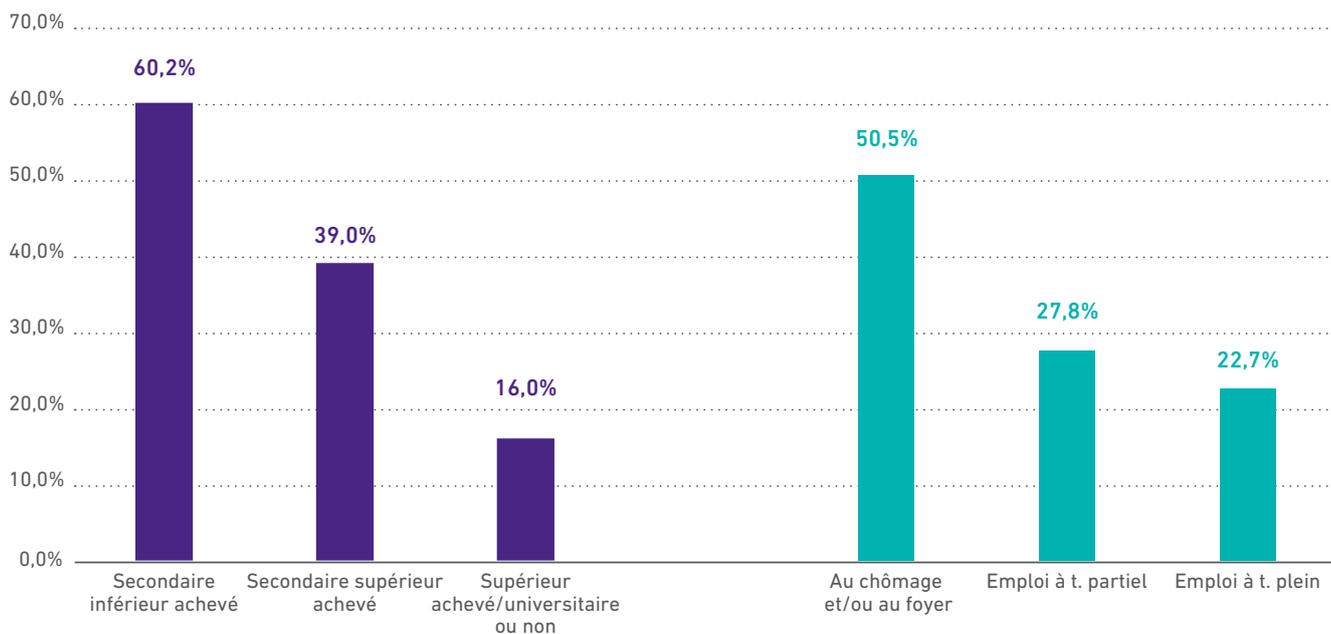


BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Le graphique indique que les enfants suivis par l'ONE en consultation sont plus exposés au tabagisme passif que les enfants suivis en milieu d'accueil. Ces constats sont valables tant pour le tabagisme au quotidien que pour le tabagisme au sein de l'habitation mais également en province de Luxembourg et en FWB.

Si l'on distingue les consultations mobiles, lors du bilan de santé à 9 mois, 33,7% des parents fumaient quotidiennement et 5% fumaient au sein de l'habitation. Ces différences de proportions entre les catégories sont très significatives.

### Consommation quotidienne de tabac par les parents en fonction du niveau socio-économique de la mère en province de Luxembourg



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2018

**Puissance du lien entre le niveau d'études et l'activité professionnelle de la mère et la consommation de tabac des parents. (Odds Ratio et son intervalle de confiance à 95%)**

	Maximum secondaire inférieur achevé	Secondaire supérieur achevé	Supérieur achevé/ universitaire ou non
<b>Tabagisme quotidien</b>	OR= 7,82 (6,75-9,07)	OR= 3,34 (2,92-3,80)	OR= 1
	<b>Chômage/foyer</b>	<b>Emploi temps partiel</b>	<b>Emploi temps plein</b>
	OR= 3,47 (3,06-3,94)	OR= 1,31 (1,16-1,49)	OR=1

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2018  
OR= Odds ratio ou rapport de cote<sup>43</sup>

Diverses études établissent un lien entre la consommation quotidienne de tabac et le niveau socio-économique.

Sur le graphique, on peut constater un lien direct et inversement proportionnel entre le niveau d'études de la mère et la consommation de tabac. En effet, parmi les enfants dont la mère a atteint tout au plus le niveau d'études secondaire inférieur, 60% des parents fument quotidiennement. Ce taux est de 16% parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur. Si l'on se réfère au rapport entre ces 2 proportions, les enfants dont la mère a un niveau d'instruction plus faible ont 8 fois (OR=7.82) plus de risque d'être exposés au tabagisme passif par rapport à ceux dont la mère a achevé ses études supérieures.

Ces résultats sont très significatifs et la tendance est également valable lorsque les parents fument au sein de l'habitation.

L'enquête de santé réalisée par Sciensano indique, en 2018, une prévalence du tabagisme quotidien de 10.1% parmi les personnes ayant un niveau d'enseignement supérieur contre 22.5% parmi la population ayant obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Ces tendances sont valables pour les 3 régions belges<sup>44</sup>.

Les résultats de l'enquête de la Fondation contre le cancer de 2019 montrent également une différence de taux de tabagisme selon la classe sociale. Parmi la classe sociale la plus défavorisée, 20% des personnes interrogées fumaient quotidiennement contre 13% parmi la classe la plus favorisée<sup>45</sup>.

On observe également un lien entre la consommation tabagique et l'activité professionnelle de la mère. Entre 2010 et 2018, environ ¼ des mères luxembourgeoises occupant un emploi, qu'il soit à temps plein ou à temps partiel, fumaient. Alors qu'elles étaient le double parmi les mères inactives professionnellement (50.5%)

Les populations plus vulnérables sont moins sensibles aux actions de prévention notamment dans la lutte contre le tabagisme. La hausse des prix du tabac n'a que peu d'impact sur la consommation et va diriger les fumeurs vers le tabac à rouler ou vers des marques discount. Pour ces personnes défavorisées, le tabac peut être leur seul plaisir et moyen de socialisation et la seule échappatoire face au stress<sup>46</sup>.



<sup>43</sup> Rapport des cotes (RC ou Odds ratio en anglais) Il s'agit d'une mesure d'association entre exposition et maladie. La catégorie de référence est OR=1, c'est-à-dire la catégorie la moins à risque. Plus on s'éloigne du « 1 » plus l'association est forte. Un OR positif indique une probabilité d'exposition plus élevée. A l'inverse, un OR négatif indique une probabilité d'exposition moins élevée. L'intervalle de confiance à 95% permet de considérer que la valeur calculée est probable dans 95% des cas.

<sup>44</sup> Gisle L., « Mode de vie et maladies chroniques. Consommation de tabac », Enquête de Santé par interview 2018, Sciensano, Belgique. Disponible [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA\\_FR\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2018.pdf)

<sup>45</sup> [https://www.cancer.be/sites/default/files/enquete\\_tabac\\_version\\_2.pdf](https://www.cancer.be/sites/default/files/enquete_tabac_version_2.pdf)

<sup>46</sup> [http://www.hainaut.be/sante/osh/medias\\_user/PPT\\_SES\\_Introduction\\_OSH\\_10-12-2010.pdf](http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/PPT_SES_Introduction_OSH_10-12-2010.pdf)

## 4.7. SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Selon l'OMS, les facteurs favorisant une mauvaise santé bucco-dentaire sont similaires aux autres pathologies, à savoir notamment un faible niveau socio-économique.

Les affections bucco-dentaires peuvent avoir un impact tout le long de la vie (gêne, manque de confiance en soi, douleur...). De plus, celles-ci sont en grande partie évitables et peuvent être traitées à un stade précoce. En outre, le traitement des affections bucco-dentaires peut rapidement être très coûteux<sup>47</sup>.

C'est pourquoi il est indispensable de promouvoir l'hygiène bucco-dentaire ainsi que le dépistage le plus précocement possible.

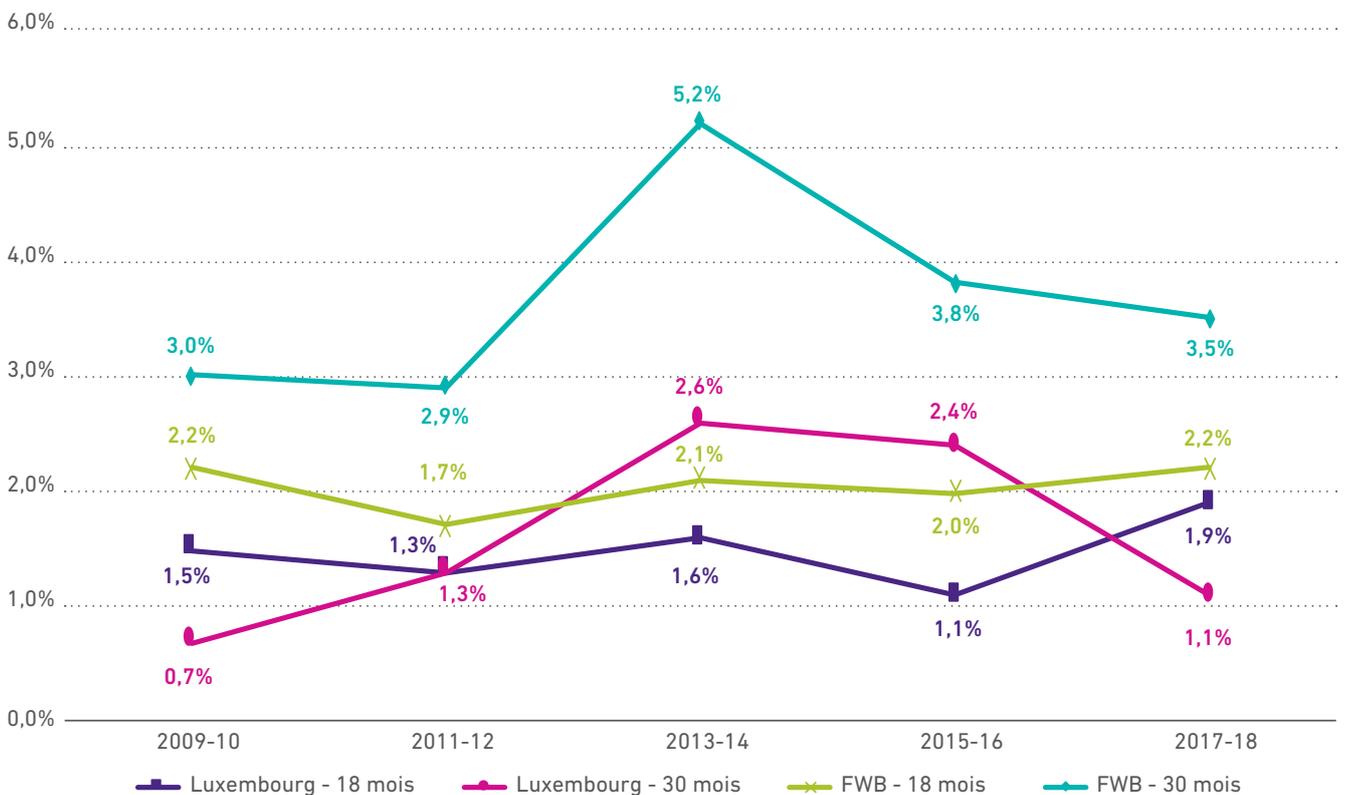
La «polycarie du jeune enfant» ou «carie de la petite enfance» est une affection sévère des dents primaires, qui débute juste après l'éruption des dents.

L'ONE vise à prévenir l'apparition des (poly)caries dentaires, en modifiant les comportements diététiques, en favorisant l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire et en généralisant la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers.

La mise en œuvre du programme de promotion de la santé bucco-dentaire est évaluée à deux moments :

- Lors du «Bilan de santé à 18 mois», on enregistre le nombre de cas de polycaries, anciennement carie du biberon<sup>48</sup>, et le brossage des dents ;
- Lors du «Bilan de santé à 30 mois», on enregistre le nombre de caries dentaires, le brossage des dents et la visite préventive chez le dentiste.

