









Colophon

Coordination

Farida EL MATOUCHI Sophie ENGELSKIRCHEN Laetitia FONTAINE Xavier MELCHIOR Samuel NDAME EBONGUE

Rédaction

Stéphanie BLONDIAU Randa BOUQUERSA Sarah COLLARD Aurélie DUPONT Laetitia FONTAINE Ana HERNANDEZ Marina LAPEIRA Elvire MFUENI BIKUNDI Samuel NDAME EBONGUE Tatiana PEREIRA Samantha PONCELET

Supervision

Geneviève BAZIER Gilles CEYSENS Tessa GOETGHEBUER Philippe JADIN Emmanuelle KADZ Nathalie MELICE Ingrid MORALES

Avec la collaboration et/ou la participation active de

Jamila ARHOUNI
Samira BOUTOUIL
Ghislain DE BORMAN
Fabienne DE NEEF
Valérie DUMAS
Aurore GHILISSEN
Sarah MOSSELMANS
Kalidou SARR
Karima TOUHAMI CHAHDI
Nathalie VANDENNEUCKER
Bénédicte VAN DER HEYDEN

Relecture

La communication interne

Support administratif

Jérémy BAUSIER

Mise en page

Infographie

Contact

info@one.be



Vous venez d'ouvrir le rapport consacré à la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Ce rapport contient des enseignements issus du traitement des données périnatales récoltées et traitées par l'ONE en Région bruxelloise qui, couplés à des indicateurs sociodémographiques pertinents, améliorent la connaissance du paysage maternel et infantile de la Région.

Avec sa position centrale et plus d'un million d'habitants, Bruxelles, capitale de l'Europe et de la Belgique, est la région la plus (densément) peuplée et la plus hétérogène du pays avec un nombre record de nationalités différentes y résidant.

En outre, la Région constitue un bassin d'emploi important. Paradoxalement, avec des revenus moyens par habitant les plus faibles du pays et des taux de chômage et d'allocataires sociaux les plus élevés, elle est aussi la plus pauvre des trois Régions.

Sa multiculturalité, son offre de services importante et sa localisation en font une Région très prisée avec de nombreux défis en termes socio-économiques. Différentes initiatives sont prises par l'ensemble des acteurs de l'enfance sur base des caractéristiques de la population pour rencontrer au plus près les besoins des (futures) familles

Cette publication vise à visibiliser et à renforcer l'action de celles et ceux qui participent au niveau de la Région 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 Région sous un angle original, qu'aux décideurs qui y trouveront des indicateurs utiles à la planification et à la conduite des politiques de santé.

Nous vous en souhaitons bonne lecture,

Laurent MONNIEZAdministrateur général f.f. de l'ONE

Table des matières

Ш	NTRODUCTION - REMERCIEMENTS	7
L	A REGION DE BRUXELLES-CAPITALE	8
L	ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS EN REGION BRUXELLOISE	10
L	A BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE	13
	CHAPITRE 1 : LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES EN RÉGION BRUXELLOISE	16
	1.1. LE VOLET PRENATAL	17
	1.2. LES CONSULTATIONS PRENATALES DE QUARTIER	17
	1.3. LES CONSULTATIONS PRENATALES HOSPITALIERES	17
	1.4. LA COUVERTURE DES DONNEES PRENATALES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES PRENATALES	18
	1.5. LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES	19
	1.5.1. Zone d'influence des consultations prénatales ONE	19
	1.5.2. Age des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise	21
	1.5.3. Nationalité des femmes enceintes suivies	23 25
	1.5.4. La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies par l'ONE 1.5.5. Etat civil et situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE	26
	1.5.6. Le niveau d'éducation atteint par les femmes enceintes suivies	28
	1.5.7. La situation professionnelle des femmes enceintes suivies	30
	1.5.8. Les habitudes de vie des femmes enceintes suivies par l'ONE	31
	1.5.9. La précocité du suivi de la grossesse	32
	1.5.10. L'arrêt du suivi de la grossesse par l'ONE et les raisons de cet arrêt	33
	1.6. LES ISSUES NEONATALES DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE	35
	1.6.1. Le poids à la naissance des enfants issus de femmes suivies pour leur grossesse 1.6.2. La durée de gestation	36 36
	SYNTHÈSE DU SUIVI DE LA GROSSESSE	38
	1 STATILISE DO SONT DE EXTOROSSESSE	00
	CHAPITRE 2 : LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS EN RÉGION BRUXELLOISE	40
	2.1. LA POPULATION BELGE ET BRUXELLOISE	41
	2.2. LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS EN REGION BRUXELLOISE	42
	2.2.1. NAITRE ET GRANDIR : un programme d'accompagnement revisité	43
	2.2.2. Rôle du service de liaison	43
	2.3. LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS	45
	2.3.1. Le lieu d'accouchement	45
	2.3.2. L'âge de la mère à l'accouchement	46
	2.3.3. L'état civil des mères2.3.4. La situation relationnelle des mères à l'accouchement	50
	2.3.4. La situation relationnelle des meres a l'accoucnement 2.3.5. La nationalité d'origine de la mère	50 53

2.3.6. Les habitudes tabagiques	55
2.3.7. La corpulence des mères avant la grossesse et la prise de poids durant la grossesse	55
2.3.8. Le suivi de la mère durant la grossesse	58
2.3.9. La vaccination de la mère au cours de sa grossesse	60
2.4. LES DONNEES DE NAISSANCES	60
2.4.1. Le nombre de naissances	60
2.4.2. Le sex-ratio à la naissance	61
2.4.3. Présentation de l'enfant lors de l'accouchement	61
2.4.4. Le mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement2.4.5. L'âge gestationnel	61 63
2.4.6. Le poids de l'enfant à la naissance en Région bruxelloise	64
2.4.7. Les scores d'Apgar	66
2.4.8. L'allaitement maternel	68
2.4.9. L'accompagnement en néonatalogie	69
2.4.10. Les dépistages néonatals	69
2.4.11. Le suivi médico-social préventif de l'enfant	70
2.4.12. Un soutien personnalisé par la visite à domicile	70
SYNTHÈSE DES NAISSANCES ET DES ACCOUCHEMENTS	72
CHAPITRE 3 : LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS	
EN RÉGION BRUXELLOISE	74
3.1. INTRODUCTION	75
3.2. NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »	76
3.2.1. Évolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »	76
3.2.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2011 et 2020	77
3.2.3. Taux de couverture des Bilans de santé à 9 mois en Région bruxelloise3.2.4. Origine des Bilans de santé selon le type de structure	78 79
3.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES	7.7
DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE	81
3.3.1. Situation familiale de l'enfant	81
3.3.2. Niveau d'éducation de la mère	82
3.3.3. Situation professionnelle de la mère	85
3.3.4. Revenus de la famille	87
3.3.5. Niveau de français des parents, durée d'établissement en Belgique et éducation	0.0
de l'enfant dans une autre langue que le français 3.3.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil	89 90
3.3.7. Le niveau socio-économique des enfants suivis selon le type de structure	92
3.4. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT	92
3.4.1. Allaitement maternel exclusif	93
3.4.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale	94
3.4.2. Lait infantile (Lait modifié artificiellement)	97
3.5. L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)	98
3.6. LE TABAGISME PASSIF	103
3.7. LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	107
3.8. LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE	109
0.00 = 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.	
3.9. LA VACCINATION À L'ONE	113

3.10. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	115
3.11. LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE	116
SYNTHÈSE DU SUIVI DE L'ENFANT	120
CHAPITRE 4 : LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE	
EN RÉGION BRUXELLOISE	122
4.1. INTRODUCTION	123
4.2. SURCHARGE ET OBÉSITÉ DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE MATERNELLE ET PRIMAIRE	124
CHAPITRE 5 : PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ	
EN RÉGION BRUXELLOISE	126
5.1. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À BRUXELLES, UNE MOSAÏQUE D'INITIATIVES POUR	
UN PUBLIC DIVERSIFIÉ	127
5.1.1. Focus sur quelques projets qui reflètent les initiatives de terrain	127
5.1.2. Des partenariats avec les écoles	129
5.1.3. Des partenariats avec des acteurs locaux	130
5.1.4. Des partenariats avec les communes 5.1.5. Des partenariats avec les milieux d'accueil	130 130
5.2. PROMOUVOIR LE LANGAGE PAR DIFFÉRENTES PORTES D'ENTRÉE	131
	131
5.3. LA FONCTION DE RÉFÉRENT·E SANTÉ EN MILIEUX D'ACCUEIL EN RÉGION BRUXELLOISE	133
EN REGION BROXELLOISE	133
CHAPITRE 6 : LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ S'ADRESSE À TOUS	
LES (FUTURS) PARENTS	135
6.1. DÉFIS ET SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT DES (FUTURS) PÈRES	136
6.2. LE SUIVI UNIVERSEL AU SEIN D'UNE MAISON D'ACCUEIL	
POUR MÈRES ISOLÉES : UN EXEMPLE DE COLLABORATION AVEC	
« LA MAISON DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT »	138
6.3. CONSTRUCTION D'UN TRAVAIL EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE AUTOUR	
DE L'ACCOMPAGNEMENT DES (FUTURES) MÈRES INCARCÉRÉES	1/0
ET DE LEUR(S) ENFANT(S)	140
CONCLUSION	142

INTRODUCTION

Cette sixième édition du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales met en exergue les données récoltées par les Partenaires Enfants-Parents (PEP's) de l'ONE, les médecins et les milieux d'accueil situés dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Après avoir été récoltées, les données sont 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 rapport décrit « l'état » de la population qui fait appel aux services de l'ONE. Il contient, d'une part, des analyses de l'évolution des grossesses suivies par l'ONE, des naissances et de la population infantile et familiale ainsi que de leurs besoins et, d'autre part, un récapitulatif des actions menées par l'ONE en Région bruxelloise.

Enfin, ce rapport présente une cartographie des thématiques sur lesquelles tant les professionnels qui accompagnement 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.

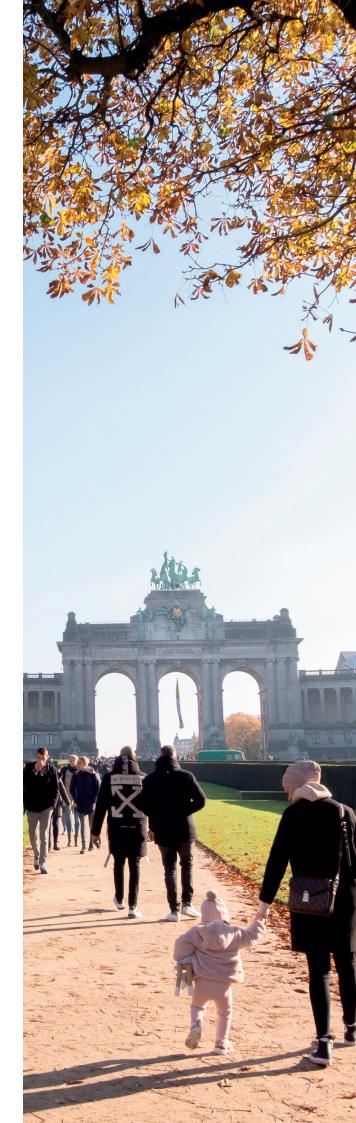
Nous remercions également les (futurs) parents qui, au quotidien acceptent de se soumettre à ce travail de collecte d'informations et accordent leur confiance à l'accompagnement réalisé par l'ONE.

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 dites « subrégionales » réparties sur les six zones géographiques que constitue la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Au sein de chaque administration subrégionale, un.e coordinateur.trice 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, etc. en participant activement à la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre.



LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE^{1,2,3,4}



La Région de Bruxelles-Capitale ou Région bruxelloise, enclavée dans la Région flamande, est l'une des trois régions administratives qui composent la Belgique.

Créée en 1989, la Région compte plus d'1.200.000 habitants et 19 communes dont la Ville de Bruxelles, cette dernière étant la commune la plus importante en termes de superficie mais également en termes de population.

Avec 7.528 habitants/km2 au 1er janvier 2022, Bruxelles-Capitale est la Région la plus densément peuplée. Avec l'implantation de nombreuses PME et d'industries tertiaires, la Région constitue le premier bassin d'emploi de Belgique, en particulier dans le secteur tertiaire, malgré un taux de chômage élevé (12,8% en 2021). La Région est classée deuxième centre industriel de Belgique après Anvers.

Au sein de la Région siègent différentes instances politiques : les Parlements et Gouvernements fédéraux, de la Région Flamande, de la Communauté française et de la Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles accueille également les institutions de l'Union européenne et l'administration de l'OTAN, ce qui en fait une région internationale.

Bien qu'officiellement bilingue, une minorité de néerlandophones y réside et le français est la langue véhiculaire prédominante. Une part de la population, de plus en plus importante ces dernières années, est allophone et celle-ci opte généralement pour le régime linguistique francophone.

Les nombreux parcs, le bois de la Cambre et la forêt de Soignes représentent 14% de la superficie totale de la Région. L'ensemble des espaces verts bruxellois est classé site Natura 2000 permettant de protéger la faune et la flore au sein d'un environnement socio-économique développé.

Enfin, l'iris des marais est le symbole de la Région et est représentée sur le drapeau officiel bruxellois. La fête de l'Iris, fête régionale a lieu le 8 mai.

¹ https://statbel.fgov.be/fr/themes/population

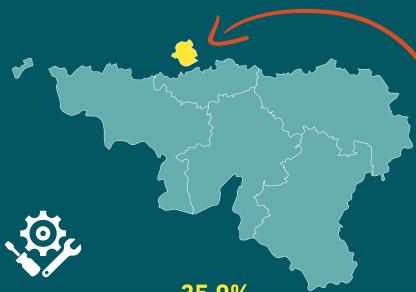
² https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9gion_de_Bruxelles-Capitale

³ https://ec.europa.eu/environment/nature/natura2000/index_en.htm

⁴ https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/la_belgique_en_bref/symboles/fete_nationale

LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE **EN CHIFFRES**

Les chiffres présentés, ci-dessous, proviennent de sources officielles, principalement de STATBEL⁵. Ce sont les derniers chiffres disponibles pour l'année 2021 (sauf précision). La population est relevée au 1er janvier 2022, ou lors de l'« Enquête sur les Forces de Travail » réalisée chaque année au sein de la population.



Population: 1.222.637 habitants

(Au 1er janvier 2022)

Superficie: 4.459,25 km²

Densité: 7.528 habitants/km² Wallonie: 217 habitants/km² Belgique: 377 habitants/km²

Age moyen de la population : 37,2 ans

Espérance de vie à la naissance :

(Wallonie: 79,9 ans/ Belgique: 81,3 ans)

Population non Belge: 35,9%

(pays européens : 22,4% et

13,5% pays non européens)

(Wallonie: 10,6%: 7,3% pays européens et 3,4% non européens)

Taux d'emploi : **62,2%**

(Wallonie: 65,2%; Belgique: 70,6%)

Taux de chômage: 12.3% (Wallonie: 8,6%/ Belgique: 6,0%)



Diplômés de l'enseignement secondaire inférieur maximum : 28,3%

(Wallonie: 25,7%; Belgique: 22,7%)

Diplômés de l'enseignement

supérieur achevé : 45,4% (Wallonie: 36,0%; Belgique: 35,7%)

Ménages avec au moins 1 enfant : 35,0%(Wallonie: 38,9%; Belgique: 37,1%)



Ménages constitués d'une personne isolée : 35,0%

(Wallonie: 38,9%; Belgique: 37,1%)

Ménages monoparentaux : 11,6% sur l'ensemble de ménages privés et 33,2% sur l'ensemble des familles avec enfants.

(Wallonie: 12,2% et 31,1%; Belgique: 9,9% et 26,5%)



Revenu médian 21.508€

(Wallonie: 24.808€; Belgique: 26.412€)

Revenu moyen par habitant en 2020 : 15.444€

(Wallonie: 18.518€; Belgique: 19.671€)

Revenu d'intégration sociale (RIS)6: 4,8% (Wallonie: 2,7%; Belgique: 1,9%)

5 https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/

6 https://stat.mi-is.be/fr/dashboard/ris_cities?menu=map

L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS EN REGION BRUXELLOISE

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

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

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



XAVIER MELCHIOR

Coordinateur subrégional ONE pour la Région bruxelloise



Chère lectrice, Cher lecteur,

Vous tenez entre vos mains le rapport BDMS consacré exclusivement au territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Avec celui consacré à la Province de Liège, également publié cette année, l'ensemble des données extraites de la BDMS de la Fédération Wallonie-Bruxelles aura ainsi été décliné à travers les 6 subrégions de l'ONE.

La Région de Bruxelles-Capitale comporte 19 communes, à la taille et aux caractéristiques très variables. Elle a notamment comme spécificités de présenter :

- une très grande complexité institutionnelle et administrative, avec un entrelacement sur son territoire de nombreux niveaux de pouvoirs exerçant des compétences en lien direct ou indirect avec la petite enfance et l'enfance : communes, CPAS, Région, Commissions communautaires (Commune, Francophone et Néerlandophone), Communautés Française et Flamande, Etat fédéral;
- une juxtaposition des deux grandes communautés linguistiques du pays, qui conduit notamment en matière de petite enfance et d'enfance à la coexistence d'une organisation et d'une offre de services à la fois spécifiques et complémentaires. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et Kind&Gezin-Opgroeien (K&G) sont ainsi amenés à collaborer, dans la mesure où les publics sont de plus en plus utilisateurs indifféremment des services de l'une et/ou de l'autre institution dans la recherche de réponses adaptées, proches et accessibles (et cela indépendamment de critères institutionnels ou purement linguistiques);
- une population bruxelloise fortement multiculturelle, synonyme de nombreux atouts, mais aussi source de difficultés notamment dans la mise en place de certains dispositifs;
- une situation socio-économique paradoxale: à la fois une Région riche selon certains critères (PIB de 68 364 euros/hab, contre 40 027 euros/hab pour la Flandre et 29 043 euros/hab pour la Wallonie, qui la place au 4ème rang des régions les plus riches de l'UE, et représentant 19 % du PIB national alors que la population bruxelloise ne représente que 10,5 % de la population totale; 25 % des exportations belges et 1/5ème des investissements étrangers localisés sur son territoire,...) et la plus pauvre en regard d'autres indices (revenu moyen par habitant, taux de chômage et d'allocataires sociaux, taux de pauvreté, ...).
- ce paradoxe socio-économique se traduit concrètement par de très fortes disparités entre communes, voire entre quartiers, qui rendent encore plus aigus les phénomènes de dualisation et de tensions sociales sur un territoire géographique relativement exigu, contribuant à un phénomène de ségrégation spatiale marqué.

Ces spécificités, additionnées à d'autres décrites dans ce rapport, sont autant de défis que d'opportunités dans la rencontre des besoins des familles, enfants et jeunes bruxellois.

Elles obligent l'ONE à penser ses actions à la fois de manière universelle et ciblée, en saisissant autant que possible les occasions de partenariats avec d'autres acteurs, publics ou associatifs. Ces partenariats peuvent présenter des formes diverses et s'exercer de manière disparate : formels ou informels, contraints (liés à des réglementations) ou non, continus ou discontinus, à portée générale ou spécifique, du niveau micro-local (quartiers) au niveau régional en passant par le niveau communal ou pluri-communal. Le partenariat autour des services rendus aux familles, enfants et jeunes, fait partie de l'ADN de l'ONE. Il est notamment mis en œuvre au départ ou avec le concours des équipes de PEP's, qui œuvrent dans les Consultations pour enfants et Consultations Prénatales.

Mais la notion même de partenariat, ainsi que celle de concertation qui lui est associée, sont appelées à se renouveler voire à être réinventées. La crise sanitaire liée au virus de la Covid a bousculé notre société, ses repères et son fonctionnement. Cette situation a profondément marqué l'ensemble des acteurs de terrain et les agents de l'ONE dans leurs pratiques professionnelles. Nombre d'actions et de procédures ont ainsi été modifiées, stoppées, réorganisées ou (ré)inventées.

Pour autant, l'activité essentielle de l'ONE a toujours été maintenue durant cette période au bénéfice tant des familles que des lieux ou services relevant de l'ONE. Cette continuité dans l'exercice de ses missions de service public a d'abord et avant tout été permise grâce à l'engagement des agents, qu'ils soient administratifs ou présents sur le terrain, faisant souvent preuve d'une créativité et d'une capacité d'adaptation remarquables.

Cette faculté à se ressourcer malgré (ou en quelque sorte « grâce à ») la crise vécue a cependant laissé des traces, tant professionnelles que personnelles, nonobstant l'entraide et la solidarité entre l'ensemble des intervenants, qu'ils soient de l'ONE ou de services partenaires. D'autant que succédant à cette 1ère crise, une seconde, économique et sociale, s'est profilée et semble s'installer pour un temps que l'on pressent durable. Cette succession de crises exacerbe encore davantage les fragilités d'une partie, de plus en plus conséquente, des publics de l'ONE. Elle place notre institution en situation de devoir, plus que jamais, rencontrer des enjeux fondamentaux pour continuer à accomplir ses missions.

La question de l'accessibilité pour l'ensemble de nos publics est, à cet égard, déterminante en regard des nombreux besoins de la population bruxelloise. Le nouveau Contrat de gestion 2021-2025 de l'ONE a d'ailleurs repris comme 1er objectif stratégique de « Développer l'accessibilité avec une attention particulière aux publics non-usagers », traduisant ainsi le fait que « l'accessibilité de l'accueil de l'enfance a été érigée au rang de priorité par le Gouvernement dans son Plan d'actions relatif aux droits de l'enfant 2020-2024 et dans son Plan de lutte contre la pauvreté et pour la réduction des inégalités sociales 2020-2025 ». Ce qui vaut pour le secteur de l'Accueil de l'enfance (crèches et Accueil Temps Libre) vaut aussi pour le secteur de l'Accompagnement (Consultations pour enfants et Prénatales, Lieux de Rencontre Enfants et Parents, Services spécialisés, …) et de la Santé (Promotion de la Santé en milieu scolaire, Prévention dans le champ de la Santé mentale lié aux missions de l'ONE, …).

Gageons que l'ensemble des agents de l'ONE, qu'ils remplissent une fonction administrative ou de terrain, se mobiliseront avec détermination pour rencontrer ces enjeux. Les données agrégées et présentées dans le présent rapport, ainsi que la lecture qui en est faite et les différents témoignages, permettront sans conteste d'appuyer cette mobilisation au bénéfice de l'ensemble des familles, enfants et jeunes en Région bruxelloise.

LES RESSOURCES ET ACTIVITÉS DE L'ONE DANS LA REGION EN 2021

- PEP's: **267 personnes (171 ETP):** 63% d'assistants sociaux, 21,1% d'infirmiers, 15,9% de sages-femmes
- Médecins conventionné·e·s: 273
- Volontaires dans les Consultations: 3600 volontaires au total en FWB dont environ 500 à Bruxelles (15,3%)
- Coordinatrices accompagnement: 13
- Responsable régionale pour la Coordination de
 Conseillère Sage-femme : 1 l'Accompagnement: 1
- ▶ Conseiller médical gynécologue : 1

 - Conseiller médical pédiatre : 1
- Référentes Education à la santé : 2
- Référentes maltraitance : 3
- Coordinateur-trice-s Accueil: 14
- Responsable régionale pour la Coordination de l'Accueil: 1
- ▶ Agent conseil : 1
- Conseillers pédagogique : 2
- Référent es santé dans les milieux d'accueil : 2

Le personnel administratif de l'Administration subrégionale : 17

Les structures de suivi

- De la grossesse : Consultations prénatales de quartier : 7 Consultations prénatales hospitalières : 6
- Services de liaison : 10 maternités avec 15.690 naissances
- De l'enfant: 72 Consultations pour Enfants (CE) de 0 à 6 ans avec 38.731 inscrits en 2021, soit 39,5% de la population des 0-6 ans.

Les structures d'accueil

- Accueil des enfants de 0 à 3 ans
 - Nombre de structures d'accueil reconnues par l'ONE 0-3 ans : 476
 - Capacité d'accueil totale 0-3 ans : 13.075 places
 - Taux de couverture des 0-2,5 ans : 37,8% avec des fortes disparités entre communes/quartiers
 - Services d'Accueil Spécialisé de la petite enfance (SASPE) : 4

Accueil des enfants de 3 à 12 ans

- Lieux d'accueil extrascolaires 3 à 12 ans : 95
- Ecoles de devoirs reconnues par l'ONE : 95
- Centres de vacances agréés : 1 Camp, 2 séjours, 307 plaines

Services de soutien à la parentalité

- Lieux de Rencontre Enfants Parents (LREP) : 19 subventionnés par l'ONE
- Espace parents dans la séparation (EPS) : 1
- Services d'accompagnement périnatal (SAP) : 2

Les services de promotion de la santé à l'école (PSE)

- Services PSE : 22 services répartis en 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

Créée en 1983 lors d'une recherche-action visant à doter l'ONE d'un outil scientifique valable permettant d'apprécier les résultats de l'action médico-sociale, 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, sa première fonction est d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle ainsi être un maillon indispensable à l'orientation de la politique de l'ONE dans le domaine de la périnatalité.

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

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 (3) 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 de types social et médical est au premier plan effectué par les Partenaires Enfants-Parents dits PEP's, 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 de ces 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.

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 médicaux pédiatres, gynécologues et de 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 essentielles à ce travail de collecte. Sans leur collaboration, l'ONE ne pourrait répondre au mieux à la réalité des questions relative à la grossesse, à l'accouchement et à la petite enfance.

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

A Bruxelles, actuellement, trois agents occupent la fonction d'encodeur·euse : Ghislain de Borman, Jamila Arhouni, Nathalie Vandenneucker.

Fabienne De Neef, quant à elle, a œuvré comme encodeuse durant plus de 40 ans au sein de l'ONE. Retrouvez, ci-après, leurs témoignages.



FABIENNE DE NEEF

Encodeuse à la retraite – A travaillé durant 43 ans à l'ONE

Comment a évolué l'encodage depuis vos débuts à l'ONE?

L'ONE qui s'appelait à l'époque l'Œuvre Nationale de l'Enfance a été mon unique employeur. A mes débuts, en 1979, j'ai commencé mon job au sein du Service « Inspection » devenu ensuite le « Service néonatal ». À cette période, je travaillais avec un système de fiches que les communes nous transmettaient à chaque naissance et sur lesquelles j'écrivais tout à la main, dans de grands registres. À l'époque, il y avait moins de dossiers qu'à l'heure actuelle et les données étaient très éparpillées.

En 1988, le Docteur Leleux a créé la BDMS. Avec lui, on a vécu le début de l'informatisation des données. Le contenu du travail a évolué. Les données ne sont plus simplement répertoriées, elles sont désormais analysées.

Et la BDMS, comment a-t-elle évolué?

Ce qui a véritablement évolué, c'est le nombre et le contenu des documents et le fait que ceux-ci soient (partiellement) informatisés. C'est plus confortable pour nous, encodeurs, car la lecture est facilitée, le risque d'erreurs liées à la retranscription des indicateurs de santé est plus faible. De plus, je ressens moins de fatigue que lorsque je recevais les Avis de naissance en version papier carbone car ils contenaient parfois des informations peu lisibles. Par ailleurs, je n'ai besoin que de mon ordinateur portable pour effectuer mon travail et je peux donc travailler depuis n'importe quel endroit.

Selon vous, quelle est l'utilité de la BDMS?

La BDMS contribue grandement à la prévention périnatale et représente un outil très pratique pour les professionnel.le.s du terrain.

Que voulez-vous dire à vos collègues à la suite de votre départ ?

J'ai aimé avoir cette rigueur et beaucoup d'autonomie dans mon travail. Je souhaite à mes collègues de belles découvertes dans la BDMS, beaucoup de courage et une belle route... Vers de nouvelles aventures!



9 Les documents « Avis de naissance » et « Premier contact » sont encodés par les PEP's sur leur ordinateur. Un PDF avec les résultats est généré puis envoyé à l'encodage de la BDMS ce qui évite les erreurs de retranscription. Un autre processus d'encodage direct est en cours de réalisation.







GHISLAIN DE BORMAN, JAMILA ARHOUNI, NATHALIE VANDENNEUCKER Encodeurs à la BDMS

Pouvez-vous nous décrire une journée de travail ?

■ Ghislain: Nous faisons principalement de l'encodage mais nous avons également un rôle d'information auprès des PEP's et des parents.

Comme nous sommes 3 encodeurs, nous alternons l'encodage des documents. Par exemple, j'encode les Avis de naissance durant une semaine tandis que mes collègues encodent les autres documents. La semaine d'après, j'encode les bilans de santé et ainsi de suite.

Avant chaque encodage, nous vérifions que l'identifiant de l'enfant soit complet et cohérent afin que chaque enfant soit unique dans la base de données. L'information concernant le suivi de l'enfant doit également être dûment complétée. Elle nous permet de savoir si l'enfant sera suivi par l'ONE ou par un autre organisme ou un pédiatre. Grâce à cette information, les PEP's peuvent (re)contacter la famille après la sortie de la maternité afin d'assurer le suivi de l'enfant.

Si ces informations sont manquantes, nous recontactons le ou la PEP's pour les compléter.

■ Jamila et Nathalie: Nous recevons aussi les Avis de naissance de Kind & Gezin (Opgroeien) via une plateforme commune de partage. Il s'agit principalement d'enfants nés à l'AZ-VUB de Jette, dont les mères résident à Bruxelles et désirent un suivi ONE.

Dans ce cas, nous les transférons aux PEP's de quartier qui assureront le suivi et établiront un avis de naissance de l'ONE. Il nous est ensuite renvoyé et nous l'encodons. Nous recevons environ 15 avis de naissance de Kind & Gezin (Opgroeien) par semaine.

A l'inverse, nous renvoyons les Avis de naissance établis par un.e PEP's de l'ONE lorsque le suivi doit être assuré par Kind & Gezin, soit parce que l'enfant réside en Flandre, soit parce que la famille souhaite un suivi de leur part.

Une autre partie de notre travail consiste à répondre aux parents. Nous les renseignons notamment sur les lieux des consultations de leur quartier. Depuis que les PEP's sont tous informatisés, nous avons des contacts plus directs avec eux, par exemple lors d'un transfert de dossier. Auparavant, nous devions passer par leur responsable pour obtenir ce genre d'information.

Que préférez-vous dans votre travail?

- Ghislain: J'aime le fait que le contenu de mon travail soit clair et déterminé. On voit le résultat à la fin de la journée et on connait les répercussions de notre travail sur le terrain (avec l'utilisation des données dans les rapports ou auprès des PEP's).
- Jamila : On peut s'organiser comme on veut et on dispose d'une certaine autonomie qui est appréciable. De plus, on a une bonne dynamique entre collègues et on s'entraide.
- Nathalie : J'aime l'autonomie qu'on peut avoir dans notre fonction. Par ailleurs, je travaille comme secrétaire pour le dépistage visuel ce qui rend mon travail assez diversifié.

Comment voyez-vous l'évolution de la BDMS?

■ G., J., N.: Avec l'informatisation progressive des documents, l'encodage devrait être simplifié et notre travail va évoluer : nous aurons plutôt un rôle de vérificateur, ce qui, à terme, devrait augmenter la qualité des données.



LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES EN RÉGION BRUXELLOISE L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne en Région bruxelloise un réseau de Consultations prénatales de quartier et hospitalières (CPN). Toutes ces structures ONE pour les femmes enceintes sont accessibles gratuitement à toutes les familles. Le travail y est mené par les Partenaires Enfants-Parents (PEP's), sages-femmes et médecins (généralistes ou gynécologues).

En 2021, la Région comptait :

- 7 structures de suivi de la grossesse, d'initiative privée, implantées dans les quartiers appelées « Consultations prénatales de quartier ».
- 6 structures de suivi de la grossesse implantées au sein d'un hôpital et en partenariat avec celui-ci ou « Consultations prénatales hospitalières ».

RÔLE DE LA CONSULTATION PRÉNATALE:

Accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse dans le respect de leur autonomie ; assurer un suivi préventif de type psycho-médico-social ; veiller au bien-être de la future mère et de son futur enfant et soutenir la parentalité.

LES OBJECTIFS DE LA CONSULTATION PRÉNATALE :

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

1.1. LE VOLET PRENATAL

Les données concernant le suivi de la grossesse sont collectées par le Partenaire Enfants-Parents (PEP's) via un formulaire standardisé appelé « Volet prénatal » ou « Volet épidémiologique périnatal ».

Le « Volet prénatal » est un outil 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 CPN pour la communication des informations sur l'issue de la grossesse (Postpartum).

1.2. LES CONSULTATIONS PRENATALES DE QUARTIER

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

En Région bruxelloise, on dénombre pour l'année 2021, 7 structures de suivi de la grossesse organisées dans les communes de Bruxelles (2 structures), Forest, Molenbeek, Saint-Gilles et Schaerbeek (2 structures).

1.3. LES CONSULTATIONS PRENATALES HOSPITALIERES

Les consultations prénatales hospitalières s'organisent en partenariat et au sein de l'hôpital, ce dernier assurant le suivi médical, et l'ONE le soutien psychosocial. En 2021, la Région de Bruxelles-Capitale en comptait 6 implantées à Uccle (Clinique Sainte- Elisabeth), Bruxelles (Hôpital Brugmann et Hôpital Saint-Pierre), Schaerbeek (Hôpital Paul Brien), Ixelles (Hôpital Etterbeek-Ixelles) et à Etterbeek (Baron Lambert).

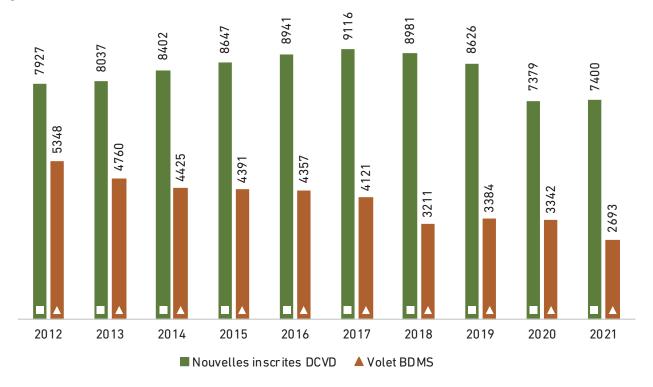
1.4. LA COUVERTURE DES DONNEES PRENATALES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES PRENATALES

La Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD) en charge 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, assure la prise en charge de chaque femme enceinte inscrite en consultation prénatale de l'ONE.

Le « Volet prénatal » de la BDMS n'est cependant pas établi pour toutes les femmes suivies par l'ONE, sur base des données DCVD.

En Région bruxelloise, un « Volet prénatal » est complété pour 36% des femmes enceintes suivies dans les consultations de l'ONE, or il devrait l'être pour toutes les femmes enceintes suivies. En 2017, cette couverture représentait 45,2% et 67,5% en 2012.

Évolution du nombre de femmes enceintes suivies par l'ONE et du nombre de « volet prénatal » BDMS complétés en Région bruxelloise entre 2012 et 2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Le taux de couverture de volets prénatals complétés et transmis par rapport au nombre de femmes effectivement suivies est en diminution constante ces dernières années. Ce taux qualifie la représentativité des données analysées concernant les femmes enceintes suivies à l'ONE.

Au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, c'est en Région bruxelloise que les femmes enceintes suivies par l'ONE sont les plus nombreuses, malgré une diminution. Elles représentent 51,3% de l'ensemble des femmes accompagnées par l'ONE pour leur grossesse; et 52,4% des nouvelles accouchées de la Région pour 2021, contre une moyenne de 29% pour la Fédération.

Évolution du nombre de « volet prénatal » BDMS selon le type de structure en Région bruxelloise de 2012 à 2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Le nombre de « volet prénatal » BDMS présente une diminution durant les années étudiées. Cette diminution reflète la fréquentation des structures de suivi prénatal par l'ONE.

La part de données provenant des structures de quartier représente dans l'ensemble, environ 1/5e (21,1%) des données analysées.

1.5. LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES

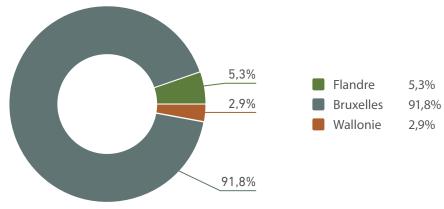
Les femmes enceintes suivies dont les données sont reprises dans ce chapitre représentent l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE et pour lesquelles un « Volet prénatal » a été enregistré par le PEP's entre 2012 et 2021. Ces données représentent sur la décennie 40.032 femmes enceintes ayant bénéficié de l'accompagnement de l'ONE.

Ces données résultent de l'activité des structures de suivi de la grossesse implantées dans la Région de Bruxelles-Capitale, quel que soit le lieu de résidence de la femme enceinte suivie. L'année de référence est celle de l'inscription de la femme pour le suivi de sa grossesse.

1.5.1. Zone d'influence des consultations prénatales ONE

Le rayonnement géographique des structures de suivi de la grossesse ONE dépasse le territoire de leur implantation.

Répartition des femmes enceintes suivies dans les structures prénatales ONE en Région bruxelloise, 2012-2021

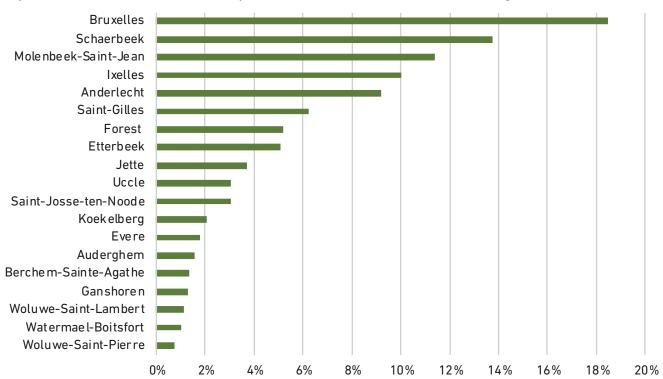


BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Dans des proportions qui sont restées relativement proches ces 10 dernières années, la part des femmes enceintes suivies dans les structures prénatales de l'ONE implantées dans la Région bruxelloise est de 91,8% de résidentes dans la région, 2,9% en Wallonie, 5,3% en Flandre ou à l'étranger.

Toutes les communes de Bruxelles sont représentées. Cependant, la majorité des femmes qui ont fréquenté les CPN-ONE durant la décennie résident dans la Ville de Bruxelles. Ce fait est lié à l'implantation des consultations ONE au sein de la commune et des communes avoisinantes. En moyenne, 18,5% des femmes enceintes suivies résident dans la Ville de Bruxelles.

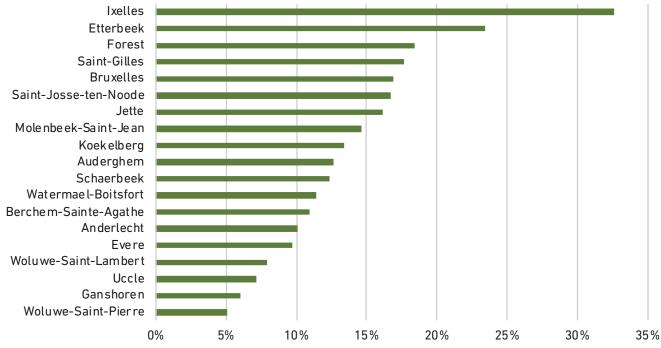
Répartition des femmes enceintes suivies par l'ONE selon la commune de résidence en Région bruxelloise, 2012-2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Ramenées au nombre de naissances pour l'année 2021, les communes les plus représentées sont par ordre décroissant de proportions, celles d'Ixelles, Etterbeek, Forest. Saint-Gilles et la Ville de Bruxelles.

Proportion de femmes enceintes suivies par rapport aux naissances de la commune pour l'année 2021



BDMS-ONE, « volet prénatal » 2021 et Statbel (naissances 2021)

Les communes les plus représentées lorsque l'on prend en compte le nombre d'accouchements sont celles qui se situent géographiquement au cœur de la région, dans sa partie la plus centrale

Les facteurs en jeu par rapport à cette fréquentation seraient en lien avec l'implantation des structures ; l'accessibilité financière, géographique et culturelle ; mais également les références au départ des personnes ayant bénéficié des services de l'ONE ou des partenaires locaux.

1.5.2. Age des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹ détermine la période de procréation comme étant celle comprise entre 15 et 49 ans. D'autre part, l'Institution décrit les femmes adultes comme celles ayant un âge compris entre 20 et 59 ans.

Pour une « expérience positive de la grossesse et de l'accouchement », une approche globale des soins prénatals fondée sur des données factuelles viserait à placer les femmes au cœur des soins, et à garantir que les bébés aient le meilleur départ possible dans la vie.

L'âge de la femme enceinte est un de ces éléments déterminant l'accompagnement de la grossesse et la personnalisation du suivi. Le travail et l'expérience des structures de l'ONE ne se restreint pas aux limites décrites ci-dessus par l'OMS. Ainsi, les données décrites par la BDMS dans ce rapport, prennent en compte le suivi de la grossesse chez les femmes en deçà, et parfois au-delà des limites décrites par l'Institution des Nations-Unies.

a) Age médian des femmes enceintes suivies

L'âge médian des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise est de 31 ans et, de 30 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021.

Cet âge médian est en recul de quelques mois chaque année, au point d'un an au bout de la décennie. Il était de 29 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2012.

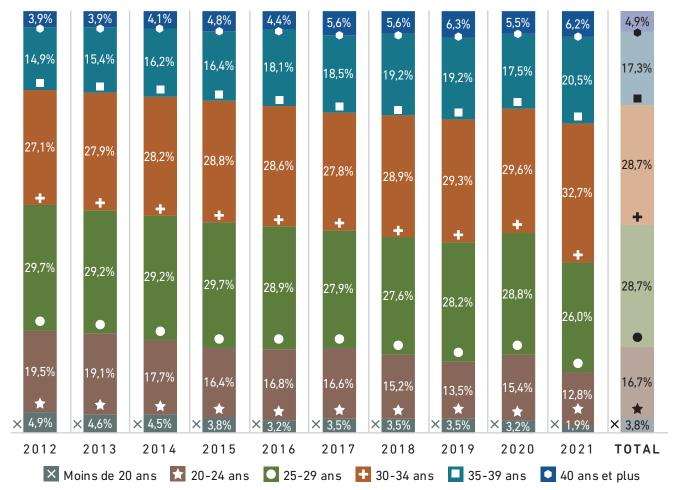
L'âge minimal des femmes enceintes suivies par l'ONE à Bruxelles était de 12 ans en Région bruxelloise entre 2012 et 2021 et, le maximum se situant au-delà des 50 ans.

b) Les catégories d'âge de femmes enceintes suivies

Les femmes enceintes fréquentant les structures de l'ONE entre 2012 et 2021 en Région bruxelloise peuvent être catégorisées selon 2 logiques émanant de l'orientation de l'OMS citées, ci-dessous. Les catégories ne sont donc pas homogènes et recouvrent des réalités différentes.

Ainsi, les catégories des moins de 20 ans et des 40 ans et plus sont des catégories à part, plus larges faisant plus de 5 années d'écart et, les autres catégories sont dans des classes d'âge analogues.

Évolution des catégories d'âge des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Globalement, ce graphique décrit une diminution des catégories d'âge en dessous de 30 ans durant la décennie et une augmentation des catégories dès l'âge de 30 ans des femmes enceintes suivies. Cet aspect traduit le recul de l'âge moyen mentionné plus haut.

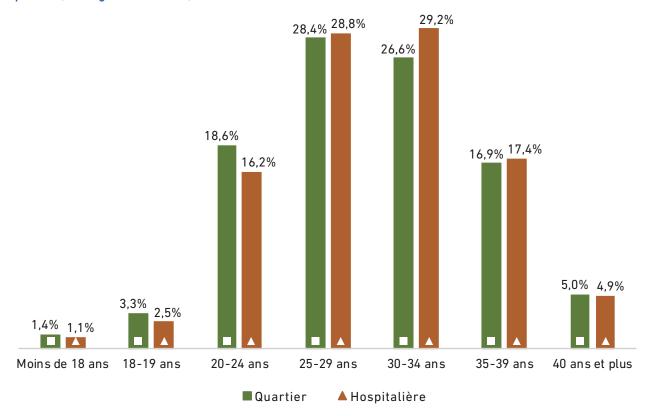
49,2% des femmes enceintes suivies ont moins de 30 ans entre 2012 et 2021. Cette catégorie a cependant diminué au fil du temps de 54,1% en 2012 à 40,6% en 2021. Et, au sein de celle-ci, les femmes enceintes de 20 à 24 ans constituent la catégorie qui diminue le plus à Bruxelles (-6,8%), suivie des 24-29 ans (-3,7%) puis les moins de 20 ans (-3,1%).

Parmi toutes les femmes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, les femmes de moins de 20 ans représentent 4,3% de cette population (dont 1,4% de moins de 18 ans) ; les 20-24 ans sont 16,4% ; les 25-29 ans représentent 28,2% ; les 30-34 ans sont 30,4% ; les femmes de 35 à 39 ans représentent 16,1% et la catégorie de plus de 39 ans fait 4,6% de l'ensemble des femmes accompagnées en 2021.

La population de femmes enceintes accompagnées en Région bruxelloise a donc un âge moyen plus élevé que l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE sur le territoire de la Fédération.

En Région bruxelloise, des différences entre les structures peuvent être observées selon le lieu d'implantation. En effet, les consultations prénatales implantées dans les quartiers touchent une population de femmes enceintes plus jeune que dans les consultations implantées dans les institutions hospitalières.

Répartition des catégories d'âge selon le suivi de la grossesse, en consultation de quartier ou en consultation hospitalière, en Région bruxelloise, 2012-2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Les femmes âgées de moins de 25 ans seraient proportionnellement plus importantes dans les structures de suivi de la grossesse de quartier, comparativement aux structures prénatales hospitalières.

c) Les femmes enceintes de moins de 20 ans

Les femmes de moins de 20 ans suivies retiennent l'attention des professionnels du suivi de la grossesse pour des raisons² d'ordre médical parfois, mais surtout psychosociales, que le vécu de la grossesse peut générer. Cette catégorie diminue au fil du temps, et significativement entre 2020 et 2021, passant de 3,2% à 1,9% en Région bruxelloise. Entre 2012 et 2021, la diminution du nombre de femmes de moins de 20 ans suivies est de 80%. Soit 261 femmes de moins de 20 ans suivies en 2012 versus 50 en 2021.

² Lorenza Bettoli, « Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? quels risques comporte-t-elle ? ... » Dans Thérapie Familiale 2003/2 (Vol. 24), pages 179 à 191

Évolution du nombre de femmes de moins de 20 ans suivies pour leur grossesse en Région bruxelloise

					_				_			
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	
Moins de 18 ans	71	62	65	54	37	49	35	31	44	16	464	
18-19 ans	190	154	135	113	103	96	78	85	61	34	1049	
Total moins de 20 ans	261	216	200	167	140	145	113	116	105	50	1513	
Total des femmes dont l'âge est connu	5298	4741	4410	4375	4337	4109	3202	3356	3313	2682	39823	

BDMS-ONE. « Volet prénatal » 2012-2021

Il est important de noter que le phénomène de grossesse chez les adolescentes reste marginal et est en diminution. Il présente chaque fois des spécificités impossibles à généraliser. Chaque cas est donc particulier.

Cependant, de grandes tendances peuvent être observées et les conséquences sur l'environnement de ces jeunes femmes peuvent se recouper.

d) Les femmes enceintes suivies de 35 ans et plus

La proportion des femmes enceintes de 35 ans et plus a augmenté ces 10 dernières années, passant de près de 19% à plus de 27% en Région bruxelloise. Ces tendances aux âges élevés des femmes suivies induisent un recul de l'âge médian des femmes enceintes qui sont suivies par l'ONE.

1.5.3. Nationalité des femmes enceintes suivies

Les femmes enceintes suivies par l'ONE au sein de ses Consultations prénatales en Région bruxelloise sont issues de 163 pays différents ces dix dernières années.

1.5.3.1 Nationalité d'origine des femmes enceintes suivies

Il s'agit de la nationalité au moment de la naissance de la future mère. Cette définition peut paraître discutable, mais c'est celle qui est déterminée par les organes d'avis de l'ONE, dont les collèges médicaux et de sages-femmes. Environ 80% des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise sont d'origine étrangère. Les origines étrangères les plus fréquentes sont le Maroc, le Congo (République Démocratique), la Roumanie, la Guinée, et en ex-aequo à la 5e place, la Turquie, la Syrie et la Pologne. Les femmes nées dans les pays de l'Union Européenne (UE 27, Belgique comprise) représentent 1 femme enceinte sur 3 fréquentant les structures de l'ONE à Bruxelles (33.5%).

La part des femmes enceintes d'origine belge est en augmentation ces dernières années, passant de 15% à près de 23% entre 2012 et 2021. Pour cette variable, les données manquent cependant pour 1 femme enceinte sur 5.

La dichotomisation en origine belge et origine étrangère est certainement réductrice, et les nationalités étrangères ne sont pas une uniformité. L'histoire des populations migrantes étant bien plus complexe, parfois individuelle, à d'autres moments conjoncturelle.

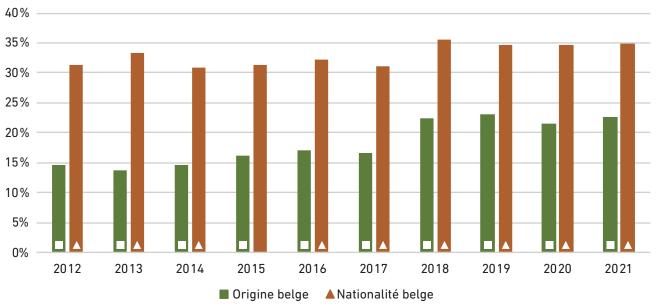
1.5.3.2 La nationalité des femmes enceintes d'origine étrangère

La nationalité est la situation officielle des femmes enceintes suivies. Pour un certain nombre d'entre elles, il peut intervenir un changement de nationalité durant leur séjour en Belgique. Cette acquisition de la nationalité peut avoir un impact positif sur la santé maternelle et périnatale, mais aussi un impact social important par la protection qu'elle peut apporter à deux générations.

