

Données 2006-2015

Rapport de la
Banque de Données Médico-Sociales
N°1 : Regard sur le Brabant wallon



Bruxelles

Brabant Wallon

Hainaut

Liège

Luxembourg

Namur

Rédaction

Françoise DUBOIS
Laetitia FONTAINE
Marie GÉRARD
Michaël HARZIMONT
Maury LIBOUTON
Murielle LIEGEOIS
Samuel NDAME EBONGUE
Tatiana PEREIRA
Béatrice PIRON
Annalisa TANCREDI
Jérôme LOMBA

Coordination

Maury LIBOUTON
Samuel NDAME EBONGUE

Supervision

Geneviève BAZIER
Gilles CEYSENS
Muriel DE GREEF
Liliane GILBERT
Isabelle GOFFIN
Marie-Christine MAUROY

Support administratif

Jérémy BAUSIER

Mise en page

Jean-François BACHELY
Fanny DINANT

Contact

info@one.be
02 542 14 14
02 656 08 90



ÉDITO

Depuis près de 35 ans, l'ONE évalue les programmes prioritaires de santé maternelle et infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles via sa Banque de Données Médico-Sociales (BDMS).

La BDMS présente les données périnatales récoltées et traitées par l'ONE à partir d'indicateurs internationalement reconnus, ainsi qu'une série d'indicateurs issus d'autres sources qui améliorent la lecture et la connaissance du paysage maternel et infantile. Elle vise à permettre aux décideurs de planifier les politiques de santé. Et aux professionnels de terrain qui accompagnent les familles, les futures familles et les enfants, de gérer leurs actions et de les évaluer.

Par la publication de ce premier numéro du rapport de la BDMS consacré au Brabant wallon, l'ONE souhaite renforcer son appui à l'action de toutes celles et de tous ceux qui travaillent, au niveau provincial, à la mise en œuvre des politiques de l'enfance. Ce rapport est également l'occasion de reconnaître le travail de l'ensemble des professionnels qui font vivre la BDMS et de les remercier.

Nous vous en souhaitons bonne lecture,

Benoît PARMENTIER
Administrateur général de l'ONE

Table des matières

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

CHAPITRE 1 : LE SUIVI PAR L'ONE DES FEMMES ENCEINTES

RÉSIDENT EN BRABANT WALLON 12

INTRODUCTION.....	13
1.1 – LE VOLET PRÉNATAL DE LA BDMS.....	13
1.2 – UNE CONSULTATION PRÉNATALE DE QUARTIER IMPLANTÉE A TUBIZE.....	14
1.2.1. La couverture du volet bdms sur les femmes suivies par l'one a tubize	14
1.2.2. Le profil de femmes enceintes suivies par l'one de tubize et zone d'influence de celle-ci	14
1.3 – LE SUIVI PAR L'ONE DES FEMMES ENCEINTES RESIDANT DANS LE BRABANT WALLON	15
1.3.1. Profil des femmes enceintes residant dans le brabant wallon suivies par l'one	16

CHAPITRE 2 : LES NAISSANCES EN BRABANT WALLON.....25

INTRODUCTION.....	26
2.1 - DONNÉES D'ACCOUCHEMENT.....	26
2.1.1. Lieu d'accouchement.....	27
2.1.2. L'âge de la mère.....	27
2.2 - DONNÉES DE NAISSANCES.....	33
2.2.1. Grossesses et naissances.....	33
2.2.2 . Le sex-ratio.....	34
2.2.3 . La présentation de l'enfant lors de l'accouchement.....	34
2.2.4 . Le mode d'accouchement.....	34
2.2.5 . La mise au sein de l'enfant après l'accouchement.....	35
2.2.6 . L'arrêt de l'allaitement maternel durant le séjour en maternité	35
2.2.7 . Age gestationnel	36
2.2.8 . Poids de l'enfant à la naissance.....	37
2.2.9 . La surveillance de l'enfant après l'accouchement par l'ONE.....	38
2.3 - LA PLANIFICATION DES SORTIES DE LA MATERNITÉ	38
2.4 - LES DÉPISTAGES NÉONATALS DANS LES MATERNITÉS DU BRABANT WALLON.....	39

CHAPITRE 3: LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS

EN BRABANT WALLON.....42

INTRODUCTION.....	43
3.1. - NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ ».....	44
3.1.1. Evolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois ».....	44

3.1.2. Taux de couverture des Bilans de Santé entre 2006 et 2015.....	45
3.1.3. Origine des Bilans de santé selon le type de structure	46
3.2. - CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DONT LES ENFANTS FRÉQUENTENT LES STRUCTURES DE L'ONE.....	47
3.2.1. Situation familiale de l'enfant	47
3.2.2. Niveau d'éducation de la mère	48
3.2.3. Situation professionnelle de la mère	49
3.2.4. Revenus de la famille	50
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	52
3.2.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil.....	52
3.3. - L'ALIMENTATION DE L'ENFANT	53
3.3.1. Allaitement exclusif	54
3.3.2. Association entre la situation familiale et l'allaitement exclusif.....	55
3.3.3. Lait infantile (Lait modifié artificiellement).....	57
3.4. - INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)	57
3.5. - TABAGISME PASSIF	59
3.6. - SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	60
3.7. - LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE.....	61
3.8. - COUVERTURE VACCINALE.....	62
3.9. - DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.....	63