### Présence de (poly)caries à 18 et 30 mois en province de Luxembourg et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2009-2018

Que ce soit à 18 ou à 30 mois, en moyenne, les enfants résidant en province de Luxembourg présentent un taux de caries légèrement inférieur à ceux résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Entre 2009 et 2018, les enfants âgés de 18 mois suivis par l'ONE présentaient un taux moyen de polycaries de 1,5% en province de Luxembourg et de 2,0% en FWB.

A 30 mois, la prévalence moyenne de caries parmi les enfants luxembourgeois, entre 2009 et 2018, était de 1,8%. Pour la même période, la prévalence de caries était de 3,7% en FWB.

Cependant, aucune tendance à la baisse ou à la hausse n'est vraiment constatée. Les taux étant faibles, les résultats sont probablement sous-estimés car ils ne tiennent pas compte des caries naissantes.

<sup>47</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

<sup>48</sup> La carie du biberon ou syndrome du biberon est l'apparition précoce de plusieurs caries sur les dents de lait (les incisives). Elle apparaît généralement suite à un contact prolongé de boissons sucrées avec les dents.

En province de Luxembourg, entre 2009 et 2018, le taux moyen d'inconnues pour la « polycarie » et la carie était respectivement de 3 et 4%. Le taux d'inconnues était en moyenne de 7% en FWB, que ce soit à 18 ou à 30 mois. Vu que le taux d'inconnues est plus élevé que les taux de caries, il est important de considérer ces résultats avec précaution.

En 2013-2014, un pourcentage plus élevé de caries est observé en FWB (5.2%). Cette augmentation est probablement liée à une recherche-action sur la santé bucco-dentaire qui a été menée entre 2010 et 2013 sur base volontaire au sein de certaines consultations de l'ONE à Bruxelles et en province de Hainaut. Lors de cette recherche, des dentistes de la Fondation pour la Santé Den-

taire avaient organisé en 2013, des dépistages dentaires dans les consultations participantes. A Bruxelles, en 2013, pour l'ensemble des consultations, la prévalence de caries était de 19.9% à 30 mois alors qu'elle était de 8.5% en 2012. La prévalence de caries plus élevée en 2013 à Bruxelles influence la moyenne générale et est sans doute en lien avec l'expertise des dentistes de la recherche qui ont pu détecter les caries à un stade plus précoce.

Ces constats ne font que conforter les recommandations de l'OMS et de l'ONE concernant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il est également essentiel de poursuivre le travail de sensibilisation des différents acteurs de terrain auprès des parents grâce aux différentes actions et collaborations, notamment avec Souriez.be.

#### Quelques résultats sur la recherche-action « Santé bucco-dentaire 2010-2013 »

Une recherche sur la santé bucco-dentaire menée au sein de consultations et d'écoles volontaires en province de Hainaut et à Bruxelles a permis de montrer que le dépistage des caries est probablement sous-évalué.

En effet, lors de cette recherche, l'examen bucco-dentaire a révélé que parmi les 511 enfants participant ayant entre 30 et 45 mois, 18.4% des enfants, écoles et consultations confondues, présentaient au moins une carie ou un début de carie (émail abîmé).

Au total, 10.4% des enfants étaient touchés par des caries plus importantes c'est-à-dire avec une atteinte de la dentine. Parmi les enfants ayant des atteintes carieuses (débutantes ou non), 40.4% avaient minimum 4 dents différentes touchées.

Alors qu'on ne note pas de différence significative entre les enfants atteints de carie dans les écoles (15.4%) ou dans les consultations (21.8%), on constate une différence significative entre les régions. En effet, l'atteinte carieuse touche 26.1% des enfants suivis dans les consultations participantes à Bruxelles contre 15.6 % en Hainaut. Cette différence peut être mise en relation avec une population fréquentant les structures ONE différentes au niveau socio-culturel en région bruxelloise.

Les dents les plus touchées sont les 2 incisives de la mâchoire supérieure avec 6.1% et 6.8% des enfants ainsi que les 4 molaires avec une moyenne de 4.5% à 7.6%.

L'atteinte des incisives est caractéristique chez les petits enfants et est liée au « biberon sucré », d'où le nom de « carie de la petite enfance » anciennement appelé la « carie du biberon sucré ».

Suite à ces constats, certaines consultations pour enfants ont décidé d'organiser des consultations dentaires spécifiques en collaboration avec les dentistes de Souriez.be.

Selon l'enquête de « Santé Jeune » réalisée en 2010-2012 en province de Luxembourg auprès des jeunes de 6e primaire et de 2e et 4e secondaire, parmi les élèves sondés, 46.6% étaient indemnes de caries. Concernant les élèves de 6e primaire, donc de 11 ans, 60% étaient indemnes de caries, et ceux de 13 ans et 16 ans représentaient respectivement 50% et 30%<sup>49</sup>.

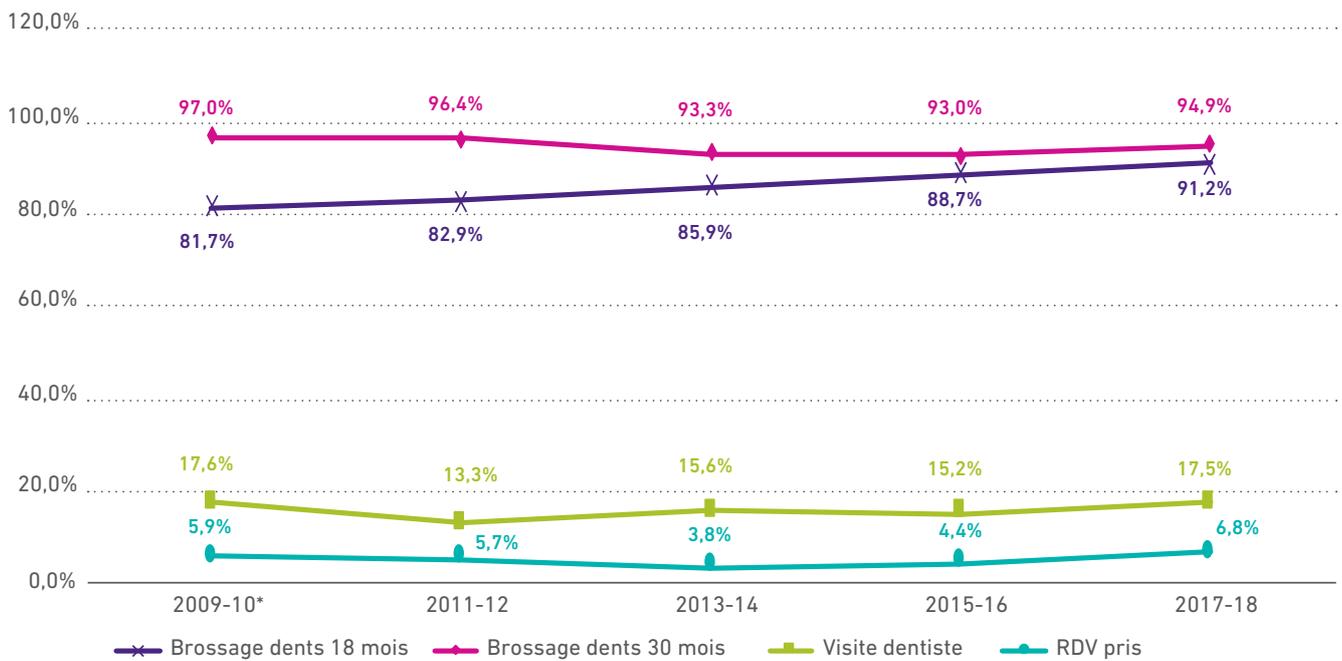
Si le taux de caries chez les enfants ne cesse de diminuer ces dernières années, les inégalités sociales par rapport à cette affection persistent, la carie étant plus fréquente parmi les enfants provenant des milieux socialement moins favorisés. Cette association s'observe tout au long de l'existence, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte et ce au sein de toutes les populations quel que soit le niveau de revenus des pays<sup>50</sup>.

L'enquête sur la santé bucco-dentaire des jeunes met en évidence que lorsque le père possède un emploi, presque un jeune sur deux (47,9 %) est exempt de carie contre seulement un jeune sur trois (36,3 %) si celui-ci est sans emploi. Cette association s'observe tout au long de l'existence, depuis la petite enfance jusqu'à la vieillesse et au sein de toutes les populations dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible<sup>27</sup>.

<sup>49</sup> Enquête Jeunes 2010-2012, « La santé bucco-dentaire chez les jeunes de 6e primaire, 2e et 4e secondaire en province de Luxembourg ». Disponible sur : <http://www.province.luxembourg.be/fr/la-sante-bucco-dentaire.html>

<sup>50</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

## Evolution du brossage des dents et de la visite chez le dentiste en province de Luxembourg en 2017- 2018



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2017-2018

L'ONE recommande le brossage des dents régulier dès leur apparition, l'utilisation d'un dentifrice dont la concentration en fluor est adaptée à l'âge de l'enfant et une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ - 3 ans.

En province de Luxembourg, en 2017-2018, respectivement 91% et 95% des parents brossent les dents de leur enfant à 18 mois et à 30 mois.

Alors que la proportion d'enfants se brossant les dents à 18 mois a augmenté en province de Luxembourg ; à 30 mois, les taux sont restés stables, fluctuant légèrement. En 2010, seulement 81.7% des enfants luxembourgeois de 18 mois se brossaient les dents contre 91.8% en 2017-2018, représentant une différence de 10%. En FWB, cette différence était de 6 %.

En FWB, les taux de brossage de dents étaient moins élevés qu'en province de Luxembourg. Pour les enfants de 18 mois, on constate une augmentation du taux de brossage des dents passant de 77.6% en 2009-2010 à 83.6% en 2017-2018. Tandis qu'à 30 mois, les taux avoisinaient les 92% ces 10 dernières années.

Par ailleurs, à 30 mois, ¼ des enfants luxembourgeois ont, soit déjà fait examiner leurs dents chez le dentiste, soit une visite y est programmée. Les pourcentages varient légèrement. En FWB, l'évolution est similaire avec des taux légèrement plus faibles.

Lors de l'enquête de santé chez les jeunes en Luxembourg, 92.3% des enfants âgés de 11 ans se sont déjà rendus chez le dentiste et 25% de ceux-ci se brossent les dents moins de 2 fois par jour<sup>51</sup>.

Le taux d'inconnues reste stable pour ces informations. En moyenne entre 2009 et 2018, environ ¼ des données étaient manquantes concernant l'information de la visite chez le dentiste (20% en FWB) et 9% des informations concernant le brossage étaient inconnues (10% en FWB).



<sup>51</sup> Enquête Jeunes 2010-2012, « La santé bucco-dentaire chez les jeunes de 6e primaire, 2e et 4e secondaire en province de Luxembourg » <http://www.province.luxembourg.be/fr/la-sante-bucco-dentaire.html>

## 4.8. LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

L'acquisition du langage est un indicateur important du développement psychomoteur.

A 12 mois, l'enfant devrait être capable de répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer de 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir en prononcer au moins 10.

A 24 mois, il doit pouvoir dire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle.