Ainsi, les femmes enceintes de nationalité belge représentent 32,8% des femmes enceintes suivies. C'est-à-dire que 12 à 15% des femmes d'origine étrangère suivies ont changé de nationalité au cours de leur séjour en Belgique. Ici, on retombe à 11% de données manquantes pour la variable nationalité de la femme enceinte.



Évolution de l'origine et de la nationalité belges des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise

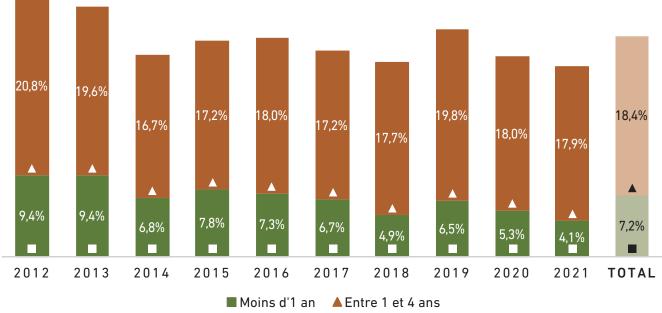


BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

1.5.3.3 Les femmes enceintes étrangères primoarrivantes

Parmi les femmes enceintes d'origine étrangère, les femmes primo-arrivantes sont celles arrivées en Belgique depuis moins de 5 ans. Elles représentent les femmes résidant en Belgique depuis quelques années, mais également une part des femmes de passage en Belgique ou récemment installées, mais aussi parfois des touristes.

Évolution des proportions de femmes enceintes primo-arrivantes suivies par l'ONE en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

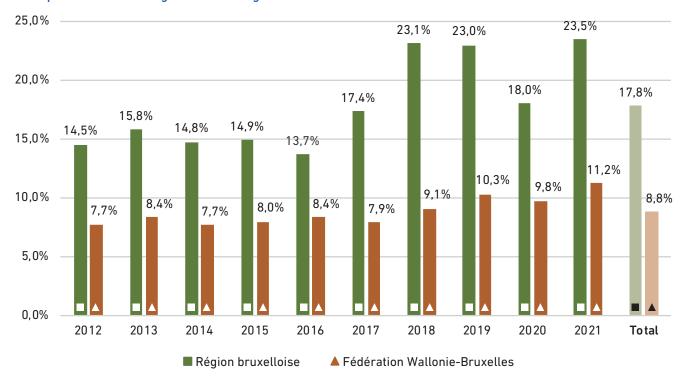
Chaque année, entre 30 et 22% des femmes d'origine étrangère suivies par l'ONE en Région bruxelloise sont en Belgique depuis moins de 5 ans (25,6% en moyenne sur la décennie). Cette réalité est plus souvent rencontrée dans certaines structures que d'autres. Près de 7% d'entre-elles séjournent depuis moins d'1 an en Belgique

et autour de 18,5% entre 1 et 4 ans. La première catégorie est souvent contrainte de vivre en marge de toutes affiliations sociales³, dans une quasi-invisibilité, sans évoquer les difficultés en matière de ressources.

³ Christine Davoudian, « La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions » Saint-Denis – À propos d'un groupe de paroles de femmes enceintes migrantes en PMI.

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

Évolution comparée des femmes ne disposant pas d'une assurance soins de santé au moment de leur inscription à l'ONE pour le suivi de leur grossesse en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Environ 18% des femmes enceintes ne disposaient pas de couverture soins de santé au moment de leur inscription pour le suivi prénatal par l'ONE en Région bruxelloise. Cette proportion de femmes non assurées présente des variations annuelles, et globalement comprises entre 14 et 23%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette situation est recensée pour près de 9% des femmes dont la grossesse est suivie par l'ONE.

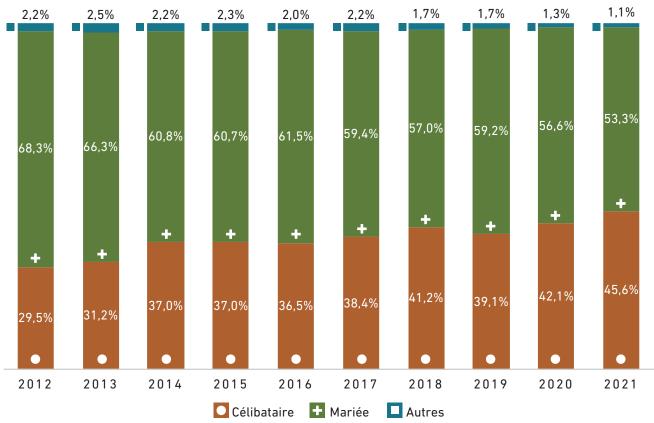
L'absence de couverture soins de santé (mutuelle, assurance, etc.) est décrite pour des femmes de différentes origines, belge ou étrangères et de diverses catégories d'âge. Ces femmes vont cependant être en ordre de cette situation avant leur accouchement pour la quasi-totalité d'entre-elles avec l'aide des différents acteurs dont les PEP's.

En moyenne, cette absence de couverture expose tout de même chaque année plus de 400 femmes enceintes fréquentant les consultations de l'ONE à Bruxelles à un certain stress qui se combine à d'autres préoccupations. Ces femmes présentent de nombreuses fragilités, et sont exposées à la précarité et l'exclusion sociale (femmes sans abris, femmes itinérantes, femmes en situation de grande pauvreté, situations de perte de droits, migrations, etc.).



1.5.5. Etat civil et situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE

Évolution de l'état civil des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise



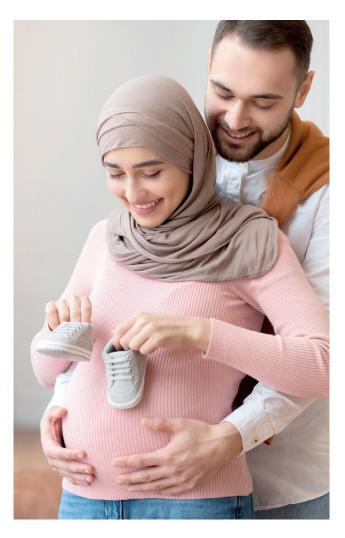
BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

L'état civil des femmes enceintes est leur statut officiel, il s'agit de la situation de la femme enceinte dans la famille ou dans la société, situation qui résulte d'un acte ou d'une procédure écrite d'identification administrative.

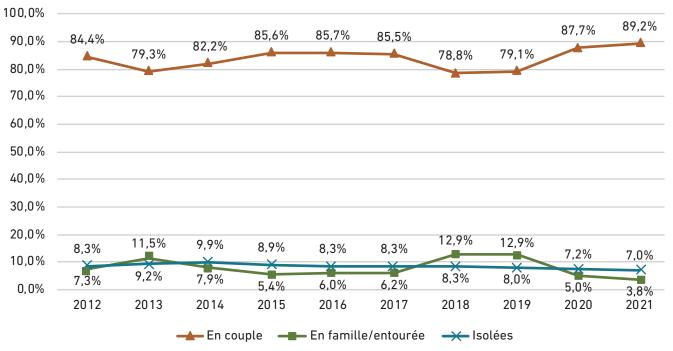
La majorité des femmes enceintes suivies en Région bruxelloise ont un statut officiel de mariées, inversement à la situation observée pour la Fédération Wallonie - Bruxelles où les femmes suivies sont surtout des célibataires en 2021. En effet, depuis 2013, la part de femmes célibataires a supplanté celle des mariées parmi les femmes suivies par l'ONE pour leur grossesse.

En Région bruxelloise, les célibataires représentent 45,6% des femmes enceintes suivies en 2021. En FWB, cette proportion est de 61,6%. Les mariées représentent, quant à elles, 53,3% à Bruxelles et 36,8% en FWB pour la même année. La proportion de femmes mariées parmi les femmes enceintes suivies par l'ONE est en diminution partout. La catégorie « autres » regroupe les autres statuts officiels que sont les femmes enceintes divorcées, séparées ou veuves.

La situation relationnelle est quant à elle, un état de fait. Elle décrit la situation réelle de la femme enceinte au moment de son suivi et, permet d'estimer le réseau de soutien et d'aide autour de la future mère.



Évolution de la situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise

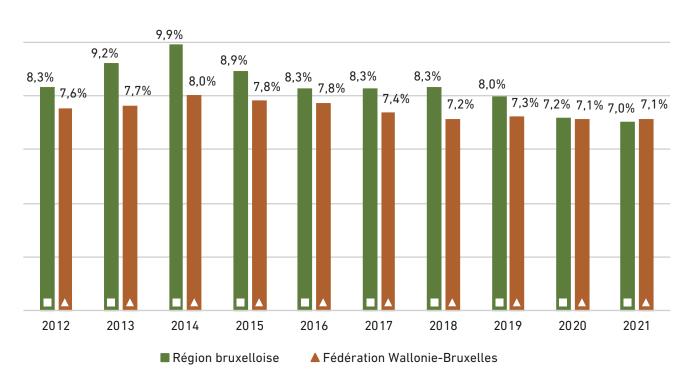


BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Cet indicateur décrit une large majorité des femmes enceintes suivies vivant en couple (83,7% en moyenne à Bruxelles et 84,7% en Fédération Wallonie-Bruxelles). En Région bruxelloise, la proportion de femmes vivant en couple est passée de 84,4% en 2012 à 89,2% en 2021. Celles qui vivent en famille représentent en moyenne

7,8%, passant de 7,3% à 3,8% sur la décennie et, les femmes enceintes vivant seules et en maison d'accueil regroupées comme 'isolées' représentent une moyenne de 8,5% sur les 10 dernières années, passant de 8,3% à 7,0% des futures mères.

Évolution des femmes enceintes vivant isolées, en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Les femmes enceintes vivant isolées suivies par l'ONE représentent plus de 300 femmes chaque année en Région bruxelloise.

Il est à noter qu'en maison d'accueil, le dispositif essaye de palier à un certain isolement en retissant un minimum de réseau autour de la femme enceinte. Près de 10% des femmes isolées vivent en maison d'accueil.

1.5.5.1 L'isolement social

Rompre l'isolement social, lutter contre la solitude autour de la périnatalité est un des objectifs de prévention important visé par l'Office de la Naissance et de l'Enfance par le biais de plusieurs dispositifs tels que le soutien à la parentalité ; l'accompagnement psychomédicosocial des agents de première ligne ou même la prévention des risques de violence ou de maltraitance dès la grossesse, sans compter l'épineuse problématique de la santé mentale, sont des préoccupations quotidiennes des agents de première ligne de l'ONE, etc.

Le sentiment d'isolement est bien plus complexe et difficile à mesurer. Il coexiste la plupart du temps avec le fait de vivre seul(e), sans en être automatique. Il peut avoir un impact sur le déroulement ou l'issue de la grossesse.

Le sentiment d'isolement - qui est la « situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger⁴ » -, ou la solitude se distinguent de ce qui est mesuré par la BDMS au travers de l'indicateur ci-dessus. Nous avons souhaité prendre la mesure d'une situation de fait qui est plus géographique : la femme enceinte qui vit seule. Ce qui permet d'estimer le soutien à apporter en termes de présence, d'aides concrètes.

Le fait de vivre seule ne crée pas automatiquement le sentiment de solitude, mais la plupart des personnes qui vivent seules ressentent de la solitude, à des degrés très divers.

1.5.6. Le niveau d'éducation atteint par les femmes enceintes suivies

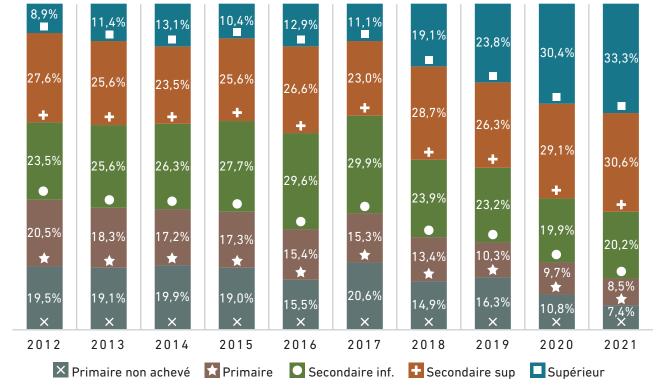
Une abondante littérature met en évidence des liens entre le niveau d'étude de la (future) mère et la santé de l'enfant. En matière de santé préventive, de nombreux facteurs peuvent être avancés tels que l'âge de la femme, le tabac, l'alcool, l'isolement, etc.

L'indicateur relatif au niveau d'éducation de la (future) mère ne semble pas évident à récolter pour beaucoup d'acteurs de terrain et dans diverses disciplines. Entre la crainte d'un certain jugement ; la difficulté liée aux systèmes éducatifs selon les origines ou encore la diversité des formations existantes.

Pour de nombreux travailleurs de première ligne, c'est une réelle gymnastique, l'adaptation de l'information selon le niveau de compréhension des messages. Au-delà des difficultés éventuelles de la langue, l'intégration des messages de prévention doit être assurée. Les PEP's de l'ONE rapportent régulièrement que les femmes enceintes demandent l'interprétation de l'échange avec le médecin.

L'indicateur est capital à récolter et à consigner pour s'assurer que les messages écrits par exemple (brochures, flyers, ...) seront intégrés.

Évolution du niveau d'éducation des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

4 Définition du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) français

En Région bruxelloise comme dans d'autres régions, la qualité de la donnée n'est pas encore atteinte et nécessite une sensibilisation continue des professionnels. Ainsi, la part de données manquantes reste très élevée et invite à regarder le graphique, ci-dessus, ou les données relatives au niveau d'éducation des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise avec beaucoup de recul.

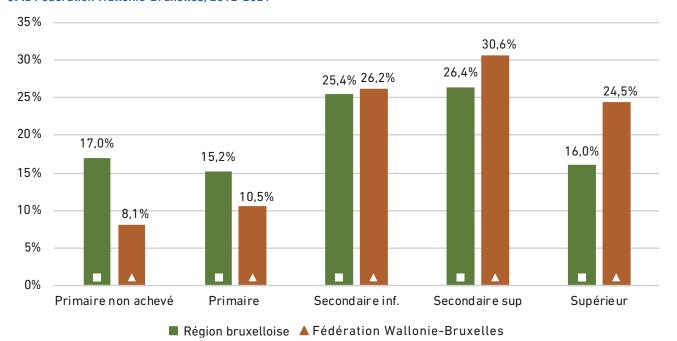
Pour 40% des femmes enceintes suivies dans les structures prénatales de Bruxelles, l'information sur le niveau d'éducation manque.

En moyenne sur les 10 années de données, 17,0% des femmes enceintes suivies en CPN-ONE de Bruxelles n'ont

pas terminé leurs études primaires et 15,2% ont achevé des études de niveau primaire; 25,4% des femmes enceintes suivies ont atteint le niveau d'études secondaires inférieures; 26,4% ont leur diplôme de secondaire supérieur et 16,0% ont obtenu au moins un diplôme de niveau supérieur.

Par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles, et avec les réserves émises plus haut, les femmes enceintes fréquentant les structures de l'ONE en Région bruxelloise auraient un niveau d'études plus bas que la moyenne communautaire.

Comparaison des niveaux d'éducation atteints par les femmes enceintes suivies par l'ONE entre la Région bruxelloise et la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Comme précisé précédemment, ces proportions sont à prendre avec prudence. La stabilité dans les tendances permet tout de même d'interpeller. Ces chiffres concordent par ailleurs avec les données issues d'autres sources, et avec des chiffres des années précédentes publiées par l'ONE au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

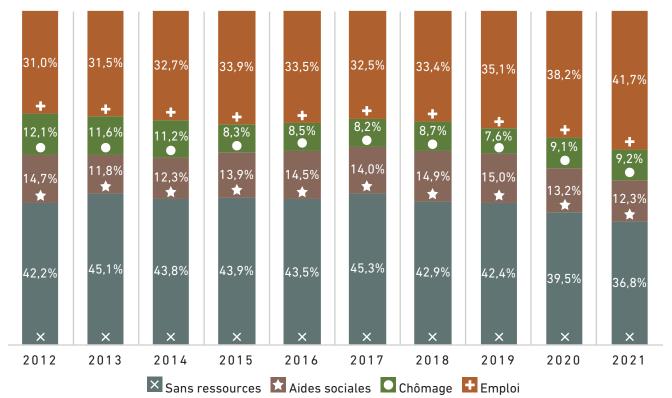
Nous choisissons de les publier pour des besoins de sensibilisation des agents de première ligne, notamment le lien entre le niveau d'étude et la santé, et pour des raisons de pédagogie. Elles nécessitent d'être approfondies et d'y apporter des précisions au travers d'études et recherches complémentaires.



1.5.7. La situation professionnelle des femmes enceintes suivies

La situation professionnelle telle que décrite par l'ONE dans le cadre de la récolte de données BDMS essaye de situer les paliers de ressources.

Évolution de la situation professionnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

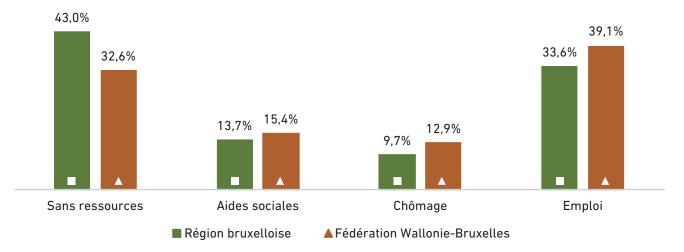
Les questions de ressources déterminent les conditions de vie (des femmes) et, face au vécu de la grossesse, elles dévoilent les ruptures conjugales, familiales et interrogent sur les conditions de logement, notamment pour les femmes enceintes vivant seules.

L'absence de ressources expose à des situations qui peuvent engendrer des « parcours d'errance » très spécifiques, et des travailleurs de terrain évoquent des situations particulières, rares heureusement, de femmes enceintes sans abri ou itinérantes. Ces conditions de vie sont la plupart du temps les causes de pertes de droit du fait de perte d'une adresse de résidence ou de domiciliation.

En Région bruxelloise en 2021, 36,8% des femmes enceintes accompagnées sont sans ressources. Cette catégorie regroupe les étudiantes, les femmes au foyer sans allocation et les autres catégories de femmes n'ayant aucun revenu fixe. 12,3% des femmes bénéficient d'aides sociales diverses ; un peu moins de 10% ont des allocations de chômage (9,2%) et 41,7% des femmes enceintes possèdent un emploi.

Sur la décennie, il existe une différence de profils des femmes enceintes suivies par l'ONE selon la région. Bruxelles présente plus de femmes enceintes sans ressources que la moyenne de la Fédération.

Comparaison de la situation professionnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE entre la Région bruxelloise et la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

1.5.8. Les habitudes de vie des femmes enceintes suivies par l'ONE

1.5.8.1 Les habitudes tabagiques en Belgique

Le tabac est un problème majeur de santé publique. Il tue 20.000 Belges par an⁵.

La législation belge des produits du tabac a été renforcée, afin de se conformer à la directive européenne de mai 2014 et comporte de nouvelles mesures pour décourager et réduire la consommation.

Ces mesures portent sur l'avertissement, le texte et l'illustration sur le paquet, l'interdiction des arômes, le système d'identification et de suivi pour la production et la distribution, la vente par internet, etc.

L'enquête tabac 2019 menée en ligne par IPSOS pour la Fondation contre le cancer et portant sur un échantillon pondéré et représentatif de 3174 Belges âgés de plus de 15 ans décrit une proportion de fumeurs se situant à 23% (dont 18% de fumeurs quotidiens).

A Bruxelles et en Wallonie, les proportions de fumeurs sont de 27% et 25% respectivement.

Les femmes sont 20% à fumer en Belgique et cette proportion augmente avec l'âge, passant de 8% chez les femmes de 15-17 ans à 27% chez celles âgées de 55 à 64 ans.

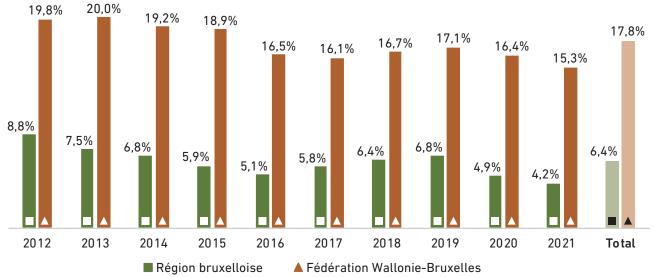
1.5.8.2 La consommation quotidienne de tabac durant la grossesse

Les femmes enceintes suivies par l'ONE sont en moyenne 6,4% à fumer (2012-2021) en Région bruxelloise. On observe une diminution de la proportion de fumeuses parmi les femmes suivies par l'ONE pour leur grossesse de 8,8% à 4,2%, sauf pour les années 2017 à 2019 où on décrit un relèvement de la proportion de fumeuses.



5 https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/alcool-et-tabac/produits-du-tabac-et-tabagisme consulté le 03/07/2020

Évolution des habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies par l'ONE, en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Tant pour Bruxelles que pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, on peut décrire les mêmes tendances dans les courbes, même si un décalage entre les 2 circonscriptions peut être observé. Les niveaux faibles de la proportion des habitudes tabagiques chez les femmes suivies en CPN-ONE implantées en Région bruxelloise est le fait de la multiculturalité de la Région. Les femmes d'origine étrangère fumant moins que les femmes belges.

Le rapport de la Fondation contre le cancer explique que dans la population générale, les fumeurs occasionnels se distinguent des fumeurs quotidiens par différents aspects. Ils fument d'autres produits que du tabac ou optent pour la cigarette électronique pour d'autres raisons que les fumeurs quotidiens.

Ces nuances pourraient aussi expliquer la diminution observée de consommation de tabac.

L'accompagnement des femmes enceintes confrontées au tabagisme peut prendre des dimensions diverses, soumettant les professionnels à des observations inédites, qui nécessitent une lecture multidisciplinaire et un soutien durable.

1.5.9. La précocité du suivi de la grossesse

1.5.9.1 La première consultation liée à la grossesse

Le premier contact avec un professionnel en charge de la grossesse caractérise la précocité du suivi de la grossesse. Le moment où a lieu cette première rencontre est capital pour le suivi de la grossesse. Ce premier contact de suivi de grossesse, a lieu, pour la plupart des femmes enceintes suivies par l'ONE, en dehors des services de l'ONE.

La première consultation à l'ONE pour les femmes enceintes suivies, a lieu à la 10e semaine de grossesse en moyenne pour la Région bruxelloise, et à la 9e semaine pour la Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2012 et 2021.

78,2% des femmes suivies ont consulté avant la 16e semaine de grossesse en 2021 en Région bruxelloise. Et, presque 7,5% d'entre-elles consultent pour la première fois après la 26e semaine de grossesse, soit après 6 mois de grossesse.

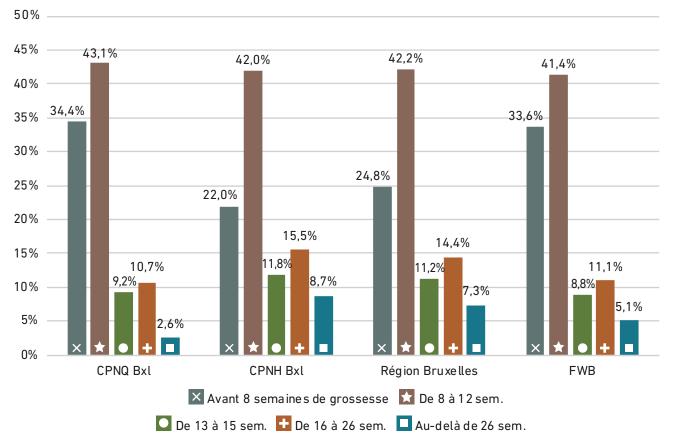
En moyenne, il y a 2 semaines de différence d'âge de la grossesse entre ce contact précoce pour tout type de professionnel et le premier rendez-vous en Consultation prénatale ONE, tant pour les structures de quartier qu'hospitalières.

On peut décrire des différences marquées entre ces 2 types de structure. Pour des raisons liées à l'accessibilité, les consultations de quartier ont une proportion de suivi précoce de la grossesse plus élevée que les structures hospitalières en Région bruxelloise, pour les femmes enceintes accompagnées par l'ONE.

1.5.9.2 Le suivi tardif de la grossesse

Le suivi tardif de la grossesse caractérise tout suivi de la grossesse par un professionnel assermenté au-delà de la 15e semaine de gestation. Le professionnel étant lié à l'ONE ou non.

Comparaison de l'initiation du suivi de la grossesse selon le type de structure prénatale ONE et entre la Région bruxelloise et la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

En Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2012 et 2021, 16,2% des femmes enceintes accompagnées par l'ONE ont un suivi tardif de leur grossesse. Si on prenait en compte uniquement le suivi par l'ONE, elles seraient 25,2% à avoir un suivi après 15 semaines de grossesse.

En Région bruxelloise, ces proportions sont 21,7% de suivi tardif tout professionnel confondu, et 26,9% si on considère uniquement le contact par l'ONE. Dans la région, près de 35% des femmes ont consulté avant leur 2e mois de grossesse et 43,1% dans le mois qui suit.

Le suivi tardif peut aller de pair avec l'irrégularité du suivi de la grossesse. Les raisons peuvent être nombreuses et, notamment l'accès aux soins (incluant la mobilité, les droits ou encore le coût et les différentes barrières qui pourraient s'ériger dans le parcours). Les messages de prévention et la réception de ceux-ci doivent être son-dés pour une bonne évolution de la grossesse (compréhension des messages, la langue parlée ou écrite, alimentation, corpulence, couverture sociale, situation relationnelle, etc.). La collecte de données est capitale à ce niveau, comme pour d'autres indicateurs, par rapport à leurs effets sur l'atténuation voire l'annulation

des inégalités qui pourraient être mesurées bien avant l'arrivée de l'enfant, mais aussi pour l'accès à des droits élémentaires

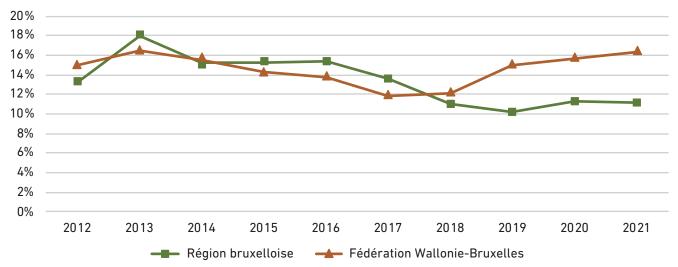
1.5.10. L'arrêt du suivi de la grossesse par l'ONE et les raisons de cet arrêt

Chaque année, pour un certain nombre de femmes enceintes, le suivi de la grossesse est arrêté. Cette interruption du suivi est due à de nombreuses raisons.

Pour la BDMS, l'arrêt du suivi est aussi mentionné lorsque l'information relative à l'accouchement manque. En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'information d'accouchement manque pour 12 à 15% des femmes enceintes suivies par l'ONE chaque année (14,6% en moyenne entre 2012 et 2021).

En Région bruxelloise, ces dix dernières années, le pourcentage de femmes dont le suivi de la grossesse a été arrêté par les structures de l'ONE qui y sont implantées est représenté par le graphique, ci-après. Les issues de la grossesse manquantes concernent 13,8% des femmes enceintes suivies par l'ONE dans la région.

Évolution des proportions de femmes enceintes suivies dont l'accompagnement a été arrêté avant l'accouchement en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE. « Volet prénatal ». 2012-2021

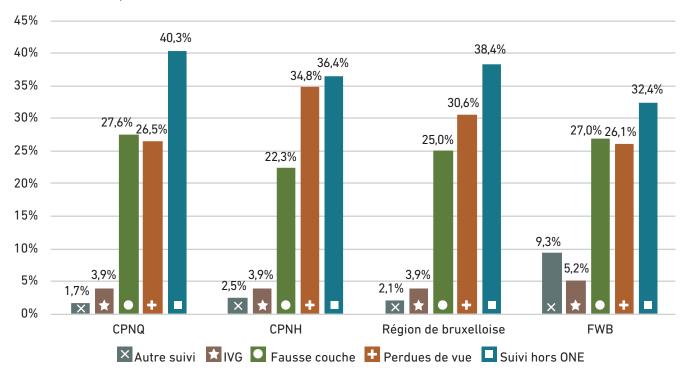
La part des femmes dont le suivi de la grossesse a été arrêté est en diminution en Région bruxelloise depuis 2013, même si en 2020, on a observé un léger relèvement. Ce relèvement est cependant observé depuis 2017 pour l'ensemble de la Fédération concernant les femmes enceintes suivies par l'ONE.

Cette absence d'information relative à l'accouchement ne sous-entend pas forcément que la grossesse n'a pas abouti à un accouchement. Une part de ces femmes va accoucher en dehors des structures hospitalières où elles sont suivies, ou encore, plus près de leur famille pour certaines suivies en Consultation de Quartier, ou encore là où exerce leur gynécologue ou sage-femme, sans que l'ONE puisse avoir l'information en retour.

Alors que moins de 10 % des femmes enceintes suivies au sein des structures hospitalières vont arrêter leur suivi par l'ONE (8,6%), c'est plutôt une femme enceinte sur 3 qui va réorienter son suivi ou l'arrêter dans les structures de quartier en Région bruxelloise (33,0%).

De nombreux motifs sont décrits pour les autres femmes dont le suivi est arrêté. Cependant, pour les femmes enceintes perdues de vue, l'ONE ne dispose d'aucune information.

Motifs d'arrêt de suivi de la grossesse par l'ONE selon le type de structure en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2021



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Pour l'ensemble des femmes enceintes dont le suivi est arrêté en Région bruxelloise (13,8% de l'ensemble), une part importante recourt à une continuation de leur suivi en dehors de l'ONE (38,4%). Ce suivi peut être effectué par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue privé ou hospitalier hors de la structure ONE, soit en dehors de la province, etc.

Ces suivis aboutissent probablement à un accouchement sans que l'information soit en la possession de l'ONE.

Une femme enceinte sur quatre dont le suivi est interrompu par l'ONE en Région bruxelloise a vécu une fausse couche. Cette moyenne est établie sur le total de femmes dont le suivi est interrompu sur les dix années considérées dans ce chapitre.

Le « volet prénatal » décrit également qu'environ 4 femmes enceintes sur 100 dont le suivi est arrêté a eu

recours à une interruption volontaire de sa grossesse (3,9%) en Région bruxelloise.

La rubrique « autre suivi » représente surtout la proportion de femmes enceintes ayant déclaré changer de structure de suivi, du fait de leur déménagement ou pour se rapprocher de leur domicile, ... et parfois en restant dans l'accompagnement par l'ONE. Elles sont en moyenne 2,1% en Région bruxelloise à être suivies par une autre structure ONE.

Les femmes « perdues de vue », celles dont on a perdu tout contact durant le suivi de la grossesse représentent à Bruxelles entre 2012 et 2021, 30,6% des femmes enceintes dont le suivi est interrompu au niveau de la Région.

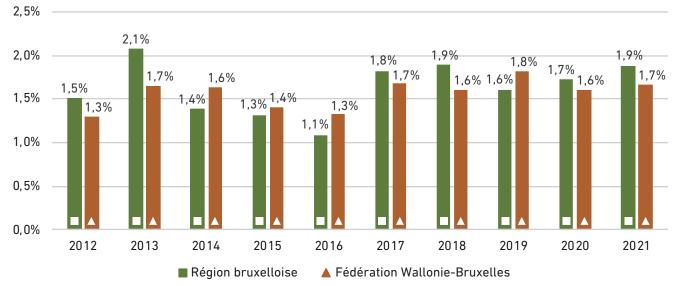
Des disparités existent entre les régions de la Fédération, mais aussi entre les provinces de la Région wallonne.

1.6. LES ISSUES NEONATALES DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE

Les données relatives aux issues de la grossesse, ci dessous, sont celles des femmes dont la grossesse a été suivie jusqu'à l'accouchement. Ces données représentent 86,2% des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise.

Pour ces grossesses dont le suivi a été mené jusqu'au bout par l'ONE et pour lesquelles l'information relative à l'accouchement est disponible, 1,6% sont multiples (essentiellement gémellaires) à Bruxelles comme en Fédération Wallonie-Bruxelles pour les années 2012-2021. Ce taux correspond également à celui de la population globale des accouchées.

Évolution de la proportion de grossesses multiples issues de femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Le nombre d'enfants considéré ici exclut les mort-nés et les décès postnatals connus. Le tableau, ci-dessous, prend donc en compte les différences de dénominateurs entre les parties précédentes et les titres qui vont suivre. Le nombre d'enfants nés vivants des femmes pour lesquelles le suivi de la grossesse a été mené par l'ONE et donné lieu à un volet statistique BDMS en Région bruxelloise est de près de 35.000 entre 2012 et 2021.

Évolution du nombre de femmes enceintes suivies et du nombre d'enfants nés de ces femmes

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Femmes enceintes suivies pour lesquelles un volet est transmis	5348	4760	4425	4391	4357	4121	3211	3384	3342	2693	40032
Femmes ayant accouché (information disponible)	4644	3907	3748	3724	3687	3563	2859	3040	2963	2392	34525
Nombre d'enfants nés vivants	4657	3973	3791	3766	3719	3622	2902	3080	3005	2428	34943

BDMS-ONE, « Volet prénatal », 2012-2021

Les issues néonatales dans les titres qui suivent sont donc analysées sur base de ce nombre d'enfants nés vivants.

1.6.1 Le poids à la naissance des enfants issus de femmes suivies pour leur grossesse

Le poids de naissance est une donnée biométrique enregistrée dès l'accouchement.

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un enfant ayant un faible poids à la naissance est un enfant dont le poids est inférieur à 2500 grammes indépendamment de son âge gestationnel.

Sur les 34.949 nouveau-nés issus de ces femmes dont la grossesse a été suivie en Région bruxelloise, 6,1% sont nés avec un poids inférieur à 2.500 grammes.

Pour l'ensemble des femmes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, soit presque 100.000 femmes enceintes, la proportion de leurs nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2.500 grammes est de 7,9% pour les mêmes années considérées.

Les proportions de petits poids de naissance varient annuellement et se situent à des taux plus bas à Bruxelles qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, pour les nouveau-nés issus de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE. Ces différences s'expliquent par le type de population. A Bruxelles, les habitudes tabagiques sont moindres, tout comme la consommation d'alcool ou d'autres dépendances dans la population fréquentant les structures ONE pour le suivi de la grossesse. Par ailleurs, il persiste un paradoxe entre les situations sociales et les risques de prématurité pour un public qui a un niveau de revenu faible et des taux d'isolement élevés.

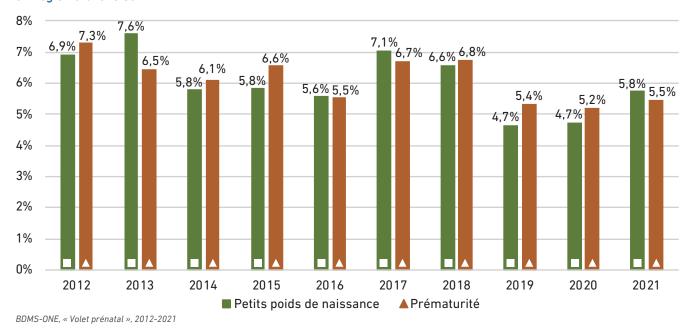
1.6.2 La durée de gestation

Les naissances avant terme constituent un important problème de santé périnatale.

Une meilleure compréhension des causes de naissance prématurée et de meilleures estimations de l'incidence des naissances avant terme sont nécessaires pour améliorer l'accès à des soins obstétricaux et néonatals efficaces.

La part des nouveau-nés prématurés issus de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE est de 6,2% en Région bruxelloise et 7,4% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Évolution des petits poids à la naissance et de la prématurité des enfants issus de femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise



6 Stacy Beck et al, « Incidence mondiale de la naissance avant terme : revue systématique de la mortalité et de la morbidité maternelle » in Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Volume 88 : janvier 2010, 1-80

Ces dix dernières années, les issues obstétricales des femmes suivies durant leur grossesse par l'ONE en Région bruxelloise ont montré des taux de prématurité globalement en diminution. On est passé de 7,3% de prématurité à 5,5% entre 2012 et 2021. Ces taux sont en dessous des moyennes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Quelques éléments d'explication pourraient être liés aux modes de vie tels que les habitudes tabagiques, l'alcool et autres assuétudes, l'alimentation et l'activité. Cependant, on note une certaine dégradation du tissu socio-économique des populations fréquentant les structures prénatales de l'ONE en général (études, ressources, isolement, âge, etc.).

Ces facteurs de risque sont souvent plus marqués, mais leurs combinaisons multiplient les difficultés à l'accompagnement par les PEP's de l'ONE, dans la Région comme dans l'ensemble de la Fédération.



SYNTHÈSE DU SUIVI DE LA GROSSESSE

Le suivi de la grossesse par l'ONE couvre 3 femmes sur 10 en Fédération Wallonie-Bruxelles. En Région bruxelloise, ce rapport est d'une femme sur deux, soient 7.400 femmes enceintes suivies par l'ONE dans la Région. Cependant, la Banque de données ne collecte pas des informations de type médico-sociales pour l'ensemble de ces femmes accompagnées pour leur grossesse par l'ONE, ce qui reste un effort à fournir tant du point de vue des Partenaires Enfants-Parents que des membres de l'équipe chargée de mener ce projet.

91,8% de femmes enceintes suivies dans les Consultations prénatales ONE de la Région de Bruxelles-Capitale, y résident également. Tandis que 2,9% résident en Wallonie, et 5,3% en Flandre ou à l'étranger.

Sur l'ensemble des données analysées (« volet prénatal » BDMS), 21,1% sont relevées au sein des consultations prénatales de quartier. Les autres proviennent des femmes enceintes suivies dans les consultations prénatales hospitalières de Bruxelles.

En 2021, l'âge médian des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise est de 31 ans et, celui-ci est de 30 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cet âge médian progresse de quelques mois chaque année, au point de décaler d'un an au bout de la décennie. Il était donc de 29 ans en Fédération en 2012. Les bornes de l'âge des femmes enceintes sont de 12 ans et 52 ans. Parmi toutes les femmes suivies pour leur grossesse en Fédération Wallonie-Bruxelles par l'ONE, les femmes de moins de 20 ans représentent 4,3% de cette population (dont 1,4% de moins de 18 ans) ; les 20-24 ans sont 16,4% ; les 25-29 ans représentent 28,2% ; les 30-34 ans sont 30,4% ; les femmes de 35 à 39 ans représentent 16,1% et la catégorie de plus de 39 ans fait 4,6% de l'ensemble des femmes accompagnées en 2021.

Le nombre de femmes de moins de 20 ans a diminué au fil du temps, et significativement entre 2012 et 2021. 261 femmes de moins de 20 ans suivies en 2012 contre 50 en 2021.

En Région bruxelloise, environ 18% des femmes enceintes ne disposaient pas de couverture soins de santé au moment de leur inscription pour le suivi prénatal par l'ONE. Cette proportion de femmes non assurées présente des variations annuelles, et globalement comprises entre 14 et 23%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette situation est recensée pour près de 9% des femmes dont la grossesse est suivie par l'ONE.

L'absence de couverture soins de santé (mutuelle, assurance, etc.) est décrite pour des femmes de différentes origines, belge ou étrangère et de diverses catégories d'âge. Ces femmes vont cependant être en ordre de cette

situation avant leur accouchement pour la quasi-totalité d'entre-elles avec l'aide des différents acteurs dont les PEP's.

En Région bruxelloise, les célibataires représentent 45,6% des femmes enceintes suivies en 2021. En FWB, cette proportion est de 61,6%. Les mariées représentent, quant à elles, 53,3% à Bruxelles et 36,8% en FWB pour la même année. La proportion de femmes mariées parmi les femmes enceintes suivies par l'ONE est en diminution partout.

La situation relationnelle, quant à elle, décrit le contexte de vie de la femme enceinte au moment de son suivi et, permet d'estimer le réseau de soutien et d'aide autour de la future mère. Cet indicateur décrit une large majorité des femmes enceintes suivies vivant en couple. En Région bruxelloise, la proportion de femmes vivant en couple est passée de 84,4% en 2012 à 89,2% en 2021. Celles qui vivent en famille représentent en moyenne 7,8%, passant de 7,3% à 3,8% sur la décennie et, les femmes enceintes vivant seules et en maison d'accueil regroupées comme 'isolées' représentent une moyenne de 8,5% sur les 10 dernières années, passant de 8,3% à 7,0% des futures mères.

L'indicateur relatif au niveau d'éducation de la (future) mère ne semble pas évident à récolter pour beaucoup d'acteurs de terrain et dans diverses disciplines. Cependant, pour de nombreux travailleurs de première ligne, c'est une réelle gymnastique que d'adapter sans cesse l'information à fournir selon le niveau d'intégration des messages. Au-delà des difficultés éventuelles de la langue, l'adéquation des messages de prévention doit être assurée. Avec quelques réserves, sur les 10 années de données, on décrit que 17,0% des femmes enceintes suivies en CPN-ONE de Bruxelles n'ont pas terminé leurs études primaires et 15,2% ont achevé des études de niveau primaire ; 25,4% des femmes enceintes suivies ont atteint le niveau d'études secondaires inférieures ; 26,4% ont leur diplôme de secondaire supérieur et 16,0% ont obtenu au moins un diplôme de niveau supérieur.

En Région bruxelloise en 2021, 36,8% des femmes enceintes accompagnées sont sans ressources. Cette catégorie regroupe les étudiantes, les femmes au foyer sans allocation et les autres catégories de femmes n'ayant aucun revenu fixe. 12,3% des femmes bénéficient d'aides sociales diverses ; un peu moins de 10% ont des allocations de chômage (9,2%) et 41,7% des femmes enceintes possèdent un emploi. L'absence de ressources expose à des situations qui peuvent engendrer des « parcours d'errance ». Ces conditions de vie sont la plupart du temps les causes de pertes de droit du fait de perte d'une adresse de résidence ou de domiciliation.

On peut décrire des différences marquées entre les 2 types de structure (quartier et hospitalières). Pour des raisons liées à l'accessibilité, on constate une proportion de suivi précoce de la grossesse par l'ONE plus élevée dans les consultations de quartier que dans les structures hospitalières en Région bruxelloise.

Les données relatives aux issues de la grossesse sont celles des femmes dont la grossesse a été suivie jusqu'à l'accouchement. Ces données représentent 86,2% des femmes enceintes suivies par l'ONE en Région bruxelloise.

Pour les grossesses dont le suivi a été mené jusqu'au bout par l'ONE et pour lesquelles l'information relative à l'accouchement est disponible, 1,6% sont gémellaires à Bruxelles.

Sur les 34.949 nouveau-nés issus de ces femmes, 6,1% sont nés avec un poids inférieur à 2.500 grammes. Pour l'ensemble des femmes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, soit presque 100.000 femmes enceintes, la proportion de leurs nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2.500 grammes est de 7,9% pour les mêmes années considérées.

De même, on décrit des taux de prématurité globalement en diminution. On est passé de 7,3% de prématurité à 5,5% entre 2012 et 2021. Ces taux sont en dessous des moyennes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.



LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS EN RÉGION BRUXELLOISE Ce chapitre couvre principalement les naissances des résidentes dans les 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale, alors que le chapitre précédent consacré au suivi prénatal couvre les implantations de structures.

L'analyse des indicateurs commence par la présentation de la situation globale de la Région et les caractéristiques de la population suivie.

Ce rapport BDMS spécial Bruxelles s'appuie sur les données de l'ONE produites par les agents des services de liaison en maternité. Elles sont représentatives et couvrent l'ensemble de la population de nouveau-nés dans la Région de Bruxelles-Capitale, mais peuvent présenter des limites pour quelques indicateurs et, de nombreuses améliorations restent possibles pour la continuelle recherche de qualité. Le développement de la digitalisation en cours permettra d'atteindre ces objectifs et améliorera encore la cohérence.

Les années considérées peuvent différer d'un tableau à l'autre et seront donc mentionnées en dessous de celui-ci.

2.1. LA POPULATION BELGE ET BRUXELLOISE

En 2022, la population de la Belgique a atteint 11.584.008 habitants, selon les chiffres officiels issus du Registre national, 51% sont des femmes, et 49% des hommes. La population belge a connu une croissance de 62.770 personnes entre 2021 et 2022, soit 0,54%.

En Région bruxelloise, au 1er janvier 2022, la population était de 1.222.637 habitants. Elle a cru de 0,22% par rapport à 2021 (1.219.970 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 (aux niveaux interne et international).

Mouvements de la population en Belgique et en Région bruxelloise en 2021

Lieu de résidence	Population au 1er janvier 2021	Solde naturel	Solde du mouvement migratoire interne	Solde du mouvement migratoire international	statistique	Croissance totale	Population au 1er janvier 2022
Belgique	11.521.238	5.623	0	58.118	-971	62.770	11.584.008
Région de Bruxelles	1.219.970	6.841	-21.051	16.965	-88	2.667	1.222.637

Statistics Belgium, 2022

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la population totale présente un solde positif avec une augmentation de 2.667 personnes, soit 0,22%. Les communes où la population croît le plus sont : Evere (+1,25%), Bruxelles (+0,96%) et Woluwe-Saint-Lambert (+0,91%). Et, les communes où la baisse est plus marquée sont Saint-Gilles (-0,74%), Saint-Josse (-0,59%) et Schaerbeek (-0,58%).

Entre 2012 et 2021, la croissance de la population de la Région bruxelloise a été de 6,65%, passant de 1.138.854 habitants en 2012 à 1.219.970 habitants en 2021.



2.2. LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS EN REGION BRUXELLOISE

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

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

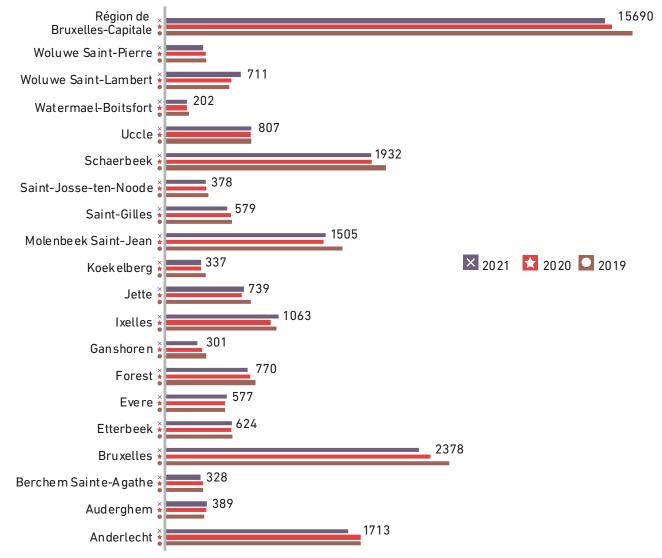
Évolution comparée des naissances de la Région bruxelloise selon la source de données de 2012 à 2021

Source	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avis de naissance ONE	16794	16989	17177	16587	16555	16145	14999	14718	13394	14186
Naissances officielles DGSIE	18562	18307	18514	18214	17923	17709	17377	16635	15847	15690

Données 2012 à 2021 issues de la BDMS-ONE, « Avis de naissance » et le SPF Economie, « Statistics Belgium »

Ce nombre de naissances peut être différent de celui publié annuellement dans les statistiques du Service Public Fédéral Economie ou Statistics Belgium (données officielles). Sur base de ces données officielles, on peut décrire une diminution marquée du nombre de nouveau-nés en Région bruxelloise sur base du lieu de résidence. Celle-ci est de 15,47% entre 2012 et 2021, passant de 18.562 à 15.690 naissances.

Évolution du nombre de naissances par commune de la Région bruxelloise entre 2019 et 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2019-2021

On peut observer 3 groupes de communes selon le volume de naissances. Celles de plus de 1500 naissances annuelles, le groupe de moins de 500 naissances annuelles et le 3e groupe situant ses naissances entre les deux.

Cependant, le lieu de résidence effective relevé à l'ONE peut être différent de celui mentionné sur les documents officiels ; le séjour en maternité peut aussi être relativement raccourci et/ou l'accouchement peut survenir durant le week-end, ne permettant pas un contact avec le PEP's. Ces éléments peuvent diminuer la couverture des données pour lesquelles l'ONE dispose d'information de naissances.

En moyenne, l'ONE, au travers de la BDMS couvre l'ensemble des naissances francophones de Bruxelles, si l'on considère que les francophones dans la région représentent 90% de la population¹. Certaines années, le nombre de nouveau-nés pour lesquels le Partenaire Enfants-Parents (PEP's) élabore un « Avis de naissance » est légèrement supérieur au nombre officiel de naissances issu des résidents de la province, du fait de la résidence effective essentiellement. Aussi, l'ONE accompagne toutes les familles résidant à Bruxelles et en Wallonie, quel que soit le statut administratif de celles-ci.

Pour l'ONE, du fait de l'accompagnement incluant la visite au domicile de la famille, il est admis que la résidence habituelle de la mère est privilégiée par rapport à sa résidence officielle.

Sur base des données « Avis de naissance » de la Banque de données de l'ONE, deux familles sur trois (67,2%) sont effectivement vues par le PEP's durant le séjour en maternité en Région bruxelloise. Ce score est moins élevé que pour la Fédération Wallonie-Bruxelles (84,0%). Les « Avis de naissance » non enregistrés en maternité lors de la présentation des services de l'ONE par le PEP's sont alors complétés avec l'aide des bases de données du partenaire hospitalier, ou alors a posteriori lors d'autres moments de rencontre avec la famille ou via l'administration communale.