CHAPITRE 4 : LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE67

INTRODUCTION	68
Enquête HBSC	69

CHAPITRE 5 : PROMOUVOIR LA SANTÉ ET SOUTENIR LA PARENTALITÉ FACE À DES PARTICULARITÉS70

5.1- L'ACTION DES RÉFÉRENTES ÉDUCATION À LA SANTÉ :	
UN EXEMPLE DE SUPPORT D'ANIMATION DYNAMIQUE.....	71
le jeu de cartes v/f (vrai/faux) sur l'allaitement maternel	71
5.2 - LE SOUTIEN DES RÉFÉRENTS MALTRAITANCE AUX TMS : LE BRABANT WALLON RECTO-VERSO ...	71
5.3 - LE PHENOMENE MIGRATOIRE : L'ONE IMPLIQUÉ EN BRABANT WALLON	72
5.4 - UN PLAN DE MOBILISATION ONE.....	73
5.5 - LES LIEUX DE RENCONTRE ENFANTS ET PARENTS EN PROVINCE DE BRABANT WALLON	73
5.6 - SOUTENIR LA PARENTALITE	74
5.7 - FACE A LA VULNERABILITE DES FAMILLES :	
LE TRAVAIL EN PARTENARIAT ET LA VISITE A DOMICILE	74

CONCLUSION: UN BIEN NAÎTRE À RELATIVISER..... 75

NOTES.....	76
------------	----

INTRODUCTION

Cette première édition du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales met en exergue les données récoltées par les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) de l'ONE, les sages-femmes, les médecins et les milieux d'accueil du Brabant wallon. Ces données sont ensuite encodées, traitées statistiquement et analysées. Ce travail aboutit à une photographie de « l'état » de la population à laquelle l'ONE propose ses services. Il permet une analyse des évolutions en termes médico-sociaux des (futurs) parents et des enfants mais aussi 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 Travailleurs Médico-Sociaux (TMS), 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 BDMS de la Direction Recherches et Développement, la Direction Santé et la Direction des Technologies de l'Information. Mais aussi les (futurs) parents qui, au quotidien acceptent de participer à ce travail de collecte d'informations et accordent leur confiance à l'accompagnement réalisé par l'ONE.

L'ONE est un Organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique, l'Office est un parastatal de type B, ce qui signifie qu'il dispose d'une autonomie de gestion, tout en restant sous la tutelle du Ministre de l'enfance.

L'Office est décentralisé en six Administrations subrégionales réparties sur les six zones géographiques que constitue le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Au sein de chaque Administration subrégionale, un(e) Coordinateur-trice assure l'implication et la synergie des activités de l'ONE en matière de politique de l'enfance. Il (elle) développe une concertation avec les acteurs institutionnels sociaux, en participant activement à la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre.



LA PROVINCE DU BRABANT WALLON



Le Brabant wallon voit officiellement le jour le 1er janvier 1995, à l'issue des accords de la Saint-Michel (1992). C'est la plus jeune et la plus petite des provinces de Wallonie. Son territoire se confond avec l'arrondissement de Nivelles et compte 27 communes. Son chef-lieu est fixé à Wavre.

Le Brabant wallon est une province de 1.090,6 km², bordée par les provinces du Hainaut, Namur et Liège au sud et le Brabant flamand au Nord. Situé au centre du pays et pourtant polarisé par Bruxelles dont il est l'extension périurbaine, le Brabant wallon concentre surtout des activités de services aux entreprises et de recherche.

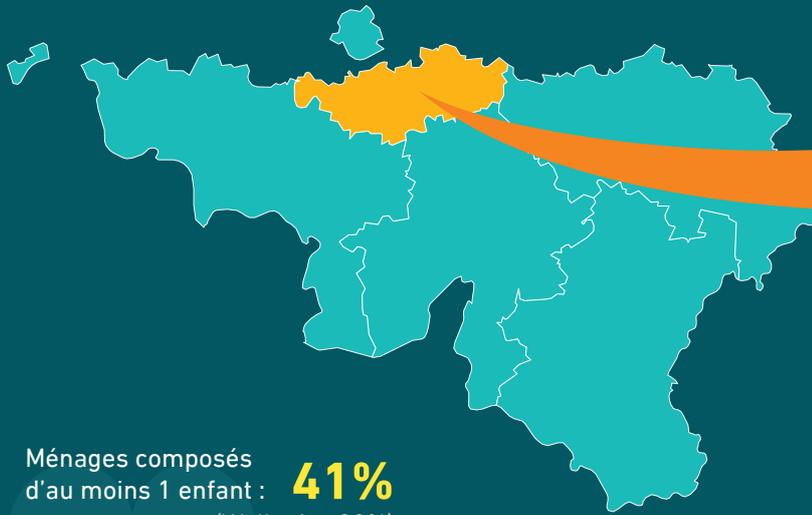
La province est traversée et arrosée par la Senne et le canal Bruxelles-Charleroi à l'ouest ; au centre par la Dyle et à l'est par la grande et la petite Gette.

La population du Brabant wallon était de 396.840 habitants au 1er janvier 2016 avec un ratio hommes/femmes de 94,1/100. La croissance démographique y est continue depuis quelques années, et pratiquement dans l'ensemble des communes. Une différence existe cependant entre l'Est de la province en rurbanisation et l'Ouest plus dense et en continuelle urbanisation.

Le Brabant wallon en chiffres

Les chiffres ci-dessous sont issus de diverses sources et figurent dans ce rapport à titre indicatif sur base de données publiées à un moment donné. Parfois ils sont arrondis, et ou rapportés à ceux de la Wallonie ou de la Belgique, sans autre nuance. Nous avons souhaité intégrer les données les plus à jour possible, mais il pourrait s'avérer qu'il y'en ait de plus récentes. Celles-ci sont, selon la source, datées de 2011 à 2016.

Ces données sont donc à lire avec prudence.



Population : 396.840 habitants

(Au 1er janvier 2016)

En augmentation. Principalement dans les communes rurales.

