



Données 2009-2019

Rapport de la
Banque de Données Médico-Sociales
N°3: Regard sur la province de Namur



Bruxelles

Brabant Wallon

Hainaut

Liège

Luxembourg

Namur

Colophon

Coordination

Kamal AZZOUZ – Coordinateur subrégional de Namur
Murielle LIEGEOIS – Gestionnaire BDMS
Samuel NDAME EBONGUE – Gestionnaire BDMS

Rédaction

Kamal AZZOUZ
Hélène BAYENS
Anne-Laure BERHIN
Anne BERTRAND
Isabelle CADO
Pascale CAMUS
Fanchon DOUTRELIGNE
Sophie DUBOIS
Sophie FERRO
Marie GERARD
Colette GODFRIN
Valérie HALLOY
Michaël HARZIMONT
Catherine IGNACE
Rose-Marie JACQUES
Valérie LANDRAIN
Muriel LECOMTE
Anne LEPINE
Murielle LIEGEOIS
Jérôme LOMBA
Samuel NDAME EBONGUE
Marine NOEL
Anne PALANGE
Tatiana PEREIRA
Marie PODGORNY
Jonathan SANGLIER
Christine VERHASSELT

Avec la Collaboration du Service de l'observation de la programmation et du développement territorial de la Province de Namur

Alice BALFROID, Jonathan SANGLIER, Frederic de CEULAER

Support technique/cartographies chapitre naissances

Jean-Jacques LAUWER – CONECT ONE

Interviews

Ludivine BAUDOUX – Communication interne

Supervision

Geneviève BAZIER
Michel DECHAMPS
Gilles CEYSENS
Dominique CHAUMONT
Ingrid MORALES

Avec la collaboration de

Corelia AMARA
Luisa MORECI
Julie NAVEZ
Brigitte SCHOONHEYT

Relecture

Ludivine BAUDOUX
Jérémy BAUSIER
Valérie HALLOY
Carole PICHERET

Support administratif

Jérémy BAUSIER

Mise en page

Corinne DUJARDIN

Contact

081 72 36 00
02 542 14 14
info@one.be



ÉDITO

Cher.e lecteur.trice,

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

Nous vous y présentons les données périnatales récoltées et traitées par l'ONE dans la province, ainsi qu'une série d'indicateurs sociodémographiques qui améliorent la lecture et la connaissance de son paysage maternel et infantile particulier. En effet, par sa position centrale en Fédération Wallonie-Bruxelles, par sa taille moyenne, la province namuroise se distingue de ses voisines ; ainsi, comme vous le lirez dans ces pages, les disparités sociodémographies sont grandes entre les arrondissements de Philippeville, Dinant et de la capitale wallonne, tout comme les écarts peuvent l'être entre les familles qui vivent en périphérie des villes, celles des zones plus rurales ou encore celles qui trouvent un habitat permanent dans les campings...

Par cette publication, l'ONE entend renforcer son appui à l'action de toutes celles et tous ceux qui participent au niveau de la province, à la mise en œuvre des politiques de l'enfance. Mais nous visons également ici un public curieux. En effet, ce rapport s'adresse tant au décideur qui y trouvera des indicateurs utiles à la planification des politiques de santé, qu'au professionnel qui accompagne les (futurs) familles et les enfants, tant au collaborateur d'un service de la Province, d'un laboratoire, du champ académique ou du secteur associatif soucieux d'aiguiller ses actions et de les évaluer, et qu'au lecteur namurois en quête de clés pour mieux encore comprendre sa province... dans toute sa diversité.

Cette édition est aussi l'occasion, pour nous, de souligner l'importance du travail quotidien de l'ensemble des professionnel.le.s auprès des familles.

Nous vous en souhaitons bonne lecture,

Benoît PARMENTIER
Administrateur général de l'ONE

Table des matières

INTRODUCTION - REMERCIEMENTS.....	5
LA PROVINCE DE NAMUR.....	6
L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS.....	8
LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE.....	10

CHAPITRE 1: LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES DANS LA PROVINCE DE NAMUR..... 13

INTRODUCTION.....	14
1.1 LE VOLET PRENATAL DE LA BDMS.....	15
1.2 LES CONSULTATIONS PRENATALES DE QUARTIER.....	15
1.3 LA CONSULTATION PRENATALE HOSPITALIERE.....	16
1.4 UNE PLATEFORME PRENATALE ENTRE LES PROVINCES DE NAMUR ET DE HAINAUT.....	16
1.5 LA COUVERTURE DES DONNEES PRENATALES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES PRENATALES.....	17
1.6 LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES.....	17
1.6.1 Régions de résidence des femmes suivies en consultations et services prénatals ONE.....	18
1.6.2 Age des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur.....	19
1.6.3 Nationalité des femmes enceintes suivies.....	20
1.6.4 La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	22
1.6.5 Etat civil et situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE.....	22
1.6.6 Le niveau d'enseignement atteint par les femmes enceintes suivies.....	24
1.6.7 La situation professionnelle des femmes enceintes suivies.....	25
1.6.8 Les habitudes de vie des femmes enceintes suivies par l'ONE à Namur.....	26
1.6.9 La corpulence avant leur grossesse, des femmes enceintes suivies et la prise de poids.....	28
1.6.10 La précocité du suivi de la grossesse.....	28
1.6.11 L'arrêt du suivi de la grossesse par l'ONE et les raisons de cet arrêt.....	30
1.7 LA VACCINATION DE LA FEMME ENCEINTE.....	31
1.8 LES ISSUES OBSTETRIQUES DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE.....	32
1.8.1 Le poids à la naissance des enfants de femmes suivies pour leur grossesse.....	32
1.8.2 La durée de gestation.....	33

CHAPITRE 2: LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS DANS LA PROVINCE DE NAMUR..... 36

2.1 LA POPULATION.....	37
2.2 LES NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS EN PROVINCE DE NAMUR.....	37
2.2.1 NAITRE ET GRANDIR : un programme d'accompagnement revisité.....	38
2.2.2 ROLE DU SERVICE DE LIAISON.....	38
2.3 LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS.....	39
2.3.1 Le lieu d'accouchement.....	39
2.3.2 L'âge de la mère à l'accouchement.....	40

2.3.3 L'Etat civil des mères	44
2.3.4 La situation relationnelle des mères à l'accouchement.....	44
2.3.5 La nationalité d'origine de la mère.....	46
2.3.6 Les habitudes tabagiques	47
2.3.7 La corpulence des mères avant la grossesse et la prise de poids durant la grossesse.....	48
2.3.8 Le suivi de la mère durant la grossesse	50
2.3.9 La vaccination de la mère durant la grossesse	51
2.4 LES DONNEES DE NAISSANCES.....	52
2.4.1 Le nombre de naissances.....	52
2.4.2 Le sex-ratio à la naissance	53
2.4.3 Présentation de l'enfant lors de l'accouchement	53
2.4.4 Le mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement	53
2.4.5 L'âge gestationnel.....	54
2.4.6 Le poids de l'enfant à la naissance en province de Namur	56
2.4.7 Les scores d'Apgar.....	59
2.4.8 L'allaitement maternel.....	60
2.4.9 L'accompagnement en néonatalogie.....	60
2.4.10 Les dépistages néonataux.....	61
2.4.11 Le suivi médico-social préventif de l'enfant	61
2.4.12 Un soutien personnalisé par la visite à domicile.....	61

CHAPITRE 3: LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS DANS LA PROVINCE DE NAMUR.....64

INTRODUCTION.....	65
3.1 LE NOMBRE ET LA REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »	66
3.1.1 Evolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »	66
3.1.2 Taux de couverture des Bilans de santé entre 2009 et 2018.....	67
3.1.3 Origine des Bilans de santé selon le type de structure	68
3.2 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE	71
3.2.1 Situation familiale de l'enfant.....	71
3.2.2 Niveau d'enseignement de la mère.....	73
3.2.3 Situation professionnelle de la mère	75
3.2.4 Revenus de la famille	77
3.2.5 Niveau de français des parents, durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français.....	78
3.2.6 Fréquentation d'un milieu d'accueil.....	79
3.2.7 Conclusion.....	80
3.3 L'ALIMENTATION DE L'ENFANT	81
3.3.1 Allaitement maternel exclusif	82
3.3.2 Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale.....	83
3.3.3 Allaitement maternel exclusif des enfants suivis dans les structures de l'ONE.....	85
3.3.4 Lait infantile (Lait modifié artificiellement)	87
3.4 L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)	88
3.5 LE TABAGISME PASSIF	91
3.5.1 Evolution du tabagisme passif au quotidien.....	92
3.5.2 Evolution du tabagisme passif au sein de l'habitation	93
3.6 LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.....	93

3.6.1 Les polycaries et caries du jeune enfant.....	94
3.6.2 Le brossage des dents et la visite chez le dentiste.....	95
3.7 LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE	96
3.7.1 Acquisition du langage au Bilan à 18 mois.....	97
3.7.2 Acquisition du langage au Bilan à 30 mois.....	98
3.8 LA COUVERTURE VACCINALE	100
3.9 LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	101
3.10 LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE	102
CHAPITRE 4 : PROMOUVOIR LA SANTÉ, SOUTENIR LA PARENTALITÉ, LES CENTRES D'ACCUEIL, L'INCLUSION DE TOUS DANS LA PROVINCE DE NAMUR	107
4.1 PROMOUVOIR LA SANTE EN PROVINCE DE NAMUR : UNE DYNAMIQUE EN PARTENARIAT	108
4.2 LES LIEUX DE RENCONTRE ENFANTS ET PARENTS EN PROVINCE DE NAMUR	111
4.3 LES CENTRES POUR DEMANDEURS D'ASILE : QUELLES ACTIONS DE L'ONE ?	111
4.4 FAIRE DE L'ACCUEIL DE TOUS, UNE REALITE	112
CHAPITRE 5 : L'HABITAT PERMANENT DANS LA PROVINCE DE NAMUR.....	114
5.1 L'HABITAT PERMANENT EN PROVINCE DE NAMUR : UN CONTEXTE PARTICULIER.....	115
5.2 LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DANS LES PARCS RÉSIDENTIELS : UNE RÉALITÉ SPÉCIFIQUE	116
CONCLUSION : DIVERS LIEUX DE VIE AUX PROFILS DE SANTE PARTICULIERS	118

INTRODUCTION

Cette troisième 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 sages-femmes, les médecins et les milieux d'accueil situés en province de Namur.

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

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

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

REMERCIEMENTS

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

Nous remercions également les (futurs) parents qui au quotidien, 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 subrégionales réparties sur les six zones géographiques que constitue la Fédération Wallonie-Bruxelles.

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



LA PROVINCE DE NAMUR



Province du centre de la Belgique située en Région wallonne, l'origine de la province de Namur remonte à 1795, lors de la création du département de Sambre-et-Meuse, à la suite de la réunion des Pays-Bas autrichiens et de la Principauté de Liège à la France révolutionnaire.

Dissout, ce département est remplacé par la province de Namur créée, à l'époque du Royaume uni des Pays-Bas, par la Constitution du Royaume des Pays-Bas du 24 août 1815.

Sous le régime néerlandais, plusieurs échanges de cantons et de communes ont lieu avec les provinces de Luxembourg et de Liège.

Après 1830, la province de Namur devient belge.

En 1977, lors de la fusion des communes, la province de Namur s'agrandit et cède des communes. Cette réorganisation aboutit donc sa superficie actuelle.

La province de Namur compte 38 communes réparties sur 3 arrondissements (Dinant, Namur et Philippeville).

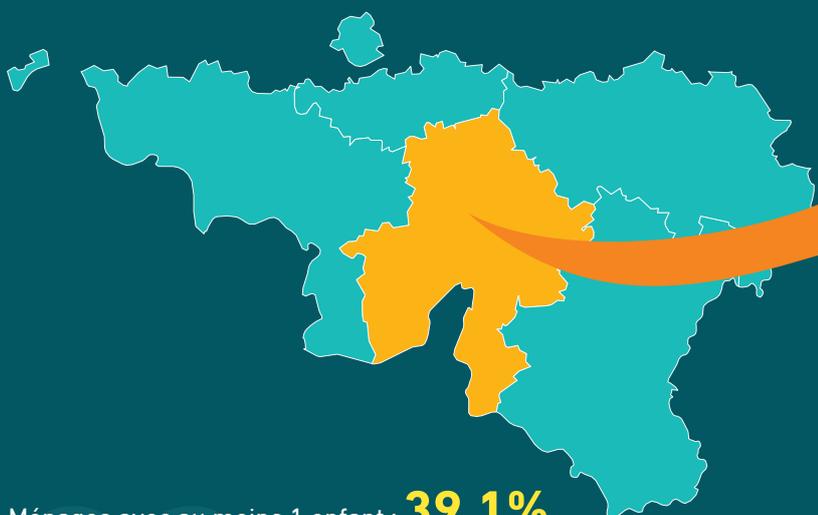
En 2019, la population de la province de Namur est de 495.832 habitants, avec un ratio hommes/femmes de 96,1/100. La croissance démographique est positive depuis plusieurs années en province de Namur. Cependant, la population tend plutôt vers une diminution dans l'arrondissement de Philippeville.

La population de la province n'est pas uniformément répartie sur son territoire. La densité par commune met en évidence une forte concentration de la population sur la dorsale wallonne. Elle passe le sillon Sambre-et-Meuse, en venant de Mons et en allant vers Liège et Verviers, réunissant ainsi les principales villes wallonnes. Le nord de la province décrit des communes (arrondissement de Namur) touchées par la périurbanisation de Bruxelles.

La province de Namur en chiffres

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

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



Population : **495.832 habitants**

(Au 1er janvier 2020)

96 hommes/100 femmes

Superficie : **3.675 km²**

Densité : **135 habitants/km²**

Wallonie : **216 habitants/km²**

Belgique : **374 habitants/km²**

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

Age moyen de la population wallonne :

41,5 ans

Espérance de vie à la naissance :

80,3 ans

(Wallonie : 80,3 ans ; Belgique : 81,9 ans)¹

Ménages avec au moins 1 enfant : **39,1%**

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

Ménages constitués d'1 seule personne : **35,7%**

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

Ménages monoparentaux : **11,5%**

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

Diplômés de l'enseignement supérieur : **27,37%**

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

Basés sur le CENSUS 2011⁴ 27,37%

Prix médian maison 4F : **215.000€**

(Wallonie : 250.000€ ; Belgique : 300.000€)

Prix médian appartement : **167.750€**

(Wallonie : 155.000€ ; Belgique : 200.000€)

Population non Belge : **5,2%**

(dont Union Européenne : 3,3% ; Hors UE : 1,9%)

Taux de chômage : **12,4%**

(Wallonie : 13,8% ; Belgique : 9,9%)²

Revenu médian par déclaration : **23.656€**

(Wallonie : 22.849€ ; Belgique : 24.345€)

Revenu moyen par habitant : **17.893€**

(Wallonie : 17.281€ ; Belgique : 18.331€)

Statbel 2017

Bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale : **2,5%**

(Wallonie : 2,7% ; Belgique : 1,8%)³

dont étudiants : **0,4%**

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

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

² <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/08/dmc2007.pdf> Sources : ONEM / DEIN01 et Steunpunt WSE / Population active - Calculs : IWEPs

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

⁴ <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=a243ca59-27ef-4b00-8550-d894114b972a> Le niveau d'enseignement désigne le niveau d'études le plus élevé atteint avec succès

L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS

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

Dans le cadre de ses missions en tant qu'organisme de référence en matière de protection maternelle et 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 Partenaires Enfants-Parents (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.



«...»

Kamal AZZOUZ,

Coordinateur subrégional de Namur

« Le Contrat de gestion de l'ONE a prévu la prise en compte des réalités locales par la rédaction d'un Plan opérationnel dans chaque Subrégion, qui pour ce qui nous concerne, correspond au territoire de la Province de Namur.

La volonté de l'Office est de décliner les projets et actions au plus près des réalités vécues par la population mais aussi par les professionnels. Pour ce faire, il a fallu consulter un certain nombre d'acteurs aussi bien parmi nos collègues que les partenaires, et se nourrir de travaux et rapports. Bien qu'il s'agisse d'un outil spécifique à notre Province, la méthodologie, le corpus des actions et les différentes étapes de la réflexion ont été menés de concert avec l'ensemble des Subrégions. Le partage et l'échange constructif constituent une véritable richesse au moment de poser des choix dans le type d'actions à développer avec toujours à l'esprit une orientation vers une qualité de services aux familles.

Ce Plan opérationnel a notamment favorisé et renforcé des actions à destination des partenaires. Je citerai en exemple, les rencontres régulières avec la Province, les Communes, les services d'accueillantes ou dans le secteur de l'Accueil Temps Libre. Cela permet d'être à l'écoute de leur besoin, de leur réalité de terrain et d'ainsi imaginer des pistes d'actions novatrices. D'autres actions sont plutôt destinées aux enfants et leurs familles comme les séances de dépistages visuels dans les locaux de notre Administration subrégionale.

Parmi ces nombreuses actions, ce rapport BDMS subrégional, premier du genre, offre une vue objective des réalités des familles et des enfants. Cette photographie est un outil pour soutenir les politiques locales, ajuster nos réponses aux enjeux pour mieux répondre aux besoins. C'est donc tout naturellement un point de départ pour développer des nouvelles initiatives dans une dynamique de partenariat. Il est aujourd'hui convenu que le travail en réseau constitue la clé face à la complexité des situations des familles.

La position centrale de la subrégion fait qu'elle dispose d'une frontière avec chacune des autres provinces wallonnes. Cette particularité implique un mouvement naturel de certaines communes frontalières vers leurs voisines situées dans la province adjacente. Rochefort et Marche, Andenne et Huy, Sambreville et Fleurus n'en sont que quelques exemples. Par ailleurs, des « bassins de vie » peuvent aussi concerner 2 provinces où des projets se développent. L'entre-Sambre-et-Meuse regroupe un certain nombre de communes hennuyères (Chimay, Froidchapelle, ...) et namuroises (Couvin, Cerfontaine, ...) aux caractéristiques similaires. Plus à l'est, les communes de Bièvre ou Vresse dispose d'un lien territorial avec les communes luxembourgeoises de Bouillon ou Paliseul. Des projets spécifiques peuvent plus facilement s'y développer, notamment en matière de mobilité ou de santé. On parle alors de zones d'actions pertinentes et cohérentes.

Le nord de la Province, avec un large réseau d'acteurs et une densité de population plus importante se distingue du sud où les acteurs se font plus rares et les enjeux de mobilité et d'accessibilité aux services sont prégnants. L'autre caractéristique est que la Ville de Namur concentre un cinquième de la population de la province. Si on y ajoute les communes périphériques, on se trouve face à un territoire avec une certaine cohérence. Tenir compte de la façon dont vivent ces territoires est un moyen pour mieux fédérer les forces et par conséquent mieux intégrer les bénéficiaires dans nos logiques d'actions. C'est une belle harmonie quand le dire et le faire vont ensemble. Cette citation de Montaigne nous invite à une cohérence entre les constats posés et les actions à mener mais surtout à poursuivre dans nos champs de compétences respectifs au bénéfice des familles, maintenant que nous tenons en main la première Banque de données médico-sociales namuroise. »

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

▶ PEP's : **70 (ETP 61.4) : 60 % d'assistants sociaux (42), 31.5 % d'infirmiers (22), 8.5 % de sages-femmes (6)**

- Médecins : 99
- Volontaires : 466

-
- ▶ Coordinatrices accompagnement : 4
 - ▶ Responsable régional à la Direction Coordination Accompagnement : 1
 - ▶ Conseiller médical gynécologue : 1
 - ▶ Conseiller médical pédiatre : 1

-
- ▶ Référente Education à la santé : 1
 - ▶ Référent maltraitance : 1
 - ▶ Coordinateurs accueil : 9
 - ▶ Responsable régional à la Direction de la Coordination Accueil : 1
 - ▶ Agents conseil : 4
 - ▶ Conseiller pédagogique : 1
 - ▶ Référent santé dans les milieux d'accueil : 1

-
- ▶ Personnel administratif : 9

▶ **Les structures d'accueil**

- Nombre de structures d'accueil reconnues par l'ONE 0-3 ans : **697**
- Capacité d'accueil totale 0-3 ans : **5.424 places**
- Taux de couverture des 0-2,5 ans : **42.4 %**
- SASPE – Pouponnière (Accueil spécialisé) : 2
- Lieux d'accueil extrascolaires : **36**
- Ecoles de devoirs reconnus par l'ONE : **31**
- Centres de vacances agréés : **544 Camps, 43 séjours, 176 plaines**
- Lieux de Rencontre Enfants-Parents : **5 lieux subventionnés.**

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

- Services PSE : **14 antennes**
- Conseillers médicaux PSE : **3** pour la Fédération Wallonie-Bruxelles dont les activités sont réparties selon la thématique.

-
- ▶ Equipes SOS-Enfants : **2**

LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE

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

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

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

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

LES DOCUMENTS DE BASE DE LA BDMS

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

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

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

UNE DYNAMIQUE D'EQUIPE AUTOUR DE LA PERINATALITE

Au sein de l'ONE, le travail de collecte des informations de types social et médical est au premier plan effectué par les PEP's, sages-femmes et médecins des consultations. Les encodeurs-vérificateurs 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 les principaux acteurs de ce travail de collecte. Sans elles, l'ONE n'aurait pas cette rapidité d'action pour répondre au mieux à la réalité des questions relatives à la grossesse, à la maternité et à la petite enfance.





<<...>>

Valérie LANDRAIN,

Coordinatrice accompagnement en province de Namur

« Soutenir l'action de l'ONE et le travail des Partenaires Enfants-Parents, c'est aussi penser à sensibiliser les PEP's sur l'importance de remplir les différents documents de la BDMS tels que l'avis de naissance, les premiers contacts, les bilans de santé, les volets épidémiologiques prénataux, ...

Par ce travail, les PEP's contribuent à identifier les évolutions de la famille, à développer des programmes de prévention adaptés aux besoins du public. Ces différents programmes peuvent amener l'office à créer de nouveaux outils qui professionnalisent encore davantage l'accompagnement proposé aux familles, comme ce fut le cas avec les outils langage.

A un niveau plus individuel et local, les données transmises à la BDMS sont également utiles aux PEP's lorsque qu'il s'agit d'analyser leur propre secteur et ainsi, mieux connaître leur population, les ressources et vulnérabilités de leur public, préciser les points d'attention sur un plan médical et/ou social, ... Bref, autant d'informations bien utiles lors de la rédaction d'un Projet Santé Parentalité (PSP).

Au regard de tous ces éléments, cet aspect de la fonction plus administratif prend un tout autre sens et permet de se rendre compte de l'impact que cela peut avoir sur l'accompagnement auprès des Familles. »

UNE RIGUEUR DANS LA GESTION – RESPECT DE LA VIE PRIVEE

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

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

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

LE REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DE DONNEES (RGPD)

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

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

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



Anne PALANGE,

Agent d'accueil à l'Administration Subrégionale de Namur
Encodage et contrôle de données BDMS

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

« J'ai des contacts avec les PEP's concernant leurs commandes de fournitures, et avec les Coordinateurs, pour signaler d'éventuelles erreurs d'encodage dans les statistiques. Je suis également en contact avec l'équipe de la BDMS au sein de la Direction Recherches et Développement, lorsque je suis face à une impasse. »

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

« Oui, je reprends contact avec les PEP's lorsque je constate des erreurs dans les fiches, bilans de santé ou avis de naissances. »



Valérie HALLOY,

Support administratif polyvalent à l'ASR de Namur

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

« Les PEP's qui sont nouvelles dans leur fonction me contactent généralement lorsqu'elles ont des questions sur la manière de remplir un document. J'ai des contacts moins fréquents avec les Coordinateurs ou l'équipe de la BDMS de l'Administration centrale. »

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

« Je les contacte principalement lorsque je constate des erreurs ou des données manquantes dans les avis de naissance ou les fiches de premier contact. »

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

« Au niveau des tâches liées à la BDMS, le travail reste identique. Par contre, je me suis impliquée dans l'organisation du dépistage visuel mis sur pied récemment à l'ASR. C'est dynamisant. »



CHAPITRE 1

Le suivi des femmes enceintes
dans la province de Namur

INTRODUCTION

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne un réseau de Consultations prénatales de quartier et hospitalières (CPN). Toutes les structures et services ONE pour les femmes enceintes sont accessibles gratuitement à toutes les familles.

Le travail y est mené par les PEP's, sages-femmes et médecins (généralistes ou gynécologues).

En 2018, la province de Namur comptait :

- 3 structures de suivi de la grossesse implantées dans les quartiers appelées « Consultations prénatales de quartier ». Mais, seules 2 sont retenues dans ce rapport du fait du redémarrage de l'activité de la consultation d'Andenne en 2018 après quelques années d'arrêt.
- 1 structure de suivi de la grossesse implantée au sein d'un hôpital ou « Consultation prénatale hospitalière ».

RÔLE DE LA CONSULTATION PRÉNATALE :

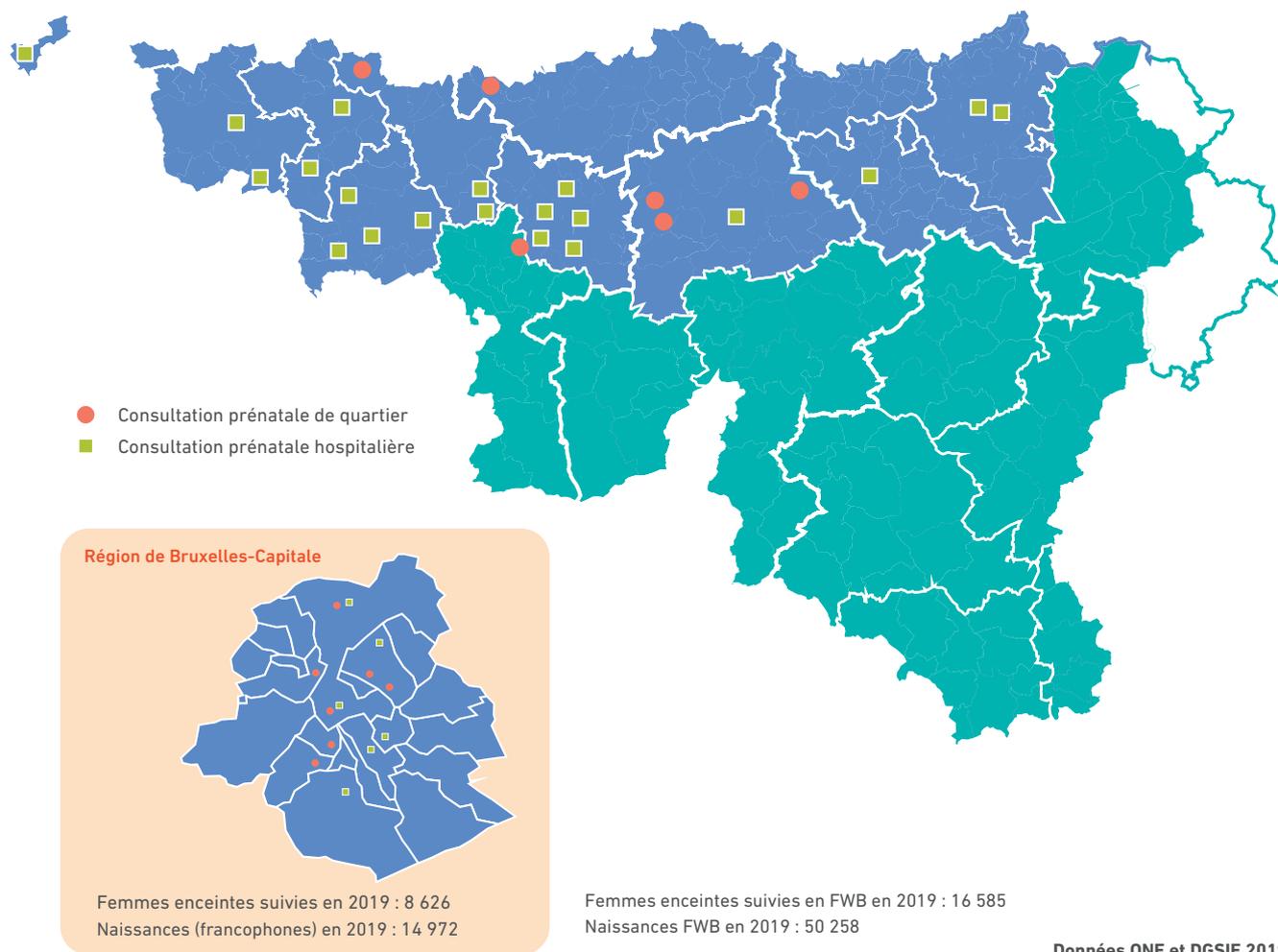
Accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse dans le respect de leur autonomie ; assurer un suivi préventif de type psycho-médicosocial ; veiller au bien-

être de la future mère et de son futur enfant et soutenir la parentalité.

LES OBJECTIFS DE LA CONSULTATION PRÉNATALE :

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

Implantation des structures de suivi de la grossesse et plateforme d'accompagnement en FWB en 2019



Données ONE et DGSIE 2019

1.1 LE VOLET PRENATAL DE LA BDMS

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

Le « Volet prénatal » est complété tout au long du suivi de

la grossesse et clôturé après l'accouchement. Il implique donc une bonne collaboration entre le PEP's de liaison en maternité et celui de la CPN pour la communication des informations sur l'issue de la grossesse (Postpartum).



«...»

Catherine IGNACE,

Partenaire enfants-parents en consultation prénatale de quartier

Concrètement, comment participez-vous au recueil des données BDMS ?

« Lors de l'accueil des parents, je complète un dossier médico-social et une anamnèse médicale dans laquelle j'essaie d'intégrer l'une ou l'autre question que je connais par cœur, de manière délicate et sur le ton de l'humour. Lorsque je donne des conseils préventifs, j'intègre également certaines questions liées à la BDMS. »

Comment ce recueil de données s'inscrit-il dans l'accompagnement des (futures) mères ? Qu'est-ce qu'il apporte ?

« C'est fructueux d'obtenir un inventaire de la population qui vient chez nous. Les statistiques sont importantes lorsqu'on a besoin de faire le point ou de faire une pause dans sa pratique professionnelle. Elles permettent de prendre du recul, parfois de dynamiser la consultation. »

Quels sont les indicateurs les plus intéressants pour vous ?

« Il y a quelques années, j'avais l'impression qu'on recevait beaucoup de jeunes mamans. Mais lorsque j'ai eu le retour des statistiques, je me suis rendue compte que ce n'était absolument pas le cas. Les résultats permettent de recadrer et de cibler mieux les choses lorsque nous sommes parfois trop braquées sur les problèmes. Les indicateurs sont fonctions des objectifs que l'on se fixe. »

Y a-t-il des questions difficiles à poser ?

« Le niveau d'études reste une question délicate à poser. C'est pour ça que je pose la question de manière détournée au cours de l'échange avec la maman. Par exemple, je demande à la femme enceinte si je dois lui remettre une attestation de grossesse pour son travail ou s'il y a des mesures restrictives liées à son boulot. C'est beaucoup plus fluide que de lui poser la question directement. »

Quelles sont les spécificités du public que vous rencontrez ? Et est-ce vous l'avez retrouvé dans le rapport BDMS ?

« Dans la consultation de quartier, je reçois des mamans de tous niveaux, de différentes zones géographiques et de tout âge. Il faut savoir qu'elles viennent surtout par fidélité au gynécologue qui les suit. »

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 province de Namur, on dénombre pour l'année 2018, 3 structures de suivi de la grossesse organisées dans les quartiers, dont 2 qui ont fonctionné durant ces dernières années.

Elles sont toutes deux implantées dans la commune de Sambreville, à Tamines et Auvelais. La commune est située sur les rives de la Sambre, à mi-distance entre Namur et Charleroi. Elle compte 28.288 habitants en 2018 et 272 naissances la même année.

1.3 LA CONSULTATION PRENATALE HOSPITALIERE

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.

A Namur en 2018, une consultation prénatale est implantée au CHR.

La commune de Namur, d'une superficie de 17.538 hectares, est une ville située au confluent de la Sambre et de la Meuse, capitale de la Région et siège du Parlement de Wallonie, du Gouvernement wallon. Elle compte 110.779 habitants et on dénombre 1.063 naissances pour l'année 2018.

1.4 UNE PLATEFORME PRENATALE ENTRE LES PROVINCES DE NAMUR ET DE HAINAUT

Après des retours positifs des dispositifs déjà implémentés au Luxembourg et dans la région de Verviers-Malmédy, le contrat de gestion 2015-2018 de l'ONE prévoyait l'affectation de moyens au développement d'une plateforme prénatale dans le sud du Namurois et la botte du Hainaut.

Le dispositif de la plateforme a vocation à proposer ses services dans des secteurs ruraux, non desservis par d'autres formes de suivi prénatal ONE et porteurs de vulnérabilités.

Ainsi, parmi 22 communes Namuroises et les 6 communes Hennuyères visées,

- Aucune ne fait partie des communes ayant une situation dite favorable
- 11 d'entre-elles font partie des 25% des communes ayant une situation défavorisée
- Et 3 d'entre-elles font partie des 10% des communes ayant une situation la moins favorable.

Ces 3 communes comptabilisent un indice de pauvreté supérieur à 40%. Elles possèdent sur leur territoire plusieurs campings dans lesquels résident des habitants de manière permanente.

Un équivalent temps plein a donc été dégagé et des services ont été proposés aux médecins gynécologues pratiquant au sein des maternités de Dinant, Lobbes et Chimay.

Le principe de la plateforme est simple : c'est le médecin qui fait office de « porte d'entrée ». S'il repère, dans sa patientèle, une future mère rencontrant des vulnérabilités, il peut proposer l'accompagnement par un Partenaire Enfants-parents. Ce dernier proposera alors l'accompagnement à la future mère, durant les mois de la grossesse. Cela demande un engagement du médecin à assurer la gratuité du suivi médical pour la patiente.

L'activité a démarré tout doucement, le projet se heurtant à des contraintes et réalités sur lesquelles nous avons peu d'emprises :

- La maternité de Lobbes a vu son devenir incertain et, malgré l'intérêt, le projet a connu un mouvement de recul.
- La maternité de Dinant, de par son organisation interne n'a pas souhaité entrer dans le projet sans pour autant se positionner comme non-intéressée. De nombreuses rencontres ont eu lieu sans pour autant aboutir sur un investissement concret des praticiens, même si certains d'entre eux ont continué à émettre un intérêt pour notre service.

En 2018, 11 futures mères suivies à l'hôpital de Chimay ont été accompagnées.

Pour le moment, le temps de prestation PEP's attribué à la plateforme a diminué, en raison du manque de demandes de suivis provenant de Dinant.

En attendant, c'est la plateforme du Luxembourg qui absorbe les quelques suivis émanant des gynécologues de Dinant.



1.5 LA COUVERTURE DES DONNEES PRENATALES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES PRENATALES

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

tion prénatale de l'ONE.

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

Pour la province de Namur, un « Volet prénatal » est complété pour presque 9 femmes enceintes sur 10 inscrites dans les consultations de l'ONE.

NOMBRE DE « VOLET PRENATAL » ET NOMBRE DE FEMMES INSCRITES

Evolution du nombre de « volet prénatal » encodés pour les structures de Namur de 2009 à 2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Auvelais	99	111	120	124	100	101	95	90	71	54	965
Tamines	16	81	79	74	48	66	38	45	38	28	513
CHR Namur	546	571	553	551	602	442	427	296	380	344	4712
TOTAL	661	763	752	749	750	609	560	431	489	426	6190

Evolution comparée entre le nombre de « volet prénatal » BDMS et le nombre de femmes enceintes (nouvelles inscrites) suivies par la DCVD de 2009 à 2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Volets CPN	661	763	752	749	750	609	560	431	489	426	6190
Nouvelles inscrites	845	832	785	813	836	707	630	492	567	505	7012
COUVERTURE	78,2%	91,7%	95,8%	92,1%	89,7%	86,1%	88,9%	87,6%	86,2%	84,4%	88,3%

Le nombre, mais aussi le taux de couverture des volets prénatals remplis par rapport au nombre de femmes effectivement suivies sont en diminution constante ces dernières années.

En 2011, le taux de couverture était au-delà des 95%, taux le plus élevé et le plus représentatif de la dernière décennie. Ces taux indiquent la représentativité des données analysées concernant les femmes enceintes suivies par l'ONE.

1.6 LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES

Avant d'aborder le profil des femmes enceintes, il est capital de définir le sujet de ce chapitre.

La grossesse ou gestation humaine est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon ou un fœtus humain, en principe au sein de l'utérus, qui est dit gravide. En général, elle se déroule jusqu'à l'expulsion de l'organisme engendré.

Les femmes enceintes suivies dont les données sont reprises dans ce sous-chapitre représentent l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE et pour lesquelles un « Volet prénatal » a été complété et renvoyé par le PEP's entre 2009 et 2018.

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

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

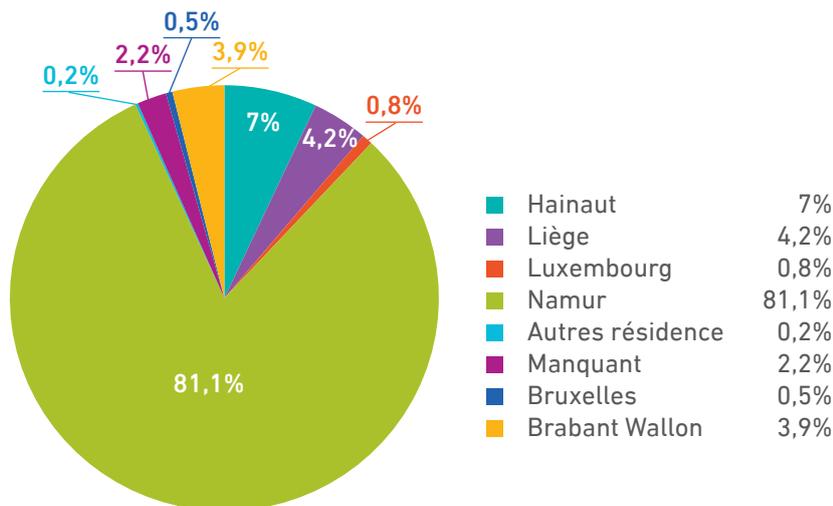
La durée moyenne de la fécondation à l'accouchement pour une grossesse unique est de 38 semaines et 2 jours¹, soit un peu moins de neuf mois, une durée largement reprise dans la culture. Dans les faits, cette durée est variable selon les femmes et le déroulement de la grossesse.

¹ Terra Femina - La durée de la grossesse n'est pas de 40 semaines - 2013 [archive] - Anne-Marie Jukic, chercheuse au National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) à Durham (Caroline du Nord) : « Les résultats révèlent que la durée moyenne entre l'ovulation et la naissance est de 268 jours, soit 38 semaines et deux jours.

1.6.1 Régions de résidence des femmes suivies en consultations et services prénatals ONE

Le rayonnement des structures ONE en général dépasse le cadre géographique de leur implantation.

Région de résidence des femmes enceintes suivies par les structures ONE de la province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Dans des proportions qui sont restées relativement constantes ces 10 dernières années, la part des femmes enceintes suivies dans les structures prénatales de l'ONE implantées dans la province de Namur est de 81,1% de résidentes en province de Namur, 16,0% dans le reste de la Wallonie, 0,5% à Bruxelles, 0,2% en Flandre ou à l'étranger et, pour 2,2% des femmes enceintes suivies, la résidence est manquante.

Au sein de la province de Namur, toutes les communes sont représentées. Cependant, la majorité des femmes qui ont fréquenté les CPN-ONE durant la décennie de l'étude résident dans l'arrondissement de Namur, 87,6%

en moyenne ; 10,6% dans les communes de l'arrondissement de Dinant et 1,8% dans l'arrondissement de Philippeville.

Les communes les plus représentées sont celles de Namur, Sambreville, Andenne, Jemeppe-sur-Sambre ou encore Gembloux, lorsqu'on prend en compte le nombre de femmes enceintes fréquentant les structures ONE. Ramenées au nombre de naissances, les communes les plus représentées sont par ordre décroissant de proportions, celles de Sambreville, Hamois, Namur, Jemeppe-sur-Sambre et Andenne.



1.6.2 Age des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur

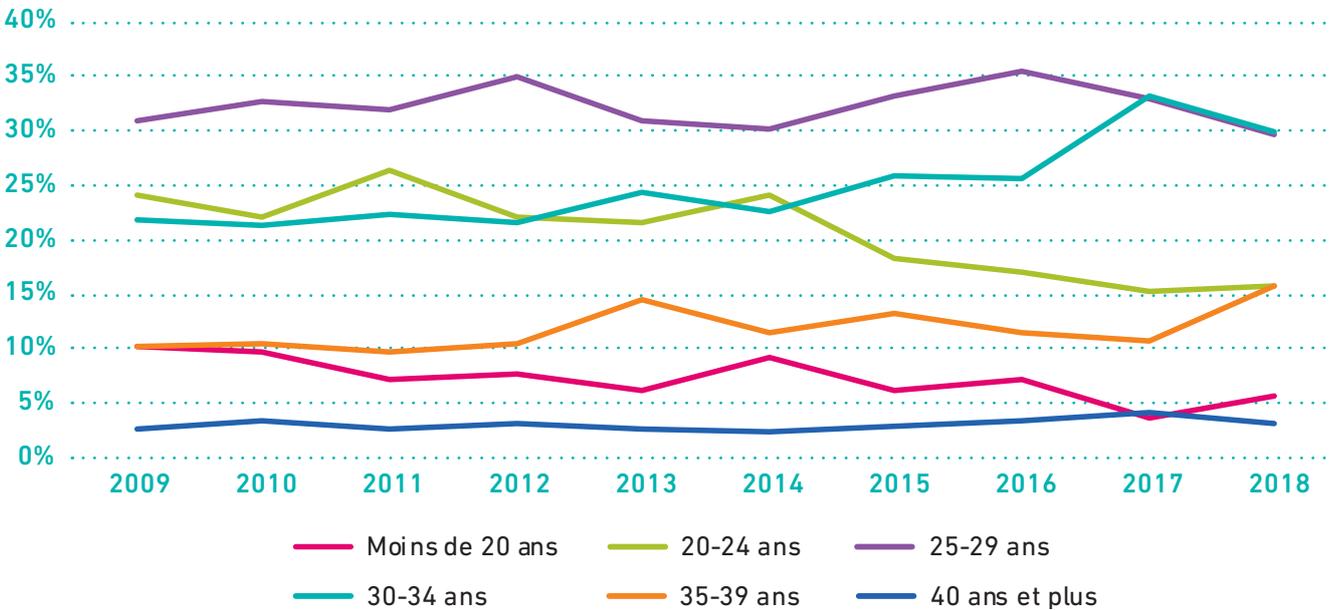
a) L'âge médian des femmes enceintes suivies et catégories d'âge

L'âge médian des femmes enceintes suivies évolue légèrement d'année en année. Il se situe à 29 ans pour la province comme pour la Fédération en 2018. L'âge minimal est de 12 ans et le maximum de 49 ans.

b) Les catégories d'âge des mères et leur évolution

Par catégorie, on peut observer des évolutions diverses, avec une diminution légère mais sensible des femmes enceintes de moins de 25 ans et une légère augmentation des femmes enceintes de 30 ans ou plus. La catégorie d'âge de 25-29 ans de femmes enceintes suivies étant relativement stable en province de Namur.

Evolution des catégories d'âge des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Les femmes de la catégorie d'âge entre 25 et 29 ans ont constitué la part la plus importante des femmes enceintes suivies jusqu'en 2016 (entre 30 et 35%). Les femmes de 40 ans et plus sont passées de 2,7% à 4,1% en 10 ans.

c) Les femmes enceintes de moins de 20 ans (en catégories)

Les femmes de moins de 20 ans suivies ont retenu l'attention des professionnels du suivi de la grossesse pour des raisons² d'ordre psychosociales que le vécu de la grossesse peut générer.

Il est important que le phénomène de grossesse chez les adolescentes reste marginal et est en diminution comme le montre le graphique précédent.

Evolution du nombre de femmes enceintes de moins de 20 ans suivies

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Moins de 18 ans	22	18	22	16	15	21	13	11	3	6	147
18-19 ans	45	56	31	41	31	35	22	20	15	18	314
Total moins de 20 ans	67	74	53	57	46	56	35	31	18	24	461
Total femmes suivies	660	756	746	748	748	608	559	431	489	426	6171

BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Une tendance continue à la baisse en dix ans, avec une diminution globale de la proportion des femmes de moins de 20 ans par rapport à l'ensemble des femmes enceintes suivies.

La diminution est de l'ordre de 64% entre 2009 et 2018, passant de 67 femmes enceintes de moins de 20 ans suivies, à 24.

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

d) Les femmes enceintes de plus de 35 ans suivies

Dès 35 ans, la tendance générale de la proportion des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur est plutôt à la hausse.

Ces tendances aux âges extrêmes des femmes suivies induisent un recul de l'âge médian des femmes enceintes qui sont suivies par l'ONE.

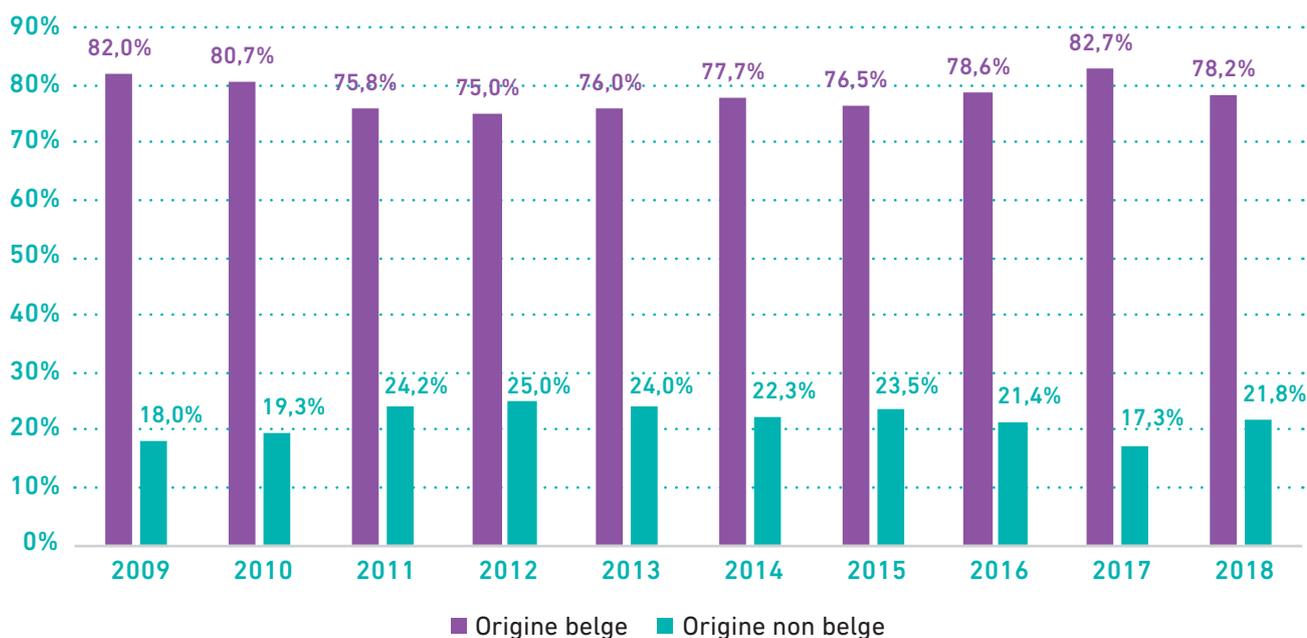
1.6.3 Nationalité des femmes enceintes suivies

Les femmes enceintes suivies par l'ONE au sein de ses Consultations prénatales en province de Namur sont issues de quelques 90 pays différents ces dix dernières années.

1.6.3.1 Nationalité d'origine de la femme enceinte suivie

Il s'agit de sa nationalité au moment de sa naissance. 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.

Origine des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Les inégalités sociales de santé maternelle et périnatale qui affectent les femmes migrantes et leurs enfants ont un impact social important en cela qu'elles compromettent la notion d'équité en santé, pouvant affecter deux générations.

Certaines migrations pourraient exposer à une triple vulnérabilité qui lie les conditions du départ et du trajet, combinées avec celles de l'accueil. Le pays d'origine pouvant

e) Une catégorisation non homogène

L'approche de l'âge de la femme enceinte suivie ne doit pas être vue comme reflet des différences sociales entre les femmes les plus jeunes et les plus âgées. Cette catégorisation non homogène sur une donnée biologique ne doit cependant pas masquer les inégalités grandissantes entre les générations, même si les catégories évoquées ci-dessus sont soumises aux mêmes phénomènes, à des degrés divers que sont la précarité, les inégalités.

Environ 20% des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur sont d'origine étrangère. Les origines étrangères les plus fréquentes sont le Maroc, la République Démocratique du Congo, l'Albanie, la Serbie, la Russie et la Turquie.

La dichotomisation en origine belge et origine étrangère est certainement réductrice. Les nationalités étrangères ne sont pas une uniformité. Et l'histoire des populations migrantes est individuelle et, les représentations de la grossesse (et de son suivi) spécifiques.

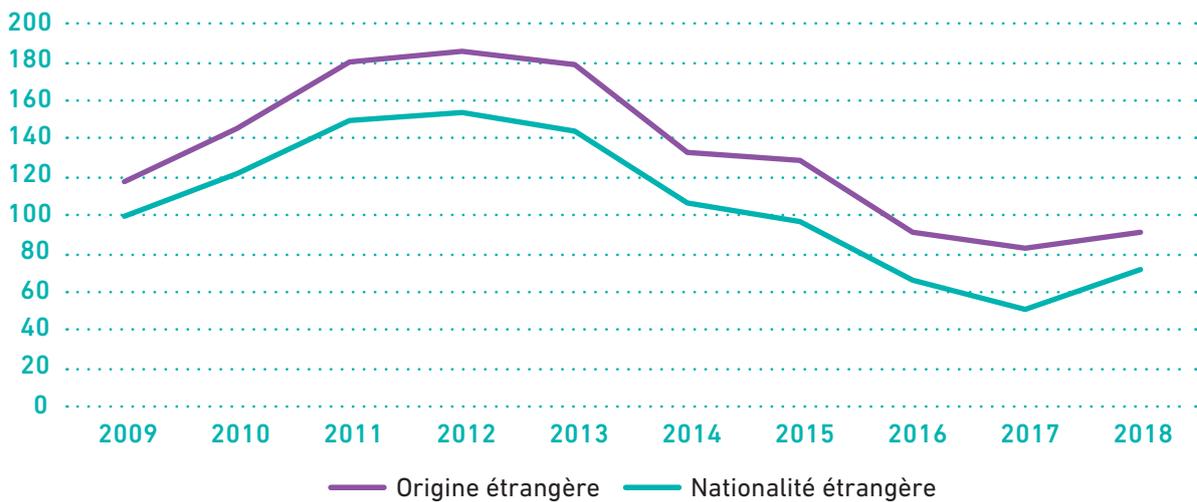
être évoqué avec beaucoup d'ambivalence.

Les femmes enceintes d'origine étrangère s'entremêlent donc dans une grande diversité.

1.6.3.2 Changement de nationalité des femmes d'origine étrangère

Le changement de nationalité de la femme enceinte est lié à la durée de séjour en Belgique.

Evolution de l'écart entre le nombre de femmes d'origine étrangère et le nombre de femmes de nationalité étrangère



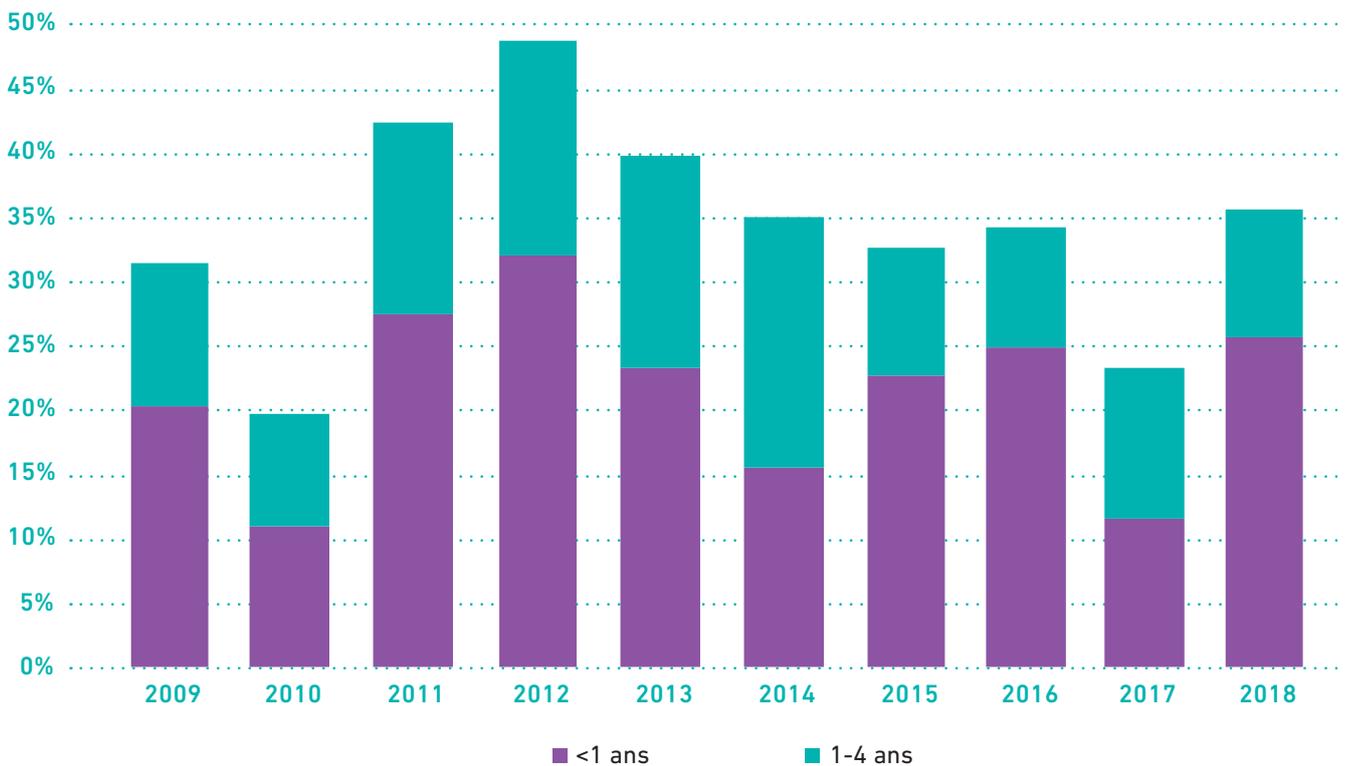
BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Chaque année, de façon presque constante, entre 20 et 30 femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur déclarent avoir acquis la nationalité belge au cours de leur séjour en Belgique.

1.6.3.3 Les femmes étrangères primo-arrivantes suivies en province de Namur

Les femmes enceintes primo-arrivantes sont les femmes enceintes arrivées en Belgique depuis moins de 5 ans. Elles intègrent les femmes installées en Belgique depuis quelques années, mais aussi une part des femmes de passage en Belgique ou récemment installées et des touristes.

Evolution de la proportion des femmes enceintes primo-arrivantes suivies en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Entre 20% et 25% des femmes d'origine étrangère suivies par l'ONE sont en Belgique depuis moins d'un an. Et, près de 10% d'entre-elles séjournent depuis 1 à 4 ans en Belgique. 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

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

Evolution de la couverture des soins de santé des femmes enceintes suivies en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

En moyenne, 8,4% des femmes ne disposent pas de couverture soins de santé durant leur suivi prénatal par l'ONE en province de Namur. (5,2% de données manquantes). Cette proportion de femmes non assurées présente des variations annuelles relatives, et globalement comprises entre 7 et 9%, sauf pour ces 3 dernières années.

L'absence de couverture soins de santé (mutuelle, assurance, etc.) est décrite pour toutes les origines, belge et étrangère. Ces femmes vont cependant être en ordre de cette situation avant leur accouchement pour la qua-

si-totalité d'entre-elles avec l'aide des différents acteurs dont les PEP's.