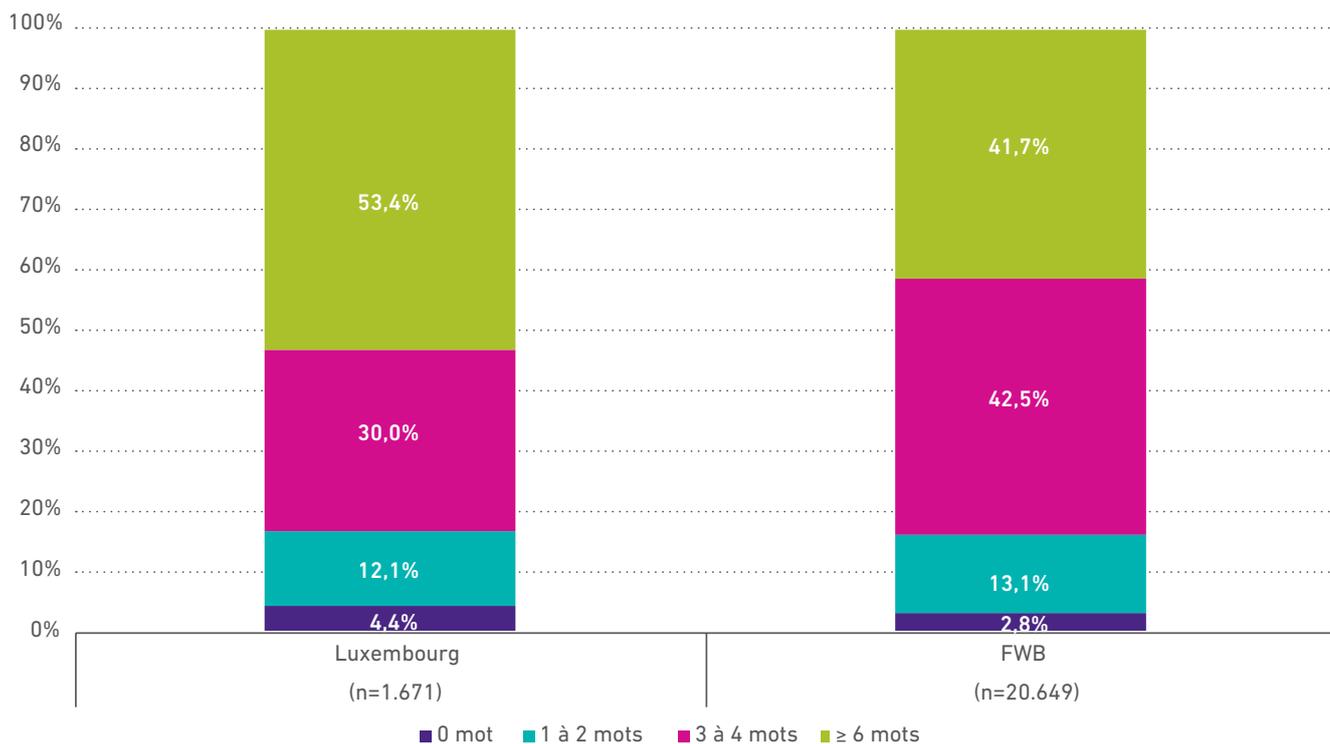
Un retard langagier en début de scolarisation et sur le long terme, peut être prédictif d'un plus faible niveau de scolarité avec des conséquences sur le plan professionnel. Or, le développement du langage est influencé par la quantité et la qualité du langage qui est adressé à l'enfant et est lui-même lié au niveau socio-économique des parents. Les parents ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage du langage.

Une Recherche-Action ONE sur le langage a été menée entre 2012 et 2014 en collaboration avec différents chercheurs universitaires. L'objectif était de mesurer l'impact de l'interaction et de la communication entre le parent et l'enfant dans le développement du langage et à terme pouvoir induire des modifications de comportements chez le parent afin de stimuler le langage de l'enfant<sup>52</sup>.

Dans le cadre de cette recherche, l'ONE a mis en place une campagne de sensibilisation au développement du langage à destination des professionnels et des parents. A cet effet, l'Office a lancé un site qui propose, au travers de vidéos d'animations, des conseils concrets et des astuces très simples à mettre en place pour stimuler le langage de l'enfant : [www.unchat-unchat.be](http://www.unchat-unchat.be).

Les données relatives au langage sont récoltées à 2 moments lors des Bilans de santé. A 18 mois, nous disposons de l'information concernant le nombre de mots que l'enfant peut prononcer et à 30 mois, la capacité de l'enfant à prononcer une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle et à dire son prénom.

### Nombre de mots prononcés par l'enfant de 18 mois en province de Luxembourg et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 mois », 2017-2018

Globalement, les résultats concernant le langage restent stables ces dernières années même si de légères augmentations de difficultés de langage peuvent être constatées. Celles-ci doivent être consolidées sur du long terme.

En 2017-2018, plus de la moitié des enfants de 30 mois résidant en province de Luxembourg et suivis par l'ONE étaient capables de prononcer 6 mots ou plus. En FWB, cette proportion était de 42%.

<sup>52</sup> Martinez Perez T., Leclercq A-L., Thomas L., et al. », « Recherche Action ONE, La guidance parentale : un outil pour soutenir le développement langagier des enfants entre 8 et 30 mois. Collaboration ULg, UCL et ONE. <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/185401/1/Article%20JPB.pdf>

Une étude sur la primo-socialisation au langage a été réalisée en France sur un panel représentatif de 18 300 enfants suivis depuis leur naissance (panel Elfe<sup>53</sup>). Ce panel créé en 2011, a permis de suivre l'évolution des enfants grâce aux 3 enquêtes qui ont été menées durant la première année de vie afin d'aborder la question de la primo-socialisation au langage et le rôle des interactions langagières avec les parents<sup>54</sup>.

A l'âge d'un an, il a été demandé aux parents combien de mots parmi une série de 12 mots courants, l'enfant comprenait et utilisait. Les  $\frac{3}{4}$  ou plus des enfants connaissaient au moins 7 mots sur 12. Par contre, seulement la moitié des enfants utilisait au moins un mot et 12% utilisaient 4 mots ou plus.

En 2017-2018, on constate une légère augmentation significative d'enfants luxembourgeois âgés de 18 mois ne pouvant prononcer aucun mot (4.4%) par rapport à 2015-

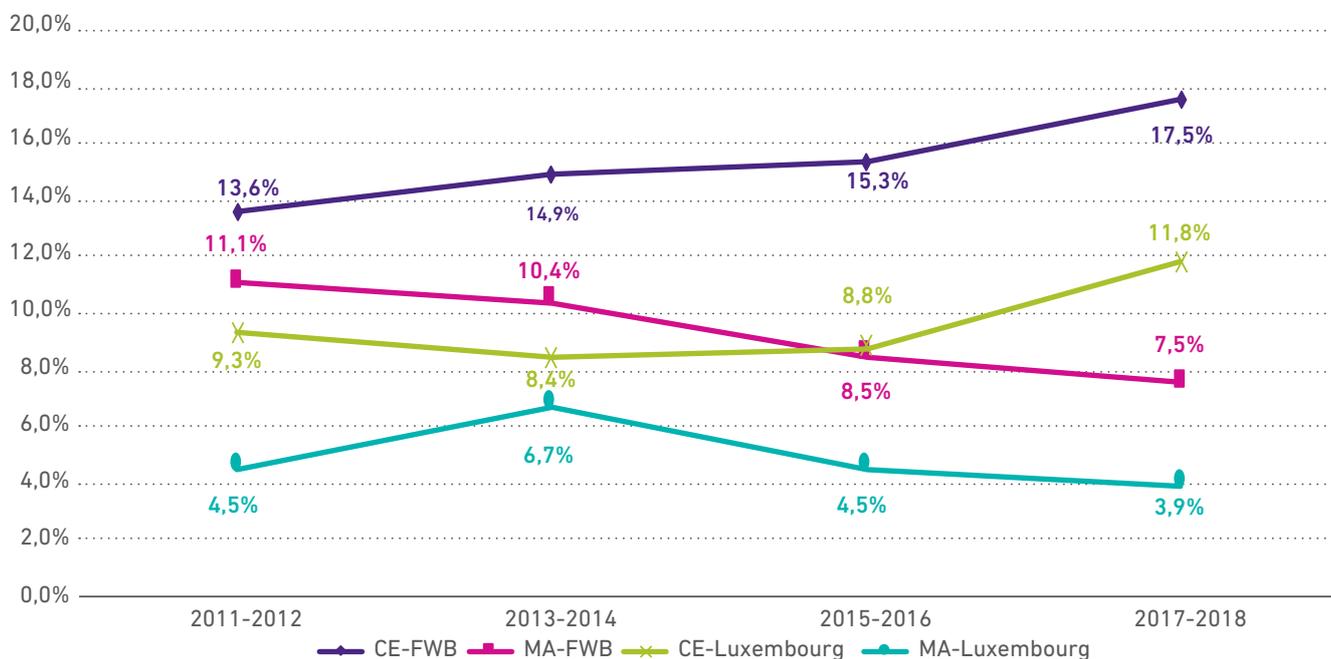
2016 (3.8%). En FWB, ce taux était de 2.8% en 2017-2018 et stable ces dernières années.

En 2017-2018, on constate également une légère augmentation significative d'enfants luxembourgeois âgés de 30 mois ne pouvant prononcer une phrase de 3 mots (17.9%) par rapport à 2015-2016 (13.0%). En outre, 15.4% ne pouvaient prononcer leur prénom en 2017-2018 contre 13.0% en 2015-2016.

En FWB, en 2017-2018, les pourcentage d'enfants ne pouvant prononcer une phrase de 3 mots ou leur prénom s'élevait respectivement à 22.9% (21.0% en 2015-2016) et à 20.8% (19.1% en 2015-2016).

Pour cette information, le taux d'inconnues restait assez faible en province de Luxembourg avec des taux variant entre 2 et 8% selon la variable (entre 4 et 10% en FWB).

### Retard de langage chez l'enfant à 30 mois selon le type de structure en province de Luxembourg et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2011-2018

Le retard de langage est estimé sur base de 2 critères explorés dans les Bilans de santé à 30 mois. L'enfant qui ne peut prononcer ni son prénom ni une phrase de 3 mots, se retrouve dans la catégorie « retard de langage ».

**Le graphique, précédent, indique une différence importante de retard langagier selon que les bilans de santé aient été réalisés en consultation pour enfants ou en milieu d'accueil.**

**Le niveau langagier est plus faible parmi les enfants suivis en consultation que ceux suivis en milieu d'accueil.** En effet, en province de Luxembourg, en 2017-2018, 11.8% des enfants suivis en consultation étaient considérés comme ayant un retard de langage, ne pouvant prononcer ni une phrase de 3 mots ni leur prénom, contre 3.9% des enfants suivis en milieu d'accueil. En distinguant les résultats des consultations mobiles par rapport aux consultations fixes, 13.1% des enfants suivis en consultations mobiles présentaient un retard de langage contre 10.9% des enfants suivis en consultations fixes.

<sup>53</sup> ELFE : Etude longitudinale française depuis la naissance. Première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge adulte, et en vraie grandeur en France métropolitaine en 2011. Elle concerne alors plus de 18 000 enfants. Elle aborde de multiples aspects de la vie de l'enfant, notamment sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement.

<sup>54</sup> Berthomier N., Octobre S., « Primo-socialisation au langage : le rôle des interactions langagières avec les parents durant les 365 premiers jours de l'enfant d'après l'enquête Elfe », Culture études 2018/2 (n° 2), pages 1 à 20.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 17.5% des enfants suivis en consultations présentaient un retard langagier contre 7.5% dans les milieux d'accueil.