Forte concentration au Nord et au centre de la province.

Superficie : 1090,6 km²

Densité : 364 habitants/km²

Wallonie : 212 habitants/km²

Belgique : 369 habitants/km²

Surface cultivable : 66%

(Wallonie : 52%)

Age moyen de la population :

Environ 41 ans

Espérance de vie à la naissance :

81,5 ans (Wallonie : 79,6 ans)

Ménages composés
d'au moins 1 enfant : **41%**
(Wallonie : 38%)

Ménages totaux isolés : **11,6%**
(Wallonie : 12,3%)
*Adultes seuls.
Constitués surtout
des personnes âgées.*

Diplômés du secondaire (inférieur et supérieur) **44,2%**
(Wallonie : 51,1%)

Diplômés de l'enseignement supérieur : **37,0%**
(Wallonie : 23,9%)
Etudiants exclus.

Prix moyen des maisons : **310.000€**
(Wallonie : 175.000€)

Part des appartements : **21,7%**
Concentrés dans 5 communes

Logement public : **5%**
(Wallonie : 8%)

Population active
Totale/Féminine : 68,2%/64,2%
Wallonie : 63,9/59,1
Belgique : 67,6/63,0

Augmentation des demandeurs d'emploi
entre 2012 et 2016 : **0,4%**
(Wallonie : 1,7%)

Bénéficiaires du Revenu
d'intégration sociale (RIS) : **0,8%**
(Wallonie : 2,3%)

Revenu médian net imposable : **21.000€**
Wallonie : 17.200€
Belgique : 17.469€

Revenus moyens : **36.000€** (Wallonie : 29.000€)
Min : Tubize : 29.000€ - Max : Lasne : 45.000€

Travailleurs Indépendants : **10,8%**
Wallonie : 7,4%

L'ONE, ses acteurs et ses missions



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

Organisme de référence en matières de protection maternelle infantile et de soutien à la parentalité, l'ONE par sa Banque de Données Médico-Sociales s'est fixé pour objectif d'établir, à un niveau plus local ou régional, un descriptif des populations des mères et jeunes enfants qu'il accompagne, mais également de l'ensemble des naissances francophones de Bruxelles et Wallonie.

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



Madame LIBOUTON Maury

Coordinatrice subrégionale du Brabant wallon

L'ONE exerce ses missions selon les orientations et modalités définies dans un contrat de gestion conclu avec le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Le contrat de gestion 2013-2018 met en exergue les défis à relever face à l'évolution du contexte médico-socio-économique des enfants et des familles et permet à l'ONE d'ajuster et de renforcer au mieux son rôle social à l'émergence des nouveaux besoins rencontrés par ses bénéficiaires.

Dans ce cadre, l'ONE s'efforce de travailler au plus près des réalités de terrain et de décliner ses objectifs au regard des spécificités et des acteurs locaux. Son ancrage géographique et sa position au cœur d'un réseau de partenariat, tant avec les pouvoirs publics qu'avec les associations, lui permettent de développer une solide expertise à ce niveau.

Pour formaliser cette présence sur le terrain, le contrat de gestion a invité les sites décentralisés de l'ONE au niveau provincial à rédiger un plan opérationnel subrégional.

Le plan opérationnel propre au Brabant wallon représente un outil de choix pour organiser les actions sur son territoire et mettre en place, le cas échéant, des initiatives novatrices en phase avec les objectifs institutionnels de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, en concertation avec les filières opérationnelles.

La réalisation de ce plan a nécessité un temps de récolte et d'analyse de données, un temps de consultation et d'implication des divers secteurs qui composent l'ONE afin d'articuler les axes de travail prioritaires de la province avec la stratégie globale de notre Institution. Le plan subrégional se veut donc un instrument de dialogue entre les pôles décentralisés et central, de construction sur base de références communes d'actions stratégiques déclinées selon les réalités de terrain.

Un outil tel que la BDMS est précieux pour la réalisation d'un tel exercice. Il nous permet d'identifier de manière objective les réalités rencontrées par les familles et les enfants et d'adapter notre politique afin de leur assurer une offre de service adéquate et de qualité. Ce relevé statistique donne aussi une visibilité à une partie du travail qui se fait sur le terrain par nos acteurs de première ligne, nos TMS ; il donne du sens à leur action.

Ce plan opérationnel n'est évidemment ni exhaustif ni figé, il peut évoluer dans le temps et dans son contenu par l'ajout des réflexions des professionnels de l'ONE, notamment.

Nous espérons qu'il sera pour chacun d'entre nous une fenêtre sur la Province, une plus-value pour nous aider à avancer dans notre travail quotidien.

LES RESSOURCES ET ACTIVITES LOCALES DE L'ONE

▶ Selon le Rapport d'Activités de l'ONE de 2015, le Brabant wallon compte

TMS : **41 personnes (32,4 ETP) – 53,7% d'Assistants Sociaux et 46,3% d'Infirmiers**

Médecins : **128**

Volontaires : **15,2% de l'ensemble des 4500 volontaires**

Coordinatrices accompagnement : **2 (Encadrement de TMS)**

- ▶ Référent Education à la santé : **1**
- ▶ Référent maltraitance : **1**
- ▶ Coordinateurs accueil : **6**
- ▶ Agents conseil : **3**
- ▶ Conseiller pédagogique : **1**
- ▶ Référent santé dans les milieux d'accueil : **1**

▶ Structure de suivi de la grossesse :

1 Consultation prénatale de quartier (Tubize) avec 48 nouvelles inscrites

▶ Maternités :

3 avec environ 3.000 naissances annuelles

▶ Structures de suivi de l'enfant :

43 (28 Consultations pour Enfants, 10 Consultations périodiques et 5 antennes de Consultation) avec 10.374 enfants de 0 à 6 ans inscrits en 2015.