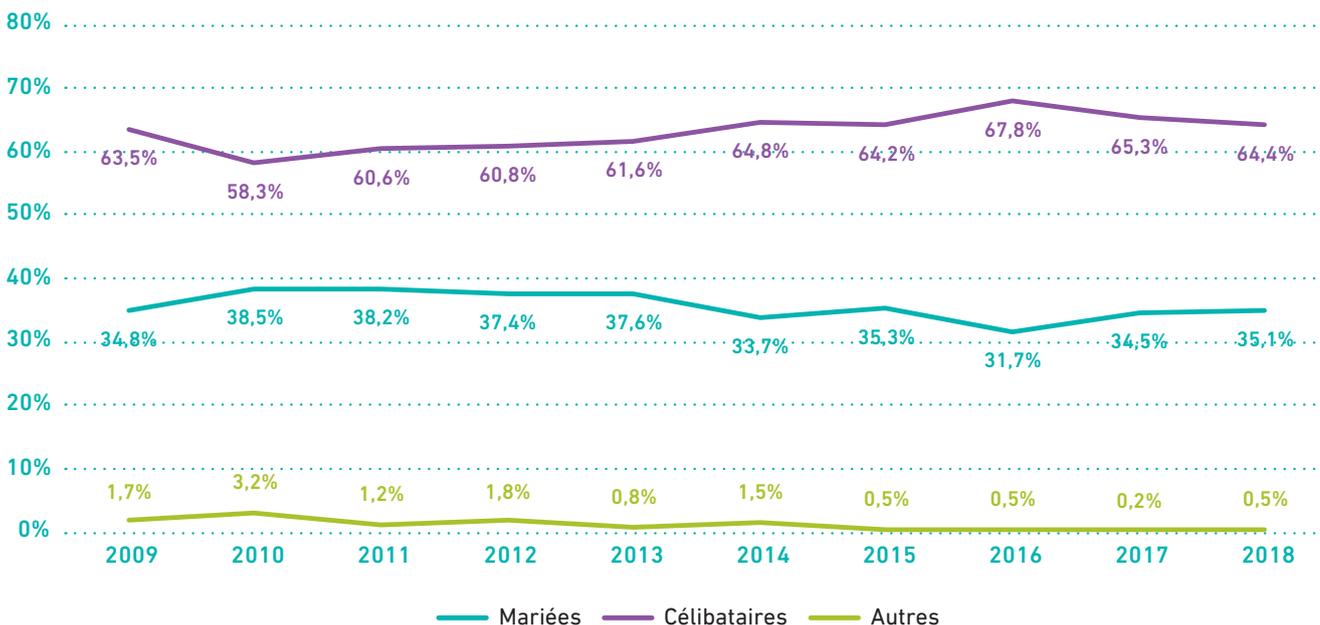
En moyenne, cette absence de couverture expose tout de même chaque année entre 40 et 50 femmes enceintes à un certain stress qui se combine à d'autres préoccupations. Différents âges sont touchés, et surtout des situations de précarité et d'exclusion (Femmes sans abris, femmes itinérantes, femmes en situation de grande pauvreté, situations de perte de droits, migrations, etc.).

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

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.

Evolution de l'état civil des femmes enceintes suivies en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

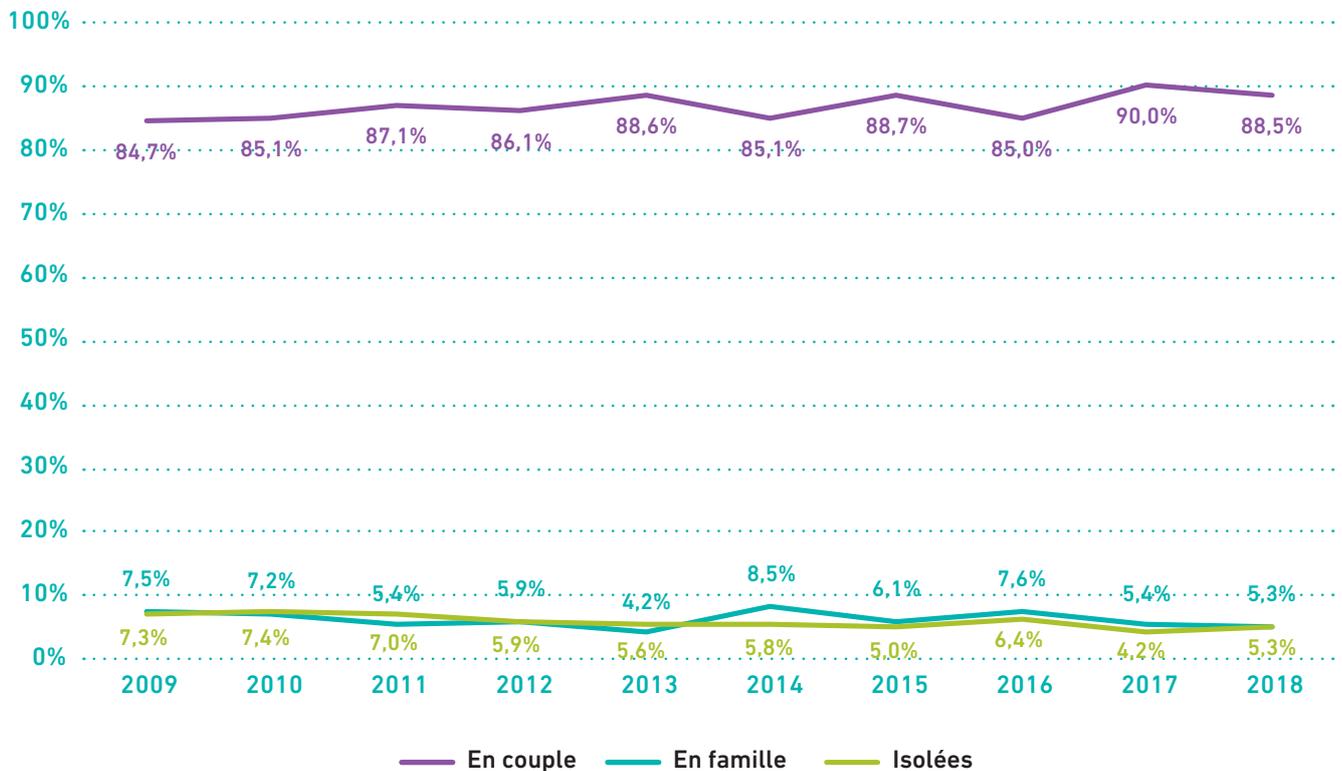
La majorité des femmes enceintes suivies en province de Namur ont un statut officiel de célibataires. Elles représentent 64,4% des femmes enceintes suivies à Namur en 2018.

Les femmes mariées représentent quant à elles 35,1% pour la même année. Ces deux statuts évoluent inversement : Très grossièrement, la part des mariées étant en très légère diminution et la proportion de célibataires en légère augmentation proportionnellement.

La catégorie « autres » regroupe les autres statuts officiels que sont les femmes enceintes divorcées, séparées et veuves.

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

Evolution de la situation relationnelle de la femme enceinte suivie par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Cet indicateur décrit que la majorité des femmes enceintes suivies vit en couple (86,8% en moyenne). La proportion de femmes en couple est passée de 84,7% en 2009 à 88,5% en 2018. Celles qui vivent en famille représentent en moyenne 6,3%, passant de 7,5% à 5,3% sur la décennie et, les femmes enceintes vivant seules et en maison d'accueil regroupées comme 'isolées' représentent une moyenne de 6,1% sur les 10 dernières années, passant de 7,3% à 5,3% des futures mères.

Les femmes enceintes vivant isolées suivies par l'ONE représentent près de 40 femmes enceintes chaque année en province de Namur.

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. 1,4% des femmes vivent en maison d'accueil. Cette proportion est donc comprise dans la part des femmes isolées.

1.6.5.1 L'isolement social

Rompre l'isolement social, lutter contre la solitude autour de la périnatalité est un des objectifs de prévention im-

portant 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 maltraitance dès la grossesse, 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.

L'isolement social reprend trois composantes⁵ que sont l'isolement relationnel, le sentiment de solitude et le fait de vivre seul.

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

⁵ Selon Pan Ké Shon, chercheur à l'Institut national d'études démographiques (INED), cité par C. Bretaudeau et G. Mézière dans leur TFE « Quel impact de l'isolement social chez la femme enceinte, sur les issues obstétricales, néonatales et la dépression du post-partum ? » Bruxelles, 2019

L'isolement relationnel peut être défini de façon subjective ou objective. Il évalue surtout l'étendu du réseau social (familial, amical, professionnel, de voisinage ou encore associé aux activités pratiquées, associatives ou sportives par exemple).

Le sentiment de solitude est un état subjectif et négatif de l'expérience selon laquelle les besoins sociaux sont insatisfaits, en quantité, en qualité, ou les deux (Maruya-

ma, 2017). Si elle est imposée, la solitude peut être une souffrance et présenter des risques importants chez la femme enceinte et/ou l'enfant à venir.

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

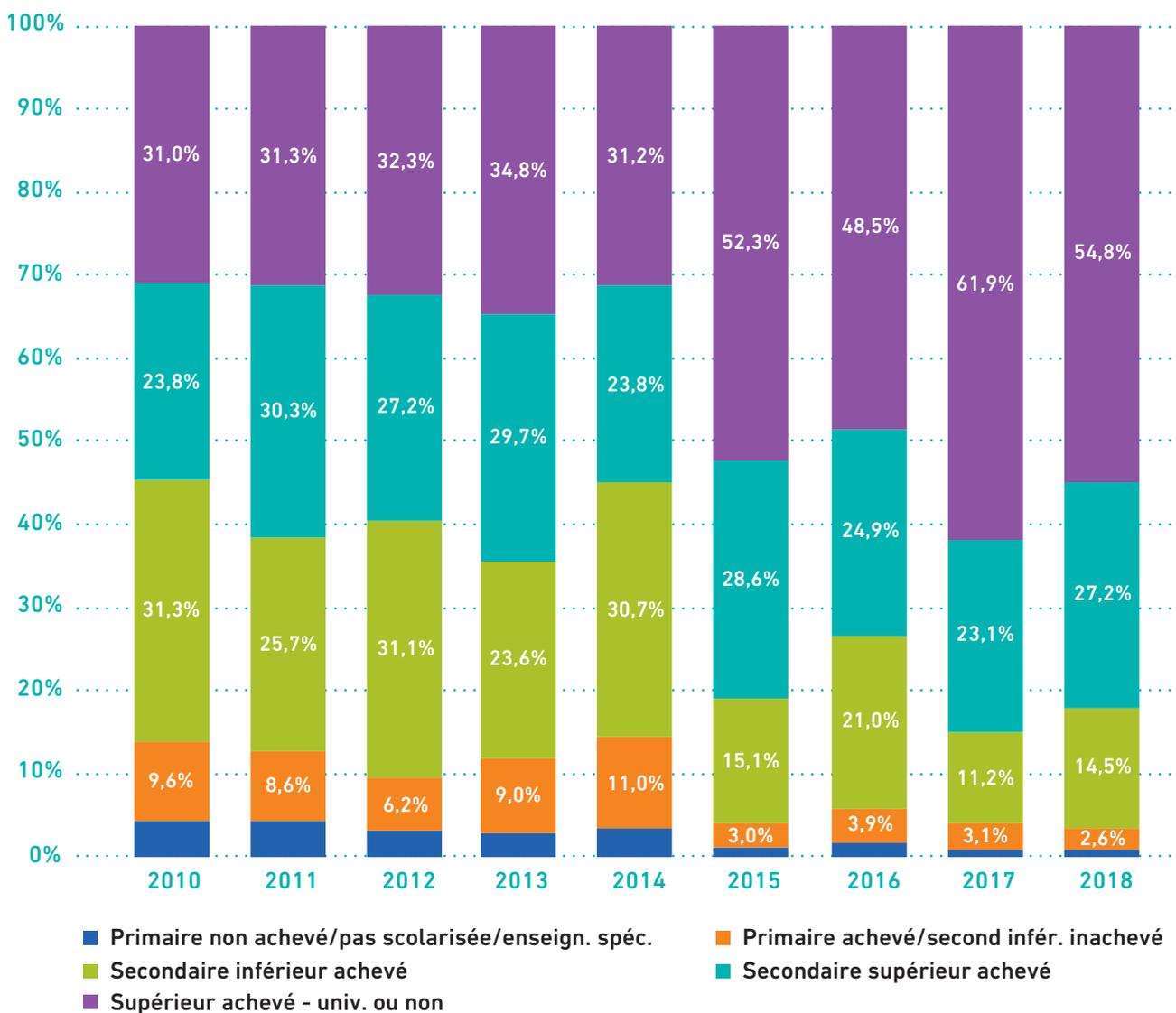
1.6.6 Le niveau d'enseignement atteint par les femmes enceintes suivies

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'enseignement 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.

Evolution du niveau d'enseignement des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

En province de Namur, comme dans les autres régions, la qualité de la donnée relative au niveau d'études des femmes enceintes suivies n'est pas parfaite. Ce constat appelle à une sensibilisation continue des professionnels. Ainsi la part de données manquantes reste très élevée et invite à la lecture de ces données relatives au niveau d'enseignement avec beaucoup de recul.

Pour 44,9% des femmes enceintes suivies dans les structures prénatales de Namur, l'information sur le niveau d'enseignement des femmes enceintes est manquante.

Avec les limites évoquées ci-dessus, on décrit que 2,7% des femmes enceintes suivies n'ont pas terminé leurs études primaires et 6,9% ont achevé des études de niveau

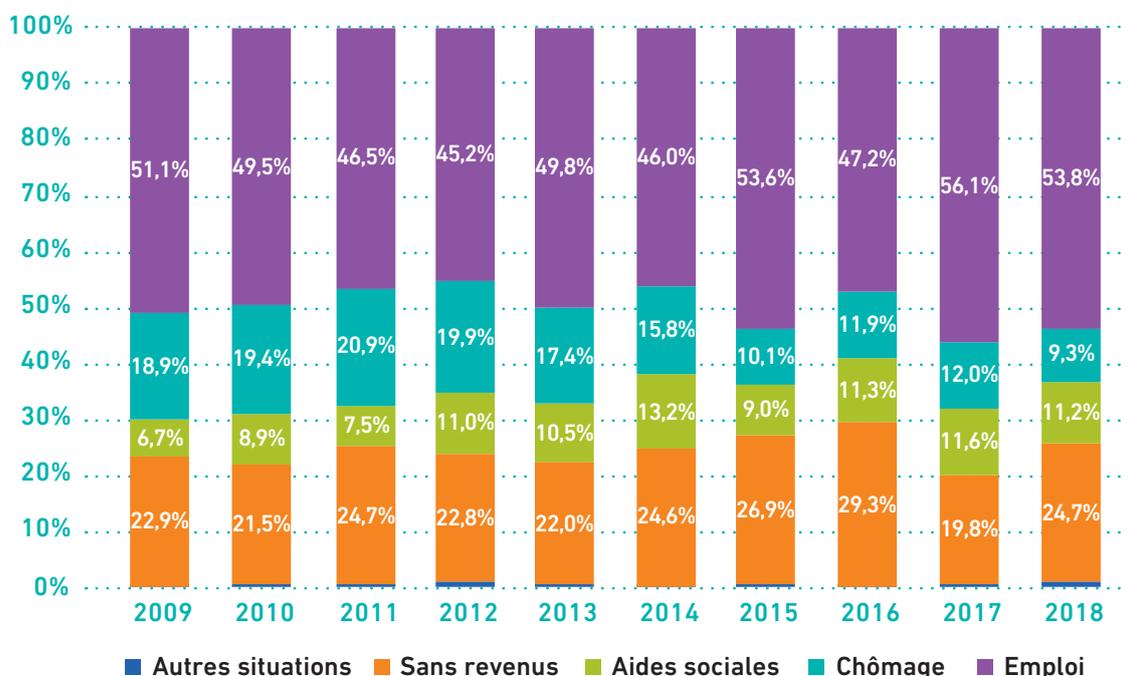
primaire ; 23,7% des femmes enceintes suivies ont atteint le niveau d'études secondaires inférieures ; 26,8% ont leur diplôme de secondaire supérieur et 39,9% ont obtenu au moins un diplôme de niveau supérieur.

Comme précisé ci-haut, ces proportions sont à prendre avec prudence, quoique certaines données concordent avec des chiffres des années précédentes publiées au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Nous choisissons tout de même de les publier pour des besoins de pédagogie et pour l'interprétation des croisements de données qui peuvent être appliqués dans certaines de nos études.

1.6.7 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.

Evolution de la situation professionnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

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 résidentielles.

Cette situation peut engendrer des « parcours d'errance » très spécifiques et des travailleurs de terrain évoquent des situations 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 domiciliation.

En province de Namur en 2018, un quart de femmes enceintes accompagnées est sans revenu (24,7%) et une sur quatre bénéficie soit d'aides sociales, soit d'indemnités de chômage. Et un peu plus de la moitié possède un emploi (53,8%).

On peut observer dans ce graphique que la part de femmes bénéficiant d'indemnités de chômage a été divisé par deux sur la décennie et qu'inversement, les femmes bénéficiant d'aides sociales sont passées de 6,7% en 2009 à 11,2% en 2018.

1.6.8 Les habitudes de vie des femmes enceintes suivies par l'ONE à Namur

1.6.8.1 Les habitudes tabagiques en Belgique

Le tabac est un problème majeur de santé publique. Il est responsable du décès de 20.000 Belges par an⁶.

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 fumeur 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.

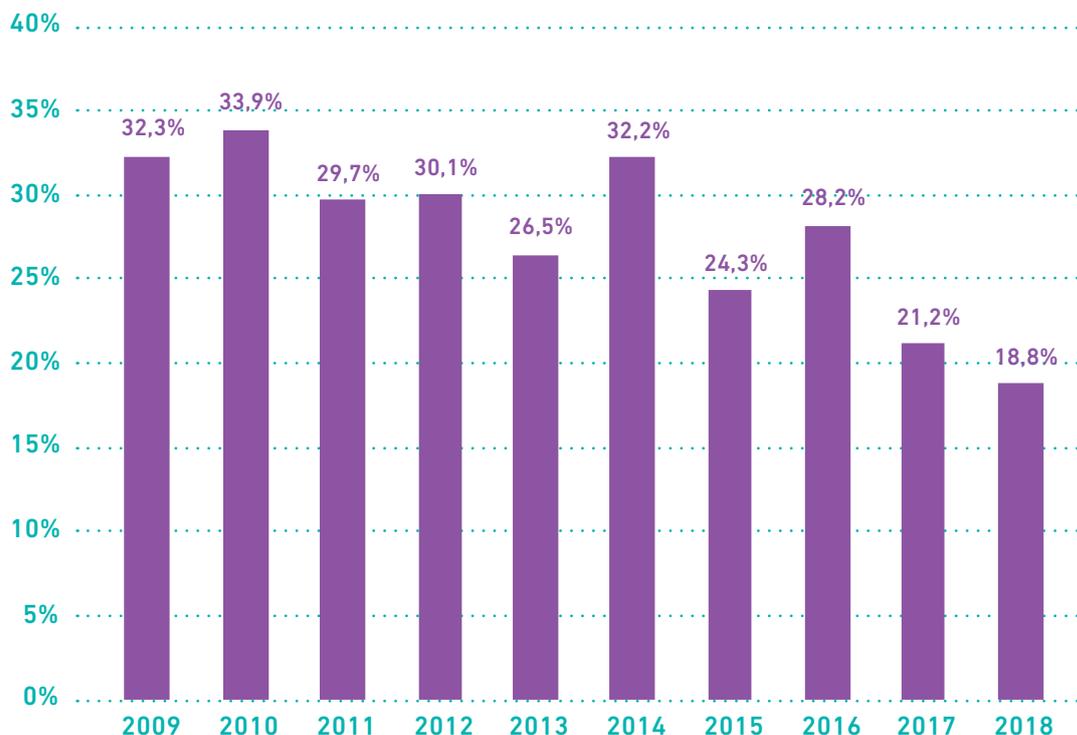
a) La consommation quotidienne de tabac durant la grossesse

Les femmes enceintes suivies par l'ONE sont en moyenne 28% à fumer (données « volet prénatal » BDMS 2009-2018) en province de Namur. Elles fument en moyenne 13 cigarettes au quotidien.

Depuis 2010, on observe une diminution de la proportion de fumeuses parmi les femmes suivies par l'ONE pour leur grossesse, sauf pour les années 2014 et 2016 où on passe par des pics à 32,2 et 28,2%.

Entre 2009 et 2018, on est passé de 32,3% de fumeuses à 18,8%. Soit une diminution de plus de 40% sur la période.

Evolution des habitudes tabagiques de femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

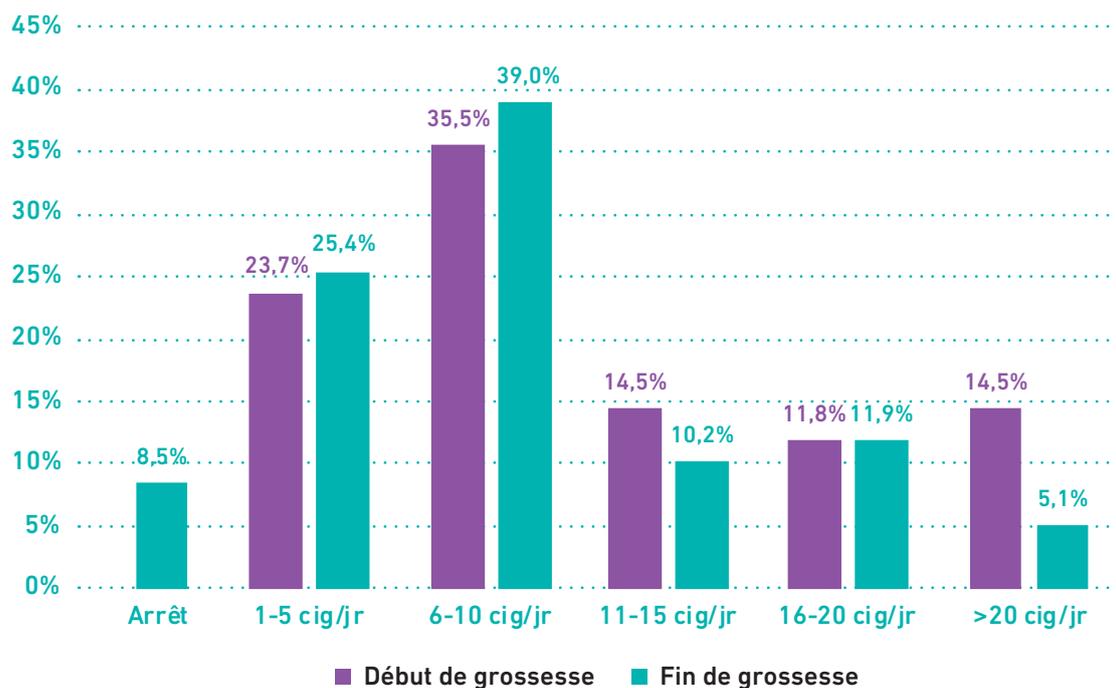
Ces dix dernières années, on peut globalement observer une tendance à la diminution de la proportion des habitudes tabagiques chez les femmes suivies en CPN-ONE implantées en province de Namur.

b) La diminution ou l'arrêt de la consommation de tabac durant la grossesse

Au 3^e trimestre, on peut observer une diminution notable de la consommation de cigarettes, avec deux aspects. D'une part une diminution de plus de 8% des fumeuses (arrêt de la consommation de cigarettes) et d'autre part une diminution du nombre moyen de cigarettes chez les fumeuses, passant de 13 à 10 cigarettes par jour.

⁶ <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/alcool-et-tabac/produits-du-tabac-et-tabagisme> consulté le 03/07/2020

Comparaison des habitudes tabagiques des femmes suivies entre le début et la fin de la grossesse en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Le Rapport de la fondation contre le cancer explique également 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.

c) La cigarette électronique

Elle vise principalement à réduire sa consommation de produits du tabac ou à arrêter de fumer. Mais elle suscite aussi une certaine curiosité.

Un quart des belges ont déjà utilisé la cigarette électronique et 10% vapotent de temps en temps, soient 8% de femmes et 12% d'hommes.

Dans la population étudiée, 33% des vapoteurs n'ont jamais fumé, 31% constituent des ex-fumeurs et 36% des fumeurs⁷.

1.6.8.2 La consommation d'alcool durant la grossesse et ses effets

Elle sera prise en compte dans nos publications de données 2019. L'information relative à la consommation d'alcool durant la grossesse a été incluse dans la Banque de données cette année 2018. L'alcool pouvant être associé à de nombreux risques tels que les fausses couches⁸, le petit poids de naissance ou un accouchement prématuré⁹.

1.6.8.3 Autres assuétudes et grossesses

Les comportements addictifs peuvent être catégorisés selon la nature du produit consommé (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, médicaments, etc.), mais à côté de ces substances, existent des dépendances comportementales (sexe, jeux, alimentaires, réseaux sociaux, etc.).

L'accompagnement des femmes enceintes confrontées à ces situations peut prendre des dimensions diverses, soumettant les professionnels à des observations inédites, nécessitant une lecture multidisciplinaire et un soutien durable.

1.6.8.4 La prise en charge des addictions

Elle doit être globale.

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

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

⁷ Enquête IPSOS

⁸ NHS – National Health Service / Système de santé publique anglais

⁹ Cochrane – Organisation internationale indépendante et à but non lucratif chargée de rassembler et résumer les meilleures données probantes issues de la recherche scientifique

1.6.9 La corpulence avant leur grossesse, des femmes enceintes suivies et la prise de poids

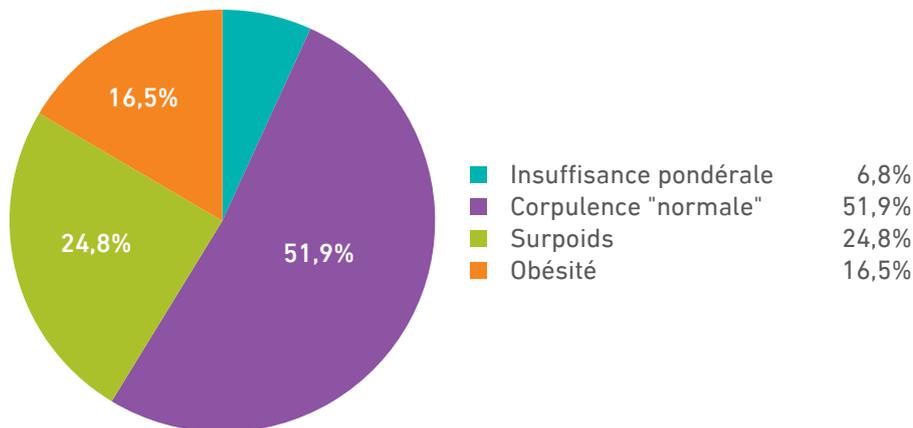
La corpulence de la femme enceinte avant sa grossesse peut avoir un impact sur l'issue de celle-ci. Elle est traduite et mesurée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI en anglais pour Body Mass Index). L'IMC est le rapport entre le poids de la femme –avant sa grossesse- et le carré de sa taille.

Cet indicateur a été intégré au relevé « volet prénatal » de la BDMS en 2016 et donc n'est pris en compte que

pour une partie des femmes enceintes de l'étude. Celles pour lesquelles l'information est collectée ces 4 dernières années.

Le nombre de femmes enceintes pour lesquelles l'indicateur est complété est de 472 femmes enceintes suivies dans les consultations de l'ONE implantées en province de Namur.

Répartition de la corpulence des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2017-2018

6,8% des femmes suivies étaient en insuffisance pondérale avant leur grossesse ; 51,9% avaient une corpulence

normale ; 24,8 étaient en surpoids et 16,5 présentait une situation d'obésité.

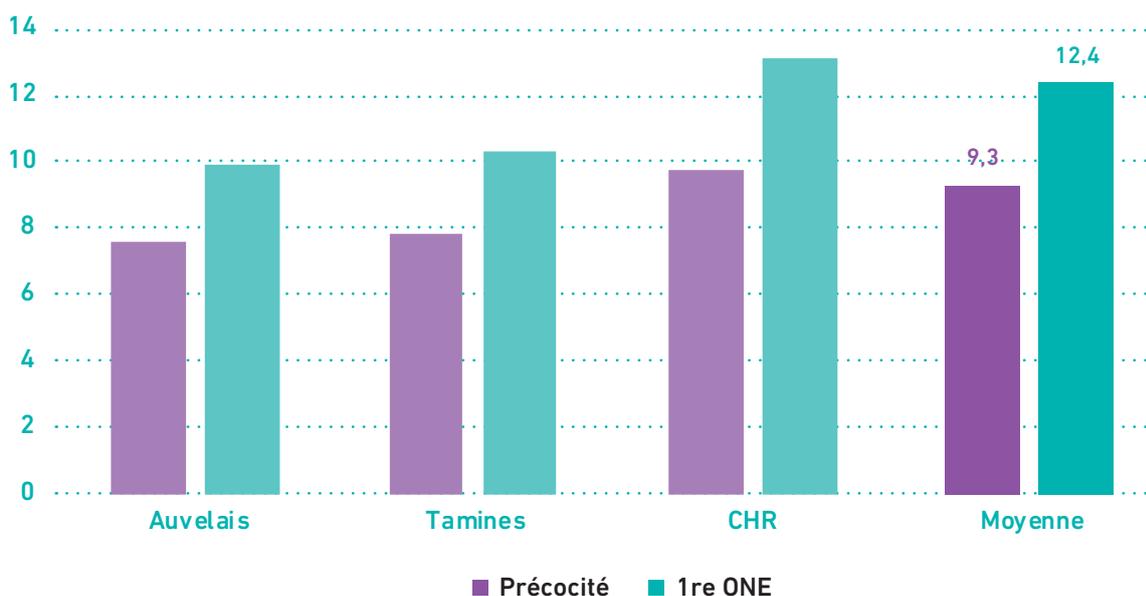
1.6.10 La précocité du suivi de la grossesse

1.6.10.1 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 contact a lieu pour les femmes enceintes de notre étude en province de Namur en dehors de l'ONE la plupart du temps.

Nombre de semaines de gestation à la première consultation prénatale ONE et hors ONE des femmes suivies et par structure implantée en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

La première consultation à l'ONE pour les femmes enceintes suivies, a lieu au 3e trimestre de grossesse en moyenne pour la province de Namur.

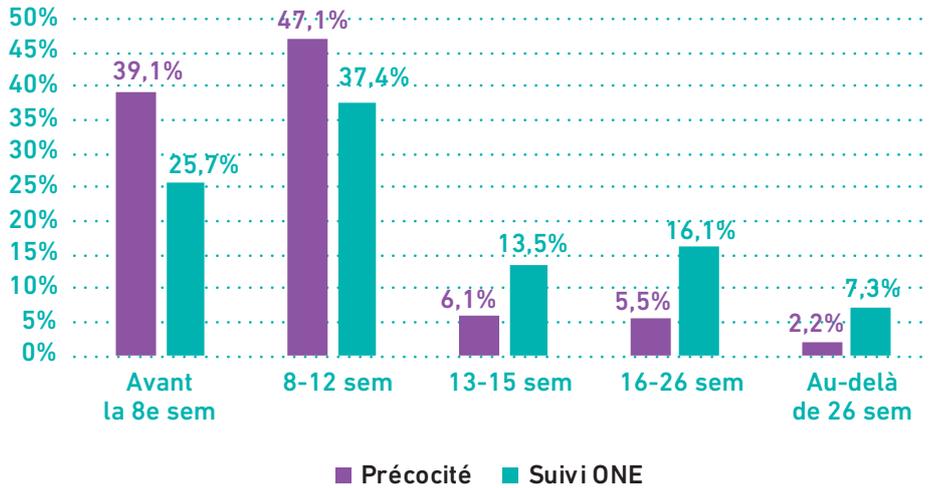
Ce graphique montre qu'avant de consulter à l'ONE, un certain nombre de femmes enceintes ont déjà consulté un autre professionnel pour le suivi de la grossesse. Il y a 3 semaines de différence en moyenne entre l'âge de la grossesse entre ce contact précoce en dehors de l'ONE et le premier rendez-vous en Consultation prénatale ONE, tant pour les structures de quartier que l'hospitalière.

On peut également observer que ces différences sont marquées entre les types de structure.

1.6.10.2 Le suivi tardif

Le suivi tardif de la grossesse caractérise tout suivi de la grossesse par un professionnel assermenté au-delà de la 15e semaine de gestation.

Proportion de femmes enceintes suivies au premier contact avec un professionnel selon l'âge de la grossesse



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

7,7% des femmes ont un suivi tardif de leur grossesse. Si on prenait en compte uniquement le suivi par l'ONE, elles seraient 23,4% à avoir un suivi après 15 semaines de grossesse en province de Namur. Près de 40% des femmes ont consulté avant leur 2e mois de grossesse et 47% dans le mois qui suit. Le suivi tardif peut aller de pair avec l'irrégularité du suivi

pour la grossesse. Les raisons peuvent être nombreuses et évoquent l'accessibilité aux services et soins, auxquels le Partenaire Enfants-Parents de l'ONE est très attentif. Les messages de prévention doivent être sondés pour une bonne évolution de la grossesse (alimentation, corpulence, couverture sociale, situation relationnelle, etc.)



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

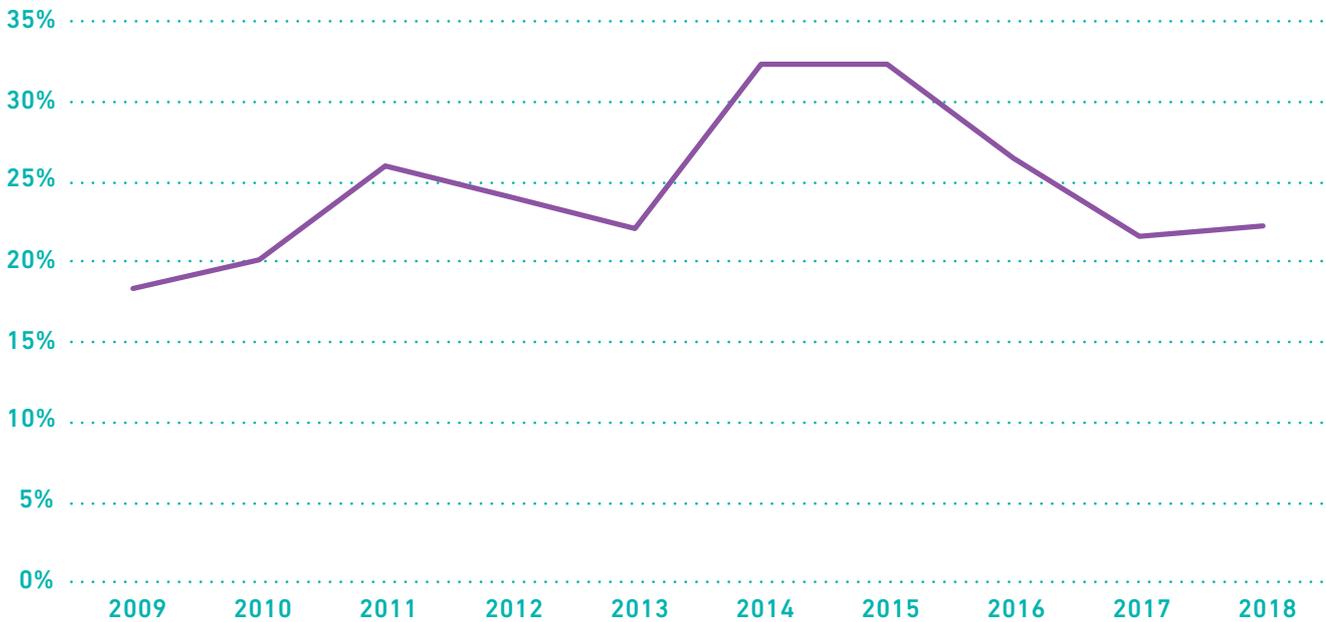
Chaque année, pour un certain nombre de femmes enceintes, le suivi de la grossesse est arrêté. Cette interruption du suivi est dû à de nombreuses raisons.

Pour la BDMS, l'arrêt du suivi est 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.

En province de Namur 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.

Evolution de la proportion des femmes qui arrêtent le suivi de leur grossesse par l'ONE en province de Namur



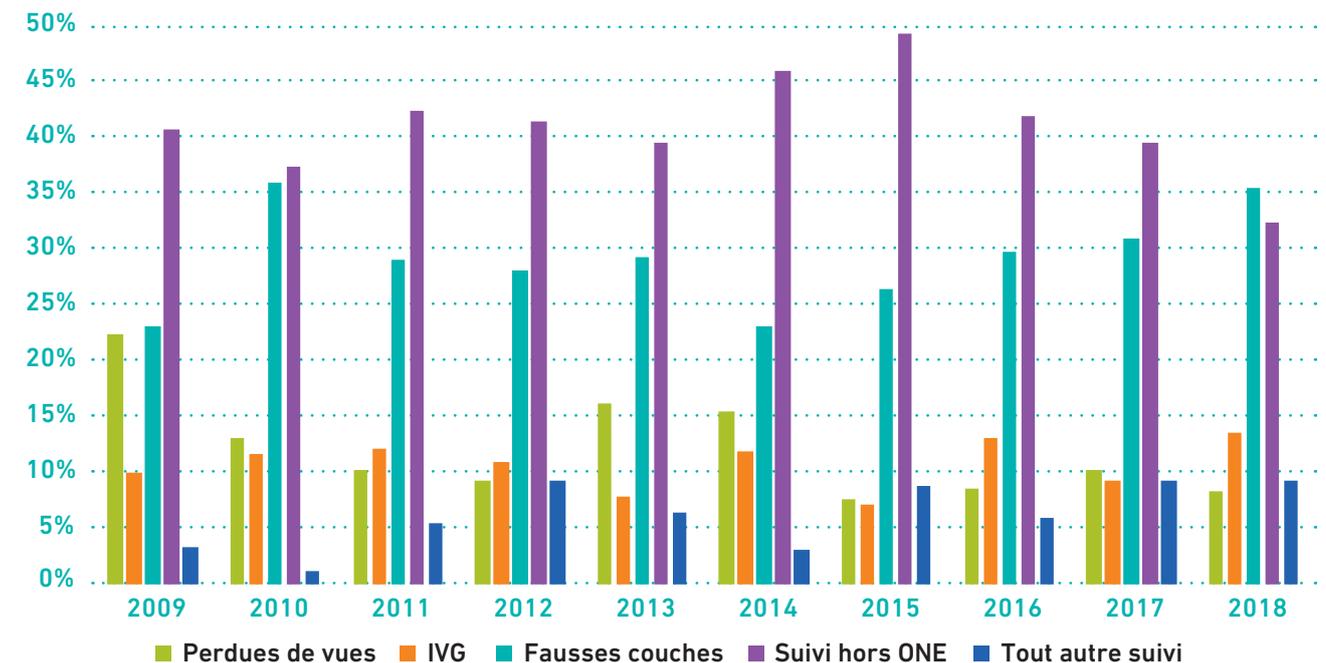
BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Globalement, la part des femmes dont le suivi de la grossesse est arrêté augmente. En moyenne, 24,4% des femmes interrompent leur suivi de la grossesse par l'ONE sur les 10 années.

Cette absence d'information relative à l'accouchement ne sous-entend pas forcément que la grossesse n'a pas abouti à un accouchement.

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

Evolution des motifs évoqués pour l'arrêt du suivi par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Pour l'ensemble des femmes enceintes dont le suivi est arrêté en province de Namur, une part importante recourt à un suivi en dehors de l'ONE (41,9% en moyenne pour les 10 années, et 32,6% en 2018), soit par une sage-femme, généraliste ou 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 revienne à l'ONE.

Après le suivi privé, environ 29% des femmes enceintes dont le suivi est interrompu par l'ONE en province de Namur vivent une fausse couche. Cette moyenne est établie sur le total de femmes dont le suivi est interrompu. Si l'on prend en compte l'ensemble des femmes enceintes suivies, 7% des femmes ont vécu une fausse couche (434/6190).

Le « volet prénatal » décrit qu'environ 1 femme enceinte sur 10 dont le suivi est arrêté a eu recours à une interruption volontaire de sa grossesse (10,7%), ce qui représente 2,6% de l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Namur.

La rubrique « tout 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 6,2% en province de Namur 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 Namur 12,3% des femmes enceintes dont le suivi est interrompu, et 3% de l'ensemble des femmes suivies ces 10 dernières années au niveau de la province.

La Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) vient de présenter au Parlement fédéral (février 2020), les derniers chiffres sur la pratique de l'avortement, et ce, alors que les députés examinent une nouvelle proposition de loi sur l'avortement.

Aux trois rapports successifs pour les années 2012-2013, 2014-2015, et 2016-2017, s'ajoutent dix-huit recommandations formulées par la majorité de la Commission, ainsi qu'un mémorandum minoritaire.

Attendu depuis 8 ans, ce nouveau rapport recense 17.257 avortements pratiqués en 2017 en Belgique. Si ce chiffre témoigne d'une baisse du taux d'avortement (rapport nombre d'avortement/nombre de femmes en âge de procréer), le ratio avortements/naissances n'a quant à lui pas diminué : on compte toujours 1 avortement pour 7 enfants nés en Belgique.

Selon le rapport, la majorité des avortements survient chez des femmes qui avaient recours à la contraception le mois précédent leur avortement (56%). De plus, selon le Contraception Atlas de 2019, la Belgique est classée 1er pays européen en termes de politiques publiques d'information, d'approvisionnement et d'assistance sur les différentes méthodes de contraception. Comment donc expliquer ce paradoxe ?

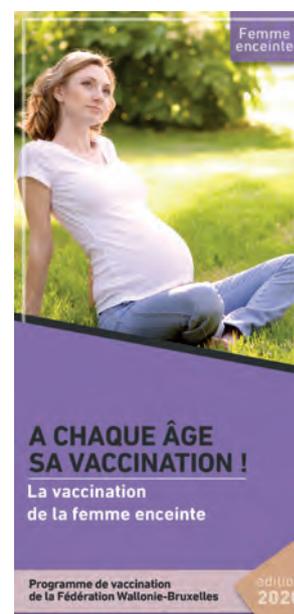
Notons par ailleurs que la Commission a élaboré un nouveau formulaire d'enregistrement des avortements, destiné aux médecins. En vigueur depuis le 1er janvier 2020, celui-ci permettra de mieux saisir les difficultés ayant amené la femme à avorter.

Le formulaire comprend notamment une liste allongée de situations précises, telles que la crainte pour la santé du fœtus, l'isolement de la femme, la discrimination de la femme enceinte au travail, les violences conjugales à l'annonce de la grossesse ou durant celle-ci, ...

1.7 LA VACCINATION DE LA FEMME ENCEINTE

La grossesse est une période où la santé est particulièrement importante : celle de la future mère, mais aussi celle de l'enfant qui est en train de se former. Pour protéger la mère, et protéger le bébé contre certaines maladies, deux vaccinations sont principalement recommandées pendant la grossesse : celle contre la grippe (entre octobre et décembre) et celle contre la coqueluche.

Lire le chapitre consacré aux naissances pour les taux de couverture.



1.8 LES ISSUES OBSTETRIQUES 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 75,6% des femmes suivies du début de leur grossesse jusqu'à l'accouchement par l'ONE en province de Namur.

Des grossesses dont le suivi a été mené jusqu'au bout, 1,5% sont gémellaires. Ces proportions sont proches des taux dans la population globale.

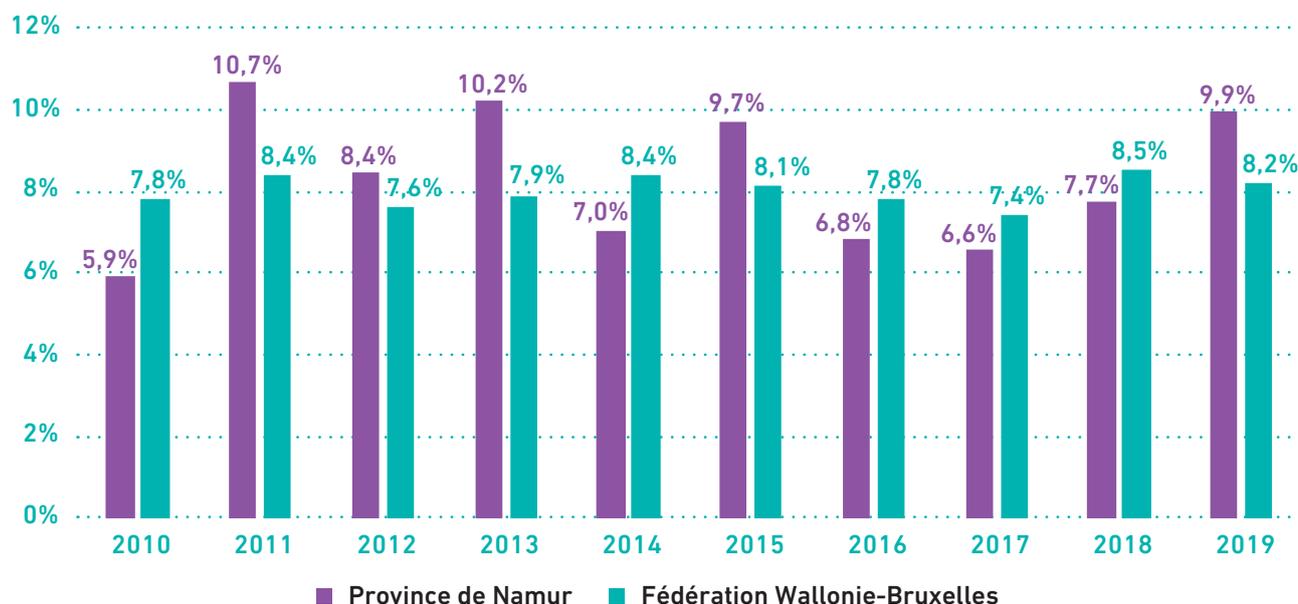
1.8.1 Le poids à la naissance des enfants de femmes suivies pour leur grossesse

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 4682 nouveau-nés issus de ces femmes dont la grossesse a été suivie en province de Namur, 8,4% sont nés avec un poids inférieur à 2500 grammes. Pour l'ensemble des femmes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles cette proportion est de 8,0%.

Evolution du poids de naissance des enfants nés de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

Les proportions de petits poids de naissance varient annuellement et se situent pour les nouveau-nés issus de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles à 8,2% en 2018.

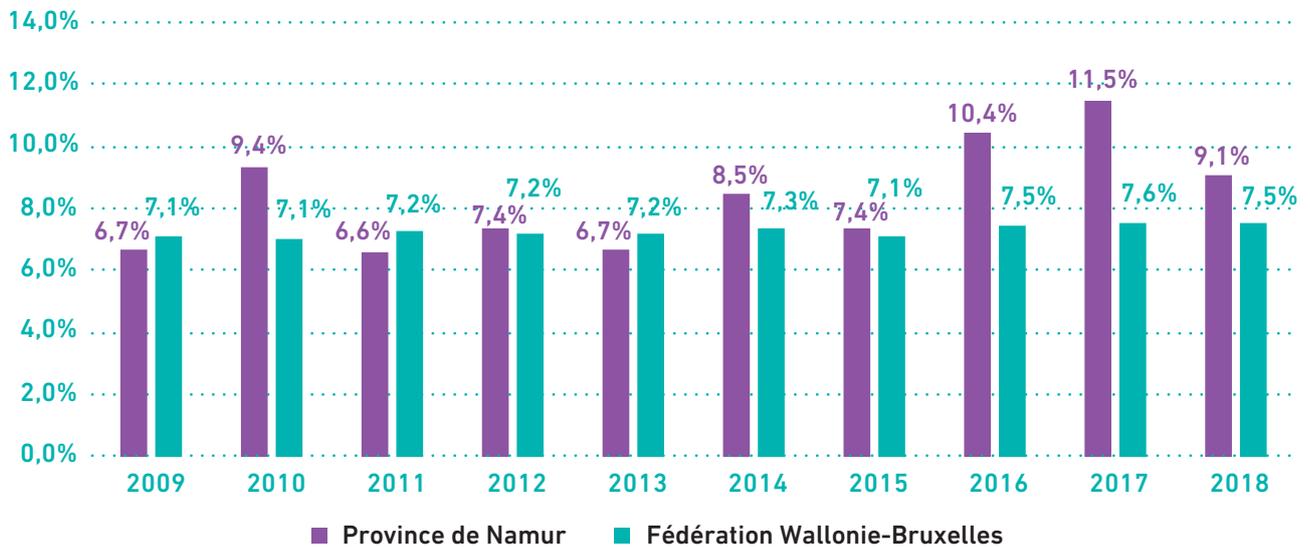
1.8.2 La durée de gestation

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 néonataux efficaces ¹¹.

Evolution de la prématurité des enfants nés de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en province de Namur



BDMS-ONE 'volet prénatal' 2009-2018

La part des nouveau-nés prématurés issus de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE est de 8,1% en Province de Namur et 7,3% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ces dernières années, les issues obstétricales des femmes suivies durant leur grossesse par l'ONE en province de Namur ont montré des taux de prématurité bien plus élevés que les taux habituels de la province, et qui sont au-dessus des moyennes de la Fédération tout entière.

Quelques éléments d'explication pourraient être liés aux modes de vie tels que les habitudes tabagiques, l'alcool et autres assuétudes, mais également une certaine dégradation du tissu socio-économique des populations fréquentant les structures périnatales de l'ONE.

Ces facteurs de risque, mais également de nombreux autres sont souvent évoqués par les Partenaires Enfants-Parents de l'ONE qui travaillent dans les structures périnatales de l'ONE de la province.



¹¹ 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



CHAPITRE 2



Les naissances et les accouchements
dans la province de Namur

2.1 LA POPULATION

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

En province de Namur au cours de la même année, la population était de 495.832 habitants. Elle a cru de 0,30% par rapport à 2018 (494.325 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 de Belgique – Région wallonne et province de Namur en 2019

Lieu de résidence	Population au 1er janvier 2019	Solde naturel	Solde du mouvement migratoire interne	Solde du mouvement migratoire international	Ajustement statistique	Croissance totale	Population au 1er janvier 2020
Belgique	11.431.406	6820	0	55.031	-616	61.235	11.492.641
Région wallonne	3.633.795	-1.341	3.882	8.721	186	11.448	3.645.243
Province de Namur	494.325	-424	798	1.152	-19	1.507	495.832

Statistics Belgium, 2020

A Namur, le solde naturel présente un déficit de 424 personnes.

2.2 LES NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS EN PROVINCE DE NAMUR

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.

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

Evolution comparée des naissances de la province de Namur selon la source

Lieu de résidence	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avis de naissance ONE	5419	5459	5296	5303	5143	5050	5025	4848	4836	4736
Naissances officielles DGSIE	5509	5496	5370	5325	5169	5091	5010	4804	4850	4675
Couverture	98,4%	99,3%	98,6%	99,6%	99,5%	99,2%	100,3%	100,9%	99,7%	101,3%

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

Ce nombre de naissances peut être différent de celui publié annuellement dans les statistiques du Service Public Fédéral Economie ou Statistics Belgium (données officielles). En effet, le lieu de résidence effective peut être différent de celui mentionné sur les documents officiels ; le séjour peut être relativement court en maternité et/ou l'accouchement peut survenir durant le week-end, ne permettant pas un contact avec le PEP's.

La moyenne des naissances couvertes par l'ONE au moment de l'accouchement est de 99,6%. 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 nais-

sances issu des résidents de la province, du fait de la résidence effective essentiellement.

Pour l'ONE, 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, 94,4 nouveau-nés sur 100 sont effectivement vus par le PEP's durant le séjour en maternité.

Les « avis de naissance » non complétés en maternité lors de la présentation des services de l'ONE par le PEP's sont alors complétés 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
- ...

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

2.2.2 ROLE DU SERVICE DE LIAISON

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

- Présenter les services de l'ONE : les consultations, les visites à domicile, les permanences, etc.
- Etablir les bases d'une relation de confiance,
- Soutenir la parentalité, notamment en valorisant et en

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



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

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



<<...>>

Elodie STEVENS,
Partenaire enfants-parents

Pouvez-vous vous présenter et décrire vos moments de contacts avec les familles ?

« Je travaille à l'ONE depuis 2000 et actuellement, je suis PEP's de liaison à mi-temps au CHR de Namur. Au sein de l'hôpital, il y a en moyenne 1800 accouchements par an et je vois, en moyenne, entre 3 et 10 mamans par jour. Je les rencontre en chambre le lendemain de la naissance. Je me présente et explique ce qu'est l'ONE et les services qui sont proposés aux jeunes parents. Je les préviens également qu'elles seront contactées par mes collègues de terrain et enfin, je présente le carnet de santé. Ce contact est aussi la porte ouverte à des contacts plus profonds et des échanges riches. Comme ce matin où des parents se sont confiés sur le décès de leur premier enfant... Ou cette maman en pleurs... D'autres ont besoin d'être rassurés, écoutés par rapport à leurs angoisses ou peur de "mal faire"... Pour ma part, ma visite doit donner envie aux parents d'accepter d'entrer en contact privilégié avec la PEP's de secteur. Enfin, quel plaisir de recevoir des sourires et mercis chaleureux... »

Ces rencontres ont-elles évolué avec l'annonce des sorties précoces en maternité ?

« Au CHR de Namur, nous avons toujours pris le pli de visiter les mamans le lendemain de la naissance. Par ailleurs, nous avons pris conscience qu'avec les sorties précoces, celles-ci sont bombardées d'informations. C'est pourquoi, je fais d'autant plus attention à ce qu'elles intègrent correctement les informations transmises. Pour faciliter leur compréhension, j'ai réalisé un document que je glisse dans le carnet de santé. Celui-ci reprend les moments clés importants à la sortie de la maternité. »

La collecte de données est-elle aisée ? Quelles sont vos difficultés ?

« Chez nous, la récolte de données est aisée car l'hôpital nous donne accès au dossier gynéco-obstétrique des mamans. J'accède donc aux informations facilement. De plus, nous sommes très bien intégrés dans le Service et si j'ai une question, je prends contact avec les sages-femmes de la maternité. »

Qu'a apporté la réforme périnatale à votre travail avec les familles ?

« En ce qui concerne notre travail de liaison, il est resté identique depuis la réforme. »

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.

Evolution de données « avis de naissance » relatives aux nouveau-nés et aux mères

Données 'avis de naissance'	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Nombre de nouveau-nés	5419	5459	5296	5303	5143	5050	5025	4848	4836	4736	51115
Nombre de mères	5330	5378	5219	5198	5058	4982	4949	4770	4740	4677	50301

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

Le nombre d'accouchements est toujours légèrement plus petit que celui de nouveau-nés, du fait de naissances multiples, essentiellement gémellaires.

La proportion de mères vivant leur premier accouchement est constante dans le temps. Cette part de primipares représente 44% des mères. 35% des mères vivent leur 2e accouchement et 14% vivent un 3e accouchement. Le

solde représente les femmes qui vivent un 4e accouchement ou au-delà (7% des mères de la province).

La part de primigestes tourne autour de 35%. Les mères qui ont vécu leur première grossesse et donc leur premier accouchement sur cette décennie est en très légère diminution. Elle est passée de 36,4% à 33,9% entre 2010 et 2019. Cette différence n'est cependant pas significative.

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 Namur ont accouché en milieu hospitalier et en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.3.1.1 Les accouchements extra hospitaliers

Entre 2010 et 2019, on dénombre 77 accouchements à domicile ou en maison de naissance en province de Namur connus par la BDMS, soit moins de 0,2% des accouchements. Dans la province, de plus en plus de choix, le nombre de ces accouchements est en augmentation, du fait surtout des contacts établis depuis peu entre l'ONE et les sages-femmes de la maison de naissance de Namur

qui complètent les données « avis de naissance » de la BDMS, moyennant les carnets de santé.

En 2017, 7 « avis de naissance » ont été encodés comme accouchements à domicile ou en maison de naissance, 15 en 2018 et 38 en 2019.

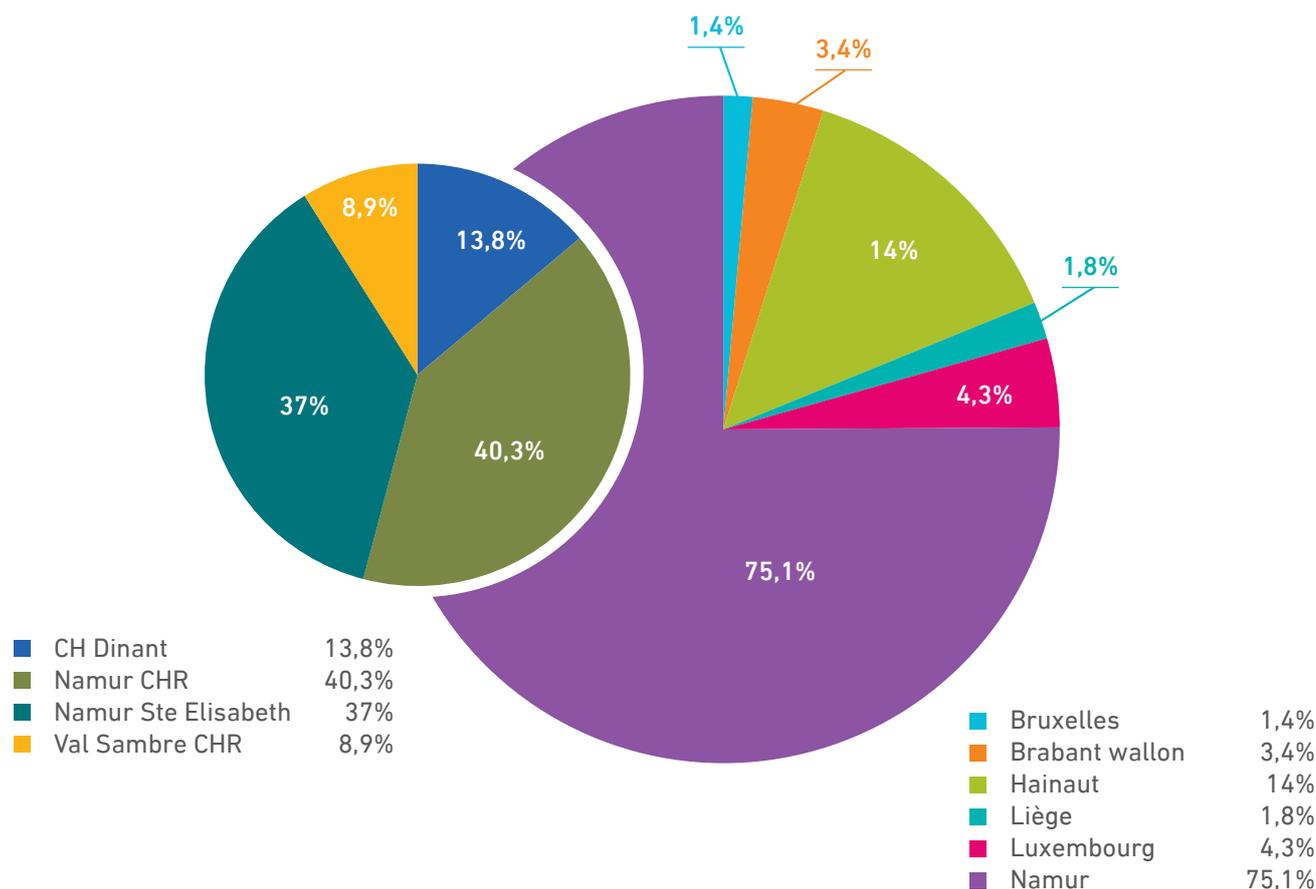
2.3.1.2 Les accouchements dans les maternités de Bruxelles et Wallonie

99,6% de tous les accouchements connus par la BDMS de résidentes en province de Namur sont survenus dans les maternités de Bruxelles ou de Wallonie.