2.2.1. NAITRE ET GRANDIR : un programme d'accompagnement revisité

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 et d'une continuité dans l'intervention auprès de l'enfant et sa famille

• ...

Les modifications touchent essentiellement les périodes prénatale et périnatale. La grande nouveauté consiste en un contact périnatal que nous visons de proposer 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 clefs de la grossesse d'une part, et du développement de l'enfant d'autre part.

Ce programme met l'accent sur la continuité de l'action, et symbolise le cheminement du professionnel aux côtés des enfants et des (futurs) parents.



2.2.2. Rôle 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 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.

¹ Les recensements démographiques n'intègrent plus de volet consacré à l'usage des langues. Et, les baromètres linguistiques confirment d'ailleurs que le ménage unilingue se fait de plus en plus rare en région de Bruxelles. Cependant, pour savoir combien de francophones et de néerlandophones vivent à Bruxelles, les données administratives de déclaration de naissance, de données de pensions ou de déclaration fiscales convergent toutes pour admettre que plus de 90% de ces données sont transcrites en français.

https://www.lesoir.be/art/874575/article/actualite/regions/bruxelles/2015-05-10/bruxelles-est-francophone-plus-90.



SARAH MOSSELMANS

PEP's en Service de Liaison (maternité) au CHU-Brugmann

Comment s'organise le travail avec les maternités?

Je suis sage-femme de formation et travaille à l'ONE depuis 5 ans.

Je travaille dans le service de liaison et de consultation prénatale.

Auprès de l'équipe hospitalière, la collaboration et la communication est parfois compliquée dans la répartition des rôles, la vision et les limites que l'ONE fixe...

Il existe des réunions hebdomadaires avec l'équipe périnatale, notamment pour une approche globale des situations compliquées. Et, de ce point de vue, les relations avec la maternité sont bonnes.

Comment se déroule la collecte de données de la BDMS et quelles sont les difficultés rencontrées ?

La collecte de données à visée épidémiologique peut varier d'une PEP's à l'autre. La plupart du temps, les informations sont pré-remplies au départ du dossier médical avant la rencontre avec la famille. Lors de cet entretien, nous allons donc simplement compléter les variables qui manquent en expliquant à la mère la finalité des données collectées.

Il m'est déjà arrivé d'être interpellée sur la nécessité de collecter la donnée relative à la nationalité d'origine. Nous devons être aptes à répondre de l'intérêt de collecter l'un ou l'autre item. D'autre part, il existe également des définitions sur lesquelles nous-mêmes, professionnels ou institutions ne sommes pas alignés. Pour ne prendre que l'exemple de la gestité ou de la parité. La gestité est le nombre de grossesses vécues par la mère (incluant fausses couches et interruptions de grossesses) et la parité le nombre d'accouchements. Pour cette dernière que ce soit un accouchement unique ou de jumeaux, ça reste UN accouchement. Les logiques sont différentes selon les écoles. Il est important que ces concepts soient rappelés pour viser la qualité des données et l'harmonisation des pratiques.

L'autre élément pouvant influencer la qualité des données que nous récoltons au sein de la maternité de Brugmann est lié à la barrière de la langue. Nous rencontrons des familles originaires de pays très variés et parfois, la communication est compliquée.

Comprendre pourquoi on fait les choses aide à améliorer la qualité. Ces explications sont utiles dans la collecte de données. Cela aide également dans la prise en charge et permet d'adapter l'accompagnement des familles.

Selon vous que faudrait-il améliorer dans la prise en charge des mères et familles ?

En tant que service public, je pense que l'ONE gagnerait à défendre l'accessibilité pour toutes les familles. Mêmes les femmes qui vont chez un gynécologue privé pourrait apprécier l'accompagnement psychosocial que l'ONE a à offrir. Cette démarche ne devrait pas priver les familles des offres de services de l'ONE tant en prénatale qu'en consultation pour enfants. Ceci aiderait à lutter contre les clivages sociaux. En ce qui me concerne, se focaliser sur les familles dans le besoin fige les catégories.

De même, en matière d'accessibilité les horaires des structures peuvent aussi aider pour soutenir les familles. Il est capital d'élargir les accès à l'ensemble des populations et de différents lieux.

Que voulez-vous ajouter en conclusion?

Le milieu hospitalier est riche en partenariats et la place de chacun doit être claire.

La digitalisation en cours ne pourrait qu'être saluée, si elle rend le travail plus facile. L'accès au système hospitalier reste cependant un problème étant donné que le nôtre ne leur sera pas accessible. Il y a des risques que l'inverse soit également vrai. Surtout il sera impératif que nous ne soyons pas bloqués dans notre travail si l'informatique est en panne.

2.3. LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS

Les données d'accouchements 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.

Évolution de données « Avis de naissance » relatives aux nouveau-nés et aux mères

Données 'Avis de naissance'	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Nombre de nouveau-nés	16794	16989	17177	16587	16555	16145	14999	14718	13394	14186	157544
Nombre de mères	16577	16746	16914	16362	16322	15928	14821	14518	13210	13948	155346

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Le nombre d'accouchements est toujours légèrement plus petit que celui de nouveau-nés, du fait de naissances multiples (2,8%), essentiellement gémellaires (96,8% de l'ensemble des naissances multiples). La part des grossesses multiples est répertoriée pour 1,4% des accouchements.

La proportion de mères vivant leur premier accouchement à Bruxelles est constante dans le temps. Cette part de primipares représente 42,5% des mères entre 2012 et 2021. 32,0% des mères vivent leur 2e accouchement et 15,6% vivent un 3e accouchement. Le solde représente les femmes qui vivent un 4e accouchement ou au-delà (9,9% des mères de la Région bruxelloise).

Une mère sur trois de la Région est dite primigeste. Ces mères qui ont vécu leur première grossesse sur la décennie gardent une proportion constante dans le temps, autour d'une moyenne de 32,9% (entre 31,8% et 34,3%).

2.3.1. Le lieu d'accouchement

On peut distinguer les accouchements survenant dans les maternités et les accouchements en dehors de la maternité. La quasi-totalité des mères de la Région de Bruxelles-Capitale ont accouché en milieu hospitalier.

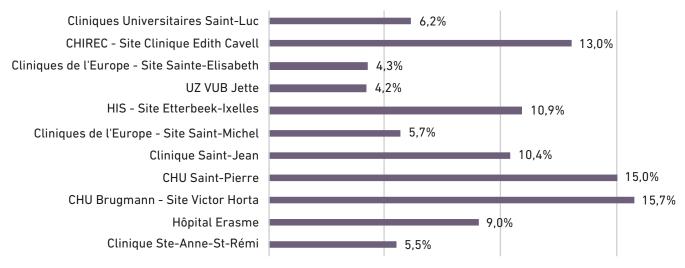
2.3.1.1 Les accouchements à domicile ou en maison de naissance

Sur base des données de la BDMS, entre 2012 et 2021, on dénombre très peu d'accouchements à domicile ou en maison de naissance en Région bruxelloise. En 2021, on a recensé 9 « Avis de naissance » encodés comme issus d'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Il est à noter que les maisons de naissances inscrites dans les partenariats avec les hôpitaux vont déclarer les accouchements comme « hospitalières ».

2.3.1.2 Les accouchements en maternités

99,0% de tous les accouchements connus par la BDMS de résidentes en Région bruxelloise sont survenus dans les maternités de Bruxelles ces 10 dernières années. Les maternités de Bruxelles incluant l'UZ-VUB à Jette, considérée comme maternité flamande, mais implantée à Bruxelles.

Répartition des accouchements de la Région bruxelloise selon l'implantation de la maternité entre 2012 et 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

La répartition des accouchements par maternité est variable. L'ensemble des informations sur les accouchements proviennent de toutes les maternités de Bruxelles. Celles de Brugmann (15,7%), Saint-Pierre (15,0%) et Edith Cavell (13,0%) alimentent le plus les données de la BDMS, suivies de Ixelles (10,9%), Saint-Jean (10,4%) et Erasme (9,0%). Les autres maternités (5) fournissent individuellement entre 4% et 6,5% des informations relatives aux accouchements pour la banque de données de l'ONE.

2.3.1.3 Les accouchements en dehors de la Fédération

198 mères résidant à Bruxelles dont l'ONE dispose de données ont accouché en dehors de la région ces 10 dernières années. Il s'agit des accouchements en Flandre ou à l'étranger. Ces accouchements sont répartis en 60/40 pour le ratio Flandre-Etranger. Parmi les accouchements à l'étranger, il s'agit essentiellement des événements survenant dans les pays membres de l'Union Européenne.

2.3.2. L'âge de la mère à l'accouchement

L'âge est une donnée incontournable caractéristique de la statistique relative à la population, à la santé, etc. A l'accouchement, l'âge de la mère est déterminant pour des indicateurs liés à la fertilité, à la fécondité et au renouvellement de la population, tout autre paramètre étant égal par ailleurs.

2.3.2.1 L'âge moyen et l'âge médian des mères

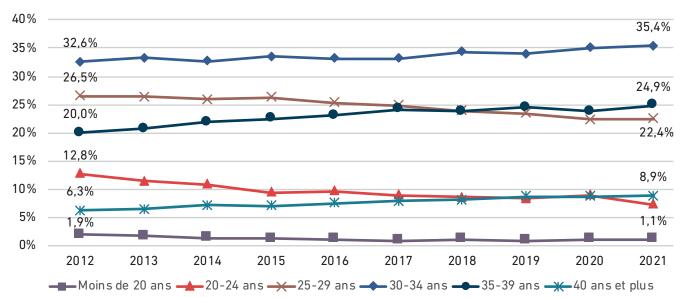
L'âge moyen de la mère est en continuel recul. Il est passé de 30 ans et 8 mois en 2012 à 31 ans et 6 mois en 2022 avec un écart-type de 5,5. L'âge minimum est de 12 ans et le maximum se situe à 53 ans.

En 2021, l'âge médian des mères est de 32 ans, alors qu'il était de 31 ans en 2012. Il est de 1 an plus élevé que la médiane communautaire.

2.3.2.2 Les catégories d'âge des mères

En catégorisant grossièrement l'âge de la mère par tranche de cinq ans, sauf aux âges extrêmes, on peut montrer des tendances différentes. Le découpage en deux groupes des catégories de l'âge des mères montre une tendance à la hausse des tranches à partir de 30 ans et une diminution des catégories d'âge inférieures à 30 ans. Ces courbes traduisent donc une augmentation de l'âge moyen décrit plus haut.

Évolution de l'âge des mères, par catégorie, en Région bruxelloise de 2012 à 2021



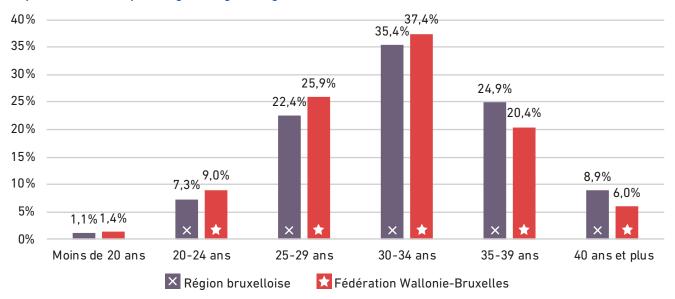
BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

En Région bruxelloise, la catégorie des mères âgées de 30 à 34 ans concentre la part la plus importante des accouchements (35,4%). Les deux catégories d'âge des mères (25-29 ans et 30-34 ans) concentrent une majorité des accouchements de la région, tout comme pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.



2.3.2.3 Comparaison avec la Fédération Wallonie-Bruxelles





BDMS-ONE « Avis de naissance » 2021

Cette répartition par catégorie d'âge des mères, en 2021, décrit un léger décalage de la courbe d'âge des mères de la Région de Bruxelles vers la droite. Le graphique traduit un âge moyen des mères légèrement plus élevé en Région bruxelloise qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, et qu'en Région Wallonne.

Avant 35 ans, les proportions de mères par catégorie d'âge sont plus basses en Région bruxelloise que la moyenne de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Et,

dès la tranche supérieure (35 ans et plus), on constate une inversion. Les proportions de ces catégories d'âge deviennent alors plus élevées en Région bruxelloise que pour la Fédération.

2.3.2.4 Les mères âgées de moins de 20 ans

La BDMS et bien d'autres publications analysent régulièrement les données de mères jeunes en fixant l'âge des femmes avant leur 20e anniversaire.

Évolution du nombre de mères de moins de 20 ans en Région bruxelloise de 2012 à 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Moins de 15 ans	27	14	2	3	2	1	0	0	2	5	56
15-17 ans	65	74	69	55	42	29	38	28	40	37	477
18-19 ans	213	195	163	153	141	117	139	112	105	111	1449
Total	305	283	234	211	185	147	177	140	147	153	1982

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

On observe une tendance à la baisse des accouchements de femmes de moins de 20 ans depuis 2012. En 2018, cette tendance a connu un arrêt, avec une augmentation de trois dizaines d'accouchements chez les femmes de moins de 20 ans. Puis, en 2019 on a retrouvé des chiffres allant dans la tendance générale des années précédentes. Ces chiffres restent relativement proches ces 3 dernières années, mais avec une légère augmentation en 2020 et 2021. Ces années marquées par la crise sanitaire ont également fait réapparaître les accouchements connus par l'ONE chez les moins de 15 ans, qui n'étaient plus relevés depuis 2018.

La problématique des accouchements à un âge relativement bas des mères montre une dynamique certaine dans le temps. Le phénomène change en permanence en Région bruxelloise. Après des années où on a décrit la situation plus préoccupante parmi les personnes d'origine Nord-Africaine (du fait du mariage précoce

par exemple), on a ensuite observé le phénomène plus marqué dans la population subsaharienne (du fait des poussées migratoires, notamment des mineures non accompagnées). Après l'émergence des jeunes femmes africaines, l'élargissement de l'UE a mis en lumière les accouchements de femmes jeunes chez les européennes originaires de Bulgarie et de Roumanie. Et, actuellement, suite au conflit syrien dès les années 2011 et les actes de l'Etat islamique dans la région, on décrit une augmentation de cette problématique parmi les populations originaires de Syrie.

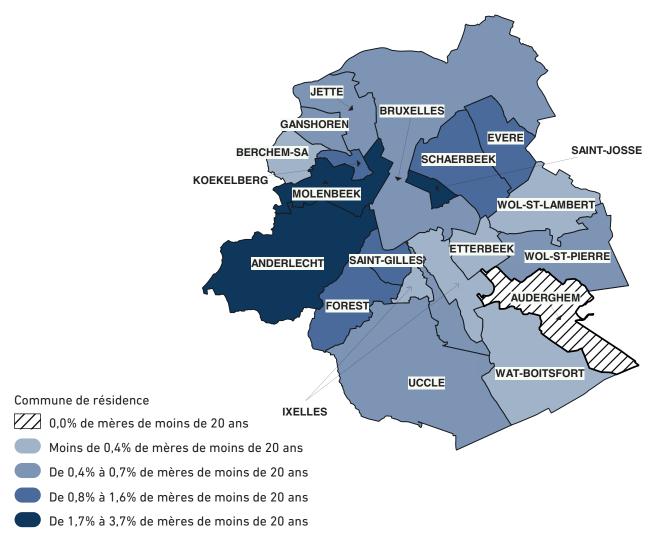
Si le phénomène mute régulièrement pour ce qui concerne la population d'origine étrangère à Bruxelles, les accouchements chez les femmes jeunes d'origine belge est également une réalité avec un marqueur plus socioéconomique.

Toutes les communes ne sont pas logées à la même

enseigne pour cette donnée relative à l'accouchement chez les femmes jeunes. L'accompagnement des mères âgées de moins de 20 ans nécessite du tact, une bonne connaissance du réseau d'aide et surtout une posture professionnelle particulière.

2.3.2.5 Répartition par commune des mères de moins de 20 ans

Répartition des mères de moins de 20 ans par commune en Région bruxelloise entre 2019 et 2021



Proportion de mères résidant en Région de Bruxelles-Capitale, ayant accouché avant leur 20e anniversaire. Proportion moyenne de mères de moins de 20 ans en Région de Bruxelles : 1,1% N=41.539 mères

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2019-2021

En Région bruxelloise, les communes avec les plus hauts taux de naissances chez les femmes de moins de 20 ans sont les communes de Saint-Josse-Ten-Noode et de Molenbeek-Saint-Jean. Viennent ensuite celles d'Anderlecht, Koekelberg et Schaerbeek.

Il y a un lien à établir avec la question d'accès au logement et de ressources disponibles chez ces jeunes mères, et plus généralement le niveau socioéconomique de la population.

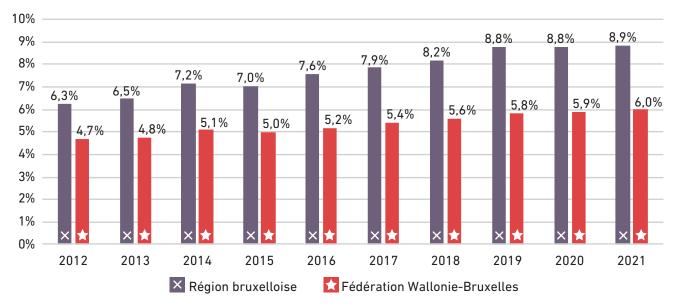
2.3.2.6 Évolution des mères de 40 ans et plus

Une grossesse est considérée comme tardive à partir du moment où la femme a passé 40 ans. Les mères âgées de 40 ans ou plus n'ont cessé d'augmenter ces

dernières années à Bruxelles. Elles sont passées de 984 mères en 2012 à un nombre de 1234 en 2021, soit une augmentation de 25% sur la décennie. Sur l'ensemble des accouchements de ces 10 années, les femmes de cette catégorie d'âge représentent 7,6% des mères en Région bruxelloise.

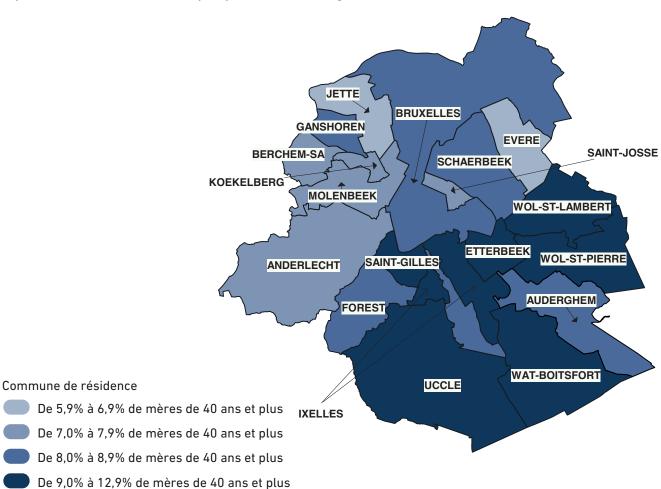
Le nombre de mères âgées de 40 ans et plus en Fédération Wallonie-Bruxelles était de 2831 mères en 2021. Ce nombre a augmenté de près de 12% par rapport à 2012 où on décomptait 2533 mères de 40 ans et plus. En Fédération Wallonie-Bruxelles, 5,3% des mères ont 40 ans ou plus en moyenne sur les 10 années.

Évolution des mères de 40 ans et plus, en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Répartition des mères de 40 ans et plus par commune en Région bruxelloise entre 2019 et 2021



Définition : Proportion de mères résidant en Région de Bruxelles-Capitales, ayant accouché après leur 40e anniversaire.

Proportion de mères de 40 ans et plus en région de Bruxelles : 8,8%.

N = 41.539 mères

Données BDMS-ONE « Avis de naissance » 2019-2021

Une grossesse qui débute après l'âge de 45 ans est qualifiée d'« ultra tardive». Dans cette catégorie, la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE décrit un nombre en légère augmentation chaque année, avec environ 200 femmes sur l'ensemble de la Fédération, et dont la moitié de celles-ci réside à Bruxelles (il est à rappeler que 30% des accouchements de la Fédération en 2021 sont ceux de résidentes en Région bruxelloise).

Au-delà de 45 ans, les risques de complications sont démultipliés. Pour la maman, les principales maladies sont le diabète de grossesse (2 fois plus de risques à 45 ans qu'à 30-34 ans), et l'hypertension artérielle (3 fois plus de risques à 45 ans qu'à 30-34 ans)².

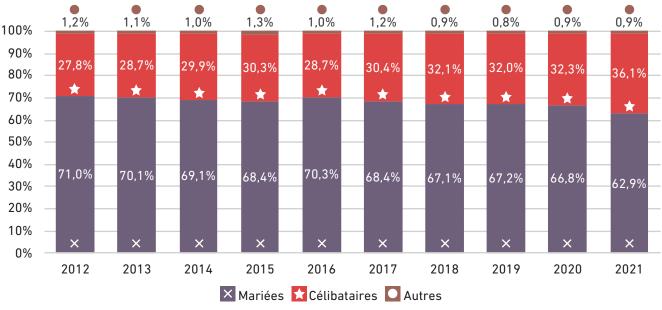
Pour le bébé, la naissance prématurée et le risque de mort in utéro sont également fortement accrus.

2.3.3. L'état civil des mères

L'état civil est la situation matrimoniale légale de la mère. Il s'agit de sa situation conjugale au regard de la loi.

En principe, l'état civil est constitué de plusieurs éléments qui permettent l'identification d'une personne dans sa famille ou au sein de la société.

Évolution de l'état civil des mères au moment de l'accouchement en Région bruxelloise de 2012 à 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la situation de l'état civil des mères montre une tendance continue à la hausse pour les mères célibataires et à l'inverse dans les proportions similaires, une diminution des mères mariées. Celles-ci restent cependant majoritaires dans la Région bruxelloise (presque 63% en 2021), contrairement à l'ensemble de la Fédération où les mères avec un statut de « mariées » représentent 42,2% des nouvelles accouchées de la même année.

La proportion de mères célibataires, en augmentation, est passée de 27,8% à 36,1% en 10 ans et les mariées de 71,0 à 62,9%.

Les autres statuts de mères sont passés de 1,2% à 0,9% en 10 ans. Cette catégorie regroupe les mères dont l'état civil mentionne le statut de divorcées, séparées et veuves.

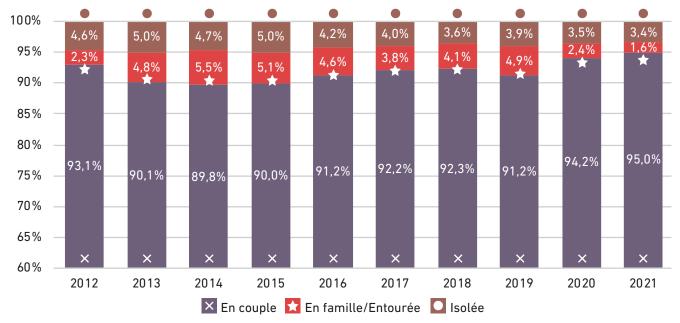
2.3.4. La situation relationnelle des mères à l'accouchement

La situation relationnelle complète l'indicateur ci-dessus. Elle indique le statut effectif de la mère dans sa relation ou dans l'union et approche également l'entourage de la mère.

Etant donné que la situation de cohabitation peut recouvrir des cas très divers, et pour éviter des biais dus aux dispositifs fiscaux de ce statut, on peut croiser l'état civil et la situation relationnelle pour estimer les mères vivant en cohabitation avec leur compagnon.

² J. Belaisch-Allart et al, Désir tardif d'enfant, les risques materno-fœtaux, in 32e journées nationales, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, vol. 2008, Paris

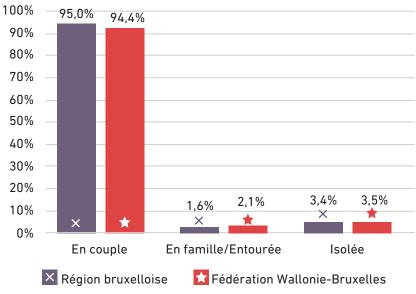
Évolution de la situation relationnelle de la mère en Région bruxelloise de 2012 à 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Une très large majorité des mères vit en couple, tant en Région bruxelloise (95,0%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (94,4%) en 2021. Ces proportions sont relativement stables ou varient très peu depuis 10 ans. En Région bruxelloise, les proportions de mères vivant entourées de leur famille (1,6% en 2021) semblent en diminution depuis 3 ans de même que celles vivant isolées (3,4% en 2021). L'isolement des mères dans la Région représente près de 350 femmes chaque année et, en Fédération Wallonie-Bruxelles, plus de 1500 mères chaque année.

Situation relationnelle de la mère en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2021

La situation relationnelle est donc un état de fait, une approche fonctionnelle permettant au PEP's d'estimer le besoin, de susciter la demande en accompagnement. Le support social de la mère, ses relations étant déterminants pour son bien-être et celui du nouveau-né.

2.3.4.1 Les mères vivant seules

Les mères vivant seules regroupent les femmes isolées dans leur logement et celles qui vivent en maison d'accueil. Une maison d'accueil est un dispositif de logement et d'hébergement pour les femmes enceintes ou mères en difficulté, en situation de précarité, qui subissent ou risquent de subir des violences familiales, ou encore en situation de grande fragilité.

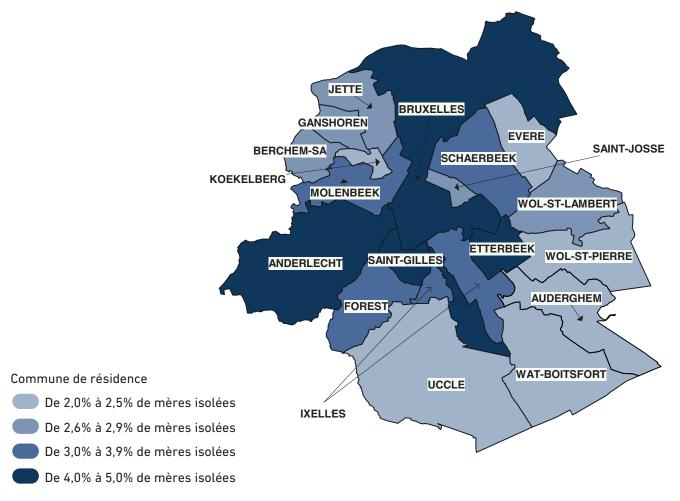
La prise en charge et le soutien visent à (re)construire l'avenir, en lien avec les services sociaux. Dans ce sens, les maisons d'accueil aident à sortir de l'isolement, par l'attribution d'hébergements dans lesquels les espaces et équipements sont collectifs. Au-delà de l'hébergement, l'accompagnement par les maisons d'accueil aide à l'acti-

vation des droits et du réseau, mais peut également aider dans les démarches pour un logement ou l'inscription dans une structure d'accueil ou l'école pour les enfants.

Les places dans ce type d'hébergement sont cependant peu disponibles, suité à une demande importante. La durée est généralement limitée dans le temps et le secteur, doté de professionnels de l'aide sociale, sont confrontés à un public de plus en plus soumis à des difficultés matérielles, sociales, de logement, de santé et psychologiques.

2.3.4.2 La répartition des mères isolées par commune en Région bruxelloise

Répartition des mères isolées (vivant seules ou en maison d'accueil) par commune en Région bruxelloise entre 2019 et 2021



Définition : Proportion de mères vivant seules ou en maison d'accueil avec leur nouveau-né Proportion de mères isolées en Région de Bruxelles : 3,5%. N=28.956 mères

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2019-2021

En Région bruxelloise, certaines communes comme Etterbeek, Anderlecht, Saint-Gilles, Saint-Josse et Bruxelles présentent des proportions de mères isolées plus élevées que la moyenne. La surreprésentation de l'isolement de fait par commune de résidence, peut être expliquée par les zones de regroupement de certaines populations issues de l'immigration, les quartiers étudiants ou encore l'accessibilité des logements modestes ou sociaux.

2.3.4.3 Le sentiment d'isolement

L'isolement social renvoie à des composantes très diverses qui vont des caractéristiques du réseau d'aidants; la provenance de l'aide; les caractéristiques de liens existant entre les membres de ce réseau, etc.

Il désigne donc des réalités distinctes : les aspects relationnels ; le sentiment d'isolement ou encore l'absence de compagnie familiale à l'intérieur du ménage, durablement ou temporairement. Il suggère ainsi des pistes à explorer pour accompagner au mieux.

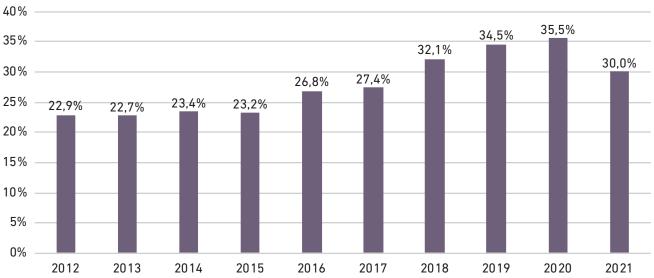
2.3.5. La nationalité d'origine de la mère

La nationalité d'origine de la mère est sa nationalité au moment de sa naissance. L'intérêt de récolter l'information sur l'origine de la mère a un impact aux plans physique, génétique, culturel, ... cette diversité est importante à relever dans l'approche du professionnel qui va accompagner la famille. La protection de la mère et du nouveau-né passe donc par une approche holistique de la santé de la population et vise une amélioration globale et transgénérationnelle de la santé publique³. Certaines caractéristiques liées à l'origine ont un impact dans l'accès aux services et aux droits.

La Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE a répertorié plus de 180 nationalités différentes au moment de la naissance pour les mères qui résident en Région bruxelloise sur une période de 10 ans et, pour la seule année 2021, les nouvelles accouchées sont issues de 152 pays différents.

Trois mères sur dix sont d'origine belge (30,0% en 2021). La part de mères dont la nationalité à la naissance est belge est restée relativement constante entre 2012 et 2015, autour de 23%. A partir de 2016, la proportion de mères d'origine belge a augmenté continuellement pour atteindre 35,5% en 2020. Et, cette proportion est retombée à 30% en 2021.

Évolution de la proportion de mères d'origine belge en Région bruxelloise de 2012 à 2021



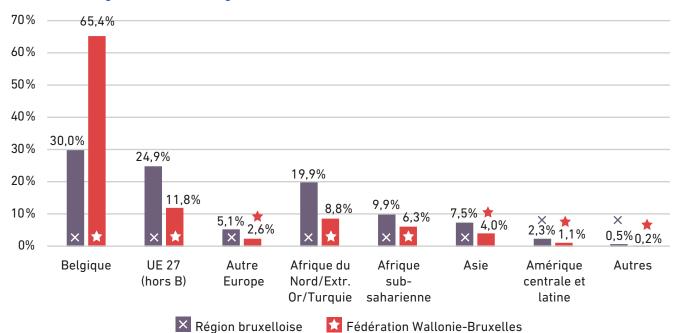
BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Les régions d'origine des mères résidant en Région bruxelloise sont très diverses. Et, les mères issues du même continent ou de la même sous-région du monde ne peuvent être assimilées dans une approche unique, chaque situation étant particulière dans l'accompagnement des familles. Les régions d'origine les plus courantes sont l'Union Européenne (24,9%); l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient et la Turquie (19,9%) et l'Afrique subsaharienne (9,9%).

Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, à l'inverse, on dénombre 2 mères sur 3 d'origine belge. Dans la même hiérarchie que pour la Région de Bruxelles-Capitale, le tiers de mères restant est originaire de l'Union Européenne d'abord (11,8%) ensuite d'origine Nord-Africaine, du Moyen-Orient ou de Turquie (8,8%). Ensuite viennent les pays de l'Afrique subsaharienne (6,3%).



Nationalités d'origine des mères en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2021

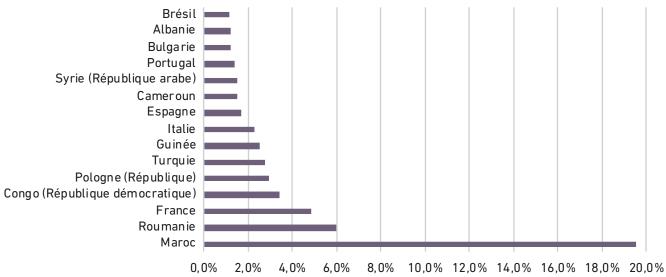
Au cours de la décennie, l'augmentation est plus marquée pour l'origine belge (+7,1%) en Région bruxelloise, suivie des origines européennes (UE 27:+3,5%) et, à l'inverse, les origines Nord-Africaines et subsahariennes déclinent de -7,5% et -2,4% dans la région, ainsi que les origines latino-américaines (-1,1%). Le reste des régions du monde représentées est relativement stable ou varie peu (reste de l'Europe: +0,7%; Asie: -0,4%; et les « autres » régions que sont l'Amérique du Nord et l'Océanie: +0,1%).

Les nationalités étrangères les plus couramment rencontrées au moment de l'accouchement par les professionnels de l'ONE ces 10 dernières années en Région bruxelloise sont reprises dans le graphique, ci-après. Parmi les nationalités d'origine étrangère, la nationalité d'origine marocaine est la plus représentée. Elle est aussi celle dont le poids (en pourcentage) diminue le plus parmi les mères ayant accouché entre 2012 et 2021.

Les autres nationalités de mères en diminution sont le Congo (RD), la Pologne, la Turquie.

D'autre part, parmi les nationalités étrangères représentées en Région bruxelloise, certaines augmentent leur poids dans la population des accouchées, à l'instar de la Roumanie, de la Syrie⁴ ou de l'Inde.

Proportions d'origines étrangères les plus courantes chez les mères de la Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2021

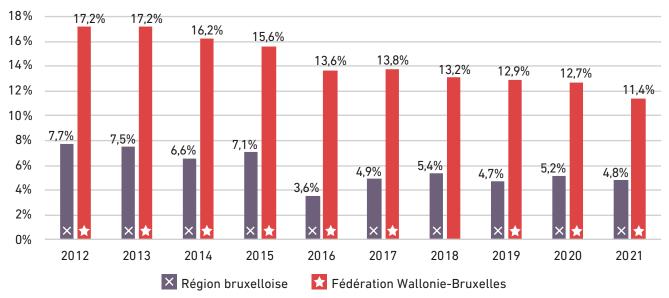
https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-proche-orient/20140509.RUE3515/les-doms-gitans-meconnus-et-refugies-syriens-invisibles.html

⁴ Il s'agit de communautés de Dom, Dummi, Nawar, Kurbat ou Zott, parlant le domari, de confession musulmane. Elles sont installées un peu partout, du Moyen-Orient à l'Asie centrale. En dehors de la Syrie, on les rencontre au Liban, en Turquie, en Jordanie, en Israël et dans les territoires palestiniens. Mais aussi à Chypre, au Kurdistan irakien, en Iran, en Ouzbékistan et en Afghanistan. Les Doms, souvent sans papier, ont caché leur identité pour ne pas être exclus par les Arabes ou les Kurdes.

2.3.6. Les habitudes tabagiques

Les habitudes tabagiques sont relevées sur base déclarative des mères. Elles concernent uniquement la consommation quotidienne de tabac sous forme de cigarettes, et pas les autres substances ou produits à base de tabac.

Évolution des proportions de mères fumeuses en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles de 2012 à 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Globalement, la consommation de cigarettes au quotidien par les mères est en diminution depuis dix ans en Fédération Wallonie-Bruxelles. La proportion de fumeuses y est passée de 17,2% à 11,4% entre 2012 et 2021. En Région bruxelloise, la proportion moyenne de mères fumeuses autour de l'accouchement est plus basse (5,6%) que celle de la Fédération (14,4%) du fait de la structure sociale de la population de la Région. La diminution y est également observée durant la décennie (de 7,7% à 4,8%). Cependant, elle a été plus marquée jusqu'en 2016 (3,6%), et, à partir de 2017, une augmentation et une certaine stabilité autour de 5% de mères fumeuses sont constatées.

La consommation de cigarettes est plus fréquente chez les femmes de moins de 25 ans, et d'origines belge ou européenne.

En Région bruxelloise, 5,6% de mères déclarent fumer des cigarettes quotidiennement et, celle-ci, fument en moyenne 6 cigarettes par jour.

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

La corpulence de la mère avant la grossesse est calculée par le BMI ou IMC (Indice de masse corporelle) en français qui est le rapport entre le poids et le carré de la taille.

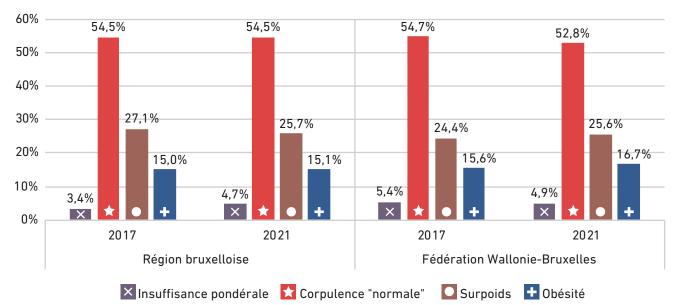
Cette formule permet une classification décrite par l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, comme suit :

	IMC (kg/m²)
Insuffisance pondérale	< 18.50
Corpulence « normale » ou moyenne	18.50 – 24.99
Surpoids	25.00 - 29.99
Obésité	≥ 30.00

2.3.7.1 La corpulence de la mère avant sa grossesse

L'IMC ou indice de masse corporelle des mères est un calcul qui permet de déterminer avec objectivité la corpulence des mères en dehors de la grossesse. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, cet indicateur permet d'établir une classification standard de référence internationale en matière de surcharge pondérale. La formule de l'IMC qui rapporte le poids à la taille n'est valable que pour les adultes âgés de 18 à 65 ans. Dans la BDMS, cette variable a été intégrée en 2016.

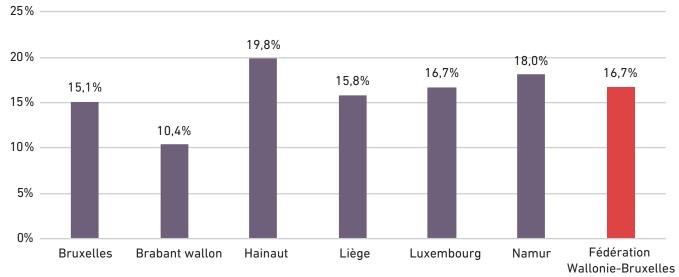
Corpulence de la mère avant la grossesse en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2017 et en 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2017 à 2021

Des différences existent entre les Régions et, au sein de la même région, entre les provinces. Ainsi, les proportions d'obésité chez les femmes en âge de procréer sont plus élevées en Wallonie qu'à Bruxelles, et plus spécifiquement dans les provinces de Hainaut et de Namur en 2021.

Proportions de mères en situation d'obésité avant la grossesse par subrégion en 2021



BDMS-ONE « Avis de naissance » 2021

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. Le nombre de cas d'obésité dans le monde n'a cessé d'augmenter. Plus de 70% des personnes seront en excès de poids d'ici 2030 en Europe selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Parmi elles, 25% seront obèses.

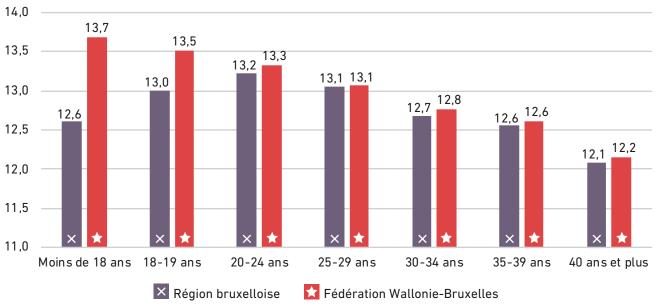
En Europe, on estime actuellement qu'environ 25% des femmes enceintes souffrent d'obésité, chiffre qui grimpera à près de 40% dans les années qui viennent.

L'alimentation de la femme enceinte fait partie des programmes de santé prioritaires de l'ONE en matière de prévention périnatale. Les professionnels de terrain mènent de nombreux projets pour une plus grande attention à l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes enceintes, notamment dans le but d'éviter des problèmes au cours de la prochaine génération. Il s'agit de lutter contre l'obésité, mais également d'autres maladies liées au régime alimentaire telles que le diabète, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux.

2.3.7.2 La prise de poids lors de la grossesse

En moyenne, la prise de poids de la mère durant sa grossesse tourne autour de 12 kilogrammes en Région bruxelloise comme en Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle est variable, entre autres, selon l'âge de la mère et selon la corpulence.

Prise de poids, en kg, durant la grossesse selon l'âge de la mère en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2017 et 2021

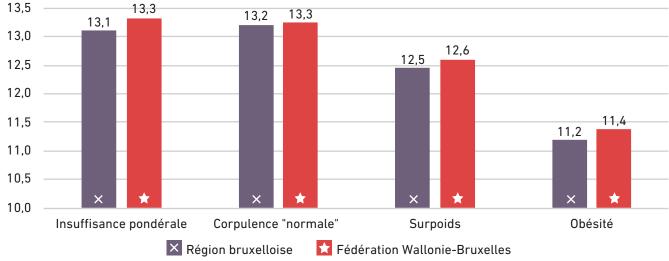


BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2017-2021

En Fédération Wallonie-Bruxelles, on peut décrire que la prise de poids décroît avec l'âge de la mère. Plus l'âge recule, moins la prise de poids durant la grossesse est marquée. Les femmes les plus âgées prennent donc moins de poids lors de la grossesse. En Région bruxelloise, cette tendance n'est pas observée chez les plus jeunes femmes du fait qu'elles cumulent un certain

nombre de difficultés de type sociales et parfois administratives. Ces jeunes femmes sont plus souvent d'origine étrangère et peuvent être confrontées aux problèmes de logement ou de ressources, entravant l'assouvissement des besoins de base et la qualité de leur alimentation, étant parfois encore en croissance.

Prise de poids, en kg, de la mère durant la grossesse en fonction de sa corpulence avant la grossesse en Région bruxelloise et en FWB entre 2017 et 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2017-2021

La prise de poids de la femme au cours de la grossesse décroît selon que la corpulence augmente. En moyenne, deux kilogrammes de différence sont marqués entre les mères de corpulence dite « normale » (soient environ 13 kilogrammes pris durant la grossesse) et les mères qui présentent une obésité avant leur grossesse (environ 11 kilogrammes au cours de la grossesse) pour les données de naissances cumulées 2017 à 2021.

D'autre part, la littérature décrit une prise de poids durant la grossesse plus élevée chez les primipares que chez les autres mères.

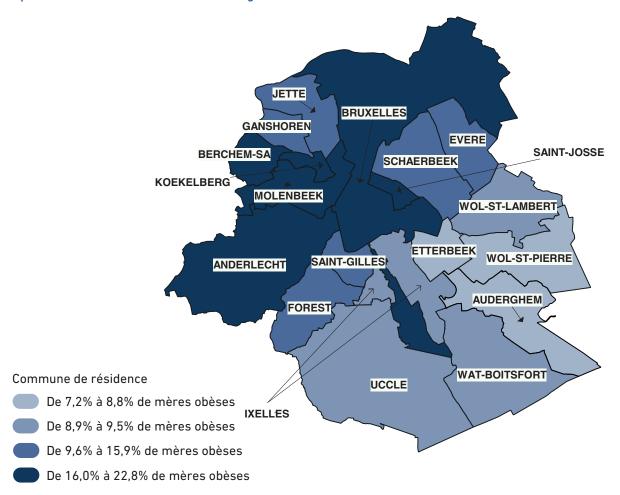
L'accompagnement par les PEP's de l'ONE en prénatal vise à aider la mère à contrôler sa prise de poids durant la grossesse et à retrouver son poids initial après l'accouchement. La prise en charge en postpartum se poursuit après la naissance afin d'instaurer de nouvelles habitudes durables au sein de la famille et prévenir ainsi l'obésité chez l'enfant.

Les programmes de lutte contre l'obésité reposent sur 3 principes fondamentaux que sont la multidisciplinarité, la personnalisation et la prise en charge au long cours⁵.

2.3.7.3 Répartition territoriale de l'obésité des mères

En Région bruxelloise, la problématique de l'obésité des mères avant leur grossesse n'est pas équitablement répartie entre les communes de résidence.

Répartition de l'obésité de la mère avant la grossesse selon la commune de résidence entre 2019 et 2021



Définition : Proportion de mères ayant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m^2 Proportion de mères en situation d'obésité avant leur grossesse en Région de Bruxelles : 15,1%. N = 16.642 mères

Données BDMS-ONE « Avis de naissance » 2019-2021

Les communes de la Région de Bruxelles-Capitale se regroupent selon le niveau socioéconomique. Les communes les plus favorisées présentent les proportions les plus faibles d'obésité des mères pour les données cumulées des 5 dernières années.

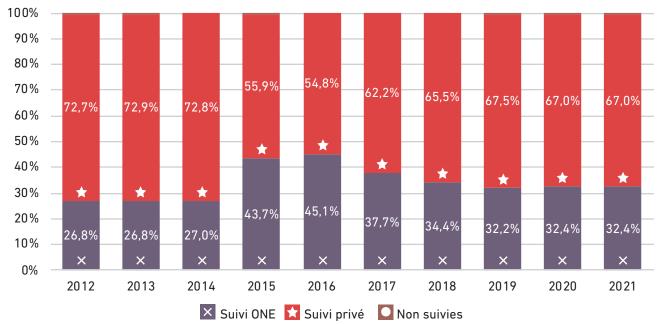
2.3.8. Le suivi de la mère durant la grossesse

L'accompagnement de la famille et des femmes enceintes se fait au sein de différentes structures de soins et par différents professionnels. Selon la situation individuelle et le pronostic, des références et collaborations peuvent être opérées entre ces professionnels, des demandes d'avis ou des compléments d'examens. L'ONE mène essentiellement un suivi préventif et préconise un accompagnement à plus ou moins long terme de la famille dès cette inscription au sein du suivi prénatal. La consultation préconceptionnelle peut également intervenir avant cet épisode et montrera alors toute son importance dans cet objectif-là.

Au moment de l'accouchement, la question du suivi de la grossesse est posée de façon rétrospective. Elle permet d'estimer la part des familles ayant déjà eu un contact avec l'ONE, et de proposer à toutes un accompagnement médico-social préventif du nouveau-né.

⁵ Hôpitaux Universitaires de Genève ; Contrepoids® Maternité : Un suivi spécial pour les femmes enceintes souffrant d'obésité ou de surpoids ; Dossier de presse ; 20 janvier 2017

Évolution du suivi prénatal des mères en Région bruxelloise de 2012 à 2021



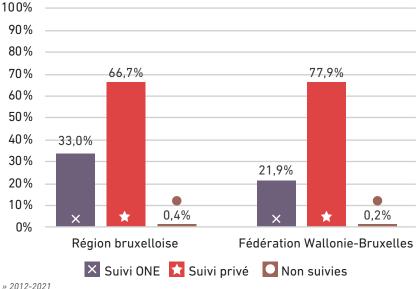
BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

En Région bruxelloise, en moyenne (2012-2021) 1 mère sur 3 a été suivie par une structure ONE durant sa grossesse. Cette proportion a varié entre les années 2014 et 2017, avec une augmentation de 27% à 43% de couverture entre 2014 et 2015, puis une diminution de 2016 à 2018 de 45,1% à 34,4%. Les 2 autres mères ont bénéficié d'un suivi privé ou hospitalier. Et, chaque année dans la région, des dizaines de femmes vont accoucher sans jamais avoir consulté un(e) professionnel(le) sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue. Ce nombre est en augmentation ces dernières années pour se situer à 73

mères en 2021 qui ont accouché sans avoir bénéficié d'un suivi prénatal. Il était de 40 en 2020, 19 en 2019 et 9 en 2018. La moyenne se situe à environ 25 mères par an.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe également une augmentation du nombre de mères non suivies pour leur grossesse avant l'accouchement ces 5 dernières années. En 2021, elles ont été 150 à avoir échappé à tout le réseau de surveillance prénatal en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Suivi prénatal des mères en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles. Données cumulées entre 2012 et 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

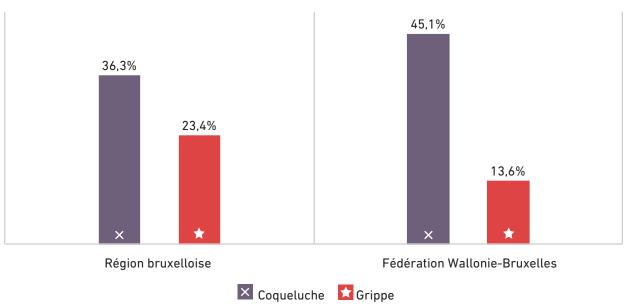
L'absence de suivi peut révéler des situations problématiques chez la mère aux plans psychomédicosociaux (détresse, contexte de violence, précarité, déni de grossesse, problème de santé mentale, isolement, rupture des relations familiales, problème d'accessibilité, contexte de migration, etc.). Le suivi par l'ONE, pour rappel se fait au sein de ses consultations hospitalières et ses consultations de quartier (et des plateformes prénatales implantées en Wallonie). Il arrive régulièrement que les femmes enceintes résidant dans une autre région bénéficient d'un suivi dans une structure ONE implantée en Région bruxelloise et vice-versa.

2.3.9. La vaccination de la mère au cours de sa grossesse

La question relative à la vaccination durant la grossesse intégrée à l'« Avis de naissance » sous-entend toute vaccination de la femme enceinte jusqu'avant son accouchement.

Il existe des différences au niveau des subrégions en matière de couverture vaccinale des mères contre la coqueluche et contre la grippe. Pour les résidentes en Région bruxelloise, 36,3% sont vaccinées contre la coqueluche au cours de leur grossesse et 23,4% contre la grippe saisonnière. En Fédération Wallonie-Bruxelles, sur base des données de naissances ONE, ces proportions sont de 45,1% et 13,6% respectivement.