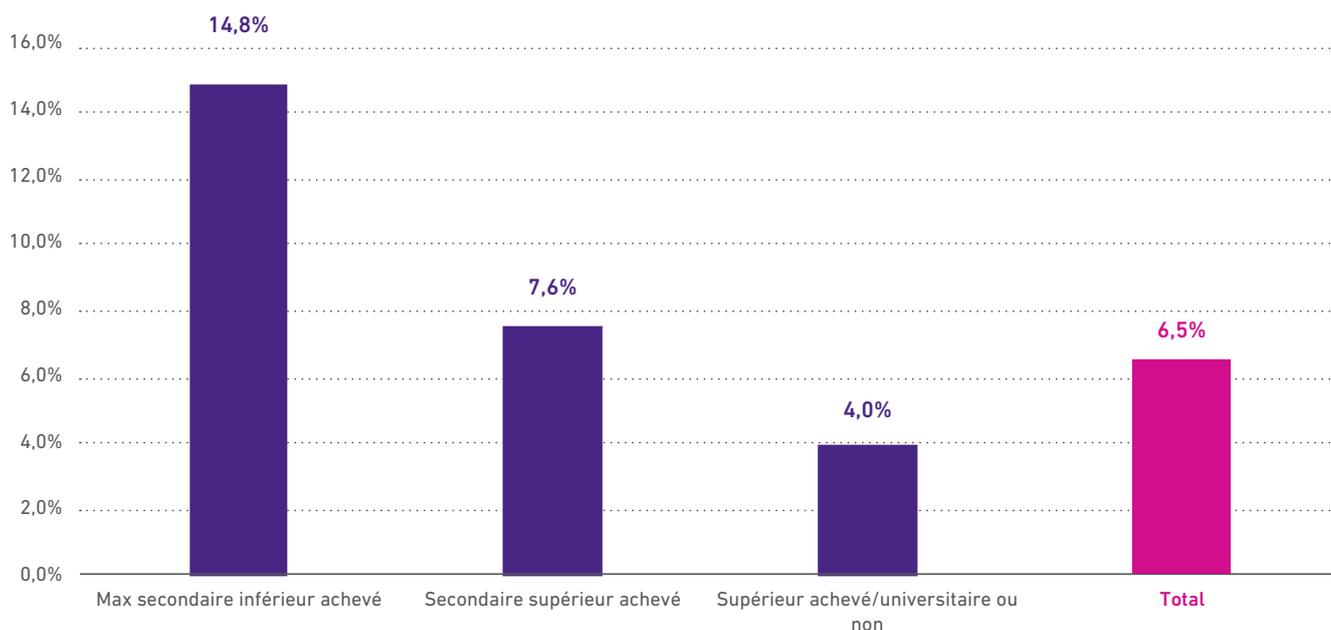
Outre cette différence, en province de Luxembourg, le pourcentage d'enfants suivis en consultation et présentant un retard langagier tend à augmenter, passant de 15.5% en 2011-2012 à 20.9% en 2017- 2018. Cette augmentation n'est pas constatée en milieu d'accueil.

Toujours selon l'étude réalisée en France sur la primo-socialisation au langage, plus les parents sont impliqués dans des activités langagières avec leur enfant, plus celui-ci développe des compétences en la matière. Les activités langagières prises en compte sont : parler, chanter

des comptines et lire des histoires. Ces activités stimulent la compréhension et l'utilisation des mots et favorisent le développement du vocabulaire. Il ressort également que la manipulation précoce de livres pour bébés joue également un rôle stimulant dans le développement du langage<sup>55</sup>.

En outre, en 2017-2018, 20.9% des enfants vus en consultation ne pouvaient pas, soit dire leur prénom, soit prononcer une phrase de 3 mots, contre 10.0% en milieu d'accueil. Ces résultats sont en lien direct avec le niveau socio-économique plus favorable des enfants ayant bénéficié d'un suivi en milieu d'accueil.

**Retard de langage chez l'enfant à 30 mois selon le niveau d'éducation de la mère en province de Luxembourg**



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2015-2018

**Puissance du lien entre le retard de langage et le niveau d'études de la mère (Odds Ratio et son intervalle de confiance à 95%)**

	Max secondaire inférieur achevé	Secondaire supérieur achevé	Supérieur achevé/universitaire ou non
<b>Retard langage</b>	OR= 5,53(3,32-9,47)	OR= 2,20 (1,31-3,67)	OR= 1

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2018  
OR= Odds Ratio ou rapport de cote<sup>56</sup>

Le graphique, ci-contre, présente les résultats de retard de langage à 30 mois en fonction du niveau d'études de la mère. On peut constater un gradient inversement proportionnel entre le niveau langagier et le niveau d'études de la mère et ce, de manière très significative (P<0.001).

Parmi les enfants dont la mère n'a pas dépassé le niveau d'études secondaire inférieur, 15% présentaient un retard de langage c'est-à-dire qu'ils ne pouvaient prononcer ni leur prénom, ni une phrase de 3 mots. Parmi les mères ayant suivi des études supérieures, ces enfants représentaient 4%.

<sup>55</sup> Ibidem 54

<sup>56</sup> Ibidem 43

Si l'on compare le rapport de cote (RC ou Odds ratio –OR en anglais) des niveaux d'études, un enfant dont la mère n'a pas dépassé le niveau secondaire inférieur aura 5,5 fois plus de risque de présenter un retard langagier par rapport à un enfant dont la mère a atteint le niveau d'enseignement supérieur. Et le risque est 2 fois plus important lorsque le niveau d'études de la mère le plus élevé est le niveau secondaire supérieur. Les tendances sont similaires en FWB, avec des pourcentages et des OR très proches de ceux de la province de Luxembourg.

Diverses études mettent en évidence un lien entre le niveau d'études de la mère et plus globalement des parents et le niveau langagier de l'enfant dès le plus jeune âge<sup>57 58</sup>.

Vu l'impact d'un retard langagier sur le parcours et la vie d'un enfant et d'un adulte (retard scolaire, manque d'intégration en milieu scolaire, ...), il y a lieu d'être attentif au développement du langage des enfants présentant des retards.

## 4.9. COUVERTURE VACCINALE

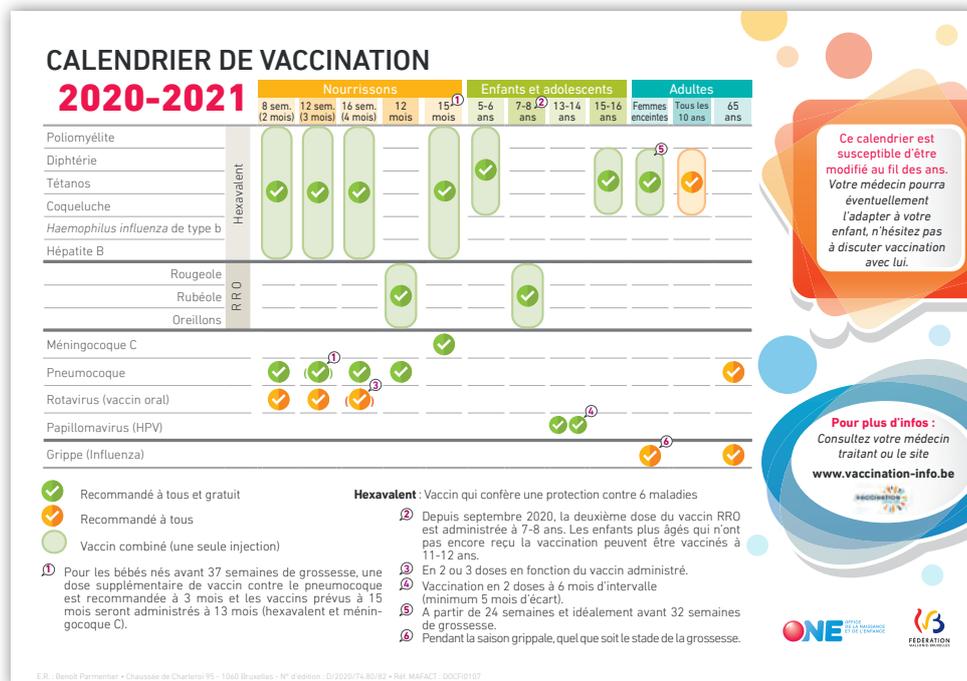
La vaccination est un enjeu majeur de santé publique, tant par son effet sur la protection individuelle que par la protection de la collectivité qu'elle assure, en limitant la circulation des agents pathogènes.

Depuis 2002, la FWB a recommandé, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement de l'ONE<sup>59</sup>.

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire. Cependant, il existe une obligation vaccinale pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil autorisé par l'ONE. Cette obligation concerne la vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, l'haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Par ailleurs, l'ONE suit le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé, qui comprend aussi les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le Rotavirus. Le calendrier est disponible sur le lien suivant : <https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/>.

### Calendrier vaccinal de la FWB en 2020-2021



<sup>57</sup> De Bodman F., De Chaiseman C., Dugravier R., et al., « Investissons dans la petite enfance. L'égalité des chances se joue avant la maternelle », Terra Nova, La Fondation Progressiste, 2017.

<sup>58</sup> Hart B., Todd R R., « The early catastrophe, The 30 millions word gap by age 3 », American Federation of Teachers, 2003.

<sup>59</sup> Le financement était conjoint FWB et Etat fédéral jusqu'au 1er janvier 2015. Depuis il a été intégralement transféré à l'ONE.

## Tableau récapitulatif des maladies infantiles<sup>60</sup>

Diphtérie*	Aussi appelé « croup ». Infection bactérienne de la gorge qui entraîne une détresse respiratoire pouvant conduire au décès.
Tétanos	Maladie due à une bactérie dont la toxine provoque des contractures musculaires entraînant une paralysie.
Poliomyélite*	Maladie virale dont la gravité est variable mais pouvant entraîner des paralysies mortelles ou invalidantes.
Coqueluche*	Maladie due à une bactérie qui provoque des quintes de toux (« chant du coq ») particulièrement grave chez le nourrisson. <b>Maladie en recrudescence en Belgique.</b>
Haemophilus Influenzae de type B*	Bactérie responsable d'infections sévères (arthrites, pneumonies, septicémies, méningites,...).
Hépatite B	Virus induisant une inflammation du foie (« jaunisse ») qui peut persister et conduire à une cirrhose ou à un cancer du foie à l'âge adulte.
Pneumocoque	Les pneumocoques sont des bactéries responsables d'infections graves incluant otites, pneumonies, septicémies et méningites.
Rotavirus	Le rotavirus est la cause principale de gastroentérite virale chez le jeune enfant. Chez le nourrisson, il existe un risque de déshydratation requérant une hospitalisation.
Rougeole*	Maladie virale éruptive très contagieuse qui provoque une fièvre importante et prolongée et de nombreux risques de complications.
Rubéole*	Maladie virale éruptive, peu sévère sauf pour les femmes enceintes chez qui elle peut induire des malformations graves chez le bébé.
Oreillons*	Maladie virale qui provoque un gonflement douloureux sous les oreilles et peut entraîner des complications dont la surdité.
Méningocoque C	Bactérie responsable de méningite grave ou septicémie.

\*Vaccins obligatoires pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil.

Source : ONE, Brochure Vaccination, 2018

### Couverture vaccinale entre 2011 et 2018

	Luxembourg					FWB
	2009-10	2011-12	2013-14	2015-16	2017-18	2017-18
<b>Hexavalent 3 doses (9mois)</b>	98,7%	97,8%	97,9%	97,7%	98,4%	95,5%
<b>Hexavalent 4 doses (18 mois)</b>	95,4%	94,2%	95,1%	93,9%	93,6%	91,4%
<b>Pneumocoque 2 doses (9mois)</b>	97,9%	98,1%	97,7%	97,9%	97,1%	94,9%
<b>Pneumocoque 3 doses (18 mois)</b>	91,1%	94,1%	94,5%	95,6%	94,5%	91,5%
<b>Rotavirus 2 doses (9 mois)</b>	89,4%	90,8%	92,2%	91,7%	90,6%	82,6%
<b>RRO 1 dose (18 mois)</b>	94,8%	97,1%	97,1%	98,1%	97,3%	95,0%
<b>Méningocoque (18 mois)</b>	94,7%	95,9%	95,9%	96,6%	94,7%	92,1%

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2011-2018

<sup>60</sup> [https://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/siteone/PRO/Brochures/Fiche-Sante-Vaccination.pdf](https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Brochures/Fiche-Sante-Vaccination.pdf)

Ce tableau présente les taux de couverture vaccinale des enfants à qui l'on a administré les doses minimales requises pour une immunisation optimale. Pour les données relatives à la vaccination, les enfants dont les informations sont inconnues sont considérés comme étant « non vaccinés ».

Les taux de couverture vaccinale en province de Luxembourg, sont globalement plus élevés que pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2011 et 2018. Globalement, l'évolution de la prévalence vaccinale reste stable avec des fluctuations aux alentours de 1 à 2% tant en province de Luxembourg qu'en FWB.

Cependant, en 2017-2018, à l'exception du vaccin « hexavalent » à 9 mois, on constate une diminution de la couverture vaccinale parmi les enfants luxembourgeois. Cette légère diminution des couvertures vaccinales est principalement la conséquence d'un taux plus élevé de l'information manquante.

Les vaccins « hexavalent », « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale.

Le Rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec 90.6% en province de Luxembourg pour 82.6% en FWB.