¾ d'entre-elles accouchent en province de Namur (75,1%), proportion relativement stable ces 10 dernières années.



Répartition des accouchements des mères de la province de Namur selon l'implantation de la maternité



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

Si 3 mères sur 4 résidant en province de Namur accouchent dans la province, la répartition des accouchements par maternité est de 40,3% au Centre Hospitalier Régional de Namur ; 37,0% à Sainte Elisabeth Namur ; 13,8% au Centre Hospitalier de Dinant et 8,9% des accouchements au Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse site Sambreville à Auvelais.

2.3.2 L'âge de la mère à l'accouchement

L'âge de la mère à l'accouchement est une donnée incontournable caractéristique de la statistique relative à la population, à la santé, etc.

2.3.2.1 L'âge médian des mères à l'accouchement

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

2.3.1.3 Les accouchements en dehors de la Fédération

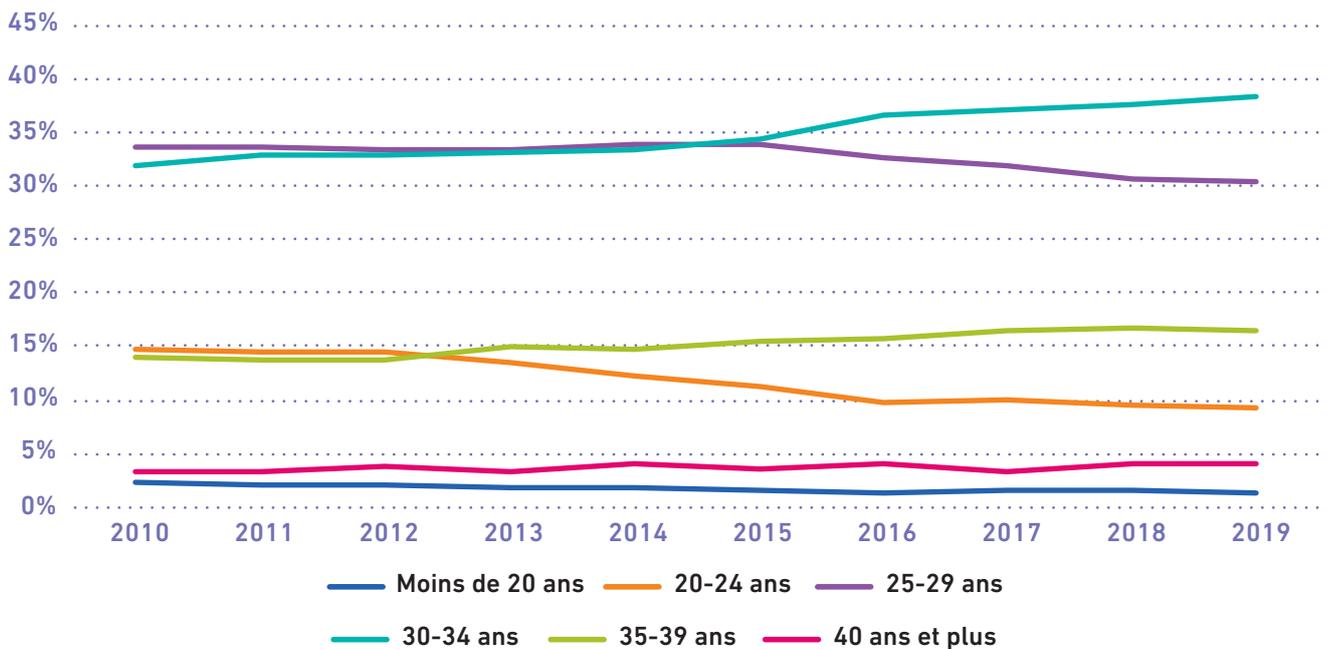
128 mères résidant en province de Namur ont accouché en dehors de Bruxelles et la Wallonie ces 10 dernières années. Il s'agit surtout des accouchements à l'étranger. Ces accouchements sont répartis comme suit : 9% en Flandre ; 37% dans les pays membres de l'Union Européenne et 54% sont survenus dans le reste du monde.

En 2019, l'âge médian des mères est de 31 ans, alors qu'il était de 29 ans en 2010.

2.3.2.2 Les catégories d'âge

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

Evolution de l'âge des mères par catégories en province de Namur



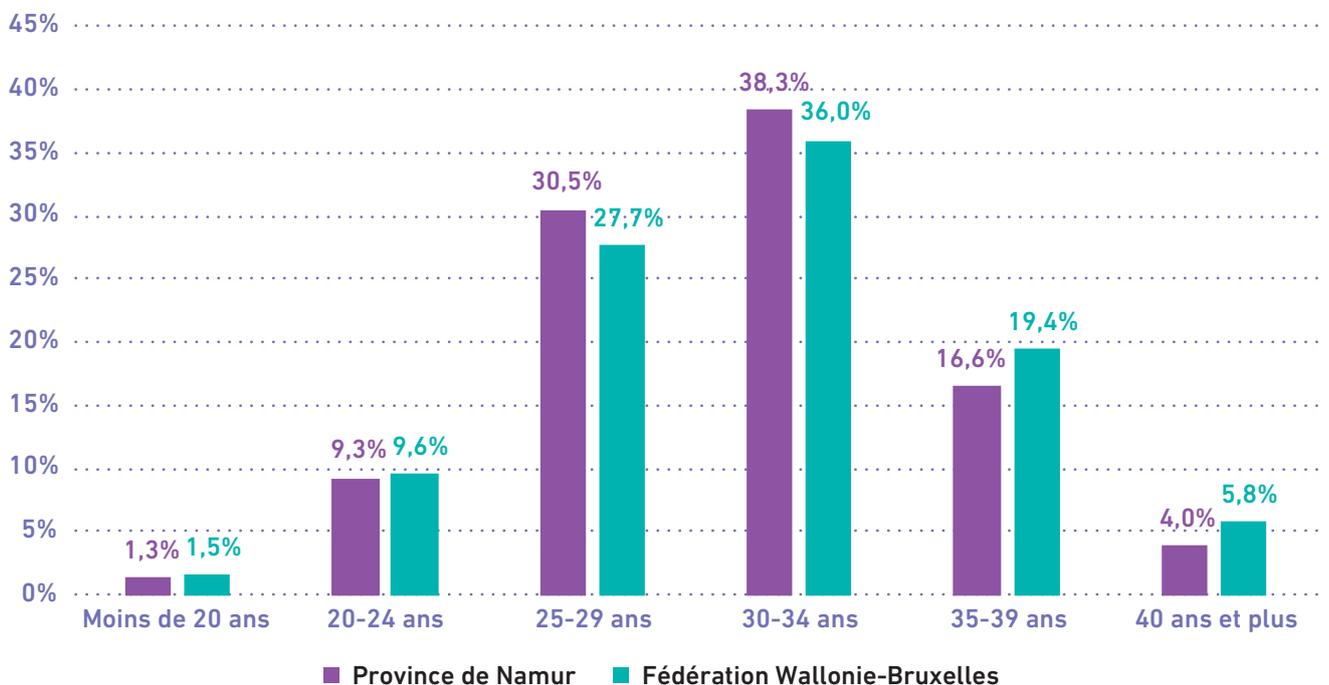
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

La part la plus importante des accouchements vient du fait des mères de 30 à 34 ans. Cette catégorie d'âge a croisé la courbe des mères de 25 à 29 ans en 2015. Ces

deux catégories d'âge constituent la majorité des accouchements en province de Namur et en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.3.2.3 La comparaison avec la Fédération Wallonie-Bruxelles

Proportions de mères par catégories d'âge – Comparaison entre la province de Namur et la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2019



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019

Cette répartition par catégorie d'âge des mères en 2019 décrit un léger décalage vers la gauche de la courbe d'âge des mères de la Province de Namur. Le graphique traduit un âge moyen des mères légèrement plus bas en province de Namur que celui des mères de l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Avant 25 ans, les proportions de mères par catégorie d'âge sont comparables pour les 2 entités géographiques. De 25 ans à 34 ans, la province de Namur supplante la Fédération en proportion de mères et, dès 35 ans, la tendance s'inverse.

2.3.2.4 Les mères de moins de 20 ans

La BDMS et de nombreuses publications analysent les

données de mères jeunes en fixant l'âge des femmes avant leur 20e anniversaire.

Evolution du nombre de mères de moins de 20 ans en province de Namur

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Moins de 15 ans	2	3	0	0	2	0	0	0	2	0	9
15-17 ans	25	26	25	19	22	26	16	18	13	10	200
18-19 ans	101	80	77	76	66	54	51	57	56	52	670
Total moins de 20 ans	128	109	102	95	90	80	67	75	71	62	879

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

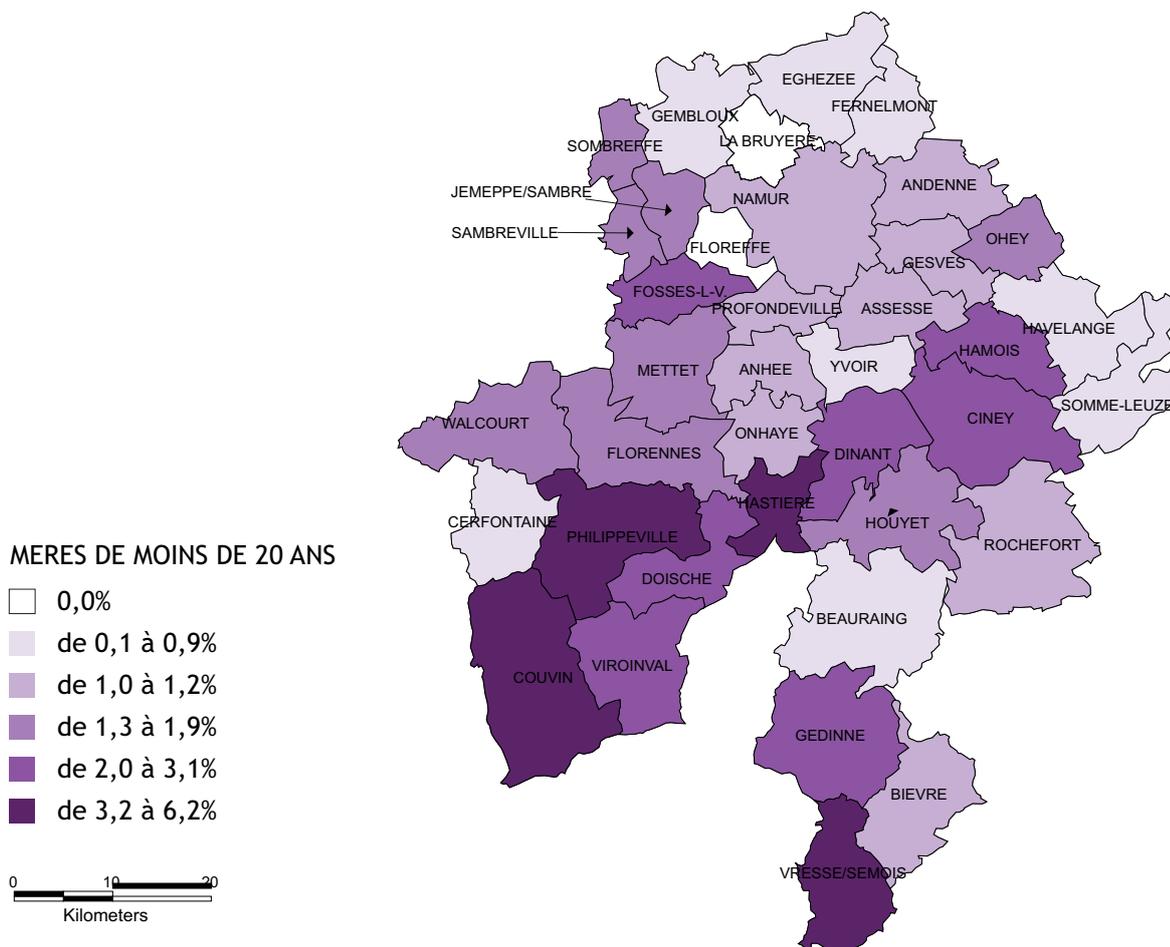
On observe une tendance à la baisse des accouchements de femmes de moins de 20 ans depuis environ 15 ans. Il reste cependant des régions où la baisse n'est pas marquée.

L'accompagnement des mères de cette catégorie d'âge nécessite, une bonne connaissance du réseau d'aide et surtout une posture professionnelle particulière.

On observe de façon épisodique quelques accouchements de femmes de moins de 15 ans chaque année.

2.3.2.5 Répartition par commune des mères de moins de 20 ans

Répartition des mères de moins de 20 ans par commune de la province de Namur – Données cumulées 2017-2019



Proportion de femmes résidant en province de Namur ayant accouché avant leur 20e anniversaire.

Données "avis de naissance" BDMS-ONE, cumulées de 2017 à 2019.

N = 14.187 mères

La proportion moyenne de mères de moins de 20 ans en province de Namur en 2019 : 1,3% (1,5% en FWB)

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

En province de Namur, les communes avec les plus hauts taux de naissances chez les femmes de moins de 20 ans sont les Communes de Hastière, Dinant, Gedinne, ... dans l'arrondissement de Dinant, mais aussi celles de Viroinval, Couvin ou Philippeville dans l'arrondissement de Philippeville.

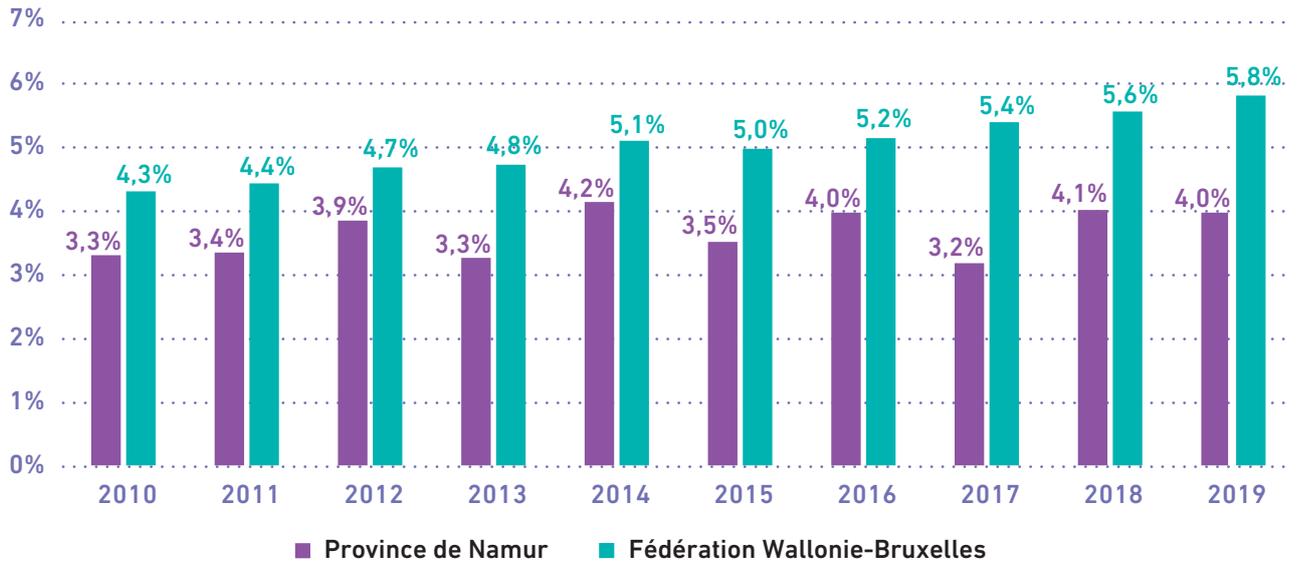
2.3.2.6 Evolution des mères de 40 ans et plus

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

Une grossesse est considérée comme tardive à partir du moment où la femme a passé 40 ans. "Un décalage de 5 ans avec les années 60. En 1958, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) avait fixé l'âge d'une grossesse tardive à 35 ans. Puis les femmes enceintes autour de l'âge de 40 ans n'ont cessé d'augmenter ces dernières années".

Le nombre de mères âgées de 40 ans et plus en Fédération Wallonie-Bruxelles est de 2900 mères en 2019. Ce nombre a augmenté de 27% par rapport à 2010 où on décomptait 2282 mères de 40 ans et plus.

Evolution des mères de 40 ans et plus – Comparaisons entre la province de Namur et la Fédération Wallonie-Bruxelles



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

Une grossesse ultra tardive débute quant à elle après l'âge de 45 ans. Dans la Banque de données medicosociales de l'ONE, les mères de cette catégorie d'âge représentent 209 femmes sur 49.623 en 2019. En 2010, on décomptait 121 mères âgées de 45 ans et plus sur un total de 52.922 mères pour toute la Fédération Wallonie-Bruxelles.

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)¹.

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



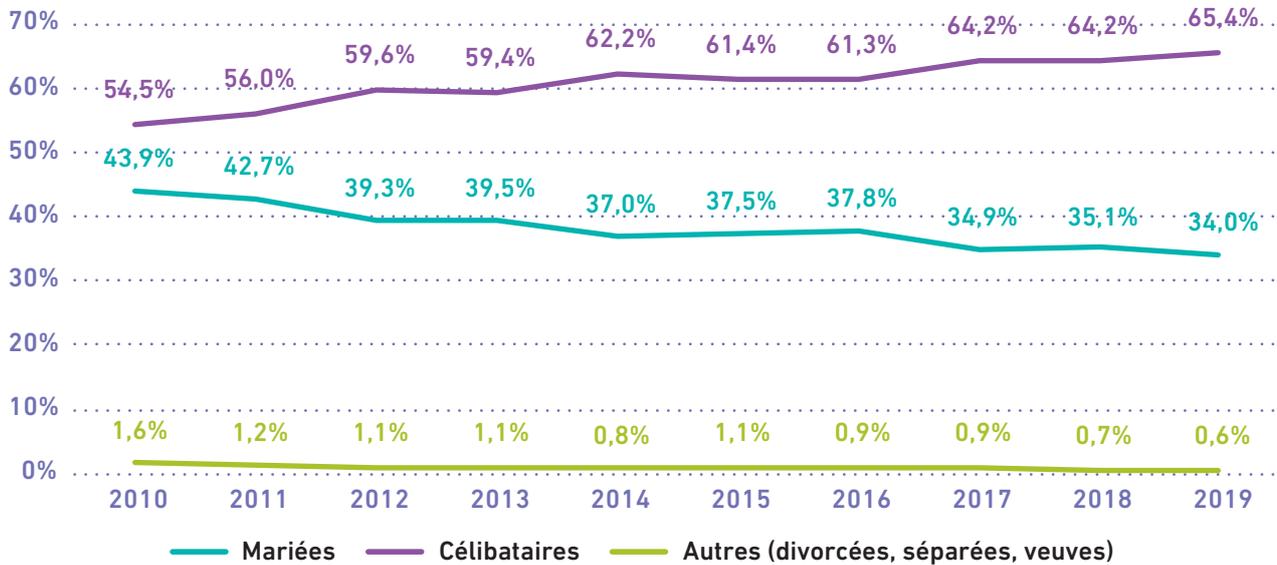
¹ J. Belaisch-Allart et al, Désir tardif d'enfant, les risques materno-fœtaux, in 32e journées nationales, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, vol. 2008, Paris

2.3.3 L'Etat civil des mères

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

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

Evolution de l'Etat civil des mères au moment de l'accouchement en province de Namur



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

La situation d'Etat civil des mères montre une tendance continue à la hausse pour les mères célibataires et à l'inverse dans les proportions proches, une diminution des mères mariées.

La proportion de mères célibataires est passée de 54,5% à 65,4% en 10 ans et les mariées de 43,9 à 34,0%.

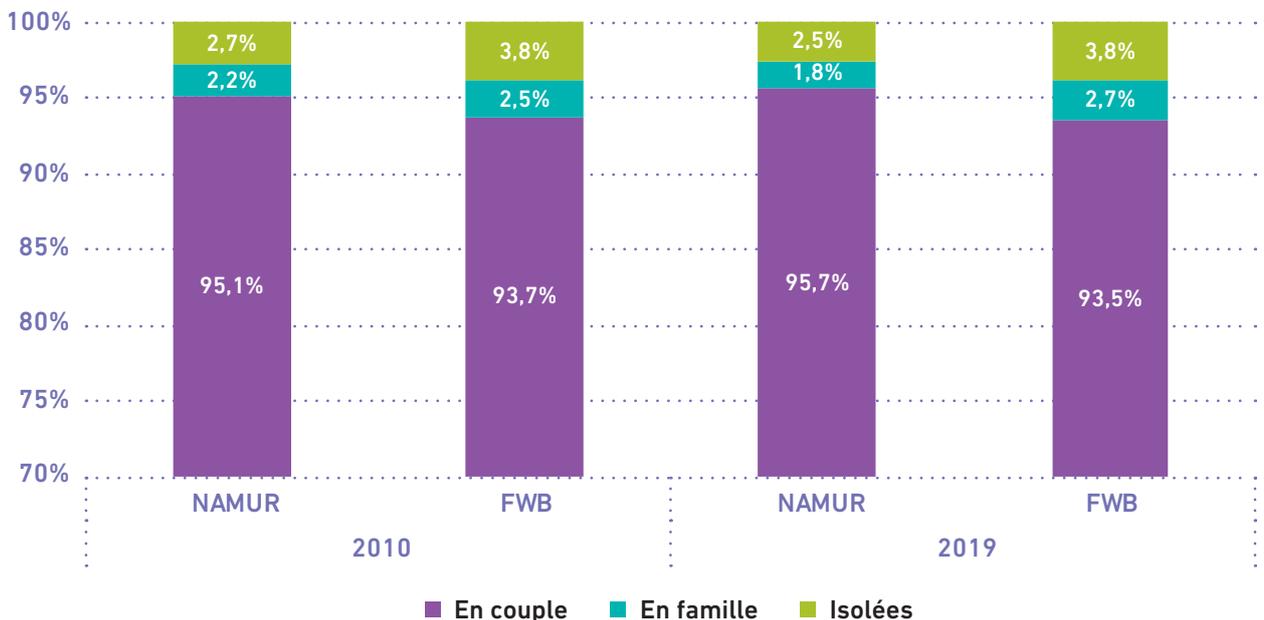
Les autres statuts de mères sont passés de 1,6% à 0,6% en 10 ans soit un nombre de mères passant de 83 à 28 mères divorcées, séparées ou veuves.

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. Elle approche également l'entourage de la mère.

Etant donné par exemple 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.

Comparaison de la situation relationnelle de la mère entre la province de Namur et la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2010 et en 2019



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

Une très large majorité des mères vit en couple, tant en province de Namur (95,7% en 2019) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (93,5% en 2019). Ces proportions sont relativement stables depuis 10 ans.

Les proportions de mères vivant entourées de leur famille (1,8% en 2019) comme les mères vivant isolées (2,5%) sont globalement stables, voire en très légère diminution en province de Namur.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, ces proportions sont relativement stables sur les 10 dernières années.

Les mères isolées représentent chaque année, quelques 1600 nouvelles accouchées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La situation relationnelle est donc un état de fait, une approche fonctionnelle permettant à la 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.

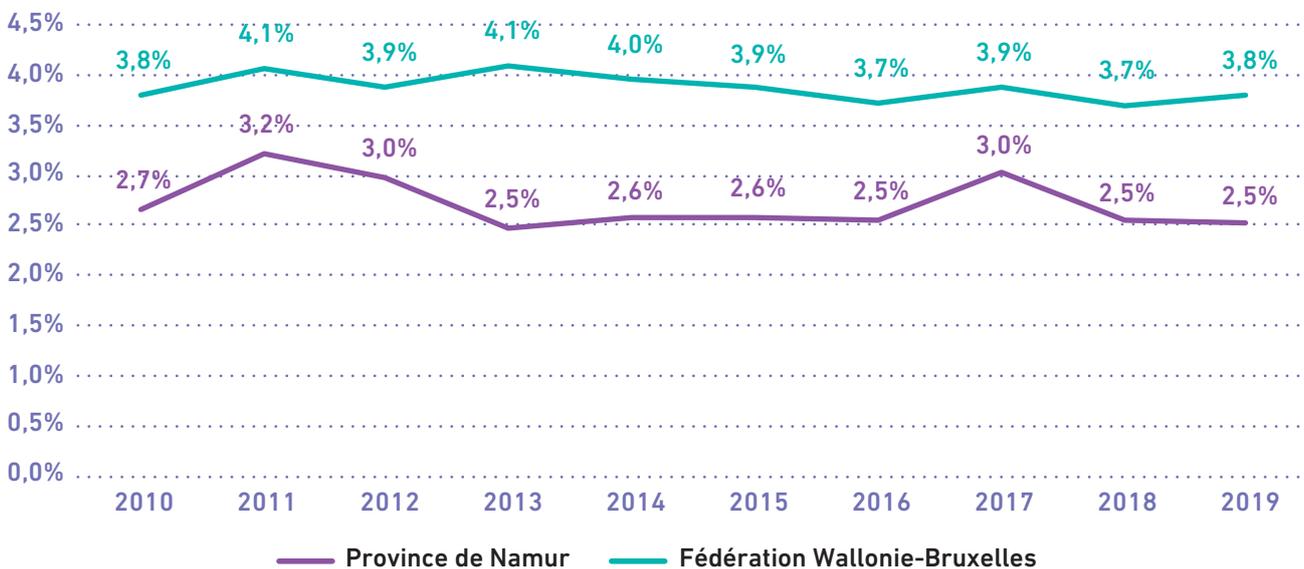
2.3.4.1 Les mères vivant seules

Les mères vivant seules regroupent également 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 des violences familiales, ou encore en situation de grande solitude.

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.

Evolution de la proportion de mères vivant seules ou en maison d'accueil (isolées) – comparaison province de Namur et Fédération Wallonie-Bruxelles



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

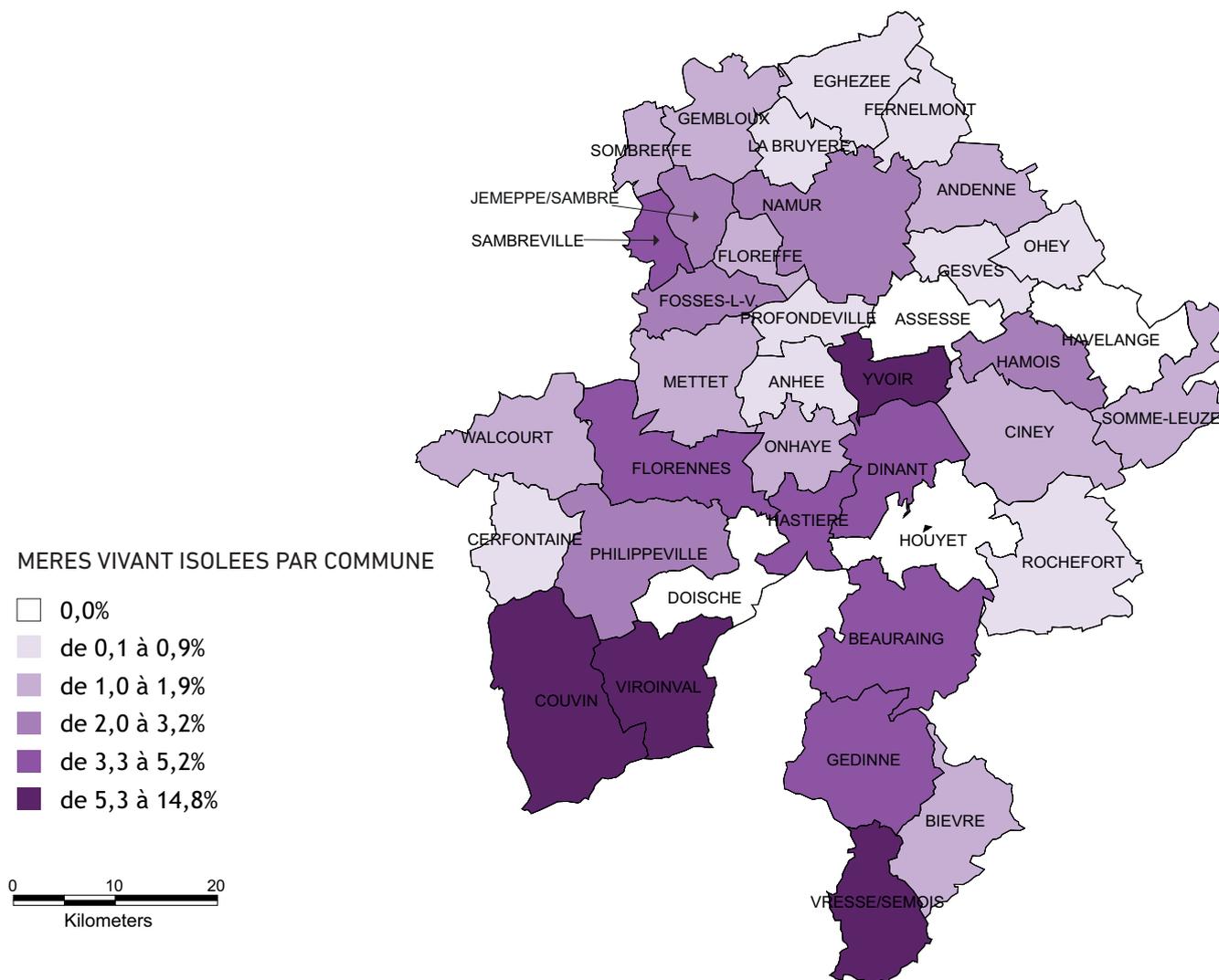
L'évolution de la proportion des mères isolées est restée dans une marge faible. Elle n'a pas été en-deçà de la valeur de 3,7% ni au-delà de 4,1% de mères en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ces valeurs sont cependant restées bien au-dessus de celles de la Province de Namur qui ont oscillé entre 2,5% et 3,2%.



2.3.4.2 La répartition des mères isolées par commune en province de Namur

Répartition des mères isolées (vivant seules ou en maison d'accueil) par commune en province de Namur – Données cumulées 2017-2019



Proportion de mères vivant seules ou en maison d'accueil en province de Namur.

Données "avis de naissance" BDMS-ONE, cumulées de 2017 à 2019.

N = 14.187 mères

La proportion moyenne de mères vivant isolées en province de Namur en 2019 : 2,5% (3,8% en FWB)

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

Alors que la question d'isolement des mères est préoccupante pour les travailleurs de terrain dans les grandes villes, elle l'est aussi de plus en plus dans les régions rurales et les zones de faible activité économique.

Le sud de la province montre des taux élevés d'isolement des mères. Il s'agit de la commune de Vresse-sur-sembais dans l'arrondissement de Dinant et les communes de Couvin et Viroinval dans l'arrondissement de Philippeville.

Pour le cas particulier de certaines communes comme Yvoir, Couvin ou Vresse-sur-sembais, la présence des centres d'accueil pourrait jouer un rôle. La surreprésentation de l'isolement de fait illustrée par la cartographie est principalement due aux centres d'accueil implantés

dans ces communes.

2.3.4.3 Le sentiment d'isolement

L'isolement social renvoie à des composantes très diverses telles que les caractéristiques du réseau d'aïdants ; la provenance de l'aide ; les caractéristiques de liens existant entre les membres de ce réseau.

Il désigne donc des réalités distinctes. Les aspects relationnels ; le sentiment d'isolement ou encore l'absence de compagnie familiale à l'intérieur de son ménage, durablement ou temporairement sont 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 a un impact aux plans physique, génétique, culturelle. Cette diversité est importante à relever dans l'ap-

proche du professionnel qui va accompagner la famille.

Certaines caractéristiques liées à l'origine ont un impact dans l'accès aux services et aux droits.

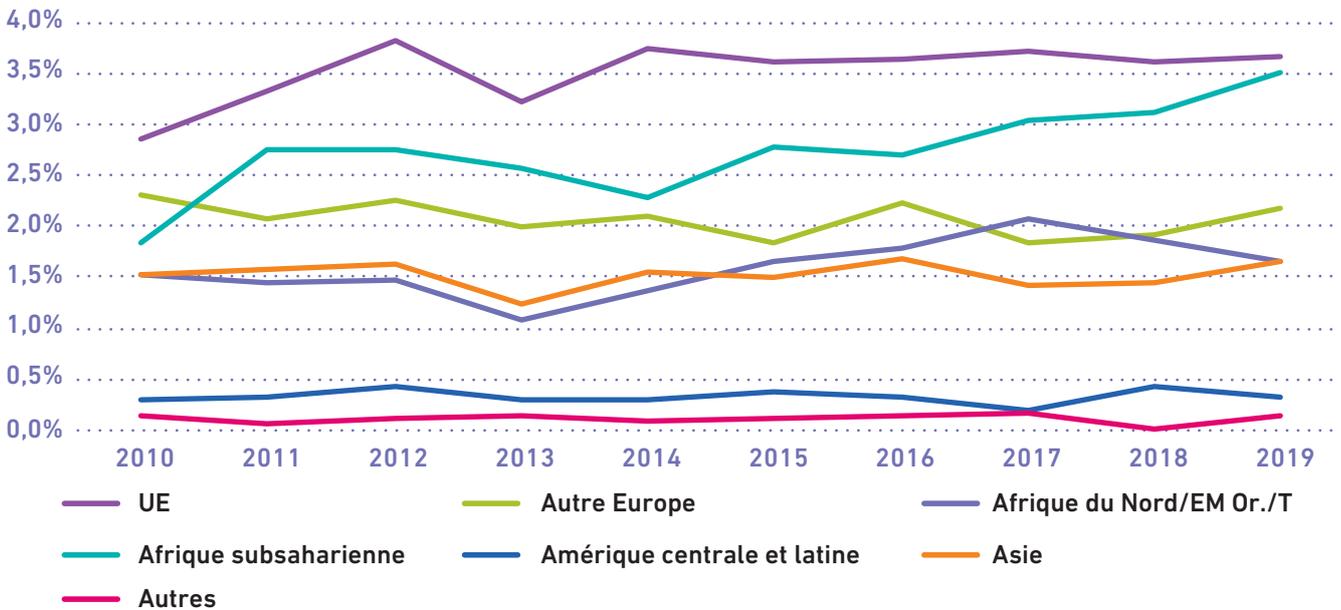
La Banque de données médico-sociales de l'ONE répertorie 141 nationalités différentes au moment de la naissance pour les mères qui résident en province de Namur sur une période de 10 ans et, pour la seule année 2019, les nouvelles accouchées sont issues d'environ 90 pays

différents.

Près de 9 mères sur 10 sont d'origine belge (88,2% en moyenne de 2010 à 2019). La part de mères belges diminue très légèrement, passant de 89,5 à 86,9% en 10 ans. Ce qui, à l'inverse, indique que les mères d'origine étrangère évoluent de 10,5% à 13,1% entre 2010 et 2019.

Les régions d'origine des mères résidant en province de Namur sont donc diverses.

Evolution des proportions de mères d'origine étrangère de la province de Namur, par régions géographiques du monde



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

Un peu plus d'une mère sur 10 est d'origine étrangère (11,8% sur la période considérée).

Si l'on regroupe les mères nouvellement accouchées selon les régions d'origine, on peut observer que les régions

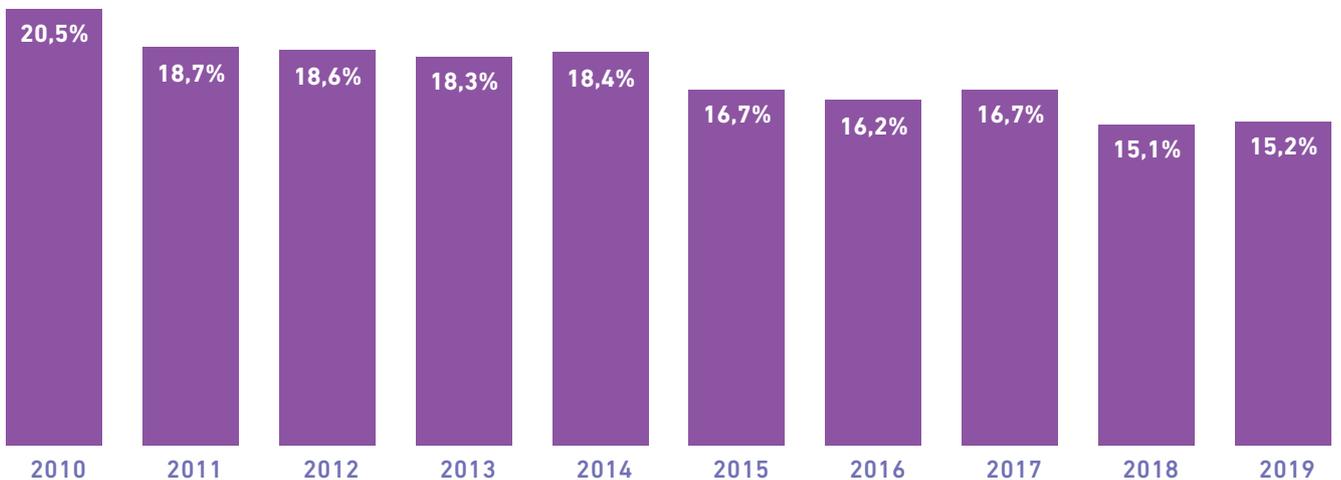
géographiques d'origine qui tendent vers une augmentation sont : l'Union Européenne (de 2,9% à 3,7% entre 2010 et 2019) ; l'Afrique subsaharienne (de 1,8% à 3,5%) et dans une moindre mesure celles originaires de l'Afrique du Nord, du Moyen Orient et de Turquie (1,5% à 1,7%).

2.3.6 Les habitudes tabagiques

Les habitudes tabagiques sont relevées sur base déclarative des mères. Elles concernent uniquement la consom-

mation quotidienne de tabac sous forme de cigarettes et pas d'autres substances.

Evolution de la proportion de mères fumeuses en province de Namur



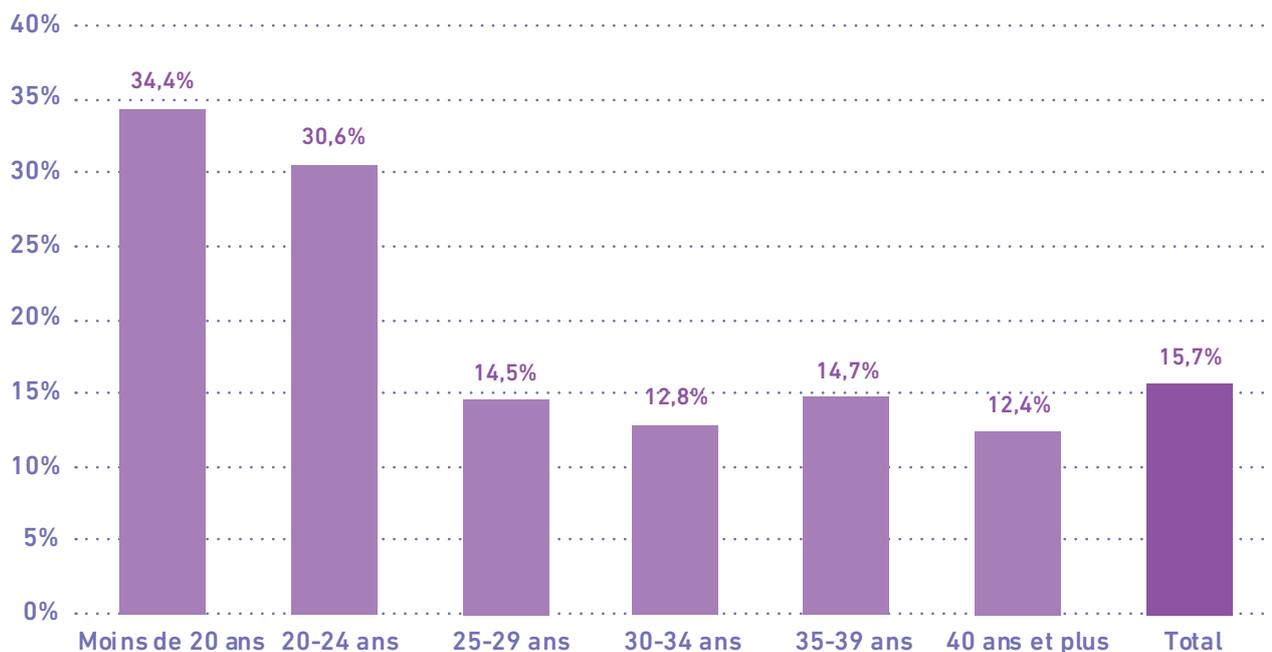
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

La consommation de cigarettes au quotidien des mères

est en diminution depuis dix ans et ces dernières années

en province de Namur. La diminution se fait par pallier.

Habitudes tabagiques des mères par catégorie d'âge en province de Namur – Données cumulées 2017-2019

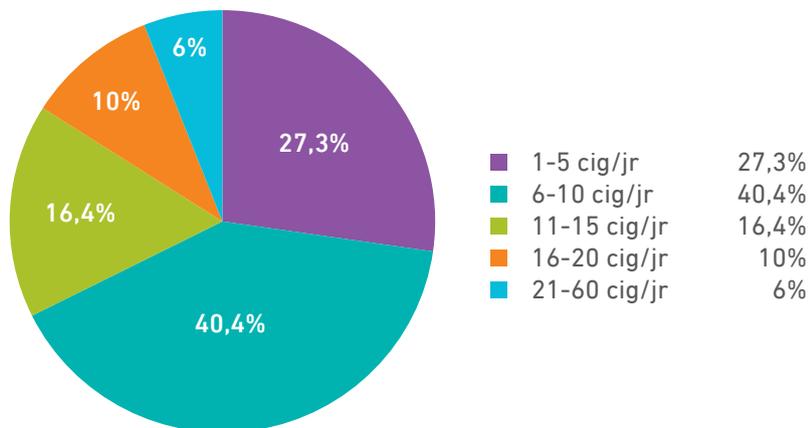


BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

La consommation de cigarettes est plus fréquente chez les femmes de moins de 25 ans. La proportion de mères

fumeuses dans cette catégorie d'âge est doublée par rapport à la moyenne et aux autres catégories d'âge.

Répartition de la consommation tabagique en nombre de cigarettes quotidiennes en province de Namur en 2019



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019

En province de Namur en 2019, 15,2% des mères consomment des cigarettes au quotidien.

par jour et 6% des mères consomment plus de 20 cigarettes au quotidien.

Parmi ces mères, 27,3% consomment jusque 5 cigarettes par jour ; 40,4% consomment entre 6 et 10 cigarettes par jour ; 16,4% consomment 11 à 15 cigarettes par jour ; 10,0% des mères consomment entre 16 et 20 cigarettes

Ces proportions sont restées constantes dans le temps de l'étude. Ces dix dernières années, seules les proportions de mères qui fument plus de 20 cigarettes par jour diminuent très légèrement.

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/m ²)
Insuffisance pondérale	< 18,50
Corpulence « normale »	18,50 – 24,99
Surpoids	25,00 – 29,99
Obésité	≥ 30,00

2.3.7.1 La prise de poids du fait de la grossesse

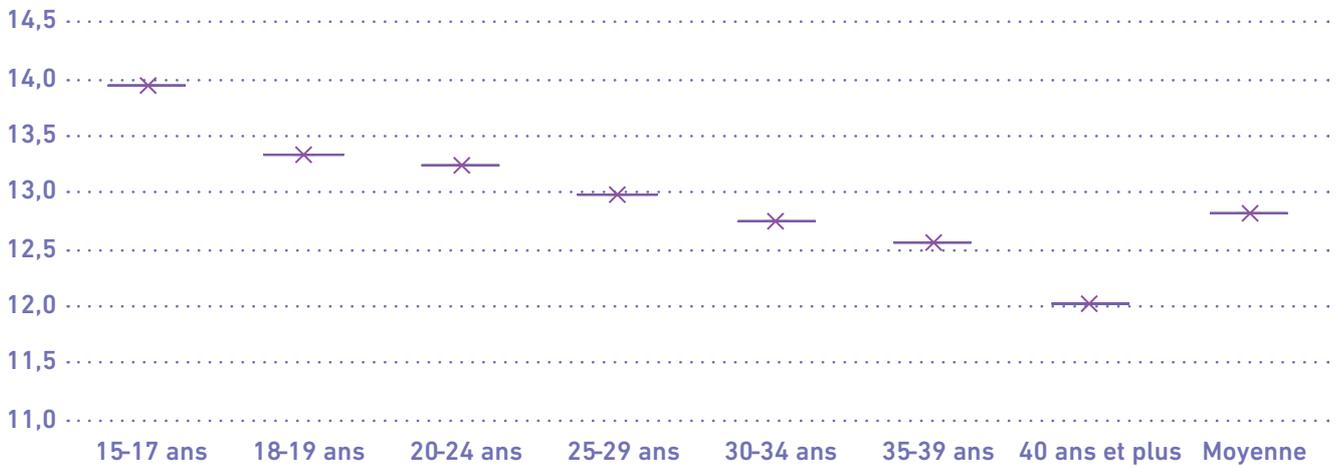
En moyenne, la prise de poids de la mère durant sa grossesse tourne autour de 12 kilogrammes. Elle est variable entre autre selon l'âge de la mère et selon la corpulence.

La prise de poids décroît avec l'âge de la mère. Plus l'âge

avance, plus la prise de poids durant la grossesse diminue. Les femmes les plus âgées prennent donc moins de poids.

Elle est plus élevée chez les primipares que chez les autres mères.

La prise de poids durant la grossesse selon l'âge de la mère en province de Namur



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

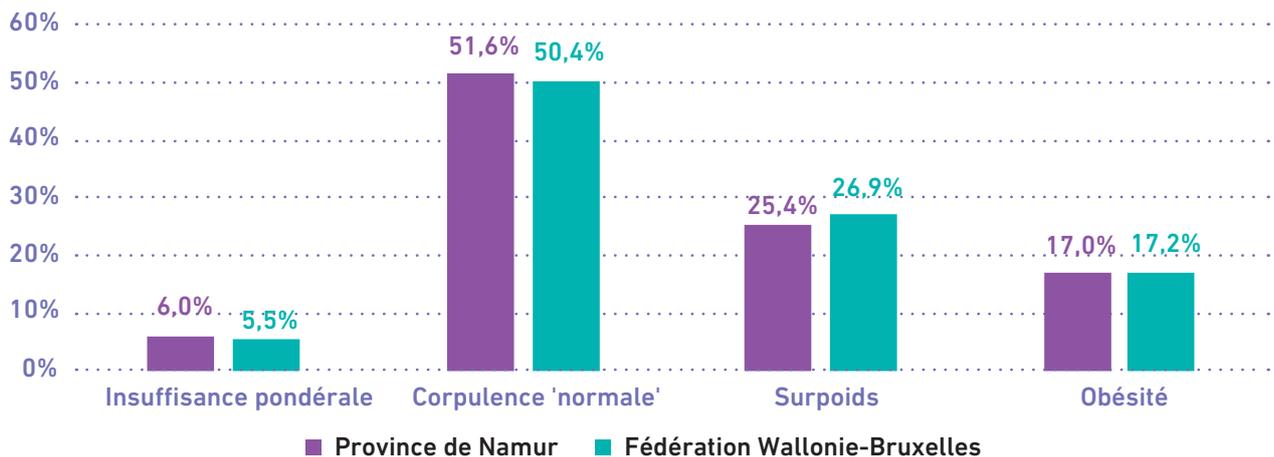
La prise de poids durant la grossesse décroît avec l'âge ; elle décroît également selon que la corpulence augmente (autour de 13 kilogrammes chez les mères de corpulence dite normale versus 8,5 kilogrammes chez celles qui présentent une obésité).

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.

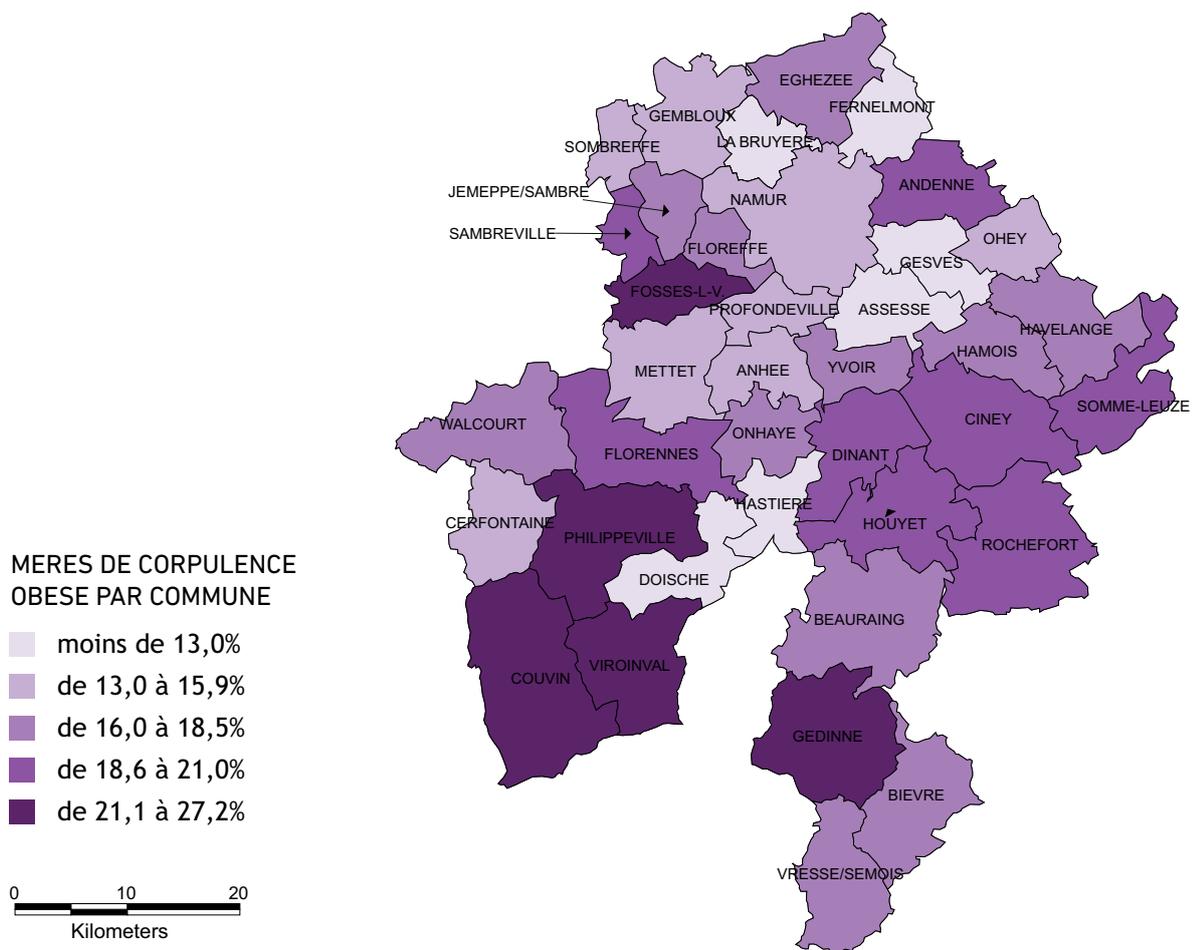
2.3.7.2 La Corpulence de la mère avant sa grossesse

L'IMC ou indice de masse corporelle des mères est un

La corpulence de la mère avant la grossesse – Comparaison Province de Namur et Fédération Wallonie-Bruxelles, données cumulées 2017-2019



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019



Proportion de mères résidant en province de Namur dont l'Indice de Masse Corporelle avant la grossesse était supérieure ou égale à 30.

Données "avis de naissance" BDMS-ONE, cumulées de 2017 à 2019.

N = 14.187 mères

L'indice de masse corporelle est le rapport entre le Poids de la mère (en kg) et le carré de la taille (en m)

La proportion moyenne de mères de corpulence obèse en province de Namur en 2019 :

7,0% (17,2% en FWB)

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

2.3.8 Le suivi de la mère durant la grossesse

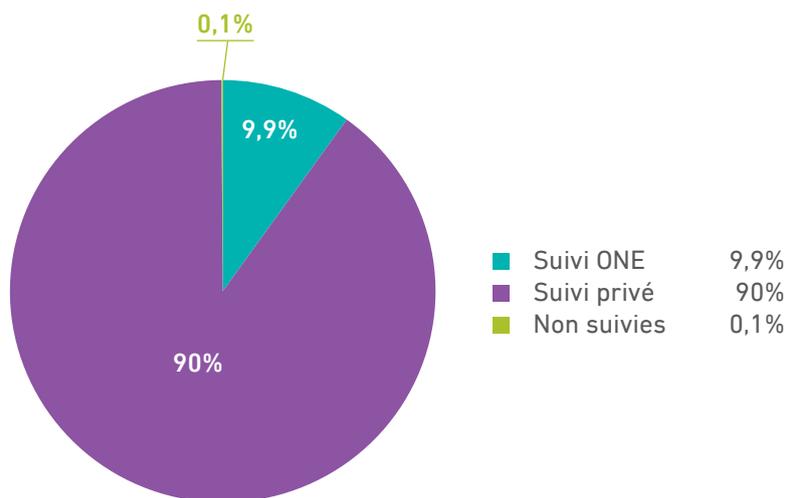
Le suivi de la grossesse peut se faire dans différentes filières de soins et par différents professionnels. Suivant les niveaux de risques pour la grossesse, les références peuvent être opérées entre ces professionnels ou encore des demandes d'avis.

Pour ce qui est du niveau de risque, il peut être apprécié avant ou durant la grossesse. La consultation préconcep-

tionnelle prend toute son importance dans cet objectif-là.

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

Répartition du type de suivi prénatal des mères de la province de Namur



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

En province de Namur, en moyenne (2010-2019) 1 mère sur 10 a été suivie par une structure ONE durant sa grossesse. Les 9 autres bénéficient d'un suivi privé ou hospitalier. Et, chaque année dans la province, 5 femmes vont accoucher sans jamais avoir consulté un(e) professionnel(le) sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue.

Sur les 5000 accouchements en moyenne, cette proportion peut paraître dérisoire (1/1000 femmes), mais présenter des conséquences graves.

2.3.9 La vaccination de la mère durant la grossesse

La question relative à la vaccination durant la grossesse a été intégrée à la Banque de données médicosociale de l'ONE en 2018 et donc les premiers résultats présentés ici sont des données de 2019 sur les « avis de naissance » où la réponse a été complétée.