Taux de vaccination des mères durant la grossesse en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2021

La vaccination contre la grippe se fait durant la saison hivernale, soit une partie de l'année. Les taux attendus devraient dans ce cas de figure être plus bas que ceux attendus pour la coqueluche. En Région bruxelloise, le rapport entre la part des mères vaccinées contre la grippe et les mères vaccinées contre la coqueluche est presque de 2/3, alors que ce ratio pour toute la Fédération est de près 1/4.

2.4. LES DONNEES DE NAISSANCES

Les naissances reprises dans le tableau ci-dessous sont constituées de naissances vivantes au moment du contact avec la famille.

L'accompagnement des familles, le soutien des parents, le suivi médico-social de l'enfant prennent racine dans ce contact en maternité avec le professionnel de l'ONE.

2.4.1. 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.

Évolution du nombre d'enfants nés en Région bruxelloise de 2012 à 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Naissances uniques	16343	16503	16652	16136	16081	15732	14634	14317	13022	13716	153136
Jumeaux	430	474	507	424	456	401	358	393	366	455	4264
Triples et autres	20	11	18	26	18	12	7	6	6	15	139
TOTAL	16793	16988	17177	16586	16555	16145	14999	14716	13394	14186	157539

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Les naissances multiples représentent en moyenne 2,8% des naissances entre 2012 et 2021. En 2021, elles représentaient 3,2% des nouveau-nés. Elles sont essentiellement constituées de naissances gémellaires.

Il peut survenir 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 ou de transfert en unité de soins intensifs. Cette situation engendre un nombre impair de naissances comme il peut être le cas dans le tableau ci-dessus pour des jumeaux.

Les naissances diminuent de façon constante ces dernières années en Région bruxelloise comme pour les autres Régions et la Belgique. Cette diminution pour la Région est de 15,5% entre 2012 et 2021.

2.4.2. Le sex-ratio à la naissance

Le rapport entre le nombre de nouveau-nés de sexe masculin et le nombre de nouveau-nés de sexe féminin est supérieur à 1 dans la plupart des régions du monde où il est généralement, à la naissance, favorable au sexe masculin. En 2021, en Région bruxelloise, naissent 106 garçons pour 100 filles d'après les données « Avis de naissance » de la BDMS de l'ONE.

2.4.3. Présentation de l'enfant lors de l'accouchement

Lors de l'accouchement, l'enfant se présente la plupart du temps par le sommet, c'est-à-dire par la tête (94,6% des naissances). Dans des proportions moindres, le nouveau-né peut également se présenter par le siège (4,8%) ou de manière transverse (0,6%).

Ces proportions sont constantes dans le temps et dans toutes les subrégions.

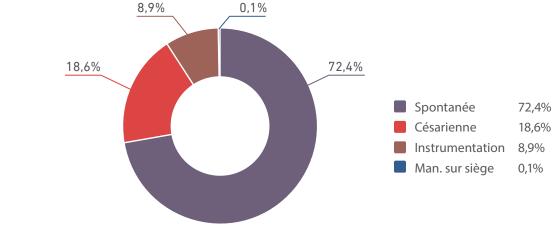
2.4.4. Le mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement

Le mode d'expulsion ou mode d'accouchement est la manière avec laquelle 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.

Entre 2012 et 2021 en Région bruxelloise, 72,4% des enfants sont nés de manière spontanée. Un peu plus d'une naissance sur cinq s'est faite par césarienne dans cette même période (18,6%) et l'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 8,9% des naissances. Et, pour un peu plus d'une dizaine de naissances où l'enfant se présente par le siège ou de manière transverse, les professionnels recourent à une manœuvre (0,1% des naissances).

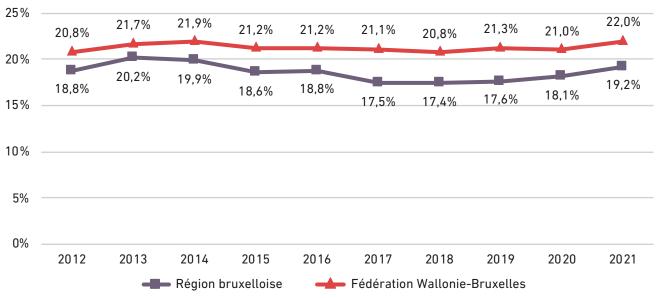
Répartition du mode d'expulsion de l'enfant lors de sa naissance en Région bruxelloise entre 2012 et 2021



2.4.4.1 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.

Évolution des taux de césariennes en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Entre 2012 et 2021 en Région bruxelloise, les proportions de naissances survenant par césariennes ont très peu évolué. Ces chiffres sont restés plus bas que ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles, et égaux ou en dessous de 20%. Cependant, cette tendance est en très légère augmentation de façon continue depuis 2018. En 2021, 19,2% des enfants sont nés par césarienne. Pour la même année en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce taux est de 22,0%.

Lorsque l'on analyse les données par maternité, on peut également observer des écarts relativement importants entre les institutions hospitalières.

2.4.4.2 L'expulsion selon la présentation de l'enfant

Lorsque l'on croise le mode d'expulsion selon la présentation de l'enfant, on constate que parmi les enfants se présentant en siège, 83,5% des enfants sont nés par césarienne.

L'usage des instruments est plus souvent une option lorsque l'enfant se présente par le sommet et, la manœuvre obstétricale est essentiellement faite dans les situations de présentation par le siège ou de façon transverse (par l'épaule).



2.4.5. 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.

2.4.5.1 Les catégories d'âge gestationnel

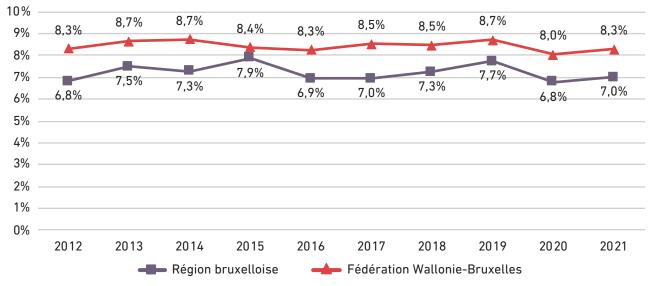
Il existe plusieurs définitions de l'âge gestationnel. Il peut se baser sur les dernières règles ; mesuré par une échographique pour gagner en précision et éventuellement le corriger ou encore défini après la naissance sur base de facteurs cliniques.

2.4.5.2 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 37e semaine accomplie, on dit qu'il est prématuré.

En Fédération Wallonie-Bruxelles et sur base des données BDMS, la prévalence de la prématurité est de 8,3% en 2021. En Région bruxelloise la même année, la proportion de prématurité est 7,0%. Elle est restée relativement stable ces dix dernières années, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Région bruxelloise.

Évolution des taux de prématurité en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Chaque année en Région bruxelloise, plus de 750 enfants naissent trop tôt, donc avant terme. Pour la Fédération toute entière, ce sont 4000 nouveau-nés qui chaque année, naissent avant 37 semaines de grossesse.

2.4.5.3 Les types de prématurité

On peut distinguer la prématurité moyenne, caractéristique des enfants nés entre 34 et 36 semaines de grossesse ; la grande prématurité (naissances survenant entre 28 et 33 semaines de grossesse) et la très grande prématurité qui caractérise toute naissance avant la 28e semaine.

Les proportions de prématurité différent selon le nombre d'enfants nés de la grossesse. La prématurité est plus fréquente dans des situations de grossesses gémellaires ou multiples que pour les grossesses singletons. L'âge gestationnel est déterminant pour le pronostic vital de l'enfant.

2.4.5.4 Les causes et conséquences de la prématurité

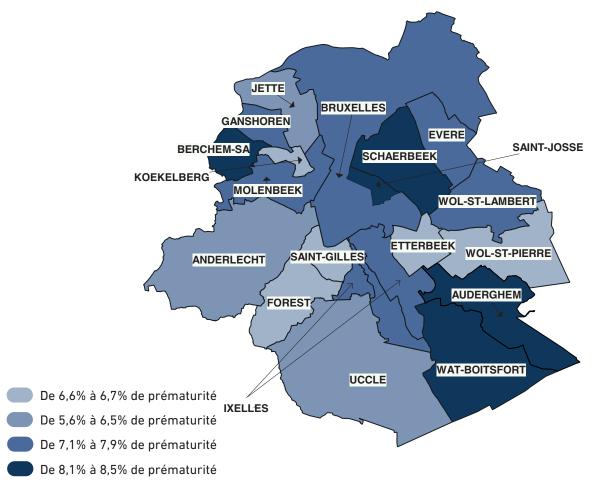
Les causes de prématurité ne sont pas toujours connues. On estime même que c'est le cas pour la moitié des situations de naissances avant terme.

Il existe cependant des causes directes (infections, malformations), des causes indirectes (hypertension, diabète) et des facteurs de risque (niveau socioéconomique, isolement, tabagisme, etc.) en matière d'étiologie de la prématurité.

Entre les causes qui peuvent interagir entre elles, et les facteurs de risque, on peut également évoquer un certain nombre de signes de menace. Les risques liés à la prématurité sont divers et peuvent entraîner des conséquences à court et à long terme.

2.4.5.5 Répartition de la prématurité par commune en Région bruxelloise

Répartition de la prématurité par commune en Région bruxelloise entre 2019 et 2021



Définition : Proportion des enfants nés avant la 37e semaine de grossesse Proportion de prématurité en Région de Bruxelles : 7,2%. N = 34.229 nouveau-nés

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2019-2021

2.4.6. Le poids de l'enfant à la naissance en Région bruxelloise

Lors de la naissance d'un enfant, le poids est une des mensurations incontournables qui intéressent et les soignants et les parents.

2.4.6.1 Le poids médian du nouveau-né

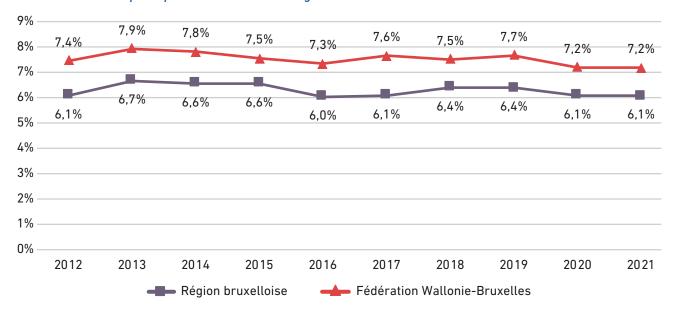
Le poids médian à la naissance de l'enfant est de 3340 grammes en Région bruxelloise en 2021. Il est un petit peu plus élevé qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (3280 grammes).

2.4.6.2 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.



Évolution des taux de petits poids de naissance en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, ces dix dernières années, la proportion de petits poids de naissance a peu varié. Elle a oscillé entre 7% et 8% (7,5% en moyenne). En Région bruxelloise, la proportion de petits poids à la naissance des enfants se situe à un niveau plus bas que celui de la Fédération, autour d'une moyenne de 6,3%.

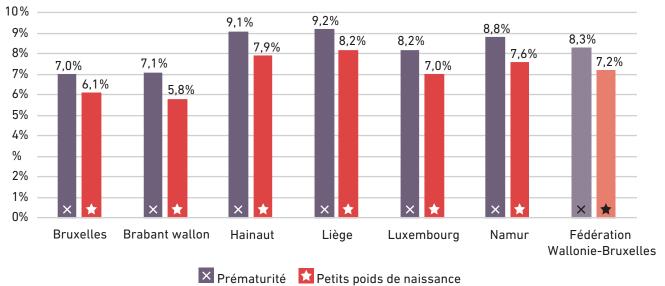
En 2021, la proportion de petits poids de naissance est de 6,1% en Région bruxelloise et 7,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.4.6.3 Les différences régionales

2.4.6.3.1 Entre les subrégions

Le poids de naissance d'un enfant varie d'une région à l'autre, et même d'une commune à l'autre au sein de la même subrégion.

Comparaison entre subrégions de la prématurité et des petits poids de naissance en 2021



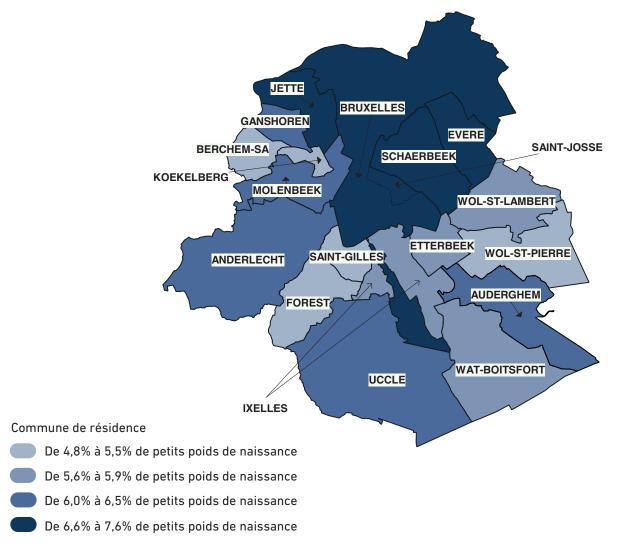
BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2021

Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer des taux élevés de petits poids à la naissance des enfants : l'âge de la mère ; sa corpulence ; les conditions de travail ; précarité ; le stress ; les habitudes tabagiques ; les déséquilibres alimentaires ; les infections, les complications liées à la grossesse ; etc.

La comparaison entre les provinces de Wallonie et de la Région de Bruxelles-Capitale montre des proportions de prématurité supérieures à celles de petit poids de naissance au sein de la même entité géographique. La prématurité est multifactorielle, avec un pendant inhérent aux inégalités socioéconomiques, mais aussi un effet de l'âge des mères. Les petits poids de naissance ont aussi une dimension socioéconomique, avec une conséquence directe et plus marquée liée aux habitudes et/ou expositions tabagiques.

2.4.6.3.2 Différences entre les communes en Région bruxelloise

Répartition des petits poids de naissance par commune en Région bruxelloise entre 2019 et 2021



Définition : Proportion des enfants avec un poids de naissance inférieur à 2500 grammes Proportion de petits poids de naissance en Région de Bruxelles : 6,2%. N = 41.561 nouveau-nés

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2019-2021

Les communes de la Région bruxelloise présentent des taux de petits poids de naissance variables. Certaines se situent autour de 5% de petits poids de naissance (Woluwe-Saint-Pierre, Saint-Gilles, Forest, ...), d'autres se rapprochent de 7% de petits poids de naissance ou dépassent ces taux (Saint-Josse, Schaerbeek, Jette, etc.). Et, entre les 2 groupes, une partie des communes dont les taux de petits poids se rapprochent de la moyenne régionale (Ganshoren, Molenbeek, etc.)

2.4.6.4 Le petit poids de naissance et la corpulence de la mère

L'obésité (ici, avant la grossesse) est associée à toute une série de résultats défavorables, pour la mère, comme pour le développement et la santé de l'enfant⁶.

2.4.7. Les scores d'Apgar

Les scores d'Apgar sont des indices issus du test d'Apgar⁷ 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
- et la réactivité.

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

⁶ C. E. Sanchez C. Barry A. Sabhlok K. Russell A. Majors S. H. Kollins B. F. Fuemmeler; Maternal pre-pregnancy obesity and child neurodevelopmental outcomes in Obesity review: a meta-analysis of pediatric obesity, 22 November 2017 A lire sur https://doi.org/10.1111/obr.12643

Chacun des éléments est noté à 0, 1 ou 2 points, selon les conditions observées et ceci à 1 minute et à 5 minutes de vie de l'enfant. Le résultat maximal est de 10, suggé-

rant la meilleure condition de santé possible, alors qu'un score en dessous de 7 réfère à une détresse.

2.4.7.1 A la première minute de vie de l'enfant

Évolution du score d'Apgar de l'enfant à la première minute de vie en Région bruxelloise

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Apgar <7	6,4%	7,2%	6,6%	6,7%	6,8%	7,3%	6,6%	7,0%	6,3%	6,8%
7 <= Apgar <= 10	93,6%	92,8%	93,4%	93,3%	93,2%	92,7%	93,4%	93,0%	93,7%	93,2%

BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

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 d'enfants avec un score d'Apgar inférieur à 7 est de 6,8% en moyenne et, 93,2% des enfants ont un score d'Apgar compris entre 7 et 10 entre 2012 et 2021.

2.4.7.2 A 5 minutes de vie de l'enfant

Évolution du score d'Apgar des nouveau-nés à la 5e minute de vie en Région bruxelloise

		7	,		,			,		
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Apgar < 7	1,4%	1,6%	1,5%	1,6%	1,8%	2,1%	2,1%	2,0%	2,1%	2,2%
7<= Apgar <= 10	98,6%	98,4%	98,5%	98,4%	98,2%	97,9%	97,9%	98,0%	97,9%	97,8%

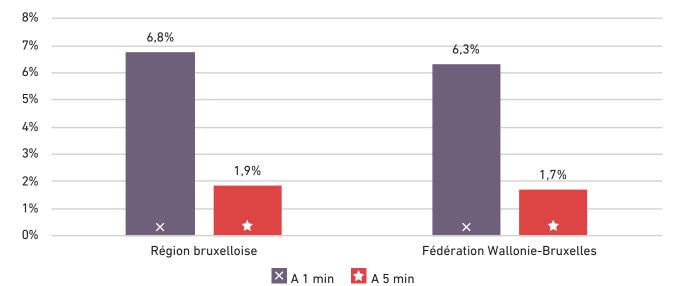
BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

A 5 minutes de vie de l'enfant sur base de données cumulées de 2012 à 2021, 1,9% des enfants ont un score d'Apgar inférieur à 7 et 98,1% des nouveau-nés ont un score d'Apgar compris entre 7 et 10.

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.

Au regard des données de la Fédération Wallonie-Bruxelles, on peut observer des taux légèrement plus élevés en Région bruxelloise qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles pour les scores d'Apgar inférieurs à 7 à la 1 re minute de vie et à la 5 e minute de vie. Ces différences ne sont cependant pas significatives.

Scores d'Apgar inférieurs à 7 à la 1re et à la 5e minute de vie de l'enfant en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2012 et 2021



BDMS-ONE « Avis de naissance » 2012-2021

2.4.8. L'allaitement maternel

L'allaitement maternel figure parmi les programmes de santé prioritaires mis sur pied par les collèges médicaux de l'ONE.

2.4.8.1 La mise au sein de l'enfant après l'accouchement

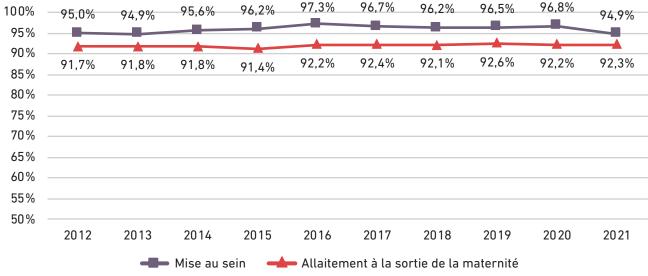
La mise au sein est le fait de porter au sein relativement rapidement après la naissance, son nouveau-né. La mise au sein est donc le mode d'alimentation de l'enfant le premier jour de sa vie, tout au plus quelques heures après la naissance. Il indique l'initiation de l'allaitement.

2.4.8.2 L'allaitement maternel à la sortie de la maternité

A 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'accouchement. L'allaitement mixte n'est donc pas pris en compte.

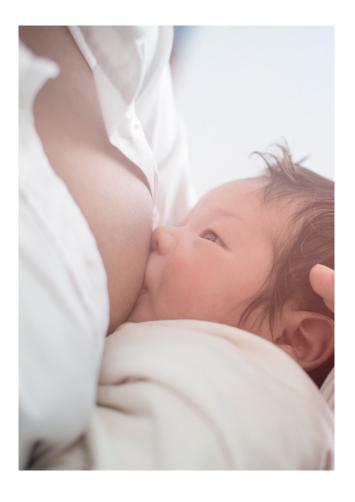
Évolution des taux de mise au sein et d'allaitement maternel à la sortie de la maternité en Région bruxelloise de 2012 à 2021



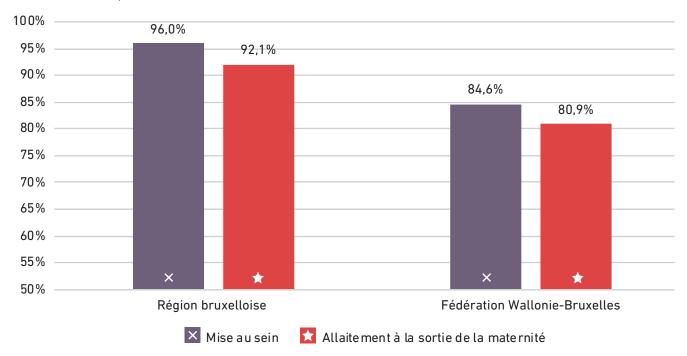
BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2010-2019

Les taux d'allaitement en Région bruxelloise sont relativement stables ces dernières années. Une très large majorité des nouveau-nés est allaitée durant le séjour à la maternité. La mise au sein après la naissance est cependant plus importante (96,0%) que l'allaitement les jours qui suivent (92,1%) en moyenne entre 2012 et 2021. Les évolutions sont moindres au fil des années. L'année 2021 montre cependant un léger fléchissement de la mise au sein après l'accouchement.

La comparaison avec les données globales de naissances connues par l'ONE montre des taux d'allaitement à ces deux moments plus élevés en Région bruxelloise que dans l'ensemble de la Fédération.



Taux de mise au sein précoce et d'allaitement à la sortie de la maternité en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles, entre 2012 et 2021



BDMS-ONE « Avis de naissance » 2012-2021

Les jours suivant l'accouchement, il arrive qu'un petit nombre de nouveau-nés abandonnent le sein maternel. Cette diminution est de l'ordre de 2.5% à 5%.

2.4.9. L'accompagnement en néonatalogie

Les PEP's sont souvent appelés à accompagner les familles ou les mères confrontées à l'hospitalisation du nouveau-né après sa naissance. Parfois, la mère doit sortir avant l'enfant et, le vécu de cette séparation interroge un certain nombre de dimension chez la mère qui vit cet événement.

Le professionnel ONE est un réel soutien de la famille par son écoute et offre un accompagnement en accord avec les réalités de la vie de la mère et de la famille. Sa disponibilité et sa connaissance du réseau et de l'environnement fait de lui un trait d'union entre la famille et les autres professionnels hospitaliers ou non hospitaliers. Il aide à préparer la sortie de l'enfant dans les meilleures conditions, en prenant en compte les démarches diverses, l'organisation de la vie familiale, le matériel pour le bébé, le suivi médicosocial, etc.

2.4.10. Les dépistages néonatals

2 dépistages sont pratiqués dans les premiers jours de vie de l'enfant. Ces données sont ventilées selon le lieu de naissance et non celui de résidence des familles, comme les autres parties de ce chapitre, l'activité étant centralisée par maternité. Les chiffres de participations aux dépistages suivent la même évolution que les naissances. Malgré la crise sanitaire COVID-19, les programmes de dépistage ont continué à fonctionner de manière performante.

Le dépistage de la surdité se pratique entre le 1er et le 5e jour de vie de l'enfant, généralement à la maternité (mais il peut aussi se faire en consultation ORL). Il est indolore et permet de déterminer si l'enfant souffre d'une surdité à la naissance. Cela ne présume en rien du développement ultérieur de problèmes d'audition. Le test coûte environ 12 € qui sont remboursés par les mutuelles dans le cadre de l'assurance complémentaire.

En Région bruxelloise, 9 maternités participent au programme de dépistage de la FWB. Cela représente un grand nombre d'enfants qui ont pu être suivis par le programme de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Évolution du nombre d'enfants ayant bénéficié du dépistage de la surdité de 2017 à 2020 en Région bruxelloise (9 maternités)

	2017	2018	2019	2020
Nombre d'enfants dépistés	17 164	16.409	15.809	14.959

Source : Centres de dépistage d'anomalies congénitales agréés par l'ONE

Il est à noter qu'une partie des naissances dans les hôpitaux de la Région est suivie par le programme de dépistage flamand. Le dépistage des anomalies congénitales est pratiqué entre le 2e et le 4e jour de vie de l'enfant, le plus souvent en maternité, mais aussi à domicile. Une prise de sang permet de récolter du sang sur un papier buvard qui est envoyé au laboratoire pour analyse. Depuis 2021, on dépiste 19 maladies rares, voire très rares. Si les parents ne reçoivent pas de nouvelles c'est que le résultat du dépistage ne présente aucune inquiétude pour l'enfant. Le test est entièrement gratuit.

En Région bruxelloise, le programme couvre l'ensemble des maternités de la Région, à l'exception de l'UZ-VUB à Jette qui participe au programme de dépistage flamand.

Les enfants nés à domicile ne sont pas comptés dans ces chiffres mais bénéficient bien du dépistage.

Pour en savoir plus : www.depistageneonatal.be.

Évolution du nombre d'enfants ayant bénéficié du dépistage des anomalies congénitales de 2017 à 2020 en Région bruxelloise (9 maternités)

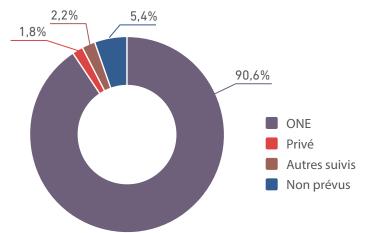
	2017	2018	2019	2020	
Nombre d'enfants	21.911	21.179	20.551	19.888	
dépistés	21.711	21.177	20.001	17.000	

Source : Centres de dépistage d'anomalies congénitales agréés par l'ONE

2.4.11. Le suivi médico-social préventif de l'enfant

De toutes les naissances de mères résidant en Région bruxelloise, plus de 80% des familles envisagent un suivi préventif de leur enfant par l'ONE. Ce suivi préventif peut être mené dans différents types de structures et par divers services de l'ONE.

Type de suivi préventif de la santé envisagé par la famille en Région bruxelloise entre 2012 et 2021



BDMS-ONE, « Avis de naissance » 2012-2021

Sur base des données « Avis de naissance » renseignées en maternité, 1,8% des familles déclarent faire suivre leur enfant par le Pédiatre ou le Médecin généraliste de la famille. 2,2% des enfants seront suivis par d'autres filières de soins. Pour plus de 5,4% des familles, la décision n'est pas encore prise quant au suivi préventif de la santé de leur nouveau-né et, pour 90,6% des familles, l'ONE va accompagner le suivi préventif des enfants en Région bruxelloise.

2.4.12. Un soutien personnalisé par la visite à domicile

La visite à domicile fait partie des services que l'Office propose aux familles. Elle permet aux travailleurs de l'ONE de rencontrer la famille chez elle, dans son cadre de vie et de donner des informations adaptées ce celui-ci. Ce service est offert aux parents ou futurs parents, gratuitement et cela sur l'ensemble du territoire de la fédération Wallonie-Bruxelles.

Lors de la visite à domicile, le travailleur écoute, répond aux interrogations et donne des conseils adaptés. Il peut orienter la femme enceinte ou les parents vers d'autres partenaires ou services en fonction de la situation.

Ces visites complètent les consultations proposées lors du suivi de la grossesse et/ou lors des consultations pour enfants. Elles offrent un espace d'échange privilégié permettant une expression en toute confiance.



BÉNÉDICTE VAN DER HEYDEN

PEP's de Liaison - Maternité de Sainte-Anne/Saint-Remy à Anderlecht

Pouvez-vous nous décrire votre rôle en tant que PEP's à l'hôpital?

Je suis PEP's en liaison depuis 2 ans et demi à l'hôpital Sainte-Anne Saint Rémy d'Anderlecht. J'ai une formation d'assistante sociale et travaille à l'ONE depuis 7 ans.

Mon rôle en tant qu'agent de l'ONE dans un hôpital consiste essentiellement à présenter les services proposés par l'Office aux familles pour le suivi de leur nouveau-né et assurer la liaison entre la Clinique et les Consultations Prénatales de Quartier et/ou les Consultations pour Enfants.

Les séjours écourtés en maternité ont-ils eu un impact sur votre travail?

Dans cette mission-là, le contexte ne facilite pas les échanges avec les familles : le séjour étant écourté en maternité, entre le respect essentiel des temps de repos de la jeune mère et la ronde des professionnels de soins, le temps et la disponibilité intellectuelle sont minimes. Le défi consiste donc à aller à l'essentiel. La conséquence est que les informations et messages de l'ONE peuvent plus facilement passer à la trappe et parfois, les mères ne se souviennent pas de notre passage. Il est à rappeler que pour ce qui concerne la maternité où je travaille, nous voyons la maman le lendemain de son accouchement, qui est aussi la veille de sa sortie en moyenne.

Quelles informations donnez-vous aux familles?

Le message principal porte sur l'information relative à la CE la plus proche du domicile de la famille et l'accord pour être rappelé dans les jours qui suivent leur retour à la maison ainsi que les signes d'alertes pour bébé et maman.

Vos rapports sont-ils différents avec les mères qui séjournent plus longtemps en maternité ?

Les mères qui restent plus longtemps en maternité (pour une raison ou une autre) ont un contact différent avec nous. Nous pouvons les voir plusieurs fois, aborder plus de sujets, prendre le temps d'identifier quelles sont leurs préoccupations immédiates et y répondre, nous placer stratégiquement comme de véritables alliés dans leur parentalité et donc rendre nos collègues de consultation pour enfants comme l'évidence du suivi médical préventif. Il persiste une certaine frustration de ne pas pouvoir prendre le temps avec l'ensemble des nouvelles accouchées.

Comment la réforme de l'accompagnement des familles, grâce au programme « Naitre et grandir » , a-t-il amélioré votre suivi ?

La réforme de l'accompagnement prônée par le programme « naître et grandir » tend à améliorer ce contact avec la famille en essayant de le situer autour de la 32 semaine de grossesse, afin que l'offre de services de l'ONE soit déjà connue par la plupart des mères avant l'accouchement. Et lorsque nous arrivons à rencontrer les futures mères, leur retour sur ce RDV périnatal est toujours très positif. Le défi que représente ce contact périnatal est d'arriver à faire comprendre son importance aux futurs parents avant qu'il ait lieu. Mais pour y arriver nous devons absolument le rendre essentiel aussi aux yeux des gynécologues, sages-femmes et secrétaires du service afin qu'il ne soit plus envisageable pour les futurs parents de l'annuler sans le reprogrammer. Et là, on a encore du boulot...

SYNTHÈSE DES NAISSANCES ET DES ACCOUCHEMENTS

En Région bruxelloise, la population était de 1.222.637 habitants au 1er janvier 2022. Elle a cru de 0,22% par rapport à 2021 et est en croissance continue depuis 10 ans, malgré une diminution des naissances dans la même période. Le nombre de naissance a chuté de 18562 en 2012 à 15690 en 2021. Malgré une stabilisation ces deux dernières années, le déficit de natalité est marqué en Région bruxelloise comme en Belgique.

Le nombre de naissances analysées par l'ONE dans ce chapitre émane du travail de première ligne par les professionnels de l'Office. Il est très proche des données publiées par le Service Public Fédéral. Les données « Avis de naissance » de l'ONE couvrent donc l'ensemble des naissances francophones de la Région bruxelloise.

Dans l'analyse, on distingue les naissances des accouchements. C'est-à-dire du point de vue des nouveau-nés ou du point de vue des mères à l'accouchement. Les données proviennent de l'ensemble des maternités de la Région bruxelloise, mais aussi des maternités hors de la région où ont accouché les mères résidant en Région bruxelloise durant les années prises en compte.

Une mère bruxelloise sur trois est dite « primigeste ». Elle vit sa première grossesse. Et, la proportion de mères vivant leur premier accouchement (primipares) à Bruxelles est constante dans le temps, elle représente 42,5% des mères entre 2012 et 2021.

On peut décrire un recul continu de l'âge de la mère à l'accouchement. Il se situe à 32 ans en 2021 (médiane). Si l'on considère les groupes d'âge de la mère, en déterminant des catégories par tranches de 5 ans, les mères de 30 à 34 ans concentrent la part la plus importante des accouchements (35,4%) dans la Région Bruxelles-Capitale. Les proportions des accouchements des mères âgées de 35 ans et plus sont cependant plus élevées en Région bruxelloise (33,8%) que pour la Fédération Wallonie-Bruxelles (26,4%).

Malgré ce recul de l'âge médian et une augmentation des mères plus âgées, les mères de moins de 20 ans (1,1%) continue à nécessiter plus d'attention pour des raisons psychosociales (isolement, absence de ressource, niveau d'études bas, etc.), que les autres mères.

Une très large majorité des mères vit en couple, tant en Région bruxelloise (95,0%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (94,4%) en 2021. Les proportions de mères vivant entourées de leur famille (1,6% en 2021) semblent en diminution depuis 3 ans de même que celles vivant isolées (3,4% en 2021 vivent seules ou en maison d'accueil) en Région bruxelloise. L'isolement des mères représente chaque année près de 350 femmes en Région bruxelloise et plus de 1500 mères en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il permet d'évoquer la question de la

monoparentalité et interpelle par rapport aux ressources certes (alimentation, modes de garde, logement, etc.), mais également à la question du soutien à la parentalité et par extension, celle de la santé mentale.

Capitale de l'Union européenne et de nombreuses institutions, la Région bruxelloise est très cosmopolite. Cette réalité peut cependant présenter des scissions flagrantes entre les communautés et entre les communes. Lors de l'accouchement, 1 mère sur 3 est d'origine belge. Les régions d'origine les plus courantes sont l'Union Européenne (24,9%); l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient et la Turquie (19,9%) et l'Afrique subsaharienne (9,9%). Les régions d'origine les plus courantes sont l'Union Européenne (24,9%); l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient et la Turquie (19,9%) et l'Afrique subsaharienne (9,9%).

La répartition de ces populations sur le territoire de la Région est caractérisée par de nombreux facteurs socioéconomiques et historiques.

32,4% des mères ont été suivies par l'ONE durant leur grossesse, le reste étant suivi par le secteur privé et hospitalier. Malgré la gratuité et l'accessibilité des soins préventifs de grossesse, chaque année, quelques dizaines de femmes de la Région vont accoucher sans jamais avoir bénéficié d'une surveillance prénatale.

Les données de naissance présentent des caractéristiques constantes dans le temps : une majorité de naissances masculines (sex-ratio de 106/100) ; une présentation de l'enfant lors de l'accouchement par le sommet (la tête se présente la première dans près de 95% des cas) ; l'expulsion se fait plus souvent par voie basse et de manière spontanée (72,4%).

Les césariennes représentent 18,6% en moyenne (2012-2021) des modes d'accouchement en Région bruxelloise.

Les issues néonatales décrites présentent: une proportion de prématurité (naissance avant la 37e semaine de grossesse) de 7,0% en Région bruxelloise en 2021 et de 8,3% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Déterminée par un certain nombre de facteurs socioéconomiques, biologiques ou pathologiques, mais également des facteurs liés à l'environnement ainsi que l'âge de la mère, la prématurité a des implications importantes dans le devenir de l'enfant. En Région bruxelloise, ces proportions dévoilent un nombre de 750 nouveau-nés chaque année (4000 en Fédération Wallonie-Bruxelles) dont certains ont et auront besoin de suivi particulier à court, moyen ou long terme; une proportion de petits poids à la naissance de 6,1% en 2021 en Région bruxelloise (7,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles).

Les petits poids de naissance constituent l'ensemble des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes.

Ils sont souvent liés à l'âge gestationnel. Quoique tout ne puisse expliquer la survenue d'un faible poids à la naissance, les aspects socioéconomiques jouent un rôle, ainsi que les habitudes tabagiques de la mère et/ou de son entourage.

L'allaitement est choisi par une large majorité des mères en Région bruxelloise pour nourrir leur nouveau-né (presque 95%). La proportion de nouveau-nés allaités à la sortie de la maternité est de 92,3% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'allaitement maternel est l'un des programmes prioritaires de l'ONE en matière de médecine préventive.

En matière de médecine préventive, de toutes les naissances de la Région bruxelloise, plus de 80% des familles envisagent un suivi préventif de leur enfant par l'ONE. Ce suivi préventif peut être mené dans différents types de structures et par divers services de l'ONE. Il peut être complété par les visites à domicile qui permettent aux travailleurs de terrain de rencontrer la famille chez elle, dans son cadre de vie et de fournir des informations adaptées pour le développement harmonieux du nouveau-né et la prévention de sa santé, mais aussi afin de soutenir la parentalité.



LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS EN RÉGION BRUXELLOISE

3.1. INTRODUCTION

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 visite à domicile. Cet accompagnement préventif de l'enfant et de sa famille est de type psycho-médico-social tel que décrit dans le « Guide de médecine préventive du jeune enfant »1.

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

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

Lors du suivi médical, réorganisé depuis 2004 par une réforme des Consultations pour enfants, des données individualisées sont récoltées à des moments clefs de la vie de l'enfant : lors du «Premier contact» (en moyenne à 15 jours de vie), et lors des «Bilans de santé» établis aux 9,18 et 30 mois de l'enfant, en présence d'un de ses parents ou d'une personne référente. 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 lors de consultations médicales au sein des milieux d'accueil collectifs.

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2011 à 2020. Les années de référence concernées 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 2020, on retrouve pour les « Bilans de santé à 9 mois », des enfants nés en 2019 et 2020, pour les « Bilans de santé à 18 mois », des enfants nés en 2018 et 2019 et pour les « Bilans de santé à 30 mois », des enfants nés en 2017 et 2018.²

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, si ces données sont manquantes, les bilans de santé ne seront pas pris en compte et cela diminue donc le nombre de bilans étudiés.

Dans les «Bilans de santé à 9 mois», sont repris les enfants âgés entre 7 et 11 mois. Pour les «Bilans de santé à 18 mois», ils sont âgés 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.

Présentation des résultats

Les résultats du suivi préventif médico-social de l'enfant sont présentés de différentes manières selon leur pertinence. Il peut s'agir de graphiques indiquant l'évolution d'un indicateur, comme de graphiques présentant uniquement les données de 2019-2020. Pour les pourcentages des communes, en général, ce sont les données cumulées de 2017 à 2020 qui sont présentées, ceci afin d'avoir un effectif suffisant.



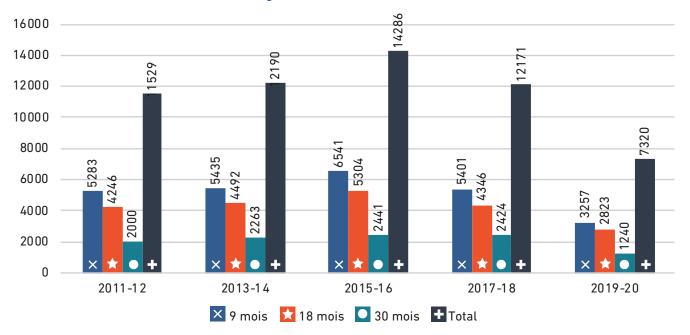
AVEC VOUS, PAS À PAS ONE, be ONE, be OFFICE MASSANCE ET DE L'EMPARCE

Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE, 2019.
 NB: La base de données analysée dans ce rapport a été arrêtée en novembre 2021. Certains documents ont probablement encore été envoyés au-delà de cette date. Cependant, nous pouvons estimer que les données sont complètes et fiables.

3.2. NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »

3.2.1. Évolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »

Évolution du nombre de Bilans de santé en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2011-2020

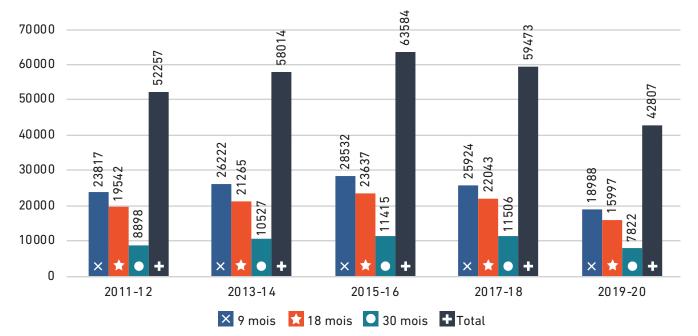
En Région bruxelloise, tout comme pour l'ensemble de la FWB, le nombre de Bilans de santé analysés entre 2011 et 2016 augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé pour atteindre les années les plus prospères en 2015-2016. En revanche, à partir de 2017-2018, on constate une diminution progressive du nombre brut de documents complétés, avec en 2019-2020 une chute importante, liée à une diminution des consultations non vaccinales durant la période du Covid. En effet, durant le confinement, les consultations ont eu pour consigne de prioriser le suivi des enfants nécessitant une vaccination.

Afin d'avoir une estimation des taux de couverture, il faut mettre en relation le nombre de bilans complétés avec le nombre d'enfants recensés dans la même tranche d'âge.

Les communes de Bruxelles, Schaerbeek, Ixelles, Anderlecht et Molenbeek-Saint-Jean, sont les communes de résidence où l'on dénombre, en chiffres absolus, le plus de « Bilans de santé » entre 2011 et 2020.



Évolution du nombre de Bilans de santé en FWB entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2011-2020

3.2.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2011 et 2020

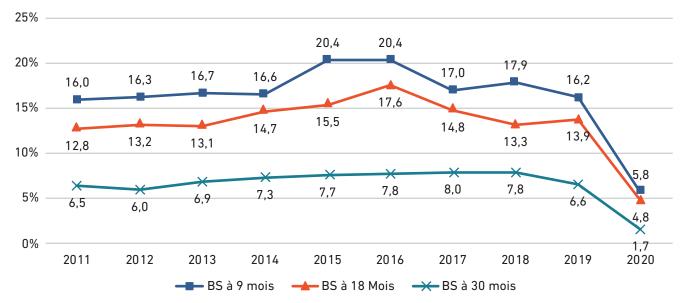
Actuellement, l'information précise concernant le nombre d'enfants susceptibles d'être suivis et entrant dans la tranche d'âge requise pour les Bilans de santé n'est pas disponible. Par conséquent, le taux de couverture des Bilans de santé doit être calculé, soit en prenant comme référence le nombre 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 âgés 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 2020, les données sont relevées à la date du 1er janvier 2021.³

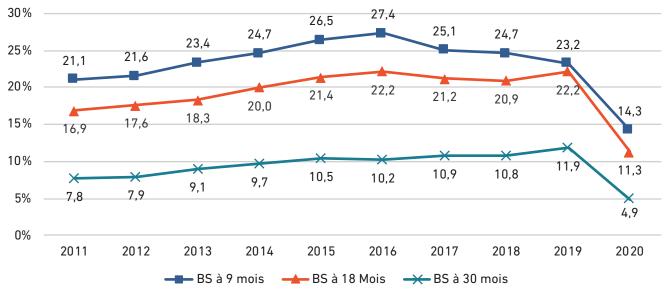
Évolution des taux de couverture des Bilans de santé en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2011-2020

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

Évolution des taux de couverture des Bilans de santé en FWB entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2011-2020

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

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

De manière générale, entre 2011 et 2016, on constate une augmentation continue des taux de couverture pour les 3 Bilans de santé tant en Région bruxelloise qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. A partir de 2017, à Bruxelles, on observe une diminution des taux pour les 3 bilans, tandis qu'en FWB, c'est le taux de couverture du bilan de santé à 9 mois qui diminue. Les taux des bilans de santé à 18 et 30 mois restant assez stables.

En Région bruxelloise, en 2011, le taux de couverture des Bilans de santé à 9 mois était de 16%, contre environ 20% en 2016. Entre 2011 et 2016, le taux de couverture des Bilans de santé à 18 mois est passé de 12,8 à 17,6% et celui pour les bilans de 18 mois est passé de 6,5% à 7.8%.

Les taux de couverture les plus élevés étaient donc en 2016 pour les Bilans de santé de 9 et 18 mois, tant à Bruxelles qu'en Fédération.

Par contre, les taux de couverture pour les Bilans de santé de 30 mois étaient les plus élevés en 2017 pour Bruxelles et en 2019 pour la Fédération.

En 2020, suite à la crise du Covid-19 et à la réorganisation des consultations, le nombre de bilans de santé complétés a fortement diminué, faisant chuter les taux de couverture jusqu'à plus de 50% selon le bilan.

Malgré la fluctuation des taux de couverture et la situation inédite de la pandémie, de nombreux indicateurs restent inchangés, c'est pourquoi l'année 2020 a été intégrée et analysée au même titre que les autres. Toutefois, si la crise a impacté un indicateur, cela sera spécifié dans le commentaire.

3.2.3. Taux de couverture des Bilans de santé à 9 mois en Région bruxelloise

Si l'on détaille les taux de couverture par commune pour la période entre 2011 et 2020, les communes de Saint-Gilles, Evere, Ixelles, Bruxelles-Ville et Jette avaient des taux de couverture pour les bilans de santé à 9 mois compris par ordre décroissant entre 22,5% et 19%.

Suivent les communes de Saint-Gilles, Etterbeek, Schaerbeek, Forest et Saint-Josse. Les communes d'Auderghem, Watermael-Boitsfort, Woluwé-Saint-Pierre, Woluwé-Saint-Lambert sont les communes qui avaient les taux de couverture les plus bas.

Pour rappel, ces taux ne reflètent pas la couverture réelle des enfants suivis par l'ONE en consultation ou en milieu d'accueil. En effet, il s'agit 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.

En réalité, un nombre plus élevé d'enfants a été suivi, soit en dehors des périodes des Bilans de santé, soit durant ces périodes mais sans que le document ait été renvoyé.

Si les taux de couvertures sont relativement faibles à Bruxelles, les raisons sont multifactorielles. Une des raisons principales est la surcharge de travail des PEP's. Ces dernières années, les PEP's doivent faire face de plus en plus souvent à des situations d'urgence, parfois par rapport à des besoins primaires aigüs : aide administrative pour l'accueil et l'insertion des familles sans papier et/ou primo-arrivantes, aide dans la recherche de logement, ressources alimentaires... Le temps consacré à ces tâches, pourtant essentielles à l'intégration et au bien-être des familles, réduit leur temps de travail de prévention, qui est leur première mission. Dans ce genre de situation, compléter les bilans devient alors secondaire.

⁴ Les taux de couverture peuvent être légèrement sous-estimés, étant donné que certains documents ont pu être encore encodés après les analyses.

3.2.4. Origine des Bilans de santé selon le type de structure

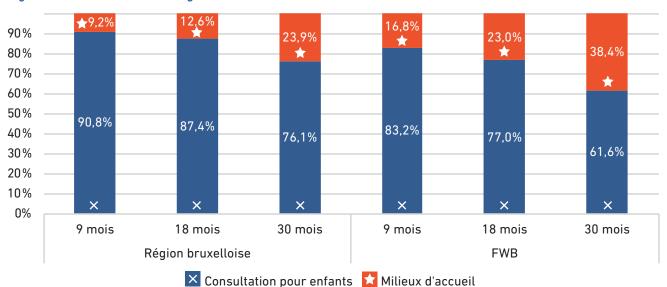
A l'ONE, on distingue différents types de structures de suivi préventif de l'enfant réparties dans deux secteurs : l'Accompagnement de l'enfant et l'Accueil de l'enfant.

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). Ce suivi peut également être effectué lors de visites à domicile du Partenaire Parent-Enfant (PEP's).

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

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

Origine des bilans de santé en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9,18 et 30 mois », 2019-2020

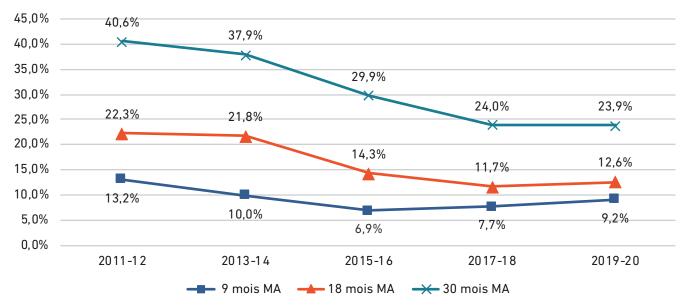
Le graphique, ci-contre, indique le type de structures dans lesquelles le Bilan de santé a été établi. En effet, les Bilans de santé peuvent être complétés, soit dans une consultation pour enfants de l'ONE, soit dans certains milieux d'accueil collectifs autorisés par l'ONE. Dans le cas où un Bilan de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

Sur base du graphique, on constate que les proportions des bilans de santé des enfants suivis en milieux d'accueil sont moindres en Région bruxelloise par rapport à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En outre, le lieu de suivi varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé issus des milieux d'accueil augmente en fonction de l'âge et ce dans toutes les régions. Cette augmentation est à mettre en relation avec l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil et avec la fin de la première période de vaccination (Hexavalent, Pneumocoque, Rotavirus), période après laquelle les enfants fréquentent moins souvent les consultations.



Évolution des proportions des bilans de santé issus des milieux d'accueil en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9,18 et 30 mois », 2011-2020

Alors que la proportion des bilans de santé réalisés en milieux d'accueil tend à augmenter au cours des 10 dernières années, en Fédération Wallonie-Bruxelles (entre 4% et 7%), elle diminue en Région bruxelloise et ce, pour les 3 bilans de santé.

En 2019-2020, en Région bruxelloise, moins d'1 Bilan de santé à 9 mois sur 10 a été réalisé en milieu d'accueil. Ce taux était de 12,6% pour les Bilans de santé à 18 mois et de presque 25% pour les Bilans de santé à 30 mois. En Fédération Wallonie—Bruxelles, ces proportions sont presque doublées par rapport à Bruxelles.