#### Couverture vaccinale selon le type de structure en province de Luxembourg et en Fédération Wallonie-Bruxelles

	Luxembourg		FWB	
	CE	MA	CE	MA
<b>Hexavalent 3 doses (9mois)</b>	98,5%	98,1%	95,8%	94,0%
<b>Hexavalent 4 doses (18 mois)</b>	94,3%	91,7%	92,8%	85,7%
<b>Pneumocoque 2 doses (9mois)</b>	97,4%	96,7%	95,4%	92,9%
<b>Pneumococque 3 doses (18 mois)</b>	95,5%	91,7%	92,6%	87,4%
<b>Rotavirus 2 doses (9 mois)</b>	90,3%	92,6%	82,1%	85,6%
<b>RRO 1 dose (18 mois)</b>	97,6%	96,4%	95,4%	93,4%
<b>Méningocoque (18 mois)</b>	95,8%	91,9%	93,7%	85,8%

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2017-2018

En province de Luxembourg, à l'exception du vaccin « Rotavirus », tous les taux de couverture vaccinale sont supérieurs parmi les enfants suivis dans les consultations pour enfants comparativement à ceux suivis dans les milieux d'accueil.

Par contre, si l'on distingue les enfants suivis en consultations mobiles, tous les taux de couvertures vaccinales y sont supérieurs.

Les différences varient entre 0.4% et 3.9%. Les différences de prévalence selon le type de structure sont plus importantes aux 18 mois de l'enfant. En FWB, les tendances sont les mêmes mais avec des écarts de prévalence plus importants.

Notons que les taux d'inconnues sont légèrement plus élevés dans les milieux d'accueil. Or, derrière le statut vaccinal « inconnu », correspondent différentes réalités dont possiblement un statut vaccinal optimal. En outre, les taux de couverture vaccinale sont probablement sous-estimés en milieu d'accueil. En effet, lors de la consultation médicale en milieu d'accueil, les parents ne sont pas toujours présents et l'information pourrait être manquante. Ces résultats sont étonnants sachant que certains vaccins sont obligatoires pour fréquenter un milieu d'accueil.



## 4.10. DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

En province de Luxembourg, en 2017-2018, à 18 mois, 94.6% des enfants sont capables de marcher (95.2% en FWB), 78.9% peuvent boire seul à la tasse (81.7% en FWB) et 89.6% sont capables de se servir d'une cuillère (87.2% en FWB).

A 30 mois, 93.8% des enfants ont la capacité de sauter à pieds joints (89.2% en FWB), 87.7% de dessiner un trait (78.8% en FWB) et 79.9% un cercle (73.6% en FWB). Ces données sont stables entre 2009 et 2018.

On distingue une différence au niveau de l'autonomie et de certaines capacités psychomotrices des enfants selon le lieu de suivi de l'enfant. En effet, la proportion d'enfants étant autonomes pour boire à la tasse, ainsi que les proportions d'enfants sachant dessiner un cercle ou un trait sont plus élevées parmi les enfants suivis en milieu d'accueil que ceux suivis en consultation pour enfants. Ces différences sont constatées tant en Luxembourg qu'en FWB.



## 4.11. DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE

Depuis 2003, l'ONE organise le dépistage précoce des troubles visuels chez les jeunes enfants de 18 à 36 mois.

Les objectifs principaux sont le dépistage des troubles visuels susceptibles de ralentir le développement de l'enfant et la prévention de l'amblyopie fonctionnelle (diminution et altération de l'acuité visuelle)<sup>61</sup>.

Standardisé et réalisé lors de consultations spécifiques dans les structures d'accueil collectif et d'accompagnement de l'ONE, le dépistage est effectué par des orthoptistes, assistants techniques en ophtalmologie ou des médecins spécialement formés à cet effet.

L'examen est gratuit. Lorsque le test est positif, l'enfant est référé vers un ophtalmologue pour une confirmation du test.

En 2018, 2.220 enfants ont été dépistés en province de Luxembourg et 30.207 l'ont été en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui représente un taux de couverture de 76% en province de Luxembourg et de 58% pour la FWB, taux supérieurs à celui visé qui est de 50%.

En 2009, les taux de couverture étaient de 57% en Luxembourg et 46% en FWB, ce qui représente une augmentation relative respective de 33% et 26%.

Etant donné les difficultés rencontrées pour organiser le dépistage visuel (recrutement du personnel qualifié, organisation des rendez-vous et les absences à ceux-ci), l'ONE prévoit diverses actions afin de pouvoir continuer à augmenter le taux de couverture des dépistages et en faire bénéficier un maximum d'enfants.

Les dépistages visuels peuvent être réalisés en milieu d'accueil ou en consultation pour enfants. Cependant, pour l'organisation des séances de dépistages en milieu d'accueil, la structure doit être suffisamment grande pour permettre l'examen d'au moins 5 enfants au cours d'une séance.

Les enfants séjournant dans des structures d'accueil ne pouvant accueillir minimum 5 enfants, peuvent être examinés dans les consultations de nourrissons. De ce fait, si l'examen visuel est réalisé dans une consultation pour enfants, alors que l'enfant séjourne chez l'accueillant(e) ou dans une petite structure d'accueil, les résultats du dépistage seront repris dans la catégorie « consultation pour enfants ».

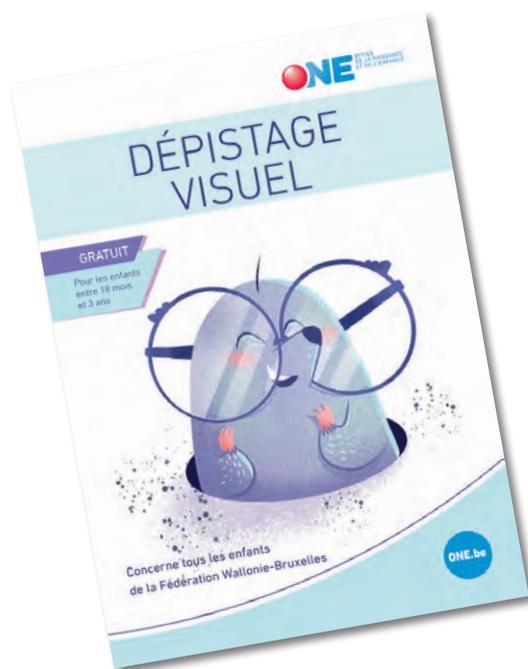
En province de Luxembourg, 41% des dépistages visuels en 2018 ont été réalisés au sein des milieux d'accueil contre 22% en 2009. En effet, on observe une augmentation des enfants suivis en milieux d'accueil. Ceux-ci représentent 39% en 2018 contre 31% en 2009.

En 2018, en moyenne, pour 76% des enfants dépistés, le test est « normal » ; pour 11%, il est « anormal » ; pour 4%, il est « douteux » et pour 9%, il est « irréalisable ».

Lorsque le test est anormal ou douteux, l'enfant est référé vers un ophtalmologue. Dans 80% des cas, l'anomalie est confirmée par celui-ci ou alors l'ophtalmologue demande de revoir l'enfant 6 mois à un an plus tard. En cas d'examen irréalisable, l'enfant est revu plus tard par l'orthoptiste de l'ONE.

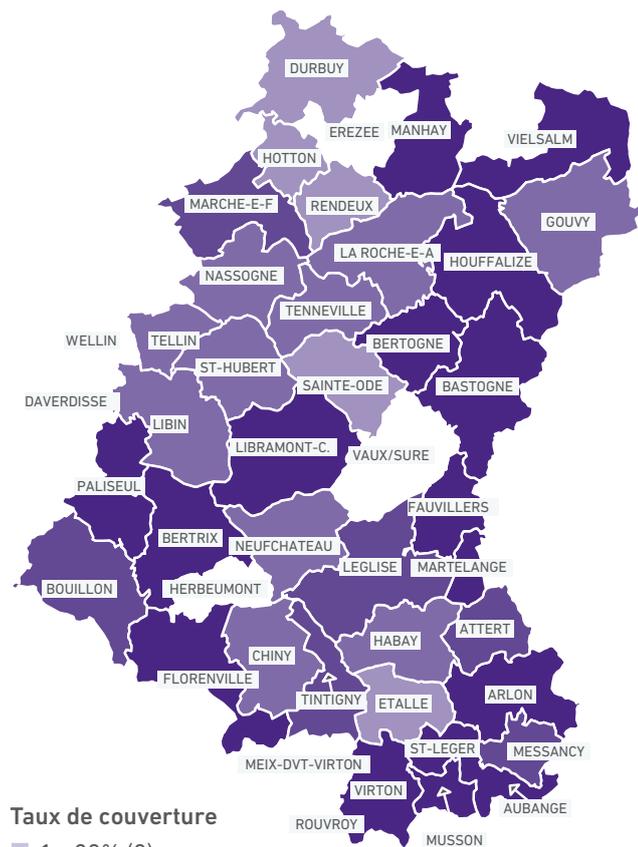
Dans la majorité des cas, le traitement consiste à porter des lunettes.

La cartographie suivante indique le taux de couverture du dépistage visuel en 2018 en province de Luxembourg par commune. Les taux de couverture les plus élevés se retrouvent dans les communes de Libramont et de Vielsalm avec respectivement 166% et 160%.



<sup>61</sup> Prévention et petite enfance : Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, ONE, 2019. L'amblyopie se définit comme une diminution uni- ou bilatérale de l'acuité visuelle causée par une déprivation de la vision des formes et/ou par une interaction binoculaire anormale sans cause organique, pour laquelle un traitement approprié peut mener à la guérison.

## Taux de couverture des dépistages visuels à l'ONE des enfants entre 18 et 36 mois par commune en province de Luxembourg en 2018



ONE, « Dépistages visuels », Direction Santé, 2018.

Calcul du taux de couverture des dépistages : nombre d'enfants dépistés en 2018 par rapport au nombre de naissances dans la même commune en 2016

Dans certaines communes, les taux de couverture dépassent les 100%. Cela est dû au fait que le numérateur correspond au nombre de dépistages réalisés dans une commune par rapport au nombre d'enfants résidant dans cette même commune et nés 2 ans auparavant. Les dépistages visuels ne sont pas organisés dans toutes les communes. Par conséquent, certaines consultations peuvent regrouper des enfants de différentes communes d'où des taux plus élevés parmi celles-ci. Les enfants ne résident pas forcément dans la commune où a lieu le dépistage.



## 4.12. LE SUIVI DES ENFANTS DE 3 À 6 ANS DANS LES STRUCTURES DE L'ONE

Entre l'âge de 3 et 6 ans, l'enfant découvre le monde qui l'entoure, en utilisant davantage ses 5 sens. C'est la période des pourquoi et questionnements sans fin. La curiosité attise l'enfant qui appréhende son environnement bien en appui sur ses 2 jambes. Il prend également connaissance de sa relation aux autres, tout en développant son autonomie. Le jeu occupe une place centrale dans les activités du jeune enfant, c'est l'occasion pour

lui d'exercer pleinement ses fonctions motrices.

A ces âges-là, la BDMS ne collecte pas (encore) des données à proprement parler, mais il existe bel et bien un accompagnement des familles et un dossier médical qui est alimenté avec les données des enfants dans le but de la promotion de la santé et la prévention médico-sociale par l'ONE.



<<...>>

### **Pascale KUSTERS**

Partenaire Enfants-Parents

#### **Qu'est-ce qui est mis spécifiquement sur pied pour le suivi des enfants de 3 à 6 ans ?**

*En amont du suivi, nous précisons sur le feuillet de présentation du Service et dans les propositions de rendez-vous, que les séances sont ouvertes aux plus grands. Nous avons également installé dans la salle d'attente, des jeux spécifiques pour eux. Par ailleurs, nous communiquons régulièrement avec les crèches afin de récupérer les dossiers des enfants dans leurs structures.*

*De surcroît, nous tentons de maintenir le lien à la fin des vaccins de l'âge de 18 mois, grâce à des activités mises en place pour ces enfants, comme de la psychomotricité et un test de vue. Personnellement, j'ajouterais un rendez-vous médical entre 18 mois et 2 ans, cela permettrait d'obtenir un meilleur suivi.*

*Nous organisons donc les séances le mercredi après-midi, sur rendez-vous. Durant celles-ci, nous travaillons à deux PEP's et les médecins utilisent la grille d'observation adaptée aux plus grands. Les discussions sont plus élaborées et centrées sur l'alimentation, le comportement ou encore la propreté...*

*A la suite des séances, nous organisons un suivi téléphonique, des rappels, si nécessaire et nous échangeons avec les différents intervenants. Enfin, nous mettons en place un suivi renforcé pour les enfants et les familles qui en ont besoin.*

# SYNTHESE

## SUIVI MEDICO-SOCIAL DE L'ENFANT

Le suivi médico-social préventif de l'enfant est assuré dans les Consultations pour enfants (CE), dans les Milieux d'accueil collectifs (MA) et lors de visites à domicile. Il poursuit divers objectifs dont celui de mettre en œuvre les programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de médecine préventive.