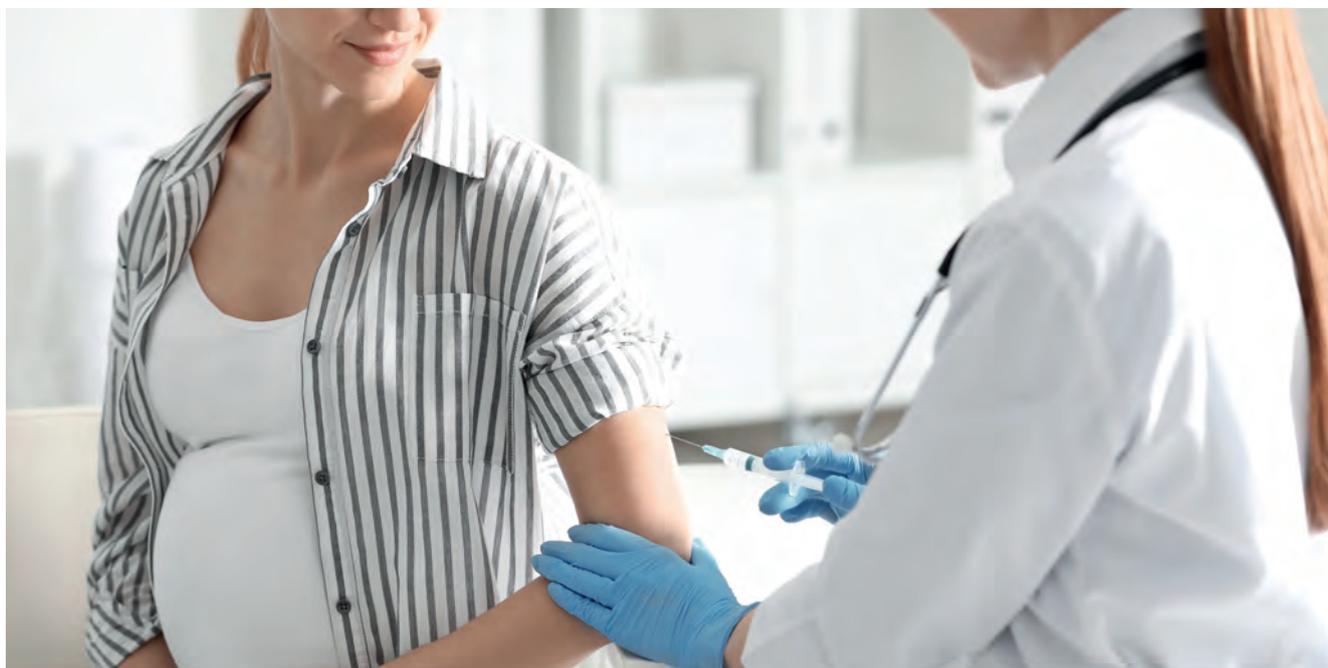
Pour les résidentes à Namur, 7,5% des données manquent. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette donnée est simplement indicative tel un test, et devrait donc être consolidée dans les années qui viennent.

L'absence de suivi peut révéler des situations problématiques chez la mère (détresse, contexte de violence, précarité, déni de grossesse, problème de santé mentale, isolement, rupture des relations familiales, problème d'accessibilité, contexte de migration, etc.).

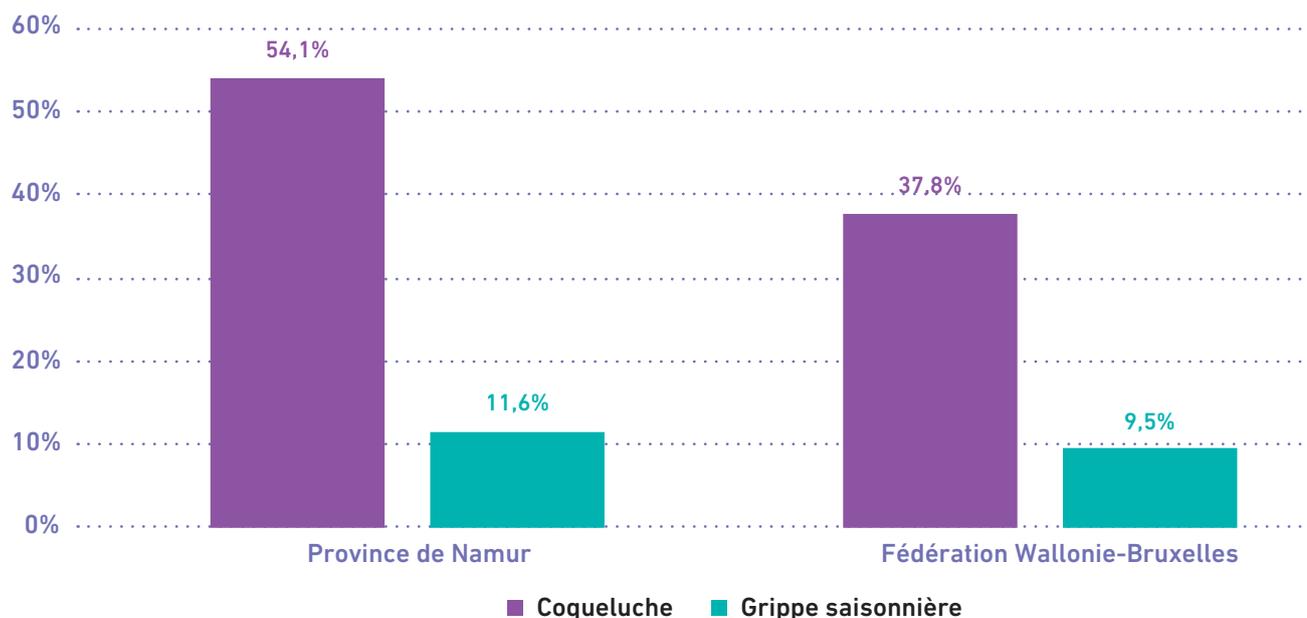
Il arrive régulièrement que les femmes enceintes résidant dans une province (Namur par exemple) soient suivies dans une structure ONE implantée en dehors de cette province ou région.

Il existe des différences au niveau des subrégions en matière de couverture vaccinale des mères contre la coqueluche.

La proportion de mères ayant bénéficié des différents vaccins repris dans le graphique semble plus élevée en province de Namur que pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.



Taux de vaccination des mères durant la grossesse – Comparaison province de Namur et Fédération Wallonie-Bruxelles en 2019



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019

La vaccination contre la grippe se fait durant la saison de la grippe, soit une moitié de l'année tout au plus. Les taux attendus devraient dans ce cas de figure être plus bas que ceux attendus pour la Coqueluche.

A Namur, le rapport entre la part des mères vaccinées contre la Coqueluche et les mères vaccinées contre la grippe est presque de 5. Pour toute la Fédération, il est de 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.

Evolution du nombre d'enfants nés en province de Namur

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Naissances Uniques	5241	5293	5141	5095	4973	4911	4871	4694	4647	4617	49483
Jumeaux	175	166	152	205	167	139	154	154	189	119	1620
Triplés	3	0	3	3	3	0	0	0	0	0	12
TOTAL	5419	5459	5296	5303	5143	5050	5025	4848	4836	4736	51115

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

Les naissances multiples représentent en moyenne 3,2% des naissances. Elles sont essentiellement constituées de naissances gémellaires.

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

de naissances comme il peut être le cas dans le tableau ci-dessus pour des jumeaux.

Les naissances diminuent de façon constante ces dernières années en province de Namur comme pour les Régions et la Belgique. Cette diminution pour la province est de 12,6% entre 2010 et 2019.

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 province de Namur, il naît 104 garçons pour 100 filles dans la période considérée dans ce rapport.

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 (94,3% des naissances). Dans des proportions moindres, le nou-

veau-né peut également se présenter par le siège (5,2%) ou de manière transverse (0,5%).

Ces proportions sont constantes dans le temps.

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

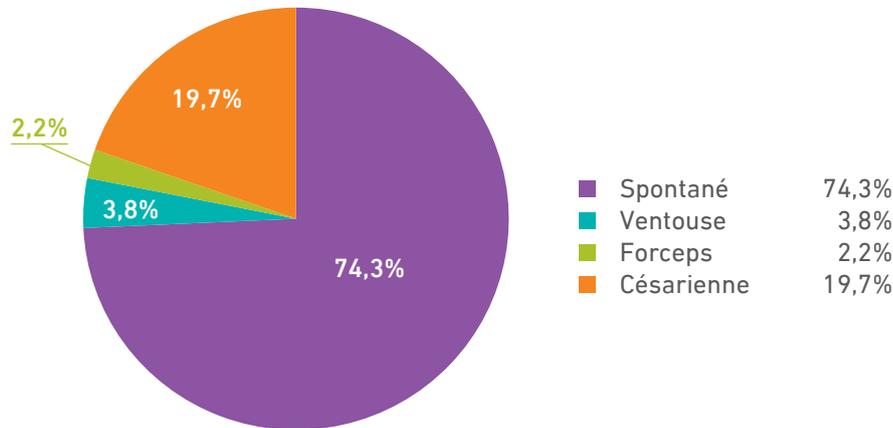
Le mode d'expulsion ou mode d'accouchement est la manière dont l'enfant va naître. Une naissance peut se faire par voie basse (voie naturelle) ou par voie haute (césarienne).

ventouse lors de l'accouchement.

Entre 2010 et 2019, 74,3% des enfants sont nés de manière spontanée. Près d'une naissance sur cinq s'est faite par césarienne (19,7%) et l'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 6,0% des naissances.

L'instrumentation consiste en l'usage de forceps ou de

Répartition du mode d'expulsion de l'enfant lors de sa naissance en province de Namur



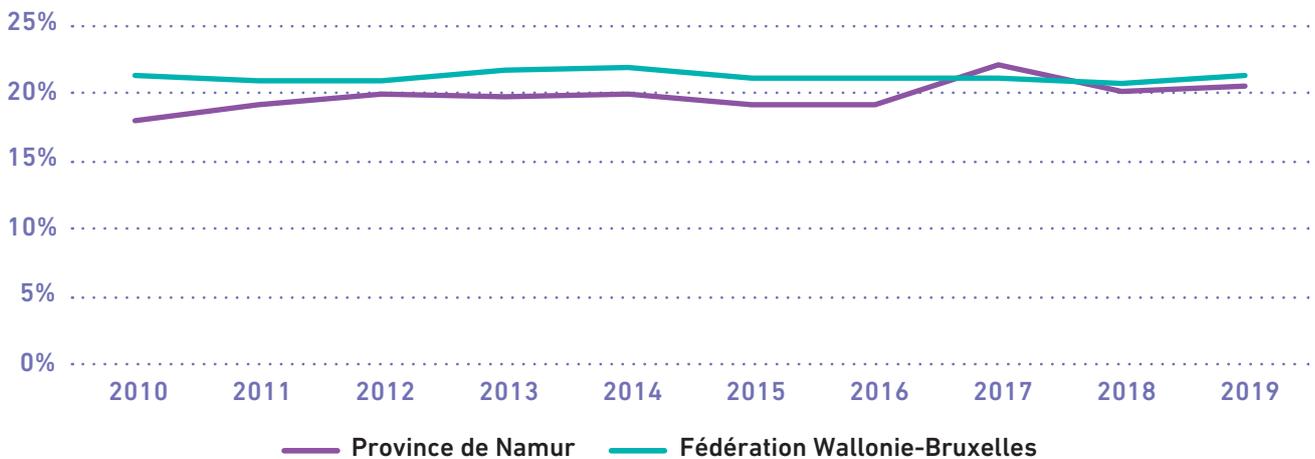
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2010-2019

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.

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



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

Entre 2010 et 2019 en province de Namur, les proportions de naissances survenant par césariennes sont restées relativement stables, autour de 20% (19,7%).

dans une moyenne de 21,2% pour la même période. En 2019, 20,5% des enfants sont nés par césarienne en province de Namur et 21,3% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ces taux sont proches, quoique légèrement en-dessous, de ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui se situent

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 décrit que la majorité des enfants se présentant par le siège ou de manière transverse sont nés par césarienne. Respectivement 84,6% et 89,2% des nouveau-nés. Pour ces deux présentations, on décrit également une expulsion spontanée pour les sièges dans

14,3% des naissances et pour les présentations de manière transverse, dans 8,5% des naissances.

Lorsque les enfants se présentent par le sommet, la proportion des césariennes est de 15,1%. Et, 78,5% de ces enfants sont expulsés de manière spontanée.

Mode d'expulsion de l'enfant selon sa présentation lors de l'accouchement en province de Namur

	Césarienne	Forceps	Manœuvre sur siège	Spontané	Ventouse	TOTAL
Siège	84,6%	0,4%	0,2%	14,3%	0,5%	2617
Sommet	15,1%	2,4%	0,0%	78,5%	4,0%	47488
Transverse	89,2%	0,4%	0,4%	8,5%	1,5%	259
TOTAL	9639	1135	15	37657	1918	50364

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

L'usage des instruments est souvent requis lorsque l'enfant se présente par le sommet et, la manœuvre est faite

dans les situations de présentation par le siège ou de façon transverse.

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

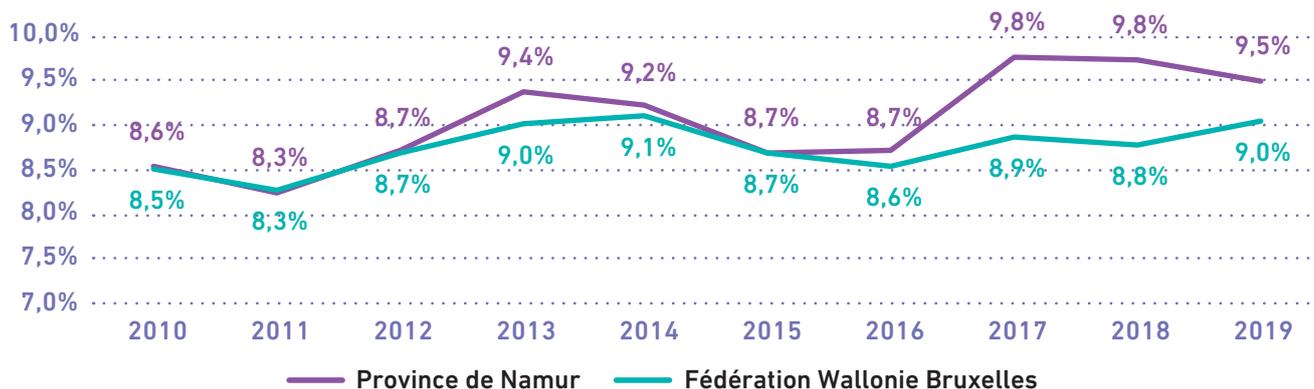
2.4.5.2 La prématurité

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

En Fédération Wallonie-Bruxelles et sur base des données BDMS, l'incidence de la prématurité est de 9,0% en 2019.

En province de Namur, la proportion de prématurité est passée de 8,6% à 9,5% en 10 ans.

Evolution des taux de prématurité en province de Namur et en Fédération Wallonie-Bruxelles



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

Chaque année en province de Namur, plus de 450 enfants naissent plus tôt, donc avant terme. Pour la Communauté toute entière, c'est 4000 nouveau-nés chaque année qui naissent avant 37 semaines de grossesse.

entre 28 et 33 semaines de grossesse) et la très grande prématurité qui caractérise toute naissance avant la 28^e semaine.

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

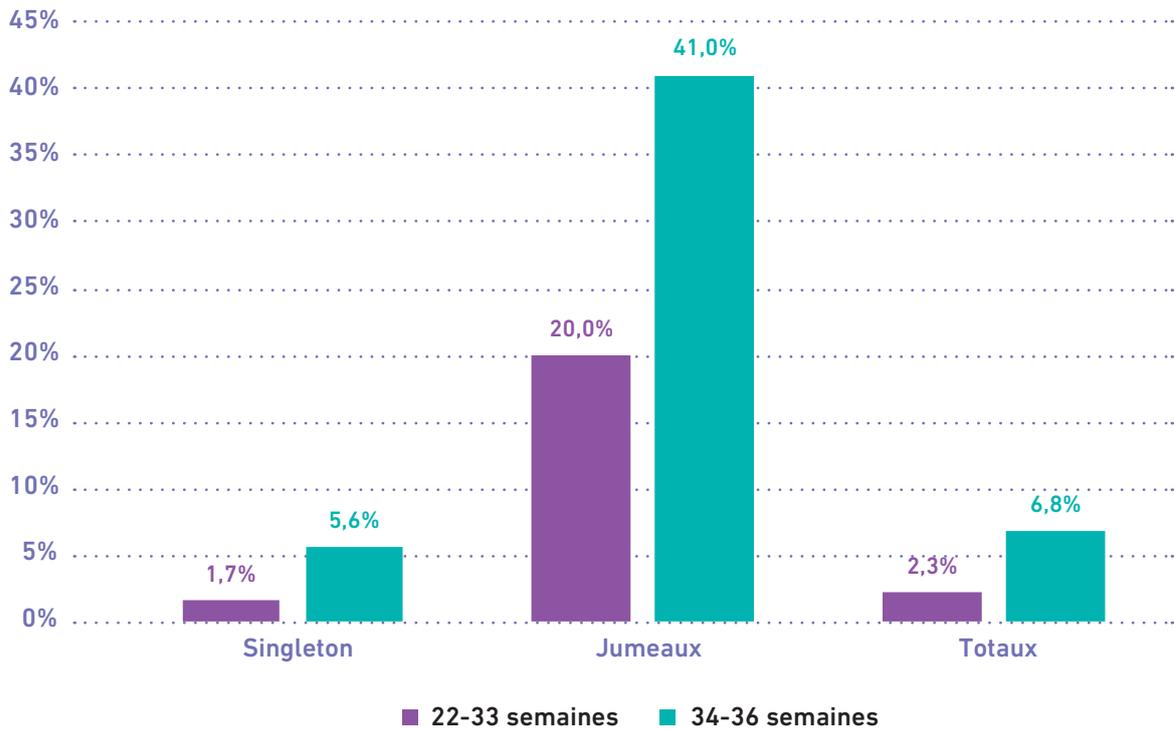
En excluant les naissances triples du fait du petit nombre, les proportions de prématurité diffèrent selon le nombre de naissances issues de la grossesse.

Ainsi, sur l'ensemble de données cumulées de la province de Namur entre 2010 et 2019 pour lesquelles l'âge gesta-

tionnel et le nombre d'enfants nés sont renseignés, nous obtenons 9,1% de prématurité. Les naissances uniques représentent 7,3% de prématurité dont 1,7% d'enfants nés

avant la 34e semaine. Les jumeaux naissent prématurés 6 fois sur 10. Et, 1/3 de ceux-ci est né avant 34 semaines.

Répartition de type de prématurité selon le nombre d'enfants issus de la grossesse



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

L'âge gestationnel est déterminant pour le pronostic vital de l'enfant.

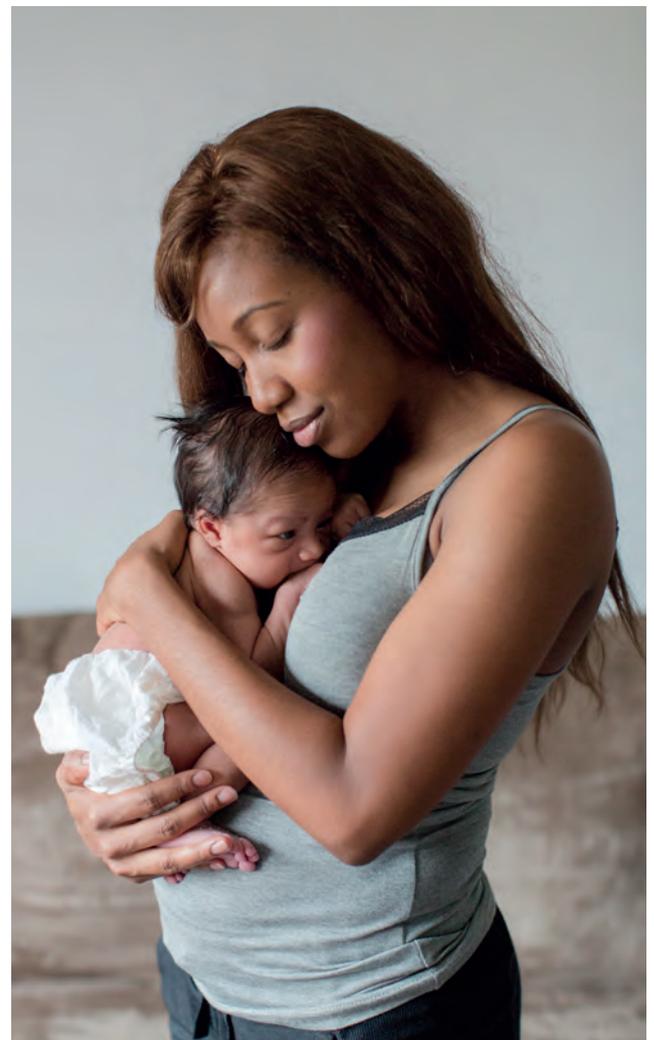
2.4.5.4 Les causes et conséquences de la prématurité

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.

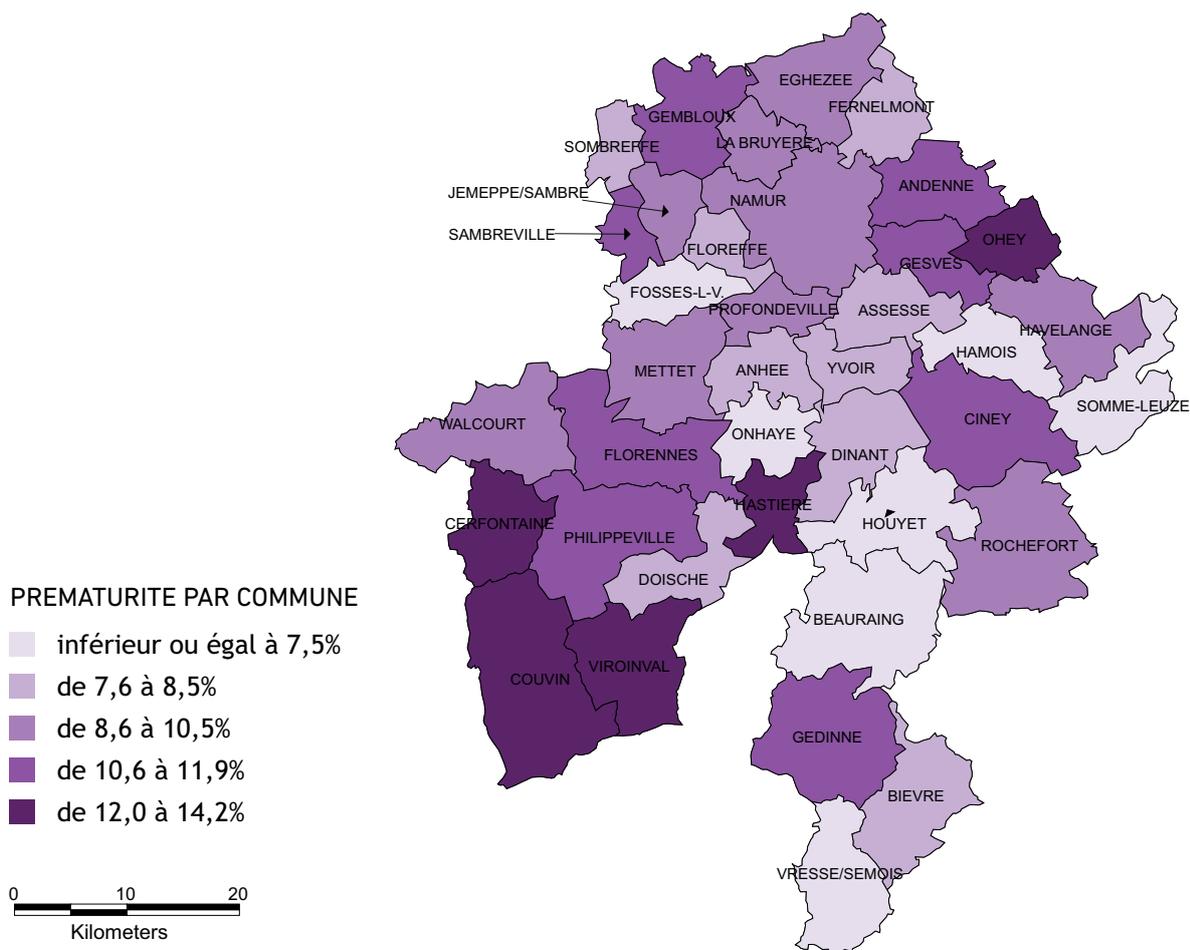
Entre les causes qui peuvent interagir entre elles, et les facteurs de risque, on peut également évoquer un certain nombre de signes de menace.

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 province de Namur

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



Proportion d'enfants nés prématurés en province de Namur.
Données "avis de naissance" BDMS-ONE, cumulées de 2017 à 2019.
N = 14.420 nouveau-nés
La prématurité qualifie toute naissance avant 37 semaines de grossesse.
La proportion de nouveau-nés avant 37 semaines de grossesse en province de Namur en 2019 : 9,5% (9,0% en FWB)

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

2.4.6 Le poids de l'enfant à la naissance en province de Namur

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

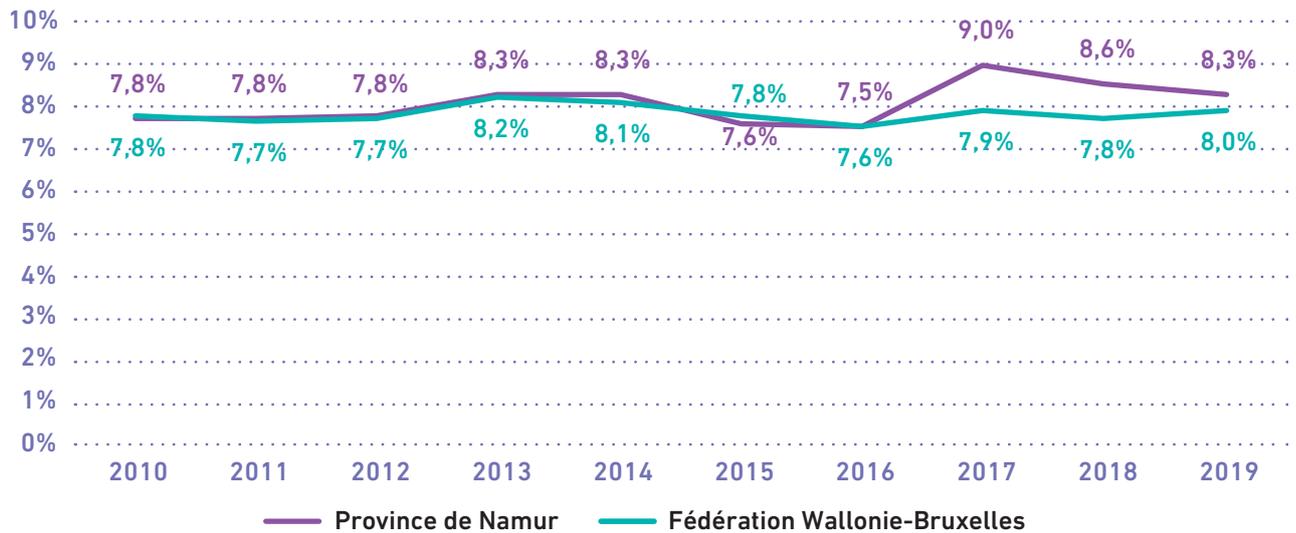
Le poids médian à la naissance de l'enfant est de 3280 grammes en province de Namur en 2019. Il est pratiquement le même en Fédération Wallonie-Bruxelles (3290 grammes).

En moyenne, il est de 3260 grammes [Ecart-type de 565] et varie de 500 grammes à 4930 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.

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



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

Au niveau de la Fédération Wallonie Bruxelles, ces dix dernières années, la proportion de petits poids de naissance a peu varié. Elle se situe dans les mêmes tranches que pour la Communauté en province de Namur jusque 2016. Après, on a observé des taux plus élevés en province de Namur qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

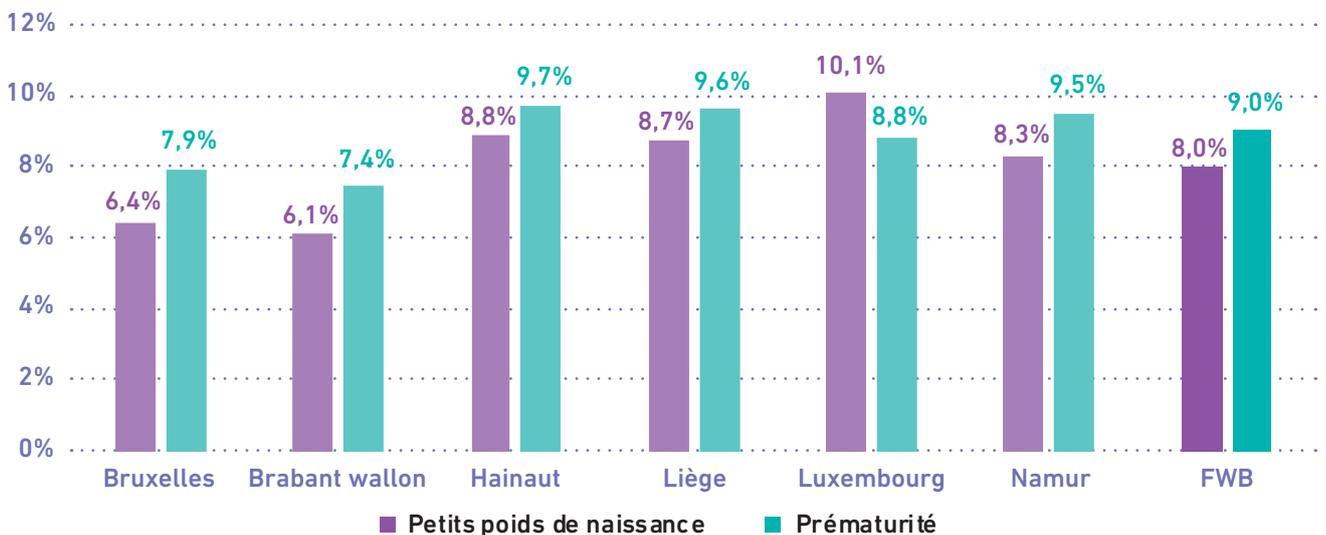
En 2019, la proportion de petits poids de naissance est de 8,3% en province de Namur et 8,0% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

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 à sein de la même subrégion.

Comparaison entre subrégions de la prématurité et des petits poids de naissance en 2019



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019

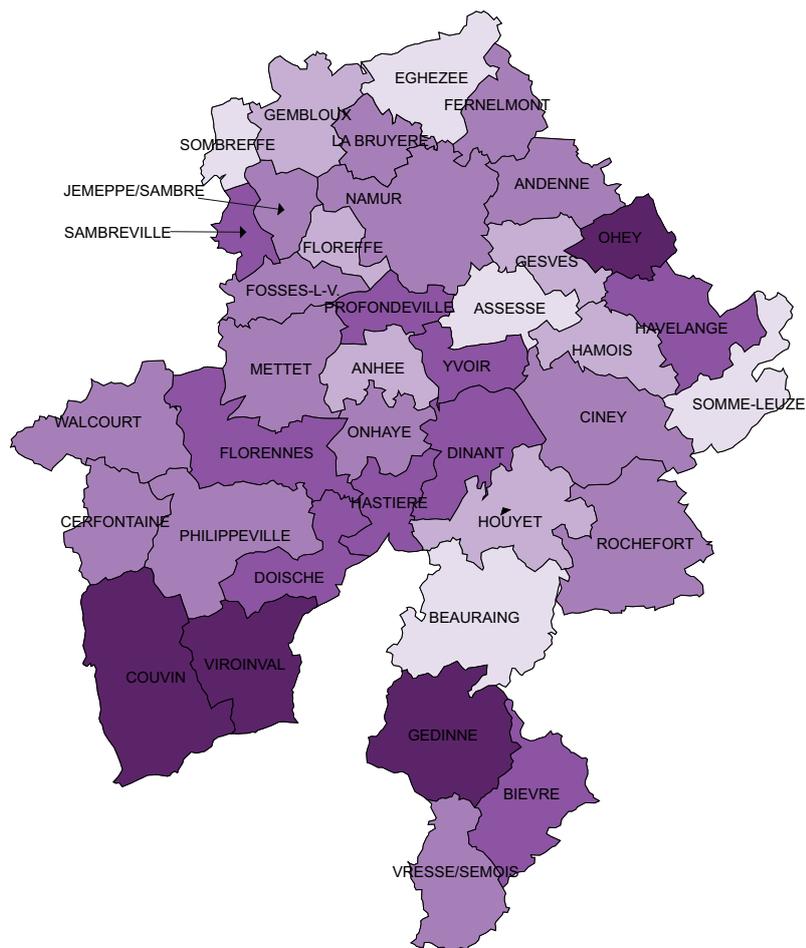
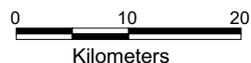
Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer des taux élevés de petits poids à la naissance des enfants : conditions de travail, précarité, stress, tabac, déséquilibres alimentaires, infections, complications liées à la grossesse, etc.

La comparaison entre les provinces de Wallonie et la région de Bruxelles montre des proportions de prématurité supérieures à celles de petit poids de naissance partout, sauf en province de Luxembourg. L'accès plus facile au tabac serait-il une piste ?

Répartition des petits poids de naissance par commune en province de Namur – Données cumulées 2017-2019

PETITS POIDS DE NAISSANCE
PAR COMMUNE

- inférieur ou égal à 6,0%
- de 6,1 à 7,5%
- de 7,6 à 9,9%
- de 10,0 à 11,9%
- de 12,0 à 17,3%



Proportion d'enfants nés avec un petit poids en province de Namur.
Données "avis de naissance" BDMS-ONE, cumulées de 2017 à 2019.

N = 14.420 nouveau-nés

Le petit poids de naissance qualifie tout poids à la naissance de l'enfant inférieur à 2.500 grammes
La proportion de nouveau-nés avec un poids inférieur à 2500 grammes en province de Namur
en 2019 : 8,3% (8,0% en FWB)

BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

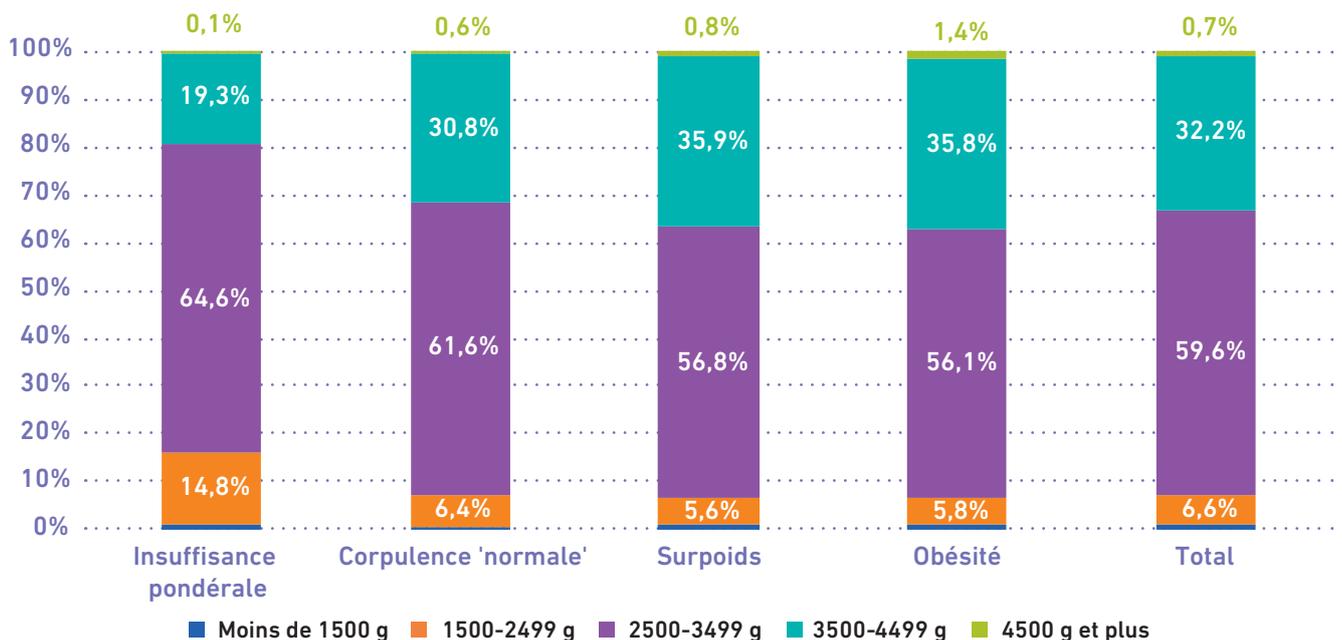


2.4.6.4 Le petit poids de naissance et la corpulence de la mère

L'obésité avant la grossesse est déjà associée à toute une

série de résultats défavorables, pour la mère, comme pour le développement et la santé de l'enfant².

Poids de naissance de l'enfant en catégories selon la corpulence de la mère avant sa grossesse en province de Namur



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2019

La répartition du poids de naissance en fonction de la corpulence de la mère avant la grossesse décrit une proportion plus importante des nouveau-nés ayant un poids compris entre 3500 et 4500 grammes chez les mères

dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 25. Il n'y a pas de différence entre les proportions des nouveau-nés de cette catégorie de poids issus des mères en surpoids et ceux issus de mères présentant une obésité.

2.4.7 Les scores d'Apgar

Les scores d'Apgar sont des indices issus du test d'Apgar³ 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 coloration de la peau et
- la réactivité.

Chacun des éléments est noté à 0, 1 ou 2 points, selon les conditions observées et ceci à 1 minute et à 5 minutes de vie de l'enfant. Le résultat maximal est de 10, suggérant la meilleure condition de santé possible, alors qu'un score en dessous de 7 réfère à une détresse.

2.4.7.1 A la première minute de vie de l'enfant

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Apgar < 7	5,8%	5,8%	5,2%	6,0%	5,4%	4,7%	5,6%	6,4%	5,6%	5,9%	5,6%
7 < Apgar <= 10	94,2%	94,2%	94,8%	94,0%	94,6%	95,3%	94,4%	93,6%	94,4%	94,1%	94,4%
TOTAL	5068	5112	5028	5037	4892	4866	4823	4639	4654	4566	48685

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

² 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>

³ Apgar V, The newborn (Apgar) scoring system. Reflections and advice, Pediatric clinics of North America, 1966 ;13 :645-650

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 5,6% à ce moment-là et, 94,4% des enfants ont un score d'Apgar compris entre 7 et 10.

2.4.7.2 A 5 minutes de vie de l'enfant

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Apgar < 7	1,3%	1,1%	1,0%	1,3%	0,8%	1,1%	1,1%	1,5%	1,2%	1,4%	1,2%
7 < Apgar <= 10	98,7%	98,9%	99,0%	98,7%	99,2%	98,9%	98,9%	98,5%	98,8%	98,6%	98,8%
TOTAL	5068	5112	5028	5037	4892	4866	4823	4639	4654	4566	48685

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

A 5 minutes de vie de l'enfant, 1,2% des enfants ont un score d'Apgar inférieur à 7 et 98,8% des nouveau-nés ont un score d'Apgar de 7 et plus.

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

2.4.8 L'allaitement maternel

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

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.

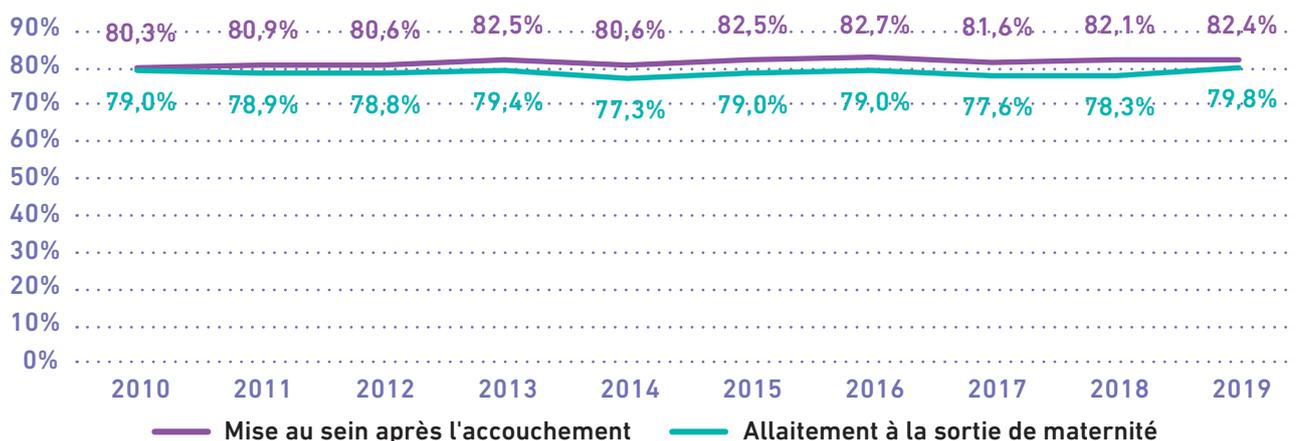
2.4.8.1 La mise au sein de l'enfant après l'accouchement

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 et à quelques heures de sa naissance. Il indique l'initiation de l'allaitement.

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

2.4.8.2 L'allaitement maternel à la sortie de la

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



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

Les taux d'allaitement en province de Namur sont relativement stables ces dernières années. La mise au sein évolue peu et se situe à 82,4% d'allaitement immédiatement ou les heures qui suivent l'accouchement.

Les jours suivant l'accouchement, il arrive qu'un petit nombre de nouveau-nés abandonnent le sein maternel. Le taux diminue pour se retrouver à presque 80%.

2.4.9 L'accompagnement en néonatalogie

Les PEP's sont souvent appelées 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 dimensions chez la mère qui vit cet événement.

Le professionnel ONE représente un réel soutien de la famille par son écoute et offre un accompagnement en

accord avec les réalités de la vie de la mère, de la famille. Sa disponibilité et sa connaissance 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,

2.4.10 Les dépistages néonataux

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

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

En province de Namur, les 4 maternités participent au programme de dépistage. En 2016, 4480 enfants nés dans ces maternités ont bénéficié du programme.

Le programme de **dépistage néonatal** des anomalies congénitales, géré par l'ONE, dépiste 14 maladies rares

2.4.11 Le suivi médico-social préventif de l'enfant

De toutes les naissances de mères résident en province de Namur, plus de 80% des familles envisagent un suivi préventif de leur enfant par l'ONE. Celui-ci peut être

l'organisation de la vie familiale, le matériel pour le bébé, le suivi médico-social, etc.

En province de Namur, il existe un centre néonatal au CHR de Namur.

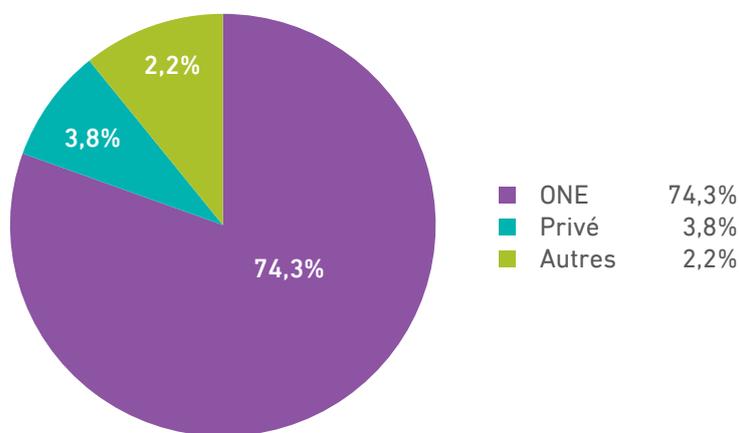
pour lesquels un traitement efficace existe (hypothyroïdie congénitale, 4 aminoacidopathies, les galactos mies, 3 anomalies liées à l'oxydation des acides gras, 4 acidémies organiques).

Dans les maternités de la province de Namur et la maison de naissance, 4495 enfants ont été dépistés en 2018 .

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

Pour en savoir plus : www.depistageneonatal.be.

Les proportions d'enfants selon la filière du suivi préventif de la santé envisagée par la famille en province de Namur



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

8,7% des familles déclarent faire suivre leur enfant par le Pédiatre ou le Médecin généraliste de la famille. 10,8%

des enfants seront suivis par d'autres filières de soins.

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 service est offert aux parents ou futurs parents, gratuitement 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.

SYNTHÈSE DONNÉES DE NAISSANCE

Il y a trente ans, en 1989, l'Organisation des Nations Unies créait une journée dédiée à la population. Avec ses projections démographiques du devenir de 235 pays, l'institution veut sensibiliser les décideurs politiques...

Alors que la fécondité - c'est-à-dire le nombre d'enfants par femme en âge d'avoir des enfants - baisse dans la plupart des pays du monde, la population mondiale ne cesse d'augmenter. Donc, la diminution des naissances n'entrave pas cette croissance démographique, et l'espérance de vie à la naissance continue également d'augmenter.

La structure de la population recouvre des statistiques collectées par les communes relatives à la population et les caractéristiques de celle-ci.

Cette statistique est consacrée à la population résidente, telle qu'inscrite au Registre national. Des subtilités existent cependant dans les définitions admises. Ainsi, la population belge comprend les Belges et les non-Belges admis ou autorisés à s'établir ou à séjourner sur le territoire mais ne comprend pas les non-Belges séjournant pendant moins de trois mois sur le territoire, les demandeurs d'asile et les non-Belges en situation irrégulière.

Les données de la Banque de données médico-sociales quant à elles ne retiennent pas ces catégorisations et considèrent toutes les mères vues en maternité ou qui sont entrées en contact avec l'Office du fait d'une naissance dans la famille. D'autres variations peuvent exister dans les définitions avec pour exemples, l'isolement de la mère ou encore la résidence ou l'ONE privilégie le domicile effectif du fait de l'accompagnement par le soutien des familles lors de la visite à domicile. Par contre, la notion d'état-civil est l'exact énoncé des données officielles.

La province de Namur compte une population de 495.832 Habitants. L'arrondissement de Namur concentre 64,2% de cette population et la commune de Namur près du quart de l'ensemble (22,5%). La population a augmenté de 4% en 10 ans.

Les naissances quant à elles sont dans une tendance inverse. Elles ont baissé de 15% pour se retrouver en 2019 à 4675 naissances pour la province.

L'ONE est informé de la quasi-totalité des naissances survenant dans la province et, pour 95% de celles-ci, un contact direct est établi entre le Partenaire enfants-parents de l'ONE et la famille durant le séjour en maternité dans le cadre du service de liaison.

Les objectifs du contact entre le PEP's et la famille en liaison consiste à présenter les services de l'ONE que sont les consultations, les visites à domicile, les permanences, etc ; à établir les bases d'une relation de confiance ; à soutenir la parentalité, notamment en valorisant et en renforçant les compétences des parents ; à permettre la liaison et la communication avec les PEP's des structures de suivi préventif de l'enfant proches du lieu de résidence

; et à assurer la continuité de l'action psycho-médicosociale avec les autres acteurs.

Dans le cadre de l'accompagnement des familles en néonatalogie, le vécu de la séparation entre la mère qui doit sortir de l'hôpital avant son enfant n'est pas chose aisée, Le Pep's est un trait d'union important entre professionnels autour de la mère dans ce contexte.

Les données d'accouchements et de naissances vivantes de la province de Namur qui sont l'objet de ce chapitre sont le résultat d'un travail méticuleux des Partenaires Enfants et Parents de l'ONE. Elles sont représentatives des mères et des nouveau-nés résidant dans la province.

Ces chiffres montrent que 75% des accouchements de mères résidant dans la province de Namur ont également lieu dans les 4 maternités de la Province (hors naissances à domicile ou en maison de naissance). Les autres accouchements ont lieu en Wallonie (dont 14% en Hainaut) et à Bruxelles.

En 2019 en province de Namur, l'âge moyen des mères était de 30 ans et 7 mois. La plus jeune avait 16 ans et la plus âgée 50. L'âge moyen est en recul constant dans le pays, au sein de la Fédération comme en province de Namur. Les catégories d'âge de 30 ans et plus sont en augmentation et des publications mettent l'accent sur les mères de 40 ans et plus, là où il y a quelques années, on évoquait les mères de 35 ans ou plus. Elles qualifient même d'« ultra » tardives les grossesses de mères de plus 45 ans.

Les mères de 40 ans ou plus représentent 4% des mères de la province (3,3% en 2010). En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion est 5,8% en 2019. Les femmes de 40 ans et plus ayant augmenté de 27% en 10 ans.

Les mères les plus jeunes qui retiennent également l'attention des professionnels de l'ONE sont en diminution. On décrit 1,3% de mères de moins de 20 ans en province de Namur en 2019 (1,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles).

La répartition des catégories d'âge des mères diffère d'une subrégion à l'autre au sein de la Fédération. Certaines communes du sud de la province de Namur montrant quelques préoccupations relatives aux proportions d'accouchements de femmes plus jeune qui restent élevées.

La situation civile des mères est mise en relief avec la situation relationnelle dans la BDMS. Ceci permet d'approcher le réseau de soutien de la mère, son environnement social immédiat. En 2019, si 34% des mères de la province de Namur sont mariées et 65% sont célibataires (le solde est constitué de divorcées, veuves et séparées), 96% des mères vivent en couple. Les mères isolées représentent dont 4% des mères (vivant seules ou en maison d'accueil).

L'isolement des mères est une question centrale dans l'accompagnement des familles et la connaissance du réseau est capital pour son efficacité. Il est marqué dans les grandes villes et de plus en plus dans les régions rurales et à faible densité de population. Lorsque l'on met le focus sur les réalités au sein des communes, on peut observer une relation entre les communes ayant des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile ou de logements sociaux et des taux élevés de mères seules.

Les mères qui sont représentées dans ces données d'accouchement pour la province de Namur sont originaires de 141 pays différents entre 2010 et 2019. Chaque année, quelques 90 pays sont représentés dans les données « avis de naissance » de la BDMS de l'ONE. Les mères d'origine belge, plus nombreuses, représentent 90% des nouvelles accouchées et, parmi les autres, les mères originaires de l'un des 27 autres pays de l'Union Européenne représentent 4 mères sur 10.

Les habitudes de vie constituent des comportements régis par l'environnement (social, physique, culturel, etc.) et de nature durable. Elles requièrent, avec leurs déterminants et leurs conséquences, l'attention du travail d'accompagnement et de soutien par l'ONE.

Ainsi, les habitudes tabagiques des mères ont des conséquences sur leur santé et celle de leurs enfants. La consommation de tabac chez les mères est globalement en diminution dans la province. Elle est passée de 20,5% à 15,2% en 10 ans. Cependant, chez les plus jeunes femmes, cette tendance à la baisse n'est pas observée de façon significative.

De même, les mères ou femmes enceintes sujettes à une consommation régulières d'alcool fait l'objet d'une attention particulière par les PEP's au plan de la sensibilisation.

Ces comportements appellent à une vision globale et préventive de la santé de la mère et de l'enfant.

La corpulence de la mère avant le début de la grossesse est un facteur défavorable lié aux issues obstétricales. Elle est en lien avec le poids de l'enfant à sa naissance. En province de Namur, les données cumulées entre 2017 et 2019 montrent 6% de mères en insuffisance pondérale avant leur grossesse et 17% en surpoids. Ces proportions sont de 5,5% et 17,2% respectivement en Fédération Wallonie-Bruxelles pour les mêmes années.

La prise de poids par la mère durant la grossesse est de 12 kg en moyenne. Celle-ci est plus marquée chez les femmes jeunes que chez leurs aînées.

Depuis cette année 2019, la BDMS collecte les données relatives à la vaccination durant la grossesse. Ces données décrivent qu'en province de Namur, 54,1% des mères ont été vaccinées contre la coqueluche avant l'accouchement. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion était de 37,8%. La part de données pour cet indicateur reste cependant élevée pour la Fédération, 29%, et 7% pour la province.

L'ONE a accompagné 10% de toutes les mères qui ont accouché en province de Namur pour leur grossesse dans le cadre de ses consultations prénatales.

Les données de naissances sont à distinguer de celles d'accouchements du fait des naissances multiples, gémeillaires essentiellement.

Les nouveau-nés sont majoritairement de sexe masculin : 104 garçons pour 100 filles. Lors de l'accouchement, 94,3% des enfants se présentent de manière céphalique et 80% des accouchements se font par voie basse.

La part des enfants nés avant le terme (avant 37 semaines de grossesse) représente 9,5% des naissances. Cette proportion de prématurité a varié de 8,3% à 9,8% ces 10 dernières années en province de Namur comme en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces 3 dernières années, la courbe de prématurité de la province a cependant décroché de celle de la Fédération, avec des taux plus élevés pour Namur.

Pour ce qui est du poids de naissance de l'enfant, il est en moyenne de 3280 grammes. Les poids inférieurs à 2500 grammes sont qualifiés de « petits ». Ils représentent 8,3% des naissances en province de Namur et 8,0% en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2019. Les courbes de petits poids de naissance et de prématurité évoluent parallèlement. Les différences existent entre régions et, à l'intérieur des régions et provinces entre communes.

80% des nouveau-nés sont allaités en province de Namur. A la sortie de la maternité, une petite proportion de nouveau-nés mis au sein vont continuer une alimentation artificielle.

En province de Namur, 80,5% des familles avec un nouveau-né envisagent un suivi médico-social par l'ONE au sein de ses consultations pour enfants en 2019.

Ces données statistiques ne peuvent en aucun cas être traités comme des chiffres uniquement. Ils sont un moyen d'objectivation, un outil pour évaluer. Derrière chaque indicateur dans chaque commune, se reflète le vécu d'une famille, une mère, un enfant. Chaque nouveau-né étant unique et chaque famille ayant ses réalités propres. L'accompagnement proposé par les PEP's est en cohérence avec ces différences de profils familiaux. Les actions de prévention spécifiques sont mises en place en fonction des besoins.



Le suivi médico-social des enfants
dans la province de Namur

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.

Le suivi préventif de l'enfant a pour objectif d'assurer le suivi de la santé et de la croissance de l'enfant. Pour ce faire, les consultations poursuivent également différentes actions, telles que :

- 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,
- de participer à l'évaluation et à la régulation de la politique en matière d'accompagnement médico-social,
- etc.

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

Ces âges représentent des moments importants du développement de l'enfant et permettent de couvrir les différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE. Les "Bilans de santé" permettent de récolter notamment certaines informations sur la vaccination, l'alimentation, le développement psychomoteur, de l'autonomie et du langage, le dépistage bucco-dentaire, le tabagisme passif, les allergies, ... et de les mettre en lien avec des indicateurs socio-économiques récoltés également à ce moment-là.

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

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

L'année de référence est l'année durant laquelle le bilan a été complété. Ainsi pour les Bilans de santé de l'année 2018, on retrouve pour les « Bilans de santé à 9 mois », des enfants nés en 2017 et 2018, pour les « Bilans de santé à 18 mois », des enfants nés en 2016 et 2017 et pour les « Bilans de santé à 30 mois », des enfants nés en 2015 et 2016².

Limite des données : âge et résidence de l'enfant

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

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

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

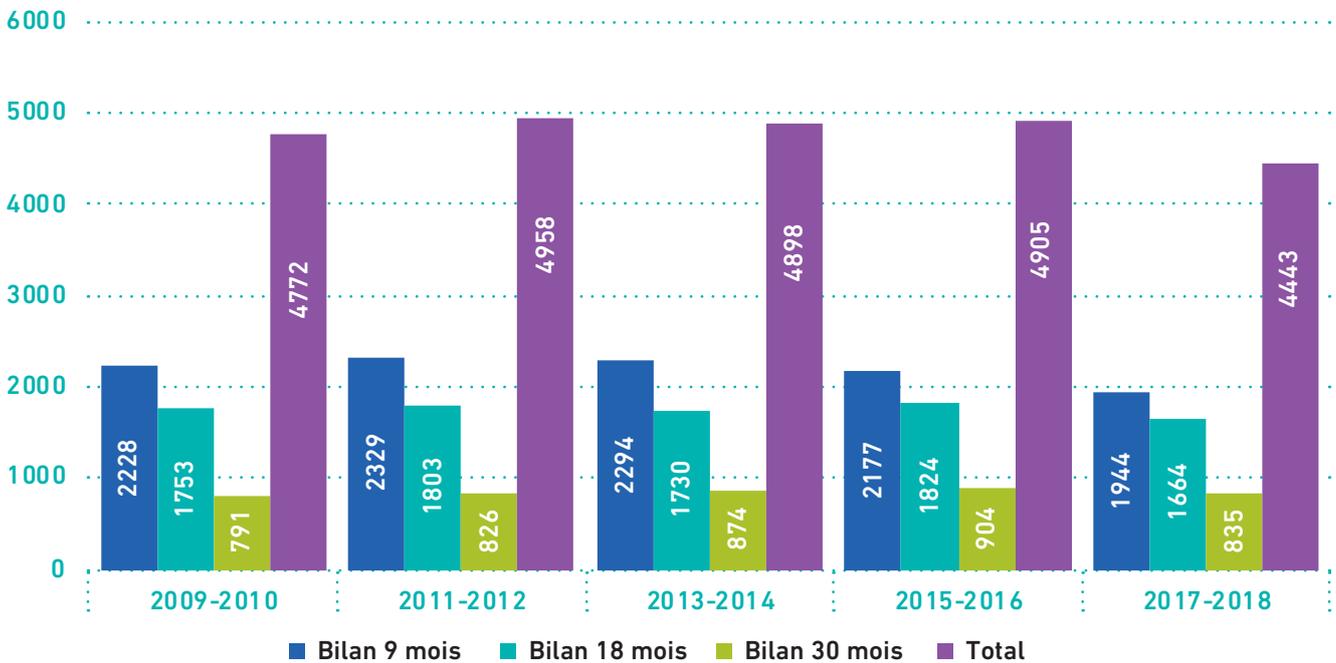
¹ Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE, 2019.