▶ Equipe SOS Enfants : **1**

▶ Nombre de structures d'accueil reconnues par l'ONE

- ▶ 0-3 ans : **529**
- ▶ Capacité d'accueil totale 0-3 ans : **4956 places**
- ▶ Taux de couverture 0-2,5 ans : **48,9% (enfants de 0 à 2,5 ans)**
- ▶ SASPE - Pouponnière (Accueil spécialisé) : **1 (56 places - La Hulpe)**

- ▶ Lieux d'accueil extrascolaire : **183 (78 opérateurs)**
- ▶ Ecoles de devoirs reconnues par l'ONE : **30**
- ▶ Centres de vacances agréés : **304 camps, 15 séjours, 160 plaines**

LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE

La Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est une base informatique qui contient des informations médico-sociales relatives au suivi préventif de la (future) mère et du jeune enfant.

Outil d'évaluation interne à l'ONE, la BDMS permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation des actions et est ainsi un maillon indispensable d'orientation de la politique de l'Institution 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.

LES ACTEURS BDMS

Au sein de l'ONE, le travail de collecte des informations de type social et médical est au premier plan effectué par les TMS, sages-femmes et médecins des consultations.

Les encodeurs-vérificateurs ont un rôle de contrôle de la cohérence des données transmises par les TMS, sages-femmes et médecins. 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 de l'ONE.

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 BDMS au sein de la Direction Recherches et Développement sont chargés du nettoyage, du contrôle et vérification des fichiers, la représentativité des données, de l'analyse et l'exploitation de données ainsi que des publications qui en découlent. Ils veillent aussi 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 référente qui répond à toutes les questions relatives aux aspects légaux 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.

LES VOLETS BDMS DE COLLECTE DE DONNEES

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 (3)

D'autres données peuvent être collationnées de façon locale ou ponctuelle pour alimenter cette collecte de routine, pour approfondir une description ou alimenter la réflexion ou encore pour un projet spécifique.

LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET LE SECRET PROFESSIONNEL

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 loi sur la protection de la vie privée. Elles sont rendues anonymes avant d'être transmises à la Banque de Données Médico-Sociales.

Les informations ainsi traitées au sein de la BDMS ne comportent aucun nom, ni adresse. Elles 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.



Plus d'informations sur http://www.belgium.be/fr/justice/respect_de_la_vie_privée

L'ENCODAGE ET LE CONTROLE DE DONNEES

L'ensemble des personnes impliquées dans le travail de collecte et de traitement de données s'assurent de la qualité des informations. Il est tenu au respect du secret professionnel et au respect de la vie privée.



«...»

Madame DE MOOR Aurélie

Encodeuse et Vérificatrice de données BDMS pour le Brabant wallon

L'encodeur-vérificateur fait le relai entre les TMS pour l'accompagnement des familles. Il s'assure de la qualité des informations contenues dans les différents volets BDMS, et veille à ce que celles-ci soient complètes. Sur ce plan, il est sous l'autorité du conseiller médical de la subrégion.

Il est l'interlocuteur en subrégion pour le volume des documents attendus.

CHAPITRE 1



Le suivi par l'ONE
des femmes enceintes
résidant en Brabant wallon

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne un réseau de Consultations prénatales de quartier et hospitalières. Le Brabant wallon compte une structure de ce type, une Consultation de quartier.

Cette structure de suivi de la grossesse est située à Tubize. Elle est accessible gratuitement à toutes les femmes enceintes qui désirent y faire suivre leur grossesse tant sur le plan médical que psychosocial. Elle est tenue par une TMS, un médecin et un comité de bénévoles.

RÔLE DE LA CONSULTATION PRÉNATALE:

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

LES OBJECTIFS DE LA CONSULTATION PRÉNATALE :

Elaborer et mettre en œuvre les projets d'accompagnement périnatal ;

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

1.1 – LE VOLET PRÉNATAL DE LA BDMS



Madame DUBRUNQUEZ Annik, TMS à la Consultation prénatale de Tubize

« Je remplis facilement le volet prénatal de la BDMS mais je n'ai pas le temps, en aval, de comparer les interprétations statistiques qui sont tirées pour le niveau communal ou régional avec mes observations au contact des familles.

Mon travail a vraiment changé ces dernières années. Il s'est considérablement alourdi. L'accompagnement médico-social préventif de mères isolées, précarisées, issues de cultures très différentes demande beaucoup d'énergie. Je travaille de plus en plus avec des femmes qui ne sont pas en ordre de mutuelle, qui dépendent du CPAS, voire qui sont sans logement. Une adolescente de 15 ans de culture africaine vient d'accoucher, il faut susciter le dialogue, lui donner beaucoup d'informations sur les besoins de son bébé, tout en l'accompagnant dans de lourdes démarches administratives. Et le nombre de mères inscrites à la consultation prénatale décolle littéralement. Heureusement, les familles que j'accompagne sont très reconnaissantes du service qui leur est proposé, ce qui est très valorisant pour moi. »

Les données concernant le suivi de la grossesse sont collectées par le Travailleur Médico-Social (TMS) via un formulaire standardisé appelé « volet prénatal » ou « volet épidémiologique périnatal » commandé par les TMS chaque printemps pour l'année qui suit auprès de la Direction Achats et Logistique de l'ONE.

Le volet prénatal est disponible en téléchargement sur l'intranet à la docuthèque sur la page des publications ONE.

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 TMS de liaison en maternité et celui de la CPN pour la communication des informations sur l'issue de la grossesse.