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des bilans de santé sont complétés à 3 âges-clés (9, 18 et 30 mois) représentant des moments importants du développement de l'enfant. Ceux-ci permettent de récolter des informations sur les différents programmes de santé prioritaires de l'ONE comme l'allaitement ou la vaccination. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés. Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et les PEP's.

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2009 à 2018.

En province de Luxembourg, le nombre de Bilans de santé analysés entre 2009 et 2018 augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé. Les taux de couverture des 3 Bilans y sont non seulement plus élevés que la moyenne relevée en FWB mais l'augmentation des taux de couverture est également plus importante.

En effet, en province de Luxembourg, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 15% des enfants en 2009 contre presque 40% en 2018, le taux de couverture ayant plus que doublé. Les taux de couverture des Bilans de santé à 18 et 30 mois ont, quant à eux, triplé atteignant respectivement 28% et 15% en 2018.

Outre les consultations dites « fixes », la province de Luxembourg dispose également de consultations dites « mobiles » (comme dans les provinces de Namur et de Liège). Ces consultations sont des semi-remorques entièrement aménagés pour recevoir les enfants et leurs parents et visant les mêmes objectifs que dans les consultations « fixes ». Ces consultations se déplacent de village en village, dans les régions rurales où il n'existe pas de consultation permanente (fixe) dans un local.

Si l'on considère la provenance des documents, globalement, les proportions d'enfants suivis en milieux d'accueil sont plus importantes en province de Luxembourg par rapport à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Aussi, la proportion des Bilans de santé issus des milieux d'accueil augmente en fonction de l'âge de l'enfant.

En 2017-2018, en province de Luxembourg, 80% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 18 mois, ce taux était de 70% et à 30 mois de 60%. Par conséquent, la proportion des bilans provenant des milieux d'accueil augmente.

Parmi les enfants de 9 et 18 mois suivis en consultation, environ la moitié a été suivie lors des consultations « mobiles ». A 30 mois, ce suivi couvre une majorité des enfants.

Outre l'augmentation des taux de couverture durant la période de 2009 à 2018, les indicateurs socio-économiques ont évolué plutôt favorablement en province de Luxembourg, alors qu'ils ont tendance à rester stables pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Concernant les indicateurs de santé, c'est surtout le tabagisme au sein de l'habitation qui a diminué et la consommation de lait infantile adapté à 18 mois qui a augmenté. Ces constats sont également valables pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La proportion d'enfants vivant avec leurs 2 parents était de 94,4% à 9 mois et de 93,2% à 30 mois. Ces taux sont supérieurs à ceux de la Fédération-Wallonie Bruxelles.

Le niveau d'éducation des mères tend à augmenter ces dernières années. En effet, en 2017-2018, 53,3% des mères luxembourgeoises dont les enfants ont bénéficié d'un suivi à l'ONE détenaient un diplôme de l'enseignement supérieur contre 45,0% en 2009-2010. Aussi, le chômage des mères a diminué au profit des mères travaillant à temps partiel. En parallèle et en cohérence avec le taux d'emploi, la proportion des familles disposant de 2 revenus professionnels a augmenté ces 10 dernières années.

En outre, on constate que les familles dont les enfants sont suivis en consultation sont plus vulnérables au plan socioéconomique que celles dont les enfants ont bénéficié d'un suivi en milieu d'accueil.

La proportion d'enfants suivis en consultation à l'ONE et fréquentant un milieu d'accueil a augmenté ces dernières années tant en province de Luxembourg qu'en Fédération-Wallonie-Bruxelles. En 2017-2018, 46% des enfants de 9 mois et 61% des enfants de 30 mois suivis en consultation fréquentaient un milieu d'accueil.

Durant la décennie, les taux d'allaitement exclusif sont restés stables en province de Luxembourg avec des faibles variations. En 2017-2018, le taux d'allaitement exclusif était de 69,7% à moins d'une semaine de vie et de 53,6% à un mois de vie. Aussi, les taux d'allaitement sont directement liés au niveau d'enseignement de la mère et à la situation socio-économique de la famille. La consommation de lait infantile adapté a, quant à elle, augmenté chez les enfants âgés de 18 mois passant de 70% en 2009-2010 à 80,5% en 2017-2018.

Alors que le tabagisme au quotidien ne diminue pas ces dernières années (32,6% en 2017-2018), le tabagisme au sein de l'habitation parmi les enfants luxembourgeois a diminué de moitié, passant de 13% en 2010 à 6,4% en 2017-2018. La consommation de tabac est également à mettre en lien avec le niveau socio-économique des familles fréquentant l'ONE.

En moyenne, entre 2009 et 2018, 1,5% des enfants luxembourgeois de 18 mois présentaient des polycaries et 1,8% des enfants âgés de 30 mois présentaient des caries. Ces moyennes sont légèrement inférieures à celles de la FWB. Il est cependant important de garder en vue que le pourcentage d'inconnues pour ces données tend à augmenter ces dernières années. La proportion d'enfants se brossant les dents à 18 mois a augmenté passant de 81,7% en 2010 à 91,8% en 2017-2018.

Que ce soit en province de Luxembourg ou pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, le niveau langagier est plus faible parmi les enfants suivis en consultation. En effet, en 2017-2018, 11,8% des enfants luxembourgeois suivis en consultation ne pouvaient prononcer ni une phrase de 3 mots, ni leur prénom. Ce taux était de 3,9% parmi les enfants suivis en milieu d'accueil.

Toutes les couvertures vaccinales en province de la province de Luxembourg sont supérieures à celles de la FWB. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en province de Luxembourg sauf pour les années 2017-2018 où l'on constate une légère diminution des taux qui pourraient être en lien avec le taux d'inconnues plus élevé.

Les vaccins « hexavalent », « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale. Aussi les taux sont plus élevés parmi les enfants suivis en consultation par rapport à ceux suivis en milieu.

Concernant le dépistage visuel des enfants de 18 à 36 mois, les taux de couverture ont augmenté ces dernières années. En 2018, avec un taux de 76% en province de Luxembourg (57% en 2009) et de 58% en FWB (46% en 2009), les taux sont supérieurs à celui visé qui est de 50%.

En 2018, en moyenne 59% des dépistages ont été réalisés dans les consultations pour enfants en province de Luxembourg contre 78% en 2009. On constate donc au cours du temps une diminution d'enfants vus en consultation pour enfants au profit des milieux d'accueil.

En résumé, la situation familiale des enfants résidant en province de Luxembourg et ayant bénéficié d'un suivi préventif à l'ONE est plus favorable celle des enfants résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En outre en province de Luxembourg, le niveau d'éducation et le taux d'activité professionnelle de la mère ont augmenté au cours des dernières années. La consommation de lait infantile à 18 mois a également augmenté. Aussi, les habitudes tabagiques ont également changé menant à une diminution de la consommation de tabac au sein de l'habitation.

On a pu constater également que les consultations mobiles dans lesquelles ont lieu environ 35 à 40% des suivis ont toute leur place à l'ONE vu leurs taux de fréquentation. Leur population diffère également de celles des consultations fixes et des milieux d'accueil. C'est pourquoi, l'ONE doit continuer à soutenir ses consultations mobiles en plus de ses actions et son réseautage.



Promouvoir la santé,  
soutenir la parentalité et défendre  
l'inclusion de tous, l'investissement  
des espaces extérieurs

## 5.1. SOUTENIR LA PARENTALITE : LES LIEUX DE RENCONTRE ENFANTS ET PARENTS

Les Lieux de Rencontre Enfants et Parents (LREP) sont des espaces informels ouverts aux enfants accompagnés d'un adulte. Ce dernier peut être un parent, un grand parent ou de la famille proche.

Ces lieux ont pour objet de renforcer la relation « parent-enfant », mais aussi visent les rencontres avec d'autres parents, dans un environnement de qualité.

Les bénévoles et professionnels qui accompagnent les familles dans ces lieux, par leur soutien dans la relation entre l'enfant et le parent ou l'adulte, contribuent à atténuer l'isolement social vécu par certaines familles. L'enfant y trouve un espace de socialisation par le jeu et le parent un lieu d'écoute, de dialogue, de plaisir ou encore de détente.

L'ONE recense plus de 190 LREP en Fédération Wallonie-Bruxelles dont près du tiers est soutenu financièrement par l'ONE.

En province de Luxembourg, on dénombre 14 Lieux de Rencontre Enfants et Parents dont 3 Lieux de Rencontre Enfants et Parents agréés par l'ONE en 2020. Ces services sont à géométrie variable : ils peuvent être à l'initiative d'une série de services ou être créés en collaboration et en partenariat (Consultations ONE, Centre de Planning Familial, Maison Médicales, AMO, CPAS, Services de Santé Mentale, Milieux d'accueil, ...).

## 5.2. FAIRE DE L'ACCUEIL DE TOUS UNE REALITE

Tout enfant devrait avoir l'occasion de faire l'expérience d'appartenir à un groupe, d'avoir accès à des lieux éducatifs complémentaires au lieu éducatif familial. Pour que chaque enfant puisse se sentir accueilli et le bienvenu dans ces lieux, un travail de réflexion sur les pratiques est à réaliser par les équipes des lieux d'accueil et ce, afin de lutter contre les mécanismes de la discrimination et d'exclusion. Au travers de l'équipement mis à disposition, des aménagements des espaces, de ce que disent les adultes, de la façon dont ils s'adressent à eux, de la manière dont ils gèrent certaines situations de groupe, les enfants peuvent identifier ce qui est perçu comme positif ou négatif dans l'environnement.

Comment peut-on travailler ses propres préjugés dont chacun est porteur, identifier la mesure de leurs conséquences sur les enfants et ainsi amener un travail d'ajustement des pratiques qui prennent en compte chaque acteur (enfants, familles, professionnel-le-s) dans les lieux d'accueil ? C'est pour répondre à ces questions centrales que l'ONE et ses partenaires ont mis en œuvre plusieurs projets pour accompagner les professionnel-le-s de l'accueil dans leur réflexion pour atteindre cet objectif.

Des structures d'accueil d'enfants âgés de 0 à 3 ans ou de 3 à 12 ans et qui accueillent au quotidien un ou des enfants en situation de handicap peuvent faire appel à un des projets en initiatives spécifiques « accueil de la petite enfance ». Ceux-ci, subventionnés par l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), mènent des actions en concertation étroite avec les agents de l'ONE. Ils ont pour mission d'accompagner les professionnel-le-s dans leur réflexion pour ajuster leurs conditions d'accueil aux besoins spécifiques de l'enfant en situation de handicap. Ils peuvent également apporter un soutien à l'équipe, sous la forme d'un renfort en personnel aux professionnel-le-s prenant en charge le groupe dans lequel l'enfant est accueilli.

Les démarches et la réflexion menée pour assurer des conditions d'un accueil inclusif ne concernent toutefois pas uniquement les enfants en situation de handicap, elles concernent aussi tous les enfants. Il ne suffit pas de « mettre ensemble des enfants » pour qu'ils s'entendent et développent des relations harmonieuses et épanouissantes. Par exemple, des conditions éducatives réfléchies, pour sensibiliser les enfants à l'accueil de tous, gagnent à être mises en place. Afin d'accompagner les professionnel-le-s dans ces démarches, la CAIRN<sup>1</sup> ONE a, avec un ensemble d'acteurs de terrain, rédigé un dossier pédagogique intitulé « Ensemble, visons des lieux d'accueil plus inclusifs pour tous les enfants » qui identifie 8 pistes concrètes pour rendre sa structure plus inclusive.