² NB : La base de données analysée dans ce rapport a été arrêtée en juillet 2019. Plusieurs rappels ont été effectués auprès du personnel de l'ONE. Et si quelques documents ont pu encore être envoyés au-delà de cette date, la quasi-totalité des documents 2018 a été encodée. Nous pouvons dès lors estimer que les données sont représentatives.

3.1 LE NOMBRE ET LA REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »

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

Evolution du nombre de Bilans de santé en province de Namur



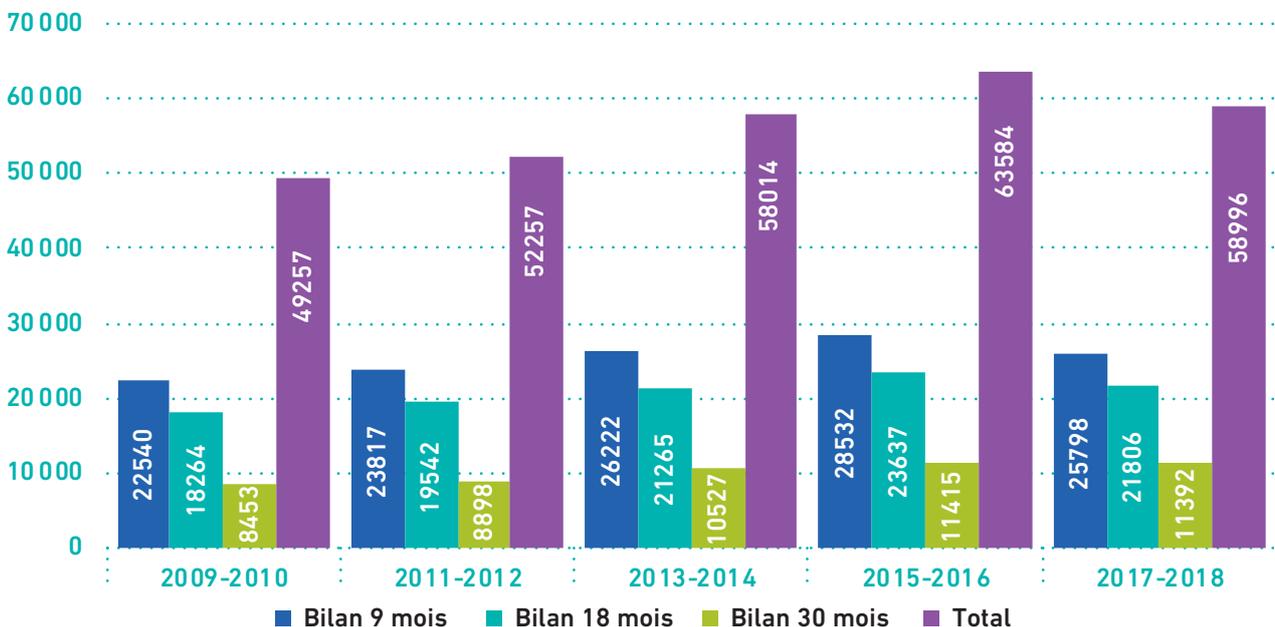
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2009-2018

Le nombre de Bilans de santé analysés entre 2009 et 2016 augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé en province de Namur, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) (voir graphique ci-dessous). Cependant, en 2017-2018, ils diminuent. Pour la FWB, c'est surtout Bruxelles et le Hainaut qui voient leurs chiffres se réduire fortement ces deux dernières années. Cela s'explique par le nombre de naissances qui suit également la même tendance.

Dans la province de Namur, en nombre absolu, le nombre total de Bilans de santé est passé de 4.772 bilans en 2009-2010 à 4.443 en 2017-2018, soit une diminution de 7,5%. Ces données sont à mettre en relation avec le nombre d'enfants recensés dans la même tranche d'âge.

Les communes de Namur, Jemeppe-sur-Sambre, Walcourt, Andenne et Mettet sont les communes de résidence où on dénombre le plus de « Bilans de santé ».

Evolution du nombre de Bilans de santé en FWB



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

3.1.2 Taux de couverture des Bilans de santé entre 2009 et 2018

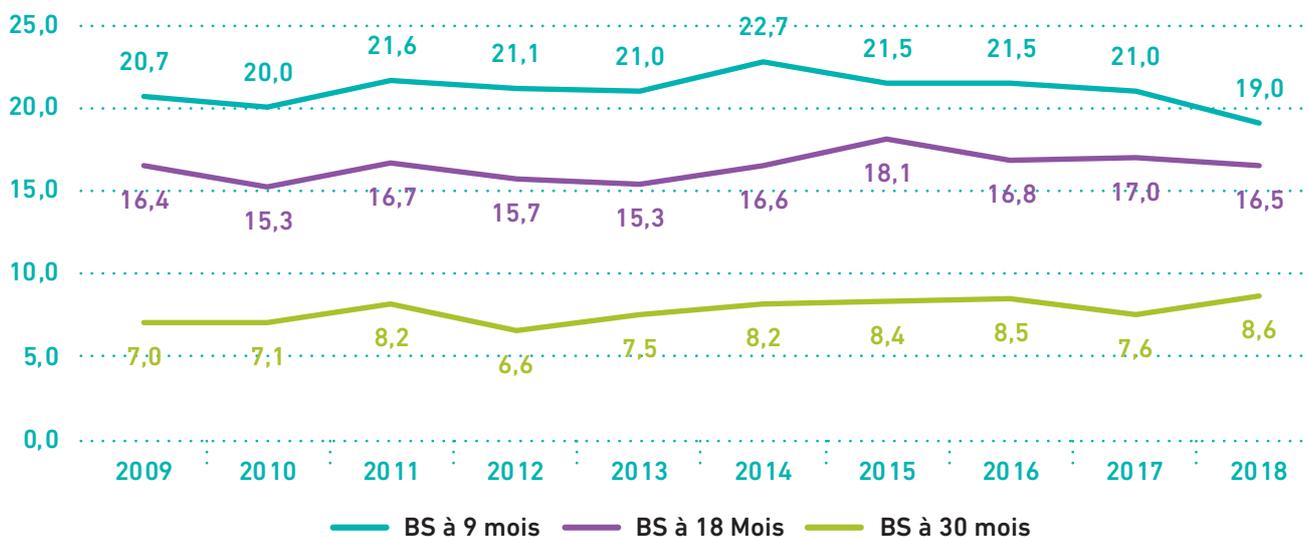
Actuellement, l'information précise concernant le nombre d'enfants susceptibles d'être suivis et entrant dans la tranche d'âge requise pour les Bilans de santé n'est pas disponible. Par conséquent, le taux de couverture des Bilans de santé doit être calculé, soit en prenant comme référence le nombre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

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

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

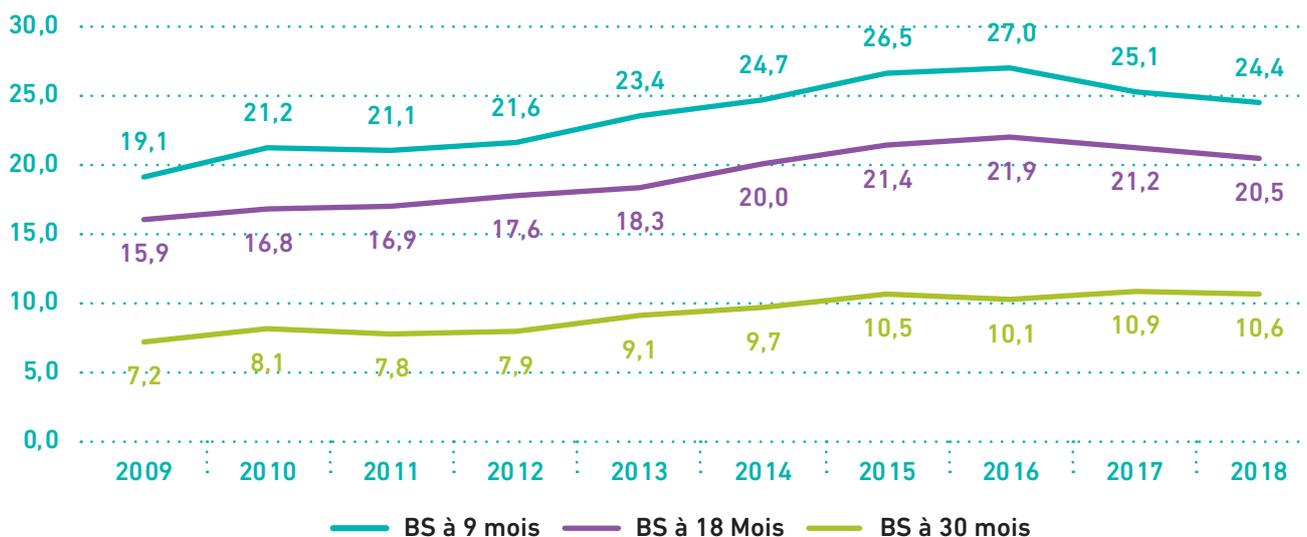
Le dénominateur : données issues du Service Public Fédéral Economie (DGSIE). Nombre d'enfants de moins d'un an pour les « Bilans de santé à 9 mois », de 1 à 2 ans pour les « Bilans de santé à 18 mois » et de 2 à 3 ans pour les « Bilans de santé à 30 mois ». Les données pour une année civile sont comptabilisées le 1er janvier de l'année suivante. Pour l'année 2018, les données sont relevées à la date du 1er janvier 2019.³

Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en province de Namur



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

Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en FWB



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

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

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

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

Cependant, ces deux dernières années (2017-2018), on constate une légère diminution des taux.

En province de Namur, les taux de couverture sont non seulement plus bas que la moyenne relevée en FWB mais ils restent assez stables ces dix dernières années. Contrairement, en FWB, où les taux augmentent progressivement.

En effet, en province de Namur, en 2009, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour 20,7% des enfants, contre 19% en 2018, soit une légère diminution de 1,7%. Les taux de couverture en 2009 et en 2018 des Bilans de santé à 18 mois sont quant à eux similaires. Et ceux des Bilans de santé à 30 mois ont légèrement augmenté en passant de 7% en 2009 à 8,6% en 2018.

En FWB, en 2009, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour 19,1% des enfants, contre 24,4% en 2018, soit une augmentation de 5%. Pour les bilans de 18 et 30 mois, durant cette même période, l'augmentation du taux de couverture était de 3 à 4%.

Si le taux de couverture moyen des Bilans de santé à 9 mois était de 20% en province de Namur en 2017-2018, certaines communes atteignaient des taux beaucoup plus élevés.

En 2017-2018, pour les Bilans de santé à 9 mois, les communes de Vresse-sur-Semois (56,3%), Couvin (44%) et Beauraing (40,5%) avaient les taux de couverture les plus élevés. Ensuite, les communes de Assesse (34,3%), Jemeppe-sur-Sambre (33,9%), Houyet (32,2%), Walcourt

(32%) et Mettet (31,7%) avaient des taux de couverture allant respectivement de 34,3% à 31,7%.

A 18 mois, les taux de couverture les plus élevés variaient entre 43,2% et 31,3% pour les communes de Vresse-sur-Semois (43,2%), Cerfontaine (39,5%), Beauraing (39,2%), Assesse (34,8%) et Couvin (31,3%).

Enfin, parmi les enfants à 30 mois, les communes de Assesse (28,2%), Mettet (21,6%), Beauraing (21,1%) et Vresse-sur-Semois (20,5%) détenaient les plus hauts taux de couverture variant entre 28,2% et 20,5%.

Etant donné que le suivi médico-social de l'ONE ne couvre pas l'ensemble des enfants résidant en province de Namur, les résultats précités ci-dessus donnent une estimation relative des taux de couverture par commune.

Notons cependant que les taux de couverture sont probablement sous-estimés. En effet, il s'agit uniquement d'enfants pour lesquels les documents « Bilans de santé » sont disponibles et dûment complétés. De plus, un nombre plus élevé d'enfants a bénéficié d'un suivi préventif à l'ONE, soit en dehors des périodes des Bilans de santé, soit pendant ces périodes mais sans que le document ait été complété et renvoyé. A ce moment-là, ces enfants ne sont donc pas comptabilisés dans ces analyses.

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

3.1.3 Origine des Bilans de santé selon le type de structure

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

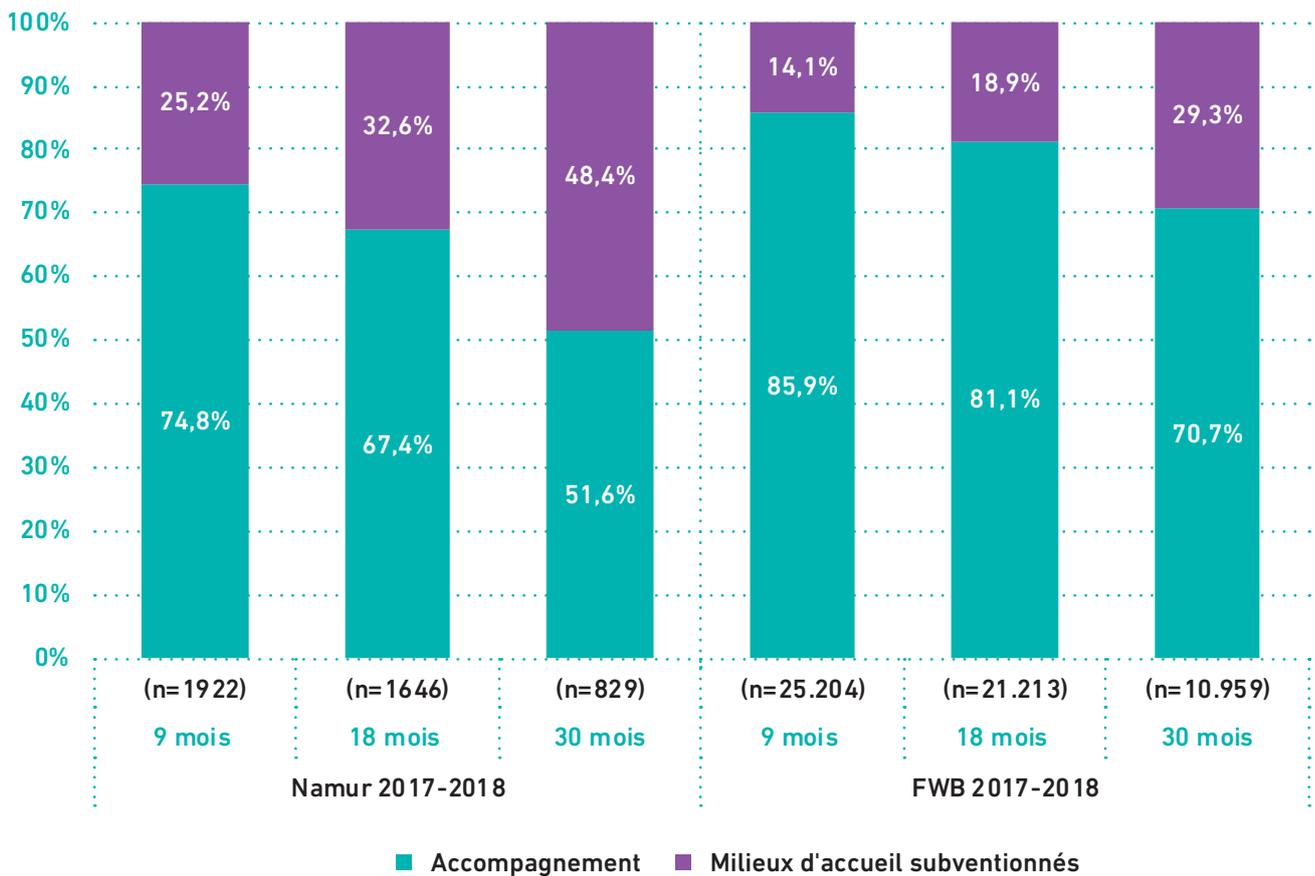
Le secteur « Accompagnement » comprend les structures chargées du suivi médico-social préventif de l'enfant au sein de sa famille c'est-à-dire les consultations pour enfants (CE). Ce suivi peut également être effectué lors de visite à domicile du Partenaire Enfants-Parents (PEP's).

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

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 province de Namur et en FWB



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

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

Globalement, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé issue des consultations pour enfants diminue en fonction de l'âge, pour à l'inverse augmenter dans les milieux d'accueil.

En 2017-2018, en province de Namur, 75% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 18 mois, cette proportion diminue à 67%, pour atteindre à 30 mois, les 51%. Cette forte diminution est à mettre en relation avec la fin de la première période de vaccination (Hexavalent, Pneumocoque, Rotavirus) ainsi que l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil. A contrario, 25% des Bilans de Santé à 9 mois proviennent des milieux d'accueil, pour augmenter à 33% à 18 mois et atteindre presque 50% à 30 mois. Par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles, on remarque qu'énormément de Bilans de santé viennent des milieux d'accueil en province de Namur. Cela indique que beaucoup d'enfants en province de Namur fréquentent un milieu d'accueil. Cela montre également que même si l'enfant ne fréquente plus les consultations pour enfants de l'ONE ou qu'il n'est pas venu aux âges clés, un document est bien complété et encodé. Ceci est très encourageant.

Les pourcentages diffèrent en Fédération Wallonie-Bruxelles où une plus grande proportion de Bilans de Santé proviennent du secteur accompagnement. En 2017-2018, plus de 80% des Bilans de Santé à 9 et 18 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 30 mois, cette proportion diminue à 70%.

Le taux d'inconnues pour ces données est de 1% pour la province de Namur. Par contre pour la FWB, elle varie de 2 à 4%.





Anne-Laure BERHIN,

Référente santé en milieu d'accueil

Comment avez-vous amorcé les contacts avec les milieux d'accueil comme nouvelle Référente santé pour Namur ?

« J'ai rencontré les milieux d'accueil dans un contexte assez particulier. En effet, j'ai été engagée pour compléter l'équipe des Référents santé et 1 mois plus tard, nous avons vécu la crise que nous connaissons tous (Covid-19).

Après une courte période de formation et une rapide rencontre des collègues, les milieux d'accueil ont reçu mes coordonnées via la Direction Santé. Tout d'abord, ils m'ont contacté pour des questions en lien direct avec la pandémie ou répercussions chez les enfants en collectivité. A chaque contact, mon rôle consistait à les écouter, les rassurer, les renforcer ou les soutenir dans leurs raisonnements, apporter une documentation, une « vulgarisation » des différentes communications reçues de l'Administration centrale, un éclairage scientifique ou encore un regard extérieur. »

Comment vous présentez-vous au milieu d'accueil ?

« Lorsque je suis en contact avec un milieu d'accueil par téléphone ou par mail pour la première fois, je précise que je suis nouvelle dans la fonction et que j'explore et découvre les sujets au fur et à mesure qu'ils se présentent à moi.

Je préfère le contact téléphonique qui rend plus conviviale la réponse formulée. Lorsque la réponse ne nécessite pas de recherches particulières, je peux leur fournir une réponse assez rapidement. Lorsque le sujet est plus complexe, je me documente auprès d'autres collègues et leur reviens avec une réponse co-écrite.

Dès que la situation sanitaire le permettra, j'ai prévu de rencontrer plusieurs milieux d'accueil et services d'accueil d'enfants, afin de mettre un visage sur un nom. Cela me permettra également de mieux connaître la réalité de terrain de chaque infrastructure. »

Les milieux d'accueil identifient-ils bien votre rôle ?

« Les milieux d'accueil semblent déjà bien connaître la fonction de Référent santé et y avaient déjà recours auparavant. La fonction de Référent santé existe depuis 4 ans dans la province de Namur et plusieurs articles ont été publiés dans le Flash Accueil pour informer les milieux d'accueil des spécificités de la fonction de Référent santé à l'ONE. »

Comment se déroule la collaboration dans les milieux d'accueil (avec le médecin, échanges avec le conseiller médical etc.) ?

« La santé étant un sujet très vaste, les questionnements font parfois appel à des notions juridiques et financières que je relaie aux Coordinatrices Accueil ou Agents Conseil. Leur vision globale du milieu d'accueil (infrastructure, projet d'accueil, historique, membres de l'équipe, ...) permet de personnaliser la réponse ainsi que le suivi qui en découle. Nous travaillons donc en concertation au jour le jour.

Il arrive aussi que certaines notions de santé nécessitent un regard plus approfondi et des précisions de la cellule diététique, de la cellule éco-conseil, etc. C'est l'occasion de travailler en interdisciplinarité et d'apporter un éclairage scientifique documenté aux professionnels de terrain qui s'adressent à nous.

Je collabore également beaucoup avec le Conseiller Pédiatre. Son expertise et son rôle sont d'un grand soutien dans certaines situations plus compliquées ou qui nécessitent un avis médical. »

Comment l'ONE pourrait-il améliorer la récolte des données en milieu d'accueil via les bilans de santé ?

« Actuellement, les milieux d'accueil qui n'ont pas de médecin ne remplissent pas de bilans de santé. Ceci nous fait perdre beaucoup de données en milieu d'accueil, même si à Namur, la grande majorité des milieux d'accueil collectifs ont un médecin.

Il faudrait rendre la récolte des données plus accessible, par exemple, en supprimant certaines données médicales. Avec une version « simplifiée » du bilan de santé, tous les milieux d'accueil pourraient participer à la récolte de données et ainsi améliorer la couverture. »

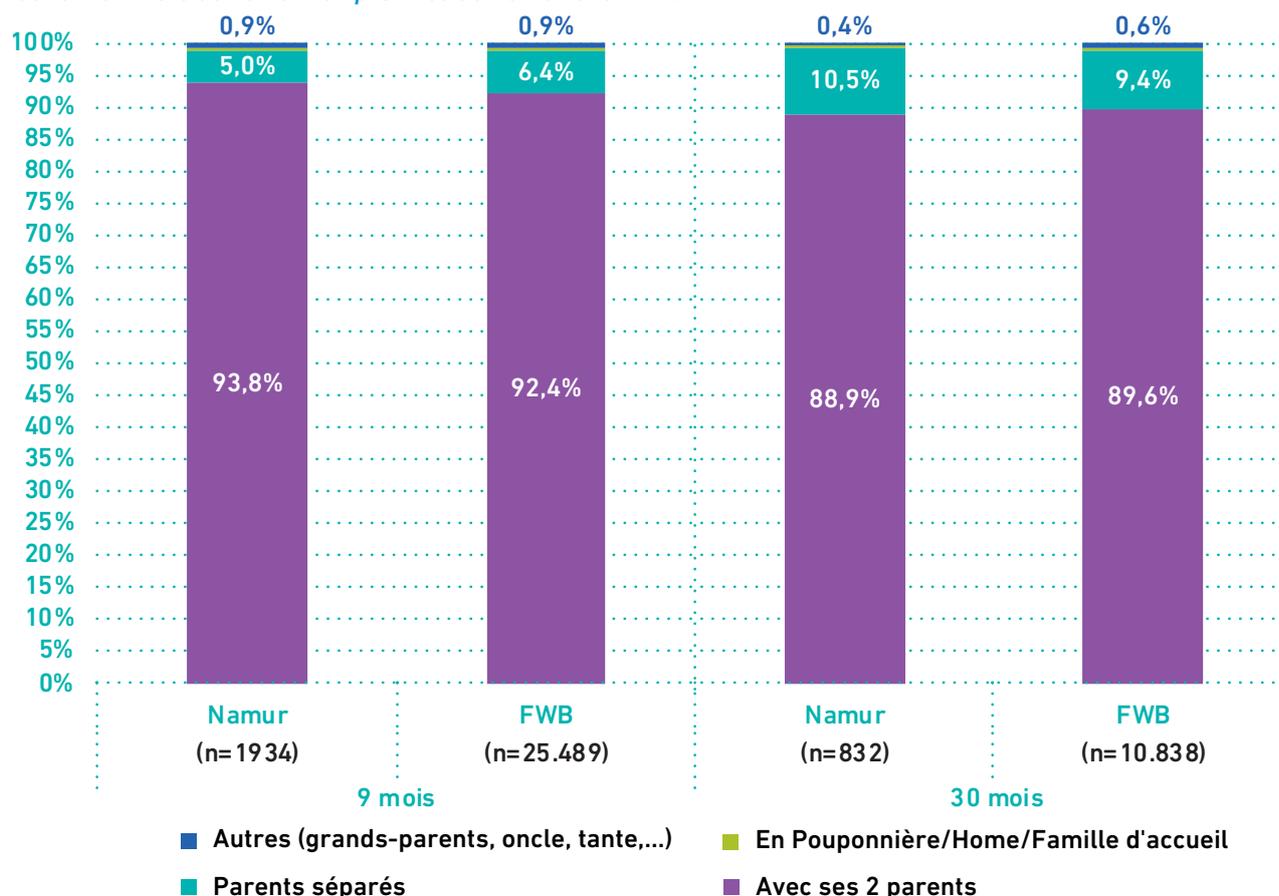
3.2 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE

3.2.1 Situation familiale de l'enfant

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

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

Situation familiale de l'enfant en province de Namur et en FWB



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

À 9 mois, la situation familiale des enfants dans la province de Namur est assez identique à celle des enfants en FWB. Plus ou moins 94% des enfants vivent avec leurs 2 parents. La proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre 10% à 30 mois. En province de Namur, 5,2% des enfants à 9 mois suivis en milieu d'accueil vivent avec leurs parents séparément (3,8% en FWB) pour atteindre 9% à 30 mois (8,8% en FWB). Ces résultats sont stables dans le temps.

En province de Namur, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est très faible et reste inférieur à 1% ces 10 dernières années, quel que soit le bilan de santé. En FWB, le taux d'inconnues est un peu plus élevé variant de 3,5% pour le Bilan de santé à 9 mois à 8,3% pour le Bilan de santé à 30 mois.

Selon l'Institut pour un Développement Durable (IDD), au 1er janvier 2019, il y avait en Wallonie-Bruxelles 206.311 parents seuls âgés de 20 à 59 ans, dont 153.198 en Wallonie (74,3%) et 53.113 à Bruxelles (25,7%). Entre 1991 et 2019, le nombre de parents seuls a augmenté au total de 79.423 unités, soit 62,6% d'augmentation. La hausse est particulièrement importante en Wallonie : +71% ; pour Bruxelles, elle est de +42,3%. La Wallonie a observé de 1991 à 2007 une très forte augmentation de la part des familles monoparentales dans le total des familles, passant de 16,8% à 27%. Après 2007, cette proportion s'est stabilisée autour de 28%. En 2019, elle était de 28,3%. À Bruxelles, cette part a augmenté jusqu'en 2007, pour reculer depuis lors. Au total, en 2019, la part des familles monoparentales est de 27,7%.⁴

⁴ Institut pour un Développement Durable, « Les familles monoparentales dans l'espace Wallonie-Bruxelles : un état des lieux », Brève de l'IDD n°39, 14-05-2020, 11 pages.



Sophie DUBOIS,

Partenaire Enfants-Parents

Que pouvez-vous nous dire des familles que vous accompagnez et de votre région plus rurale?

« Depuis 10 ans, je travaille sur l'entité d'Eghezée. La commune est très étendue et parsemée de terres agricoles, dans un cadre bucolique.

La plupart des familles qui s'y installent s'éloignent de leur réseau social et doivent reconstruire des liens. Un facteur de vulnérabilité quand un bébé arrive et que l'isolement se fait ressentir par la maman lorsque le papa reprend le travail.

Un autre profil de familles que je rencontre, ce sont des habitants de générations en générations avec la présence quasi quotidienne des grands parents, tantes, oncles, cousins etc.

La population est assez homogène. Il y a un petit pourcentage de mixité culturelle et un petit pourcentage de familles demandant un soutien renforcé. Ces dernières sont souvent en transit dans la commune avant de rejoindre à nouveau la ville. »

Quelles actions l'ONE met sur pied pour accompagner au mieux dans ce contexte ?

« Le déplacement constitue une grande difficulté. Une de nos priorités est de rendre nos services les plus accessibles possibles vu la configuration de la commune et de sa population. Je passe la majeure partie de mon temps en voiture pour sillonner avec les consultations mobiles, les visites à domicile, les maisons d'enfants situées dans différents villages et les consultations périodiques.

Par ailleurs, j'organise une consultation le samedi matin afin de permettre aux mamans de venir avec le papa, et pour un certain nombre de familles qui travaillent à Bruxelles.

La réalité pour certaines familles, c'est le manque d'accessibilité à certains services, la difficulté de déplacement et l'isolement. Des activités collectives me semblent assez intéressantes dans ce cas.

Un festival petit enfance est également organisé une fois par an à l'initiative du centre culturel dans cette optique de partage et d'échanges. »

Et vous en tant que Pep's au centre de cette réalité ?

« Mon travail de PEP's en milieu rural demande donc une bonne articulation avec un petit réseau. Je dois être créative car certaines familles n'ont pas les moyens et les facilités pour se rendre vers des services d'aide sur le Namurois (je pense par exemple au Centre de guidance). Il s'agit donc de travailler la plupart du temps avec des équipes mobiles et la sollicitation de la commune est souvent d'un grand soutien.

Enfin, ce contexte de travail me demande une grande organisation pour optimiser mon temps. Il faut aussi savoir que les consultations mobiles et périodiques amènent régulièrement les familles à changer de consultation pour diverses raisons. »

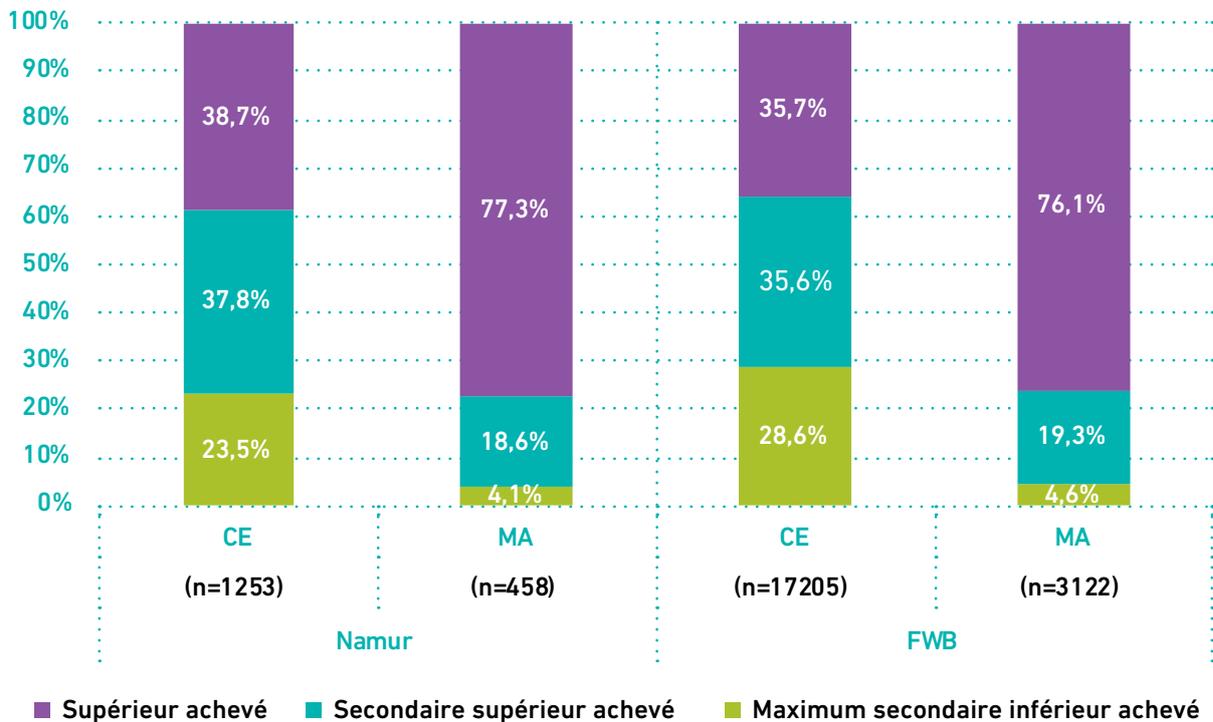


3.2.2 Niveau d'enseignement de la mère

Le niveau d'enseignement 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 sco-

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

Niveau d'enseignement de la mère selon le type de structure en province de Namur et en FWB



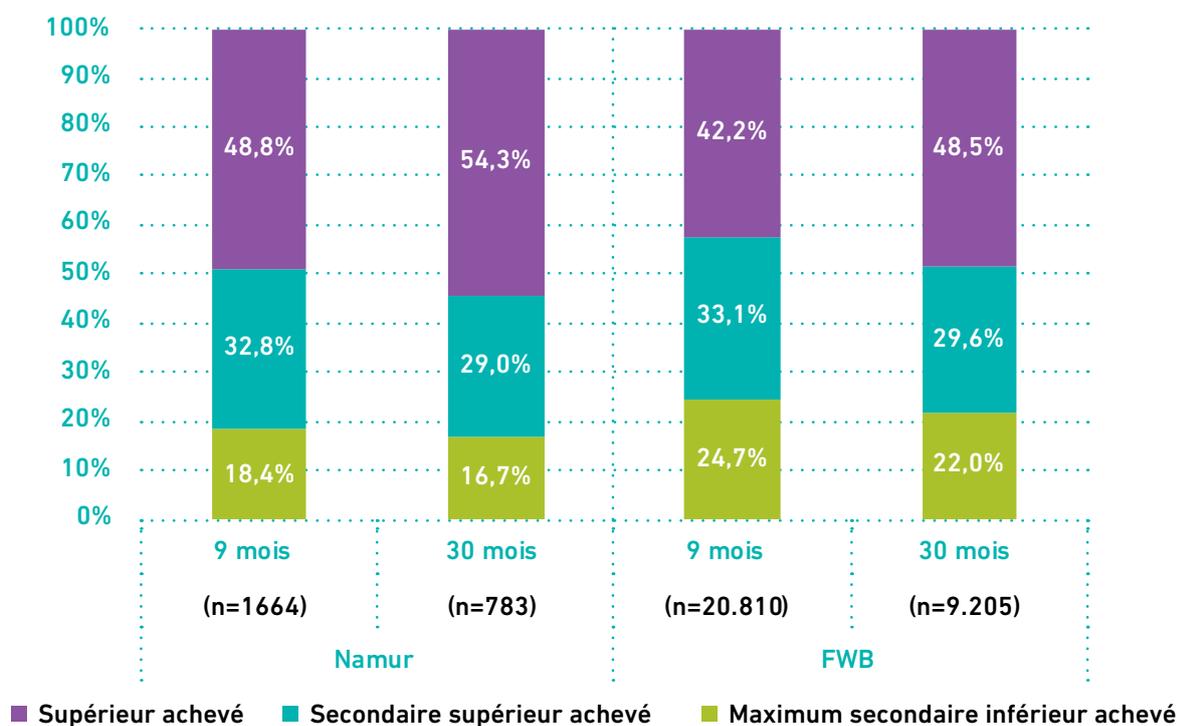
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

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

En 2017-2018, en province de Namur, 77,3% des mères d'enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre 38,7% des mères des enfants suivis en consultation. En FWB, en consultation pour enfants, 28,6% des mères ont obtenu tout au plus le diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, contre 4,6% en milieu d'accueil.



Niveau d'enseignement de la mère en province de Namur et en FWB



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

En 2017-2018, que ce soit lors du Bilan de santé à 9 ou à 30 mois, la proportion des mères qui détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur (3ème secondaire) est plus élevée pour l'ensemble de la FWB qu'en province de Namur. Cette différence s'explique par la plus grande proportion de documents remplis en milieu d'accueil à Namur par rapport à la FWB, comme expliqué plus haut.

A 30 mois, le niveau d'enseignement global des mères namuroises est plus élevé avec 54,3% ayant un diplôme de l'enseignement supérieur contre 48,8% à 9 mois.

Sur ces dix dernières années, les Bilans de santé à 9 mois indiquent une évolution positive du niveau d'enseignement de la mère, que ce soit en province de Namur ou en FWB. En effet, le pourcentage de mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur passe de 42,8% en 2009-2010 à 48,8% en 2017-2018. Cette différence est logiquement compensée par une diminution de la proportion des niveaux d'études primaires, secondaires inférieures (de 20,6% à 18,4%) et secondaires supérieures (de 36,7% à 32,8%). En FWB, les mêmes tendances sont observées.

Cependant, lors du Bilan de santé à 30 mois, la tendance s'inverse en province de Namur. Les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur passe de 59,2% en 2009-2010 à 54,3% en 2017-2018. Cette différence est ici compensée par une légère augmentation de la proportion des niveaux d'études primaires, secondaires inférieures (de 13,7% à 16,7%) et secondaires supérieures (de 27,1% à 29%). En FWB, les chiffres restent similaires de 2009 à 2018 pour les trois niveaux d'études de la mère

lors du remplissage du Bilan de santé à 30 mois.

Même si le taux d'inconnues pour cette variable diminue au fur et à mesure des années, celles-ci restent néanmoins élevées avec 19,3% pour le Bilan de santé de 9 mois et 19,2% pour le Bilan de santé de 30 mois, en 2017-2018 pour la FWB. En province de Namur, ceux-ci sont plus bas avec 10,9% à 9 mois et 8,3% à 30 mois, en 2017-2018.

Selon les données CENSUS⁵, en 2011, 27,4% de la population de la province de Namur détenait un diplôme de l'enseignement supérieur. La commune d'Hastière située en province de Namur fait partie des 10 communes de Belgique où la proportion de la population ayant un diplôme du supérieur est la moins élevée (14%).

En Belgique, selon l'enquête sur les forces de travail réalisée chaque année, en 2016, 13,9% des belges détenaient aucun diplôme ou uniquement un diplôme de l'enseignement primaire (20,2% en 2008). Un cinquième de la population a seulement un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. L'enseignement secondaire supérieur est le niveau d'instruction le plus élevé pour 35,7% de la population. Par contre, le taux de la population diplômée de l'enseignement supérieur tend à augmenter avec les années pour atteindre 29,9% en 2016, 32,7% en 2018 et 32,9% en 2019 contre 25,1% en 2008. L'enquête sur les forces de travail (EFT) est une enquête socio-économique par sondage menée auprès des ménages belges mais aussi européens afin d'avoir des données comparatives. Son but principal étant de classer la population en âge de travailler.⁶

L'enquête sur les forces de travail a également observé

⁵ http://census2011.fgov.be/data/fresult/fresults_fr.html ; https://www.census2011.be/data/fresult/highdegree_fr.html

⁶ <https://statbel.fgov.be/fr/survey/enquete-sur-les-forces-de-travail-eft> ; <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/299-de-la-population-un-diplome-de-l-enseignement-superieur> ; <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/475-des-30-34-ans-ont-un-diplome-de-l-enseignement-superieur-0>

que le niveau d'instruction de la population belge a fortement augmenté entre 1986 et 2016. En 1986, 65,1% des hommes et 71,2% des femmes de 15 ans et plus détenaient tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Au cours des dernières décennies, ce pourcentage de personnes peu qualifiées a baissé tant chez les hommes que chez les femmes pour passer sous la barre des 40%. Chez les deux sexes, ce recul s'est traduit par une hausse du nombre de personnes moyennement et hautement qualifiées.

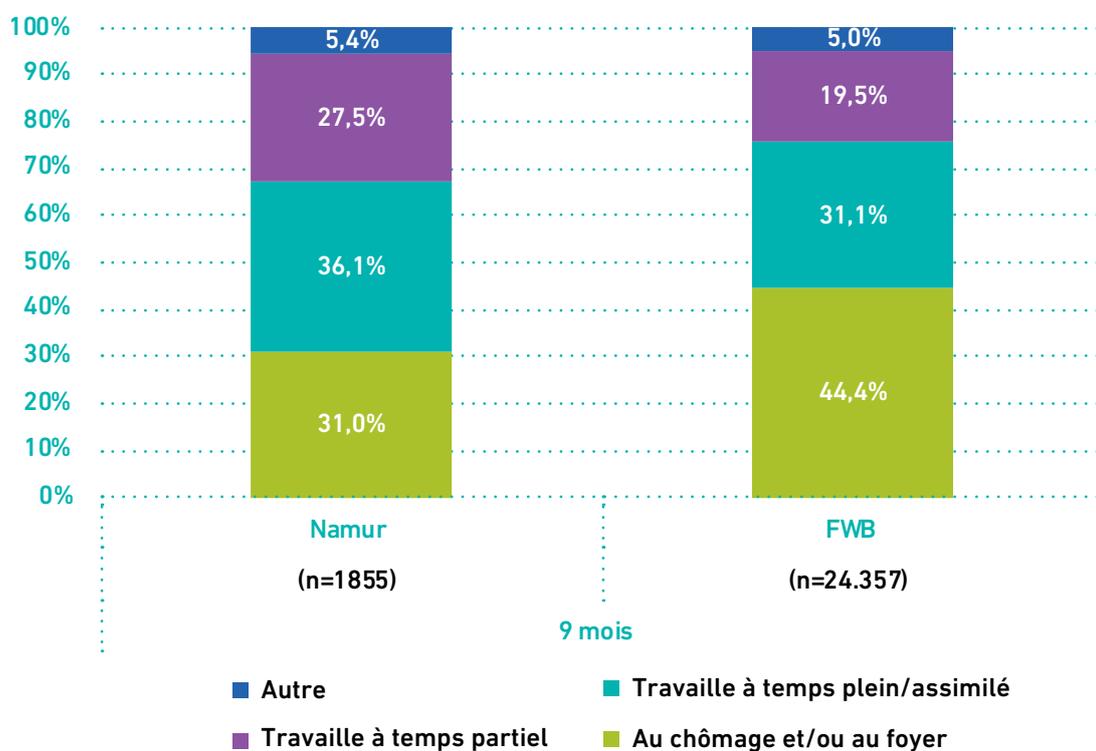
La progression la plus significative est à mettre à l'actif des femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. En 1986, 11,1% des femmes détenaient un diplôme de l'enseignement supérieur. En 2016, le pourcentage de femmes hautement qualifiées a grimpé à 31,1%.

La part de femmes hautement qualifiées dépasse le pourcentage d'hommes hautement qualifiés (28,7%). Enfin, en 2016, 38,1% des hommes et 33,5% des femmes étaient en possession d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur sans avoir achevé d'études supérieures.

Les différences observées au niveau des résultats avec l'ONE peuvent être attribuées à différents facteurs : une déclaration erronée lors de la récolte de données, une différence de niveau d'enseignement entre les équivalences de diplôme, une mauvaise évaluation du niveau du diplôme de la part du déclarant, l'ONE ne représente pas toute la population belge ou un taux d'inconnues assez élevé pour ce type de question.

3.2.3 Situation professionnelle de la mère

Situation professionnelle de la mère en province de Namur et en FWB



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

La situation professionnelle de la mère est récoltée lors du Bilan de santé à 9 mois. Cette question comporte 7 choix de réponse. Certaines catégories ont été regroupées. La catégorie « travaille à temps plein ou assimilé » reprend les mères travaillant à temps plein, actives au moment du bilan mais également celles en congé parental ou en pause carrière. La catégorie « autre » regroupe toutes les autres situations, notamment celles où les mères sont étudiantes, invalides ou en incapacité de travail. Cette question permet de distinguer la proportion des mères actives de celle des inactives au moment du bilan de santé.

La situation d'emploi de la mère est relativement différente selon les régions. En province de Namur, une mère sur 3 est inactive professionnellement (au chômage ou sans emploi). Tandis qu'en FWB c'est presque 1 sur 2. La proportion de mères inactives tend à diminuer au fil des années avec 38,1% en 2009-2010 et 31% en 2017-2018

pour la province de Namur. En FWB, la même tendance est observée, ce pourcentage passant de 47,4% à 44,4%.

La proportion des mères actives quant à elle tend à augmenter au fur et à mesure des années avec 60,1% en 2009-2010 pour atteindre 63,6% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Namur en 2017-2018. Il en va de même pour la FWB, qui passe de 48,9% à 50,6%. Cette tendance à l'augmentation du travail des femmes est également observée au niveau de la population générale en Belgique. Et nous pouvons aussi remarquer que selon les données de Statbel, décrites ci-dessous, 61,1% des femmes wallonnes de 20 à 64 ans travaillent en 2019. Les données récoltées dans le Bilan de santé à 9 mois sont d'ailleurs légèrement supérieures pour la province de Namur (63,6%).

En Belgique, selon l'enquête sur les forces de travail publiée par Statbel, l'office belge de statistique, les années

2018 et 2019 furent très favorables pour le marché du travail. Le taux d'emploi des 20 à 64 ans a progressé de 69,7% en 2018 pour atteindre 70,5% en 2019. Tandis que le taux de chômage des 15 à 64 ans a baissé de 6% en 2018 à 5,4% en 2019, soit la moyenne annuelle la plus faible depuis le début des mesures en 1983. Les femmes connaissent les plus fortes évolutions, si bien que l'écart de taux d'emploi entre hommes (74,5%) et femmes (66,5%) se réduit et le taux de chômage des femmes (5%) descend encore un peu plus sous celui des hommes (5,8%).

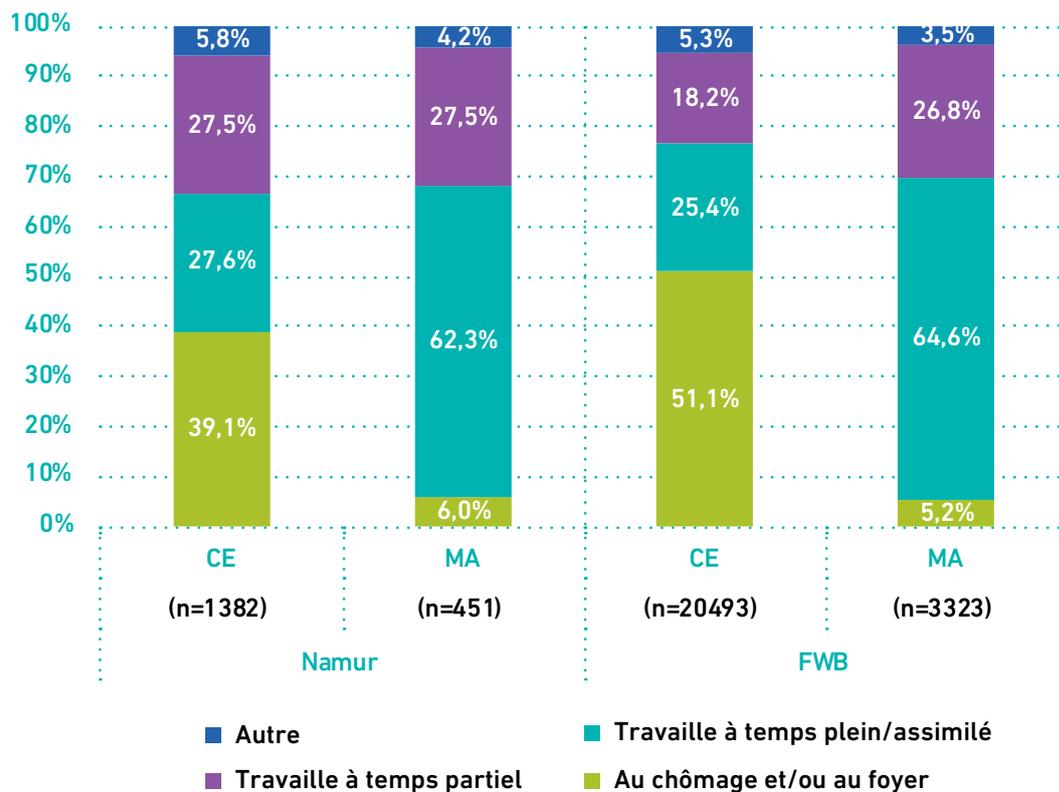
Les évolutions du taux d'emploi et du taux de chômage sont positives dans les trois régions, mais il subsiste de grandes différences entre les régions. En Flandre, le taux d'emploi des 20-64 ans est de 75,5%. Ce taux est de 64,6%

en Wallonie et de 61,7% à Bruxelles.

Si on regarde plus exactement au niveau du genre, 66,5% des femmes âgées de 20 à 64 ans travaillaient en 2019. La différence est toujours bien marquée selon les régions avec 71,5% des femmes flamandes qui ont un emploi. Pour les femmes wallonnes et bruxelloises, les pourcentages s'élèvent à respectivement 61,1% et 56,0%.

Le taux de chômage recule dans toutes les régions, mais la baisse la plus prononcée s'observe en Wallonie. Le taux de chômage y a baissé entre 2018 et 2019 de 8,5% à 7,2%, surtout sous l'effet d'une forte diminution chez les femmes où il recule de 8,0% en 2018 à 6,0% en 2019. Le taux de chômage a reculé de 13,4% à 12,7% à Bruxelles et de 3,5% à 3,3% en Flandre.⁷

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



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

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

Par contre, si l'on prend en considération uniquement les enfants provenant des consultations pour enfants, 39% en province de Namur et 51% en FWB des mères sont inactives professionnellement. On peut également remarquer qu'en province de Namur, il y a une proportion plus importante de mères qui travaillent à temps partiel (27,5%) par rapport à la FWB (18,2%).

En 2017-2018, la situation de la mère était inconnue pour 5,7% des enfants en province de Namur et pour 7,7% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

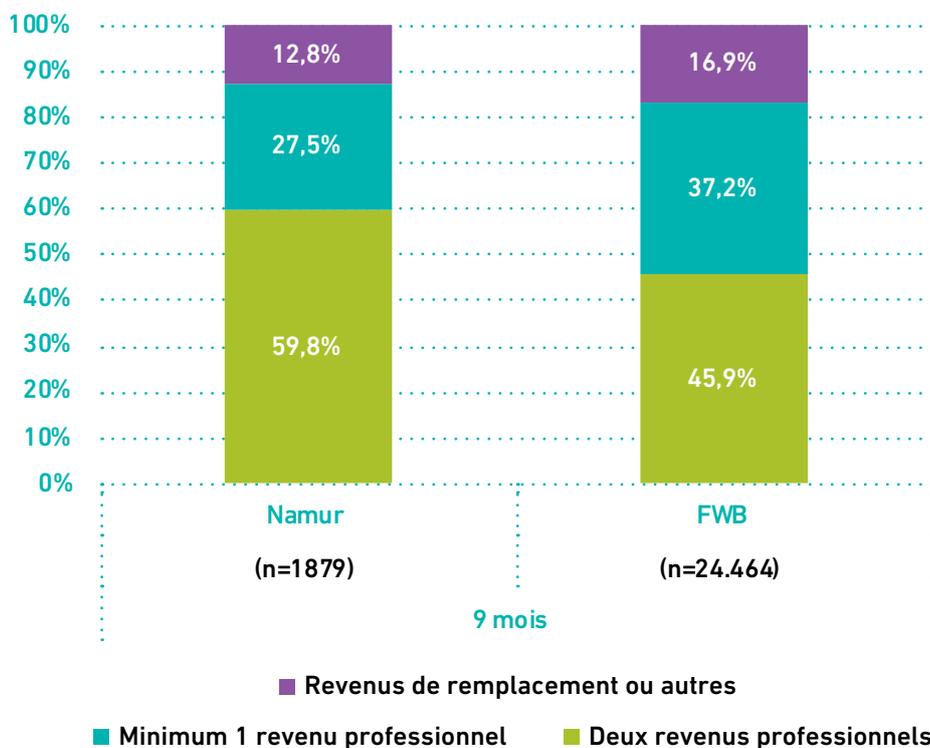
⁷ <https://statbel.fgov.be/fr/survey/enquete-sur-les-forces-de-travail-efi> ; <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/705-des-20-64-ans-avaient-un-emploi-en-2019>

3.2.4 Revenus de la famille

Les revenus de la famille tiennent compte de la situation officielle des parents et sont relevés lors du Bilan de santé à 9 mois. Cette question reprend initialement 6 possibilités de réponse qui ont été catégorisées. La catégorie « deux revenus professionnels » implique que le 2ème 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 autre.

Revenus de la famille en province de Namur et en FWB



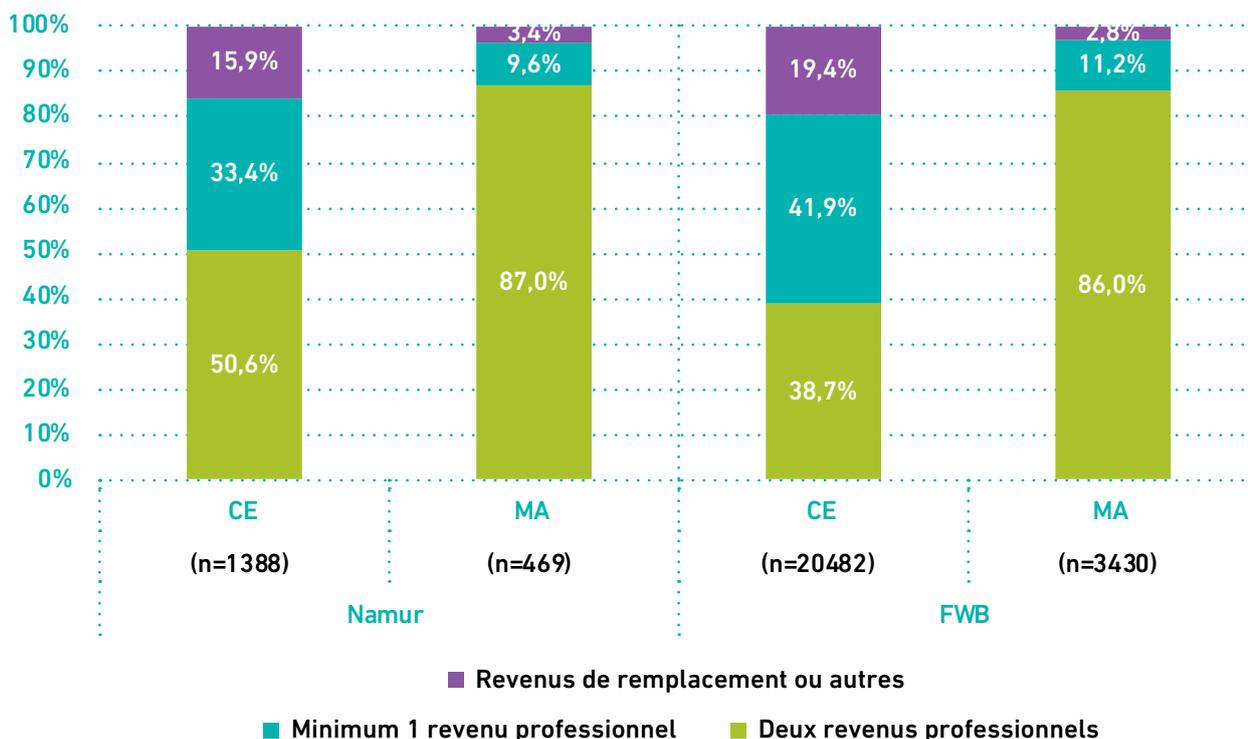
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

Lors du Bilan de santé à 9 mois, en 2017-2018, 60% des familles en province de Namur disposent de deux revenus professionnels et 27,5% de minimum un revenu professionnel. Les résultats pour la FWB ne sont pas totalement identiques. Seulement 46% des familles disposent de deux revenus professionnels et 37,2% de minimum un revenu professionnel. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la situation professionnelle de la mère.

Au fur et à mesure des années, les résultats sont stables que ce soit pour la FWB ou la province de Namur. Cependant, en province de Namur, on peut observer une augmentation du nombre de familles avec minimum un revenu professionnel, passant de 21,5% en 2009-2010 à 27,5% en 2017-2018. Et les familles avec des revenus de remplacement ou autres diminuent de 19,9% en 2009-2010 à 12,8% en 2017-2018.