La fréquentation de la Consultation prénatale de quartier de Tubize est constante depuis environ 10 ans, après une baisse importante vers les années 2000.

1.2 – UNE CONSULTATION PRÉNATALE DE QUARTIER IMPLANTÉE À TUBIZE

La Commune de Tubize compte 25.156 habitants au 1er janvier 2016 et 266 naissances en 2015.

2 sources de données de suivi de la grossesse sont importantes à intégrer :

- Les données de subventionnement (DCVD)
- Les données à des fins statistiques (BDMS)

Tableau 1.2. : Evolution comparée du nombre de «volet prénatal» encodé et du nombre de femmes enceintes suivies par l'ONE

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nombre de documents « Volet prénatal » BDMS	29	39	43	44	38	48	45	40	42	43	411
Nombre de femmes enceintes inscrites DCVD	34	43	40	43	38	49	48	41	41	48	425

BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Ces données sont issues de 2 sources différentes pour une même structure, et pourraient induire une erreur. Les femmes enceintes suivies dans les Consultations prénatales sont répertoriées par la Direction des consultations et Visites à Domicile (DCVD) et, pour chacune de ces femmes, un « volet prénatal » devrait être rempli et transmis à la BDMS à des fins statistiques et analytiques. Ce qui n'est pas toujours le cas.

1.2.1. LA COUVERTURE DU VOLET BDMS SUR LES FEMMES SUIVIES PAR L'ONE À TUBIZE

Le taux de couverture entre le volet prénatal BDMS et les données de subsides de la DCVD est de 96,7% (411/425).

C'est-à-dire que pour presque toutes les femmes enceintes qui fréquentent la consultation de Tubize, un volet BDMS est transmis. On peut observer quelques artéfacts où le nombre de volets est supérieur au nombre de femmes pour lesquelles un subside est versé à la structure. Cela peut être dû à la date d'inscription dans le registre au sein de la consultation qui est différente de celle inscrite dans le « volet prénatal ».

Globalement en Fédération Wallonie-Bruxelles, pour 8 femmes enceintes suivies dans les CPN de l'ONE sur 10, un « volet prénatal » est transmis.

1.2.2. LE PROFIL DE FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE DE TUBIZE ET ZONE D'INFLUENCE DE CELLE-CI

La CPN est implantée dans une commune voisine de Braine-le-Comte en province du Hainaut (arrondissement de Soignies) et du Brabant flamand ; elle n'est donc pas très éloignée de Bruxelles.

Sur la dernière décennie, une moyenne annuelle de 41 femmes enceintes y sont suivies (43 femmes suivies en 2015), soit un total de 411 femmes.

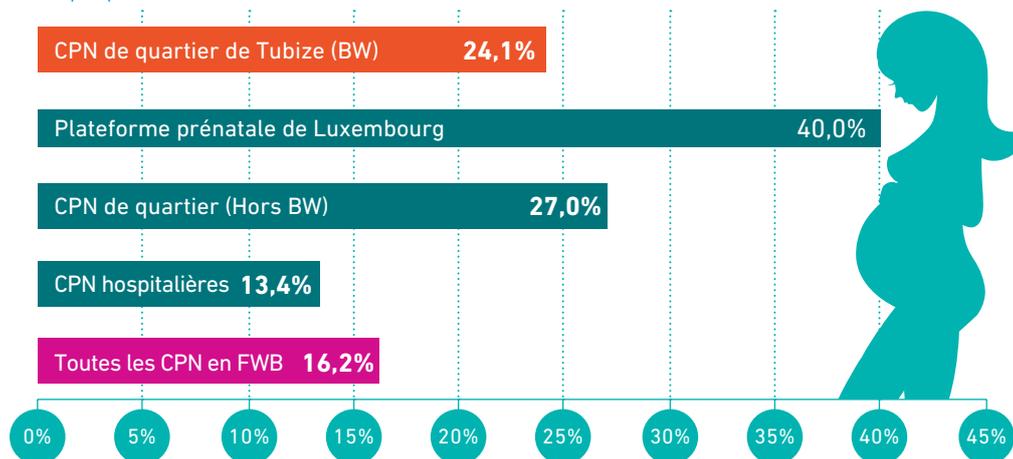
Les femmes enceintes suivies au sein de la prénatale de Tubize résident à 75% dans la province du Brabant wallon et essentiellement dans les communes de Tubize (53%), Rebecq (7%), Braine-le-Château, Braine-l'Alleud et Nivelles (3% respectivement), les 6% restants sont distribués dans 9 autres communes sur les 27 que compte la province. Soit un total de 14 communes de résidence recensées.

20% des femmes enceintes suivies résident dans le Hainaut (15%), à Bruxelles (2%), en Flandre (2%) et à Namur (1%). Et, pour 5% des femmes suivies, l'information sur la résidence est manquante. Il s'agirait essentiellement de femmes résidant à l'étranger selon les travailleurs de terrain.

Le profil des femmes enceintes suivies au sein de la Consultation implantée dans la commune de Tubize est particulier et loin de refléter le profil de la population des femmes de la commune ou de la province. La compilation des données BDMS sur les dix dernières années montre encore que :

- elles sont issues de 40 nationalités différentes et à majorité belge (61,6%) ;
- 6,7% parmi elles vivent isolées (seules et en maison d'accueil) ; 32% n'ont pas atteint le niveau d'études secondaire inférieur.