Ce dossier pédagogique est initialement destiné aux professionnel-le-s de l'accueil de 3 à 12 ans mais son contenu peut intéresser un public bien plus large. En complément de ce dossier pédagogique, dès 2017, un dispositif d'accompagnement a été mis en œuvre tant dans des temps de sensibilisation que dans l'extension d'offres de formation ad hoc : les responsables de lieux d'accueil 3-12 ans qui souhaitent rendre leur structure plus inclusive peuvent, en collaboration avec leur coordination Accueil Temps-Libre (ATL) ou accueil, proposer un projet pour emprunter une malle pédagogique et bénéficier d'un accompagnement dans leur réflexion. Ces malles pédagogiques sont déclinées en deux thématiques (sensorimotrice et émotions) et contiennent des objets qui permettent d'animer des activités inclusives pour les enfants.

<sup>1</sup> Cellule Accessibilité Inclusion Recherches et Nouveautés

L'objectif des malles et de leur accompagnement sur le terrain vise à amener les professionnel-le-s à trouver leurs réponses à la question : comment faire en sorte que tous les enfants et leur famille soient et se sentent les bienvenus dans notre structure d'accueil ? Pour aller plus loin et découvrir d'autres outils proposés et déve-

loppés avec le secteur accompagnement ou les lieux de rencontre enfants et parents, le lecteur désireux peut trouver les informations pratiques sur le site internet de l'ONE, onglet « professionnels » dans la section « Accessibilité et inclusion ».

## 5.3. PROMOUVOIR LA SANTE

Chaque année, plusieurs consultations pour enfants organisent une activité d'éducation à la santé, à l'attention des parents, sur le thème de la diversification alimentaire chez le jeune enfant.

Les PEP'S, souvent en partenariat avec le CPAS ou le service petite enfance de la commune, proposent une matinée d'échange sur ce thème. C'est l'occasion pour les parents de découvrir, dans la bonne humeur et concrètement, les nouveaux aliments en douceur.

Comment préparer le repas ?  
Comment le conserver ?

Quelle texture pour le repas ?

Par quels aliments commencer ?

Bébé est-il prêt à manger à la cuillère ?

Quels aliments à quel âge ?

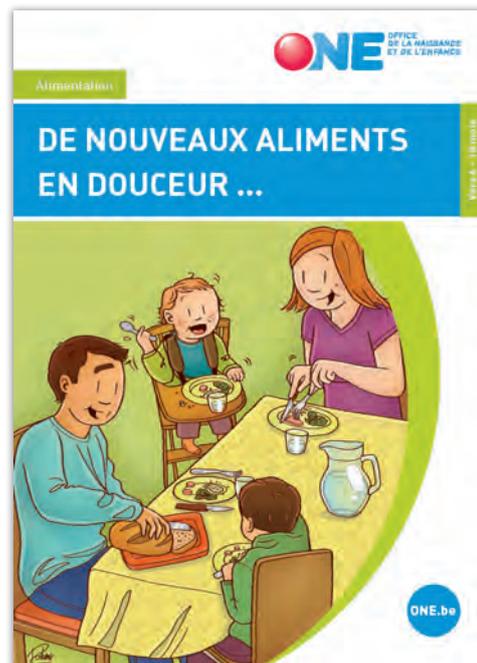
Quand commencer ?

Quelle eau lui donner ?

Autant de questions que se posent les parents et qui vont trouver réponse lors de ces matinées d'échange.

Les parents reçoivent la brochure « De nouveaux aliments en douceur... » afin d'avoir toujours à portée de main les divers conseils en matière de diversification alimentaire, comme les âges d'introduction des différents aliments.

A l'aide de divers jeux et d'ateliers pratiques de réalisation de repas, les jeunes parents vont se familiariser avec la diversification alimentaire. Un jeu de questions/réponses permet aux parents de discuter et d'échanger leurs connaissances mutuelles. Un partage entre pairs vaut mieux qu'une transmission verticale du savoir. Le jeu du marché et le « BB Nut » sont d'autres outils qui rendent l'animation concrète et imagée pour une meilleure compréhension.





De nombreux outils sont créés par le service Education à la Santé, d'autres par des partenaires. Ils sont tous accessibles aux PEP's qui désirent animer une séance d'éducation à la santé avec leur public. Les référentes en Education à la Santé viennent en soutien aux PEP's pour réfléchir et construire leur projet d'animation.



### Céline Espalard

Référente Education à la santé

#### Quels publics sont touchés par les animations d'éducation à la santé ?

Nous organisons différents types d'animations pour les parents, les futurs parents et les enfants âgés de 2,5 ans à 7 ans. Nous essayons de proposer des choses très visuelles et actives afin de vulgariser un maximum l'information pour les familles.

Par exemple, pour les enfants de maternelle, nous mettons sur pied des activités autour du brossage des dents.

Par ailleurs, nous proposons aussi des jeux de questions/réponses pour des groupes de parents afin qu'entre eux, ils réfléchissent à une question spécifique et qu'ils trouvent ensemble des réponses.

Enfin, pour les futurs parents, nous proposons notamment la « bulle sensorielle », activité sous forme d'exposition. Dans celle-ci, ils peuvent consulter différents roll-up sur lesquels ils retrouvent différentes thématiques comme l'évolution de la grossesse, les différents examens de santé, ou encore, comment communiquer avec le bébé. Un professionnel les accompagne dans la visite de l'expo, parle avec eux de la grossesse et de leur projet de naissance et leur montre les modèles anatomiques de la grossesse en 3D.

#### Quels sont les messages que vous souhaitez faire passer à travers ces animations ?

Les objectifs prioritaires sont des messages liés à la santé (comme le brossage des dents ou l'importance d'une alimentation équilibrée) que nous avons la volonté de faire passer de façon agréable, dynamique et ludique.

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ AU LUXEMBOURG :

### 5.3.1 Les modules de l'éducation à la santé

Ce sont des outils d'animations (parfois de très grande taille) créés par le service Education à la Santé de l'ONE. Ils permettent aux enfants, âgés de 3 à 7 ans, de vivre une expérience autour d'un thème de la santé.

Le thème le plus exploité dans la subrégion a été **le sommeil** avec **l'Oreiller magique** et **le Petit Oreiller** : Bertrix en 2008 et 2013, Neufchâteau en 2009, Paliseul en 2011, Hotton en 2015, Tellin en 2016, Marche-en-Famenne en 2017.

### 5.3.2 Les autres thèmes utilisés par les PEP's avec leur public :

- **L'alimentation** du bébé et du jeune enfant : Libramont en 2011, Bertrix en 2011, 2013 et 2019, Virton en 2015, 2016 et 2019, Habay, Fauvillers et Saint-Ode en 2016, Paliseul et Arlon en 2019 (voir autre article)
- **L'hygiène** avec **le tunnel Denti Mains propres et le kit bucco-dentaire** : Grand Han en 2008, Neufchâteau en 2009, Bertogne en 2014 et en 2019, Arlon en 2016, Hotton en 2017, Bastogne en 2018, Martelange en 2019
- La **sécurité** avec **le Lutin futé, l'Anticata et le Cuisi-bain** : Paliseul en 2012, Neufchâteau en 2013, Rendeux en 2014, Bertogne en 2016, Marche-en-Famenne en 2016, Arlon en 2018
- **Le jeu et le jouet**, avec **l'expo-jouets** : Vielsalm en 2008, Hotton 2012 et 2014, Bastogne 2013, Libramont 2015, Grand-Halleux 2015, Libin en 2016, Erezée en 2017
- **Les 5 sens** avec la **Chenille mystérieuse** et **le kit des 5 sens** : Offagne en 2018, Bertogne en 2018 et Hotton en 2019
- **Le corps humain** avec **Mon Corps, Ma Maison** : Paliseul en 2017
- **Les émotions** avec **le kit émotions** : Bertogne en 2016
- **Les repères et les limites** avec le jeu de cartes : Tellin en 2016

### 5.3.3 Les salons de l'enfance, les journées des familles et l'accueil des nouveaux bébés dans les communes font aussi partie de la vie de la subrégion.

Les PEP's tiennent un stand, souvent aidées du personnel administratif de la subrégion. Elles accueillent les familles, les écoutent, répondent à leurs questions, les orientent... Elles y font régulièrement des animations avec les enfants et/ou les parents.

Les événements récurrents sont :

- 1001 familles à Marche-en-Famenne
- PARlons-Parents à Arlon
- Solid'Arlon à Arlon
- Babydays à Arlon
- Univers Bébé à Libramont
- Journée des Familles et des Bébés à Bertogne, Erezée, Fauvillers, Habay et Manhay

### 5.3.4 Quelques exemples, en chiffres, de l'action d'éducation à la santé sur le Luxembourg :

- 65 enfants se sont brossés les dents et ont reçu une brosse à dents lors de la journée des familles à Bertogne.
- 330 écoliers à Neufchâteau ont participé au module du Lutin futé.
- Une vingtaine d'enfants ont joué avec leur parent, lors de l'expo jouet à la consultation pour enfants de Libramont.
- 135 futurs parents et parents sont venus poser leurs questions aux PEP's lors du salon Univers bébé de Libramont.
- 18 enfants ont lu des livres avec leurs parents, sous le parasol de lecture à Fauvillers, lors de la fête des bébés organisée annuellement par la commune.
- 5 parents ont pu échanger sur la diversification alimentaire du bébé avec les PEP's, en collaboration avec les assistantes sociales du CPAS de Virton.

## 5.4. L'INVESTISSEMENT DES ESPACES EXTERIEURS AVEC LES ENFANTS ET LES JEUNES

En 2018, l'ONE a commandité une recherche d'ampleur dont le titre est « perception de l'espace extérieur par les enfants et les jeunes et des risques liés à ceux-ci. Analyse des représentations des parents et des professionnel-le-s. Le rapport de recherche final a été déposé début janvier 2020.

Durant 18 mois, l'équipe composée de l'ULiège et du RIEPP a exploré la thématique de recherche sous plusieurs angles d'approches (une enquête quantitative, des monographies de milieux d'accueil, des interviews de parents, une démarche anthropologique de terrain, la rencontre d'un panel d'agents de l'ONE) et a permis de mettre en évidence que l'investissement des espaces extérieurs est une caisse de résonance de la vie des familles et des professionnel-le-s de l'enfance. En effet, le manque de temps disponible des familles et des professionnel-le-s, les inégalités d'accès à des lieux publics offrant des opportunités de découvertes pour tous les enfants et un sentiment de sécurité suffisant, tant pour s'y rendre que sur place, sont quelques-uns des constats révélés par cette enquête. D'autre part, la recherche a (re)mis en évidence l'importance de se mettre à hauteur d'enfant. En effet, trop souvent les représentations et le vécu des adultes ont un impact prépondérant sur les autorisations – interdictions faites aux enfants de jouer dehors sans prendre en compte leur point de vue et le soutien du développement de leur autonomie. Pour conclure l'équipe a identifié 10 éléments clés d'analyse, 7 leviers ainsi que 22 recommandations engageant différents niveaux de responsabilités d'un système compétent (individuel, institutionnel et de gouvernance). Ces éléments feront prochainement l'objet d'une campagne de sensibilisation à destination des familles et des professionnel-le-s de l'enfance.

Durant la période de cette recherche, en province de Luxembourg et de Namur, plusieurs actions à destination des milieux d'accueil de la petite enfance et de l'accueil temps libre ont été menés en 2019.

En province de Luxembourg, on peut épingler le dispositif d'accompagnement des pratiques éducatives qui a réuni régulièrement dix milieux d'accueil de la petite enfance durant trois ans et qui s'est clôturé le 10 octobre 2019 par une journée d'étude intitulée « Plaisirs du dehors » au Centre régional d'initiation à l'environnement (CRIE) du Fourneau Saint-Michel à Saint-Hubert. Cette journée a réuni une centaine d'acteurs de l'accueil temps libre et de l'accueil de la petite enfance pour partager le fruit des réflexions des participants au dispositif. Au terme de cette journée, un nouveau groupe de travail s'est relancé réunissant 15 milieux d'accueil de la petite enfance et un milieu d'accueil ATL de type 2.