Revenus de la famille en fonction du type de structure en province de Namur et en FWB



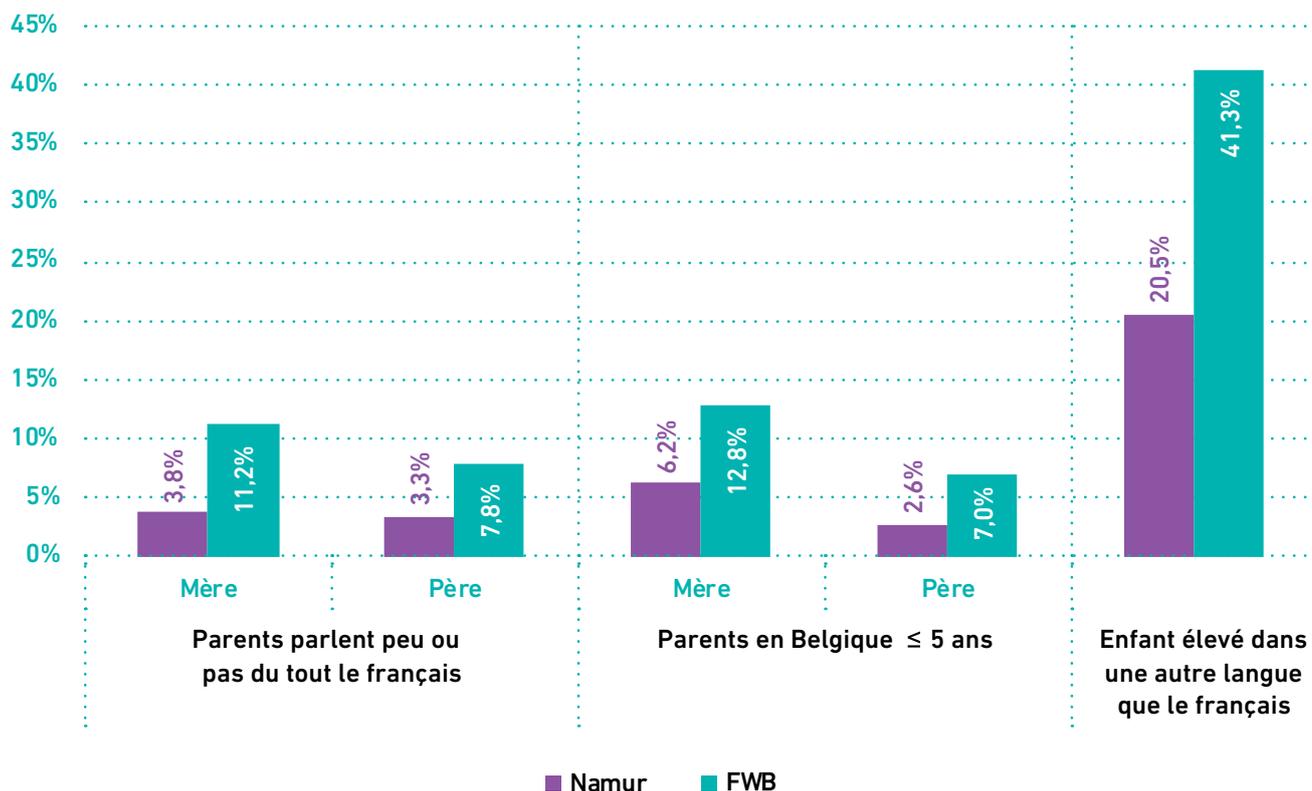
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2017-2018

En province de Namur, 87% des enfants suivis en milieu d'accueil sont issus d'une famille disposant de 2 revenus professionnels alors qu'ils ne représentent que 50% des enfants suivis en consultation. Les résultats sont simi-

ilaires en FWB pour les enfants suivis en milieu d'accueil. Par contre, au niveau des consultations, seulement 39% des familles en FWB disposent de deux revenus professionnels et 42% de minimum un revenu professionnel.

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

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



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

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

En moyenne, les parents d'enfants suivis par l'ONE en province de Namur ont une très bonne maîtrise de la langue française et seulement 6% d'entre eux sont arrivés en Belgique endéans les 5 ans.

Que ce soit vers 18 ou 30 mois, environ 1/5 des enfants namurois sont éduqués à la maison dans une autre langue que le français, pourcentage inférieur de moitié à

la FWB (41,3%). Cependant, des disparités sont observées en fonction des régions. Entre 2009 et 2018⁸, la commune de Namur comptait 45,9% des familles parlant une autre langue que le français. Ce pourcentage était également un peu plus élevé que la moyenne dans les communes de Dinant (26,4%) et Andenne (23,7%).

Dans la commune de Namur, on peut également observer sur ces dix dernières années, entre 2009 et 2018, que 16,9% des mères sont en Belgique depuis moins de 5 ans et que 12,8% de celles-ci ne maîtrisent pas du tout le français ou très peu.



Marie PODGORNÝ,

Partenaire Enfants-Parents

Quel sont les particularités du travail dans un contexte rural ?

« Actuellement, je travaille en ville, dans une commune urbaine. Je dirais que l'accessibilité est différente au niveau des distances à parcourir pour se rendre dans les consultations rurales, qui sont également moins nombreuses qu'en ville. »

Quels sont les marqueurs des inégalités que vous pouvez percevoir ?

« L'inégalité sociale, les difficultés d'accès à la langue française et les spécificités culturelles qui provoquent parfois l'isolement. Il y a également l'absence de soutien familial pour certains parents, des problèmes de papiers, ou encore, de droit de séjour en Belgique. »

Quelles situations de précarité relevez-vous concrètement ?

« Je constate surtout des situations de précarité financière car la consultation compte beaucoup de personnes bénéficiant de l'aide sociale. »

3.2.6 Fréquentation d'un milieu d'accueil

Fréquentation d'un milieu d'accueil par l'ensemble des enfants suivis à l'ONE en province de Namur et en FWB

		2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018
Bilans de santé à 9 mois	Namur	49,1%	49,3%	51,8%	55,5%
	FWB	34,8%	35,8%	37,8%	39,9%
Bilans de santé à 30 mois	Namur	73,0%	70,7%	77,2%	74,8%
	FWB	58,2%	59,8%	61,3%	62,4%

BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2018

Ce tableau présente le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil parmi l'ensemble des enfants bénéficiant d'un suivi ONE, que le suivi ait eu lieu en consultation (CE) ou en milieu d'accueil (MA). Cette question est présente dans les Bilans de santé à 9 mois et à 30 mois depuis 2010.

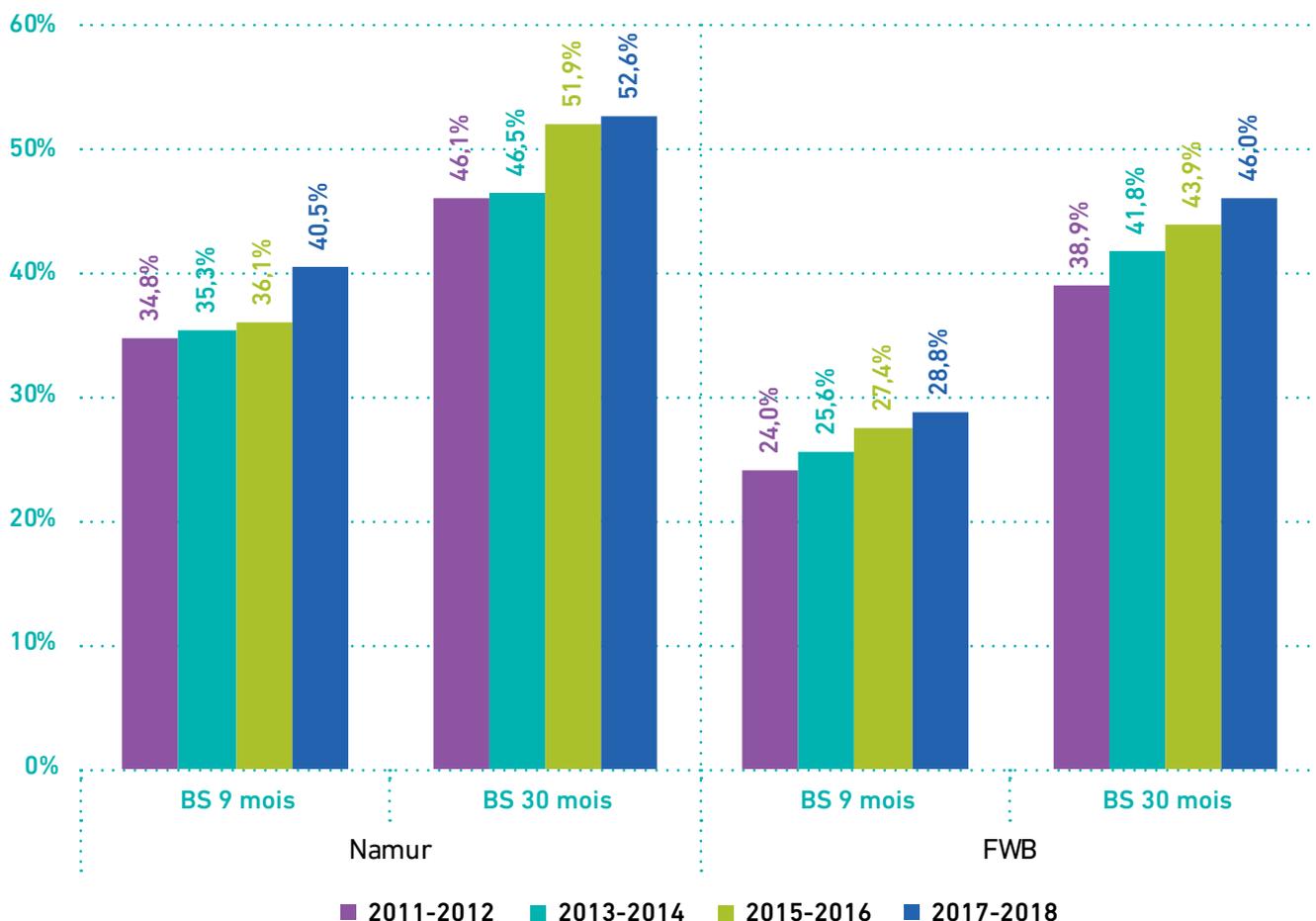
Au fur et à mesure du temps, le taux de fréquentation d'un MA ne cesse d'augmenter, quel que soit l'âge de l'enfant et la région. En province de Namur, la fréquentation d'un MA à 9 mois mais aussi à 30 mois est bien supérieur aux taux de la FWB. Cela peut notamment s'expliquer par le pourcentage de mères qui travaillent (64%) mais également par le très beau taux de participation des milieux d'accueil dans le remplissage des Bilans de santé.

En 2017-2018, à 9 mois 55,5% et à 30 mois presque 75% des enfants ayant bénéficié d'un suivi ONE fréquentent un MA, taux élevés vu que ceux-ci incluent les enfants suivis en MA (leur taux de fréquentation étant de 100%). Ces taux sont très encourageants, sachant qu'à 30 mois, l'enfant fréquentera très prochainement l'école et le MA peut ainsi l'aider dans sa sociabilisation, son autonomie, etc...

En province de Namur, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est en moyenne de 8% pour les Bilans de santé à 9 mois (12,5% en FWB) et de 1,7% pour ceux de 30 mois (9% en FWB).

⁸ Le cumul des années permet d'avoir un effectif plus élevé.

Fréquentation d'un milieu d'accueil par l'ensemble des enfants suivis en consultation à l'ONE, hors MA en province de Namur et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2011-2018

Pour la province de Namur, parmi les enfants suivis uniquement en consultation pour enfants, la proportion d'enfants fréquentant un milieu d'accueil a augmenté pour atteindre, en 2018, environ 41% des enfants à 9 mois et presque 53% à 30 mois. Si cette augmentation de fréquentation est aussi visible en FWB, on observe cependant une nette différence entre la province et la FWB. A 9 mois, en province de Namur, 40,5% des enfants suivis en CE fréquentent un milieu d'accueil contre 28,8% en FWB. A 30 mois, l'écart se réduit avec 52,6% en province de Namur et 46% en FWB d'enfants qui fréquentent un

milieu d'accueil.

La province de Namur reste néanmoins avec des taux supérieurs qui peuvent entre autres s'expliquer par les taux d'emploi des mères élevés pour les enfants suivis en consultation à l'ONE. A 9 mois, en 2017-2018, 43,9% des mères travaillent à temps plein et 41,4% de celles-ci sont à temps partiel pour les enfants suivis uniquement en consultation pour enfants et fréquentant un milieu d'accueil.

3.2.7 Conclusion

Les différents indicateurs socio-familiaux repris dans les bilans de santé sont relativement stables au cours de ces 10 dernières années dans la province de Namur tout comme dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La plupart des enfants pour qui un Bilan a été dressé, vivent au quotidien avec leurs 2 parents et cette proportion diminue avec l'âge des enfants. En 2017-2018, la situation familiale des enfants dans la province de Namur est assez identique à celle des enfants en FWB. A 9 mois, plus ou moins 94% des enfants vivent avec leurs 2 parents contre 89% à 30 mois. La proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre 10% à 30 mois.

Concernant le niveau d'enseignement des mères, en 2017-2018, 49% des mères de la province de Namur ont un niveau d'enseignement supérieur, 33% ont achevé leur niveau d'instruction secondaire supérieur et 18% détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur au moment du Bilan à 9 mois de leur enfant. A 30 mois, le nombre des mères namuroises avec un diplôme supérieur est plus élevé avec 54%, 29% ont atteint le niveau secondaire inférieur et presque 17% le niveau secondaire inférieur.

Si l'on compare le niveau d'enseignement des mères en fonction du lieu où le suivi de l'enfant a été effectué, on constate que les mères d'enfants suivis en milieu d'accueil ont un niveau d'enseignement plus élevé que celles

des enfants suivis dans les consultations pour enfants. En 2017-2018, en province de Namur, 77,3% des mères d'enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre 38,7% des mères des enfants suivis en consultation.

La situation professionnelle de la mère est relativement différente selon les régions. En province de Namur, une mère sur 3 est inactive (au chômage ou sans emploi). Tandis qu'en FWB, c'est presque 1 sur 2. La proportion de mères inactives tend à diminuer au fil des années avec 38,1% en 2009-2010 et 31% en 2017-2018 pour la province de Namur. En FWB, la même tendance est observée, de 47,4% à 44,4%.

La proportion des mères actives quant à elle tend à augmenter au fur et à mesure des années avec 60,1% en 2009-2010 pour atteindre 63,6% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Namur. Il en va de même pour la FWB, qui passe de 48,9% à 50,6%.

Lors du Bilan de santé à 9 mois, en 2017-2018, 60% des familles en province de Namur disposent de deux revenus professionnels et 27,5% de minimum un revenu professionnel. Les résultats pour la FWB ne sont pas totalement identiques. Seulement 46% des familles disposent de deux revenus professionnels et 37,2% de minimum un revenu professionnel.

En outre, on constate que les familles dont les enfants sont suivis en consultation sont plus vulnérables socio-économiquement que celles dont le suivi médico-social de l'enfant a lieu en milieu d'accueil.

La proportion des enfants suivis en consultation à l'ONE et qui fréquentent un milieu d'accueil a augmenté légèrement ces dernières années en province de Namur pour atteindre, à 9 mois, 55,5% et à 30 mois 75% (données de 2017-2018). Ces taux sont supérieurs à ceux des enfants résidant en FWB.

3.3 L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

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

Le lait maternel, évoluant en fonction de l'âge de l'enfant, est composé notamment d'eau, de lipides, glucides et de protéines. Il contient également des anticorps contre les bactéries et les virus, ainsi que 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.^{9,10}

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 de dépression post-partum. Outre ces avantages, l'allaitement maternel est gratuit et disponible pour la mère.^{9,11}

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. Le soutien de l'entourage, qu'il provienne du partenaire, de la famille ou des amis, influence positivement l'allaitement. La transmission d'informations et le soutien des professionnels mais également une politique de santé permettant notamment un congé de maternité prolongé sont autant de facteurs favorables à la mise au sein et à la poursuite de l'allaitement maternel.^{9,10}

Parmi les mères allaitantes, on remarque encore trop souvent que l'abandon de l'allaitement survient au moment de l'entrée de l'enfant dans un milieu d'accueil suite à 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.

⁹ 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.

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

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

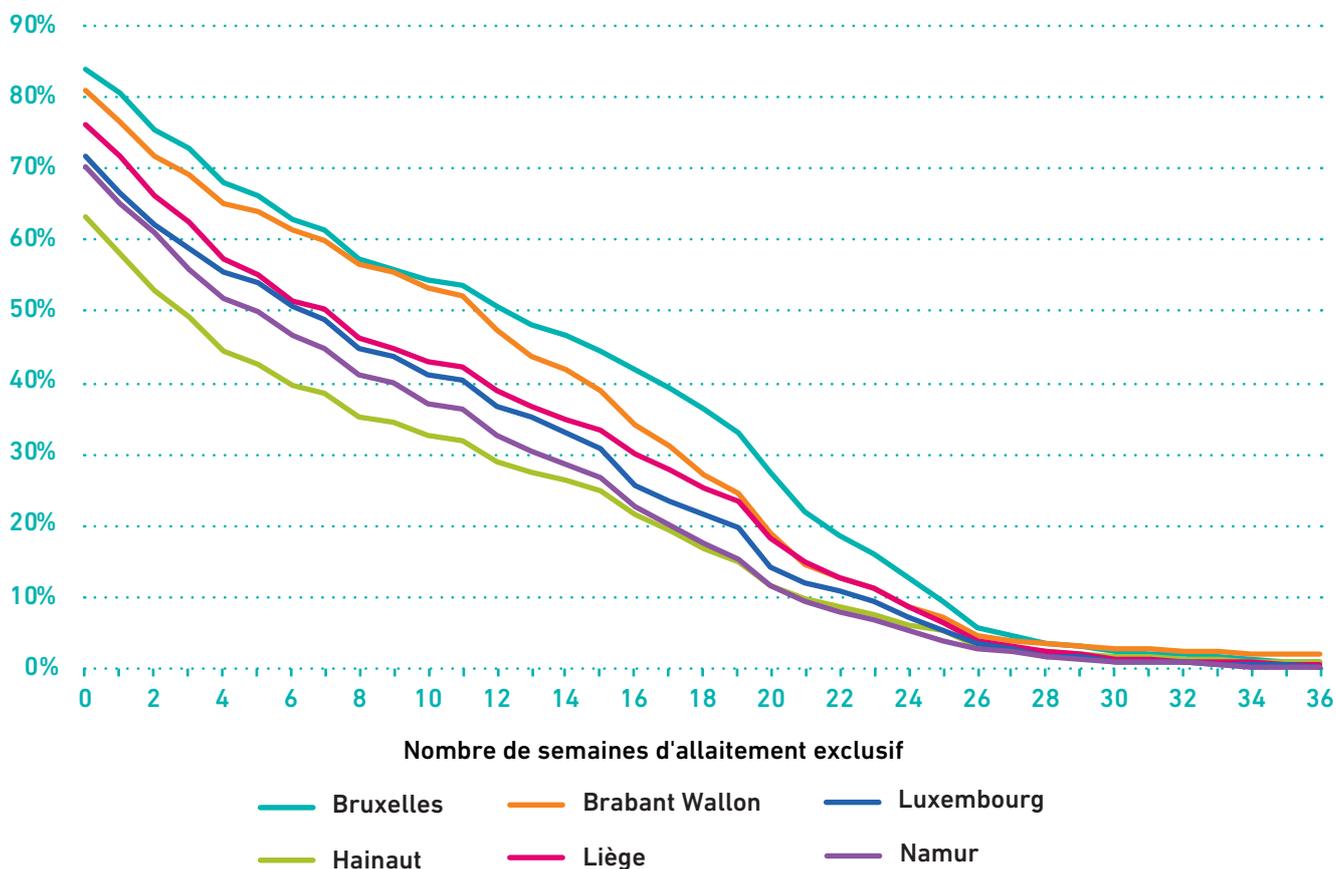
Dans cette optique, l'Office forme et sensibilise son personnel à un accompagnement de qualité concernant l'alimentation de l'enfant et ce, dans le respect du choix des familles.

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'allaitement mixte, quant à lui, comprend le lait maternel ainsi que l'administration du lait infantile et/ou d'autres aliments. Les enfants nourris uniquement au lait infantile ne sont pas pris en compte dans ces 2 catégories.

3.3.1 Allaitement maternel exclusif

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



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

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution de l'allaitement exclusif selon la région de résidence de l'enfant.

Le taux d'allaitement exclusif à moins d'une semaine de vie était de 68% en province de Namur et de 72,4% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2017-2018. Sur base des Avis de naissance, le taux d'allaitement à la sortie de la maternité des enfants résidant en province de Namur était de 78,3% en 2018 et de 80,6% en FWB¹².

A titre de comparaison, selon l'enquête belge de consommation alimentaire réalisée par l'Institut de Santé Publique (ISP) en 2014-2015, 77,6% des enfants ont été allaités de manière exclusive à la naissance.¹³

Bruxelles et le Brabant wallon sont les deux régions ayant les taux d'allaitement exclusif les plus élevés avec respectivement, 82,1% et 80,1% des enfants allaités de manière exclusive lors de leur 1^{re} semaine de vie. En-

suite, les courbes de décroissance évoluent parallèlement mais vers 18 semaines, la courbe du Brabant wallon se rapproche progressivement des autres provinces. Tandis que Bruxelles reste avec des taux bien au-dessus des autres provinces.

En province de Namur, 50,2% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 40,9% à l'âge 8 semaines et 32,9% à 12 semaines, soit un enfant sur trois.

En FWB, les taux étaient de 55,3%, 44,9% et 37,8% à respectivement 4, 8 et 12 semaines de vie. Durant la décennie 2007-2018, en province de Namur, les taux d'allaitement exclusif durant les premiers mois de vie ont varié dans une fourchette de 5%, mais sans montrer une réelle tendance à l'augmentation ou à la diminution. Le taux le plus élevé étant de 73,1% en 2011-2012 et le plus faible étant celui de 2015-2016, avec 67,9%.

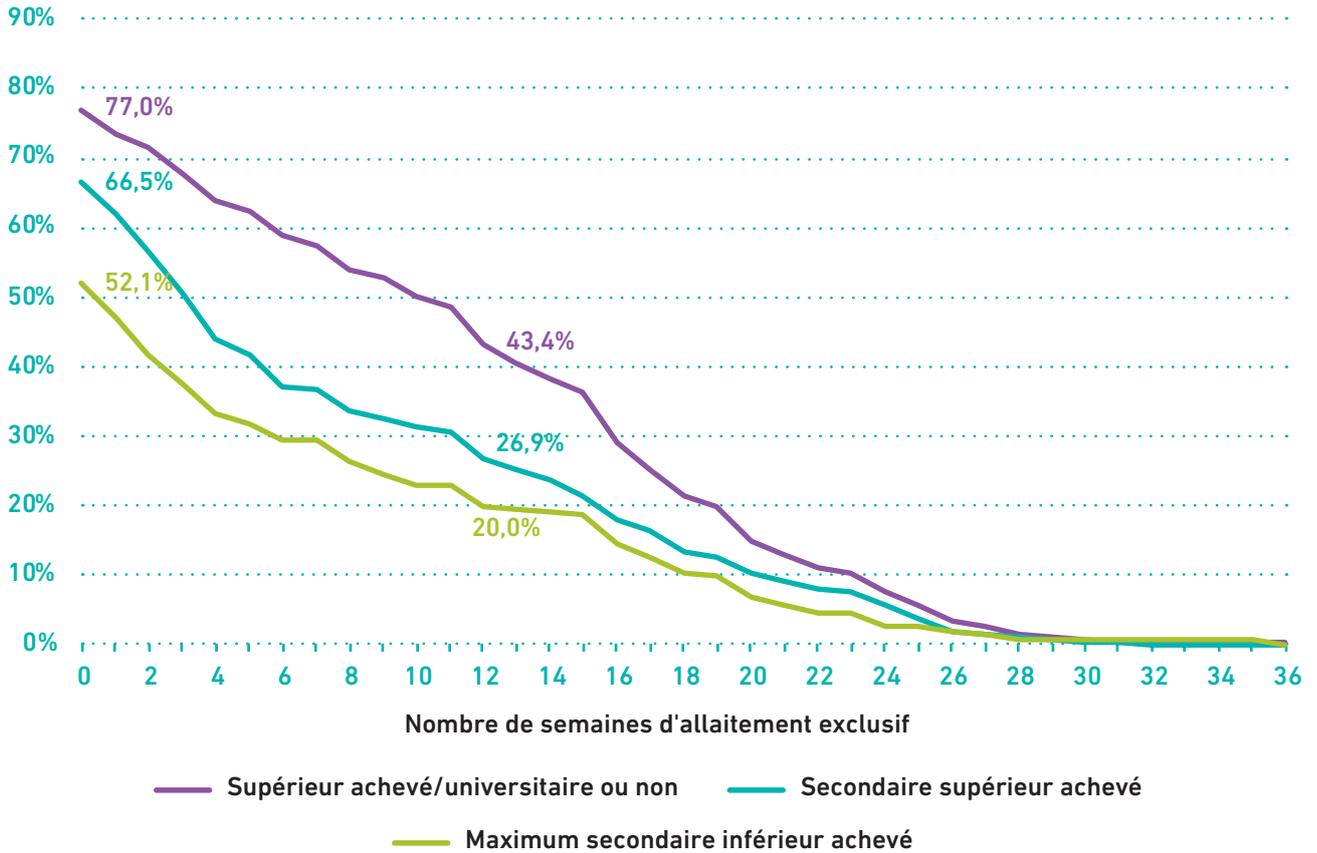
Les tendances en fonction des régions sont similaires depuis plusieurs années.

¹² Le taux de couverture des Avis de Naissance diffère de celui des Bilans de Santé de 9 mois.

¹³ Drieskens, S. Etat nutritionnel. Dans : Gisle L, Demarest S (ed.). Enquete de sante 2013. Rapport 2 : Comportements de sante et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014. Disponible en ligne : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf

3.3.2 Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale

Courbe d'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'études de la mère en province de Namur



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

Les courbes de décroissance sont calculées sur base de données récoltées dans la province de Namur en 2017-2018. De nombreux articles mettent en évidence un lien entre la pratique de l'allaitement maternel et le niveau socio-économique des mères, et plus particulièrement le niveau d'enseignement.

En province de Namur, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, le taux d'allaitement exclusif est directement proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, lorsque la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur, le taux d'allaitement exclusif en début de vie de l'enfant est de 77% contre 52,1% parmi les mères ayant achevé tout au plus le niveau d'enseignement secondaire inférieur, soit une différence de 25%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance est la même avec des taux d'allaitement plus élevés. Parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 80,2% allaitaient leur enfant en début de vie contre 63,3%

parmi les mères ayant le niveau d'enseignement le plus faible. Cette différence persiste jusqu'aux 12 semaines de l'enfant pour ensuite s'atténuer. En province de Namur, à 12 semaines, 43,4% des mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitaient encore leur enfant contre seulement 20% des mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance reste la même avec des taux d'allaitement un peu plus élevés. Parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 45,9% allaitaient leur enfant à 12 semaines de vie contre 30,4% parmi les mères ayant le niveau d'enseignement le plus faible.

Plus la mère a un niveau d'étude élevé, plus le taux d'allaitement est élevé et plus la durée d'allaitement est longue. L'association directe entre le taux d'allaitement, sa durée et le niveau d'étude de la mère est également citée dans la littérature scientifique.^{9, 14, 15}

¹⁴ Salavane B, de Launay C, Boudet J., et al, *Durée de l'allaitement maternel en France (Epiphane 2012-2013)*, Surveillance périnatale et nutritionnelle, Institut de Veille Sanitaire Unité, Université Paris13, France, 2014.

¹⁵ Noirhomme-Renard 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.

Courbe d'allaitement maternel exclusif en fonction de la situation familiale en province de Namur



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

On constate une différence de taux d'allaitement exclusif en fonction de la situation familiale de l'enfant. Le taux d'allaitement parmi les mères vivant avec l'autre parent est plus élevé et ce jusqu'aux 7 mois de l'enfant où les courbes se rejoignent. Les mères qui sont entourées et soutenues par leur conjoint ont tendance à prendre la décision d'allaiter mais également à allaiter leur enfant plus longtemps dans la durée.

Les mères ayant un emploi qu'il soit à temps plein, à temps partiel ou assimilé (congé parental) sont proportionnellement plus nombreuses à allaiter que les mères au foyer, au chômage ou ayant un autre statut (étudiantes, invalides...). Après un mois, le taux d'allaitement maternel exclusif pour les mères actives professionnellement est de 56,1%, soit un peu plus d'une mère sur 2. Ce même taux parmi les mères inactives est plus faible avec 37,9% pour les mères au chômage ou au foyer et 55,3% pour celles ayant un autre statut. A partir de 4 mois, les différences s'amenuisent.

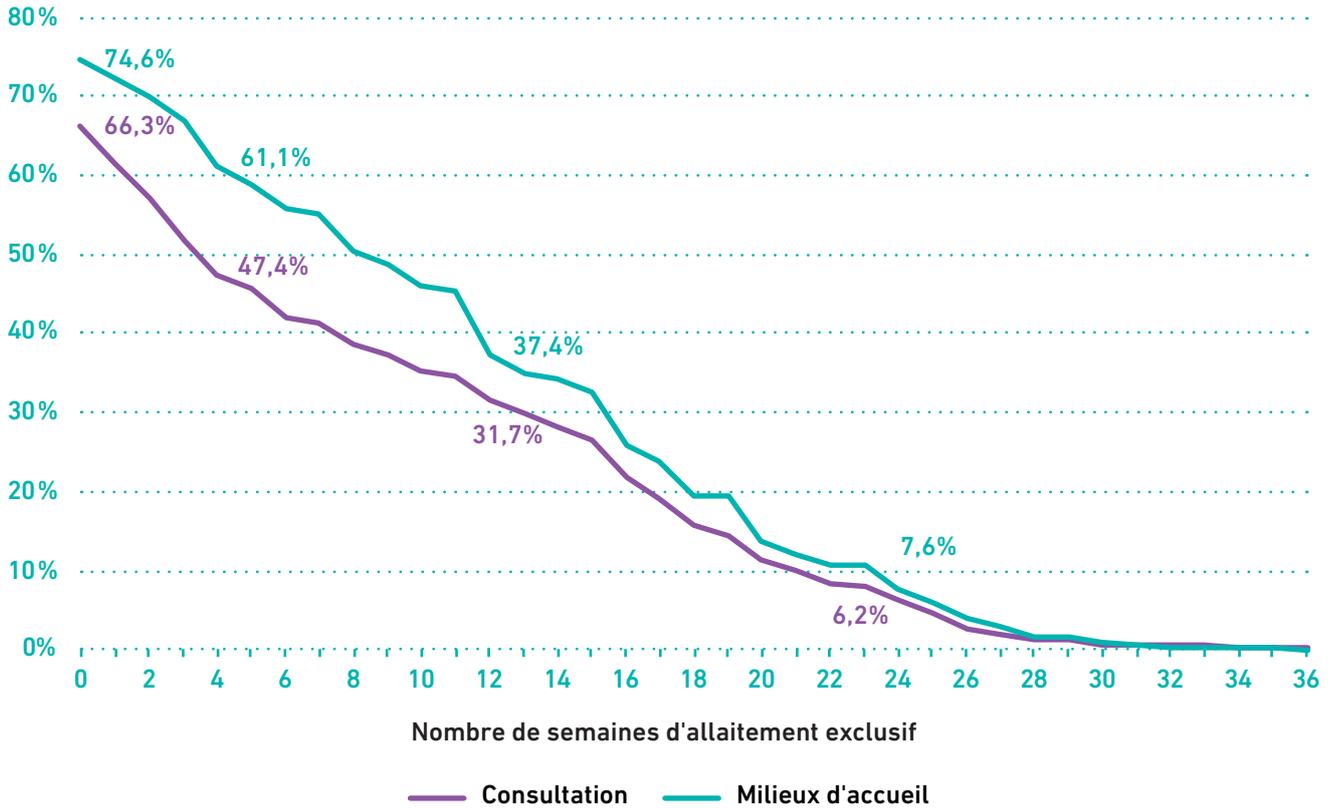
Le taux d'allaitement est également en lien avec le type de revenus. En effet, les taux d'allaitement sont plus élevés parmi les mères disposant d'au moins un revenu professionnel par rapport à celles n'ayant que des revenus de remplacement. Comme les autres indicateurs, les différences sont plus accentuées en début de vie de l'enfant pour atteindre des taux plus proches vers 4 mois.

Ces résultats sont comparables à ceux liés au niveau d'études de la mère. En effet, un niveau d'enseignement plus élevé offre généralement une plus grande probabilité de stabilité financière.

Si un niveau socio-économique défavorable est directement lié à un taux d'allaitement plus faible, l'arrivée en Belgique plus récente, endéans les 5 ans, a un effet positif sur l'allaitement avec une différence moyenne de 20 à 30% en plus durant les 5 premiers mois. A la naissance, 88% des mères namuroises résidant en Belgique depuis moins de 5 ans allaitent leur enfant contre 66,9% des mères vivant en Belgique depuis plus de 5 ans. Après un mois, cette différence persiste avec un taux d'allaitement de 72,8% pour les mères résidant en Belgique depuis moins de 5 ans contre 48,8% pour celles vivant en Belgique depuis plus de 5 ans. Les mêmes tendances sont observées au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'enquête sur la situation de l'allaitement maternelle en Wallonie et à Bruxelles montre également que la nationalité d'origine de la mère autre que belge influence positivement l'allaitement.⁹

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

Courbe de décroissance de l'allaitement maternel exclusif en province de Namur en fonction du type de structure



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

Le graphique, ci-contre, présente la durée et les taux d'allaitement selon le lieu du suivi de l'enfant en 2017-2018. **Les enfants résidant en province de Namur et suivis par l'ONE dans les milieux d'accueil ont un taux d'allaitement exclusif plus élevé que ceux suivis en consultation pour enfants.** Ce n'est que vers 7 mois que les courbes se rejoignent et suivent ensuite la même décroissance. Ces résultats sont à mettre en relation avec le niveau socio-économique de la mère.

Dans les milieux d'accueil, le taux d'allaitement diminue de manière plus importante (+/- 8%) à 2 moments précis, à 3 et 4 mois qui correspondent à la reprise du travail de la mère et à l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil. La courbe d'allaitement des enfants suivis en consultation pour enfants est plus homogène.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les courbes évoluent un peu différemment. Si les enfants suivis en milieu d'accueil (73,6%) étaient plus nombreux à être allaités que ceux suivis en consultation (72,2%), les différences de taux sont moins importantes. De plus, à partir de 12 semaines, la tendance s'inverse, puisque les taux d'allaitement sont plus élevés parmi les enfants suivis en consultation (37,9%) que ceux suivis en milieu d'accueil (36,5%).



L'allaitement maternel dans les milieux d'accueil en province de Namur

La reprise du travail et l'entrée en milieu d'accueil sont encore trop souvent vécus comme des obstacles concernant l'allaitement maternel. La question de la poursuite de celui-ci se pose alors dans le chef des mères et des familles, mais aussi dans celui des professionnels de l'accueil. Les bienfaits de l'allaitement maternel sont pourtant unanimement reconnus, mais sont encore régulièrement mis en balance avec les difficultés organisationnelles rencontrées notamment par les parents mais aussi par les professionnels de l'accueil.

Le soutien aux familles qui souhaitent poursuivre l'allaitement de leur enfant est au cœur des préoccupations de l'ONE depuis de très nombreuses années. Dans ce cadre et en lien avec le constat précédent, le département accueil, à l'initiative des conseillers médicaux pédiatres, des coordinatrices accueil et des agents conseil, a proposé des séances d'informations très complètes aux milieux d'accueil dans chacune des subrégions.

Face aux questions soulevées sur les possibilités de poursuite de l'allaitement en milieu d'accueil, une enquête a été proposée à l'ensemble des milieux d'accueil collectifs et à un échantillon d'accueillantes indépendantes et conventionnées dans toutes les subrégions. Cette enquête a été suivie par des journées de formation et de débats autour de cette thématique.

Concernant la province de Namur, dans un premier temps, les milieux d'accueil avaient été sollicités pour répondre à une courte enquête autour des réalités vécues sur le terrain au niveau des pratiques en matière d'allaitement maternel donné au sein ou au biberon.

Au total, le taux de réponse était de 16,5%, ce qui représente 940 enfants inscrits : 6 crèches, 13 maisons d'enfants, 2 MCAE et 2 services d'accueillantes.

Parmi les enfants inscrits qui ont été allaités, 47% avaient été sevrés avant leur entrée dans le milieu d'accueil.

Concernant les enfants toujours allaités dans le milieu d'accueil et/ou à la maison, 35% avaient entre 0 à 6 mois, 12% entre 6 à 12 mois et 2% avaient plus de 12 mois.

Le soutien à l'allaitement maternel était inscrit dans le projet d'accueil de 48% des milieux d'accueil ayant répondu à l'enquête, 78% d'entre eux parlaient de cet accompagnement et de ce soutien à l'allaitement maternel lors du premier contact avec les parents, 43% disposaient d'un « espace allaitement » aménagé et 30% des mères venaient ou étaient venues allaiter leur enfant dans le milieu d'accueil. On peut également relever que cette thématique est rarement abordée en réunion d'équipe (seulement 26% l'abordaient).

Ensuite, dans un deuxième temps, une journée d'étude a été proposée à l'initiative de la conseillère pédagogique et des coordinatrices accueil, le 26 mars 2019. Cette journée avait pour objectifs prioritaires de :

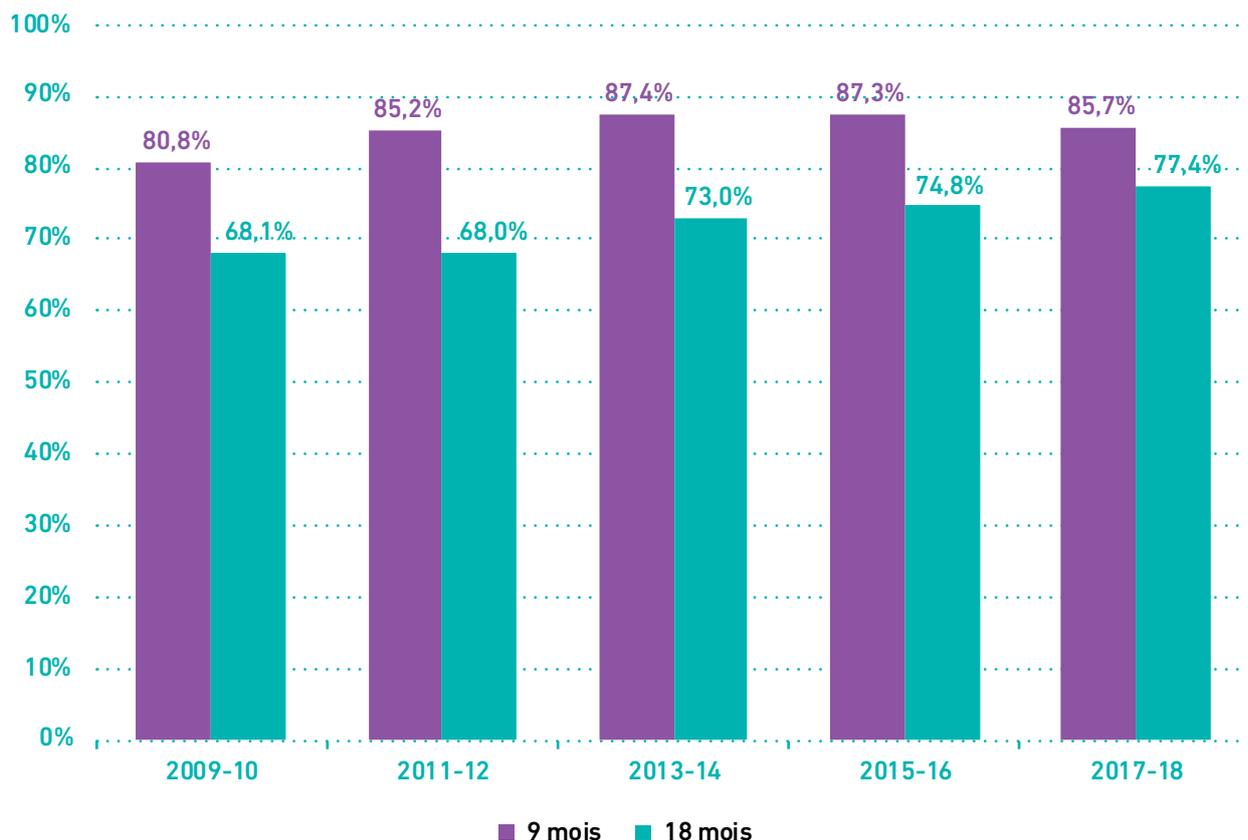
- informer les professionnels au sujet de l'allaitement et de l'accompagnement des enfants allaités en milieu d'accueil ;
- réfléchir à la communication avec les parents afin de préparer au mieux l'accueil des enfants ;
- apporter des éléments de réponses et des pistes d'actions face aux difficultés rencontrées par le personnel de terrain.

Lors de cette journée, la parole a été donnée à l'ensemble des professionnels concernés par cette thématique. Les conseillers pédiatres ont notamment pu mettre l'accent sur les avantages de l'allaitement maternel pour les enfants et pour les mamans. Les diététiciennes de l'ONE ont insisté sur les besoins nutritionnels, les rythmes des repas,... La voix des parents n'a pas été oubliée. En effet, madame Liliane Schaner, présidente d'infor-allaitement avait répondu présente et a pu mettre en lumière les questionnements et quelques fois les peurs des parents en lien avec l'accueil et l'alimentation de leur tout-petit. Des responsables de milieux d'accueil ainsi que des puéricultrices ont accepté de partager leurs expériences de terrain, leur enthousiasme souvent, leurs doutes et leurs appréhensions quelques fois. Des pistes de travail très concrètes ont été proposées aux professionnels de l'accueil, notamment celle d'énoncer clairement dans leur projet d'accueil que l'équipe soutient la poursuite de l'allaitement maternel si tel est le souhait des parents, mais aussi celle d'aménager un espace allaitement accueillant, d'oser aborder les appréhensions et les ressentis de l'équipe, ...

De leur côté, les accueillantes indépendantes ont été sollicitées par les agents conseil (ACA). Un sondage leur a été proposé par mail pour connaître les différentes actions mises en place concernant l'allaitement. Il y a eu très peu de réponses des accueillantes d'enfants indépendantes (AEI). En général, les mamans apportent le lait tiré et les ACA insistent sur le mode de conservation et de préparation du lait maternel lors de leurs visites. La plupart des AEI n'ont pas un coin défini pour les mamans allaitantes, elles s'adaptent aux demandes. Il serait intéressant de penser à organiser un atelier sur ce sujet pour les motiver à soutenir l'allaitement et l'intégrer ainsi dans leur projet d'accueil.

3.3.4 Lait infantile (Lait modifié artificiellement)

Lait infantile à 9 et 18 mois en province de Namur



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

Le graphique, ci-contre, présente le pourcentage d'enfants prenant du lait infantile au moment du bilan de santé c'est-à-dire à l'âge de 9 et 18 mois. Un lait infantile est un lait artificiel adapté à l'âge et à la croissance de l'enfant.

Les enfants de 9 mois sont plus nombreux à bénéficier de lait infantile que ceux de 18 mois.

En province de Namur, que ce soit à 9 mois ou à 18 mois, le pourcentage d'enfants bénéficiant de lait infantile a augmenté entre 2009 et 2018. A 9 mois, le taux passe de 80,8% en 2009-2010 à 85,7% pour la période 2017-2018. A 18 mois, la proportion d'enfants bénéficiant de lait infantile a augmenté de presque 10% passant de 68,1% en 2009-2010 à 77,4% pour la période 2017-2018. Cette augmentation est très positive sachant qu'en l'absence d'allaitement maternel, il est recommandé de donner au nourrisson de moins de 18 mois un lait infantile adapté à ses besoins.

Les enfants ne bénéficiant pas de lait infantile à 18 mois étaient respectivement de 46,5% pour la commune de Philippeville et de 50% pour la commune de Profondeville, taux parmi les plus faibles.

En 2017-2018, la proportion d'enfants recevant du lait infantile à 9 mois est un peu plus importante parmi les enfants suivis en milieu d'accueil (91,2%) que ceux suivis en consultation pour enfants (87,8%). Même constat mais plus marqué à 18 mois où 87,8% d'enfants reçoivent du lait infantile en milieu d'accueil contre 72,8% en consultations pour enfants.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 82,4% des enfants de 9 mois ont bénéficié de lait infantile en 2017-2018, pourcentage stable les 10 dernières années. Par contre, à 18 mois, la proportion d'enfants bénéficiant de lait adapté a augmenté passant de 70,9% en 2009-2010 à 78,7% en 2017-2018.

En province de Namur, entre 2009 et 2010, les taux d'inconnues concernant le lait infantile avoisinaient les 10% pour les Bilans de santé à 9 mois et les 7% pour les Bilans de santé à 18 mois. Ces taux sont semblables en FWB. Cependant, ils tendent à diminuer pour la période 2017-2018 que ce soit en province de Namur et FWB.



3.4 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.¹⁶

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), depuis 1980, le nombre de personnes considérées comme obèses aurait doublé à l'échelle mondiale.

En Belgique, en 2016, l'OMS estimait que 59,5% des adultes de plus de 18 ans (67,6% des hommes et 51,4% des femmes) étaient en surpoids ou obèses. L'obésité stricte touche 22,1% des adultes de plus de 18 ans (23,1% des hommes et 21,2% des femmes).¹⁷

Selon la dernière enquête de santé réalisée par interview en 2018 par Sciensano, 49,3% de la population adulte est considérée en « surpoids » et 15,9% peut être qualifiée d'obèse. En revanche, 2,9% de la population adulte présente un poids inférieur à la moyenne.¹⁸

Toujours selon l'enquête de santé, globalement, en Belgique, 19% des jeunes âgés de 2 à 17 ans présentaient un excès pondéral et 5,8% étaient obèses. Si l'on considère la tranche d'âge des 2-4 ans, 24,4% des enfants étaient en surpoids et 11,7% étaient obèses. En Région wallonne, 20,7% des enfants de 2 à 4 ans présentaient un surpoids tandis que 6% étaient considérés comme obèses. La prévalence de l'obésité (y compris le surpoids) est significativement plus élevée chez les plus petits.

Le surpoids et l'obésité sont en constante augmentation partout dans le monde et constituent tant chez les adultes que chez les enfants l'un des plus grands défis pour la santé publique au 21^{ème} siècle. Les causes de cette augmentation de surpoids sont principalement liées à une alimentation trop riche en glucides et en lipides et un mode de vie inadapté dont une sédentarité de plus en plus importante.

Si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque qu'elle persiste à l'âge adulte est de 30% à 50%.¹⁹ De plus, le surpoids augmente le risque de contracter des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires à un âge plus précoce.

Outre la promotion de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois qui constitue l'un des facteurs de protection contribuant à réduire l'excès pondéral, la surveillance de la

croissance staturo-pondérale dès la naissance est un des points d'attention-clé des consultations pour enfants de l'ONE.

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.²⁰

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.²¹

Afin d'évaluer le risque de surpoids ou d'obésité, le poids et la taille de l'enfant doivent être mesurés régulièrement et reportés sur les courbes de référence d'IMC.

Si l'ONE a utilisé les courbes de croissance de Rolland-Cachera entre 2005 à 2009, il a adopté depuis 2010 les courbes de l'OMS. L'indice prend en compte le genre de l'enfant mais également son âge. Il existe deux courbes de l'OMS, la première pour les enfants de 0 à 5 ans et la deuxième pour ceux de 5 à 19 ans, datant respectivement de 2006 et 2007.²²

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.

¹⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/>

¹⁷ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A?lang=en>

¹⁸ S. Drieskens, R. Charafeddine, L. Gisle : Enquête de santé 2018 : Etat nutritionnel. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/62. Disponible en ligne : www.enquetesante.be - https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2018.pdf

¹⁹ Sénat de Belgique, Document législatif n°5-1518/1, Session de 2011-2012, Mars 2012, <http://www.senate.be/www/?Mlval=publications/viewPub-&COLL=S&PUID=83888250&TID=83891073&POS=1&LANG=fr>

²⁰ 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/

²¹ Verdout 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.

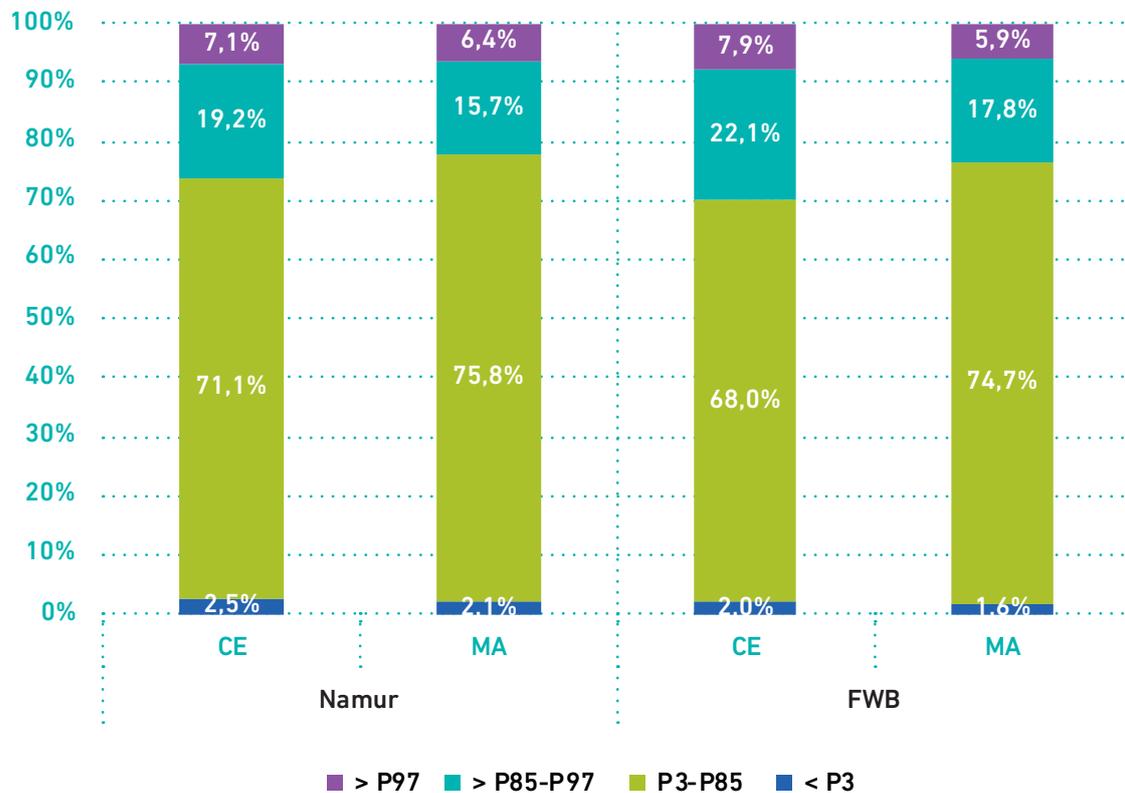
²² http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/

Actuellement, les enfants sont classés sur base de percentiles en quatre catégories²³:

- < 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.

Corpulence des enfants suivis à l'ONE à 30 mois en fonction du type de structure en province de Namur et en FWB



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

En 2017-2018, la proportion d'enfants à risque de surpoids (>P85-P97) ou en excès de poids (>P97) était assez similaire pour la province de Namur et la FWB, mais avec une légère différence de 2 à 4% de moins pour la province de Namur. On remarque que les enfants suivis en consultation sont plus nombreux à être à risque de surpoids ou en surpoids que ceux suivis dans les milieux d'accueil et, ce, que les enfants résident en province de Namur ou en FWB.

Par ailleurs, les enfants présentant un poids insuffisant (<P3) représentaient en moyenne 2 à 2,5% des enfants résidant en province de Namur ou en FWB, sans différence significative selon le lieu de suivi.

Ces tendances sont stables entre 2009 et 2018 en province de Namur mais aussi en FWB.

Ces résultats diffèrent de ceux de l'enquête de Santé Pu-

blique²⁴. Les différences peuvent être attribuées au mode de calcul. En effet, dans l'enquête de Santé publique, les références utilisées sont celles qui ont été calculées à partir d'une enquête internationale le « 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 différentes²⁵. 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.²⁶

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 respec-

²³ Le percentile est chacune des valeurs divisant les données en 100 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/100 de l'échantillon de population.

²⁴ Ibidem référence 18 (Enquête de santé 2018, Sciensano).

²⁵ Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W, Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, *BMJ* 2000;320:1240.

²⁶ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf

tivement de 14,3% et de 3,3% en 2006 à 13% et 3,9% en 2015 indiquant des taux plus faibles que ceux des enfants suivis à l'ONE. A nouveau, ces différences peuvent être attribuées à la différence du mode de calcul. Notons également que les termes utilisés sont différents.²⁷

Vu l'impact que peuvent avoir une surcharge pondérale et/ou le rebond d'adiposité précoce de l'enfant sur le statut pondéral à l'âge adulte, il est important de suivre l'évolution de la corpulence de l'enfant grâce aux courbes de références, et ce, le plus précocement possible. C'est un des objectifs du suivi préventif médico-social de l'ONE, afin, le cas échéant, de mettre en place les moyens de prévention adéquats et d'accompagner les enfants et leur famille dans la recherche d'un nouvel équilibre « apport énergétique – activité physique ».

<<...>>



Anne LEPINE,

Partenaire Enfants-Parents (équipe de Philippeville)

Quelles sont les spécificités du travail en consultation pour enfants âgés de 3 à 6 ans ?

« Je travaille au sein d'une consultation avec une collègue qui, en salle d'attente complète la grille d'observation du développement de l'enfant de 18 mois à 6 ans. Avec le médecin de la consultation, nous découvrons les résultats de la grille d'observation qui fait l'objet de la discussion avec la famille.

La principale différence au sein de nos consultations, c'est le test auditif qu'on pratique à partir de 2,5 ans. Nous testons également le langage. Il nous arrive parfois d'orienter l'enfant vers un(e) logopède. Un retard de langage est souvent lié au dépistage auditif, car un enfant qui n'entend pas bien, ne parle pas bien.

D'autres sujets plus spécifiques qui sont abordés. Par exemple, la difficulté pour certains parents de mettre des limites à l'enfant, très spécifique à la tranche d'âge des enfants que nous suivons. Nous vérifions aussi si tout va bien au niveau de la marche et de la propreté. Enfin, nous calculons l'IMC (Indice de Masse Corporelle) et nous contrôlons que l'enfant reste sur sa courbe. Si nous constatons un souci à ce niveau, nous l'orientons vers d'autres professionnels, idem pour un éventuel retard neuromoteur. »

Comment s'organisent-elles ?

« Elles ont lieu le mercredi après-midi, à raison d'une fois par mois. Ceci, afin de permettre aux enfants qui vont à l'école de venir à la consultation. Ces enfants viennent 1 fois par an à la consultation et le jour même, je reprogramme un rendez-vous pour l'année d'après. Une semaine avant le rendez-vous, je renvoie un rappel par courrier aux parents. »

Est-ce que les données BDMS gagneraient à être récoltées au-delà des 30 mois de l'enfant ?

« Je trouve que ce serait intéressant d'ajouter l'IMC (Indice de Masse Corporelle) ainsi que les données récoltées par rapport aux éventuels problèmes de limites chez l'enfant et ce, vers l'âge de 4 ans. »

Si vous deviez retenir les deux données les plus pertinentes, quelles seraient-elles (Poids, mode d'alimentation...) ?

« Les données qui me semblent les plus importantes à retenir sont l'IMC, car il aide à prévenir l'obésité, et la question des difficultés liées aux limites. »

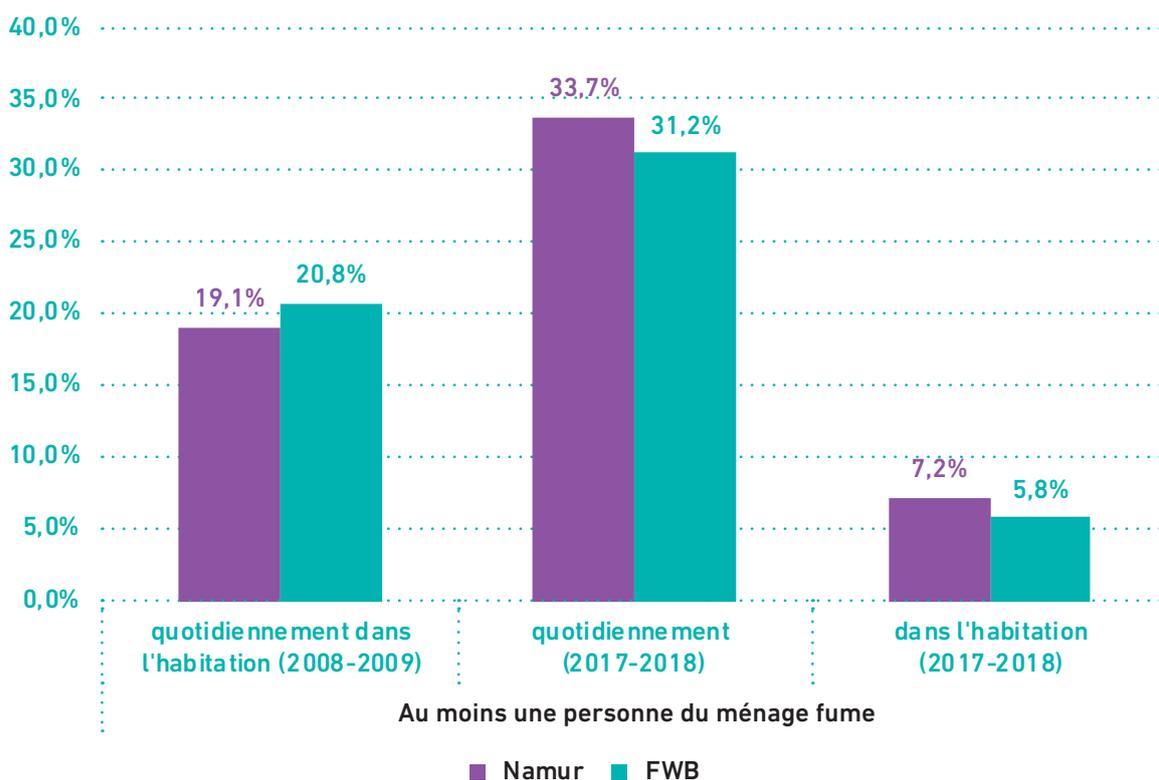
Comment s'articule votre suivi avec celui de l'école ?