Graphique 1.2. : Les proportions de femmes sans couverture soins de santé selon les structures ONE de suivi de la grossesse



Source « volet prénatal » BDMS-ONE, 2006-2015

On peut observer que, pour un certain nombre d'indicateurs, il persiste des différences relativement importantes entre les types d'accompagnement de la grossesse proposés par l'ONE. A l'instar de la proportion de femmes enceintes suivies n'ayant pas d'assurance soins de santé ou une mutuelle. Les femmes sans couverture santé sont plus

fréquentes parmi celles suivies au sein de la plateforme de Luxembourg que dans les Consultations prénatales de quartier qui, elles-mêmes drainent un public moins bien couvert que les structures implantées au sein d'un milieu hospitalier (voir graphique ci-dessus).

1.3 – LE SUIVI PAR L'ONE DES FEMMES ENCEINTES RÉSIDANT EN BRABANT WALLON

Sur base de la résidence et non plus sur l'implantation des structures, on peut observer que bien plus de femmes enceintes en Brabant wallon sont suivies par l'ONE pour leur grossesse.

Ainsi, la demande semble bien plus importante que l'offre proposée par la Consultation prénatale de quartier implantée à Tubize.

Tableau 1.3.a : Evolution de la couverture du suivi de la grossesse par l'ONE pour les femmes résidant en province du Brabant wallon

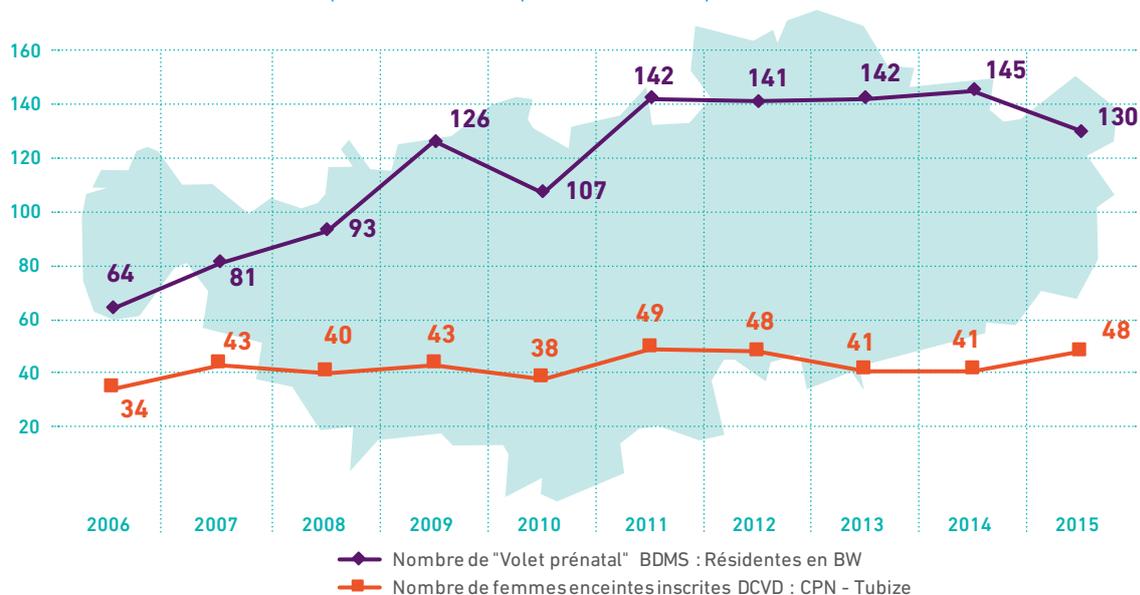
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Volet prénatal BDMS	64	81	93	126	107	142	141	142	145	130	1171
Nombre de femmes ayant accouché « avis de naissance » BDMS	3557	3553	3511	3606	3546	3387	3469	3545	3575	3565	35314
Couverture effective du suivi de la grossesse	1,8%	2,3%	2,6%	3,5%	3,0%	4,2%	4,1%	4,0%	4,1%	3,6%	3,3%

BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Sur base des données du tableau ci-dessus, on peut admettre clairement que sur cette logique de résidence, l'ONE suit 3,3% des mères de la province. Celles-ci sont accompagnées par des structures de suivi de la grossesse implantées sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ce taux de couverture effectif rapporte le nombre de volets encodés pour les femmes enceintes suivies résidant en Brabant wallon au nombre de femmes ayant accouché résidant dans la province (3,3%).

Graphique 1.3.a : Evolution comparée entre le nombre de femmes inscrites au sein de la CPN de Tubize (DCVD) et le nombre de femmes résidant dans la province suivies par l'ONE (Volet prénatal BDMS)



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Le nombre de femmes suivies par l'ONE au sein de la Consultation de quartier de Tubize semble sous-estimé par rapport à la demande des femmes résidant dans la province en termes de suivi de la grossesse. Toute implantation confondue, la demande serait ainsi trois fois supérieure à l'offre.

La question de l'accessibilité étant posée avec les communes de résidence, il s'avère que ces données globales montrent que toutes les communes de la province sont représentées sur la décennie. Et, chaque année, les femmes suivies résident dans 18 à 20 communes de la province du Brabant wallon.

CLE DE LECTURE METHODOLOGIQUE ...



Les femmes dont les données sont reprises ci-après représentent l'ensemble des femmes vues en CPN-ONE et dont un volet de suivi de la grossesse a été complété. Si les données sont loin de refléter le suivi de la grossesse dans la région, elles décrivent le profil des femmes qui fréquentent les Consultations prénatales de l'ONE et qui résident dans la province du Brabant wallon, bien au-delà de la seule CPN qui y est implantée.

Les analyses portent sur les données des 10 dernières années et leur évolution.