Un des explications à la proportion plus faible de bilans de santé complétés en milieux d'accueil, particulièrement à Bruxelles, est la difficulté d'y recruter des médecins afin d'assurer le suivi médical préventif des enfants.

En outre, à Bruxelles, une part plus importante des mères sont inactives professionnellement. Celles-ci ont en général plus de disponibilité ce qui leur permet d'assurer le suivi de leur enfant dans une consultation ONE. Parallèlement, les enfants dont les mères ne sont pas actives professionnellement fréquentent moins souvent un milieu d'accueil.

Les taux d'inconnues pour ces données varient selon le bilan de santé : de 1,8% à 3,3% pour les bilans de santé à 9 mois, jusqu'à 5% pour les bilans à 18 mois. Le taux est monté à 6,7% en 2019 et 2020 pour les bilans de santé de 30 mois.

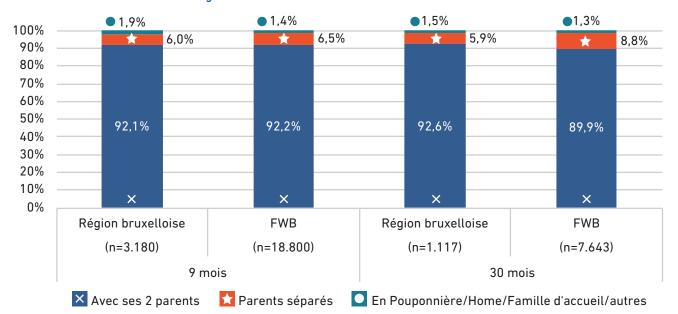


3.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE

3.3.1. 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 vécue par l'enfant 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 Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 30 mois », 2019-2020

En Région Bruxelloise, que ce soit à 9 ou à 30 mois, 92% à 93% des enfants suivis par l'ONE vivent avec leurs deux parents. Cette proportion est identique en FWB pour les enfants âgés de 9 mois. A 30 mois, le pourcentage est un peu plus faible avec 89,9%. Ces résultats sont très stables durant la décennie tant en Région bruxelloise qu'en Fédération Wallonie - Bruxelles.

Entre 2017 et 2020, les communes ayant un pourcentage plus élevé d'enfants âgés de 9 mois vivant avec un seul parent étaient : Saint-Josse (11,7%), Saint-Gilles (8,5%), Schaerbeek (7,7%) et Ixelles (6,8%).

Selon les données officielles de Statbel, au 1er janvier 2021, 26,5% des familles⁵ étaient monoparentales en Belgique, soit une famille sur quatre. En Flandre, la proportion s'élevait à 22,4%, et à 30,2% en Région wallonne. En Région bruxelloise, elle était plus élevée avec 32,9%. Ces proportions ne font qu'augmenter ces dernières années. Au 1er janvier 2022, les chiffres sont tous plus élevés avec 0,1% ou 0,2% de plus.

Une famille bruxelloise sur 3 est donc monoparentale, ce qui positionne la Région de Bruxelles-Capitale à la première place sur les 3 Régions, avec tous les défis auxquels doivent faire face ces familles.

- **5** Famille= ménage avec enfants
- 6 https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/
- 7 https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/
- 8 https://equal.brussels/wp-content/uploads/2021/07/Plan_Mono_FR.pdf

Le taux de familles monoparentales varie selon la commune, entre 29,4% et 39%. Les communes de Saint-Gilles (39%), Watermael-Boisfort (36,9%) et Ixelles (36,5%) ont les taux les plus élevés. Les communes de Koekelberg (30,4%), Auderghem (30,2%), et Woluwé-Saint-Pierre (29,4%) ont, quant à elles, les taux les plus faibles. 6

Ces familles doivent faire face seules à une charge mentale et financière quotidienne plus importante que les familles biparentales. Elles doivent gérer au mieux leur temps et la prise en charge des enfants. Outre les difficultés rencontrées, elles encourent un risque de précarité 4 fois plus élevé que les autres familles. On sait aussi que la majorité des familles monoparentales sont portées par des femmes élevant seule un ou plusieurs enfants.⁷

Face à ce constat, le Gouvernement bruxellois a mis en place en 20218, un plan d'action spécifique destiné aux familles monoparentales, et en particulier aux femmes seules avec enfants : le « Plan bruxellois de soutien aux familles monoparentales ». Ce plan est le résultat d'une étroite collaboration avec le secteur associatif et les acteur.trices de terrain qui ont nourri la réflexion grâce à leurs constats, leurs expériences et leur expertise.

Ce plan propose 31 mesures concrètes autour de 5 piliers d'action : l'information, la formation et la sensibilisation ; l'accès à un logement de qualité ; la mise à l'emploi et l'accès à la formation professionnelle ; la politique de la ville et la mobilité.

De nombreuses initiatives sont mises en place afin d'aider au mieux ces parents qui sont souvent isolés. Par exemple, le site internet « Parent Solo » fournit beaucoup d'informations pertinentes sur diverses thématiques ciblant directement ces familles.

Les Lieux de Rencontre Enfants-Parents sont un autre exemple de soutien indirect aux familles. Ces lieux permettent aux parents, souvent isolés, de rencontrer d'autres parents par le biais de leur(s) enfant(s), de créer des liens et d'échanger des conseils ou encore sur les difficultés rencontrées.

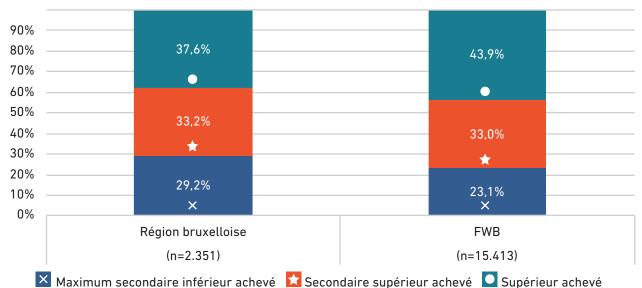
En Région bruxelloise, le pourcentage moyen d'inconnues pour cet indicateur était de 2,2% pour les bilans de santé de 9 mois entre 2011 et 2020. A 30 mois, il y a de grandes variations selon les années allant de 10% à plus de 25%. En 2019-2020, la moyenne était de 10%. En FWB, le taux d'inconnues est plus faible variant de 1 à 2% pour les bilans de santé à 9 et 18 mois et de 6% pour ceux de 30 mois.

3.3.2. 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 leurs études secondaires inférieures. Le graphique, ci-dessous, présente les données relatives au niveau d'éducation de la mère. Il s'agit de données déclaratives. De plus, les diplômes n'ont pas toujours la même équivalence selon le pays.

Statbel, tout comme la littérature internationale, classe ces catégories en 3 niveaux d'éducation selon le dernier diplôme obtenu : haut, moyen et bas. Le niveau d'éducation dit « haut » est celui correspondant à l'enseignement supérieur universitaire ou non, le niveau « moyen », à celui de l'enseignement secondaire supérieur et le « bas », à celui de l'enseignement primaire ou secondaire inférieur.

Niveau d'éducation de la mère en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

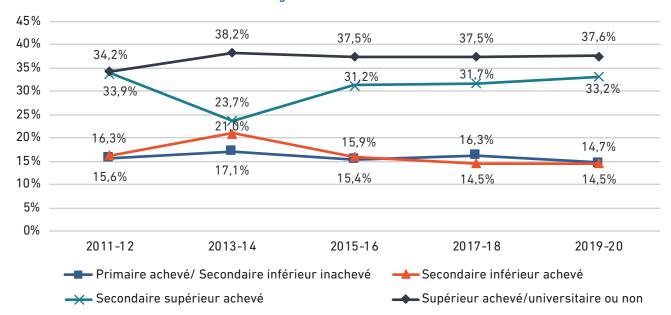
Sur base du graphique, on constate que le niveau d'éducation des mères fréquentant l'ONE est plus faible en Région bruxelloise.

En effet, presque 30% des mères bruxelloises ont un niveau d'éducation considéré comme « bas », c'est-à-dire qu'elles n'ont pas dépassé le niveau secondaire inférieur, alors qu'elles représentent 23% en FWB. Cette différence est contrebalancée par la part des mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur plus importante dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles (44%) par rapport à la part des mères résidant en Région bruxelloise (37,6%).

Le faible niveau d'éducation des mères bruxelloises des enfants suivis par l'ONE peut être source de difficultés d'insertion socio-professionnelle surtout si l'on y ajoute la barrière de la langue lorsqu'elles sont primo-arrivantes et ne maitrisent pas le français.

Le niveau d'éducation est également récolté dans les Bilans de santé à 30 mois. Le niveau d'éducation des mères des enfants âgés de 30 mois est supérieur à celui des mères des enfants âgés de 9 mois. Cette différence est à mettre en relation avec une proportion plus élevée d'enfants suivis en milieux d'accueil à 30 mois qu'à 9 mois. En effet, les enfants suivis en MA sont issus le plus souvent de famille ayant un niveau socio-économique plus favorable par rapport à ceux suivis en consultation.

Évolution du niveau d'éducation de la mère en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2011-2020

Si l'on prend en considération les 6 dernières années sur 10, on constate une stabilité des résultats et un équilibre dans les proportions des catégories, avec environ 1/3 des mères bruxelloises des enfants suivis par l'ONE ayant un niveau d'éducation bas, 1/3 ayant un niveau moyen, et enfin 1/3 ont un haut niveau d'éducation.

En moyenne durant la décennie, 32,2% des mères bruxelloises dont les enfants sont suivis par l'ONE, avaient obtenu tout au plus le diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, 30,4% étaient diplômées de l'enseignement secondaire supérieur et 37% l'étaient de l'enseignement supérieur.

La part des mères bruxelloises ayant un haut niveau d'éducation a légèrement augmenté en 10 ans en passant de 34,2% en 2011-2012 à 37,9% en 2019-2020. La part des mères ayant un niveau d'éducation bas est quant à elle passée de 31,9% en 2011-2012 à 29,2% en 2019-2020. Pour l'ensemble de la Fédération, une très légère augmentation du niveau d'études est également constatée avec la part des mères à haut niveau d'études passant de 48,1% à 50,5%.

En 2019-2020, parmi les 30% de mères bruxelloises ayant un niveau bas d'éducation (29,2%), 50% (14,5%) n'ont pas obtenu le diplôme de l'enseignement primaire ou ont entamé le niveau secondaire inférieur sans en être diplômé, soit la moitié.

Sur base des données officielles, l'augmentation du niveau d'instruction est constatée partout en Belgique depuis plusieurs années.

En Belgique, selon l'Enquête sur les Forces de Travail (EFT) réalisée chaque année, le taux de personnes ayant un niveau d'éducation bas tend à diminuer depuis plus de 20 ans. En 2020, 10,8% des Belges âgés de 15 ans ou plus, détenaient uniquement un diplôme de l'ensei

gnement primaire (18,9% en 2011). En revanche, le taux de la population diplômée de l'enseignement supérieur tend à augmenter avec les années pour atteindre 35,1% en 2020 contre 27,1% en 2011. L'enquête sur les forces de travail (EFT) est une enquête socio-économique par sondage menée auprès des ménages belges mais aussi européens afin d'avoir des données comparatives. Son but principal étant de classer la population en âge de travailler. 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. 9,10

Toujours selon cette enquête, la part de la population âgée de 30 à 34 ans ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur a fortement augmenté entre 2000 et 2010. Cependant, des disparités sont observées quelles que soient l'année ou la région. En effet, dans toutes les régions, les femmes ont un niveau d'éducation plus élevé que les hommes. En 2020, presque 50 % de la population belge âgée entre 30 et 34 ans avait obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur. Cette part était de 44,4% en 2010 et de 35,2% en 2000. Pour les femmes ces taux étaient encore plus élevés avec 55% en 2020, contre 50% en 2010 et 37% en 2000. 11

C'est en Région bruxelloise que le niveau d'éducation était le plus élevé avec 58,2% en 2020, 48,7% en 2010 et 43,9% en 2000. Comme dans les autres régions, la part des femmes âgées de 30 à 34 ans était supérieure avec 60% en 2020 (49,4% en 2010 et 46,8% en 2000).

Sur base des données officielles et des données de la BDMS, on constate que les mères dont les enfants sont suivis par l'ONE sont moins éduquées par rapport à l'ensemble de la population belge ou bruxelloise. Cependant, les différences observées au niveau des résultats avec l'ONE peuvent être attribuées à différents facteurs : une population fréquentant l'ONE moins éduquée, une décla-

⁹ https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/niveau-dinstruction#documents

¹⁰ https://statbel.fgov.be/fr/survey/enquete-sur-les-forces-de-travail-eft

¹¹ https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/niveau-dinstruction#panel-12

ration erronée lors la récolte de données, une différence de niveau d'éducation entre les équivalences de diplôme ou encore une mauvaise évaluation du niveau du diplôme de la part du déclarant, ou un biais lié au faible taux de couverture des bilans.

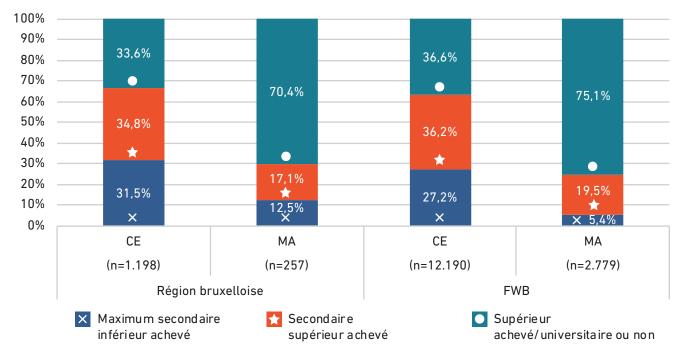
En 2019-2020, sur base des données des bilans de santé de 9 mois, les communes parmi lesquelles on retrouve un pourcentage de mères avec un niveau d'éducation plus faible sont Molenbeek, Anderlecht et Bruxelles-Ville avec des taux de 40% (contre 29,2% en moyenne

pour la Région). Suivent les communes de Saint-Josse et Schaerbeek.

A contrario, les communes situées dans le Sud-Est de la Région, détiennent les taux les plus faibles de mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire.

En moyenne entre 2011 et 2020, tant en Région bruxelloise qu'en FWB, au Bilan de santé de 9 mois, le taux d'inconnues pour cette variable était d'environ 20%.

Niveau d'éducation de la mère selon le type de structure en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Si l'on compare le niveau d'éducation des mères en fonction du lieu de suivi de l'enfant, on constate que les mères d'enfants suivis en milieu d'accueil ont un niveau d'éducation plus élevé que celles dont les enfants sont suivis en consultation pour enfants. Les proportions sont semblables en Région bruxelloise et en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces résultats s'expliquent principalement 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 souvent corrélé au niveau d'études.

En 2019-2020, en Région bruxelloise, 70,4% des mères des enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme de l'enseignement supérieur contre seulement 1/3 parmi les mères des enfants suivis en consultation, soit la moitié. En FWB, on observe la même tendance, avec des proportions assez proches de celles de Bruxelles.

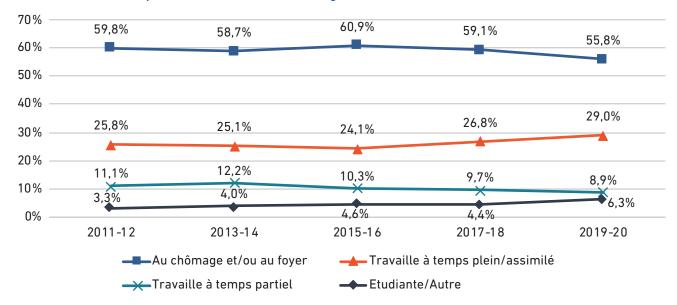


3.3.3. Situation professionnelle de la mère

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 professionnellement à celle des inactives au moment du bilan de santé.

Évolution de la situation professionnelle de la mère en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2011-2020

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution de la situation professionnelle de la mère entre 2011 et 2020 en Région bruxelloise. Le terme « assimilé » prend en compte les mères en congé parental ou en pause-carrière par exemple. Dans la catégorie « autre », peuvent se retrouver les mères invalides ou n'ayant pas de situation fixe.

Globalement, la part des mères bruxelloises « inactives professionnellement » tend à diminuer légèrement entre 2011 et 2020 et ce, au profit des mères actives à temps partiel.

En 2019-2020, 55,8% des mères bruxelloises étaient inactives professionnellement, c'est-à-dire qu'elles étaient au chômage, ou mère au foyer, contre 59,8% en 2009-2010. En FWB, les proportions suivent la même tendance tout en étant moins élevées (45,8% en 2011-2012 et 41,8% en 2019-2020).

La part des mères occupant un emploi à temps plein ou à temps partiel, a augmenté légèrement en 10 ans et est passée de 36,9% en 2011-2012 à 38,9% en 2019-2020. En FWB, cette part est passée de 50,3% à 52,6%. L'augmentation de la part des mères actives bruxelloises est liée à l'augmentation de la proportion des mères exerçant un travail à temps plein.

On observe des disparités importantes selon les communes. Dans la commune de Molenbeek en 2017-2020, la part des mères inactives professionnellement (sans emploi volontairement ou non) était de 75%, soit 3 mères

sur 4. Dans les communes de Ganshoren et de Bruxelles, cette part atteignait entre 65% et 66%. Les communes situées au Sud-Est (Uccle, Ixelles, Woluwé-Saint-Pierre, Woluwé-Saint-Lambert) avaient les proportions les plus faibles avoisinant les 30% à 40%. Rappelons que ces résultats sont donnés à titre informatif car les taux de couverture ne sont pas semblables d'une commune à l'autre.

Selon l'Enquête sur les Forces de Travail publiée par Statbel¹², la proportion de la population belge occupant un emploi a augmenté durant la décennie.

En 2011, parmi la population active (chômeurs et travailleurs) âgée de 20 à 64 ans, le taux d'emploi pour la Belgique était de 61,9% (67,1% chez les hommes et 56,7% chez les femmes). En 2020, le taux d'emploi atteignait 70%, avec un taux moyen de 74,1% parmi les hommes et de 65,9% parmi les femmes. En 2021, ces taux étaient de 70,6%: 74,5% chez les hommes et 66,8% chez les femmes. Les taux d'emploi sont donc en constante augmentation. Cependant, le taux d'emploi parmi les femmes reste toujours moins élevé que parmi les hommes quel que soit l'âge ou la région.

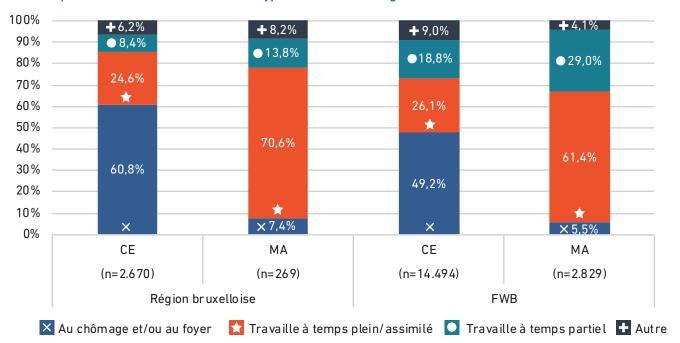
Néanmoins, en Région bruxelloise, les taux d'emploi sont les plus bas, encore plus parmi les femmes. En 2020, le taux d'emploi y était de 61,3% : 67,3% chez les hommes et 55,3% chez les femmes. Si l'on cible la tranche d'âge des 30-34 ans, 62,5% des femmes bruxelloises occupaient un emploi. Ce taux augmentait en fonction de l'âge.

¹² 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

En 2020, le taux de chômage belge était de 5,4%. La Région bruxelloise est la plus touchée avec une proportion de 12,2% de la population active entre 20 et 64 ans sans emploi. Chez les femmes, ce taux atteint 12,7% et dans la tranche d'âge des 30-34 ans, il est encore plus élevé avec 14,7%. 13

Les résultats de la BDMS sont en cohérence avec les résultats des données officielles à savoir que les proportions de mères sans emploi en Région bruxelloise sont plus élevées que la moyenne de la FWB.

Situation professionnelle de la mère selon le type de structure en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

On peut observer des disparités importantes au niveau de l'activité professionnelle de la mère selon le lieu de suivi de l'enfant. Parmi les enfants suivis en milieu d'accueil, environ 85% des mères occupent un emploi à temps plein ou à temps partiel alors que parmi les enfants suivis en consultation, seulement 1/3 des mères occupent un emploi.

La proportion de mères bruxelloises sans emploi (chômage ou mère au foyer) et dont les enfants sont suivis en consultation s'élève à plus de 60%. Ce taux tombe à 7,4% parmi les enfants suivis en milieux d'accueil.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, parmi les enfants suivis en consultation, 50% des mères sont sans emploi alors qu'elles représentent seulement 5,5% parmi les enfants suivis en milieu d'accueil. La part des mères occupant un emploi à temps partiel y est également plus élevée qu'en Région bruxelloise. Divers facteurs peuvent expliquer la part plus importante des mères travaillant à temps partiel en FWB: moins de possibilités d'emploi à temps plein, plus de familles biparentales permettant financièrement de réduire son temps de travail.

En moyenne entre 2011 et 2020, la situation professionnelle de la mère était inconnue pour 5,3% des enfants en Région bruxelloise et pour 4,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

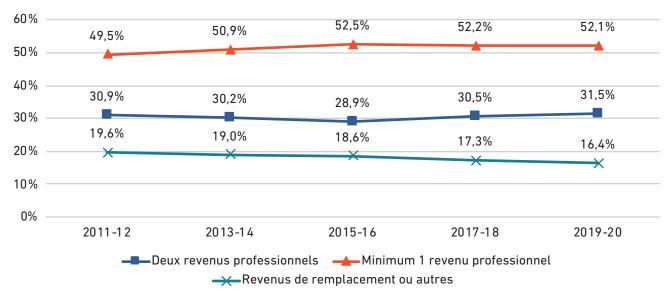


3.3.4. Revenus de la famille

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.

Évolution des revenus de la famille en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Le graphique, ci-dessus, présente les proportions des différents revenus de la famille. La catégorie « minimum un revenu professionnel » englobe les familles vivant avec un seul revenu professionnel auquel peut s'ajouter un autre revenu (de remplacement ou intérimaire). La catégorie « revenus de remplacement ou autre », inclut les familles n'ayant aucun revenu professionnel.

En Région bruxelloise, parmi les enfants suivis par l'ONE, environ 30% des familles disposaient de 2 revenus professionnels entre 2011 et 2020. Ce taux reste stable au cours du temps.

La proportion des familles vivant avec au minimum un revenu professionnel augmente, quant à elle légèrement, passant de 49,5% en 2011-2012 à 52,1% en 2019-2020.

A contrario, la part des familles ne vivant qu'avec des revenus de remplacement ou aucun revenu fixe, diminue.

En FWB, entre 2011 et 2020, 45,7% des familles dont l'enfant est suivi par l'ONE disposaient de 2 revenus professionnels, 37,4% de minimum un revenu professionnel et 16,8% de revenus de remplacement ou d'aucun revenu. Ces pourcentages sont stables depuis 10 ans en FWB.

Parmi les enfants suivis durant la période de 2017 à 2020, 28,5% des mères résidant à Molenbeek vivaient uniquement qu'avec un ou des revenus de remplacement, voire aucun revenu fixe. A Saint-Gilles et à Schaerbeek, elles représentaient respectivement 24,9% et 21,5%.

Sur base des données officielles de Statbel¹⁴, les revenus fiscaux moyen et médian de 2020 étaient les plus bas en Région bruxelloise avec un revenu moyen de 15.444 euros/an par habitant et un revenu médian de 21.508 euros. Le revenu moyen belge était, quant à lui supérieur avec une moyenne de 19.671 euros/an par habitant (médian : 26.412 euros) et celui de la Région wallonne était intermédiaire avec 18.518 euros (médian : 24.808 euros).

Les communes de Saint-Josse, Molenbeek et Anderlecht sont les communes bruxelloises avec les revenus les plus bas de la Région avec des revenus moyens par habitant respectivement de 10.564, 11.311 et 12.472 euros. Suivent Koekelberg et Bruxelles-Ville, soit les communes longeant le canal bordé d'anciens quartiers industriels. Les communes situées dans le Sud-Est de la Région sont celles avec les revenus moyens et médians les plus élevés : Woluwe-Saint-Pierre ayant le revenu moyen par habitant le plus élevé avec 21.813 euros.

Sur base des données officielles, en 2020, la proportion du nombre de personnes ayant bénéficié d'un revenu d'intégration sociale était en Belgique de 1,8%: 4,5% à Bruxelles, 0,9% en Flandre et 2,7% en Wallonie. Les communes bruxelloises ayant les taux d'intégration sociale les plus élevés étaient Molenbeek (7,8%), Saint-Josse (7,4%), Schaerbeek (6,5%) et Saint-Gilles (5,8%). Woluwe-Saint-Pierre avait par contre le taux le plus faible avec 1,3%.15

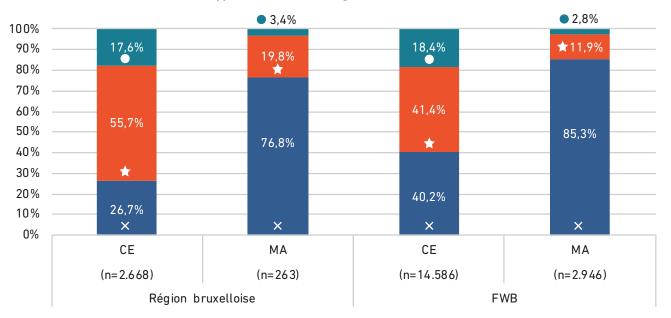
¹⁴ https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=850933c9-e209-4b68-a043-2f0d16a704ca

¹⁵ https://stat.mi-is.be/fr/dashboard/ris_entities?menu=drilldown

Les résultats de la BDMS rejoignent ceux des données officielles et reflètent assez bien la réalité socio-économique vécue par les familles fréquentant l'ONE.

Le taux moyen d'inconnues lors du Bilan de santé à 9 mois, entre 2011 et 2020 était de 6,2% pour la Région bruxelloise et de 4,5% pour la FWB.

Revenus de la famille en fonction du type de structure en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



🔀 Deux revenus professionnels 🛣 Minimum 1 revenu professionnel 👤 Revenus de remplacement ou autres

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Globalement, parmi les enfants suivis par l'ONE, les familles bruxelloises vivent avec moins de revenus professionnels qu'en Fédération.

Parmi les enfants suivis en milieu d'accueil en 2019-2020, la part de parents disposant de 2 revenus professionnels s'élevait à plus de 75% dans la Région de Bruxelles-Capitale et 85% en FWB.

En revanche, parmi les enfants suivis en consultation, les différences sont plus importantes. Seulement ¼ des familles bruxelloises vivent avec 2 revenus professionnels et 56% vivent avec un revenu professionnel ou avec un revenu professionnel complémenté d'un autre revenu.

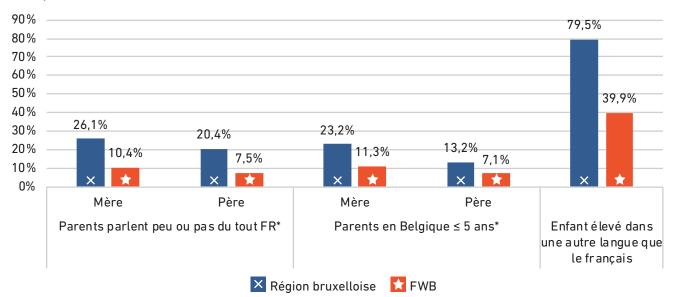
En FWB, la part des familles disposant de 2 revenus professionnels (40%) est similaire à celle des familles disposant de minimum un revenu professionnel (41,4%).

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'activité professionnelle de la mère.



3.3.5. 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 en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois * et 18 mois », 2019-2020

Le graphique, ci-dessus, informe sur le niveau de maitrise 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 Région bruxelloise ont une moins bonne maitrise de la langue française et ils sont plus nombreux à s'être installés en Belgique endéans les 5 ans par rapport à ceux résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Environ ¼ des mères bruxelloises ne maitrisent pas le français et/ou sont arrivées en Belgique il y a moins de 5 ans. En Fédération Wallonie-Bruxelles, ces 2 indicateurs atteignent environ 10%. Concernant la proportion des pères primo-arrivants, elle est moindre que celle des mères et ils ont une meilleure maitrise du français que les mères, que ce soit à Bruxelles ou en FWB.

En 2019-2020, 80% (76% en 2011-2012) des enfants bruxellois âgés de 18 mois ont bénéficié d'une éducation au domicile dans une autre langue que le français, alors qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce taux s'élevait à 40% en FWB.

Alors que ces 3 indicateurs sont parfaitement stables en FWB durant les 10 dernières années, ils ont très légèrement augmenté en Région bruxelloise de 3 à 4%.

Pour la période 2017-2020, entre 30% et 38% des mères ne maitrisaient pas le français dans les communes suivantes : Koekelberg, Molenbeek-Saint-Jean, Etterbeek et Evere. A Etterbeek et à Evere, environ 30% des pères ne maitrisaient pas le français. Dans les communes de Koekelberg et de Molenbeek, plus de 85% des enfants sont élevés dans une autre langue que le français à leur domicile.

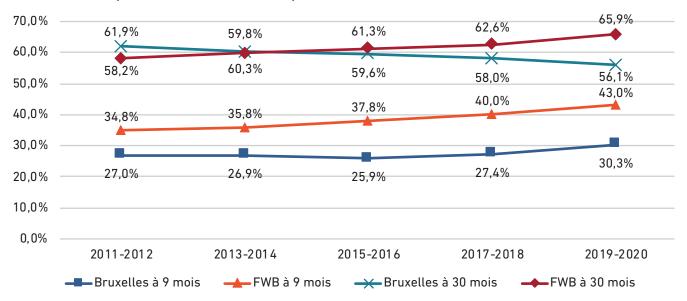
Selon le SFP Economics¹⁶, au 1er janvier 2021 en Région bruxelloise, 25% de la population était belge d'origine belge, 39,5% était belge d'origine étrangère et 35,5% était de nationalité étrangère. Au total, 75% des résidents bruxellois avaient une nationalité ou une origine autre que belge. A titre de comparaison, en Région wallonne, 23,7% des résidents étaient belges d'origine étrangère et 10,4% étaient de nationalité étrangère. Ces résultats corroborent ceux de la BDMS.

Cependant, des disparités sont observées selon les communes, non seulement en termes de proportions mais également en termes de nationalité d'origine.

Les taux moyens d'inconnues pour ces variables étaient en deçà de 10% pour la FWB mais atteignaient 15% pour certains indicateurs en Région bruxelloise.

3.3.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil

Évolution de la fréquentation d'un milieu d'accueil par les enfants suivis à l'ONE entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2020

Le graphique présente le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil parmi l'ensemble des enfants ayant bénéficié d'un suivi ONE, que le suivi ait eu lieu en consultation ou en milieu d'accueil.

Le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil augmente légèrement entre 2011 et 2020 parmi les enfants bruxellois âgés de 9 mois. En revanche à 30 mois, ce taux diminue au cours des dernières années.

A contrario, en FWB, les taux de fréquentation augmentent tant parmi les enfants âgés de 9 mois que chez ceux âgés de 30 mois.

En 2019-2020, 30% des enfants bruxellois de 9 mois et ayant bénéficié d'un suivi ONE fréquentaient un milieu d'accueil alors qu'à 30 mois, ils étaient un peu plus de 50% (56,1%). En FWB, ces taux étaient respectivement de 43% et de 66%. Ces taux incluent les enfants suivis en milieu d'accueil (leur taux de fréquentation étant de 100%)

Les taux de couverture de places d'accueil officiels ont augmenté durant ces 10 dernières années sur tout le territoire de la Fédération.

En 2020, ce taux était de 36,4% en Région bruxelloise, de 38,1% en Région wallonne et de 37,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2011, ces taux atteignaient 23% en Région bruxelloise, 30,2% en Région wallonne et 28,2% en FWB. En 2021, les taux sont sensiblement plus élevés avec une moyenne de 37,6%.¹⁷

En 2020, les communes situées au Sud-Est de Bruxelles, c'est-à-dire les communes économiquement les plus favorisées (Etterbeek, Uccle, Ixelles Woluwé-Saint-Lambert et Woluwé-Saint-Pierre) sont celles avec les taux de couverture les plus élevés allant de 50 à 66,7%. Les communes d'Anderlecht, Koekelberg et Molenbeek-Saint-Jean, avaient par contre les taux de couverture les plus faibles atteignant moins de 20% 18.

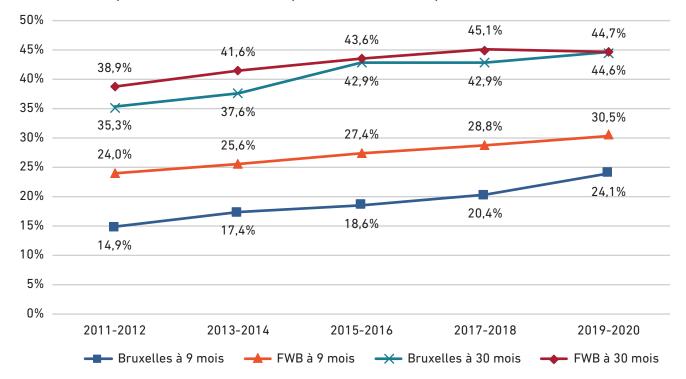
En Région bruxelloise, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur était en moyenne de 19% pour les Bilans de santé à 9 mois (12% en FWB) et de 33% pour ceux de 30 mois (9% en FWB).



¹⁷ Le taux de couverture en milieu d'accueil est calculé en fonction du nombre de places disponibles sur le nombre officiels d'enfants de 0 à 3 ans.

18 ONE-Service Accueil

Évolution de la fréquentation d'un milieu d'accueil par les enfants suivis uniquement en consultation à l'ONE



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2020

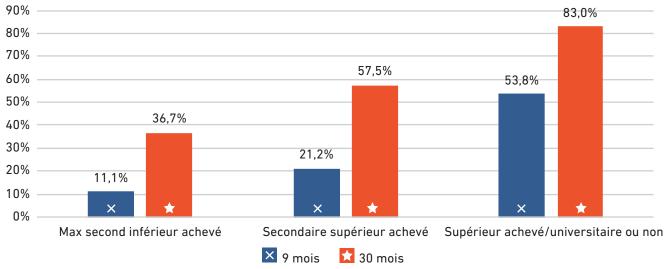
Parmi les enfants bénéficiant d'un suivi au sein d'une consultation ONE- les enfants suivis en MA étant exclus-, le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil augmente au fur et à mesure des années aussi bien en Région bruxelloise qu'en FWB.

Cependant, parmi les enfants âgés de 9 mois, durant la décennie, les taux bruxellois sont restés inférieurs

à ceux de la Fédération. En 2019-2020, parmi les enfants bruxellois de 9 mois suivis en consultation, 1/4 des enfants fréquentaient un milieu d'accueil alors qu'en Fédération, ils étaient un peu moins d'1/3.

A 30 mois, en revanche, en 2019-2020, les taux bruxellois rejoignent ceux de l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour atteindre environ 45%.

Fréquentation d'un milieu d'accueil en fonction du niveau d'éducation de la mère en Région bruxelloise, 2011-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2020

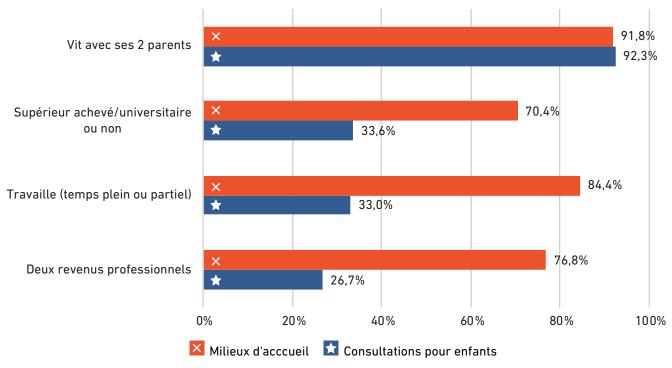
Le graphique indique un lien direct et un gradient entre le niveau d'études de la mère et le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil parmi les enfants suivis par l'ONE, et ce, quel que soit l'âge de l'enfant. Au plus le niveau d'éducation de la mère est élevé, au plus la probabilité que l'enfant fréquente un milieu d'accueil est élevée.

A 30 mois, 83% des enfants dont la mère a atteint le niveau d'études supérieur, fréquentent un milieu d'accueil tandis qu'ils ne sont que 37% parmi les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme du niveau secondaire inférieur.

Ces résultats montrent que la fréquentation d'un milieu d'accueil reste directement liée à la situation socio-économique et familiale.

3.3.7. 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 Région bruxelloise en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Ce graphique récapitule les données présentées précédemment. Tous les résultats présentés sont issus des Bilans de santé à 9 mois.

On retrouve parmi les familles fréquentant les milieux d'accueil, un niveau socio-économique plus favorable que celles fréquentant les consultations.

3.4. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

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

Le lait maternel, évoluant en fonction de l'âge de l'enfant, est composé notamment d'eau, de lipides, glucides et de protéines. Il contient également des anticorps contre les bactéries et les virus et des cellules développant son système immunitaire. Il permet d'apporter 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. 19,20

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

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

L'allaitement maternel présente plusieurs avantages pour la santé tant de l'enfant que de la mère. Chez l'enfant, les bénéfices observés sont notamment un risque moins élevé d'infections digestives, ORL ou respiratoires et une réduction du risque d'obésité. Il renforce également le lien mère-enfant grâce à l'ocytocine sécrétée à chaque tétée. Concernant la mère, le risque de cancer du sein et de l'ovaire diminue ainsi que les risques de diabète de type II et la dépression post-partum. Outre ces avantages, l'allaitement maternel est gratuit et disponible pour la mère. 19, 21

¹⁹ Robert E., La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale, Thèse en Sciences de la Santé Publique, ULB, 2015-2016.

²⁰ http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/

²¹ http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/

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 des congés de maternité et de paternité prolongés sont autant de facteurs favorables à la mise au sein et à la poursuite de l'allaitement maternel.^{19,20}

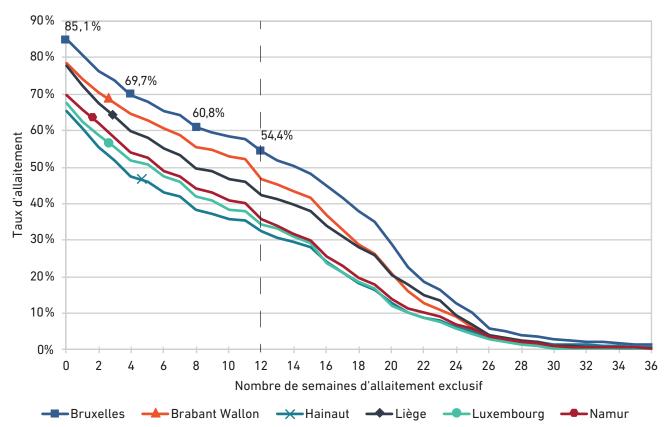
Parmi les mères allaitantes, l'abandon de l'allaitement survient régulièrement au moment de la reprise du travail. A cette période charnière, il est fondamental que toutes les mères qui le souhaitent bénéficient des conseils nécessaires et du soutien d'un professionnel compétent, qui renforcera la pratique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

3.4.1. Allaitement maternel exclusif

Courbe de décroissance de l'allaitement maternel exclusif en fonction du lieu de résidence en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

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 ont été retenues, c'est-à-dire 2019-2020.

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution des taux de l'allaitement exclusif selon la région de résidence de l'enfant. Sur base des Bilans de santé à 9 mois, les taux d'allaitement exclusif à moins d'une semaine de vie était de 85,1% en Région bruxelloise et de 72,4% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2019-2020.

Sur base des Avis de naissance, le taux d'allaitement à la sortie de la maternité des enfants résidant en Région bruxelloise était de 92,6% en 2019 et de 92,2% en 2020.²²

A titre de comparaison, selon l'Enquête de Consommation Alimentaire réalisée par Sciensano (anciennement Institut de Santé Publique (ISP)) en 2014-2015, parmi les enfants nés entre 2005 et 2011, 77,6% des enfants ont été allaités de manière exclusive à la naissance.²³

La Région bruxelloise est la région détenant le plus haut taux d'allaitement. Elle est suivie par la province du Brabant wallon avec un taux de 78,5% d'enfants allaités de manière exclusive lors de leur 1re semaine de vie. La durée de l'allaitement maternel exclusif des enfants bruxellois est également plus élevée que dans les autres régions.

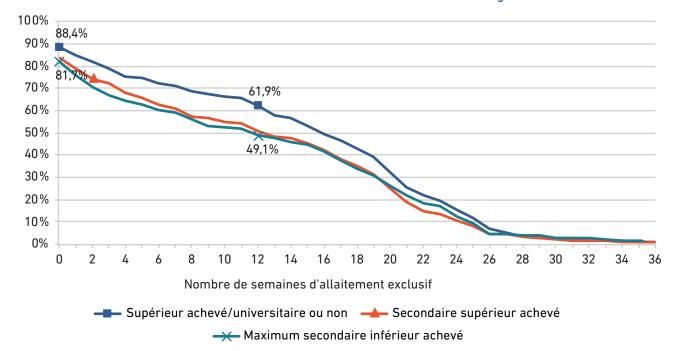
Les courbes de décroissance de l'allaitement des différentes régions évoluent parallèlement pour se rejoindre aux environs des 6 mois de l'enfant, âge où l'on intègre progressivement l'aliment solide. Les tendances sont similaires depuis plusieurs années quelle que soit la région.

En Région bruxelloise, 69,7% des enfants étaient encore allaités de manière exclusive à 4 semaines de vie pour atteindre 60,8% à l'âge 8 semaines et 54,4% à 12 semaines, soit un peu plus d'un enfant sur 2. En FWB, les taux étaient de 55,8%, 46,3% et 39,5% 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. En Région bruxelloise, durant la décennie 2011-2020²⁴, les taux fluctuent entre 83% et 85%. Le taux le plus élevé étant de 85,1% en 2019-2020 et le plus faible étant celui de 2017-2018, avec 82,1%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, il semblerait que les taux tendent à diminuer depuis 2013. En effet, entre 2009 et 2012, les taux d'allaitement exclusif étaient en moyenne de 75% et depuis 2013, ils sont inférieurs à 75% pour atteindre 72,7% en 2019-2020.

3.4.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale

Courbe d'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'éducation de la mère en Région bruxelloise en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Les courbes de décroissance sont calculées sur base des données récoltées en Région bruxelloise en 2019-2020. 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.^{26,27,28}

En Région bruxelloise, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, le taux d'allaitement exclusif est directement proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, le taux d'allaitement ex-

clusif en début de vie de l'enfant était de 88,4% contre 81,7% parmi les mères ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, soit une différence d'environ 7,0%. A 12 semaines, 61,9% des mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitaient encore leur enfant contre seulement 49,1% parmi les mères ayant achevé tout au plus leurs études secondaires inférieures.

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

²³ Lebacq T., Allaitement Maternel Exclusif, Enquête de consommation alimentaire 2014-2015, Enquête de Santé, Institut de Santé Publique (WIV-ISP-Sciensano), Bruxelles, 2015. https://fcs.wiv-isp.be/nl/gedeelde%20%20documenten/frans/bf_fr.pdf

²⁴ Les enfants « toujours allaités » ont été retirés du total pour une cohérence au niveau de l'analyse entre l'ancienne et la nouvelle mouture

supérieur, 80,8% allaitaient leur enfant en début de vie (48,8% à 12 semaines) contre 62,0% (29,0% 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.

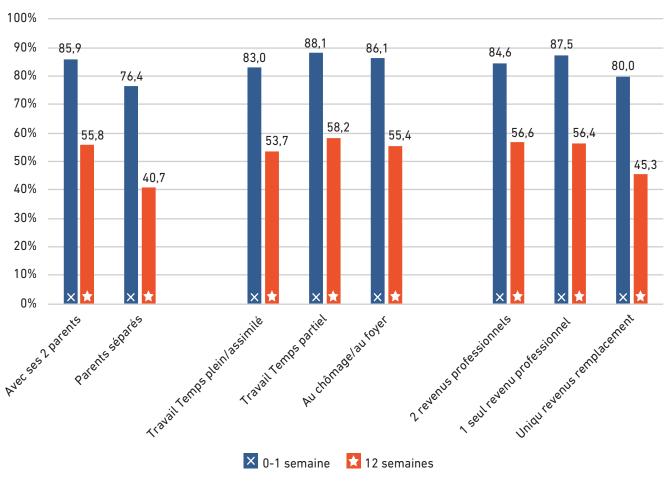
L'association directe entre le taux d'allaitement, sa durée et le niveau d'éducation de la mère est également citée dans la littérature scientifique et lors d'enquêtes.^{25, 26, 27}

Par exemple, l'enquête alimentaire réalisée par Sciensano (ISP) en 2014-2015, relève que 68,7% des enfants dont les parents ont un obtenu tout au plus le diplôme de l'enseignement secondaire ont été allaités de manière

exclusive. Ces taux étaient plus élevés parmi les enfants dont les parents ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (78,2%) ou long (85,8%).²⁶

Selon l'enquête sur la prévalence de l'allaitement réalisée en Fédération Wallonie-Bruxelles, sur un échantillon de 516 mères bruxelloises, 89,1% des mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur ont allaité leur enfant à la maternité. Le taux était de 65,2% lorsque la maman avait un diplôme de l'enseignement secondaire maximum. La différence perdurait à 3 mois pour s'estomper à 6 mois, période de l'entrée progressive en milieu d'accueil.²⁸

Allaitement maternel exclusif en fonction de la situation familiale en Région bruxelloise en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Il existe un lien entre les taux d'allaitement exclusif et la situation familiale de l'enfant, de l'activité professionnelle de la mère et du type de revenus des parents.

La plus grande différence de taux se situe au niveau de la situation de vie de couple des parents. Le taux d'allaitement lors de la 1ère semaine de vie des enfants dont la mère vit en couple avec l'autre parent est plus élevé (85,9%) que parmi les enfants dont la mère vit séparément du père (76,4%). Aux 3 mois de l'enfant, la différence se maintient avec un taux de 55,8% chez les

enfants dont la mère vit en couple contre 40,7% parmi les enfants dont la mère ne vit pas ou plus avec le père.

Les mères ayant un emploi à temps partiel (88,1%) ou n'ayant pas d'activité professionnelle (86,1%) sont plus nombreuses à allaiter leur enfant par rapport aux mères qui travaillant à temps plein (83,0%). A 3 mois, les différences entre les catégories sont similaires avec des taux plus bas compris entre 53% et 58%.

²⁵ 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 Paris 13, France, 2014.

²⁶ 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.

²⁷ IBIDEM 23, Enquête de consommation alimentaire-Enquete de Santé 2014-2015, Sciensano (ISP), 2015

²⁸ IBIDEM 19, Robert E., 2015-2016

Enfin, les taux d'allaitement exclusif sont plus élevés parmi les enfants dont la mère dispose d'au moins un revenu professionnel (87,5%) ou de 2 revenus professionnels (84,6%) comparativement à ceux dont la mère ne dispose pas de revenus professionnels (80,0%) c'est-à-dire celles ayant uniquement des revenus de remplacement ou pas de revenus fixes. Si les différences de taux entre ces catégories fluctuent légèrement au cours de l'allaitement, le taux d'allaitement le plus bas reste celui des enfants dont les parents ne disposent d'aucun revenu professionnel, et ce tout au long de la durée d'allaitement.

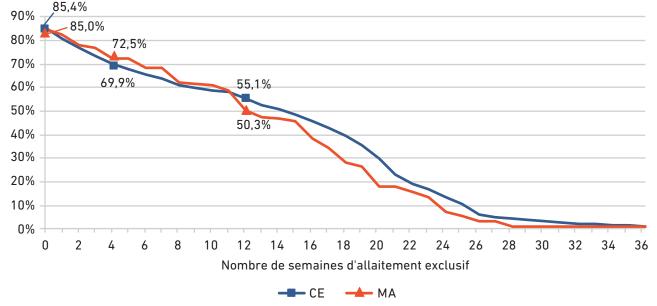
La différence de taux d'allaitement par rapport aux revenus des parents, peut être corrélée au niveau d'éducation de la mère. En effet, un niveau d'éducation plus élevé offre généralement plus d'opportunités d'emploi et par conséquent des revenus professionnels. Les messages d'éducation à la santé sont également mieux perçus et intégrés lorsque la population est plus éduquée.

Pour tous ces indicateurs, les mêmes tendances sont observées au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles même si les taux d'allaitement différent selon la région.

Si un niveau socio-économique défavorable est directement lié à un taux d'allaitement plus faible, l'arrivée en Belgique plus récente de la mère, endéans les 5 ans, a un effet positif sur l'allaitement et ce durant toute la durée de l'allaitement. Cependant la différence de proportion entre les mères allaitantes arrivées il y a plus ou moins de 5 ans est plus faible en Région bruxelloise comparativement à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ceci peut s'expliquer d'emblée, par des taux plus élevés à Bruxelles avec une population suivie par l'ONE plus homogène que dans les autres régions.

L'enquête sur la situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles montre également que le niveau d'études élevé de la mère, son activité professionnelle ou encore sa nationalité d'origine autre que belge influencent positivement l'allaitement.²⁹

Courbe de décroissance de l'allaitement exclusif en Région bruxelloise en fonction du type de structure en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

Le graphique, présente les taux d'allaitement selon le lieu du suivi de l'enfant en 2019-2020.

En Région bruxelloise, jusqu'aux 3 mois de l'enfant, le taux d'allaitement exclusif des enfants suivis en milieux d'accueil est sensiblement plus élevé que celui des enfants suivis en consultation. Vers 12 semaines, les courbes se rejoignent et pour ensuite s'inverser, les taux d'allaitement des enfants suivis en consultation étant alors un peu inférieurs à ceux des enfants suivis en milieux d'accueil.