« Si nous avons besoin d'interpeller le PSE ou le PMS, on le fait toujours en concertation avec les parents. En cas de problèmes liés à la propreté ou à une difficulté scolaire, il nous arrive de proposer aux parents de se réunir avec le PMS pour en discuter. »

²⁷ Ibidem référence 21 (Espan).

3.5 LE TABAGISME PASSIF

Tabagisme passif entre 2008 et 2018 en province de Namur et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2008-2018

Les données relatives au tabagisme sont récoltées lors des Bilans de santé à 9 et 18 mois.

Avant 2010, l'indicateur « tabagisme passif » était formulé en une seule question, à savoir si « Au moins une personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation ». A partir de 2010, la question a été scindée en deux par « Au moins une personne du ménage fume quotidiennement » et « Au moins une personne du ménage fume dans l'habitation ». La formulation des questions se veut plus proche de la réalité des familles au vu de l'évolution, ces dernières années, des habitudes tabagiques.

Globalement, les enfants résidant dans la province de Namur sont légèrement plus exposés au tabagisme passif que ceux résidant dans l'ensemble de la FWB.

En 2008-2009, dans la province de Namur, 19,1% des parents déclaraient fumer quotidiennement dans l'habitation pour 20,8% en moyenne en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Sur base des Bilans de santé à 9 mois, on observe en 2017-2018, que 33,7% des enfants namurois ont au moins un parent qui fume quotidiennement contre 31,2% en FWB (voir graphique ci-dessus). Cette tendance diminue au cours des dernières années, passant, en province de Namur, de 38% en 2010 à 33,7% en 2017-2018 et en FWB, de 34,4% en 2010 à 31,2% en 2017-2018 (voir graphique ci-dessus). On remarque, également, que de moins en

moins de parents fument au sein de l'habitation pour atteindre 7,2% en 2017-2018 contre 15,4% en 2010 pour la province de Namur (5,8% en 2017-2018 et 13,4% en 2010 pour la FWB). Les résultats sont similaires pour les bilans de santé à 18 mois (voir graphique ci-dessous).

D'après l'enquête de santé par interview, la consommation tabagique de la population belge âgée de plus de 15 ans est passée de 30,3% en 1997 à 19,4% en 2018 soit une diminution de 11% en 20 ans. Cette baisse est liée à la diminution du nombre relatif de fumeurs quotidiens, passant de 25,5% à 15,4% sur la même période, le nombre de fumeurs occasionnels étant resté stable (4%). La diminution du nombre de fumeurs se produit dans les trois régions du pays. Les pourcentages sont similaires en région bruxelloise (22,9%) et wallonne (22,1%), mais moindre en région flamande (17,5%). La proportion de grands fumeurs au quotidien (>20 cigarettes/jour) est de 4,7% soit 1/3 des fumeurs quotidiens. L'enquête de 2018 a permis d'observer que le nombre de fumeurs et de fumeurs quotidiens continue de baisser au fur et à mesure des années, même parmi les jeunes. C'est un quart de fumeurs en moins qu'en 2008 (24,5%) et une baisse relative de 18% par rapport à la dernière enquête (en 2013, 19% de fumeurs quotidiens et 4% des fumeurs occasionnels).²⁸

Une enquête réalisée en 2017 par la Fondation contre

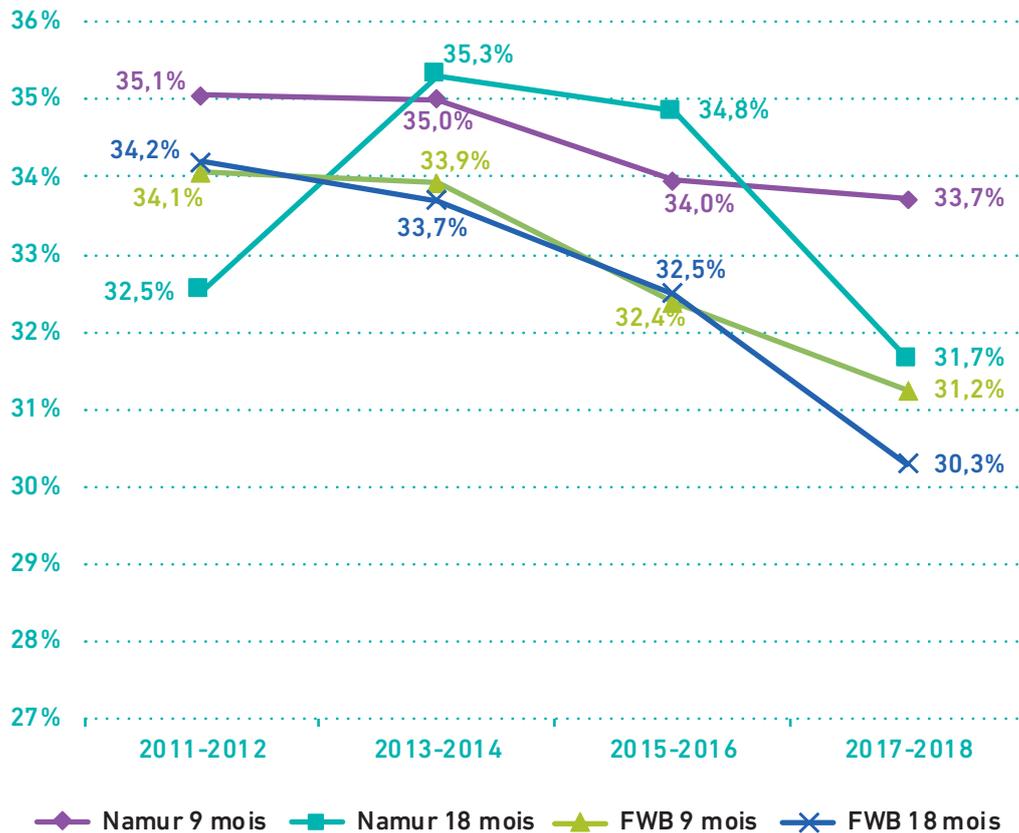
²⁸ L. Gisle, S. Drieskens, R. Charafeddine, S. Demarest, E. Braekman, D. Nguyen, J. Van der Heyden, F. Berete, L. Hermans, J. Tafforeau. Enquête de santé 2018 : Style de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2019/14.440/61. Disponible en ligne : www.enquete-sante.be - https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2018.pdf - https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2018.pdf

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% de fumeurs (dont 20% quotidiens) à 20% de fumeurs (dont 17% quotidiens). Ces chiffres sont stables depuis 2015. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est également moins important parmi les personnes avec enfants.²⁹

Ces changements de comportement observés tant dans les rapports de la BDMS que lors de l'enquête de santé sont liés notamment à la politique de lutte contre le tabagisme, telle que l'interdiction de fumer dans les lieux publics mais également à la prise de conscience de la population des effets néfastes du tabagisme passif sur la santé, en particulier sur celle de l'enfant.

3.5.1 Evolution du tabagisme passif au quotidien

Tabagisme passif au quotidien entre 2011 et 2018 en province de Namur et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2011-2018

Ce graphique reprend la consommation de tabac au quotidien d'au moins un des parents entre 2011 et 2018.

Le nombre de parents fumant au quotidien diminue au fur et à mesure des années que ce soit en province de Namur ou en FWB lorsque l'enfant à 9 ou 18 mois. Cependant, certaines communes de la province de Namur atteignent plus de 50% de parents « fumeurs quotidiens » : avec 57,7% de parents fumant quotidiennement, Rochefort se place en tête suivi par Somme-Leuze (55,6%) et Viroinval (51,9%). Les enfants résidant dans les communes de Ciney (47,5%), Vresse-sur-Semois (47,1%), Couvin (46,8%), Cerfontaine (46,2%), Beauraing (44,6%), Mettet (42,9%) et Onhaye (40%) sont également plus exposés au tabagisme passif.

Un lien pourrait être établi entre le niveau élevé de tabagisme et le taux chômage.³⁰

en 2017, le taux de chômage atteignait 12% dans la province de Namur. Certaines communes comme Hastière (20,9%), Viroinval (19,9%), Couvin (17%),... dont la prévalence du tabagisme était élevée se distinguaient également avec un taux de chômage élevé avoisinant les 17 à 21%. Les revenus moyens et médians sur base des déclarations fiscales étaient également parmi les plus faibles.

L'enquête de la Fondation contre le cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique parue en 2017 montre également une proportion plus importante de fumeurs quotidiens parmi les personnes sans emploi. Parmi les personnes « sans emploi » interrogées, 35% fumaient quotidiennement contre 11% parmi les « employés » interrogés.³¹

Le niveau d'enseignement influence également la consommation de tabac. L'enquête de santé de 2018 in-

²⁹ Fondation contre le Cancer, Comportement des fumeurs en Belgique. https://www.cancer.be/sites/default/files/fondation_contre_le_cancer_-_enquete_tabac_2017_0.pdf

³⁰ Province de Namur, données statistiques, https://walstat.iweeps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=90000

³¹ Ididem référence 29 (Fondation contre le Cancer).

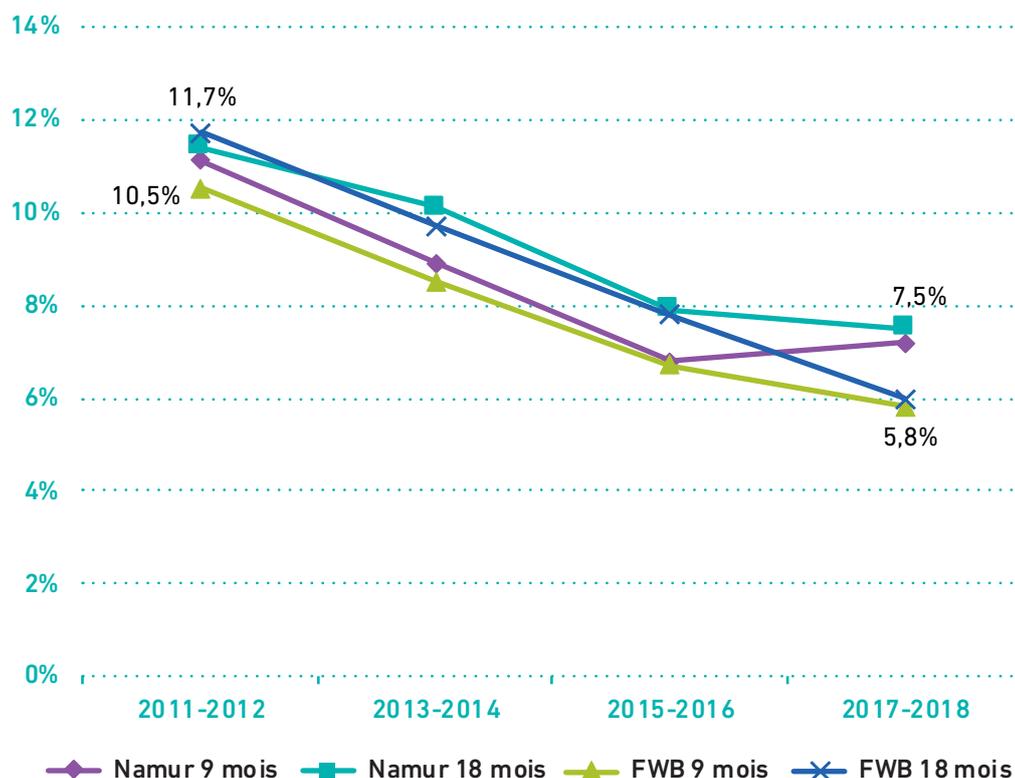
dique qu'on rencontre moins de fumeurs (15,3%) et de fumeurs quotidiens (10,1%) parmi les individus ayant un diplôme de l'enseignement supérieur par rapport aux trois niveaux d'enseignement inférieurs qui varient entre 16,8% et 24,4% de fumeurs et entre 14,2% et 22,5% de fumeurs quotidiens.³²

Les populations plus vulnérables sont moins sensibles

aux actions de prévention notamment dans la lutte contre le tabagisme. La hausse des prix du tabac n'a que peu d'impact sur la consommation et va diriger les fumeurs vers le tabac à rouler ou vers des marques discount. Pour ces personnes défavorisées, le tabac peut être leur seul plaisir et moyen de socialisation et la seule échappatoire face au stress.

3.5.2 Evolution du tabagisme passif au sein de l'habitation

Tabagisme passif au sein de l'habitation entre 2011 et 2018 en province de Namur et en FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2011-2018

Comme pour la consommation de tabac au quotidien entre 2011 et 2018, **le tabagisme au sein de l'habitation diminue progressivement avec les années**. Les mêmes tendances sont observées tant en province de Namur

qu'en FWB. Ce constat est très positif. Les parents sont de plus en plus conscients de la nocivité du tabagisme en intérieur sur la santé des enfants.

3.6 LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La "polycarie du jeune enfant" ou "carie de la petite enfance" est une affection sévère des dents primaires, qui débute juste après l'éruption des dents.

L'ONE vise à prévenir l'apparition des (poly)caries dentaires, en modifiant les comportements diététiques, en favorisant l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire et en généralisant la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers.

La mise en œuvre du programme de promotion de la santé bucco-dentaire est évaluée à deux moments :

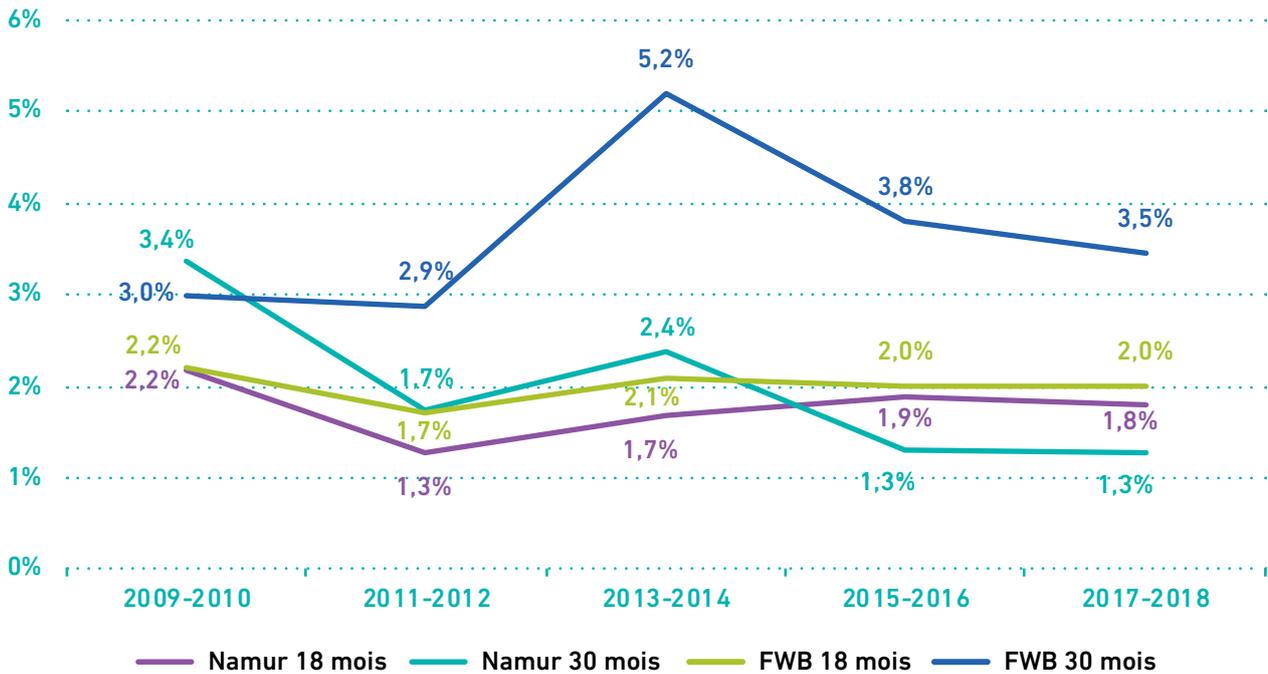
- Lors du "Bilan de santé à 18 mois", on enregistre le nombre de cas de polycaries, anciennement carie du biberon³³, et le brossage des dents ;
- Lors du "Bilan de santé à 30 mois", on enregistre le nombre de caries dentaires, le brossage des dents et la visite préventive chez le dentiste.

³² Ididem référence 28 (Enquête de santé 2018, Sciensano).

³³ La carie du biberon ou syndrome du biberon est l'apparition précoce de plusieurs caries sur les dents de lait (les incisives). Elle apparaît généralement suite à un contact prolongé de boissons sucrées avec les dents.

3.6.1 Les polycaries et caries du jeune enfant

Présence de (poly)caries à 18 et 30 mois en province de Namur et en FWB



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

Quel que soit l'âge, en moyenne, les enfants résidant en province de Namur présentent un taux de caries inférieur à ceux résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En 2017-2018, à 18 mois, 1,8% des enfants en province de Namur présentaient des polycaries pour 2% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Entre 2009 et 2018, on peut observer que les polycaries des jeunes enfants diminuent très légèrement tant en province de Namur qu'en FWB.

A 30 mois, la prévalence moyenne de caries chez les enfants namurois était de 2,2% variant de 3,4% en 2009-2010 à 1,3% en 2017-2018. En FWB, entre 2009 et 2018, 3,7% des enfants présentaient des caries avec des fluctuations entre 3% et 3,5% selon l'année. Cependant, ces résultats sont probablement sous-estimés car ils ne tiennent pas compte des caries naissantes.

En 2013-2014, un pourcentage plus élevé de caries est observé en FWB (5,2%). Cette augmentation est probablement liée à une recherche-action sur la santé bucco-dentaire qui a été menée entre 2010 et 2013 sur base volontaire au sein de certaines consultations de l'ONE à Bruxelles et en province du Hainaut. Lors de cette recherche, des dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire avaient organisé en 2013, des dépistages dentaires

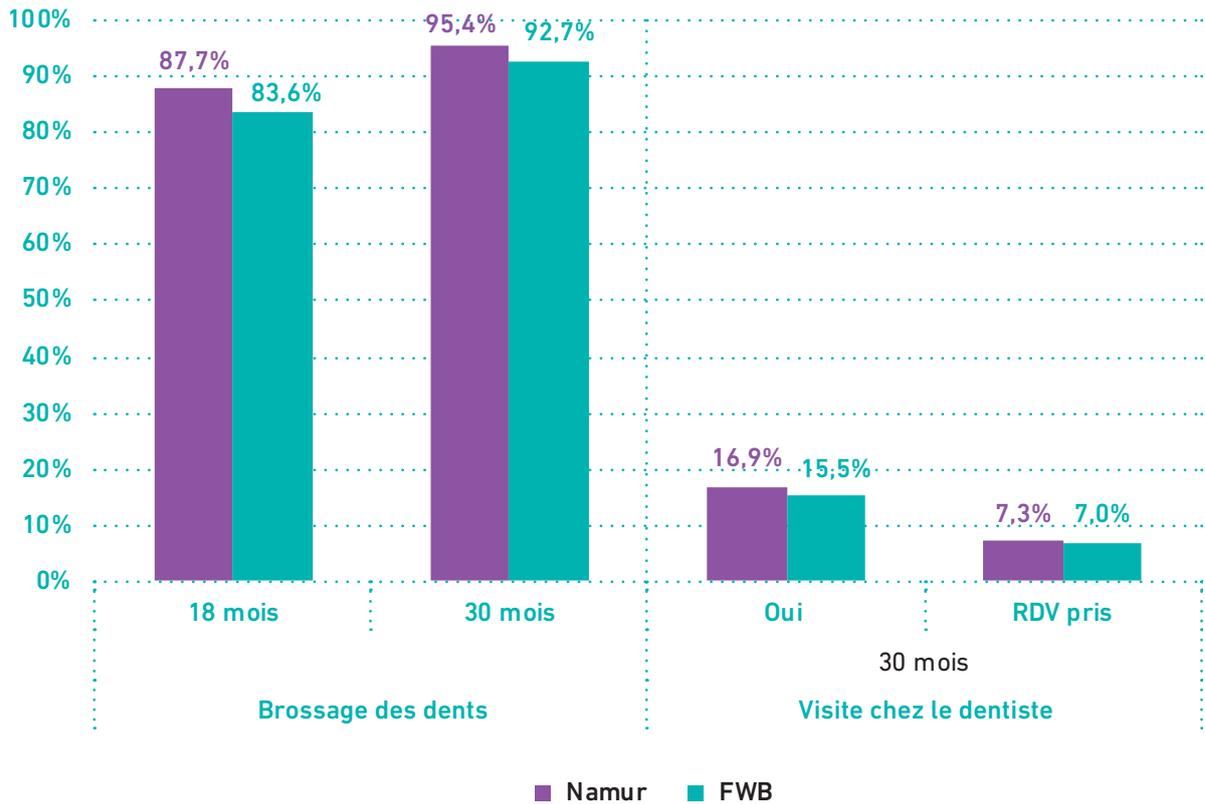
dans les consultations participantes. A Bruxelles, en 2013, pour l'ensemble des consultations, la prévalence de caries était de 19,9% à 30 mois alors qu'elle était de 8,5% en 2012. La prévalence de caries plus élevée en 2013 à Bruxelles influence la moyenne générale et est sans doute en lien avec l'expertise des dentistes de la recherche qui ont pu détecter les caries à un stade plus précoce.

Ces constats ne font que conforter les recommandations de l'OMS et de l'ONE concernant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il est également essentiel de poursuivre le travail de sensibilisation des différents acteurs de terrain auprès des parents grâce aux différentes actions et collaborations, notamment avec Souriez.be.

En province de Namur, entre 2009-2010 et 2017-2018, on observe une augmentation du taux d'inconnues de la « polycarie » à 18 mois de 6,1% à 8,7%. Il en va de même en FWB avec un taux passant de 5,8% à 6,9%. Le taux d'inconnues pour les « caries » à 30 mois en province de Namur est de 9,6% à 5,9% pour la période 2009-2010 et 2017-2018. En FWB, le taux passe de 6,2% à 8%. Etant donné le taux élevé d'inconnues par rapport aux taux de caries, il est important de considérer ces résultats avec précaution.

3.6.2 Le brossage des dents et la visite chez le dentiste

Brossage des dents et visite chez le dentiste en province de Namur et en FWB



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

L'ONE recommande le brossage des dents régulier dès leur apparition, l'utilisation d'un dentifrice dont la concentration en fluor est adaptée à l'âge de l'enfant et une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2 ans ½ - 3 ans.

En province de Namur, 87,7% des parents brossent les dents de leur enfant de 18 mois. Ce pourcentage augmente à 95,4% à 30 mois. Par contre, à 30 mois seulement 24,2% des enfants sont déjà allés chez le dentiste ou y avaient un rendez-vous prévu lors du bilan de santé à 30 mois.

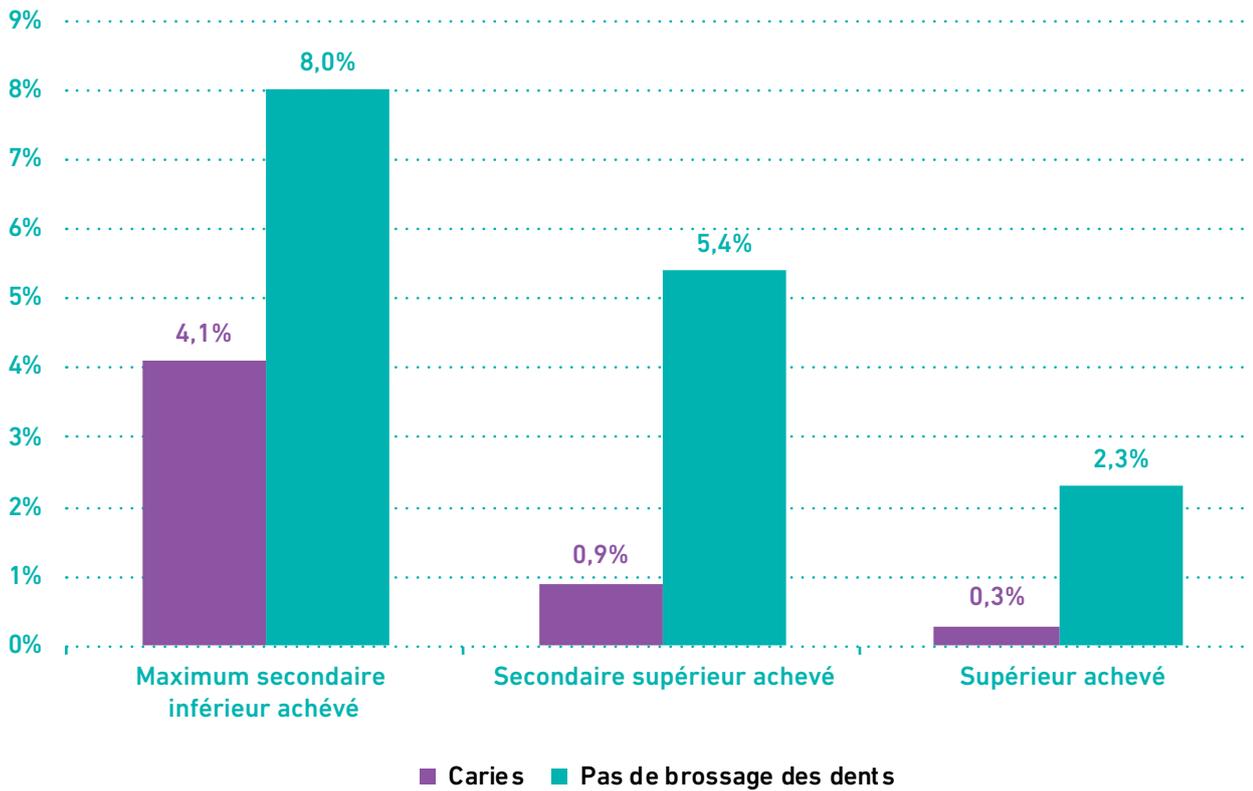
En FWB, les chiffres sont assez similaires avec une variation de quelques pourcents en moins (entre 1 et 4% selon le bilan).

Les résultats sont en augmentation durant ces 10 dernières années concernant le brossage des dents à 18 mois et également pour la visite chez le dentiste à 30 mois tant en province de Namur qu'en FWB. Les réponses à ces questions sont fournies par la personne qui présente l'enfant à la consultation. Il est possible que les réponses positives soient surestimées ; néanmoins, ces

recommandations semblent prises en compte pour la majorité des enfants.

En 2017-2018, en province de Namur, les données manquantes s'élevaient à 16,2% à 18 mois et 13,3% à 30 mois pour le brossage des dents de l'enfant et à 30% pour la visite chez le dentiste. En FWB, pour la même période, les taux d'inconnues sont bien inférieurs et respectivement de 9,4% - 7,7% et 18,4%. Cette différence peut notamment s'expliquer par le nombre extrêmement élevé d'inconnues concernant ces questions lorsque les Bilans de santé sont complétés en milieu d'accueil. Pour la période 2017-2018, dans les milieux d'accueil de la province de Namur, les données manquantes s'élevaient à 36,7% à 18 mois et 22,9% à 30 mois pour le brossage des dents de l'enfant et à 53,9% pour la visite chez le dentiste. Comme les parents ne participent généralement pas à la consultation en milieu d'accueil, cela explique qu'il n'y ait que peu de réponse à ces questions. Et cela est d'autant plus en province de Namur par la forte proportion de documents remplis en milieu d'accueil. Le point positif est que les taux d'inconnues diminuent progressivement d'années en années mais restent cependant beaucoup trop élevées.

Caries et absence de brossage des dents en fonction du niveau d'enseignement de la mère en province de Namur



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

Le graphique, ci-dessus, indique un lien direct entre la prévalence de caries, le brossage des dents et le niveau d'enseignement de la mère. En effet, les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont plus de risque d'avoir des caries à l'âge de 30 mois que ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur ($p < 0,01$).

On observe également une corrélation entre le brossage des dents et le niveau d'étude de la mère. Les enfants ne

se brossant pas les dents au quotidien sont proportionnellement plus nombreux parmi les mères ayant un niveau d'études inférieur ($p < 0,05$).

Ces constats ne font que conforter les recommandations de l'OMS et de l'ONE concernant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il est également essentiel de poursuivre le travail de sensibilisation des différents acteurs de terrain auprès des parents grâce aux différentes actions et collaborations, notamment avec Souriez.be.

3.7 LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

L'acquisition du langage est un indicateur important du développement psychomoteur.

A 12 mois, l'enfant devrait être capable de répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer de 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir en prononcer au moins 10.

A 24 mois, il doit pouvoir dire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle.

Un retard langagier en début de scolarisation et sur le long terme, peut être prédictif d'un plus faible niveau de scolarité avec des conséquences sur le plan professionnel. Or, le développement du langage est influencé par la quantité et la qualité du langage qui est adressé à l'enfant et est lui-même lié au niveau socio-économique des parents. Les parents ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage du langage.

Une Recherche-Action ONE sur le langage a été menée entre 2012 et 2014 en collaboration avec différents chercheurs universitaires. L'objectif était de mesurer l'impact de l'interaction et de la communication entre le parent et l'enfant dans le développement du langage et à terme pouvoir induire des modifications de comportements chez le parent afin de stimuler le langage de l'enfant³⁴.

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

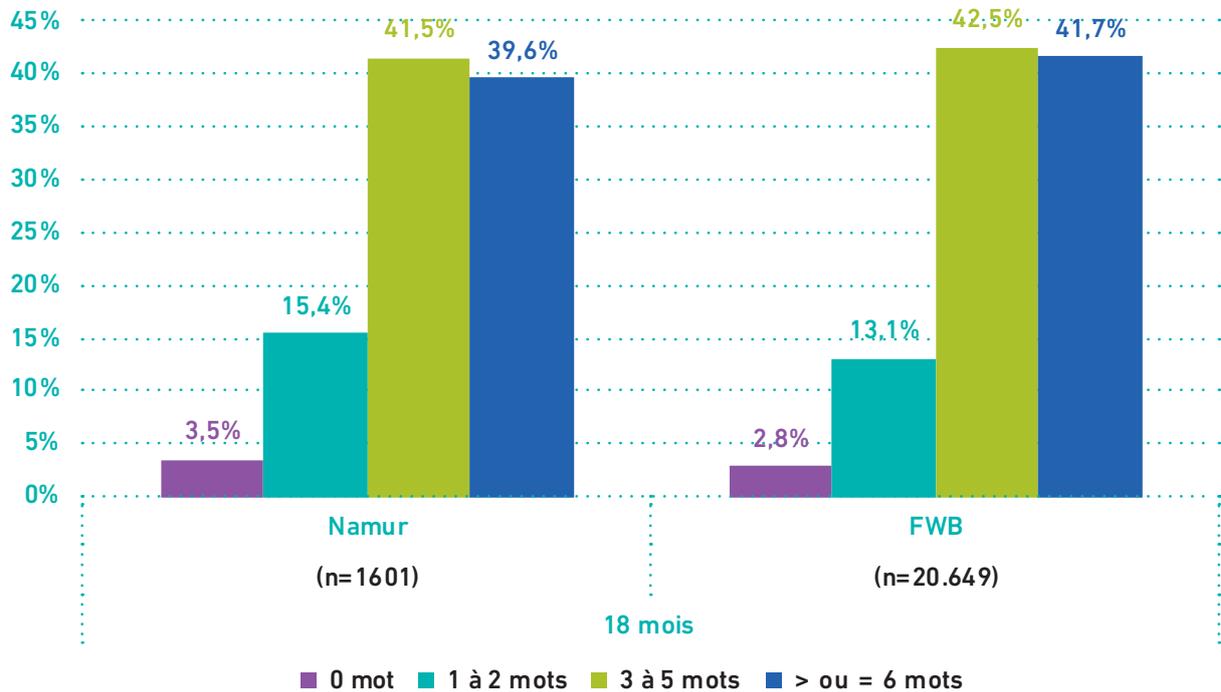
³⁴ <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/185401/1/Article%20JPB.pdf>

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.

3.7.1 Acquisition du langage au Bilan à 18 mois

Nombre de mots que l'enfant peut prononcer à 18 mois en province de Namur et en FWB



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

Lors du Bilan de santé à 18 mois, en 2017-2018, 3,5% des enfants en province de Namur ne pouvaient prononcer aucun mot pour 2,8% en FWB. Pour ces enfants, il importe d'être attentif à l'évolution ultérieure du langage et à leur l'audition.

On remarque que 15,5% des enfants ne prononcent qu'1 à 2 mots, 41,5% ne prononcent que 3 à 5 mots et 39,6% seulement savent prononcer 6 mots ou plus à l'âge de 18 mois en province de Namur. Les chiffres sont assez similaires en FWB.

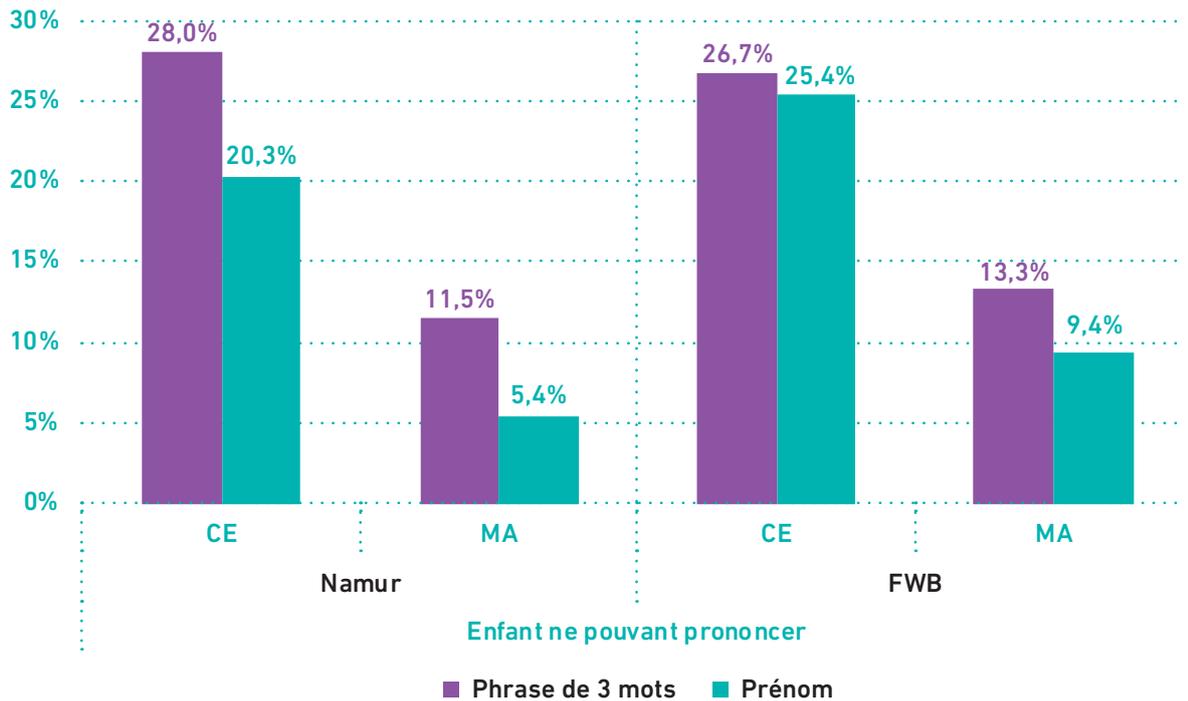
Les pourcentages sont stables entre 2010 et 2018 tant en FWB qu'en province de Namur.

Toutefois, il est important d'être vigilant à la façon dont la question a été posée aux parents et à la perception de chacun sur la façon de prononcer un mot. Selon la recherche-action sur le développement du langage menée en 2012-2014 par l'ONE et l'équipe de chercheuses du service de logopédie de l'ULg, à cet âge-là, les inventaires parentaux sont acceptables. On accepte la forme plutôt que la qualité (par exemple : si l'enfant dit « mama » pour « maman » c'est considéré comme un mot).



3.7.2 Acquisition du langage au Bilan à 30 mois

Enfant ne pouvant prononcer une phrase de 3 mots et son prénom à 30 mois selon le type de structure en province de Namur et en FWB



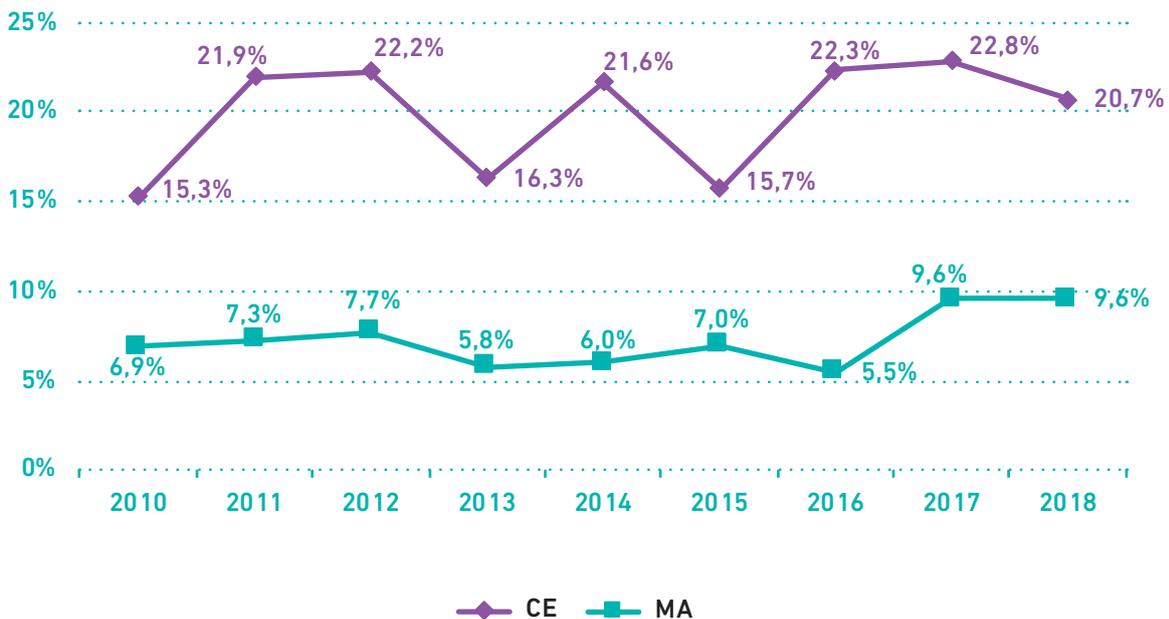
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2017-2018

Lors du Bilan de santé à 30 mois en province de Namur, en 2017-2018, 19,9% des enfants ne pouvaient prononcer une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) et 12,9% leur prénom, pour respectivement 22,9% et 20,8% en FWB. Les pourcentages sont stables entre 2010 et 2018 pour les 2 questions tant en FWB qu'en province de Namur.

On peut observer dans le graphique ci-dessus, que selon le type de structure, les taux sont totalement différents.

Les enfants suivis en consultation sont plus nombreux à ne pas savoir prononcer une phrase de 3 mots et à dire leur prénom que ceux suivis dans les milieux d'accueil et, ce, que les enfants résident en province de Namur ou en FWB. En effet, à 30 mois, en 2017-2018, dans la province de Namur, 28% des enfants fréquentant les consultations ne peuvent prononcer une phrase de 3 mots dans leur langue maternelle et 20,3% ne savent pas dire leur prénom contrairement à 11,5% et 5,4% de ceux suivis en milieu d'accueil. Les chiffres sont assez semblables en FWB.

Retard de langage chez l'enfant à 30 mois selon le type de structure en province de Namur



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2010-2018

Le retard de langage est estimé sur base de 2 critères explorés dans les Bilans de santé à 30 mois. L'enfant qui ne peut prononcer ni son prénom ni une phrase de 3 mots, se retrouve dans la catégorie « retard de langage ».

Le graphique, ci-dessus, confirme que le niveau langagier est plus faible parmi les enfants suivis en consultation que ceux suivis en milieu d'accueil, et ce de 2010 à 2018. En effet, en province de Namur, en 2018, 20,7% des enfants suivis en consultation étaient considérés comme ayant un retard de langage, ne pouvant prononcer ni une phrase de 3 mots ni leur prénom, contre 9,6% des enfants suivis en milieu d'accueil. En Fédération Wallonie-Bruxelles, en 2018, 17,1% des enfants suivis en consultation présentaient un retard langagier contre 8,4% dans les milieux d'accueil. Ces résultats sont en lien direct avec le niveau socio-économique plus favorable des enfants suivis en milieu d'accueil. Mais également avec l'accès à la culture, à la connaissance, aux livres, ainsi qu'avec une moindre utilisation des écrans.

Outre cette différence, en province de Namur le pourcentage d'enfants vus en consultation et présentant un retard langagier tend à augmenter passant de 15,3% en 2010 à 20,7% en 2018. Cette augmentation est également constatée en milieu d'accueil où elle passe de 6,9% en 2010 à 9,6% en 2018.

Vu l'impact d'un retard langagier sur le parcours et la vie d'un enfant et d'un adulte (retard scolaire, manque d'intégration en milieu scolaire,...), il y a lieu d'être attentif au développement du langage des enfants présentant des retards, mais aussi de leur audition, voire de leur stimulation.

Cette prévalence est préoccupante d'autant plus qu'à cet âge, ils rentrent à l'école maternelle. Il faut donc être particulièrement attentif à ce problème. A ce sujet, la recherche-action établie avec le service de logopédie de l'ULg et l'ONE entre 2012 et 2014 vise à repérer au plus tôt les signes de retard de langage et propose aux parents des techniques simples de soutien à l'apprentissage du langage de leur enfant.

Que ce soit dans le secteur accompagnement ou accueil, différentes activités ont lieu pour soutenir le développement du langage des jeunes enfants.

Dans les consultations, des séances d'éveil musical pour les tout-petits mais également des coins-lecture sont réalisés et proposés à toutes les familles désireuses de participer à ces activités. Nés d'un partenariat avec la Ligue des Familles, les coins-lecture sont des lieux privilégiés qui introduisent le bébé à l'univers du livre ! Les ouvrages proposés sont soigneusement choisis par une équipe de professionnels en littérature de la jeunesse. Régulièrement, cette équipe définit une dizaine de nouveautés littéraires destinées à enrichir et à actualiser le coin-lecture.

En collaboration avec le service Education à la santé, les coordinatrices accueil ont proposé en mars 2019, divers ateliers aux milieux d'accueil dont un concernant

le soutien au langage. Il y a été question notamment de mettre en évidence des ressources disponibles pour aider les équipes à faire vivre le livre telles que la brochure « Accompagner le développement du langage du jeune enfant en milieu d'accueil » destinée aux professionnels de l'accueil, la brochure « Le langage parlons-en » dédiée aux parents, le site « Appelons un chat un chat » riches notamment en vidéos informatives, ...

Du côté des agents conseils (ACA), des ateliers ont également été proposés aux accueillantes indépendantes pour aborder le thème de la lecture. Une conteuse fut invitée et celle-ci a raconté des histoires mais aussi mis l'accent sur le fait que le livre pouvait être "triturer", mâchonné, utilisé par les enfants chez les accueillantes. Pour ce faire, le livre doit être à disposition de l'enfant et celui-ci doit pouvoir avoir accès en permanence aux livres.

Petits Mots... Grandes Histoires

Dans la continuité et en lien direct avec la recherche-action ONE sur le langage menée entre 2012 et 2014, la conseillère pédagogique et les coordinatrices accueil ont proposé à l'ensemble des milieux d'accueil de la province de Namur, un processus intitulé « Petits Mots... Grandes Histoires ». Ce processus a été le fruit d'un partenariat avec la Bibliothèque de Namur, le réseau de lecture publique de la ville de Namur, le Centre culturel de Namur et l'ONE-Namur. Cette collaboration a permis de sensibiliser les acteurs intervenant auprès des jeunes enfants aux pratiques éducatives permettant de soutenir le développement du langage, mais aussi de créer des synergies entre les milieux d'accueil et les bibliothèques afin qu'ils deviennent partenaires autour du livre.³⁵

En 2016, quatre rencontres ont rassemblé chacune 120 responsables, puéricultrices des milieux d'accueil collectifs 0-3 ans, des animateurs et acteurs des bibliothèques situées en province de Namur, des artistes, auteurs de jeunesse, des médiateurs culturels, des enseignants, des futurs professionnels de l'enfance. De nombreuses initiatives proposées en milieu d'accueil pour faire vivre le livre en crèche, lui accorder davantage de place et proposer un réel partage avec le tout-petit ont pu être mises en lumière.

En 2017, des rencontres ont été proposées à des stagiaires de 7ème puériculture, ainsi qu'aux accueillantes indépendantes et aux services d'accueillantes. Les milieux d'accueil collectifs qui n'avaient pas pu participer au dispositif précédemment et qui se sont montrés intéressés, ont été sensibilisés à la thématique lors de plusieurs matinées.

De plus, et cela dans le cadre de leurs visites régulières au sein des milieux d'accueil, les coordinatrices accueil poursuivent cette sensibilisation au livre avec les tout-petits auprès des équipes, des directions et des Pouvoirs Organisateurs.

³⁵ Lien vers les vidéos réalisées dans ce cadre par le service audiovisuel de la Province de Namur : https://www.youtube.com/results?search_query=petits+mots+grandes+histoires. Lien vers le document pdf réalisé avec le concours des professionnels des bibliothèques, des milieux d'accueil et de l'ONE : https://ipf.province.namur.be/documents/fichier/1/294/20171127_121231petits_mots_internet.pdf

3.8 LA COUVERTURE VACCINALE

La vaccination est un enjeu majeur de santé publique, tant par son effet sur la protection individuelle que par la protection de la collectivité qu'elle assure, en limitant la circulation des agents pathogènes.

Depuis 2002, la FWB a recommandé, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement conjoint de l'ONE.³⁶

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire. Cependant, il existe une obliga-

tion 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 [Hexavalent],
- la rougeole, la rubéole et les oreillons [RRO].

Par ailleurs, l'ONE suit le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé, qui comprend aussi les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le rotavirus.

Les résultats suivants présentent l'évolution des taux de couvertures des différents vaccins et les différences entre les enfants vaccinés en milieu d'accueil et ceux vaccinés en consultations. Pour ces résultats, les inconnues sont incluses dans le total.

Couverture vaccinale entre 2009 et 2016 en province de Namur et en FWB

	Namur					FWB
	2009-10	2011-12	2013-14	2015-16	2017-18	2017-18
Hexavalent 3 doses (9 mois)	96,7%	96,7%	97,4%	95,7%	97,7%	95,5%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	90,0%	91,1%	92,7%	90,5%	91,2%	91,4%
Pneumocoque 2 doses (9 mois)	95,2%	96,0%	96,7%	95,6%	96,9%	94,9%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	85,9%	89,3%	91,8%	90,1%	91,5%	91,5%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	80,4%	83,8%	84,6%	82,5%	82,4%	82,6%
RRO 1 dose (18 mois)	90,2%	92,5%	95,1%	93,4%	95,2%	95,0%
Méningocoque (18 mois)	91,2%	91,1%	90,4%	89,7%	90,6%	92,1%

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

Ce tableau présente les enfants qui ont reçu les doses minimales requises pour une immunisation optimale. Pour les données relatives à la vaccination, les enfants dont les informations sont inconnues sont considérés comme étant « non vaccinés ».

Les taux de couverture vaccinale en province de Namur sont un peu plus élevés que pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2009 et 2018. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en province de Namur, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB. Cependant, en 2015-2016, on constate une diminution de la couverture vaccinale pour tous les vaccins administrés avant et après un an et relevés dans les Bilans de santé de 9 et 18 mois. Cette diminution des couvertures vaccinales est principalement la conséquence d'un taux plus élevé de l'information manquante. En effet, en 2016, on observe un taux plus élevé de données manquantes pour la plupart des vaccins.

Toutefois, en 2017-2018, en province de Namur, on peut observer que tous les taux ré-augmentent et reviennent pareils par rapport aux autres années avec comme conséquence un taux d'inconnues plus faibles qu'en 2015-2016. Cependant, en FWB, pour les années 2017-2018, la couverture vaccinale pour l'« hexavalent », le « pneumocoque » et le « rotavirus » à 9 mois continue de diminuer par rapport aux autres vaccins qui ré-augmentent également.

Les vaccins « hexavalent », « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale.

Le Rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec 82,4% en province de Namur pour 82,6% en FWB.

Toutes les couvertures vaccinales en province de Namur, à l'exception du rotavirus à 9 mois, de l'Hexavalent et du méningocoque à 18 mois, sont supérieures à celles de la FWB avec des variations entre 0,2% à 1,5% selon le vaccin.

³⁶ Le financement était conjoint FWB et Etat fédéral jusqu'au 1er janvier 2015. Depuis il a été intégralement transféré à l'ONE.

	Namur		FWB	
	CE	MA	CE	MA
Hexavalent 3 doses (9 mois)	98,5%	95,3%	95,8%	94,0%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	95,0%	84,2%	92,8%	85,7%
Pneumocoque 2 doses (9 mois)	96,8%	92,2%	95,4%	93,4%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	94,7%	82,7%	93,7%	85,8%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	97,8%	94,4%	95,4%	92,9%
RRO 1 dose (18 mois)	93,7%	87,3%	92,6%	87,5%
Méningocoque (18 mois)	81,0%	86,6%	82,1%	85,6%

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

En province de Namur, à l'exception du vaccin « méningocoque », tous les taux de couverture vaccinale sont supérieurs parmi les enfants suivis dans les consultations pour enfants comparativement à ceux suivis dans les milieux d'accueil. Les différences varient de 3,2% à 12%. Les différences de prévalence sont plus importantes aux 18 mois de l'enfant. En FWB, les tendances sont les mêmes mais les différences sont un peu moins prononcées qu'en province de Namur, entre 1,8% à 7,9%.

Notons que même si les taux d'inconnues sont légèrement plus élevés dans les milieux d'accueil, ceux-ci ne justifient pas les différences observées. Les taux de couverture vaccinale sont probablement sous-estimés en milieu d'accueil. En effet, lors de la consultation médicale en milieu d'accueil, les parents ne sont pas toujours présents et l'information pourrait être manquante. Certains parents refusent que leur enfant soit vacciné en milieu d'accueil avec ou sans leur présence. Un suivi en consultation pour enfants ou en privé doit alors être réalisé. Néanmoins,

un retard dans la vaccination est ainsi probable puisque le parent doit prendre congé, par exemple pour pouvoir vacciner son enfant.

Nous n'avons pas de résultats chiffrés concernant les enfants suivis chez des accueillantes indépendantes mais celles-ci doivent vérifier l'état vaccinal des enfants. Au premier jour de familiarisation, elles doivent avoir en leur possession le certificat d'entrée en milieu d'accueil sur lequel les dates de vaccins déjà reçus doivent y être notifiées. Le rôle de l'agent conseil pour accueillantes indépendantes (ACA) sera de vérifier, en visite, si le document est présent et correctement rempli pour chaque enfant, ainsi qu'également le moment venu si le RRO est fait.

Pour ce faire, en 2018, l'équipe des ACA, en collaboration avec la référente santé de Namur, ont proposé des ateliers « Vaccination » qui avaient pour but d'implémenter les outils permettant de faciliter la vérification des vaccins des enfants accueillis (les fiches vaccination).

3.9 LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

En province de Namur, en 2017-2018, à 18 mois, 95,2% des enfants sont capables de marcher (95,2% en FWB), 75,6% peuvent boire seul à la tasse (81,7% en FWB) et 88,4% sont capables de se servir d'une cuillère (87,2% en FWB). Ces données sont stables entre 2009 et 2018. Aucune différence n'est constatée entre les enfants suivis en milieu d'accueil et ceux suivis en consultation pour enfants.

A 30 mois, 94,1% des enfants ont la capacité de sauter à pieds joints (89,2% en FWB), 87,1% de dessiner un trait (78,8% en FWB) et 79,1% un cercle (73,6% en FWB). Ces données sont stables entre 2009 et 2018. Cependant, nous constatons des différences entre les enfants suivis en milieu d'accueil et ceux suivis en consultation pour enfants concernant la capacité à dessiner un trait et un cercle. En 2017-2018, en province de Namur, 90,9% des enfants suivis en milieu d'accueil savent dessiner un trait contre 83,3% en consultations pour enfants (respectivement 87,1% et 75% en FWB) et 89,8% en MA savent dessiner en cercle contre 68,5% en CE (respectivement 82,4% et 69,6% en FWB). Néanmoins, pour ces deux derniers tests, plus orientés vers la motricité fine, le nombre

d'inconnues approche 15%, ce qui appelle à la prudence dans l'interprétation de ces données. Il faut reconnaître que les conditions de la consultation ne sont pas toujours favorables à la réalisation de ce type de test et demander ce genre d'exercice à l'enfant reste encore quelque chose de difficile à réaliser. De plus, les enfants stimulés à la maison acquièrent d'autres compétences qui ne sont pas toujours mises en exergue.



Investissement des espaces extérieurs.

Depuis de nombreuses années déjà, l'ONE met en avant les bienfaits des sorties en extérieur pour la santé de chacun des enfants, plus particulièrement la santé des tout-petits : le vert aide à grandir et stimule positivement le développement du jeune enfant, jouer, se promener à l'extérieur stimule les interactions, multiplie les découvertes au travers de chacun des sens de l'enfant, le vert amène la tranquillité, le vert stimule et renforce l'immunité... impossible de citer tous les bienfaits de « sortir dehors » tant ils sont nombreux.

A Namur, à l'occasion de la sortie de la brochure « Vitamine V(erte) », éditée par GoodPlanet Belgium, la conseillère pédagogique et les coordinatrices accueil ont proposé une journée formative intitulée « L'espace extérieur, un monde à découvrir avec les tout-petits ». Madame Henriët, chargée de projet à GoodPlanet, a présenté cette brochure, le docteur Dechamps, conseiller pédiatre, a proposé une réflexion autour de la santé en lien avec les espaces extérieurs. Ensuite des travaux en sous-groupes ont été réalisés pour échanger autour d'éléments très concrets à réfléchir, mettre en place, ... : comment re-verdir la cour, créer un jardin et l'entretenir, faire de la musique avec les éléments issus de la nature, jouer avec les ombres, écouter le vent, ...

Du côté des agents conseil (ACA), également en collaboration avec la conseillère pédagogique, la brochure « Vitamine Verte » a été distribuée, des fiches « Activité » ont été réalisées et des modules de 3 jours ont été proposés aux accueillantes d'enfants indépendantes (AEI) pour les implémenter. Elles ont ainsi pu travailler la liberté de mouvement, l'aménagement de l'espace intérieur et extérieur, la place de l'accueillante dans son milieu d'accueil.

Dans le cadre de leurs visites, les coordinatrices accueil et les agents conseil abordent régulièrement cette thématique de santé au sens large. Ils invitent les équipes à sortir avec les enfants, non seulement lorsqu'il fait beau, mais le plus souvent possible.

« Il n'y a pas de mauvais temps, il n'y a que de mauvais vêtements »

« Tout ce qui se fait à l'intérieur, peut se faire à l'extérieur »

3.10 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 l'enfant et la prévention de l'amblyopie fonctionnelle³⁷ (diminution et altération de l'acuité visuelle).

Standardisé et réalisé lors de consultations spécifiques dans les structures d'accueil collectif et d'accompagnement de l'ONE, le dépistage est effectué par des orthoptistes, assistants techniques en ophtalmologie ou des médecins spécialement formés à cet effet.

L'examen est gratuit. Si le test est positif, l'enfant est référé vers un ophtalmologue pour confirmation ou non du test.

En 2018, 3.029 enfants ont été dépistés en province de Namur et 30.207 l'ont été en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui représente un taux de couverture³⁸ de 60% en province de Namur et de 58% pour la FWB. En 2009, le taux de couverture était de 36% en province de Namur et 46% en FWB, ce qui représente une augmen-

tation relative respective de 24% et 12%.

En 2018, l'ONE a augmenté le nombre de dépistages réalisés par rapport à 2017. Sachant qu'il faut faire face à plusieurs difficultés comme le recrutement du personnel qualifié mais aussi l'organisation des rendez-vous et le nombre conséquent d'absences à ceux-ci, plusieurs actions seront mises en place prochainement pour pouvoir continuer à augmenter le taux de couverture des dépistages et en faire bénéficier un maximum d'enfants.

Il est important de rappeler que le plan opérationnel subrégional prévoit une série d'actions dont une vise à accroître le taux de couverture du dépistage visuel. C'est dans la province de Namur que seront menées les premières actions en collaboration avec les interlocuteurs du secteur.

En 2018, concernant la province de Namur, 54% des dépistages ont été réalisés dans les consultations pour enfants et 46% en milieu d'accueil. Pour la FWB, cette proportion s'élevait en 2018 à 61% dans les consultations pour enfants et à 39% en milieu d'accueil. On peut remarquer que le pourcentage relevé en milieu d'accueil

³⁷ 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.