Pour la province de Namur, une journée a été organisée à Courrière à destination des professionnel-le-s de l'accueil de la petite enfance. Cette journée a notamment permis de diffuser la brochure « Vitamine Verte, la nature s'invite dans les milieux d'accueil 0-6 ans » et de vivre des ateliers inspirants pour favoriser l'investissements des extérieurs avec les jeunes enfants.

Dans les deux subrégions, des coordinations provinciales thématique ont été organisées à destination des coordinateurs communaux de l'accueil temps libre. Ces journées ont été l'occasion de découvrir les campagnes portées par le programme Yapaka – « les « récréés jeu t'aime », l'ASBL Goodplanet - « Ose le vert, recrée ta cour » ainsi que de nombreux partenaires potentiels pour soutenir les coordinateurs ATL dans leur mission de sensibilisation et d'accompagnement au développement de la qualité d'accueil sur leur territoire communal.



# CONJUGUER ACCESSIBILITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

## CONCLUSION :

Le document que vous tenez est le 4<sup>e</sup> de la série des rapports de la BDMS consacrés aux subrégions. Celui-ci est dédié à la province de Luxembourg. Il est le résultat de la collaboration entre les différents maillons chargés de la collecte, de l'encodage, du contrôle, de l'analyse, et de la diffusion de données par l'ONE. Que toutes les personnes impliquées dans ce travail soient ici remerciées.

L'analyse descriptive contenue dans ce rapport permet à l'ONE d'apprécier relativement rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions de terrain et d'orienter en conséquence sa politique dans les champs de la périnatalité et de la petite enfance.

Chaque indicateur repris dans la BDMS est issu des indicateurs internationalement reconnus et validé par les organes d'avis scientifiques de l'ONE sur base des programmes de santé prioritaires définis par l'institution.

Le suivi de la grossesse en province de Luxembourg dans le cadre de la Plateforme prénatale est un suivi psychosocial très particulier qu'il serait hasardeux de comparer aux autres types de suivis par l'Office, tant au niveau du service offert que du profil des bénéficiaires.

L'enjeu de ce suivi réside dans la lutte contre les inégalités sociales et leur lien avec la santé de la (future) mère.

Certaines caractéristiques individuelles pouvant constituer des **facteurs de risque** sont :

- L'âge de la femme enceinte suivie à ses extrêmes. D'une part, les femmes de moins de 20 ans représentent 26,3% des femmes enceintes suivies. Celles-ci sont plus vulnérables que leurs aînées au plan psychosocial du fait de risques de décrochage scolaire, d'absence de ressources, de ruptures socio-familiales et, pour les plus jeunes d'entre-elles, exposées à des risques obstétricaux. D'autre part, les femmes âgées de 40 ans et plus présentent d'autres types de préoccupations. Leur proportion est en augmentation en Fédération Wallonie-Bruxelles, passant de 2,7% à 4,1% en 10 ans.

- L'isolement social : rompre l'isolement social, lutter contre la solitude autour de la périnatalité sont quelques objectifs de prévention importants visés par le biais de plusieurs dispositifs mis en place par l'ONE. On peut évoquer le soutien à la parentalité, l'accompagnement psychomédicosocial des agents de première ligne ou même la prévention des risques de maltraitance dès la grossesse, etc. Les femmes enceintes qui vivent seules et en maison d'accueil représentent 19% des femmes suivies.
- Le suivi tardif de la grossesse : il est observé pour un tiers des femmes enceintes suivies.
- L'état d'immunisation : le statut vaccinal durant la grossesse est également exploré par la BDMS.

D'autres caractéristiques liées au style de vie telles que les habitudes tabagiques, la consommation d'alcool ou de substances (drogues, médicaments, etc.) peuvent également induire des conséquences graves. La consommation de cigarettes est fréquente chez les femmes enceintes suivies avec près d'une femme sur deux habituée au tabac (47%).

D'autres facteurs de risque encore sont relatifs aux antécédents familiaux et ne font pas partie du relevé statistique systématique par la BDMS.

Les femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme sont 8,1% à exercer un emploi. En Fédération Wallonie-Bruxelles, les femmes enceintes suivies par l'ONE sont 38,2% à travailler. Cet indicateur établit clairement que le suivi de la grossesse par la Plateforme touche une population plus précarisée que la moyenne des femmes suivies par l'ONE.

La première consultation prénatale se situe en général entre la 6<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> semaine de grossesse. Parfois bien plus tard. Il importe de sensibiliser tant la population en âge de reproduction que les prestataires impliqués dans la santé maternelle et infantile, sur l'importance des **consultations pré-conceptionnelles**. C'est d'ailleurs la raison d'être de l'entretien préconceptionnel qui a été mis en place récemment dans la province.

La part des nouveau-nés pesant moins de 2500 grammes et issus de femmes enceintes suivies dans le cadre de la Plateforme en province de Luxembourg est de 17,7% versus 8,1% en Fédération Wallonie-Bruxelles pour la période considérée (2013-2018).

La prématurité est définie pour toute gestation inférieure à 37 semaines. Pour les femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en province de Luxembourg et dont l'issue est connue, 12,1% des enfants arrivent avant le terme. 7,4% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La Plateforme prénatale en province de Luxembourg a mis en évidence une population de femmes enceintes avec des **besoins spécifiques**. Le service offert par les PEP's (Partenaires Enfants-Parents) dans ce cadre cible particulièrement et essentiellement les personnes les plus vulnérables.

Accorder aux femmes et à leur partenaire un soutien pour se préparer à la naissance et à la parentalité est l'une des principales préoccupations de l'ONE. Elle est mise en évidence dans le programme « Naître et grandir ».

Les données de naissances, relativement constantes ces dernières années autour de 3000 naissances annuelles, permettent une description de la population globale. En effet, elles couvrent 97% des naissances de la province.

Parmi les mères, 81% ont accouché dans les maternités de la province, presque 14% ailleurs en Belgique et environ 5% à l'étranger (Grand-Duché de Luxembourg et France surtout).

L'âge moyen des mères se situe à 30 ans et 7 mois en 2019 (31 ans et 6 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles). La catégorie d'âge qui augmente le plus en proportion est celle de la tranche d'âge de 30 à 34 ans. Plus globalement, il y a une augmentation des proportions de mères âgées de 30 ans et plus.

Une large majorité des mères vit en couple (95,1%). 3,6% d'entre elles vivent seules ou en maison d'accueil et 1,3% vivent en famille (entourées de leurs proches).

En province de Luxembourg, 86,2% des mères sont d'origine belge. Et parmi les mères d'origine étrangère, les françaises arrivent en tête.

La proportion de mères fumeuses a diminué ces 10 dernières années, passant de 21 à 15,4%.

La province de Luxembourg montre une meilleure couverture de la vaccination contre la coqueluche (57,7%) que la Fédération Wallonie-Bruxelles (37,8%).

Les naissances de la province de Luxembourg montrent des taux de prématurité la plupart du temps légèrement inférieurs à ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2019, ils sont cependant très proches avec 8,8% de naissances prématurées (naissances avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse) en province de Luxembourg et 9% pour la Fédération.

Les petits poids de naissances sont les naissances survenant avec un poids inférieur à 2500 grammes. Le taux de petits poids de naissance en province de Luxembourg est de 10,1% en 2019 et celui de la Fédération s'élève à 8% de petits poids de naissance.

L'allaitement est le mode d'alimentation de 83,2% des nouveau-nés de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En province de Luxembourg, ils sont 75,2% nourris au lait maternel le jour de sortie de la maternité.

La **diversité des offres** de suivi de l'enfant en province de Luxembourg répond à la préoccupation de l'Office relative à l'accessibilité des services à la population. Ainsi, le suivi médico-social préventif de l'enfant est assuré dans les Consultations pour enfants (CE), dans les Milieux d'accueil collectifs (MA) et lors de visites à domicile. Il poursuit divers objectifs dont celui de mettre en œuvre les programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de médecine préventive.

Les consultations « mobiles » sont une particularité de CE présente en province de Luxembourg (comme il en existe à Namur et Liège). Ces consultations sont des semi-remorques entièrement aménagés pour recevoir les enfants et leurs parents dans des régions à faible densité de population.

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des bilans de santé sont complétés à 3 âges-clés (9, 18 et 30 mois) représentant des moments importants du développement de l'enfant. Ceux-ci permettent de récolter des informations sur les différents programmes de santé prioritaires de l'ONE comme l'allaitement ou la vaccination. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés. Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins, les PEP's et les milieux d'accueil.

En province de Luxembourg, le nombre de Bilans de santé analysés entre 2009 et 2018 augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé.

Les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 15% des enfants en 2009 et presque 40% en 2018. Les Bilans de santé à 18 et 30 mois ont, quant à eux, triplé atteignant respectivement 28% et 15% en 2018.

80% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants, et 20% dans les milieux d'accueil. A 18 mois, 70% proviennent des CE et à 30 mois, 60%.

Parmi les enfants de 9 et 18 mois suivis en consultation, environ la moitié a été suivie lors des consultations « mobiles ».

Entre 2009 à 2018, les indicateurs socio-économiques ont évolué plutôt favorablement en province de Luxembourg, alors qu'ils ont tendance à rester stables pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le niveau d'éducation des mères tend à augmenter ces dernières années. En effet, en 2017-2018, 53,3% des mères luxembourgeoises détenaient un diplôme de l'enseignement supérieur contre 45,0% en 2009-2010. Aussi, le chômage des mères a diminué au profit des mères travaillant à temps partiel. En parallèle et en cohérence avec le taux d'emploi, la proportion des familles disposant de 2 revenus professionnels a augmenté ces 10 dernières années.

La proportion d'enfants vivant avec leurs 2 parents était de 94,4% à 9 mois et de 93,2% à 30 mois, ces taux sont supérieurs à ceux de la Fédération-Wallonie Bruxelles.

Le taux d'allaitement exclusif était de 69,7% à moins d'une semaine de vie et de 53,6% à un mois de vie. Aussi, les taux d'allaitement sont directement liés au niveau d'enseignement de la mère et à la situation socio-économique de la famille.

Alors que le tabagisme au quotidien ne diminue pas ces dernières années (32,6% en 2017-2018), le tabagisme au sein de l'habitation parmi les enfants luxembourgeois a diminué de moitié, passant de 13% en 2010 à 6,4% en 2017-2018.

Les enfants de la province âgés de 30 mois ne pouvant prononcer une phrase de 3 mots représentent 17,9% (13,0% en FWB).

Tous les taux de couverture vaccinale en province de la province de Luxembourg sont supérieures à celles de la FWB. Pour exemples, plus de 98% des enfants ont reçu l'hexavalent à 9 mois (3 doses) et 93,6% à 18 mois (4 doses). Ces proportions sont de 95,5% et 91,4% respectivement en Fédération Wallonie-Bruxelles.

De même à 18 mois, 94,7% des enfants sont vaccinés contre le méningocoque dans la province et 92,1% en FWB.

Concernant le dépistage visuel des enfants de 18 à 36 mois, le taux de couverture était de 76% des enfants en province de Luxembourg (57% en 2009) et de 58% en FWB (46% en 2009).

On constate que les familles dont les enfants sont suivis en consultation sont plus vulnérables au plan socio-économique, que celles dont les enfants ont bénéficié d'un suivi en milieu d'accueil.

Les consultations mobiles concentrent environ 35 à 40% des suivis. Leur population diffère également de celles des consultations fixes et des milieux d'accueil. La réponse apportée par l'offre de service de l'ONE au travers de ces structures est basée sur la cruciale problématique de l'accessibilité des services dédiés au public. C'est pourquoi, l'ONE a continué à soutenir et à développer ces consultations avec l'aide des acteurs locaux.



**Office de la Naissance et de l'Enfance**  
Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles  
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51  
info@one.be - ONE.be

Éditeur responsable : Benoît PARMENTIER  
N° d'édition : D/2021/74.80/34  
DOCRA0015

Rejoignez-nous sur



ONE.be