Ces résultats sont à mettre en relation avec le niveau socio-économique plus élevé des familles dont les enfants fréquentent un milieu d'accueil d'une part, et d'autre part, lors de l'intersection des courbes, avec la fin du congé de maternité qui correspond à l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les courbes suivent les mêmes tendances avec une intersection à 12 semaines et des taux plus bas.

3.4.2. 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.

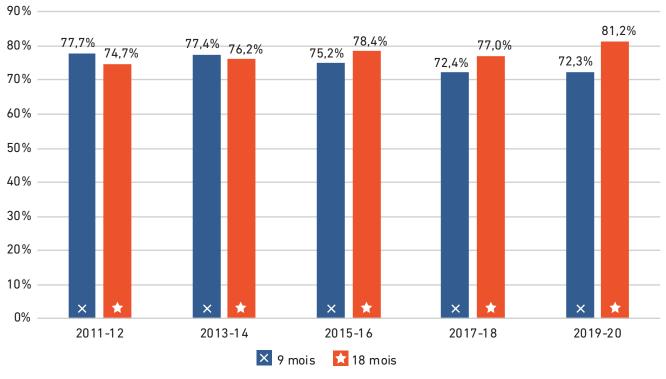
Si l'enfant n'est pas ou plus allaité au lait maternel, un substitut de lait maternel doit lui être administré. Il est essentiel que les familles soient guidées vers des laits correspondants aux besoins essentiels des nourrissons.

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 au développement de l'enfant 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.³⁰

Évolution de la prise de lait infantile adapté à 9 et 18 mois en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2011-2020

Le graphique, présente le pourcentage d'enfants prenant du lait infantile au moment des bilans de santé à 9 et 18 mois pour la période 2011-2020. Un lait infantile est un lait artificiel adapté à l'âge et à la croissance de l'enfant.

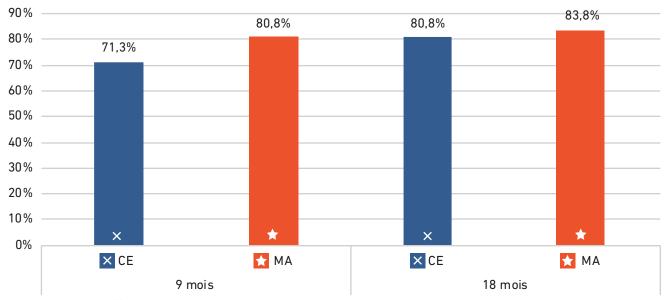
En Région bruxelloise, entre 2011 et 2020, en moyenne 75,2% des enfants âgés de 9 mois et 77,3% des enfants âgés de 18 mois recevaient du lait infantile adapté. Durant cette même période, en FWB, ces proportions s'élevaient à 83,4% parmi les enfants âgés de 9 mois et à 75,9% parmi ceux âgés de 18 mois.

Alors que la proportion d'enfants bruxellois bénéficiant de lait infantile à 9 mois diminue entre 2011 et 2020, passant de 77,7% en 2011-2012 à 72,3% en 2019-2020, elle augmente parmi les enfants âgés de 18 mois passant de 74,7% à 81,2% entre 2011 et 2020.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe également au cours du temps une diminution du taux de l'allaitement infantile à 9 mois, et une augmentation de l'allaitement infantile parmi les enfants âgés de 18 mois.

³⁰ 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 adapté à 9 et 18 mois en Région bruxelloise en fonction du lieu de suivi en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2019-2020

Que ce soit en Région bruxelloise ou en FWB, les proportions de prise de lait infantile différent selon le lieu de suivi de l'enfant.

En Région bruxelloise, en 2019-2020, la proportion moyenne d'enfants recevant du lait infantile à 9 mois est plus importante parmi les enfants suivis en milieu d'accueil (80,8%) que parmi ceux suivis en consultations pour enfants (71,3%). Pour les enfants âgés de 18 mois,

la différence est moindre. En FWB, les mêmes tendances sont observées.

En Région bruxelloise, les taux moyens d'inconnues concernant le lait infantile avoisinaient les 15-20% pour les Bilans de santé à 9 mois et 12% 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 11% et de 5% pour le lait infantile à 18 mois.

3.5. L'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.³¹

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, c'est ce que révèle l'étude réalisée par l'Imperial College London et en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).³²

En 2017, le journal « The Lancet », a publié les résultats de cette étude concernant le surpoids, l'obésité ou la maigreur à partir de données provenant de plus de 2.400 études basées sur la population mondiale. Ces différentes études représentent une population totale de plus de 128 millions de personnes dont 31,5 millions d'individus âgés de 5 à 19 ans, soit la plus grande étude épidémiologique jamais réalisée et intégrant le poids et

la taille. 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 2016.³³

En 1975, le taux d'obésité chez les enfants et les adolescents du monde entier s'élevait à 1%, 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 d'individus étaient en surpoids.

Alors que le taux d'obésité chez les enfants et les adolescents dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (Asie de l'Est, 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, tout en restant trop élevés.

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.

³¹ Nuttall F., Body Mass Index, Obesity, BMI, and Health: A Critical Review, Nutr Today. 2015; 50(3): 117–128. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/

³² 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

³³ 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

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 à partir de 2022.

Dans les deux cas, il s'agit d'une malnutrition avec des conséquences importantes 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. Dans le cas de surpoids, ce sont les maladies chroniques qui vont s'aggraver et/ou apparaître plus précocement.

En Europe, sur base des résultats de données récoltées dans 22 pays européens en 2015-2017 auprès d'enfants âgés entre 7 et 9 ans, des disparités importantes de prévalence de surpoids et d'obésité sont observées entre les pays du Nord et du Sud de l'Europe. L'Espagne (17,7%), Malte (17,2%) et l'Italie (16,8%) avaient les prévalences d'obésité les plus élevées. Le Danemark et l'Irlande avaient les taux d'obésité les plus faibles avec des taux compris respectivement entre 3% et 6,7% et 4,1% et 7,5% selon le type d'allaitement de l'enfant. En effet, cette étude met également en évidence le lien entre le surpoids et l'allaitement maternel ou non de l'enfant ainsi que sa durée.

L'enfance est une période importante en termes de risque pour la santé du futur adulte. Elle représente la période la plus propice au niveau de la prévention du surpoids et de l'obésité et de ses conséquences.

Si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque qu'elle persiste à l'âge adulte serait de 30% à 50% plus important que lorsque l'enfant a un poids moyen. De plus, le surpoids et l'obésité augmentent le risque de contracter des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires à un âge plus précoce.³⁴

L'allaitement maternel exclusif apparait dans de nombreuses recherches comme facteur protecteur de l'obésité infantile. D'ailleurs, une méta-analyse³⁵ indique que le risque de surpoids et d'obésité infantile peut être réduit de 13% grâce à l'allaitement maternel exclusif. En outre, chaque mois d'allaitement supplémentaire est associé à une réduction de la prévenance du surpoids de 4%. Un poids de naissance supérieur à 4.000g est également un facteur de risque de surpoids et d'obésité.³⁶

D'autres facteurs influencent la prise de poids, le surpoids et l'obésité : le niveau socio-économique faible de la famille, le manque de stimulation et d'activité physique mais aussi les croyances et représentations des parents quant à la corpulence de leur enfant. En effet, selon l'enquête européenne réalisée en 2022, 64,1% des parents évaluent bien la catégorie de poids de leur enfant.

En revanche, lorsque celui-ci est en surpoids ou obèse, ils sont respectivement 82,3% et 93,8% à sous-estimer le poids de leur enfant d'autant plus lorsque celui-ci est un garçon ou lorsque les parents ont un faible niveau d'éducation.³⁷

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).³⁸

Selon la dernière Enquête de Santé réalisée par interview en 2018 par Sciensano (anciennement Institut de Santé Publique), au total, 49,3% de la population belge âgée de plus de 18 ans est en surpoids : 33,4% présentent un surpoids et 15,9% présentent une obésité. En revanche, 2,9% de la population adulte présentent un poids inférieur à la moyenne.³⁹

La prévalence du surpoids (y compris l'obésité) a augmenté de manière linéaire et significative depuis la première enquête de santé, passant de 41,3% en 1997 à 49,3% en 2018. La part d'obésité est, quant à elle, passée de 10,8% en 1997 à 15,8% en 2018, soit une augmentation relative de 50%. L'augmentation du surpoids et de l'obésité est constatée dans les 3 régions mais les prévalences sont plus élevées en Région wallonne. En 2018, la prévalence de surpoids (y compris l'obésité) de la population était de 51,8% en Région wallonne ; de 48,2% en Région flamande et de 46,5% en Région bruxelloise. L'obésité, quant à elle, représentait 18% de la population en Région wallonne ; 15% en Région flamande et 13,9% en Région bruxelloise.

Toujours selon l'Enquête de Santé de 2018, globalement, en Belgique, 19% des jeunes âgés de 2 à 17 ans présentaient un excès pondéral (5,8% étaient obèses). En Région bruxelloise, ils représentaient 27,3% (10,5% d'obèses).

La prévalence du surpoids (y compris l'obésité) est significativement plus élevée chez les plus petits.

En Belgique, parmi les enfants âgés de 2 à 4 ans, 24,4% étaient en surpoids et 11,7% étaient obèses. Les termes utilisés par Sciensano restent généraux avec surpoids et obésité alors que nous utilisons plutôt les termes de risque de surpoids et de surpoids pour les enfants de moins de 5 ans.

Des différences importantes sont relevées selon les Régions en défaveur de Bruxelles.

En Région bruxelloise, la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 2 à 4 ans était de 33,0% (15% d'obésité) alors qu'elle était de 23,1% (15,3% d'obésité) en Région wallonne.

³⁴ https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/fr/

³⁵ Méta analyse est une méthode scientifique qui assemble et synthétise les résultats de différentes études en recherche médicale.

³⁶ Rito A., Buoncristiano M., Spinelli A., et Al, « Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017 », Obesity Facts, 2019;12:226-243.

³⁷ Ramos X., Buoncristiano M., Williams J., et Al, Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood, Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017, Obesity Facts 2021;14:658–674.

^{38 &}lt;a href="http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A?lang=en">http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A?lang=en

³⁹ 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

Les causes de l'augmentation du surpoids sont, outre les facteurs déjà cités, principalement liées à la commercialisation et à l'incitation à la consommation d'aliments transformés, trop riches en glucides et en lipides. De plus, cette alimentation vide de substances nutritives est moins chère qu'une alimentation saine et équilibrée.

Pour l'auteur de l'étude réalisée par « l'Imperial College London », afin de palier cette problématique, il faut promouvoir l'alimentation saine et nutritive au sein des familles, surtout les plus défavorisées, mais également dans les lieux fréquentés par les enfants tels que les écoles. Augmenter les taxes sur les aliments nocifs pour la santé pourrait être une partie de la solution. 40

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 tiers le taux de mortalité prématurée liés aux maladies non transmissibles dont le surpoids et l'obésité.⁴¹

Dès la naissance, l'allaitement exclusif au sein jusqu'aux 6 mois de l'enfant, 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

En routine, l'ONE établit l'IMC chez les enfants dès l'âge de 18 mois. Il permet d'évaluer la corpulence de l'enfant en tenant compte de la taille et du poids de l'enfant en fonction de son âge, et est exprimé en kg/m2.

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.⁴²

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. 43

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. L'OMS a émis des valeurs pour dessiner deux courbes de croissance et donc l'évolution corporelle des enfants: l'une pour les enfants âgés de 0 à 5 ans et l'autre, pour les enfants et adolescents entre 5 et 19 ans, datant respectivement de 2006 et 2007. Contrairement à ce qui écrit dans la littérature, pour les enfants de moins de 5 ans, nous utilisons les termes de "risque de surpoids" et de "surpoids" au lieu de "surpoids" et d'"obésité".

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 catégories⁴⁵:

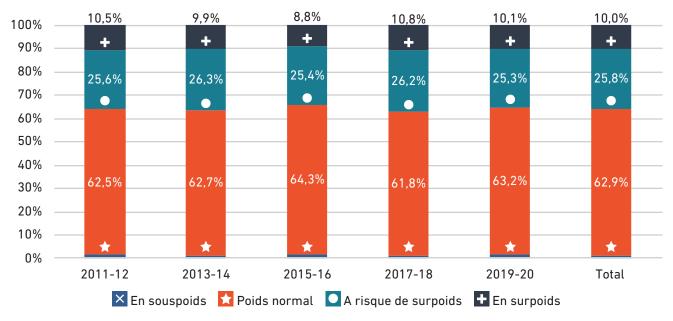
- < P3 : enfants ayant un poids insuffisant (IMC trop bas),
- P3 à P85 : enfants avec un poids normal (IMC normal),
- > P85 à P97 : enfants étant à risque de surpoids (IMC élevé),
- > P97 : enfants ayant un surpoids (IMC trop élevé).

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'indice de masse corporelle (IMC) sont récoltées en Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de la « Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) ». Les résultats sont présentés dans le chapitre s'y référant (page 122).

- **40** *Ibidem 32*
- 41 https://undocs.org/fr/A/RES/70/1
- 42 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/
- 43 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.
- 44 http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/
- 45 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.

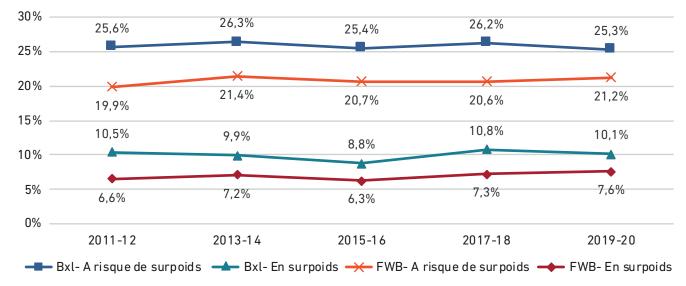
Évolution de la corpulence des enfants âgés de 30 mois suivis à l'ONE en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2011-2020

Entre 2011 et 2020, en Région bruxelloise, en moyenne, 25,8% des enfants étaient à risque de surpoids et 10% en surpoids, soit plus d'un tiers des enfants ont un poids au-dessus de la « norme ». Ces résultats sont stables au cours du temps.

Évolution de la proportion des enfants âgés de 30 mois à risque de surpoids et en surpoids en Région bruxelloise et en FWB entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30mois », 2011-2020

Les proportions d'enfants à risque de surpoids ou en surpoids sont plus élevées en Région bruxelloise qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles et ce, quelle que soit l'année.

En FWB, durant la décennie, en moyenne 20,7% et 7,0% des enfants étaient respectivement à risque de surpoids et en surpoids. Malgré une stabilité des résultats, en 2019-2020, on constate une légère augmentation de la proportion des enfants en surpoids. En 2020, cette proportion s'élevait à 8,7% (chiffre non présenté). Cette augmentation peut être mise en lien avec la période de confinement durant laquelle les enfants ont été moins

actifs physiquement. Entre 2011 et 2020, le taux moyen d'inconnues concernant la corpulence de l'enfant était de 5,5% en Région bruxelloise et de 8% en FWB.

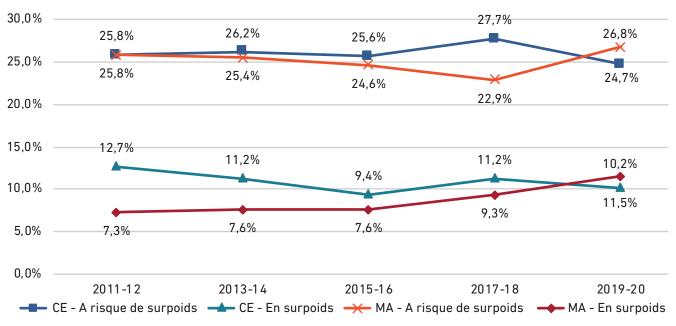
Les résultats de la BDMS sont similaires à de ceux de l'enquête de Sciensano⁴⁶. Les proportions d'enfants en surpoids (y compris l'obésité) sont plus importantes en Région bruxelloise et les taux sont proches. Sur base des données de la BDMS, au total, 36% des enfants âgés de 30 mois présentaient un risque de surpoids ou un surpoids contre 33% sur base des chiffres de Sciensano.

Cependant, les références utilisées dans l'enquête de Santé 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 différentes⁴⁷. 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. De plus l'échantillon est différent.⁴⁸

Les données issues des Centres de la Promotion de la Santé à l'Ecole (CPSE) indiquent les mêmes tendances. Une relative stabilité de la surcharge pondérale parmi les élèves de l'école maternelle et primaire et une proportion plus élevée parmi les enfants résidant dans la Région de Bruxelles-Capitale. (Voir Chap 4. p.122)

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. Ces prévalences sont inférieures à celles de l'ONE, cependant, elles restent stables, tout comme les enfants suivis par l'ONE. A nouveau, ces différences peuvent être attribuées d'une part à la différence du mode de calcul et d'autre part, à l'échantillon de la population étudiée. Notons également que les termes utilisés sont différents.⁴⁹

Évolution de la corpulence des enfants âgés de 30 mois suivis à l'ONE en fonction du type de structure en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2011-2020

En Région bruxelloise, entre 2011 et 2018, les proportions d'enfants à risque de surpoids ou en surpoids sont plus importantes parmi les enfants suivis en consultation. En 2019-2020, les tendances se sont inversées. Les enfants à risque de surpoids ou en surpoids étaient plus nombreux au sein des milieux d'accueil qu'en consultation (sans être significatif). Notons que ces 2 années ont eu un effectif réduit par rapport aux autres années, ce qui peut influencer les résultats.

On constate également que la proportion d'enfants suivis en milieu d'accueil et en surpoids tend à augmenter au cours de la décennie passant de 7,3% en 2011-2012 à 10,2% en 2019-2020.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, en 2019-2020, les enfants suivis en consultation étaient significativement (P<0,05) plus à risque de surpoids (22,2%) ou en surpoids

(8,6%) par rapport aux enfants suivis en milieu d'accueil (20,4% et 6,6%). Ces tendances sont stables entre 2011 et 2020.

Comme nous l'avons vu, le surpoids (y compris l'obésité) est plus important chez les enfants bruxellois et différents facteurs peuvent y être associés, tels que l'allaitement ou encore la situation socio-économique. Si l'ONE peut sensibiliser et informer les parents aux comportements et à une bonne hygiène de vie, il ne peut agir sur tous les facteurs.

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,

⁴⁷ Cole T., Bellizzi M., Flegal K., Dietz W., Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, BMJ 2000:320:1240

⁴⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_- argumentaire.pdf

⁴⁹ Ibidem référence 43. Verdot C., Etude Esteban, 2017.

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 ». A cet effet, outre le travail quotidien de sensibilisation des PEP's promouvant une alimentation saine, les Référents Education à la Santé de l'ONE proposent différentes animations autour de l'alimentation saine, notamment avec des jeux autour des 5 goûts. Les animations principales réalisées durant la décennie sont répertoriées dans le chapitre 5 : Education à la santé, p.127).

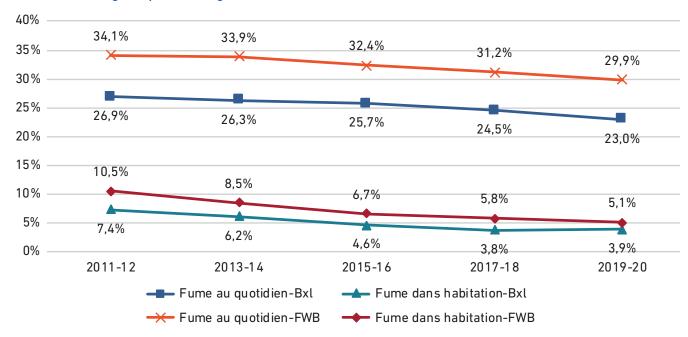
L'OMS émet une série de recommandations concernant l'activité physiques pour les enfants afin de lutter contre le surpoids et l'obésité mais également pour renforcer le système cardio-vasculaire.

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 et jusqu'à 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.⁵⁰

3.6. LE TABAGISME PASSIF

Évolution du tabagisme passif en Région bruxelloise et en FWB entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2011-2020

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.

Que ce soit en Région bruxelloise ou dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la consommation tabagique des familles a diminué entre 2011 et 2020 pour les deux types de consommation : au quotidien et au sein de l'habitation.

Cependant, la proportion de fumeurs quotidiens et/ou au sein de l'habitation reste inférieure en Région bruxelloise par rapport à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La consommation tabagique quotidienne des familles bruxelloises fréquentant l'ONE est passée de 26,9% en 2011-2012 à 23% en 2019-2020, soit une diminution de 15%. La consommation tabagique au sein de l'habitation, quant à elle, est passée de 7,4% à 3,9% soit une diminution de presque 50%.⁵¹

En FWB, les proportions de familles qui fument quotidiennement et/ou au sein de de l'habitation sont passées respectivement entre 2011 et 2020, de 34,1% à 29,9% et de 10,5% à 5,1%.

Le taux d'inconnues pour ces variables variait entre 5,3% et 8,5%, ces 10 dernières années en Région bruxelloise et était d'environ 5% à 7% en FWB.

^{50 &}lt;a href="https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/">https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/

⁵¹ Gisle L., « Enquête de Santé 2018, Mode de vie et maladies chroniques, Consommation de tabac », Sciensano, 2019, Belgique. Disponible https://www.sciensano.be/nl/biblio/enquete-de-sante-2018-consommation-de-tabac

D'après l'Enquête de santé par interview réalisée par Sciensano, la consommation tabagique de la population belge âgée de plus de 15 ans a diminué de 36% entre 1997 (30,3%) et 2018 (19,4%). Cette baisse est liée à la diminution du nombre relatif de fumeurs quotidiens.

Contrairement aux résultats de la BDMS, la Région de Bruxelles est celle qui comptait, en 2018, le plus de fumeurs avec 22,9% contre 22,1% en Wallonie et 17,4% en Flandre.

Les hommes (24,5%) étaient plus nombreux que les femmes (14,6%) à fumer et des inégalités sociales persistent en matière de consommation tabagique. La proportion de fumeurs était moindre parmi la population diplômée de l'enseignement supérieur (15,3%).

Les résultats restent similaires lorsqu'ils sont standardisés par l'âge et/ou le sexe.

La diminution du tabagisme est principalement liée à la baisse du nombre de fumeurs quotidiens : cette part était de 25,5% en 1997 et de 15,4% en 2018, soit une réduction de 40%. Le nombre de fumeurs occasionnels est, en revanche, resté stable (4%).

En 2018, les hommes (18,9%) fumaient davantage quotidiennement que les femmes (12,1%). Et la proportion de fumeurs quotidiens était plus importante en Wallonie (18,8%) qu'à Bruxelles (16,6%) ou encore en Flandre (13,4%).

La quantité de cigarettes fumées quotidiennement a également diminué entre 2004 et 2018 passant de 17 à 15 cigarettes par jour. La proportion de grands fumeurs quotidien (>20 cigarettes/jour), quant à elle, est passée de 10,7% en 1997 à 4,7% en 2018, soit une diminution de plus de 50%.

Toujours selon l'Enquête de santé, la proportion des ménages belges comportant au moins une personne qui fume à l'intérieur du logement a diminué de moitié entre 2004 et 2018, passant de 30,8% à 15,9%, proportion variant selon les régions : 22,0% en Région bruxelloise, 20,0% en Région wallonne et 12% en Région flamande. Cette diminution est à mettre en relation avec la hausse des restrictions imposée par le ménage au cours des dernières années.⁵²

Enfin, 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%.

L'enquête réalisée en ligne en 2021 auprès de 3.000 belges par la Fondation contre le Cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique, met également en évidence une diminution de la consommation tabagique

entre 2013 et 2017 passant de 27% à 20% de fumeurs (dont 22% à 17% quotidiens). Ensuite, ces proportions ont augmenté en 2020 et 2021, respectivement à 29% et à 27% de fumeurs (20% de fumeurs quotidiens). Cependant, il existe un biais de sélection au niveau de l'échantillon vu que l'enquête est organisée en ligne. En outre, il est probable que la consommation de tabac ait augmenté durant la période de confinement.⁵³

Si le taux de tabagisme quotidien est plus élevé parmi la population de l'ONE que parmi la population générale (sur base des enquêtes), c'est probablement lié aux facteurs socio-économiques moins favorables parmi la population fréquentant l'ONE. Concernant le tabagisme au sein de l'habitation, on constate également une différence entre la population ONE et la population générale. En revanche, la diminution de la consommation tabagique partout en Fédération Wallonie-Bruxelles relevée dans la BDMS est en concordance avec ce que l'on constate depuis plusieurs années, à savoir que la consommation de tabac diminue partout en Europe et par conséquent en Belgique. Les résultats des différentes enquêtes le prouvent.

Ces diminutions de consommation tabagique observées tant dans les rapports de la BDMS que lors des enquêtes de santé sont le résultat de changements de comportement liés notamment à la politique de lutte contre le tabagisme mise en place depuis 2004 par « The European Network for Smoking Prevention (ENSP) ». Cet organisme a pour but de mesurer les activités de lutte contre le tabagisme au niveau de chaque pays européen grâce à la mise en place de mesures prioritaires telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail, l'interdiction de la publicité et de la promotion des produits du tabac, mise en place de photos dissuasives sur les emballages, l'augmentation des taxes sur le tabac, proposition d'aide au sevrage tabagique mais également grâce à 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.54

En outre, des initiatives régionales sont également mises en place avec notamment les Plans Wallon et Bruxellois Sans Tabac, ou encore une augmentation et un élargissement des remboursements des consultations en tabacologie.⁵⁵

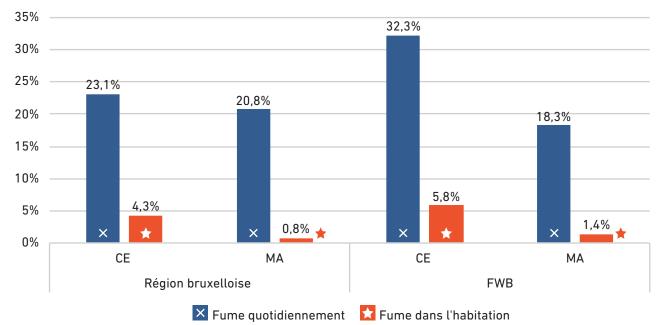
⁵² Charafeddine R., Drieskens S., « Enquête de santé 2018. Environnement, logement et tabagisme passif », Sciensano, 2020, Belgique. Disponible : https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-environnement-logement-et-tabagisme-passif.

⁵³ Enquête tabac 2021, Un rapport pour la Fondation contre le Cancer, menée par IPSOS Belgique. Disponible : https://www.cancer.be/sites/default/files/def_rapport_enquete_tabac_2021_fr_0.pdf

⁵⁴ <u>https://www.tobaccocontrolscale.org/</u>

⁵⁵ https://www.fares.be/tabagisme/services-et-missions/vous-etes-un-professionnel/presentation-du-service/service-prevention-tabac-fares.pdf

Tabagisme passif en fonction du type de structure en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020

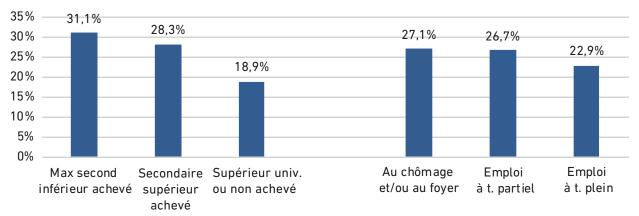


BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

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 résultats sont à mettre en lien avec le niveau socio-économique plus défavorable parmi les enfants suivis en consultation par

rapport à ceux suivis en milieu d'accueil. Ces constats sont valables tant pour le tabagisme quotidien que pour le tabagisme au sein de l'habitation et valent pour la Région bruxelloise et pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Consommation quotidienne de tabac des parents en fonction du niveau socio-économique de la mère en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2020

Association entre le tabagisme au quotidien des parents et le niveau d'éducation de la mère et sa situation professionnelle (Odds Ratio et son intervalle de confiance à 95%)

ibagisme	⊆ .	Max second inférieur achevé	Secondaire supérieur achevé	Supérieur achevé/universitaire ou non
	9	OR= 1,94 (1,79-2,11)	OR= 1,70 (1,56-1,85)	OR= 1
	nor	Chômage/foyer	Emploi temps partiel	Emploi temps plein
ϰ č	0	OR= 1,25 (1,17-1,35)	OR= 1,23 (1,10-1,37)	OR=1

OR= Odds ratio ou rapport de cote⁵⁶

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2015-2020

⁵⁶ Rapport des cotes (RC ou Odds ratio en anglais): rapport sur la probabilité entre des personnes atteintes d'une maladie ou considérées comme « cas » (ici le tabagisme) soient exposées à un facteur de risque (ici le niveau d'études) ou à un facteur bénéfique, comparées à la probabilité que des personnes n'ayant pas la maladie soient exposées au même facteur. Il s'agit d'une mesure d'association entre une 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.

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'éducation de la mère et la consommation de tabac. Au plus le niveau d'études est élevé, au plus le taux de tabagisme diminue. En effet, parmi les enfants dont la mère a atteint tout au plus le niveau d'études secondaire inférieur, 31,1% des parents fument quotidiennement. Ce taux est de 18,9% 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 2 fois (OR=1,9) plus de risque d'être exposés au tabagisme passif par rapport à ceux dont la mère a achevé ses études supérieures.

Ces résultats sont 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.⁵⁷

Les résultats de l'enquête de la Fondation contre le cancer de 2021 montrent également une différence de taux de tabagisme selon la classe sociale. Parmi la classe sociale la plus défavorisée, 26% des personnes interrogées fumaient quotidiennement contre 12% parmi la classe la plus favorisée. 58

Les différences de consommation tabagique selon l'activité professionnelle de la mère sont moins fortes et ne sont pas significatives. Entre 2011 et 2020, environ 27% des mères bruxelloises inactives professionnellement fumaient, alors qu'elles représentaient 23% parmi les mères occupant un emploi à temps plein.

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 les personnes plus vulnérables, le tabac peut être leur seul plaisir et moyen de socialisation et la seule échappatoire face au stress.⁵⁹



⁵⁷ IBIDEM 52 Enquête de Santé par interview, Sciensano, Belgique.

⁵⁸ https://www.cancer.be/sites/default/files/def_rapport_enquete_tabac_2021_fr_0.pdf

⁵⁹ http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/PPT_SES_Introduction_OSH_10-12-2010.pdf

3.7. LA 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 couteux.⁶⁰

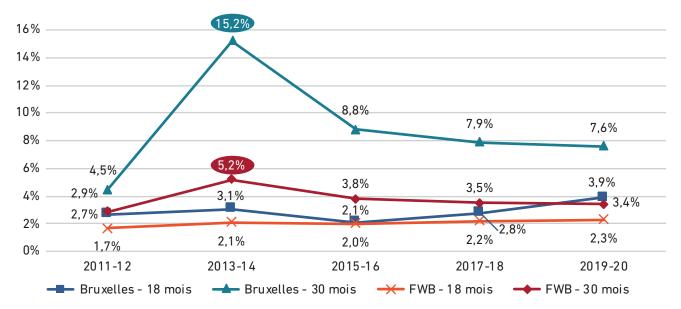
C'est pourquoi il est indispensable de promouvoir une hygiène bucco-dentaire ainsi que le dépistage le plus précocement possible.

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 biberon⁶¹, 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.

Évolution des proportions de (poly)caries à 18 et 30 mois en Région bruxelloise et en FWB entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2011-2020

Que ce soit à 18 ou à 30 mois, en moyenne, les enfants résidant en Région bruxelloise présentent des taux de caries plus élevés que ceux résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Entre 2011 et 2020, le taux moyen de polycaries parmi les enfants bruxellois âgés de 18 mois était de 2,8% et le taux de caries parmi ceux âgés de 30 mois atteignait les 9,0%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, les taux atteignaient 2,0% pour les enfants âgés de 18 mois et 3,8% pour ceux âgés de 30 mois.

En 2013-2014, un pourcentage plus élevé de caries est observé en Région bruxelloise (15,2%) et FWB (5,2%). Cette augmentation est probablement liée à la recherche-action sur la santé bucco-dentaire 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 Souriez.be (ex. Fondation pour la Santé Dentaire) avaient organisé en 2013, des dépistages dentaires dans les consultations participantes. A Bruxelles, en 2013, pour l'ensemble des consultations, la prévalence de caries était de 19,9% à 30 mois alors qu'elle était de 8,5% en 2012. La prévalence de caries plus élevée en 2013 à Bruxelles influence la moyenne générale et est sans doute en lien avec l'expertise des dentistes de la recherche qui ont pu détecter les caries à un stade plus précoce.

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 notamment avec l'animation du Tunnel Denti-Mains propres (voir chapitre 5, page 128) ou encore les collaborations avec des ASBL comme avec Souriez.be.

⁶⁰ IBIDEM 39 Enquête de Santé par interview, Sciensano, Belgique.

⁶¹ La carie du biberon ou syndrome du biberon est l'apparition précoce de plusieurs caries sur les dents de lait (les incisives). Elle apparait généralement suite à un contact prolongé de boissons sucrées avec les dents.

En excluant, la hausse des taux en 2013-2014, en FWB, aucune baisse ou hausse n'est vraiment constatée durant la décennie. En revanche, en Région bruxelloise, à 30 mois, le taux de caries amorce une légère diminution depuis 2015-2016. En outre, les taux étant faibles au regard des prévalences en 2013, les résultats sont probablement sous-estimés.

En Région bruxelloise, entre 2011 et 2020, le taux moyen d'inconnues pour la « polycarie » et la carie était respectivement de 11%. Le taux d'inconnues était en moyenne de 7% en FWB, que ce soit à 18 ou à 30 mois. Vu que les taux d'inconnues sont plus élevés que les taux de caries, il est important de considérer ces résultats avec précaution.

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 en Région bruxelloise 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 participants 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).

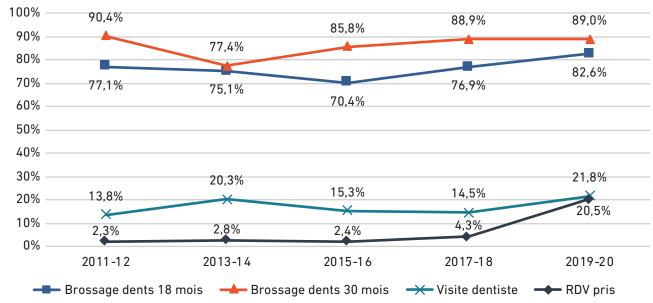
Au total, 10,4% des enfants étaient touchés par des caries plus importantes c'est-à-dire avec une atteinte de la dentine. Parmi les enfants ayant des atteintes carieuses (débutantes ou non), 40,4% avaient minimum 4 dents différentes touchées.

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 ».

Évolution du brossage des dents et de la visite chez le dentiste en Région bruxelloise entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2019-2020

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 $\frac{1}{2}$ - 3 ans.

Depuis 2015-2016, la proportion d'enfants se brossant les dents à 18 et 30 mois a commencé à augmenter en Région bruxelloise pour atteindre, en 2019-2020, 82,6% et 89% des parents brossant les dents de leur enfant à

respectivement 18 mois et à 30 mois.

En FWB, les taux de brossage de dents étaient plus élevés qu'en Région bruxelloise. Pour les enfants de 18 mois, la proportion de brossage des dents est passée de 78,76% en 2011-2012 à 86,1% en 2019-2020, tandis qu'à 30 mois, les taux avoisinaient les 93% ces 10 dernières années.

Par ailleurs, en 2019-2020, environ 20% des enfants âgés de 30 mois ont déjà fait examiner leurs dents chez

le dentiste, et pour une même proportion, une visite y est programmée. Ces pourcentages sont les plus élevés de la décennie.

En FWB, l'évolution est plus linéaire avec une visite chez le dentiste pour 13% des enfants en 2011-2012 contre 18,1% en 2019-2020 et un rdv avait été fixé pour 4,2% des enfants en 2011-2012 contre 11,6% en 2019-2020.

Selon l'enquête de Santé réalisée par Sciensano⁶² en 2018 au sein de la population belge sur base d'un échantillon aléatoire, 67,7% des Belges âgés de plus de 2 ans⁶³ ont déclaré avoir eu un contact avec le dentiste au cours de l'année écoulée. Ce pourcentage varie selon les régions, le genre et la tranche d'âge. En Région bruxelloise, 63,4% ont déclaré avoir eu un contact avec le dentiste, contre 62,3% en Région wallonne et 71,7% en Région

flamande. Les femmes (69,6%) sont plus nombreuses que les hommes (65,7%) à avoir eu un contact avec le dentiste. Parmi la population âgée entre 2 et 14 ans, 75,4% ont eu un contact avec le dentiste contre seulement 43% parmi la population âgée de plus de 75 ans.

Entre 1997 et 2004, environ 50% de la population avait déclaré avoir eu un contact avec le dentiste au cours de l'année. Ensuite cette proportion a progressivement augmenté pour atteindre 67,7%, taux le plus élevé depuis le début des enquêtes de santé.

Le taux d'inconnues reste stable pour ces informations. En moyenne entre 2011 et 2020, environ 10% des informations étaient manquantes pour le brossage des dents tant à Bruxelles qu'en FWB et 20% des informations manquaient concernant la visite chez le dentiste.

3.8. LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

L'apprentissage du langage repose sur 2 versants : la compréhension (réception de la communication) et la production (émission de la communication). Cependant, la réception et la production n'évoluent pas de manière synchrone car elles dépendent de mécanismes et de processus différents.

Le langage, permettant la communication, inclut la parole, l'expression gestuelle et corporelle et le langage écrit.

Il existe un décalage entre la compréhension et la production langagière. La compréhension débute à la naissance et tandis que la production intelligible débute vers l'âge de un an. En effet, la compréhension lexicale et la production lexicale impliquent des mécanismes cognitifs et des systèmes neuronaux en partie distincts. 64

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 et associer des mots.

A 24 mois, il doit pouvoir dire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle.

Un retard langagier avant la scolarisation peut être prédictif d'un plus faible niveau de scolarité avec des conséquences sur le plan psychique, personnel et sur l'insertion socio-professionnelle future. Or, le développement du langage est influencé par la quantité et la qualité du langage qui est adressé à l'enfant. Les parents ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage du langage. La qualité du langage de l'enfant est liée au niveau socio-économique des parents. 64,65

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.

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.

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.

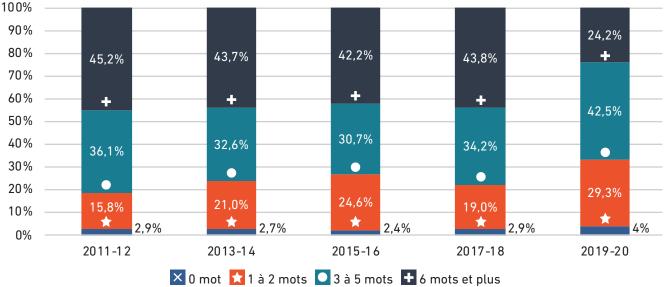
⁶² Van der Heyden J., Berete F., Drieskens S., « Enquête de Santé 2018, Mode de vie et maladies chroniques. Soins ambulatoires dispensés par les médecins et les dentistes », Sciensano, 2019. Disponible: https://www.sciensano.be/sites/default/files/gp_sp_dc_report_2018_fr_final.pdf

⁶³ Pour les enfants ce sont les parents qui ont fait la déclaration.

⁶⁴ Plaza M., « Le développement du langage », ERES, Revue Contraste 2014/1, p.99-118. Disponible : https://www.cairn.info/revue-contraste-2014-1-page-99.htm

⁶⁵ 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

Évolution de nombre de mots prononcés par l'enfant de 18 mois en Région bruxelloise entre 2011 et 2020

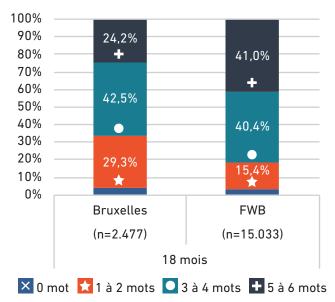


BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 mois », 2011-2020

En Région bruxelloise, globalement, les résultats restent stables. Entre 2011 et 2018, entre 42% et 45% des enfants pouvaient prononcer 6 mots et plus, et entre 2,4% et 2,9% ne pouvaient prononcer aucun mot. En revanche, en 2019-2020, les proportions sont totalement différentes.

Seulement ¼ des enfants ne pouvaient prononcer plus de 6 mots. C'est principalement lors de l'année 2019, qu'il y a une chute importante de cette proportion. Elle pourrait être en lien avec l'effectif et la récolte de données, qui varient selon les années.

Nombre de mots prononcés par l'enfant de 18 mois en Région bruxelloise et en FWB en 2019-2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 mois », 2019-2020

En Fédération, le nombre d'enfants pouvant prononcer 6 mots et plus a tendance à diminuer linéairement au cours du temps. En 2011-2012 la proportion s'élevait à 48,5% contre 40,4% en 2019-2020. Par conséquent, le nombre d'enfants ayant un langage plus pauvre (prononçant maximum 5 mots) augmente.

Pour cette information, le taux moyen d'inconnues était de 16% en Région bruxelloise et de 10% en FWB.

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 Elfe⁶⁶). 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.⁶⁷

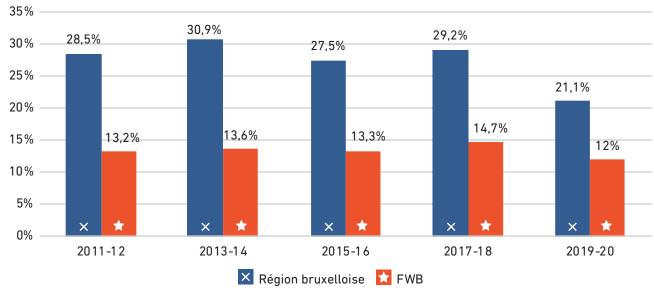
⁶⁶ ELFE: Etude longitudinale française depuis la naissance. Première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge adulte, et en vraie grandeur en France métropolitaine en 2011. Elle concerne alors plus de 18 000 enfants. Elle aborde de multiples aspects de la vie de l'enfant, notamment sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement.

⁶⁷ 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

Lors de l'étude, il a été demandé aux parents combien de mots l'enfant comprenait et utilisait parmi une série de 12 mots courants à l'âge d'un an. Minimum 75%

des enfants connaissaient au moins 7 mots sur 12. En revanche, seulement la moitié des enfants utilisait au moins un mot et 12% utilisaient 4 mots ou plus.

Évolution du retard de langage chez les enfants âgés de 30 mois en Région Bruxelloise et en FWB entre 2011 et 2020



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2011-2020

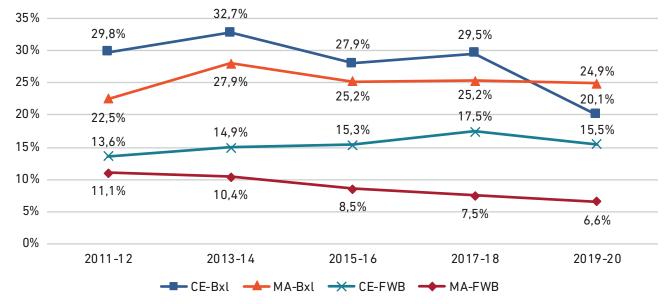
Lors du Bilan de santé à 30 mois, 2 critères de langage sont relevés : l'enfant peut-il prononcer son prénom et l'enfant peut-il prononcer une phrase de 3 mots. Sur base de ces deux indicateurs, un score a été créé. Si l'enfant ne peut prononcer, ni son prénom, ni une phrase de 3 mots, il se retrouve dans la catégorie « retard de langage » qui est présentée ci-contre.

Sur base du graphique, on constate qu'entre 2011 et 2018, environ 30% des enfants résidant en Région bruxelloise présente un retard langagier. Ce pourcen-

tage diminue à environ 20% en 2019-2020 (21,9% en 2019 et 18,2% en 2020). Pour en déduire une tendance, il faudra suivre l'évolution dans les années à venir car il est possible que ce soit lié à un biais de sélection suite à un effectif réduit.

En FWB, les enfants présentant un retard de langage sont moins nombreux qu'en Région bruxelloise et les proportions sont plus stables, aux alentours de 13% pour la décennie.

Évolution du retard de langage chez les enfants âgés de 30 mois selon le type de structure en Région bruxelloise et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2011-2020

Outre la différence de proportions entre la Région de Bruxelles-Capitale et la FWB, le graphique, ci-contre, 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.

Globalement, le niveau langagier est plus faible parmi les enfants suivis en consultation que parmi ceux suivis en milieu d'accueil, que ce soit en Fédération Wallonie-Bruxelles ou en Région bruxelloise. En Région bruxelloise, en moyenne entre 2011 et 2020, 28,6% des enfants suivis en consultation présentaient un retard de langage, ne pouvant prononcer, ni une phrase de 3 mots ni leur prénom, contre 25,2% des enfants suivis en milieu d'accueil. Cependant, en 2019-2020, la tendance s'est inversée avec 20,1% des enfants qui présentaient un retard de langage en consultation contre 24,9% en milieu d'accueil. L'effectif étant plus faible durant ces 2 années, les résultats peuvent être biaisés.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion d'enfants présentant un retard de langage était également plus élevée parmi les enfants suivis en consultation. Durant les 10 dernières années, en moyenne, 15,5% des enfants suivis en consultation présentaient un retard langagier contre 8,8% des enfants suivis en milieu d'accueil.

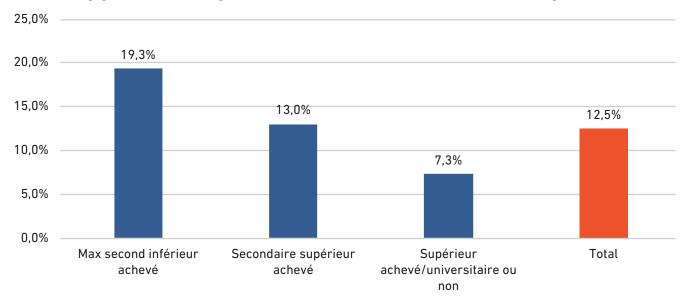
Enfin, en Fédération Wallonie-Bruxelles, le pourcentage d'enfants suivis en milieu d'accueil et présentant un re-

tard langagier tend à diminuer, passant de 11,1% en 2011-2012 à 6,6% en 2019-2020.

Ces résultats peuvent être en lien avec le niveau socio-économique plus favorable des enfants ayant bénéficié d'un suivi en milieu d'accueil.

Les résultats sont cohérents avec la littérature. Selon l'enquête ELFE, le mode d'accueil de l'enfant à l'âge de 2 ans a également un impact sur le développement du langage. Les enfants accueillis en milieu d'accueil ou chez leurs grands-parents, sont plus avantagés sur le plan langagier par rapport à ceux qui restent chez eux. Ces résultats prouvent que la sociabilisation de l'enfant est importante au niveau du développement langagier. Lorsque la mère lit des comptines à partir d'un an, l'enfant aura également plus de chance de connaître plus de mots à l'âge de 2 ans.⁶⁸

Retard de langage chez les enfants âgés de 30 mois selon le niveau d'éducation de la mère en Région bruxelloise



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2011-2020

Association entre le retard de langage à 30 mois et le niveau d'éducation de la mère (Odds Ratio et son intervalle de confiance à 95%)

	Max second inférieur achevé	Secondaire supérieur achevé	Supérieur achevé/universitaire ou non
Retard langage	OR= 1,94 (1,79-2,11)	OR= 1,70 (1,56-1,85)	OR= 1

OR= Odds Ratio ou rapport de cote⁶⁹

Le graphique,ci-dessus, présente les résultats de retard de langage à 30 mois en fonction du niveau d'éducation 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, environ 20% 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 7,3%.

Si l'on compare le rapport de cote (RC ou Odds ratio –OR en anglais) des niveaux d'études, sur base de ces résultats, un enfant dont la mère n'a pas dépassé le niveau secondaire inférieur aura 3,5 fois plus de risque de présenter un retard langagier par rapport à un enfant dont

69 IDIBEM 56

⁶⁸ Hargis H., Pagis J., « La différenciation sociale du langage à 2 ans. Une approche variationniste des premiers mots à partir de l'enquête Elfe, Revue des politiques sociales et familiales », n°136-137, 2020. Socialisation de enfants. Intentions, attentions et injonctions. pp. 9-23. Disponible : https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2020_num_136_1_3431

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. Le gradient est similaire en FWB, avec des pourcentages légèrement moins élevés et des OR proches de ceux de la Région de Bruxelles.

Diverses études mettent en évidence un lien entre le niveau d'études de la mère et plus globalement celui des parents et le niveau langagier de l'enfant dès le plus jeune âge. 70,71,72

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 développera 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. Or, l'on sait que la lecture et sa stimulation sont liées au niveau socio-économique.

Vu l'impact d'un retard langagier sur le parcours et la vie d'un enfant (retard scolaire, manque d'intégration en milieu scolaire, ...) et de l'adulte, il y a lieu d'être attentif au développement du langage des enfants présentant des retards.

3.9. LA VACCINATION À L'ONE

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 recommande, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement conjoint de l'ONE.⁷³

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire. Cependant, il existe une obligation vaccinale pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil agréé par l'ONE. Cette obligation concerne la vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, l'haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Par ailleurs, l'ONE suit le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé, qui comprend aussi les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le Rotavirus. Le calendrier est disponible sur le lien suivant : https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/.

Afin de protéger l'ensemble de la population et d'atteindre l'immunité collective, il est nécessaire d'atteindre un certain seuil ou taux de couverture vaccinale. Ce seuil peut varier selon la maladie en fonction de sa contagiosité, de l'efficacité du vaccin, etc.