1.3.1. PROFIL DES FEMMES ENCEINTES RESIDANT EN BRABANT WALLON SUIVIES PAR L'ONE

1.3.1.1- L'âge des femmes au moment du suivi de la grossesse

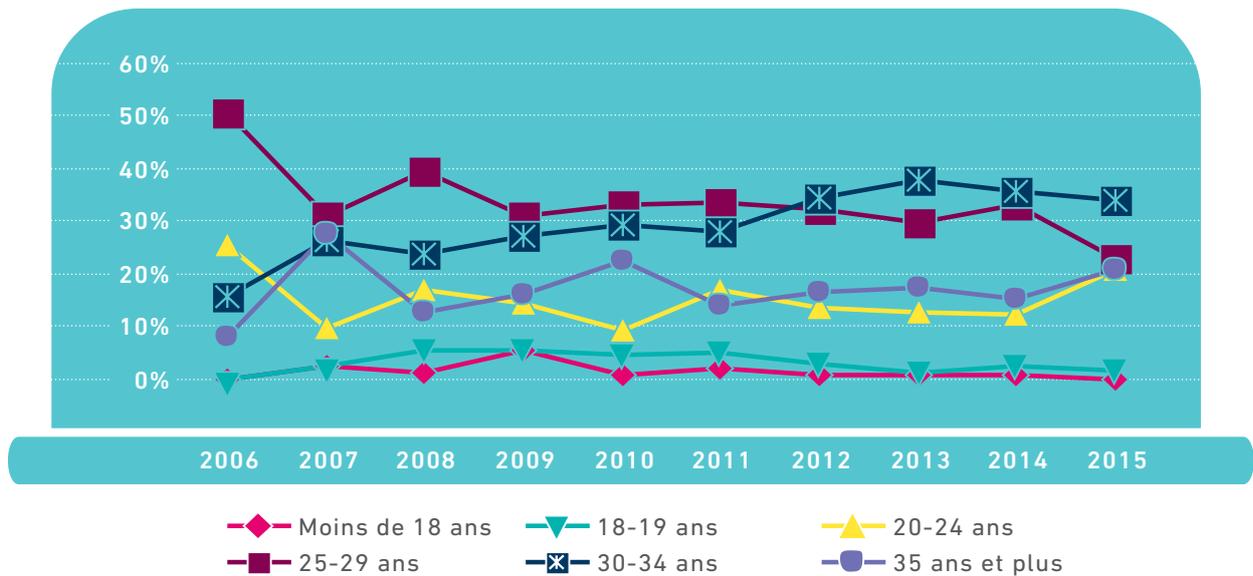
L'âge des femmes suivies est compris entre 15 et 43 ans, avec une moyenne de 29 ans en Brabant wallon et 28 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les femmes suivies âgées de moins de 20 ans représentent 1,5% des femmes enceintes suivies en 2015. Ce niveau plancher n'avait plus été atteint depuis 10 ans. La part de femmes enceintes âgées de moins de 20 ans avait même atteint un plafond de plus de 10% en 2009.

La tranche d'âge des 30-34 ans est représentée par une femme sur 3 en 2015, alors qu'il y a 10 ans, ces femmes représentaient 15% des femmes enceintes suivies en CPN-ONE.

20% des femmes ont 35 ans et plus.

Graphique 1.3.1.1. Evolution des catégories d'âge des femmes enceintes suivies résidant en Brabant wallon



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

1.3.1.2 - Origine des femmes suivies

Elles sont originaires de quelque 64 pays différents sur les 10 années analysées. 68,4% sont d'origine belge et 31,6% d'origine étrangère (nationalité à leur naissance).

Parmi les femmes d'origine étrangère (330, inconnues exclues), 27% sont originaires de l'UE (27 Etats membres) ; 29% d'Afrique noire ; 29% d'Afrique du nord et moyen orient ; et le reste du monde représente le solde

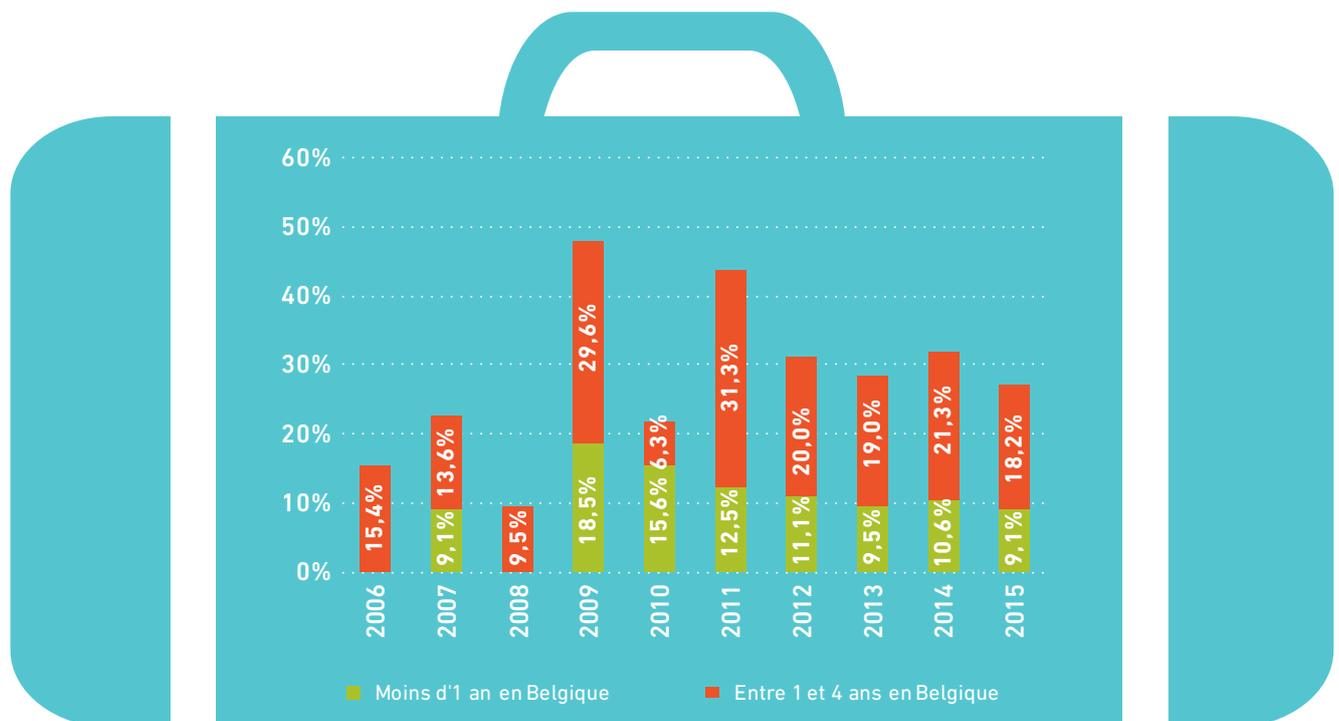
1.3.1.3 - Les femmes enceintes suivies primo-arrivantes