³⁸ L'estimation du taux de couverture est calculée sur base du nombre d'enfants examinés par rapport au nombre de naissances recensé 2 ans plus tôt avec pour objectif un taux de 50%. A Bruxelles, on compte 90% des naissances résidentes à Bruxelles.

sur la province de Namur est nettement supérieur au pourcentage constaté pour la FWB. Les milieux d'accueil se sentent concernés et ont été fortement sensibilisés à ce dépistage. Lors de leurs visites de terrain, les coordinatrices accueil reçoivent régulièrement des retours relatant la grande satisfaction des parents par rapport à ce test.

Dès le début du programme, il a été possible de réaliser des dépistages visuels en consultation pour enfants et en milieu d'accueil collectifs. Les milieux d'accueil collectifs ont rencontré quelques écueils organisationnels au démarrage. Mais à présent, tout est mis en place pour que, comme le souhaite l'ONE, chaque enfant puisse, si tel est la demande du parent, bénéficier de ce dépistage visuel précoce au sein même de sa structure d'accueil.

Les enfants qui sont chez des accueillantes indépendantes ou dans des petites structures d'accueil et pour lesquels l'examen est réalisé dans la consultation pour enfants même s'ils sont amenés par le personnel d'accueil sont repris dans la catégorie « examinés en consultation pour enfants ».

En moyenne, pour 76% des enfants dépistés, le test est « normal » ; pour 11%, il est « anormal » ; pour 4%, il est « douteux » et pour 9%, il est « irréalisable ».

Lorsque le test est anormal ou douteux, l'enfant est référé

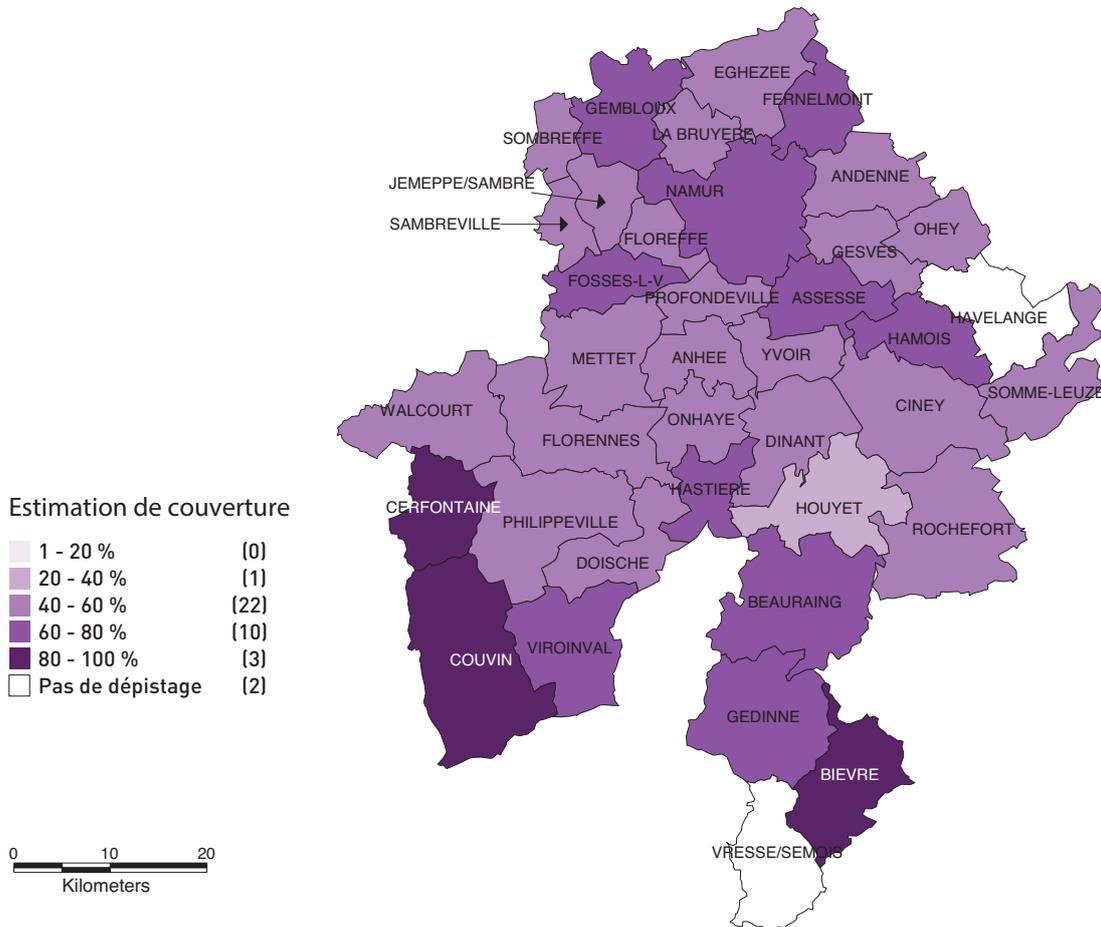
vers un ophtalmologue. Dans 80% des cas, l'anomalie est confirmée par celui-ci ou alors l'ophtalmologue demande de revoir l'enfant 6 mois à un an plus tard. En cas d'examen irréalisable, l'enfant est revu plus tard par l'orthoptiste de l'ONE.

Dans la majorité des cas, le traitement consiste à porter des lunettes.

La cartographie suivante indique le taux de couverture du dépistage visuel par commune en 2018 pour la province de Namur. Pour chaque commune, il est calculé en rapportant le nombre d'enfants dépistés en 2018 sur le nombre de naissances en 2016. Les taux de couverture les plus élevés, de 80% à 100%, se retrouvent dans les communes de Cerfontaine, Couvin et Bièvre.

Dans certaines communes, les taux de couverture peuvent être très élevés. Cela est dû au fait que le numérateur correspond au nombre de dépistages réalisés dans une commune par rapport au nombre d'enfants résidant dans cette même commune et nés 2 ans auparavant. Les dépistages visuels ne sont pas organisés dans toutes les communes. Par conséquent, certaines consultations peuvent regrouper des enfants de différentes communes d'où des taux plus élevés parmi celles-ci. Les enfants ne résident pas forcément dans la commune où a lieu le dépistage.

Taux de couverture des dépistages visuels à l'ONE des enfants entre 18 et 36 mois par commune en province de Namur en 2018



ONE, « Dépistages visuels », Direction Santé, 2018

Dans le cadre du plan opérationnel subrégional, l'Administration subrégionale (ASR) de Namur a mis en place des séances de dépistages visuels dans ses propres locaux à

partir de l'année 2019. Coordinateur subrégional, secrétaire médicale, référente Education à la santé, Partenaires Enfants-Parents, orthoptistes, cette large collaboration a

permis de proposer 4 journées complètes de dépistage en 2019. Ces séances ont rencontré un grand succès puisque 97 enfants ont pu bénéficier d'un dépistage.

En 2019, sur les 97 enfants dépistés, le test était « normal » pour 84 enfants (86,6%) ; « anormal » pour 8 enfants (8,2%), « douteux » pour 1 enfant (1%) et « irréalizable » pour 5 enfants (5,2%).

Les familles inscrites pour le dépistage étaient issues de 29 communes différentes : 41% des enfants dépistés provenaient de la ville de Namur, 8% de Gembloux et 11% d'autres subrégions (Brabant wallon, Hainaut et Liège).

Plusieurs idées ont émergées suite à cette première expérience que l'on peut qualifier de succès et que d'une manière unanime, il convient de reconduire. Proposer d'autres services aux parents, par exemple, en matière de santé dentaire serait une idée à explorer. Non pas pour que l'ASR devienne le temps de la période estivale un lieu comparable à une consultation mais plutôt que l'ASR soit un lieu d'offre complémentaire à l'offre de base déjà existante. Le fait que 97 enfants ont pu bénéficier de ce service démontre bien l'importance d'exploiter nos ressources, en l'occurrence les locaux de l'ASR, pour étendre la couverture de nos actions.

«...»

Marie PODGORNY,

Partenaire Enfants-Parents

Quel est le profil des personnes qui bénéficient du dépistage visuel ?

« Nous proposons le dépistage visuel à chaque enfant né ou arrivé à la consultation et ce, indépendamment de la fréquentation. En général, nous invitons les enfants dès l'âge de 20 mois et nous relançons ceux n'ayant pas répondu antérieurement aux invitations et âgés de 20 mois à 6 ans. »

Comment l'enfant collabore-t-il durant l'examen ?

« La majorité des enfants participe à l'exercice comme s'il s'agissait d'un jeu. D'autres sont plus inquiets. Dans ce cas-là, nous mettons à contribution le parent en installant l'enfant sur ses genoux. En général, il se sent rassuré et vit l'examen de manière plus paisible. Une minorité de ces enfants refuse tout de même de se laisser approcher malgré la présence du parent, des stimulations positives et amusantes. Pour ces derniers, nous postposons alors le rendez-vous 6 mois plus tard.

L'accueil de la famille est très important. Le parent doit se sentir attendu et être à l'aise afin de transmettre à son enfant une attitude positive et réceptive lors de l'examen. »

Est-ce aisé pour vous d'amener l'enfant « à jouer le jeu » pour la réussite de l'examen (se tenir droit, être attentif...) ?

« Il est assez rare qu'un enfant n'accepte pas de jouer. La curiosité du petit l'amène à observer les merveilles apportées par l'orthoptiste. Certains enfants ont besoin de temps pour se familiariser avec nous et regarder un copain passer avant eux peuvent les rassurer. Il est donc important de respecter le rythme de chacun afin d'effectuer un examen efficace. »

Comment agissez-vous pour sensibiliser vos collègues (partage avec les pairs) ?

« Mon objectif premier est de faire correctement mon travail et d'entretenir de bonnes relations avec les familles. Je partage volontiers ma pratique avec mes collègues s'ils me questionnent, mais ce n'est pas ma priorité. »



SYNTHÈSE

SUIVI MEDICO-SOCIAL DES ENFANTS

Le suivi préventif médico-social des enfants de 0 à 6 ans est organisé dans les consultations pour enfants de l'ONE mais également au sein de certains milieux d'accueil.

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des Bilans de Santé sont complétés à 3 âges clés (9, 18 et 30 mois) représentant les moments importants du développement de l'enfant. Ceux-ci permettent de récolter les informations des différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE comme l'allaitement ou la vaccination. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés. Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et Partenaires Enfants-Parents (PEP's).

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2009 à 2018.

Entre 2009 et 2016, on observe une augmentation du nombre de bilans de santé mais également des taux de couverture, que ce soit en province de Namur et en FWB. Cependant, en 2017-2018, le nombre de bilans et les taux de couverture diminuent légèrement de part et d'autre. En province de Namur, en 2018, les taux de couverture atteignaient 19% pour les Bilans de santé à 9 mois, et respectivement 16,5% et 8,6% pour les Bilans de santé à 18 et 30 mois.

Globalement, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé complétés en consultations pour enfants diminue progressivement en fonction de l'âge de l'enfant en faveur des milieux d'accueil. En province de Namur, le pourcentage de milieux d'accueil qui remplissent des bilans de santé est très élevé contrairement à la FWB. En 2017-2018, en province de Namur, 75% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants contre 25% en milieu d'accueil. A 18 mois, cette proportion diminue à 67% en consultations pour augmenter à 33% en milieu d'accueil ; pour ensuite atteindre à 30 mois, les 50% de part et d'autre. Cela indique que beaucoup d'enfants en province de Namur fréquentent un milieu d'accueil mais également que même si l'enfant ne fréquente plus les consultations pour enfants de l'ONE ou qu'il n'est pas venu aux âges clés, un document est bien complété et encodé.

Les différents indicateurs socio-familiaux repris dans les bilans de santé sont relativement stables au cours de ces 10 dernières années dans la province de Namur, tout comme dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La plupart des enfants pour qui un Bilan a été dressé, vivent au quotidien avec leurs 2 parents et cette pro-

portion diminue avec l'âge des enfants. En 2017-2018, la situation familiale des enfants dans la province de Namur est assez identique à celle des enfants en FWB. A 9 mois, plus ou moins 94% des enfants vivent avec leurs 2 parents contre 89% à 30 mois. La proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre 10% à 30 mois.

Concernant le niveau d'enseignement des mères, en 2017-2018, 49% des mères de la province de Namur ont un niveau d'enseignement supérieur, 33% ont achevé leur niveau d'instruction secondaire supérieur et 18% détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur au moment du Bilan à 9 mois de leur enfant. A 30 mois, le nombre des mères namuroises avec un diplôme supérieur est plus élevé avec 54%, 29% ont atteint le niveau secondaire inférieur et presque 17% le niveau secondaire inférieur.

Si l'on compare le niveau d'enseignement des mères en fonction du lieu où le suivi de l'enfant a été effectué, on constate que les mères d'enfants suivis en milieu d'accueil ont un niveau d'enseignement plus élevé que celles des enfants suivis dans les consultations pour enfants. En 2017-2018, en province de Namur, 77,3% des mères d'enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre 38,7% des mères des enfants suivis en consultation.

La situation professionnelle de la mère est relativement différente selon les régions. En province de Namur, une mère sur 3 est inactive (au chômage ou sans emploi). Tandis qu'en FWB, c'est presque 1 sur 2. La proportion de mères inactives tend à diminuer au fil des années avec 38,1% en 2009-2010 et 31% en 2017-2018 pour la province de Namur. En FWB, la même tendance est observée, de 47,4% à 44,4%.

La proportion des mères actives quant à elle tend à augmenter au fur et à mesure des années avec 60,1% en 2009-2010 pour atteindre 63,6% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Namur. Il en va de même pour la FWB, qui passe de 48,9% à 50,6%.

Lors du Bilan de santé à 9 mois, en 2017-2018, 60% des familles en province de Namur disposent de deux revenus professionnels et 27,5% de minimum un revenu professionnel. Les résultats pour la FWB ne sont pas totalement identiques. Seulement 46% des familles disposent de deux revenus professionnels et 37,2% de minimum un revenu professionnel.

En outre, on constate que les familles dont les enfants sont suivis en consultation sont plus vulnérables socio-économiquement que celles dont le suivi médico-social de l'enfant a lieu en milieu d'accueil.

La proportion des enfants suivis en consultation à l'ONE et qui fréquentent un milieu d'accueil a augmenté légèrement ces dernières années en province de Namur pour atteindre, à 9 mois, 55,5% et à 30 mois 75% (données de 2017-2018). Ces taux sont supérieurs à ceux des enfants résidant en FWB.

Ces 10 dernières années, les taux d'allaitement exclusif sont restés stables en province de Namur. En 2017-2018, le taux d'allaitement exclusif était de 68% à moins d'une semaine de vie et de 50,2% à un mois de vie. Les taux d'allaitement sont directement liés au niveau d'enseignement de la mère et à la situation socio-économique de la famille. Plus la mère a un niveau d'étude élevé, au plus le taux d'allaitement est élevé et plus l'enfant est allaité longtemps.

En 2017-2018, parmi les enfants namurois suivis en consultation ONE, environ 33,7% avaient au moins un parent qui fume quotidiennement (31,2% en FWB). Cette tendance tend à diminuer au cours des dernières années. On constate également que de moins en moins de parents fument au sein de l'habitation pour atteindre en 2017-2018 un taux de 7,2% (5,8% en FWB).

En moyenne, entre 2009 et 2018, 1,8% des enfants namurois de 18 mois présentaient des polycaries et 1,3% des enfants âgés de 30 mois présentaient des caries. Ces moyennes sont inférieures à celles de la FWB. Il est cependant important de garder à l'esprit que le pourcentage d'inconnues pour ces données tend à augmenter ces dernières années, ce qui rend les interprétations plus difficiles. On observe cependant un lien direct entre la prévalence de caries, le brossage des dents et le niveau d'enseignement de la mère. En effet, les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont plus de risque d'avoir des caries à l'âge de 30 mois que ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur ($p < 0,01$).

Toutes les couvertures vaccinales en province de Namur, à l'exception du méningocoque à 18 mois, sont supérieures à celles de la FWB. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en province de Namur, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB.

Les vaccins « hexavalent » et « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois, dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale. Le vaccin contre le rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec un taux similaire en Province de Namur (82,4%) et en FWB (82,6%).

On constate également que les taux de vaccination sont supérieurs dans les consultations par rapport à ceux recueillis dans les milieux d'accueil. La gratuité de la vaccination dans les consultations pour enfants incite les parents à fréquenter les consultations pour y faire vacciner leur enfant et faire augmenter de ce fait les taux de couverture.

Globalement, les indicateurs socio-économiques restent stables depuis plusieurs années. Les enfants suivis par l'ONE en province de Namur tendent à être moins vulnérables que dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, on constate des différences entre les enfants fréquentant les consultations pour enfants et les milieux d'accueil. Les familles dont les enfants sont suivis en consultation pour enfants sont plus vulnérables socio-économiquement que celles dont le suivi médico-social de l'enfant a été effectué en milieu d'accueil.

L'ONE doit continuer à développer et améliorer son réseautage, déjà particulièrement riche et diversifié en province de Namur, afin de soutenir les familles les plus fragilisées. A cet effet, les acteurs de la subrégion s'avèrent être essentiel à la prise de décision et à la mise en place de nouvelles actions et/ou de partenariats.



Promouvoir la santé, soutenir la parentalité,
les centres d'accueil, l'inclusion de tous
dans la province de Namur

4.1 PROMOUVOIR LA SANTE EN PROVINCE DE NAMUR : UNE DYNAMIQUE EN PARTENARIAT

Le Service Education à la Santé constitue un service ressource en Promotion et Education à la Santé à l'ONE. Il est intégré au sein de la Direction Santé.

Ses missions sont à la fois situées au niveau communautaire, subrégional et local.

Elles s'appliquent de manière transversale aux secteurs accompagnement et accueil.

Plus concrètement, quelques missions :

- Construire et mettre à la disposition des travailleurs de terrain des outils méthodologique et des outils d'éducation à la santé (outils d'information et d'animation) réalisés à partir d'échanges d'expertises de terrain et d'expertises scientifiques. Ces outils sont

destinés soit aux professionnels, soit à un public de (futurs) parents soit aux enfants.

- Accompagner les agents de terrain dans la mise en place de projets et dans l'utilisation de ces outils.
- Accompagner les actions locales individuelles, collectives, communautaires, privilégiant les réseaux locaux. Exemples : fêtes de quartier, actions dans les consultations, conférences, portes ouvertes... Aider à une bonne visibilité de l'ONE dans ces manifestations. Cet accompagnement pourra être de divers ordres : coordination des réunions, soutien logistique, formation à l'utilisation des outils, soutien méthodologique...
- Rechercher et diffuser les productions extérieures à l'ONE en promotion – éducation à la santé, conçues tant en Belgique qu'à l'étranger.



<<...>>

Isabelle CADO,

Référente Education à la Santé

Qui sont les publics bénéficiaires des animations d'éducation à la santé ?

« Nos publics bénéficiaires sont larges.

En effet, il peut s'agir des parents/futurs-parents, des enfants accompagnés de leurs parents, des enfants dans le cadre scolaire ou extrascolaire, mais également des professionnels de la petite enfance dont les PEP's et autres secteurs (PSE, PMS, CPAS, enseignants...).

Enfin, lors de manifestations tels que le salon BabyDays et la journée des familles, nous allons à la rencontre du grand public dans le but de faire connaître nos outils et services. »

En 2019, le Service Education à la Santé a mis à disposition des professionnels plus de 80 outils (jeux, modules, panneaux, DVD, brochures, affiches, ...) abordant différentes thématiques en lien avec les programmes prioritaires de l'ONE : prévention d'une alimentation saine, promotion de la santé bucco-dentaire, prévention des troubles du sommeil, prévention des accidents domestiques, ...

Pour la province de Namur, en 2019, une trentaine d'actions ont été réalisées dans des contextes multiples et variés.

Animations pendant ou en dehors du temps de consultation pour certaines, en partenariat dans des manifestations locales pour d'autres.

Chaque PEP's saisit l'opportunité la plus judicieuse pour répondre aux besoins de sa population et être en lien avec son Projet Santé-Parentalité.

De nombreux projets initiés par les PEP's pendant ou en dehors des heures de consultations (dans leurs locaux)

- Différents outils abordant le thème de l'alimentation ont été utilisés par période d'un mois dans la consultation de Seilles. La planification de ces actions est en lien avec le PSP et en accord avec toute l'équipe : médecin, bénévole et PEP's.

- Plusieurs PEP's ont organisé une animation conjointement à la séance de dépistage visuel. Différents thèmes ont été abordés : « les jeux », « la santé dentaire », « les vacances »,...

- Des animations et contextes divers :

- ▶ « Portes ouvertes », Découverte des locaux de la consultation notamment un nouveau coin-jeux, Mariembourg.
- ▶ « Lecture » ; lors de la fête des mères, Couvin.
- ▶ « Promotion de l'activité physique » lors d'une après-midi récréative dans le cadre des droits de l'enfant, Nismes.
- ▶ « Lecture », « Jeux/jouets » lors de la fête de la Saint-Nicolas, Auvélais, Andenne.
- ▶ ...



«...»

Hélène BAYENS,

Partenaire Enfants-Parents

Comment se passe la collaboration avec la Référente EDUS ou le service ?

« Lorsque j'ai besoin du matériel EDUS, je contacte la Référente, et nous discutons du matériel qui sera le plus approprié à l'évènement. Notre collaboration se passe toujours de manière fluide et ouverte, elle m'encourage et me guide bien. C'est elle qui s'occupe d'organiser la réservation et la livraison du matériel.

Deux fois par an, nous organisons, avec le comité des consultations, une rencontre plus festive pour la Saint-Nicolas et la fête des mères. Durant celles-ci, nous réalisons généralement une animation très courte et nous choisissons les roll up, folders et matériel des mallettes EDUS en fonction du thème choisi (ex : le goûter, la prévention solaire, le langage, ...). »

Quelles autres initiatives pouvez-vous évoquer et pour quels publics ?

« Par ailleurs, je travaille également dans un Centre Provincial et nous programmons une fois par an une porte ouverte thématique. L'année dernière, par exemple, nous avons organisé une activité sur le thème « bien bouger ». Nous avons donc emprunté le matériel de psychomotricité sur lequel les enfants pouvaient grimper. Et nous disposions aussi du décor de la forêt pour rendre l'activité attractive.

J'ai aussi participé, il y a quelques années, en partenariat avec d'autres services (PMS-PSE) à l'organisation d'un module intitulé « Mon corps ma maison » qui s'adressait au public des écoles maternelles de la région. Nous avons fait plusieurs réunions avec la Référente EDUS et les autres services afin de tout organiser, des invitations au rangement... C'était très intéressant. »

L'Education à la santé au cœur d'un vaste réseau de partenaires

▪ Fosses-la-Ville, Walcourt

Journée de la Santé/des Familles à l'initiative de l'Administration communale

▪ Houyet

Animations dans une école communale à la demande du service PSE. Collaboration enrichissante et opportunité pour les PEP's de rencontrer les parents dans un autre contexte

▪ Eghezée

Festival « A tout petits pas » à l'initiative du centre Culturel d'Eghezée. Un week-end à l'attention des familles où nous avons proposé notre module « 1,2,3 Jouons ».



à une animation sur le thème du sommeil.



▪ Clinique Ste Elisabeth Namur et du CHU de Dinant

Collaboration avec les maternités dans le cadre de la semaine mondiale de l'Allaitement Maternel.

▪ Maison Provinciale du Mieux-Etre à Florennes

Participation aux matinées de la Santé . Collaboration ONE/PSE/PMS

Thèmes : « Santé dentaire », « Hygiène »

▪ Centre culturel de Beauraing- Participation à le journée « Jeu t'aime »

Thème : « Promotion de l'activité physique »

Nous avons également collaboré avec les MILAC de la région. Les enfants de 18 mois à 3 ans ont pu participer

Certaines manifestations ont lieu chaque année.

En voici quelques-unes :

- salon Babydays : une occasion de rencontrer les futurs et jeunes parents. En 2019 , la consultation mobile dans le hall du Namur-Expo a pu nous donner une très belle visibilité.
- journée des enfants à Hastière : une journée récréative à l'attention des familles
- journée des Familles à Bomel : une journée organisée par l'AMO en collaboration avec différents acteurs de la petite enfance de Namur. Une opportunité pour les familles de découvrir le monde culturel....
- « Fête vos jeux » à Gembloux : une journée à l'attention des Familles qui regroupe différents acteurs dans le contexte de la Saint Nicolas.
- portes ouvertes de Centre de Santé mentale à Couvin : une après-midi récréative où différents services proposent une animation aux enfants accompagnés de leurs parents.

Ces différentes actions permettent de donner une visibilité de l'ONE tant auprès des autres services de la petite enfance et donc des professionnels, qu'auprès des parents.

La présence des PEP's permet de promotionner leur offre de service mais également de sensibiliser les familles à une thématique grâce à une approche ludique.

C'est pour quoi, de plus en plus, le Service propose des animations courtes, concrètes...où l'on se détache de l'apport de connaissances pur pour plutôt encourager la participation, les échanges avec les parents, les enfants,...

En 2019, les 3 thématiques les plus abordées, tous contextes confondus ont été :

- la santé dentaire
- l'alimentation/la promotion de l'activité physique
- les jeux

L'EDUS en 2019, c'est aussi :

- une demi-journée de formation à l'attention des PEP's sur l'utilisation de l'outil de prévention et de promotion de la santé utilisable dans toutes les consultations pour enfants : la grille du développement de l'enfant entre 18 mois et 6 ans.
- des matinées sous forme d'ateliers à l'attention des MILAC afin de (re)découvrir les outils Education à la Santé. Une collaboration enrichissante avec les coordinatrices Accueil.

Certains outils ont été particulièrement appréciés et certains responsables de structures ont pu se les procurer afin de travailler ces thématiques avec leur équipe ; par exemple le sommeil de l'enfant, la sécurité, ...

- une animation sur la thématique des « 5 sens » auprès des volontaires.

En 2019, toutes les animations confondues, nous ont permis d'aller à la rencontre de plus de **2650 enfants/parents ...**

De beaux moments partagés et un important investissement des PEP's !

Chaque année de nouveaux projets, de nouvelles collaborations voient le jour.

La richesse du service est d'être constamment au contact du terrain, ce qui nous permet d'évoluer dans ce que nous pouvons offrir comme accompagnement.



4.2 LES LIEUX DE RENCONTRE ENFANTS ET PARENTS EN PROVINCE DE NAMUR

Les lieux de rencontre enfants et parents sont des espaces informels ouverts aux enfants accompagnés d'un adulte. Ce dernier peut être un parent, un grand parent ou de la famille proche.

Ces lieux ont pour objet de renforcer la relation parent-enfant, mais aussi visent les rencontres avec d'autres parents, dans un environnement de qualité.

Les bénévoles et professionnels qui accompagnent les familles dans ces lieux, par leur soutien dans la relation entre l'enfant et le parent ou l'adulte, contribuent à atténuer l'isolement social vécu par certaines familles. L'enfant y trouve un espace de socialisation par le jeu et le parent, un lieu d'écoute et de dialogue ou encore, de détente.

L'ONE recense plus de 190 Lieux de Rencontre Enfants et Parents en Fédération Wallonie-Bruxelles dont près du tiers est soutenu financièrement par l'ONE.

En province de Namur on dénombre 20 Lieux de Rencontre Enfants et Parents dont 3 Lieux de Rencontre Enfants et Parents agréés par l'ONE en 2019. Il en existe d'autres en partenariat ou dans des locaux d'une consultation pour enfants ou encore développés en complément d'une halte-accueil. Ces services sont à géométrie variable : ils peuvent être à l'initiative d'une série de services ou être créés en collaborations / en partenariats (Consultations ONE, Centre de Planning Familial, Maison Médicales, AMO, CPAS, Services de Santé Mentale, Milieux d'accueil, ...).



Colette GODFRIN,

Bénévole – Pré en bulles Lieu de rencontre enfants et parents

« Pré en bulles est un Lieu d'accueil et de rencontre pour tout-petits de 0 à 3 ans accompagnés d'un parent ou d'un adulte proche. Il existe depuis 30 ans et est inspiré des maisons vertes de Françoise Dolto.

C'est avant tout un lieu d'accueil, de parole et d'écoute dans un souci d'anonymat. L'essentiel est le jeu, l'échange, l'éveil du langage, de l'autonomie, de la socialisation du tout petit en présence de "son" parent, de l'adulte proche de lui. C'est également un lieu où les parents peuvent confier leurs craintes, appréhensions, chercher conseil et partager leurs expériences parentales.

L'accueil au Pré en Bulles est assuré par une équipe d'accueillantes travaillant en binômes qui varient d'une permanence à l'autre. Elles sont toutes sensibilisées aux questions relatives à l'enfance et à la parentalité.

À l'écoute des enfants et des adultes, garant(e)s de l'ambiance, les accueillant(e)s assurent la continuité de ce qui se vit au Pré en Bulles et soutiennent la rencontre et la parole.

Depuis peu elle a obtenu un subside pour 5 ans, ce qui change beaucoup dans la construction de projets et du stress vécu annuellement. Le loyer représentant une part non négligeable de ce soutien financier. Néanmoins, l'inscription de l'association dans le réseau namurois de la Petite Enfance et comme membre de la Concertation sociale de la ville de Namur, procure des synergies d'action et des liens associatifs. En témoigne, depuis septembre 2018 la collaboration avec le service d'alphabétisation et FLE (Français langue étrangère) du CPAS avec qui le Pré en Bulles partage une convention de sous location et des échanges fructueux".

Nouvelle adresse : Anciennes Casernes du Génie, Rue de Dave à Jambes. »

4.3 LES CENTRES POUR DEMANDEURS D'ASILE : QUELLES ACTIONS DE L'ONE ?

Du fait de l'existence d'un certain nombre de centres d'accueil pour demandeurs d'asile en province de Namur, et de la présence d'enfants ou femmes enceintes dans un certain nombre d'entre eux, l'ONE est parfois interpellé pour le suivi préventif de leur santé. Les missions et compétences dispersées dans un tel contexte ne facilitent pourtant pas l'accompagnement des familles.

L'organisation, les locaux, les horaires, les collaborations ... sont parfois difficiles à accorder entre les différents acteurs présents et les autorisations à obtenir.

D'autre part, les barrières de la langue, les préparations de séances, le transport des vaccins, le calendrier vaccinal à compléter ou adapter, rendent difficile l'exercice de la mission de l'ONE. Certaines structures n'ayant pas de médecin en interne.

Le travail dans ces structures nécessite une connaissance des modes culturels des familles de manière à adapter le « discours » et faire une meilleure analyse de la situation. Les familles étant déracinées et parfois traumatisées par les décisions juridiques peuvent manifester de la colère et ou une certaine frustration...

Les messages d'éducation à la santé en matière d'alimentation par exemple ne sont pas si évidents à partir du moment où l'accès aux produits de première nécessité n'est pas assuré. Le professionnel ONE devant s'adapter, parfois l'investissement ne peut se faire dans la durée et le peu de collaborations avec les autres acteurs sociaux des centres compromet parfois les actions menées.

Dans le cadre du suivi prénatal par l'ONE, les femmes enceintes peuvent être suivies en milieu hospitalier. Il faudra veiller à ce que le lien soit établi et maintenu tout au long de la grossesse.

La place du PEP's est surtout dans l'écoute, la reconnaissance de la maternité et de l'enfant. Le soutien à la parentalité est très important dans un tel contexte.

Les questions posées par les centres d'accueils sont très spécifiques et doivent être traitées au cas par cas. La mise en place de partenariats serait nécessaire pour assurer un certain nombre de missions de base (vaccination, biométrie, suivi général de base, etc.) et soutenir la parentalité.



Christine VERHASSELT,

Partenaire Enfants-Parents, accompagnant les familles demandeuses d'asile du Centre d'accueil Croix-Rouge d'Yvoir

« Nous organisons des consultations au sein même du Centre d'accueil. Nous nous y rendons deux fois par mois afin d'assurer un accompagnement de qualité des enfants de 0 à 6 ans et de leur famille. Nous veillons au bon développement de chaque enfant ausculté et accordons une attention particulière au suivi vaccinal.

Beaucoup de familles ne maîtrisent pas ou peu le français. Elles proviennent principalement de Syrie, d'Afghanistan et d'Afrique (République démocratique du Congo, Erythrée, Guinée, Nigeria, Gambie, Cameroun, etc.). Heureusement, la barrière de la langue n'est plus un obstacle depuis que l'ONE a conclu un partenariat avec le SeTIS wallon. Cette association met à notre disposition des interprètes sociaux qui ont généralement, de surcroît, une bonne connaissance de la culture des bénéficiaires. Nous travaillons le plus souvent avec les mêmes intervenants. C'est plus pratique et cela permet de tisser plus aisément une relation de confiance avec les parents.

Une bonne collaboration avec le personnel du Centre d'accueil est également primordiale. Nous partageons et complétons, avec les infirmières, un planning commun des rendez-vous. Lorsqu'un problème de santé est détecté durant une consultation, nous alertons l'équipe médicale afin qu'un suivi adapté de l'enfant soit assuré. »

4.4 FAIRE DE L'ACCUEIL DE TOUS, UNE REALITE

Tout enfant devrait avoir l'occasion de faire l'expérience d'appartenir à un groupe, d'avoir accès à des lieux éducatifs complémentaires au lieu éducatif familial. Pour que chaque enfant puisse se sentir accueilli et le bienvenu dans ces lieux, un travail de réflexion sur les pratiques est à réaliser par les équipes des lieux d'accueil et ce, afin de lutter contre les mécanismes de la discrimination et d'exclusion. Au travers de l'équipement mis à disposition, des aménagements des espaces, de ce que disent les adultes, de la façon dont ils s'adressent à eux, de la manière dont ils gèrent certaines situations de groupe, les enfants peuvent identifier ce qui est perçu comme positif ou négatif dans l'environnement.

Comment peut-on travailler ses propres préjugés dont chacun est porteur, identifier la mesure de leurs conséquences sur les enfants et ainsi amener un travail d'ajustement des pratiques qui prennent en compte chaque acteur (enfants, familles, professionnel-le-s) dans les lieux d'accueil ? C'est pour répondre à ces questions centrales

que l'ONE et ses partenaires ont mis en œuvre plusieurs projets pour accompagner les professionnel-le-s de l'accueil dans leur réflexion pour atteindre cet objectif.

Des structures d'accueil d'enfants âgés de 0 à 3 ans ou de 3 à 12 ans et qui accueillent au quotidien un ou des enfants en situation de handicap peuvent faire appel à un des projets en initiatives spécifiques « accueil de la petite enfance ». Ceux-ci, subventionnés par l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), mènent des actions en concertation étroite avec les agents de l'ONE. Ils ont pour mission d'accompagner les professionnel-le-s dans leur réflexion pour ajuster leurs conditions d'accueil aux besoins spécifiques de l'enfant en situation de handicap. Ils peuvent également apporter un soutien à l'équipe, sous la forme d'un renfort en personnel aux professionnel-le-s prenant en charge le groupe dans lequel l'enfant est accueilli.

Les démarches et la réflexion menée pour assurer des conditions d'un accueil inclusif ne concernent toutefois pas uniquement les enfants en situation de handicap,

elles concernent aussi tous les enfants. Il ne suffit pas de « mettre ensemble des enfants » pour qu'ils s'entendent et développent des relations harmonieuses et épanouissantes. Par exemple, des conditions éducatives réfléchies, pour sensibiliser les enfants à l'accueil de tous, gagnent à être mises en place. Afin d'accompagner les professionnel-le-s dans ces démarches, la CAIRN¹ ONE a, avec un ensemble d'acteurs de terrain, rédigé un dossier pédagogique intitulé « Ensemble, visons des lieux d'accueil plus inclusifs pour tous les enfants » qui identifie 8 pistes concrètes pour rendre sa structure plus inclusive.

Ce dossier pédagogique est initialement destiné aux professionnel-le-s de l'accueil de 3 à 12 ans mais son contenu peut intéresser un public bien plus large. En complément de ce dossier pédagogique, dès 2017, un dispositif d'accompagnement a été mis en œuvre tant dans des temps de sensibilisation que dans l'extension d'offres de formation ad hoc : les responsables de lieux d'accueil 3-12 ans qui souhaitent rendre leur structure plus inclusive peuvent, en collaboration avec leur coordination Accueil Temps-Libre (ATL) ou accueil, proposer un projet pour emprunter une malle pédagogique et bénéficier d'un accompagnement dans leur réflexion. Ces malles pédagogiques sont déclinées en deux thématiques (sensorimotrice et émotions) et contiennent des objets qui permettent d'animer des activités inclusives pour les enfants.

L'objectif des malles et de leur accompagnement sur le terrain vise à amener les professionnel-le-s à trouver leurs réponses à la question : comment faire en sorte que tous les enfants et leur famille soient et se sentent les bienvenus dans notre structure d'accueil ? Pour aller plus loin et découvrir d'autres outils proposés et développés avec le secteur accompagnement ou les lieux de rencontre enfants et parents, le lecteur désireux peut trouver les informations pratiques sur le site internet de l'ONE, onglet « professionnels » dans la section « Accessibilité et inclusion ».



¹ Cellule Accessibilité Inclusion Recherches et Nouveautés, au sein de la Direction Recherches et Développement à l'ONE

CHAPITRE 5



L'habitat permanent
dans la province de Namur

5.1 L'HABITAT PERMANENT EN PROVINCE DE NAMUR : UN CONTEXTE PARTICULIER

L'habitat permanent (HP) désigne, de manière générale, « l'ensemble des équipements à vocation touristique qui sont utilisés par leurs occupants comme résidence principale »¹

Le territoire de la province de Namur regroupe 77 parcs répertoriés en zone d'habitat permanent, répartis sur 11 communes (Anhée, Couvin, Fosses-la-Ville, Mettet, Onhaye, Philippeville, Somme-Leuze, Vresse-sur-Semois, Walcourt et Yvoir).

Au sein de ces parcs, on recense 5675 habitants (dont 23 sont non domiciliés), ce qui représentent 64,4 % de l'ensemble du nombre d'habitants des zones d'habitats permanents comptabilisés en Wallonie². La province de Namur est donc celle qui est le plus concernée par ce type de zone. Parmi l'ensemble de ces habitants, une personne sur 6 (16,5 %) a moins de 18 ans.

Hastière est la commune la plus concernée, puisqu'elle recense 26 parcs sur son territoire, comptabilisant 1630 habitants, ce qui représente plus d'un quart (27,3 %) de l'ensemble de la population de la commune. Philippeville compte également un nombre important de personnes vivant en zone HP, puisque sur les 7 parcs que compte la commune, on comptabilise 1409 habitants (représentant 15,3 % de la population totale de la commune).

Bien qu'il existe une grande diversité de profils parmi les résidents permanents et une certaine mixité sociale, un nombre relativement important d'entre eux ont été contraints d'aménager dans les zones de loisirs faute de ressources financières suffisantes pour se loger ailleurs. Dans l'aide que peut apporter les services publics, il y a donc lieu, d'une part, de respecter le choix de vie de ceux qui ont délibérément choisi ce type d'habitat et, d'autre part, d'aider ceux qui le souhaitent à se reloger dignement³.

Vivre dans une zone d'habitat permanent peut engendrer un certain nombre de problématiques sociales et sanitaires, et pour les citoyens les plus fragilisés, les éloigner davantage encore de la vie active pour entrer dans un cercle vicieux qui accentuera leur précarisation⁴.

Il y a notamment les contraintes liées à la mobilité. Les habitats permanents sont généralement dans des zones reculées et peu desservies par les transports en commun, ce qui peut constituer un frein supplémentaire à l'insertion socio-professionnelle, à l'accessibilité aux soins de santé, à l'éducation, à la culture mais également avoir un impact sur les liens sociaux de manière générale pouvant engendrer l'isolement et le sentiment de solitude chez les résidents.

Au niveau du logement, certaines personnes vivent dans des conditions très précaires (humidité, moisissures, chauffage mal entretenus, etc.) qui peuvent générer des problèmes pour la santé ou accentuer les problèmes déjà existants.

Au niveau des infrastructures, bien que les situations ne soient pas homogènes d'un parc à l'autre, les résidents peuvent être confrontés à des problèmes de ramassage des déchets, de raccordement à l'eau, à l'électricité et aux égouts, de mauvais état des voiries qui rendent l'accès à certaines habitations difficile ou encore des problèmes d'assurances, de distribution de courrier, de risque d'inondation.

Le décret du 16/11/2017 adopté par le gouvernement wallon visant à la reconnaissance des zones HP en zones « habitats verts » devrait cependant améliorer la situation des logements et des infrastructures dans les années à venir. Cette reconnaissance donne effectivement droit aux résidents d'accéder aux primes « logements » pour stimuler la réalisation de travaux au sein de leur habitation et encourage les communes à réaliser les travaux d'aménagement structurel nécessaire au sein des parcs reconnus.

¹ DELVAUX (V.), « Un habitat permanent : un logement pour toujours ? », *Périodique trimestriel du CIEP/MOC, L'Esperluette*, n°68, p. 4 (2011).

² SERVICE PUBLIC DE WALLONIE, DIRECTION DE LA COHÉSION SOCIALE, *Données sur les zones d'habitat permanent au 31/12/2018*.

³ SERVICE PUBLIC DE WALLONIE, *Portail de la Cohésion Sociale, Plan Habitat Permanent (Plan HP)*.

⁴ GUTTADAURIA K., « Habitat permanent, Précarité ou choix de vie ? », *Collection « Au Quotidien », CPCP (2013)*.

5.2 LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DANS LES PARCS RÉSIDENTIELS : UNE RÉALITÉ SPÉCIFIQUE

Autrefois accueillant essentiellement les personnes actives de la ville durant leurs vacances, les parcs résidentiels sont de plus en plus une alternative pour les familles

éprouvant des difficultés d'insertion dans un circuit locatif classique. Ces parcs sont souvent de gestion privée.



Fanchon DOUTRELIGNE ET Anne BERTRAND,

Partenaires Enfants-Parents dans la région de Philippeville

Dans un tel contexte économique peu privilégié, ces lieux de vie génèrent une certaine insécurité quant au lendemain. En tant que parent, il est dès lors difficile d'être disponible pour répondre aux besoins de l'enfant. La région attirant moins de médecins, le suivi de la santé des familles et des enfants s'en trouve déficient. Dans ce contexte, les PEP's sont confrontées à des réalités très complexes : l'isolement des familles au plan géographique, avec des problèmes de mobilité importants ; le type de logement présentant une grande vulnérabilité à la météo car ayant peu d'isolation thermique, et soumis à une humidité importante, au froid et au gel.

Les installations électriques sont non conformes, la gestion des déchets est problématique, les questions d'hygiène engendrent des risques importants de santé et, le manque d'espace décrit une promiscuité et des risques de tension, sans parler de la qualité ou la quantité de sommeil.

« Notre perception professionnelle de leur vécu est souvent en décalage par rapport à leur propre représentation de ce qu'ils vivent. Leurs priorités avec leurs enfants ne sont pas toujours les nôtres.

L'articulation de leur système de fonctionnement familial et de notre accompagnement constitue tout un travail d'équilibriste. Il est primordial de se positionner face à des besoins et non face à des valeurs.

Tout notre travail consiste alors à réunir un maximum de conditions pour développer des relations parents-enfants dans le cadre de notre mission psycho-médico-sociale, tout en respectant, en intégrant, en encourageant, en amplifiant les compétences propres des parents. Souvent méfiantes, les familles perçoivent a priori, la rencontre avec la PEP's comme un risque de contrôle social. La fonction de PEP's devient alors de plus en plus une façon d'être qu'une façon de faire. Pour accompagner certaines familles, il faut se satisfaire d'une porte entrouverte tout en espérant qu'elle ne se referme pas ».

Face aux situations qu'elles rencontrent, ces PEP's considèrent aisément l'impérieuse nécessité d'inscrire leur action au sein d'un réseau professionnel serré interne et externe à l'ONE.



DIVERS LIEUX DE VIE AUX PROFILS DE SANTE PARTICULIERS

Une troisième édition du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est consacrée à la province de Namur. Résultat d'un travail collectif partant des agents de première ligne que sont les partenaires enfants –parents (PEP's), les sages-femmes et médecins des consultations et services de l'ONE, mais aussi les milieux d'accueil, en passant par les agents de vérification chargés de l'encodage, les coordinatrices, secrétaires et conseillers médicaux dans les subrégions, jusqu'à la cellule de gestionnaires de données et leur support administratif au sein des Direction Recherches et Développement et Direction Santé, sans oublier le support technique assuré par la Direction des Technologies de l'information. Que toutes les personnes impliquées dans ce travail soient ici remerciées.

L'analyse descriptive contenue dans ce rapport permet à l'ONE d'apprécier relativement rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions de terrain et d'orienter en conséquence sa politique dans les champs autour de la périnatalité et de la petite enfance.

Chaque indicateur repris dans la BDMS est issu des indicateurs internationalement reconnus et validé par les organes d'avis scientifiques de l'ONE sur base des programmes de santé prioritaires définis par l'institution. Il suit un cycle continu qui va de l'identification d'un problème de santé à sa documentation et sa mise en œuvre. La BDMS apparaît ainsi être un outil d'évaluation incontournable dans les matières périnatales et de l'enfance.

La formation et la sensibilisation des professionnels que cet outil vise permet la standardisation des pratiques et l'harmonisation des définitions des concepts développés par la BDMS. A côté de cette cohérence, la BDMS se veut être l'outil de mesure des particularités territoriales et par une approche ascendante interpellé les décisions institutionnelles.

En province de Namur, l'analyse des données émanant du terrain et collectées dans le cadre de la BDMS décrit une population globale pour les naissances et les accouchements (99,6% des nouveau-nés), et un échantillon de la population pour ce qui est des données de femmes enceintes suivies (10%) et de jeunes enfants dans le cadre des bilans de santé à 9 mois (environ 20% des enfants du même âge), à 18 mois (16,5%) et à 30 mois (8,6%).

Pour ce qui est du suivi de la grossesse par l'ONE, au regard des issues obstétricales, il est démontré que le suivi fait précocement, avec une certaine régularité, une qualité et bien coordonné parvient à diminuer de manière significative certains risques obstétricaux. Parmi les mères dont la grossesse a été suivie par l'ONE, 7,5% ont accouché prématurément et pour toute la population de nouveau-nés, ce taux est de 9,0% en Fédération Wallonie-Bruxelles. En province de Namur les proportions sont de 9,1% et 9,5% respectivement.

Les résultats du suivi de la grossesse et leur évaluation encouragent le travail mené par l'Office auprès des femmes qui fréquentent ses structures et portent une attention plus appuyée auprès des femmes plus vulnérables par différents mécanismes liés aux services offerts.

Sur base de ces données BDMS, le suivi de la grossesse permet de limiter une part des effets des inégalités sociales de santé chez les femmes enceintes fréquentant les structures de l'ONE.

Alors que la fécondité - c'est-à-dire le nombre d'enfants par femme en âge d'avoir des enfants - baisse dans la plupart des pays du monde, la population mondiale ne cesse d'augmenter. Donc, la diminution des naissances n'entrave pas cette croissance démographique, et l'espérance de vie à la naissance continue également d'augmenter.

Les données d'accouchements sont à distinguer des données de naissances. Pour ce qui est des accouchements, l'une de ses caractéristiques les plus déterminantes est l'âge de la mère. L'âge moyen est en recul constant dans le pays, au sein de la Fédération. En province de Namur il est de 30 ans et 7 mois alors qu'il a atteint 31 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les catégories d'âge de la mère de 30 ans et plus sont en augmentation et des publications mettent l'accent sur les mères de 40 ans et plus, là où il y a quelques années, on évoquait les mères de 35 ans ou plus. Les mères de 40 ans ou plus représentent 4% des mères de la province (3,3% en 2010). En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion est 5,8% en 2019. Les femmes de 40 ans et plus ayant augmenté de 27% en 10 ans. Les mères les plus jeunes qui retiennent également l'attention des professionnels de l'ONE sont quant à elles en diminution. On décrit 1,3% de mères de moins de 20 ans en province de Namur en 2019 (1,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles).

L'isolement des mères est une question centrale dans l'accompagnement des familles et la connaissance du réseau est capital pour son efficacité. Il est marqué dans les grandes villes et de plus en plus dans les régions rurales et à faible densité de population. Lorsque l'on met le focus sur les réalités au sein des communes, on peut observer une relation entre les communes ayant des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile ou de logements sociaux et des taux élevés de mères seules.

Les habitudes de vie constituent des comportements régis par l'environnement (social, physique, culturel, etc.) et de nature durable. Elles requièrent, avec leurs déterminants et leurs conséquences, l'attention du travail d'accompagnement et de soutien par l'ONE.

Ainsi, les habitudes tabagiques des mères ont des conséquences sur leur santé et celle de leurs enfants. La consommation de tabac chez les mères est globalement en diminution dans la province. Elle est passée de 20,5% à 15,2% en 10 ans.

La corpulence de la mère avant le début de la grossesse est un facteur défavorable lié aux issues obstétricales. Elle est en lien avec le poids de l'enfant à sa naissance.

Depuis cette année 2019, la BDMS collecte les données relatives à la vaccination durant la grossesse. Ces données décrivent qu'en province de Namur, 54,1% des mères ont été vaccinées contre la coqueluche avant l'accouchement. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion était de 37,8%.

De toutes les failles rencontrées en maternité au moment de l'accouchement, 80% souhaitent un accompagnement médico-social préventif par l'ONE.

Les différents indicateurs socio-familiaux repris dans les bilans de santé établis en Consultations pour enfants et en milieux d'accueil sont relativement stables au cours de ces 10 dernières années dans la province de Namur.

La plupart des enfants pour qui un bilan a été dressé, vivent au quotidien avec leurs 2 parents et cette proportion diminue avec l'âge des enfants. La situation familiale des enfants dans la province de Namur est assez semblable à celle des enfants en FWB.

Concernant le niveau d'enseignement en 2017-2018, 49% des mères de la province de Namur ont un niveau d'enseignement supérieur, 33% ont achevé leur niveau d'instruction secondaire supérieur et 18% détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur au moment du Bilan de santé à 9 mois de leur enfant. À 30 mois, la part des mères ayant un diplôme du supérieur est de 54%, 29% ont atteint le niveau secondaire inférieur et presque 17% le niveau secondaire inférieur.

Si l'on compare le niveau d'enseignement des mères en fonction du lieu où le suivi de l'enfant a été effectué, on constate que les mères d'enfants suivis en milieu d'accueil ont un niveau d'enseignement plus élevé que celles des enfants suivis dans les consultations pour enfants.

En province de Namur, une mère sur 3 est inactive (au chômage ou sans emploi). La proportion des mères actives quant à elle tend à augmenter au fur et à mesure des années avec 60,1% en 2009-2010 pour atteindre 63,6% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Namur.

On observe cependant un lien direct entre la prévalence de caries, le brossage des dents et le niveau d'enseignement de la mère. Toutes les couvertures vaccinales en province de Namur, à l'exception du méningocoque à 18 mois, sont supérieures à celles de la FWB.

De par leur spécificité locale, certaines thématiques ont été suggérées par les acteurs du terrain. Cet éclairage propose une contextualisation des données et enrichi par la même occasion le contenu du rapport. À titre d'exemple, la question de l'habitat permanent représente une facette de la réalité de travail des PEP'S. La Province de Namur y a également apporté sa contribution. Cette collaboration est d'ailleurs une première de la BDMS.

Les indicateurs BDMS sont en évolution permanente. Ces dernières années, après de nombreux travaux autour du langage chez le jeune enfant, de nombreuses variables ont été intégrées telles que la corpulence de la mère dans les relevés statistiques, mais aussi la vaccination de la femme enceinte, ainsi que la consommation

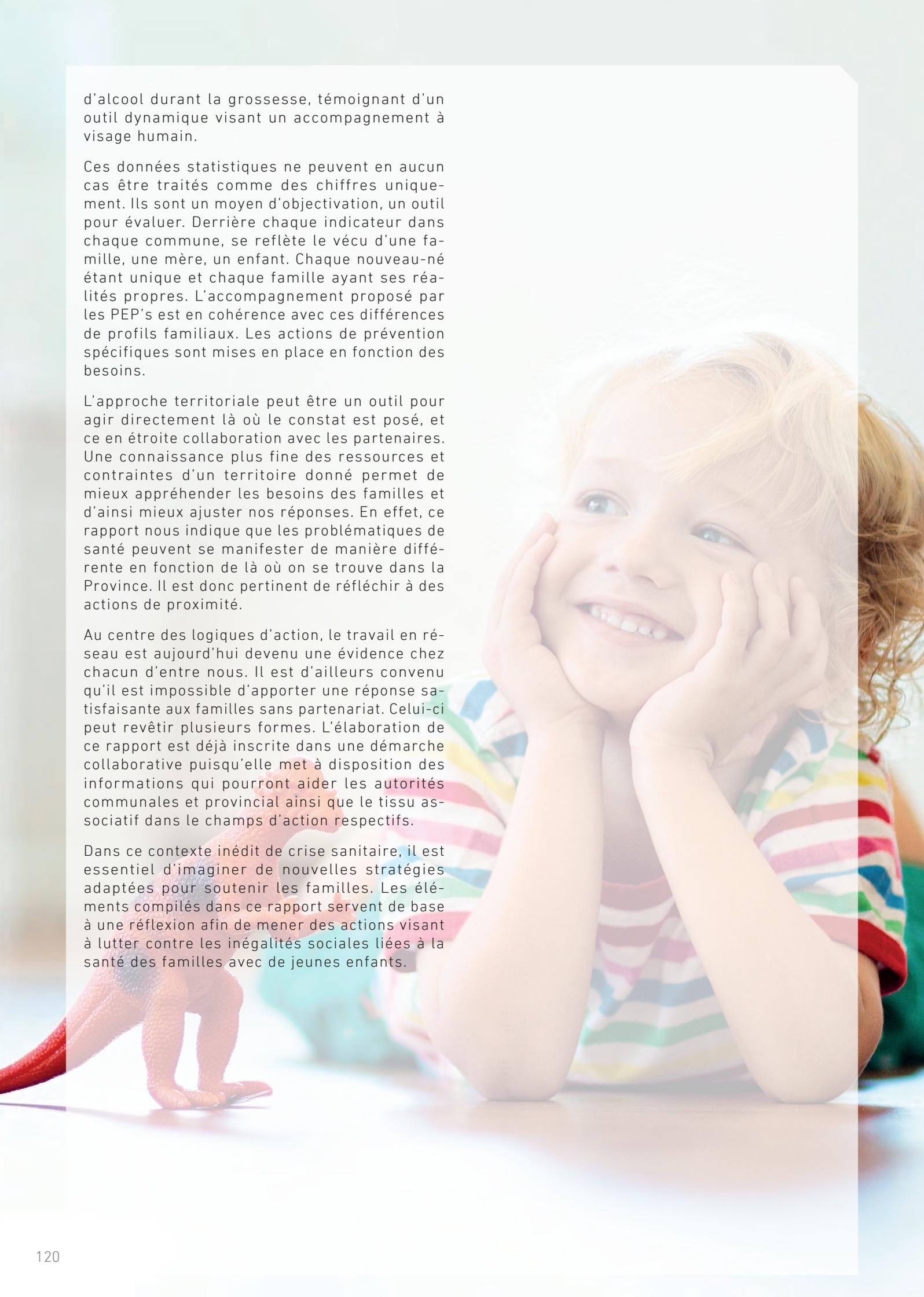
d'alcool durant la grossesse, témoignant d'un outil dynamique visant un accompagnement à visage humain.

Ces données statistiques ne peuvent en aucun cas être traitées comme des chiffres uniquement. Ils sont un moyen d'objectivation, un outil pour évaluer. Derrière chaque indicateur dans chaque commune, se reflète le vécu d'une famille, une mère, un enfant. Chaque nouveau-né étant unique et chaque famille ayant ses réalités propres. L'accompagnement proposé par les PEP's est en cohérence avec ces différences de profils familiaux. Les actions de prévention spécifiques sont mises en place en fonction des besoins.

L'approche territoriale peut être un outil pour agir directement là où le constat est posé, et ce en étroite collaboration avec les partenaires. Une connaissance plus fine des ressources et contraintes d'un territoire donné permet de mieux appréhender les besoins des familles et d'ainsi mieux ajuster nos réponses. En effet, ce rapport nous indique que les problématiques de santé peuvent se manifester de manière différente en fonction de là où on se trouve dans la Province. Il est donc pertinent de réfléchir à des actions de proximité.

Au centre des logiques d'action, le travail en réseau est aujourd'hui devenu une évidence chez chacun d'entre nous. Il est d'ailleurs convenu qu'il est impossible d'apporter une réponse satisfaisante aux familles sans partenariat. Celui-ci peut revêtir plusieurs formes. L'élaboration de ce rapport est déjà inscrite dans une démarche collaborative puisqu'elle met à disposition des informations qui pourront aider les autorités communales et provincial ainsi que le tissu associatif dans le champs d'action respectifs.

Dans ce contexte inédit de crise sanitaire, il est essentiel d'imaginer de nouvelles stratégies adaptées pour soutenir les familles. Les éléments compilés dans ce rapport servent de base à une réflexion afin de mener des actions visant à lutter contre les inégalités sociales liées à la santé des familles avec de jeunes enfants.



Office de la Naissance et de l'Enfance
Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

Éditeur responsable : Benoît PARMENTIER
N° d'édition : D/2020/74.80/90
DOCRA0014

Rejoignez-nous sur