Cependant, l'ONE vise un taux de couverture de 95% pour la plupart des vaccins administrés mais principalement pour l'hexavalent et le RRO. Il faut également que les taux soient homogènes dans la population afin d'éviter des poches de contagiosité.

On ne pourra atteindre les taux fixés que si la vaccination est bien acceptée par la population mais aussi par les professionnels de santé.



⁷⁰ 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.

⁷¹ Hart B., Todd R R., « The early castatrophe, The 30 millions word gap by age 3 », American Federation of Teachers, 2003.

⁷² IBIDEM 66 (Enquête ELFE)

⁷³ 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 infantiles74

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 ») particu- lièrement grave chez le nourrisson. Maladie en recrudescence en Belgique.
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

Les résultats suivants présentent l'évolution des taux de couvertures des différents vaccins et les différences entre les enfants vaccinés en milieux d'accueil et ceux vaccinés en consultations. Pour ces résultats, les inconnues sont incluses dans le total.

Évolution de la couverture vaccinale en Région bruxelloise entre 2011 et 2020

	Bruxelles					FWB	
	2011-12	2013-14	2015-16	2017-18	2019-20	2019-20	
Hexavalent 3 doses (9 mois)	92,6%	97,1%	96,5%	88,8%	93,5%	96,7%	
Hexavalent 4 doses (18 mois)	88,3%	81,8%	79,5%	85,4%	82,9%	91,2%	
Pneumocoque 2 doses (9 mois)	92,9%	96,9%	96,3%	88,9%	94,0%	96,4%	
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	87,7%	82,1%	79,1%	85,9%	81,3%	90,8%	
Rotavirus 2 doses (9 mois)	73,5%	76,8%	71,0%	63,6%	68,5%	84,7%	
RRO 1 dose (18 mois)	91,6%	86,1%	82,6%	89,0%	86,1%	94,9%	
Méningocoque (18 mois)	89,2%	82,1%	80,3%	85,8%	83,5%	91,9%	

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2011-2020

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 ».

Quel que soit le vaccin, les taux de couverture vaccinale en Région bruxelloise sont globalement moins élevés que dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2011 et 2020. Pour certains vaccins, la différence peut atteindre plus de 10%. Ces différences s'expliquent par un statut vaccinal « inconnu » plus élevé pour la Région de Bruxelles par rapport aux autres régions.

En FWB, entre 2011 et 2020, les prévalences vaccinales restent stables avec des fluctuations aux alentours de 1% à 3% d'une année à l'autre. En revanche, en Région

bruxelloise, les taux varient plus fortement selon les années et selon les vaccins. A Bruxelles, en 2017-2018, on peut constater une chute des taux de couverture vaccinale chez les enfants âgés de 9 mois qui est à mettre en lien avec le pourcentage de statut vaccinal « inconnu ».

Le pourcentage d'inconnues varie selon le vaccin, et l'âge de l'enfant. Par exemple, pour le vaccin hexavalent, pourtant obligatoire en milieu d'accueil, 13 communes sur 19 n'ont pas l'information pour environ 10% à 15% des enfants que ce soit à 9 ou à 18 mois.

Une des explications aux informations manquantes sur l'état vaccinal des enfants serait la plus grande mobilité des familles à Bruxelles, notamment celles primo-arrivantes et des schémas vaccinaux différents selon le pays d'origine avec un manque de transmission des informations.

En Région bruxelloise, depuis 2017, aucun vaccin n'a atteint le seuil recommandé de 95%.

Couverture vaccinale en Région bruxelloise et en FWB selon le type de structure en 2019-2020

	Brux	elles	FWB		
	CE	MA	CE	MA	
Hexavalent 3 doses (9 mois)	94,4%	86,1%	97,3%	94,3%	
Hexavalent 4 doses (18 mois)	85,3%	71,1%	92,9%	85,3%	
Pneumocoque 2 doses (9 mois)	95,0%	85,7%	97,1%	93,2%	
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	83,4%	72,3%	92,3%	86,4%	
Rotavirus 2 doses (9 mois)	68,5%	71,8%	84,6%	86,1%	
RRO 1 dose (18 mois)	87,5%	80,8%	95,5%	93,4%	
Méningocoque (18 mois)	85,5%	74,6%	93,8%	85,8%	

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2019-2020

En Région bruxelloise, 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.

Les différences de taux entre les deux lieux de suivi varient entre 3,3% et 14,2% et les différences sont plus importantes aux 18 mois de l'enfant. En FWB, on observe également une différence de prévalence selon le lieu de suivi mais moins importante.

Ces différences de taux s'expliquent à nouveau par un taux plus important d'information manquante relevé en

milieu d'accueil. En effet, lors de la consultation médicale en milieu d'accueil, les parents ne sont pas toujours présents et le statut vaccinal n'est pas d'emblée mis à jour. Ces résultats sont étonnants sachant que les vaccins Hexavalent et le RRO sont obligatoires pour fréquenter un milieu d'accueil.

Or, derrière le statut vaccinal « inconnu », correspondent différentes réalités dont notamment un statut vaccinal optimal. Raison pour laquelle, les taux de couverture vaccinale sont probablement sous-estimés en milieu d'accueil. A l'inverse un taux élevé en consultation n'a rien d'étonnant étant donné que les familles viennent principalement pour faire vacciner leur enfant.

3.10. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

En Région bruxelloise, en 2019-2020, à 18 mois, 94,6% des enfants étaient capables de marcher (95,8% en FWB), 85,8% pouvaient boire seul à la tasse (82,8% en FWB) et 83,7% étaient capables de se servir d'une cuillère (88.3% en FWB).

A 30 mois, 72,4% des enfants bruxellois avaient la capacité de sauter à pieds joints (93,2% en FWB),61,4% de dessiner un trait (83,1% en FWB) et 57,8% un cercle (79,4% en FWB). Ces données sont stables entre 2011 et 2020 pour Bruxelles-Capitale et ont légèrement augmenté en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le nombre d'inconnues pour les informations récoltées concernant le dessin d'un trait et d'un cercle à 30 mois tendent à augmenter au cours du temps avoisinant les 30% pour la FWB et des proportions un peu moins élevées à Bruxelles.

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 Région bruxelloise qu'en FWB. Les taux plus élevés sont en lien avec une stimulation plus importante des enfants fréquentant les milieux d'accueil.

3.11. LE 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 la vision de l'enfant et la prévention de l'amblyopie fonctionnelle (diminution et altération de l'acuité visuelle).⁷⁵

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 et dure en moyenne 15 minutes. Lorsque le test est positif, l'enfant est référé vers un ophtalmologue pour effectuer un examen plus complet qui permettra une prise en charge si cela est nécessaire.

Depuis 2013, le nombre d'enfants ayant été dépistés ne cesse d'augmenter et ce dans toutes les régions.

En 2019, 9.274 enfants ont été dépistés en Région bruxelloise et 32.271 l'ont été en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui représente un taux de couverture⁷⁶ de 64% en Région bruxelloise et de 66% en FWB, taux supérieurs à celui visé qui est de 50%.

En 2010, les taux de couverture étaient de 45% en Région bruxelloise et de 48% en FWB, ce qui représente une augmentation relative respective de 42% et 38%.

En revanche en 2020, le nombre d'enfants dépistés a fortement diminué pour atteindre 13.523 enfants avec un taux de couverture chutant à 26% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Tout comme pour les bilans de santé, la cause principale est la pandémie du Covid 19 ayant impliqué une suspension des dépistages durant plus de 4 mois. En outre, des changements au niveau du personnel ont également impacté l'organisation des dépistages. Au regard de ces éléments, l'année 2019 étant plus complète a été retenue pour ce chapitre.

Etant donné les difficultés rencontrées dans certaines régions pour organiser le dépistage visuel (recrutement du personnel qualifié, organisation des rendez-vous et les absences à ceux-ci), l'ONE met en place diverses alternatives afin de pouvoir continuer à augmenter le taux de couverture des dépistages et en faire bénéficier un maximum d'enfants.

En outre, le Plan opérationnel subrégional prévoit une série d'actions qui visent à accroître les taux de couverture du dépistage visuel. Parmi celles-ci, on retrouve des séances de dépistages «extraordinaires» : lors de salons (Baby-boom ou Salon des familles), dans les administrations subrégionales pendant les congés scolaires, dans des salles communales, etc. L'ONE commence également à tester des partenariats avec des maisons médicales.

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 10 enfants au cours d'une séance.

Si cette condition n'est pas respectée, les enfants peuvent être examinés dans les consultations. 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 2019, en moyenne 55,3% des dépistages ont été réalisés dans les consultations pour enfants en Région bruxelloise contre 52,8% en 2010. En FWB, cette proportion s'élevait à 57,4% contre 64,5% en 2010. Même si la proportion d'enfants dépistés est plus importante en consultation qu'en milieu d'accueil, celle-ci tend à diminuer au cours du temps au profit des milieux d'accueil.

En FWB, en 2019, 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 ». Ces proportions sont presque identiques en Région bruxelloise.

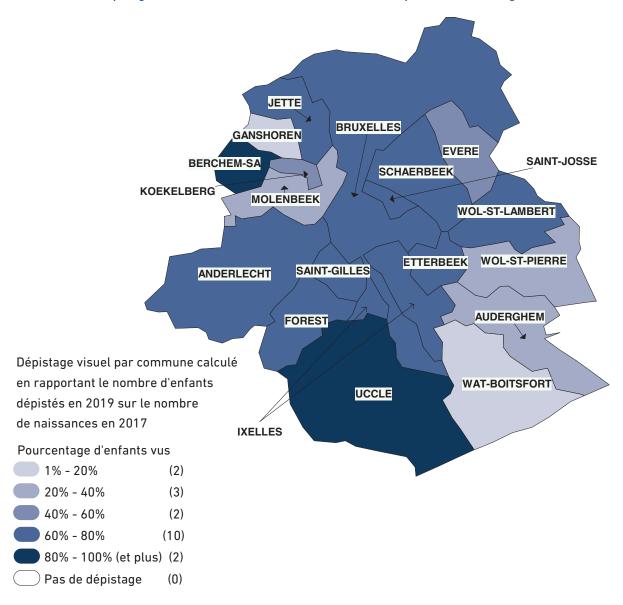
Lorsque le test est anormal, l'enfant est référé vers un ophtalmologue. Lorsqu'il est douteux l'enfant est revu à l'ONE ou dans son milieu d'accueil. En 2019, 4.523 enfants ont été référés vers un ophtalmologue. Dans 86% des cas, l'anomalie a été confirmée par celui-ci ou le cas échéant une autre visite est proposée entre 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 2019 en Région bruxelloise par commune. A Bruxelles, en 2019, cinq examinateurs se répartissaient les dépistages.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Le taux de couverture = nombre d'enfants dépistés une année / nombre de naissances 2 ans avant.



ONE, « Dépistages visuels », Direction Santé, 2019.

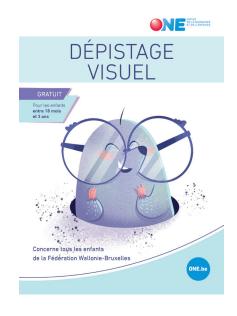
Sur base de la cartographie, on constate que certaines communes se démarquent soit par leurs taux faibles, soit par leur taux élevés.

Les taux de couverture les plus élevés se retrouvent dans les communes de Berchem-Sainte-Agathe et d'Uccle avec respectivement 101% et 89%. Tandis que les taux les plus faibles se retrouvent à Ganshoren et à Watermael-Boitsfort avec environ 15%.

A Ganshoren et Watermael-Boitsfort, les taux faibles s'expliquent par l'existence d'une seule consultation ONE dans ces communes. De plus, le nombre de milieux d'accueil est restreint. Il est probable que des enfants résidant dans ces communes aient été dépistés dans les communes voisines comme Uccle ou Berchem-Sainte-Agathe qui ont des taux très élevés.

Dans certaines communes, les taux de couverture peuvent atteindre, voire dépasser 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.

Par conséquent, certaines consultations peuvent regrouper des enfants de différentes communes d'où des taux plus élevés parmi celles-ci, les enfants ne résidant pas forcément dans la commune où a lieu le dépistage.





VALÉRIE DUMAS

Examinatrice du dépistage visuel en Région bruxelloise.

Vous êtes examinatrice en Région bruxelloise. Pouvez-vous nous raconter votre parcours au sein de l'ONE ?

Etant française, je suis arrivée en Belgique en 2000. La pédiatre de mes enfants était le Dr Winkler (Conseiller pédiatre à l'ONE). Etant moi-même amblyope, je lui ai demandé auprès de qui je pouvais faire un dépistage visuel pour mon enfant, entre ses 12 et 18 mois.

En échangeant avec elle, elle m'a dit que l'ONE cherchait un.e orthoptiste pour Bruxelles en vue de lancer le dépistage visuel qui existait déjà en Brabant wallon. A l'époque, il n'existait plus de formation d'orthoptiste en Belgique depuis plusieurs années. Disposant d'un diplôme d'orthoptiste français, j'ai intégré l'ONE en 2006. Avec le Dr Mauroy (Pédiatre et Directrice médicale à l'ONE), le Dr Winckler et le Professeur Cordonnier, alors chef de service en Ophtalmologie à l'hôpital Erasme, nous avons dès lors lancé les dépistages visuels à Bruxelles. Dès qu'on avait dépisté une anomalie, on demandait aux parents de prendre un rendez-vous chez un ophtalmologue ou bien au service d'ophtalmologie à Erasme qui avait des créneaux horaires spécifiques pour l'ONE avec des rendez-vous rapides, voire urgents.

Dans quelles communes exercez-vous et quelles sont les particularités de votre public ?

J'exerce dans les communes d'Uccle, Forest et Saint-Gilles ainsi que dans une crèche de la Commission européenne. Le public est donc très diversifié selon les lieux de dépistage. C'est important d'en tenir compte car j'essaie toujours de savoir vers qui la famille peut être réorientée en fonction de ses moyens, notamment si elle a la couverture de soins de santé universelle ou pas, ou si l'hôpital applique le ticket modérateur par exemple.

Les PEP's et les médecins de consultation ont une place très importante dans la mise en place du dépistage et de son suivi. Grâce aux nombreux échanges et à l'entraide entre nous, nous essayons d'orienter au mieux les familles.

Quelles ont été les grandes évolutions selon vous, dans votre fonction ces 10 dernières années ?

Pour moi, la plus grande évolution est que nous avons assis notre crédibilité auprès des ophtalmologues. Ils nous font confiance et prennent en charge plus rapidement les enfants qu'on leur réfère.

Nous recevons de plus en plus d'enfants de nationalités différentes. J'ai donc appris les mots utiles lors de l'examen en différentes langues. Ce sont des enfants les plus souvent en âge non verbal qui sont rassurés d'entendre leur langue.

Enfin, une difficulté externe à l'ONE est le stationnement de plus en plus restreint à Bruxelles. Vu les nombreux déplacements et le matériel à transporter, les consultations sont plus complexes qu'avant.

Actuellement, les consultations sont bien organisées et avec une très bonne collaboration. Nous faisons des réunions d'équipe, nous sommes un groupe soudé avec un chouette travail d'équipe.

Si un.e PEP's ou le médecin de la consultation a un doute par rapport à un enfant, il.elle va l'envoyer systématiquement vers le dépistage. Avec la confiance instaurée au cours du temps, il m'arrive d'avoir des enfants âgés de 9 mois. Les PEP's appréhendent mieux la problématique qu'avant.

Qu'aimez-vous le plus dans votre métier ?

C'est un métier extrêmement utile. La vision se développe entre 0 et 6 ans et grâce à la gratuité des dépistages visuels précoces, l'ONE a un rôle très précieux à jouer auprès des familles, surtout les plus précaires qui n'auraient probablement pas consulté un ophtalmologue faute d'information et de moyens. Au plus tôt l'enfant est dépisté, au mieux il pourra être traité.

L'ONE tente que chaque enfant en âge d'être dépisté le soit. J'ai déjà été amenée à faire des suivis d'enfants dont la maman était incarcérée à la prison de Saint-Gilles. Ça fait partie du suivi universel de l'ONE.

C'est vraiment un travail d'équipe. Lorsqu'un suivi renforcé est nécessaire, les PEP's sont encore plus attentifs à ces familles. Si ces enfants ne sont pas dépistés en consultation, ils le seront à l'école en 1ere maternelle mais certains traitements seront moins efficaces.

Qu'aimeriez-vous améliorer dans votre fonction? Comment voyez-vous votre fonction dans 10 ans?

Les améliorations vont se faire automatiquement grâce aux réunions d'équipe régulières mises en place depuis 2020 avec l'arrivée d'une nouvelle coordinatrice du programme. Au début de ma carrière à l'ONE, j'étais seule ou avec des orthoptistes qui quittaient rapidement leur fonction pour retourner en France. Depuis que la formation d'orthoptiste a été rétablie en Belgique francophone (Bruxelles en 2019 et Liège en 2016), nous avons plus de candidats potentiels.

Nous allons présenter le métier auprès des étudiants et nous les accueillons en stage. La relève est assurée ! Pour moi, il n'y pas grand-chose à améliorer si ce n'est d'augmenter le taux de couverture dans certaines régions.

La collaboration avec les PEP's et le pédiatre de la consultation reste essentielle et importante au bon fonctionnement des dépistages et à sa pérennité.



SYNTHÈSE DU SUIVI 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 et lors de visite à domicile. Cet accompagnement préventif de l'enfant et de sa famille est de type psycho-médico-social tel que décrit dans le « Guide de médecine préventive du jeune enfant » .⁷⁸

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des Bilans de Santé sont complétés à 3 âges-clés représentant les moments importants du développement de l'enfant et permettant de récolter les informations des différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE comme l'allaitement ou la vaccination. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés. Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et les Partenaires Enfants-Parents (PEP's).

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2011 à 2020, soit une décennie.

En Région bruxelloise, tout comme pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), après une augmentation constante des taux de couverture des 3 bilans de santé à 9,18 et 30 mois⁷⁹ jusqu'en 2016, on constate une diminution de ces taux à partir de 2017, avec, en 2019-2020, une chute importante des taux liée à une diminution des fréquentations des consultations non vaccinales durant la période du Covid. En effet, durant le confinement, les consultations ont eu pour consigne de prioriser le suivi des enfants nécessitant une vaccination, ce qui a engendré une baisse du nombre de de bilans de santé. Globalement durant la décennie, les taux de couverture sont restés plus faibles en Région bruxelloise par rapport à la moyenne de la Fédération.

Les proportions des bilans de santé des enfants suivis en milieux d'accueil sont moindres en Région bruxelloise par rapport à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles et tendent à diminuer au cours du temps. Une des raisons est la difficulté à recruter des médecins dans les milieux d'accueil pour assurer le suivi préventif des enfants.

En outre, le lieu de suivi varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé issus des milieux d'accueil augmente en fonction de l'âge et ce dans toutes les régions. Cette augmentation est à mettre en relation avec l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil et avec la fin de la première période de vaccination (Hexavalent, Pneumocoque, Rotavirus), période après laquelle les enfants fréquentent moins souvent les consultations.

Dans les bilans de santé, de nombreux indicateurs socio-économiques et sanitaires sont relevés. Les indicateurs restent globalement assez stables au cours de la décennie. Le fait le plus marquant reste que ceux-ci sont souvent plus défavorables en Région bruxelloise par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En Région Bruxelloise, environ 92% des enfants suivis par l'ONE vivent avec leurs deux parents. Cette proportion est semblable en FWB. Ces résultats sont très stables durant la décennie tant en Région bruxelloise qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le niveau d'éducation des mères fréquentant l'ONE est plus faible en Région bruxelloise par rapport à la Fédération. En effet, presque 30% des mères bruxelloises ont un niveau d'éducation considéré comme « bas », c'està-dire qu'elles n'ont pas dépassé le niveau secondaire inférieur, alors qu'elles représentent 23% en FWB. Le faible niveau d'éducation des mères bruxelloises des enfants suivis par l'ONE peut être source de difficultés d'insertion socio-professionnelle surtout lorsqu'elles sont primo-arrivantes et ne maitrisent pas le français.

Concernant l'activité professionnelle de la mère, la part des mères inactives professionnellement varie entre 55% et 60% durant la décennie. Environ 25% des mères occupent un emploi à temps plein. Ces résultats sont cohérents avec le type de revenus dont dispose la famille, c'est-à-dire que seulement 30% des familles vivent avec 2 revenus professionnels.

Environ 25% des mères ne maitrisent pas bien le français et 80% des enfants suivis par l'ONE parlent une autre langue que le français dans leur foyer, ce qui est le taux le plus élevé de la Fédération. Dans la population générale, 75% des résidents bruxellois sont soit de nationalité étrangère, soit de nationalité belge d'origine étrangère.

Parmi les enfants suivis en consultation, la proportion des enfants fréquentant un milieu d'accueil a progressé durant la décennie, tant à Bruxelles qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2019-2020, presque un enfant bruxellois sur 2, âgé de 30 mois, fréquentait un milieu d'accueil.

L'allaitement maternel fait partie de programmes de santé prioritaire de l'ONE. A Bruxelles, les taux d'allaitement sont les plus élevés de la Fédération et, ce, depuis plusieurs années. Alors que le taux d'allaitement à la sortie de la maternité est d'un peu plus de 92% pour les années 2019-2020, l'allaitement exclusif à une semaine de vie des enfants bruxellois est de 85,1%. Pour l'ensemble de la Fédération ce taux est de 72,4%. Aux 3 mois de l'enfant, 54,4% des enfants bruxellois sont encore allaités de manière exclusive alors que ce taux chute à 39,5% en Fédération. Ces taux plus élevés peuvent être mis en lien avec la situation professionnelle de la mère et la culture des familles. En effet, plus de 50% des mères ne sont pas actives professionnellement, ce qui peut favoriser l'allaitement grâce à une plus grande disponibilité de la mère.

Tout comme dans la littérature, un lien est également établi entre le taux d'allaitement et certains facteurs socio-économiques : un niveau d'éducation supérieur de la mère (88,4%), des parents qui vivent ensemble (85,9%) et le fait de travailler à temps partiel (88,1%) sont des facteurs favorisants l'allaitement maternel.

Pour évaluer la corpulence des enfants, les résultats de la BDMS se basent sur les courbes de croissance de l'OMS. À 30 mois, on utilise les termes de « à risque de surpoids » et « surpoids », plutôt que surpoids ou obésité. A Bruxelles, les enfants sont proportionnellement plus à risque de surpoids (26%) ou en surpoids (10%) par rapport à l'ensemble des enfants du même âge de la Fédération Wallonie-Bruxelles et ce depuis plusieurs années. Les différentes enquêtes menées à Bruxelles montrent le même constat. Sur base de l'Enquête de santé de Sciensano, ces proportions atteignaient 33% au total et selon les données issues de la Promotion à santé à l'école, les enfants bruxellois scolarisés en primaire montrent également des proportions plus élevées de surpoids y compris d'obésité.

Les données relatives au tabagisme passif sont récoltées lors des bilans de santé à 9 et 18 mois. Que ce soit en Région bruxelloise ou en Fédération Wallonie-Bruxelles, la consommation tabagique a diminué durant la décennie pour les 2 modes de consommation : le tabagisme au quotidien et au sein de l'habitation. Le tabagisme passif reste plus faible à Bruxelles qu'en Fédération, avec en 2019-2020, 23,0% des familles qui ont déclaré fumer quotidiennement et 3,9% au sein de l'habitation.

Durant la décennie, le taux moyen de caries parmi les enfants bruxellois âgés de 18 mois était de 2,8% et de 9,0% parmi ceux âgés de 30 mois. Ces taux étaient plus élevés que la moyenne de la Fédération. On peut également constater, en 2013-2014, une augmentation des taux liés à une Recherche-Action pendant laquelle des dentistes ont fait des dépistages dentaires. Ces dépistages ont porté leurs fruits et ont fait augmenter les proportions ces années-là. En effet, les dentistes sont plus expérimentés pour dépister les caries aux stades les plus précoces.

Entre 2011 et 2018, environ 30% des enfants âgés de 30 mois présentaient un retard de langage c'est-à-dire qu'ils ne pouvaient ni prononcer leur prénom, ni prononcer une phrase de 3 mots. Cette proportion a diminué en 2019 et 2020, diminution qu'il y a lieu de suivre dans l'avenir. La part des enfants présentant un retard langagier est plus importante parmi les enfants suivis en milieux d'accueil ou encore parmi les enfants dont la mère n'a pas dépassé l'enseignement de niveau secondaire inférieur.

L'ONE suit le calendrier vaccinal du Conseil Supérieur de la Santé. Afin d'obtenir une immunisation optimale, il est recommandé d'atteindre les 95% de taux de couverture. Seuls les vaccins Hexavalent et Pneumocoque, administrés à 9 mois, avoisinent ce taux. Les autres vaccins restent en deçà des taux recommandés. Ces faibles taux sont notamment expliqués par un pourcentage plus élevé de statut vaccinal « inconnu », en partie lié au parcours migratoire plus important chez les enfants suivis en consultation à Bruxelles. En effet, il n'est pas toujours aisé de connaître le statut vaccinal de ces enfants. En Fédération Wallonie-Bruxelles, les taux sont en moyenne plus élevés.

Depuis 2003, l'ONE organise le dépistage précoce des troubles visuels chez les enfants âgés de 18 à 36 mois. L'examen est gratuit et permet de dépister le plus tôt possible des troubles visuels qui entraveraient le développement de la vision de l'enfant. Depuis 2003, le nombre d'enfants dépistés ne cesse d'augmenter. En 2019, 9.274 enfants bruxellois ont été dépistés, ce qui représente un taux de couverture de 64% en Région bruxelloise (66% en FWB). Pour environ 11% des enfants le test était « anormal », pour 4% il était « douteux » et pour 9% il était « irréalisable ». Pour ces enfants-là, selon le cas, ils sont revus en consultation ou envoyés chez un ophtalmologue. Dans 86% des cas, l'anomalie est confirmée. Et le traitement consiste le plus souvent au port de lunettes.



LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE EN RÉGION BRUXELLOISE

4.1. INTRODUCTION¹

Les missions PSE sont exercées par les Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE) dans l'enseignement subsidié par la Fédération Wallonie-Bruxelles et par les Centres Psycho-Médico-Sociaux dans l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (CPMS-FWB)².

Parmi les missions confiées aux SPSE et aux CPMS-FWB figurent le suivi médical des élèves et l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires. Le recueil³ consiste en la collecte anonyme et informatisée d'une partie des items contenus dans le dossier médical scolaire, tel qu'il est complété lors du bilan de santé. Seules les données du recueil font l'objet d'analyses statistiques. Les indicateurs dérivés sont communiqués annuellement aux SPSE et CPMS-FWB afin de leur permettre de définir les besoins de leur population sous tutelle en matière de promotion de la santé.

Organisé par arrêté⁴, le recueil suit un plan de déploiement progressif. Actuellement, les données sont disponibles pour 9 années scolaires consécutives, couvrant tout d'abord les élèves de 1re maternelle (depuis 2006-2007), puis de 3e maternelle (depuis 2007-2008), ensuite de 2e primaire (depuis 2008-2009), de 6e primaire (depuis 2009-2010), et enfin de 2e secondaire (depuis 2013-2014)⁵ et de 4ème secondaire général (depuis 2014-2015).

Le recueil intègre notamment les données relatives au statut pondéral des élèves. Les valeurs de poids et de

taille des enfants sont comparées aux valeurs de référence spécifiques selon le sexe et l'âge de l'enfant (Courbe de croissance de la Région flamande, Roelants et al., 2004). Les seuils retenus pour la définition de la surcharge pondérale et de l'obésité sont respectivement les valeurs d'Indice de Masse Corporelle (IMC) au-dessus du percentile 85 et au-dessus du percentile 95 de la courbe de croissance.

Les pourcentages présentés sont des pourcentages standardisés pour le sexe et l'âge. Ils permettent d'éliminer les éventuelles différences liées à la structure d'âge et de sexe entre les différentes années de collecte de données.

L'utilisation, l'interprétation et l'inférence statistique des données pour toute la population bruxelloise scolarisée doivent s'effectuer avec quelques précautions puisque le recueil comporte quelques sources de biais qui ne sont pas encore contrôlées à ce stade.

La Région de Bruxelles-Capitale compte 14 Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE), 3 dans le réseau libre, 10 dans le réseau officiel communal et 1 dans le réseau officiel de la COCOF, répartis au total en 22 antennes (dont 6 pour le réseau libre et 15 pour le réseau l'officiel communal + 1 COCOF). Lors de l'année scolaire 2020-2021, ces services PSE comptabilisaient 220.694 élèves sous tutelle, soit 120.066 élèves dans le réseau libre et 90.394 dans le réseau officiel communal + 10.234 (COCOF).



- 1 Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, certaines compétences « Santé » du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées le 1er janvier 2015 à l'ONE notamment la « Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE)
- 2 La dénomination officielle pour désigner ces centres est « Centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française (CPMS-CF) ».
- 3 Décrets du 20 décembre 2001 « relatif à la Promotion de la Santé à l'École » et du 16 mai 2002 « relatif à la Promotion de la Santé dans l'enseignement supérieur hors universités »
- 4 Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 3 juin 2004 « organisant le recueil standardisé d'informations sanitaires en application des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités »
- 5 Résultats non montrés en l'absence d'exhaustivité des données.
- 6 Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. (2004) Groeicurven Vlaanderen 2004 Laboratorium voor Anthropogenetica, Vrije Universiteit Brussel en Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur : www.vub.ac.be/groeicurven. Les courbes de référence utilisées depuis de nombreuses années par la Promotion de la Santé à l'Ecole diffèrent de celles utilisées par l'ONE en consultations d'enfants et en milieux d'accueil. Les seuils retenus diffèrent également. En revanche, le calcul de l'IMC reste identique (cfr. page).

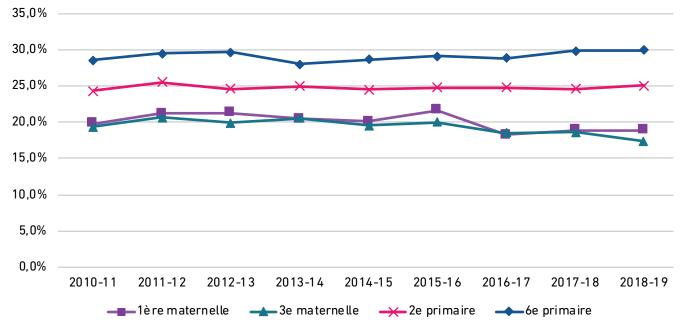
4.2. SURCHARGE ET OBÉSITÉ DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE MATERNELLE ET PRIMAIRE

Évolution des proportions d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) dans la Région de Bruxelles-Capitale

	1 ^{ère} maternelle		3 ^{ème} maternelle		2 ^{ème} primaire		6 ^{ème} primaire	
	% (IC à 95%)	N	% (IC à 95%)	N	% (IC à 95%)	N	% (IC à 95%)	N
2010-11	19,8 (18,9 ;20,7)	9109	19,3 (18,4 ;20,1)	10429	24,3 (23,3 ;25,3)	9721	28,5 (27,4 ;29,7)	8303
2011-12	21,2 (20,3 ;22,1)	9562	20,6 (19,8 ;21,5)	10638	25,5 (24,5 ;26,5)	10222	29,4 (28,3 ;30,6)	8492
2012-13	21,3 (20,4 ;22,2)	10178	19,9 (19,1 ;20,7)	10890	24,6 (23,7 ;25,6)	10547	29,6 (28,5 ;30,8)	8795
2013-14	20,4 (19,5 ;21,3)	10133	20,5 (19,7 ;21,4)	10660	24,9 (23,9 ;25,8)	10738	28 (26,9 ;29,2)	8463
2014-15	20,1 (19,2 ;21,1)	8752	19,5 (18,7 ;20,3)	10857	24,5 (23,5 ;25,4)	10536	28,6 (27,5 ;29,8)	8491
2015-16	21,6 (20,7 ;22,6)	9388	20 (19,2 ;20,9)	11368	24,8 (23,9 ;25,7)	10989	29,1 (28,0 ;30,2)	8954
2016-17	18,2 (17,4 ;19,1)	9586	18,5 (17,7 ;19,3)	10897	24,8 (23,9 ;25,8)	11203	28,8 (27,8 ;29,9)	9319
2017-18	18,9 (18,0 ;19,8)	9051	18,6 (17,8 ;19,4)	10720	24,6 (23,7 ;25,5)	11199	29,8 (28,7 ;30,9)	9415
2018-19	19,9 (19,0 ;20,8)	9009	17,4 (16,6 ;18,2)	10263	25 (24,1 ;26,0)	10677	29,9 (28,8 ;31,0)	9382

Source: ONE- Données PSE, 2010-2019

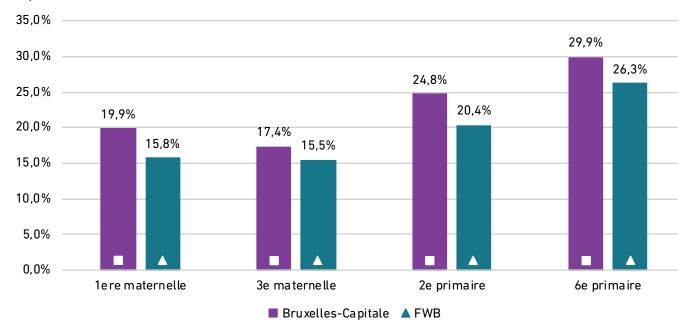
Évolution des proportions d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) dans la Région de Bruxelles-Capitale



Source : ONE- Données PSE, 2010-2019

Sur base du tableau et du graphique, on observe que la proportion des élèves bruxellois en surcharge pondérale augmente en fonction de l'âge de l'enfant. Pour les enfants de 1ère maternelle durant la décennie, environ 20% des élèves présentent une surcharge pondérale contre 30% des élèves de 6ème primaire.

Proportion d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) en fonction du niveau scolaire en Région de Bruxelles-Capitale et en Fédération Wallonie-Bruxelles, année scolaire 2018-2019



Source : ONE- Données PSE, 2019-2020

Tout comme pour les données issues de la BDMS, les enfants en surcharge pondérale sont plus nombreux parmi les enfants bruxellois par rapport aux enfants résidant dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La proportion d'enfants en surpoids augmente également directement selon l'âge de l'enfant et ce, tant en Région bruxelloise qu'en Fédération.

Enquête HBSC

L'enquête auto-administrée "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" cofinancée par l'ONE, la Région wallonne et la COCOF peut être complémentaire aux données de la PSE sur certaines variables.

Elle collecte un large panel d'indicateurs permettant d'appréhender la santé, les comportements de santé et le bien-être des jeunes scolarisés de la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis la 5ème primaire jusqu'à la fin des secondaires. Elle investigue également l'indicateur de surcharge pondérale.

L'enquête est menée de manière répétée tous les 4 ans sous le patronage du Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'enquête HBSC apporte des données utiles permettant d'œuvrer à la promotion de la santé des jeunes en âge scolaire et informe sur l'évolution des déterminants et des indicateurs de la santé des jeunes. La onzième enquête a eu lieu en 2018.





PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ EN RÉGION BRUXELLOISE

5.1. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À BRUXELLES, UNE MOSAÏQUE D'INITIATIVES POUR UN PUBLIC DIVERSIFIÉ

Le Service Education à la Santé (EDUS) compte deux Référentes Edus pour la subrégion de Bruxelles. Une de leurs missions principales est d'accompagner les acteurs de terrain dans le développement de projets d'éducation et de promotion de la santé. L'EDUS consiste aussi à créer et mettre à leur disposition des outils d'animation, ainsi qu'à former à leur utilisation.

Au cours des dix dernières années, les activités collectives dans lesquelles se sont investis les PEP's ont été nombreuses et diverses, aussi bien dans le secteur périnatal (Consultations prénatales (CPN), liaison et néonatalogie) que dans celui des consultations pour enfants. Chaque initiative a été réfléchie sur base des besoins du public et dans le cadre du Projet Santé Parentalité (PSP)¹ et du Plan d'Accompagnement Périnatal (PAP), et a développé ses propres caractéristiques en termes d'objectifs et de publics visés, de thématiques abordées et de ressources utilisées. Le but étant de s'ajuster au mieux aux besoins et aux réalités des familles fréquentant les consultations, aux profils socio-économiques et culturels très variés.

5.1.1. Focus sur quelques projets qui reflètent les initiatives de terrain

Les thèmes des activités

Globalement, de 2011 à 2021, les thèmes les plus abordés dans chaque secteur ont été :

CPN	CE
Grossesse en général (Module Bulle sensorielle)	
Alimentation de la femme enceinte Allaitement	Alimentation y compris l'allaitement
Santé dentaire chez la femme enceinte	Hygiène dentaire
Contraception postpartum Matériel de puériculture	Psychomotricité Lecture Sommeil Jeu Limites et repères

Dans le secteur des consultations prénatales, la collaboration ONE- maternités a conduit à la mise en place du grand module « Bulle Sensorielle », ou de sa version plus réduite : la « Mini-Bulle Sensorielle ».

Depuis 2011, son installation s'est réalisée dans différents hôpitaux et cliniques :

- 4 x à Brugmann
- 3x à Paul Brien
- 3x à Baron Lambert
- 3x à Saint-Jean
- 2x à Sainte-Anne/Saint-Rémi
- 1x à Sainte-Elisabeth
- 1x à l'hôpital d'Ixelles





¹ Projet Santé Parentalité (PSP) et Plan d'Accompagnement Périnatal (PAP): plans d'action, respectivement d'une consultation pour enfant et d'une consultation prénatale, établis pour une durée de 5 ans. Ils prévoient la réalisation d'activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale. Ils se basent sur l'analyse des caractéristiques de la population de la consultation afin de déterminer les besoins du public et de cibler les actions pertinentes pour y répondre.

Lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, des animations sont organisées sur ce thème, comme dans la CPN de la rue de l'Emeraude à Schaerbeek en 2021.

Dans le secteur des Consultations pour Enfants (CE), les activités collectives autour de l'alimentation et de l'hygiène dentaire ont largement prédominé sur les autres. Leur objectif final : la prévention de la carie de la petite enfance et la prévention du surpoids chez les jeunes enfants. Deux problématiques très présentes à Bruxelles et constatées tant sur le terrain que dans les données de la BDMS et des PSE (Cfr chapitres 3 et 4).

 Collaboration avec Souriez.be sur le thème de la santé bucco-dentaire

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, la recherche-action menée de 2010 à 2013 à Bruxelles et dans le Hainaut a certainement donné une impulsion au développement d'animations autour de ce thème, que ce soit au sein des consultations, ou dans les écoles, en partenariat avec les SPSE (Services de Promotion Santé à l'Ecole).

Si les caries se rencontrent dans toutes les couches de la population, la mauvaise santé dentaire s'aggrave avec la fragilité sociale. Face à ce constat, des consultations bruxelloises, déjà sensibilisées à cette thématique, ont accepté d'être pilotes dans la mise en place d'interventions visant à sensibiliser les parents à prendre soin des dents de leurs enfants et ce, dès leur apparition.

La collaboration avec Souriez.be a permis l'organisation de dépistages dentaires au sein des consultations participantes, parfois couplés à un dépistage visuel. Une initiative de proximité qui a rencontré un grand succès auprès des parents, bon nombre d'entre eux préférant cette alternative à la visite chez un dentiste. Une fois la recherche finalisée, les consultations qui le souhaitaient ont continué à collaborer avec Souriez.be (dans la mesure de la disponibilité des dentistes). D'autres ont pu développer des collaborations avec des dentistes locaux.

 Le module Denti-Mains Propres proposé dans la CE, rue de Bonne à Molenbeek

En 2017, le module Denti-Mains Propres a permis de proposer un atelier de brossage des dents aux enfants, en présence de leurs parents. Les parents et enfants des autres consultations de Molenbeek ont également été invités à participer, ainsi que ceux de la crèche voisine. Au total, ce sont 131 enfants et familles qui ont pris part à l'animation. Forts de ce succès, les PEP's ont renouvelé l'expérience en 2019. La crise sanitaire a stoppé momentanément l'élan. Une reprise est prévue dès que possible. La gratuité de l'activité est un incitant pour les familles.





L'alimentation

L'alimentation est la deuxième thématique la plus abordée. En effet, dans les consultations pour enfants à Bruxelles, durant la décennie, environ 35% des enfants sont en surpoids ou à risque de surpoids. Face à ce constat et suite aux nombreuses questions émanant des parents au sujet de l'alimentation, des activités variées et adaptées aux parents et/ou aux enfants ont été mises en place. Cela va de l'allaitement à l'importance du goûter et du petit-déjeuner en passant par la diversification alimentaire ou la boîte à tartines pour l'école.

Les origines et les cultures familiales étant très diverses à Bruxelles, les usages et les pratiques parentales le sont tout autant. Avec un discours et des conseils devant être accessibles à tous, les activités destinées aux parents visent à susciter le dialogue avec ceux-ci autour de leurs représentations et habitudes afin d'inciter au partage d'expériences, de valoriser et de renforcer leurs compétences, leurs connaissances et aptitudes. Une attention particulière est portée aux familles en situation de précarité économique et/ou sociale (monoparentalité, primo-arrivants...), très représentées dans le public des consultations bruxelloises.

Si l'accompagnement individuel des familles est primordial, l'activité collective est complémentaire et permet à beaucoup de parents et/ou de familles monoparentales de rompre l'isolement social en rencontrant d'autres personnes dans un cadre convivial et sécurisant.

Parler d'alimentation conduit aussi à parler d'activité physique, de sommeil et de règles et de limites. Pour des raisons diverses, ce dernier point est source de difficultés pour le(s) parent(s). L'animation leur permet de déposer ce qu'ils vivent et de se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls.

Les animations collectives destinées aux enfants varient selon leur âge :

- Découverte des aliments par le biais des 5 sens,
- « Jouer au marché » pour parler de façon ludique du contenu d'une assiette favorable à la santé,
- Faire deviner le contenu en sucre et en graisse des « crasses » ...





Animation « soupe du Monde » à Auderghem

La consultation pour enfants à Auderghem organise un Bébé-rencontre 2 fois par semaine au sein de ses locaux permettant aux parents isolés de se rencontrer. Elle accueille parfois jusqu'à 40 personnes (parents et enfants confondus) d'origines diverses et variées (Japon, Brésil, Ukraine, Russie, ...) et de milieux socio-économiques très différents.

Le sujet le plus fédérateur étant l'alimentation, tous les jeudis, la PEP's propose d'imaginer « une soupe du monde ». Les parents qui le souhaitent viennent avec une recette uniquement composée de légumes et d'épices qu'ils partagent au groupe. Le jour de l'atelier, la PEP's prépare la soupe.

En fin de matinée, les parents et les enfants partagent les soupes et échangent au sujet des coutumes, traditions, alimentation équilibrée et durable... Cela permet aux familles de déconstruire leurs croyances autour de l'alimentation et de goûter de nouveaux légumes et arômes. Les animations ont énormément de succès et les retombées à domicile sont très positives (reproduc-

tion des recettes et augmentation de la consommation des légumes).

5.1.2. Des partenariats avec les écoles

Les thèmes du sommeil et de l'hygiène dentaire ont donné lieu à de nombreuses collaborations entre consultations ONE, SPSE et CPMS (Centres psycho-médico-sociaux). Outre les problèmes de santé bucco-dentaire, les professionnels mettent aussi en avant les problèmes liés au manque de sommeil chez les enfants : endormissement en classe, bâillements, manque de concentration...

Schaerbeek, une commune très active...

Ces 10 dernières années, le partenariat entre les consultations ONE et le SPSE communal de Schaerbeek est à épingler. Quasi toutes les écoles communales (maternelles et primaires) ont accueilli le Tunnel Denti-Mains Propres ou le Petit Oreiller, voire les deux. Les PEP's des différentes consultations pour enfants ont été impliquées dans l'organisation et/ou l'animation d'un module dans une de ces écoles.

Enfin, écoles (avec en priorité celles à discrimination positive) et consultations, se sont aussi impliquées dans le projet « Sésame » : l'installation en 2011 et 2012 de l'Oreiller Magique dans la « grande » bibliothèque communale Sésame, en partenariat avec la ludothèque adjacente. Ouvert aux écoliers en semaine, le module a aussi accueilli les familles le samedi avec un beau succès. Les locaux n'étant plus disponibles, le projet n'a pas pu être reconduit.





■ Le module Bam Bam à Etterbeek

A l'école Claire-Joie à Etterbeek, le choix de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique a débouché sur un partenariat entre enseignants, SPSE et CPMS et les consultations ONE de la commune. Le module BAM BAM a été installé pendant une semaine au sein de l'école. Ce module promeut l'adoption d'un mode de vie sain en favorisant l'équilibre entre le bien-être et l'estime de soi, l'alimentation équilibrée et l'activité physique. Un des aspects du rôle des Référent.e.s Edus est la formation à l'animation du module.





5.1.3. Des partenariats avec des acteurs locaux

■ 1,2,3 Jouons à Saint Gilles

Le tissu associatif est dense à Bruxelles. A Saint-Gilles, à l'approche de la Saint-Nicolas, l'organisation du module « 1,2,3 Jouons » est l'exemple d'un partenariat qui a réuni une douzaine d'acteurs locaux œuvrant dans les secteurs du social, de l'enfance et de la santé²:

La mise en place de cette activité est à l'initiative de PEP's voulant sensibiliser les parents à l'importance du jeu dans le développement et la socialisation de l'enfant, ainsi qu'au renforcement des liens parents-enfants. L'objectif était aussi de proposer des alternatives à la surconsommation d'écrans et d'offrir l'opportunité aux familles défavorisées (logement exigu, précarité financière, primo-arrivants...) de passer un moment convivial avec leurs enfants et d'autres parents. Pendant 7 années consécutives (de 2013 à 2019), le module a été installé

pendant une semaine dans les locaux mis à disposition par le CPAS. La crise sanitaire a hélas mis fin à cette belle dynamique mais l'activité reprendra fin 2023.



5.1.4. Des partenariats avec les communes

Dans le cadre des Fêtes de quartier, des Fêtes de familles, Fêtes de la Jeunesse et/ou des Semaines ou Quinzaines de la petite enfance à l'initiative des communes, la participation de l'ONE est régulièrement sollicité notamment avec la participation des PEP's. Quelques exemples parmi d'autres :

Semaine de la petite enfance à Ixelles en 2011 :

Organisation au sein de l'hôpital du module sur la grossesse, Bulle sensorielle, et mise en place d'animations sur la prévention des accidents à la maison et sur le chemin de l'école en collaboration avec une crèche.

• Quinzaine de la petite enfance en 2015 à Uccle :

Organisation d'ateliers dans les locaux des consultations sur la préparation de repas simples et sains, mais aussi sur le massage bébé. Organisation également du module Bulle sensorielle à la maternité de l'hôpital Sainte-Elisabeth.

■ Fête des familles à Jette :

La participation des PEP's est récurrente avec des thèmes divers. En 2015 par exemple, ils ont tenu un stand sur la prévention des accidents domestiques en utilisant divers jeux du service Edus pour une approche ludique de la thématique.

■ Fête de la Jeunesse de la Ville de Bruxelles : Les PEP's ont participé à plusieurs éditions (2017, 2018,2019).

5.1.5. Des partenariats avec les milieux d'accueil

Atelier Eco-responsabilité

Un atelier sur les langes lavables et sur les cosmétiques pour bébés a été organisé à Etterbeek grâce au partenariat entre la CE de la rue Thieffry et la crèche Sainte-Anne. Cette animation faisait partie d'un cycle de séances

² Partenaires locaux pour le projet : Le CPAS, le CEMO (Centre d'Education en Milieu Ouvert), le CEMôme (ASBL extra-scolaire), la Maison des Enfants (ASBL proposant des activités sociales et culturelles aux parents et aux enfants, ludothèque), le Centre familial belgo-immigré (ASBL d'éducation permanente, école de devoirs, service social...), Femmes Actives du Monde (association visant la participation, l'intégration et l'émancipation des femmes et des enfants dans la société), Itinéraires AMO, les centres PMS libre et communal...

d'informations pour une éco-parentalité et était mise sur pied par un réseau d'acteurs locaux.

 Diverses campagnes ont été menées dans les crèches d'Actiris 2 et 3 à Molenbeek

A l'initiative de la PEP's se rendant dans ces 2 structures et en collaboration avec les puéricultrices, organisation d'une campagne d'affichage pendant 1 mois sur la diversification alimentaire et sur le petit-déjeuner-goûter (pour les parents des « grands » allant bientôt passer à

l'école maternelle). Cette campagne a été complétée par une semaine d'animations sur l'alimentation, chaque jour de 17h à 18h pour pouvoir toucher les parents quand ils viennent rechercher leurs enfants.

Sur le même schéma, le thème de l'hygiène dentaire et de la prévention des caries a aussi été abordé avec une campagne d'affichage et des animations réalisées en collaboration avec Souriez.be.

5.2. PROMOUVOIR LE LANGAGE PAR DIFFÉRENTES PORTES D'ENTRÉE

La maison médicale « Entr'Aide des Marolles », située au cœur d'un quartier populaire de Bruxelles avec une mixité sociale importante, propose différents services. L'ONE y loue des locaux afin d'y organiser une consultation prénatale et une consultation pour enfants, consultation au sein de laquelle travaillent Samira Boutouil et Karima Touhami.

Sur base des besoins des familles et des résultats de la BDMS, des activités collectives sur des thématiques spécifiques peuvent être organisées dans les consultations pour enfants. A cet effet, Samira et Karima ont mis en place des activités de soutien au langage pour les enfants fréquentant leur consultation.



RENCONTRE AVEC SAMIRA BOUTOUIL ET KARIMA TOUHAMI

PEP's à la CE de la rue des Tanneurs, 1000 Bruxelles

Samira, Karima, comment est née votre volonté de travailler cette thématique?

Lors de la campagne sur le développement du langage organisée par l'ONE de 2016 à 2018, nous nous sommes proposées de faire partie des consultation-pilote pour la guidance langagière³ destinée aux parents. Notre responsable nous y avait motivées sur base des statistiques de la BDMS issues des bilans de santé : les retards de langage chez les enfants de 30 mois fréquentant notre consultation représentaient 35%. Or, une acquisition correcte du langage oral est primordiale non seulement pour communiquer, mais aussi pour aborder le langage écrit (lecture, écriture) et les apprentissages scolaires. Un retard de langage constaté à 2 ans peut être déterminant dans l'apparition de difficultés lors de l'entrée à l'école.

Vous avez développé plusieurs activités pour soutenir le développement du langage. Quelles sont-elles et à qui s'adressent-elles ?

Toutes les interactions que l'enfant peut avoir avec d'autres personnes ont un rôle important dans le développement du langage. Après réflexion en équipe autour de notre Projet Santé Parentalité (PSP)⁴, nous avons décidé d'agir à trois niveaux : le jeu, la lecture, et la stimulation langagière de l'enfant.

Promouvoir le jeu

Depuis plusieurs années, nous avons un partenariat avec l'association « Toile de jeux » qui vient animer notre salle d'attente 2x/semaine. Promouvoir le jeu, c'est promouvoir le développement de l'enfant, sa sociabilité, les liens parents-enfants, l'apprentissage des limites, le partage... Mais c'est aussi lui fournir l'occasion de parler, de chanter, de s'exprimer dans un espace sécurisant et ludique.

Toile de jeux anime également un autre espace jeux dans le quartier où les familles peuvent se rendre gratuitement.

³ La guidance langagière est un outil créé à la suite d'une recherche action réalisée en 2012-2014 par l'Ulg. Cette recherche avait pour but de créer un outil de repérage du retard de langage et de mettre en place un programme de stimulation langagière impliquant les parents et adaptée aux caractéristiques des populations cibles. Le but étant de faire participer les parents et de leur donner des conseils pour stimuler le langage de leurs enfants.

⁴ Projet Santé Parentalité (PSP) d'une consultation pour enfants est un programme établi pour 5 ans incluant la réalisation d'activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale. Ils se basent sur l'analyse des caractéristiques de la population de la consultation afin de déterminer les besoins du public et de cibler les actions pertinentes pour y répondre.

Promouvoir la lecture grâce à la « cabane à histoires »

Nous avons créé dans notre consultation, un coin lecture que nous avons appelé, notre « Cabane à histoires » et que nous animons une fois tous les 15 jours pendant la consultation des 3-6 ans. Il s'agit d'une « cabane » où les enfants et les parents qui en ont l'envie prennent place dans un espace douillet et confortable. Nous y racontons une ou plusieurs histoires mais laissons aussi volontiers la place aux papas ou aux mamans qui se sentent à l'aise et qui trouvent du plaisir à le faire eux-mêmes. C'est l'occasion de montrer à ceux qui n'osent peut-être pas que, partager un livre avec son enfant, le feuilleter avec lui, lui montrer les images et lui raconter une histoire, même si c'est sans les mots écrits dans le livre, c'est à la portée de tous.

Tout comme pour le jeu, la notion de plaisir est importante. Si le parent l'expérimente, il sera enclin à la reproduire à la maison. Au plus l'enfant est plongé dans un bain de mots, au plus il va acquérir du vocabulaire et développer son langage. En dehors de ces moments d'animation, des livres sont laissés à disposition dans la salle d'attente.

Dans le cadre d'un partenariat ONE- DG Culture de la FWB, nous remettons à chaque nourrisson inscrit un livre avec beaucoup d'illustrations et très peu de texte. Il s'agit d'une comptine avec des sons et des mots faciles à répéter. Elle peut être lue, chantée, mimée...Pour nous, c'est une porte d'entrée qui nous permet d'expliquer les bienfaits d'un livre non seulement pour l'imaginaire de l'enfant mais pour le développement de son langage oral et plus tard de son langage écrit.

Nous prenons aussi à cœur d'accompagner les parents qui souhaitent s'inscrire à la bibliothèque du quartier. C'est une démarche qui pour certains peut être difficile. C'est l'occasion de les familiariser avec le lieu et de faire découvrir que, outre les livres, la bibliothèque propose aussi différentes animations.

La guidance langagière

La guidance langagière, programme proposé à un groupe de parents et organisé en 8 séances visant à stimuler le langage des plus petits telle qu'organisée lors de la campagne, ne convenait pas à notre public. Beaucoup de parents se désistaient. Après réflexion, nous avons décidé de proposer aux familles des enfants chez qui nous repérons un retard ou un risque de retard de langage, un accompagnement individualisé. Nous expliquons avec beaucoup de précautions l'utilisation de l'outil de repérage pour ne pas créer chez les parents de l'inquiétude ou le sentiment d'être jugé négativement.











Les rencontres peuvent se faire dans nos locaux ou à domicile, selon le souhait des parents et au rythme qui leur convient. Nous prenons le temps de leur expliquer les conseils applicables au quotidien pour soutenir le développement du langage de leur enfant. Ces conseils se retrouvent dans la brochure « Le langage, parlons-en » ainsi que sur le site <u>www.unchat-unchat.be</u> développé lors de la campagne.

Nous avons aussi la chance de pouvoir avoir recours à la logopède de la maison médicale en cas de besoin.

Quel bilan ou constat faites-vous de ces activités?

Nous ressentons beaucoup de satisfaction à voir les parents et les enfants intéressés et satisfaits par les différentes activités que nous mettons en place. C'est très motivant. Nous nous adressons et nous touchons tous les publics, quelle que soit l'origine culturelle ou le niveau socio-économique. La population de notre consultation compte un grand nombre de personnes d'origine étrangère, qui parfois ne parlent pas le français. Pourtant, ce n'est pas un obstacle. Nous parvenons à utiliser les outils de repérage⁵ et à donner les conseils sans l'intervention d'un interprète.

Nous travaillons toujours dans la bienveillance et au rythme des parents, c'est très important.

L'observation de l'enfant et de ses parents, de leurs relations, de leur milieu de vie familial (quand c'est possible) nous apporte beaucoup d'informations et nous permet d'ajuster notre accompagnement. Parfois ce que nous pensions réalisable ne l'est pas, parfois c'est le contraire. Ainsi, une simple caisse en carton peut suffire à initier une petite bibliothèque où parfois le premier livre de l'enfant sera celui donné à l'ONE.

5.3. LA FONCTION DE RÉFÉRENT-E SANTÉ EN MILIEUX D'ACCUEIL EN RÉGION BRUXELLOISE

Une fonction incontournable pour répondre aux questions sanitaires du terrain en manque de médecin mais pas que...



SARAH COLLARD

Référente à Bruxelles

La fonction de Réfèrent.e santé en milieux d'accueil est relativement récente. Pouvez-vous nous expliquer le contexte de sa création ?

Face au constat que de nombreux milieux d'accueil, pour la plupart bruxellois, ne bénéficiaient plus du suivi médical préventif (malgré l'obligation légale en la matière), l'ONE a mené une réflexion il y a une quinzaine d'années qui a débouché sur la création de la fonction de Référent.e Santé en 2014.

Combien d'agents occupent cette fonction à l'heure actuelle?

En 2014, l'ONE comptait une seule Référente santé en milieu d'accueil pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, deux en 2016, trois en 2018. L'équipe s'est renforcée en janvier 2020 avec l'arrivée de six personnes supplémentaires. Ces engagements ont été initiés pour faire face aux nouveaux défis de la Réforme de l'accueil notamment. Ils sont « tombés à pic » pour affronter la pandémie qui s'annonçait imminente.

En Région bruxelloise, nous sommes actuellement deux : Jordaan Pollet s'occupe de la partie sud-est du territoire, et moi j'interviens pour le nord-ouest.

Pouvez-vous nous parler de vos missions en tant que Référente santé ? Cette fonction est-elle amenée à évoluer ?

Nous sommes en quelque sorte les interlocuteurs de référence des professionnel.le.s des milieux d'accueil de la petite enfance (0-3 ans) pour toutes les questions relatives à la santé en collectivité. Même s'il arrive parfois de nous prononcer sur des situations de santé concernant un enfant en particulier.

La ou le Référent.e intervient prioritairement dans les milieux d'accueil qui n'ont pas ou plus de suivi médical. Nous apportons un éclairage sur des questions relatives à la gestion des maladies infectieuses, l'accueil de l'enfant malade, l'administration de traitements et de soins, la validation des certificats médicaux, les règles d'hygiène et de désinfection, le contrôle de la vaccination obligatoire, etc. Tout ceci en concertation étroite avec le/la Conseiller.e pédiatre ONE de la région concernée et en collaboration avec le/la Coordinateur.rice accueilé ou l'Agent conseil⁷ de référence. Pour les maladies à déclarations obligatoires, à Bruxelles, nous nous appuyons sur les recommandations de la Cellule de surveillance des maladies infectieuses de la COCOM⁸.

Nous pouvons aussi proposer des séances d'information sur différents thèmes santé à l'équipe d'un milieu d'accueil.

En plus de nos missions de base, avec l'arrivée de la pandémie en mars 2020, nous avons également dû gérer les cas COVID-19 (confirmés ou suspectés). Nous avons ainsi accompagné l'ensemble des milieux d'accueil 0-3 ans de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans les différentes phases de la pandémie et avons veillé à assurer temporairement une récolte de données spécifique aux cas COVID, suspectés ou confirmés.

La crise liée à la COVID-19 a ainsi mis notre fonction en lumière dans toutes les structures d'accueil 0-3 ans et nous a permis d'identifier de nouveaux besoins en matière de santé. A ce jour, les Référent.e.s santé sont très réactif.ve.s dans leurs réponses apportées aux milieux d'accueil avec ou sans suivi médical.

⁶ La ou le Coordinateur.rice accueil ONE veille à l'accompagnement des pratiques et au contrôle de l'application des normes dans les milieux d'accueil. En sensibilisant notamment leurs pouvoirs organisateurs à la qualité de ceux-ci.

⁷ L'Agent conseil ONE veille à la qualité de l'accueil des enfants chez les accueillant.e.s et co-accueillant.e.s indépendant.e.s. Elles ou ils accompagnent ces professionnel.le.s dans le processus d'amélioration de la qualité.

⁸ Commission Communautaire Commune. Elle joue un rôle fondamental en Région bruxelloise, dans les domaines de l'aide aux personnes et de la santé.

Justement, en quoi la crise sanitaire a-t-elle impacté ou réorienté l'organisation de votre travail?

En dehors de la période COVID, notre travail s'effectue à travers des échanges téléphoniques, des courriers électroniques, des réunions de travail et des visites sur site. En période COVID, compte tenu des mesures sanitaires, le télétravail s'est imposé et la quasi-totalité de nos activités se sont déroulées à distance. En effet, les visites sur site ont été la plupart du temps suspendues sauf pour les interventions prioritaires/d'urgence. Les réunions d'équipe ou les réunions de travail avec le terrain se sont organisées sous la forme de vidéoconférences.

Le contexte COVID a nécessité de grandes facultés d'adaptation pour s'approprier les nombreux changements de procédures décidés par les autorités sanitaires en fonction de l'évolution du contexte épidémiologique. Revue de la littérature et veille sanitaire sont devenues quotidiennes afin de suivre l'évolution des connaissances et de donner du sens aux recommandations transmises au terrain.

Dans ce contexte, se rendre disponibles pour répondre aux nombreuses sollicitations du terrain parfois démuni ou angoissé face aux incertitudes liées à la COVID-19 a été notre priorité.

Quelles sont les particularités de votre travail à Bruxelles ?

Bruxelles est la région qui continue à compter le moins de médecins dans ses milieux d'accueil petite enfance (0-3 ans) que ce soit dans les petites ou plus grosses structures. De nombreuses crèches sont sans médecin depuis des années et la situation semble encore s'amplifier.

La raison : le manque d'attractivité de la fonction de médecin en milieu d'accueil, surtout dans les plus petites structures. Aussi, les problèmes liés à la mobilité compliquent leur recrutement. En effet, certains médecins passent plus de temps dans les déplacements qu'à exercer réellement. Sans compter leur turn-over important, celui des responsables et du personnel psycho-médical, en ce compris les PEP's de l'ONE qui assurent les consultations dans les milieux d'accueil.

Pour préciser mes propos relatés plus haut, je dirais que comme l'absence d'un suivi médical en crèche génère des besoins particuliers, nous répondons aux nombreuses questions liées à la gestion quotidienne de la santé, qu'elle soit individuelle (vérification d'un schéma vaccinal à l'entrée de l'enfant ou en cours d'accueil...) ou collective (plusieurs enfants d'une même section présentent des manifestations/symptômes semblables, que faire ?).

Si notre fonction ne remplace nullement celle du médecin de crèche, elle consiste également à être à l'écoute des équipes de direction ou psycho-médico-sociales afin de les aider à analyser les problématiques de santé rencontrées, à les accompagner dans la démarche de soutien à la parentalité et dans la communication avec les parents, à donner du sens aux recommandations ONE en concertation principalement avec les Conseillers pédiatres qui trancheront si une décision médicale s'avère utile.

Enfin, nous observons que la situation précaire de nombreuses familles bruxelloises complique parfois le suivi médical de l'enfant accueilli. Celles-ci ne passent pas forcément via un médecin traitant et s'orientent plutôt vers les consultations de pédiatrie dans les services d'urgence. Nous encourageons dès lors les responsables des milieux d'accueil sans médecin à sensibiliser les parents à l'intérêt de faire suivre la santé de leur enfant tant sur le plan préventif que curatif. Pour ce qui est du préventif, nous orientons vers la consultation ONE la plus proche du milieu d'accueil ou du domicile du ou des parent(s). Concernant le curatif, nous soulignons l'importance d'assurer un suivi médical régulier, idéalement dans un même lieu ou auprès d'un.e prestatataire de référence.

D'après vous, quelles sont les pistes pour améliorer la récolte des données en milieu d'accueil via les bilans de santé? ?

A Bruxelles, la pénurie de médecin que j'évoquais précédemment est probablement l'une des hypothèses principales qui explique le peu de bilans de santé complétés. Rendre la fonction de médecin de crèche plus attractive serait une première idée.

Une autre pourrait être, par exemple, de rendre la collecte de données plus accessible aux milieux d'accueil sans médecin avec une version « simplifiée » des bilans de santé.

Dans les milieux d'accueil avec médecin, des équipes évoquent aussi la difficulté de faire participer les parents à la consultation. A défaut de pouvoir récolter les informations auprès des parents durant la consultation, certains milieux d'accueil ont pris l'initiative de leur soumettre un questionnaire au préalable. L'équipe retranscrit alors ces items dans le bilan et le médecin le finalise par les données récoltées lors de la consultation. Démarche que nous pourrions promouvoir auprès d'autres équipes.

Aussi, quand un milieu d'accueil retrouve un médecin, la ou le Référent.e santé pourrait collaborer plus amplement à la mise en place de la consultation pour promouvoir l'intérêt de compléter les bilans.

Pour terminer, je dirais qu'une communication sous forme de procédure sur les aspects pratiques et opérationnels – en renseignant notamment clairement l'adresse de renvoi des documents - serait aussi une piste simple à envisager pour améliorer la couverture des données. Et pourquoi pas à travers une campagne plus large de promotion de la BDMS ?! A cogiter...

⁹ Les Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois qui sont complétés dans les consultations pour enfants mais également dans les milieux d'accueil. Cependant, encore peu de milieux d'accueil les complètent pour diverses raisons, notamment comme expliqué par la pénurie de médecins.



LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ S'ADRESSE À TOUS LES (FUTURS) PARENTS

6.1. DÉFIS ET SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT DES (FUTURS) PÈRES

« Comment moi dans ma pratique, j'inclus les pères ou non dans les entretiens, dans le discours même si le père n'est pas là physiquement, est-ce que j'en parle? »¹

Une réflexion sur les configurations familiales

Depuis quelques décennies déjà, les configurations familiales changent et évoluent. Il en va de même pour la parentalité qui se diversifie de plus en plus : chaque mère, chaque père, chaque parent s'investissant auprès de son enfant à son rythme et à sa manière.

Pour s'adapter à ces évolutions sociétales, la tendance est à l'ouverture : ainsi, les activités initialement prévues pour les mères s'adaptent aux pères et aux co-parents. Mais est-ce suffisant ? Les pères ne pourraient-ils pas, eux aussi, avoir accès à un accompagnement spécifique répondant à leurs besoins ?

En vue d'adapter ses services aux besoins de toutes les familles, l'ONE a décidé de poursuivre sa réflexion sur l'accompagnement et la place des pères par les professionnels. L'ONE a ainsi mené différentes recherches sur la question ancrée dans la réalité des professionnels de terrain. Une d'entre elles portant sur les initiatives spécifiquement adressées aux pères n'a pu que constater que celles-ci restent rares en FWB. En outre, en collaboration avec le Fonds Houtman, l'ONE a soutenu des projets-pilotes développant des activités spécifiques pour les (futurs) pères. Ce faisant, en soutenant et en participant à cette réflexion, l'ONE souhaite vivement encourager la prise en compte du genre dans les services de l'enfance et de la parentalité.

Place aux (futurs) papas!

A l'Office de la Naissance et de l'Enfance, le Soutien à la Parentalité est une mission transversale qui s'articule autour de trois champs d'action principaux à savoir : (1) l'accompagnement des services spécifiques de soutien à la parentalité², (2) le référentiel de soutien à la parentalité³ et (3) ses déclinaisons parmi lesquelles le site www.parentalite.be ainsi que des campagnes thématiques. Afin de mettre en œuvre ces missions et champs d'action, l'ONE a mis en place une cellule qui s'adresse en priorité aux professionnels exerçant un travail de soutien à la parentalité.

Le référentiel de soutien à la parentalité définit en outre 4 grands principes qui sous-tendent toute action d'accompagnement des familles :

- Le soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents
- Les parents ont des compétences
- L'enfant est au cœur du soutien à la parentalité
- Prendre en compte les contextes de vie est nécessaire

Au regard de ces principes, il parait évident que l'accueil et l'accompagnement doivent pouvoir se faire auprès de chaque (futur) parent au-delà de leurs caractéristiques personnelles et familiales, notamment celles relatives au genre.

Ainsi, pour amorcer la réflexion concernant la place et l'accompagnement des (futurs) papas, l'ONE, soutenu par le Fonds Houtman, a mené une recherche⁴ entre 2019 et 2020 sur cette thématique. Cette dernière visait notamment à étudier la place octroyée aux (futurs) pères et à faire l'état des lieux des dispositifs qui leur sont spécifiquement dédiés dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance. Plus précisément, cette question a été investiguée au sein de l'ONE, dans les maternités et les communes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Outre le manque de dispositifs incluant les (futurs) pères, il en ressort que pour mener à bien de tels dispositifs, il est nécessaire de tenir compte des contextes de vie de ces derniers, de les considérer comme des parents à part entière et non uniquement comme partenaires/accompagnants de la (future) maman. A cela, s'ajoute la plus-value d'une présence équitable entre hommes et femmes au sein de l'équipe ; et l'importance d'un homme comme intervenant en contact direct avec les (futurs) papas.

Fort de ces résultats et toujours avec le soutien du Fonds Houtman, l'ONE s'est proposé de soutenir financièrement et d'accompagner durant un an⁵ des projets /initiatives qui mettent en place des dispositifs à destination des (futurs) papas.

² Toweigragn psytheille psodius fauts feurs réflésé na lete et et et le front de la Brientalité du l'ONE autour de la services spécifiques de soutien à la parentalité. Pour en savoir plus : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/aspects_juridiques/structure_ONE/agcf-02-05-2019-agrement-et-subventionnement-services-soupa-web.pdf

 $^{{\}it 3 https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/referentiel-de-soutien-a-la-parentalite/attack. The properties of the p$

⁴ https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/Rapport-recherche-Dispositifs-destination-des-papas.pdf

⁵ Du mois d'octobre 2021 au mois de novembre 2022

Deux projets bruxellois pour accueillir les (futurs) papas

Les projets lauréats sont, depuis 2021, subventionnés et accompagnés par la Direction Recherche et Développement pour une durée d'un an.⁶

Parmi les 8 équipes retenues, 2 se situent sur le territoire de Bruxelles :

a) CHU Saint-Pierre (Bruxelles)

Le service d'obstétrique de l'Hôpital Saint-Pierre a organisé un partenariat avec une consultation ONE du quartier des Marolles ainsi qu'avec le Lieu de Rencontre Enfants et Parents « Toile de Jeux ». Cette collaboration a permis d'inclure plusieurs hommes dans le dispositif en vue d'animer les échanges avec les (futurs) papas. Ainsi, leur objectif est d'inclure les futurs papas tout au long du suivi de la grossesse de leur conjointe. Pour ce faire, différentes actions sont menées à plusieurs niveaux :

- Pour les professionnels, l'objectif est de sensibiliser les intervenants qui gravitent autour de la parentalité et leur proposer des ateliers réflexifs qui seront animées par des anthropologues pour réfléchir à leurs croyances, leurs représentations et leurs pratiques.
 - « En tant que sage-femme, on essaye d'intégrer les papas au sein de nos pratiques mais finalement, on les intègre toujours en tant qu'accompagnants de la maman : l'accompagner pour mieux gérer les douleurs de l'accouchement, l'accompagner pour l'allaitement mais on ne prend jamais le papa comme un parent à part entière » .?
- Pour les (futurs) pères, des ateliers thématiques leur sont proposés, ainsi que des groupes de parole et des entretiens individuels.
- Une réflexion est également suscitée auprès des (futures) mamans concernant leurs représentations à propos de l'implication du (futur) père lors de la grossesse et après la naissance.

b) Entre Parent'Aise (Bruxelles)

Entre Parent'aise est un Lieu de Rencontre Enfants et Parents organisant différentes actions à destination des (futurs) papas :

- Des ateliers le samedi matin
- Des « Su-pères soirées », une fois par mois : ces soirées sont mises en place afin de favoriser les échanges d'expériences, uniquement entre pères
- Des ateliers spécifiques sur une thématique sont proposés aux (futurs) pères deux à trois fois par an
- « Les papas brunchés » : des brunchs qui invitent les pères et leur famille à participer aux activités du Lieu de Rencontre Enfants et Parents

Pour mener à bien ce projet, deux hommes ont été associés à une équipe initialement essentiellement féminine. Plus spécifiquement, ils ont contribué à la réflexion et à l'animation des rencontres avec les (futurs) papas.

Notons également que l'équipe est à l'origine de l'organisation de l'évènement de « La semaine de la paternité belge », à l'instar de ce qui est organisé au Québec.

La Semaine de la Paternité

Dans le cadre de la « Semaine de la Paternité », ces deux services ont décidé de collaborer et de proposer différentes activités, parmi lesquelles des ateliers culinaires enfants-parents, un ciné-débat...

Pour aller plus loin ...

Outre la recherche portant sur les initiatives spécifiquement adressées aux pères, la thématique est également abordée dans l'axe « Genre » du projet « ONE Academy ». Deux recherches ont ainsi été réalisées dans ce cadre et des outils à penser ont été créés à destination des professionnels.

Plus d'informations : https://www.one.be/profession-nel/recherches/one-academy/axes-de-recherche/axe-de-recherche-sur-le-genre/

Conclusion

S'il est probablement trop tôt pour parler de 'gender mainstreaming⁸, gageons que l'attention au genre dans les projets et activités de l'ONE sera désormais accrue. En effet, prenant à cœur l'adaptation de ses services à l'évolution des besoins des familles, l'ONE développe des recherches, accompagne des initiatives pilotes et encourage la réflexion des professionnels sur leurs propres pratiques.

Dans un secteur matricentré comme celui de la petite enfance, la prise en compte du genre s'avèrera certainement un défi de longue haleine. Par exemple, les données actuellement récoltées ne permettent pas de dresser un profil des(futurs) pères en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ainsi, comme recommandé dans les recherches, des efforts seraient à poursuivre pour une collecte de données tant interne à l'ONE (notamment via la BDMS) qu'externe par d'autres services. Mais de la révision des brochures à l'évolution des pratiques de terrain, l'année 2021 aura marqué le début de changements sur les questions de genre. Des questions qui renvoient aussi à celles, chères à l'ONE, de l'accueil et de l'accompagnement de toutes les familles, dans le respect de leurs multiples spécificités.

⁶ Plus d'informations sur l'accompagnement des projets dans le Rapport d'activité de l'ONE 2021

⁷ Témoignage recueilli lors de la rencontre collective du 05 octobre 2021 pour les équipes accompagnées et soutenues par l'ONE

⁸ Le gender mainstreaming, ou approche intégrée de la dimension de genre, est une stratégie qui a pour objectif de promouvoir - l'égalité des femmes et des hommes dans la société, en intégrant concrètement la dimension de genre dans les différents domaines des politiques publiques.

6.2. LE SUIVI UNIVERSEL AU SEIN D'UNE MAISON D'ACCUEIL POUR MÈRES ISOLÉES : UN EXEMPLE DE COLLABORATION AVEC « LA MAISON DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT⁹ » :

Au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, différents types de structures permettent l'accueil de familles ou de personnes seules en situation de crise, en difficulté sociale ou de logement. Ces maisons d'accueil peuvent être « d'urgence » comme le Samu Social ou de plus long terme avec un accompagnement psycho-social plus spécifique. Chaque structure a ses critères et un public cible. Certaines structures sont destinées principalement ou uniquement aux hommes seuls ou avec enfants, tandis que d'autres ne sont destinées qu'aux femmes seules, d'autres encore uniquement aux mères célibataires.

La maison d'accueil « La Maison de la Mère et de l'Enfant » (MME), située à Uccle en Région bruxelloise, fait partie des structures d'accueil accompagnant les (futures) mères accompagnées de leurs enfants. Avec une capacité de 40 lits, elle peut accueillir jusqu'à 14 mamans et 26 enfants en situation de crise.

Les (futures) mères peuvent être mineures ou majeures, en situation de violences conjugales ou encore en recherche de logement à la suite d'une expulsion.

L'équipe psycho-sociale a pour mission d'aider les mères à retrouver leur autonomie en les aidant dans leurs démarches administratives, dans leur recherche de logement, d'emploi et de formation ou encore en les soutenant dans leur rôle de maman. La valorisation de la maman et de son estime d'elle-même est un point important dans le suivi. Si l'accueil n'est pas de « type urgent », une présence est assurée 7/7 jours et 24/24h.

Pour assurer le suivi médical préventif de l'enfant, les mamans peuvent se rendre dans l'une des 2 consultations ONE proches de la maison d'accueil.

En outre, Aurore GHILISSEN, PEP's à la consultation ONE de la chaussée de Neerstalle à Uccle vient une fois par mois assurer le suivi de ces enfants. Voici son témoignage.



AURORE GHILISSEN

PEP's dans une consultation pour enfants et à la « Maison de la Mère et de l'Enfant », Maison d'Accueil pour mères isolées

Vous travaillez dans une consultation pour enfants à Uccle mais vous collaborez également avec la Maison de la Mère et de l'Enfant, accueillant des mamans isolées ayant tout particulièrement besoin de soutien et avec un encadrement spécifique...

Pouvez-vous nous en dire plus sur le profil de ces mères ? Comment et pourquoi sontelles arrivées là ?

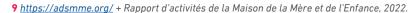
Les mamans qui arrivent à la Maison d'Accueil sont principalement des femmes ayant perdu leur logement, à la suite d'une expulsion ou d'une situation d'insalubrité, ou encore, qui se sont séparées de leur conjoint. Certaines ont dû quitter leur domicile pour violences conjugales.

Mais pas seulement, il y a aussi des (futures) mères, souvent jeunes, qui n'ont pas la possibilité d'être hébergées par leur famille. Beaucoup de ces (futures) mères sont en « rupture de liens » et se retrouvent isolées.

Alors que la majorité des mères disposent du revenu d'intégration sociale (CPAS), d'autres disposent de revenus de remplacement tel que les allocations de chômage ou de maladie/invalidité. Ces mamans vivent donc avec des faibles revenus. Il est important de préciser que la Maison d'Accueil ne fait pas de l'accueil « d'urgence » et que les mamans doivent avoir des revenus et être régularisées afin d'assurer les frais de pension de la Maison d'Accueil. Dans le cas contraire, ces mamans seront redigérées vers le SAMU Social.

Comment la collaboration a-t-elle été mise en place et comment se passe-elle ? (Lieu de consultation, fréquence etc... Depuis combien de temps...)

Lorsque j'ai repris la consultation de la Chaussée de Neerstalle à Uccle en 2020, la collaboration entre la consultation et la Maison d'Accueil était déjà en place depuis plusieurs années.



J'ai proposé d'organiser une « permanence », une fois par mois à la Maison d'accueil comme nous le faisons au sein des consultations. Ce n'est pas obligatoire, les mamans y viennent sur base volontaire.

Lors de cette permanence qui dure entre 15 et 20 minutes, j'assure le suivi préventif médico-social universel de l'enfant et j'apporte des conseils aux mamans sur les thématiques de santé prioritaires de l'ONE. J'aborde avec les mamans le sommeil, l'alimentation de l'enfant et donc l'allaitement maternel, le développement psychomoteur, le début du langage et ses troubles éventuels...

Je dispose d'un local et vient avec ma balance et mes brochures ONE. Les mamans ont la possibilité de peser leur bébé ce qui crée et/ou renforce le lien avec leur enfant.

Je les informe aussi sur la vaccination et la possibilité de continuer le suivi médical préventif au sein de nos consultations. En effet, lors de ma visite, n'étant pas médecin, je ne peux pas vacciner les enfants ni assurer un examen médical plus complet. Pour cela, les mères doivent se rendre dans une consultation où un médecin sera présent pour effectuer notamment les vaccins. En général, les mamans se rendent ensuite à la consultation pour effectuer un suivi plus complet.

Enfin, je complète autant que possible les bilans de santé aux âges requis.

Vos pratiques sont-elles différentes de celles d'une consultation pour enfants dites 'classique' ? Rencontrez-vous des difficultés particulières pour ce type de suivi plus spécifique ?

Non, mes pratiques sont semblables à celles que j'ai lors d'une « permanence accueil » dans les locaux d'une consultation ONE, c'est-à-dire que j'assure et donne des conseils au niveau du suivi médical préventif.

Néanmoins, je reste davantage vigilante par rapport au lien mère/bébé car celui-ci peut être mis à mal lorsque la situation familiale se complique, est source de conflits, ou de violence.

La situation de ces mamans est bien souvent précaire et génère beaucoup de stress et d'anxiété par rapport à leur avenir, leurs revenus, la situation familiale... Avec l'équipe psycho-sociale, nous sommes là pour les soutenir et les encadrer au mieux.

Selon vous, quels seraient les besoins ou les projets à améliorer ou à mettre en place pour améliorer ces suivis ?

Au niveau du suivi de l'enfant, avoir un médecin/pédiatre attitré serait une plus-value afin d'assurer un suivi médical régulier sur place.

Pa rapport au suivi de la MME, je pense que les mamans y sont très bien soutenues et écoutées pour la mise en place de leur projet, et de leur « retour à l'autonomie ».

L'équipe psycho-sociale (composée d'assistantes sociales, éducatrices, psychologues) est excellente et aide au mieux les mamans à retrouver un domicile, une formation, une école, une crèche...

La maison d'accueil insiste beaucoup sur le suivi de formation des mamans. Depuis quelques années, toutes les mamans qui ont des enfants scolarisés, suivent une formation. Cela peut-être une formation de remise à niveau du français ou du néerlandais, mais aussi une formation d'aide-soignante ou d'infirmière.

Récemment, une maman a trouvé du travail administratif dans une agence de titres services. Son bilinguisme l'a beaucoup aidée dans cette démarche. Le fait de travailler leur donne beaucoup plus d'assurance pour affronter leur situation souvent très compliquée.

Un point d'amélioration serait sans doute une aide financière supplémentaire pour ces femmes qui ont souvent un revenu très bas et qui doivent payer une crèche ou un autre système de garde d'enfants pour pouvoir suivre une formation, trouver un travail, et ainsi, devenir indépendantes financièrement.

6.3. CONSTRUCTION D'UN TRAVAIL EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE AUTOUR DE L'ACCOMPAGNEMENT DES (FUTURES) MÈRES INCARCÉRÉES ET DE LEUR(S) ENFANT(S)

Cadre législatif de la politique pénitentiaire des mères incarcérées avec leur enfant de moins de 3 ans

La loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, cadre légal de la politique pénitentiaire en Belgique, soutient pour un parent incarcéré que son enfant soit accueilli à ses côtés jusqu'à l'âge de 3 ans, et cela dans des infrastructures pénitentiaires appropriées.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les prisons de Lantin et Berkendael (Haren depuis le 07 novembre 2022) assure cet accueil. Dans la pratique, cet accueil n'est réalisé que pour les femmes.

Dans une logique d'universalité de son offre aux familles, et afin d'offrir à chaque enfant le droit d'être accompagné de la même manière intra qu'extra muros, l'ONE assure un accompagnement médico-social ainsi que tout un travail de soutien à la parentalité. Un binôme PEP's et psychologue assure quotidiennement ce travail. Cet accompagnement vise à la fois les femmes enceintes ainsi que les mères avec enfants. Tout en tenant compte des spécificités qu'implique un travail en milieu carcéral, les services « classiques » de l'ONE sont ainsi offerts : consultation pour enfants, fréquentation de milieux d'accueil extérieurs...

Afin de baliser les compétences de chaque secteur ainsi que les collaborations, un protocole a été conclu en 2014 entre l'ONE, les Ministres de la justice, de la petite enfance, de l'aide à la jeunesse, de l'aide aux justiciables et le Délégué Général aux Droits de l'Enfant. Une Convention est venue compléter ce texte en balisant les collaborations entre la justice, l'ONE et les hôpitaux de référence pour la période périnatale.

Prémices d'un protocole d'accompagnement¹⁰

La collaboration entre l'ONE et les prisons a débuté à la suite d'une sollicitation de la prison de Lantin (Liège) d'afin d'y organiser une consultation ONE proposant un accompagnement des mères vivant avec leur enfant en prison ou des futures mères. Une consultation a dès lors été mise sur pied par un pédiatre de l'ONE accompagnée d'une PEP's. Il n'y avait alors aucune balise, ni protocole pour encadrer leur travail.

À la suite d'un groupe de réflexion auquel participaient l'ONE, le Délégué Général aux Droits de l'Enfant, l'Aide à la Jeunesse, des magistrats et l'Administration pénitentiaire, naissent, en 1996-97, les premières recommandations sur l'accueil d'enfants en bas-âge auprès de leur parent détenu, prémisses du protocole qui sert aujourd'hui de référence au travail des équipes.

Le projet de protocole sera ensuite gelé durant plusieurs années. Cependant, les médecins et PEP's de l'ONE ont continué l'accompagnement des mères, et d'assurer le suivi des enfants et le contrôle des conditions d'accueil.

En 2010, le travail relatif aux balises et à la collaboration avec les prisons a repris pour aboutir au protocole cité précédemment en 2014.

Construction d'un travail en équipe pluridisciplinaire : accompagnement et réalités de la PEP's et de la psychologue ONE à Berkendael

Travailler comme PEP's et Psychologue ONE au sein des murs de Berkendael, c'est être au cœur de la « fourmilière ». C'est, chaque jour, se confronter aux 1001 turpitudes de la vie d'une mère en prison et la soutenir dans son vécu de parent, accompagner le développement des bébés évoluant dans ce contexte fragilisant pour eux, tisser des collaborations parfois délicates avec un personnel qui n'a aucunement choisi de travailler au développement de la parentalité. C'est négocier et bricoler avec la complexité de toutes les institutions associées au protocole et c'est surtout œuvrer à l'évolution nécessaire du modèle actuel pour que progressivement tous les besoins de la femme enceinte, du bébé et de sa mère soient véritablement compris, reconnus et respectés.

Car en effet, si depuis de nombreuses années, un protocole a été signé entre institutions partenaires offrant un cadre à la mise en place de conditions physiques plus humaines pour les femmes enceintes, les mères et leurs enfants au sein de la prison de Berkendael, force est de constater que leur réalisation nécessite la bonne volonté de chacun et surtout la présence récurrente et rassurante de personnes identifiées par tous comme « celles qui s'occupent des bébés ».

Ainsi, Samantha Poncelet (PEPs ONE) a, ces 5 dernières années, réalisé un important travail de liaison autour des dyades mère-bébé en prison qui a permis progressivement la mise en place de nombreuses avancées pratiques

sur le terrain : mise en place de régimes alimentaires en collaboration avec les responsables de la cuisine, rencontres régulières avec la direction afin d'évaluer régulièrement l'adéquation des mesures de soutien mises en place pour la mère et l'enfant en collaboration avec les autorités carcérales et dans le respect des règles qui leur sont propres, réflexions utiles avec les équipes psycho-médicosociales internes, développement du réseau de relais vers les équipes de soutien externe (Service d'aide aux justiciables, Relais Enfants-Parents,...), partenariat avec l'hôpital d'Ixelles et son équipe de sagefemmes, rencontres particulières entre les mères et la direction de la crèche « Heureux bébés » mais aussi avec les bénévoles de la Croix Rouge chargés des trajets des enfants entre la prison et la crèche, soutien de ces mères souvent très « abîmées » par la vie ayant souvent peu de repères éducatifs, amélioration des conditions de grossesse intramuros,...

Les avancées ont été énormes mais n'ont pu avoir lieu qu'à force de patience et d'opiniâtreté. Car il ne faut jamais l'oublier : même si la prison est un lieu empli d'une grande humanité par moments, celle-ci recèle des parts bien sombres par d'autres aspects, contre lesquelles il faut pouvoir s'ériger. Certaines formes de « maltraitance institutionnelle » liée à la lenteur et parfois aux incohérence du système carcéral et plus largement judicaire, rôles et responsabilités mal définis des différents acteurs internes et externes par rapport à la situation de parent des personnes incarcérées, ambiance qui reste avant tout marquée par la dynamique d'enfermement, ..., tous ces éléments colorent rapidement les rencontres de manière très spécifique et complexifient très fortement l'action des agents de l'ONE.

L'extension du poste de psychologue à un ½ ETP fin 2019 a amené une réorganisation du travail et la nécessité de penser l'action de l'ONE en équipe avec l'occasion de mettre un focus encore plus fort sur la qualité du développement du lien mère-bébé et l'évolution de la vie psychique du bébé. Des entretiens avec les femmes enceintes autour de leurs projets d'accueil pour leur enfant en lien avec leur vécu personnel, des rencontres mères-bébés, des observations de bébés (à la crèche et/ ou en cellule), des évaluations objectives de leur développement, leur accompagnement (lien entre la vie en dehors de la prison et à l'intérieur) sont venus complémenter la panoplie du travail de la PEPs afin de donner toujours plus d'épaisseur à notre compréhension des dynamiques relationnelles en cours et mieux ciseler l'accompagnement de la mère et de l'enfant.

Avec l'arrivée d'un partenaire complémentaire sur le terrain du quotidien, il a fallu apprendre à composer le plus justement possible avec les spécificités des missions de chacune, apprendre à se différencier tout en soutenant un objectif commun et accueillir nos inévitables désaccords inhérents à l'accompagnement du lien mère-enfant dans un tel contexte de vulnérabilité. Grâce au partage d'idées et d'émotions dans un espace sécurisant qui nous a été offert lors des rencontres avec un tiers bienveillant (rencontres avec Françoise Dubois, Référente maltraitance à l'ONE) nous avons pu progressivement co-construire un vrai travail d'équipe

différencié au point que les détenues elles-mêmes sont aujourd'hui généralement très au clair avec les raisons pour lesquelles elles font appel à l'une ou l'autre de nous.

Avec le renforcement du focus sur le développement de l'enfant s'est inévitablement posée la question du statut de ce dernier dans ces situations administrativement bancales. Pour exemple, rappelons simplement que les enfants ne sont aucunement repris dans le registre de l'établissement pénitentiaire qui les héberge puisqu'ils ne sont pas eux-mêmes détenus... il n'existe donc a priori aucune trace officielle de leur présence dans les murs de la prison ce qui pose bien des problèmes! De même, nous nous heurtons régulièrement à l'absence de volonté de reconnaissance du fait qu'a minima, grandir dans les murs d'une prison, dans un contexte de forte dichotomisation des rapports humains, avec une mère inévitablement barrée dans ses actions par son statut de détenue constitue en soi un facteur de vulnérabilité sérieux nécessitant la mise en place d'aides dépassant largement le cadre de la prévention...

Ainsi donc, travailler en équipe sur le terrain de la prison, c'est très rapidement devoir s'adresser à toutes les équipes de notre propre institution et surtout à notre hiérarchie afin qu'elle puisse nous soutenir à faire évoluer les points de vue... c'est être au cœur de la transversalité de l'ONE avec toute la richesse de que cela apporte mais aussi toute la lourdeur que nécessite la mobilisation de ces dispositifs. Pour notre hiérarchie et pour nousmêmes, c'est avant tout devoir penser et construire un dispositif tentaculaire qui ne peut fonctionner que parce qu'il est reconnu et soutenu en tant que tel par nos décideurs.

Travailler en prison pour l'ONE c'est parfois avoir envie de jeter l'éponge parce que s'occuper des mères et des enfants en prison, au-delà de l'aspect apparemment « charitable » de la mission, c'est un peu comme « être un conducteur fantôme (dixit Françoise Dubois) » ... C'est partir du bien-être de l'enfant et de la mère ou de la femme enceinte dans un contexte où l'essentiel des autres partenaires ont d'autres missions avec tous les risques de « collisions » que cela engendre! Pourtant travailler en prison pour l'ONE c'est porter très fort les valeurs de notre institution, c'est croire que mettre de la bientraitance, de la qualité et de l'éthique dans nos soins à ce public vulnérable (et pas forcément toujours très « fréquentable ») peut faire évoluer les choses, c'est espérer planter des graines de chances pour ces familles sans négliger la nécessaire sécurisation et protection de chacun (tant des patients que des professionnels) ...



Ce 6ème r Méd:

Ce 6ème rapport de la Banque de Données Médico-Sociales consacré à la Région de Bruxelles-Capitale est le fruit d'un travail collectif impliquant une série de professionnels dont les agents de première ligne en contact avec les familles sont les acteurs principaux.

Les résultats repris dans ce rapport permettent à l'ONE d'apprécier l'efficacité et l'adéquation de ses actions de terrain et d'orienter sa politique dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance.

La Région de Bruxelles-Capitale comporte des caractéristiques très variables et spécifiques. Parmi celles-ci, nous pouvons citer la complexité institutionnelle, conséquence des différents niveaux de pouvoir présents sur son territoire ou encore la présence des 2 grandes communautés linguistiques impliquant la collaboration entre l'ONE et Kind&Gezin-Opgroeien.

La population bruxelloise présente également une forte multiculturalité et une situation socio-économique paradoxale. Sur base du PIB, la Région est la 4ème région la plus riche d'Europe, mais sur base d'indicateurs tels que le revenu moyen ou encore les taux de chômage ou d'allocataires sociaux, Bruxelles est la Région la plus pauvre du pays. Ces fortes disparités se retrouvent entre les communes mais également entre les quartiers.

Cette multiculturalité et des caractéristiques sociales spécifiques de Bruxelles se retrouvent également au travers des données de la BDMS.

Concernant le suivi prénatal, la Région bruxelloise compte 13 consultations prénatales de l'ONE: 7 consultations de quartier et 6 hospitalières. Environ, 50% des femmes enceintes y sont suivies (30% en FWB).

Tout comme pour de nombreux pays occidentaux, on constate un recul de l'âge des mères. Ce recul est constaté parmi la population de femmes enceintes suivies par l'ONE mais également pour l'ensemble des nouvelles accouchées. A Bruxelles, en 2021, l'âge médian des femmes enceintes suivies par l'ONE était de 31 ans et de 32 ans pour l'ensemble des nouvelles accouchées. Cette tendance est en partie liée à la part croissante des (futures) mères accédant à des niveaux d'éducation supérieurs reculant ainsi l'âge des mères.

Environ 20% des futures mères ne disposent pas de couverture soins de santé lors de leur inscription à l'ONE. Heureusement, la grande majorité d'entre-elles verront leur situation régularisée avant l'accouchement Et ce principalement notamment grâce à l'action de terrain des PEP's de l'ONE.

Concernant le niveau socio-économique des mères et des familles suivies par l'ONE, les mères vivent des situations plus précaires que la moyenne bruxelloise. Le taux d'emploi et les revenus sont plus bas que dans la population générale. En 2021, parmi les femmes enceintes suivies, 37% étaient sans ressources fixes : il s'agit notamment d'étudiantes ou encore de mères au foyer sans revenus. Seulement 41% des futures mères occupaient un emploi. Ces tendances se retrouvent également chez les mères d'enfants âgés de 9 mois et suivis dans les consultations de l'ONE. Parmi ces mères, durant la décennie, environ 55% n'étaient pas actives professionnel-lement.

Alors que la Région bruxelloise est celle où la population féminine dans son ensemble est la plus diplômée, Bruxelles reste en revanche la région où les femmes enceintes suivies par l'ONE et les mères d'enfants suivis en consultation sont paradoxalement les moins diplômées de la Fédération.

La multiculturalité, très caractéristique de la Région bruxelloise, se retrouve également parmi la population suivie par l'ONE. En 2021, lors de la naissance de leur enfant, environ 70% des mères étaient d'origine étrangère et l'on a recensé 152 nationalités différentes. La part des enfants âgés de 18 mois éduqués dans une autre langue que le français est de 80% en Région bruxelloise alors que cette part est de 40% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, le brassage culturel des populations suivies par l'ONE revêt des réalités bien différentes de la mixité de la population bruxelloise générale. En effet, la population bruxelloise générale compte de nombreux expatriés hautement qualifiés qui pour la plupart préfèrent un suivi médical et préventif privé. Ceuxci sont donc moins représentés dans nos suivis.

Concernant la santé de l'enfant, en Région bruxelloise, les taux de prématurité et de petits poids de naissances sont plus faibles par rapport aux autres régions. Les taux d'allaitement maternel y sont également les plus élevés, que ce soit lors du séjour en maternité ou aux différents âges de l'enfant. Ces indicateurs dépendant de plusieurs facteurs dont le niveau socio-économique, le soutien de la famille, le niveau de stress mais également des habitudes tabagiques. A Bruxelles, la multiculturalité joue un rôle protecteur par rapport à ces indicateurs. C'est aussi parmi les familles bruxelloises que l'on retrouve les taux les plus faibles de tabagisme, qui influencent positivement les risques de prématurité et de petits poids de naissance.

Si le taux d'allaitement des enfants à Bruxelles est le plus élevé de la Fédération, les enfants bruxellois tendent à être plus corpulents. Ils sont proportionnellement plus à risque de surpoids ou sont en surpoids, que ce soit à l'âge de 30 mois ou encore lors de leur scolarité primaire.

Leur santé dentaire doit également être particulièrement suivie. En effet, le taux de caries est plus élevé que dans les autres régions. Les retards de langage sont également plus prononcés. Enfin, de nombreuses inconnues subsistent quant au statut vaccinal des enfants

Pour faire face à ces constats, durant la décennie, de nombreuses actions ont été réalisées. Parmi celles-ci, on peut citer les recherches actions de la santé buc-co-dentaire ou encore celle sur le rebond d'adiposité. À la suite de ces recherches, en sus des activités collectives existantes, de nombreuses actions de promotion et d'éducation à la santé ont pu voir le jour : organisation de dépistage dentaire dans les consultations, surveillance plus attentive de la courbe du BMI avec les comportements adéquats à adopter, conception d'outils de dépistage du retard de langage. Outre le suivi universel, les professionnels de ONE développent de nombreux outils, mettent sur pied diverses animations et font preuve de créativité afin de diffuser et d'adapter au mieux les messages préventifs de santé.

A la vulnérabilité psychosociale des familles s'ajoute celle de la fracture numérique qui tend à s'aggraver surtout depuis le COVID. En effet, de plus en plus de démarches notamment administratives sont informatisées laissant les personnes à faibles revenus et les moins diplômées à leur propre sort. Outre le suivi médico-social universel, les professionnels de l'ONE sont confrontés à cette fracture numérique sans cesse croissante et ils doivent consacrer davantage de temps aux tâches administratives au détriment du suivi socio-médical préventif, leur mission de base. Les professionnels doivent dès lors agir tels des couteaux suisses...

Au regard des problématiques rencontrées, les résultats du rapport soulignent l'importance de la collaboration entre les différents acteurs de l'enfance pour améliorer la prise en charge des enfants et des familles à Bruxelles. Collaboration entre les différentes secteurs et services de l'ONE mais aussi et surtout avec les différents partenaires de l'ONE. Citons les initiatives telles que le SAMU Social ; le Réseau Périnatal Bruxellois qui rassemblent les professionnels de la périnatalité et du nouveau-né ; ou encore le projet «Prévenir pour mieux grandir» qui vise à renforcer la prévention et la promotion de la santé infantile à travers une approche globale impliquant les différents acteurs de terrain.

L'ONE, par son adaptation continue face à la réalité de terrain, mesure la complexification des situations familiales actuelles. Il voudrait, au travers des données de la BDMS, inviter les décideurs de tout niveau à prendre part à ce travail, qui se doit d'être collectif, de lutte contre les inégalités grandissantes et pour les droits de l'enfant et des familles. L'un de ces essentiels étant l'accès aux services de base de la population. Dans cette perspective, les indicateurs repris dans ce rapport sont importants pour orienter les politiques en matière d'enfance, et de santé des familles, en particulier en termes d'accessibilités.