Parmi les femmes d'origine étrangère suivies en CPN, celles qui sont en Belgique depuis moins de 5 ans représentent 27,3% en 2015.

Depuis 4 ans, cette proportion s'est stabilisée aux alentours de 30%, après 2 années où ces proportions ont dépassé les 40% voire approché 50%. Soit en 2009 et 2011.

Le contexte géopolitique international est l'un des facteurs marquants de ces variations de femmes primo-arrivantes.

Graphique 1.3.1.3. : Evolution des proportions de femmes enceintes primo-arrivantes parmi les femmes étrangères suivies en CPN-ONE



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

La part de femmes suivies (belges et étrangères) n'ayant pas d'assurance soins de santé, enregistrée depuis 2009, se situe à 7% en 2015. Cette part reste en dessous des 10% depuis 2011.

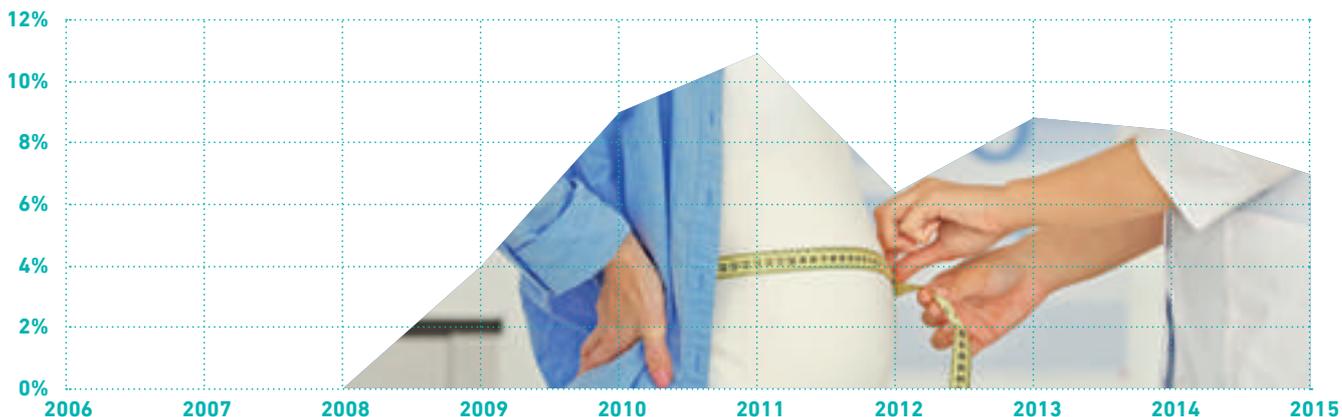
1.3.1.4 - La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies

Cet indicateur est intégré à la Banque de données de l'ONE depuis 2009, du fait de l'évocation par les TMS des difficultés d'accompagnement dues au contexte de crise internationale et plus particulièrement aux différentes guerres dans le monde.

L'affluence de femmes enceintes sans couverture de soins dans certaines consultations témoigne de l'accessibilité au service public. Elle pose cependant un certain nombre de difficultés dans l'accompagnement des familles : irrégularité du suivi, instabilité administrative et de la résidence, problèmes de communication, choc culturel, modèle social, etc.

Il est à préciser que toutes les femmes suivies peuvent être confrontées à l'absence d'assurance en soins de santé, les femmes belges comme les étrangères. A celles-ci pourraient s'ajouter des particularités telles que les femmes sans abri, donc sans adresse.

Graphique 1.3.1.4. : Evolution de la proportion de femmes enceintes suivies par l'ONE n'ayant pas d'assurance soins de santé



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

L'absence d'assurance en soins de santé dans la population étrangère, notamment des primo arrivantes explique une part de nombreux changements de filières de soins.

1.3.1.5 - La situation relationnelle des femmes enceintes suivies

L'isolement et/ou le sentiment de solitude ne sont pas le fait des seules personnes qui vivent seules. Même si les données BDMS ne permettent pas les nuances dans ces terminologies, des femmes évoquent souvent au contact des TMS ce sentiment de solitude ou d'isolement au sein même des ménages ou du couple.

Les chiffres montrent que l'isolement relationnel est nettement plus marqué et a des conséquences graves dans les catégories sociales les plus défavorisées.

Les populations des centres d'accueil implantés dans la province sont également plus exposées à l'isolement relationnel et peuvent vivre un sentiment de solitude important du fait de l'histoire personnelle combiné à un environnement dont les modalités de fonctionnement ne sont pas toujours faciles à appréhender, sans parler des difficultés de communication.

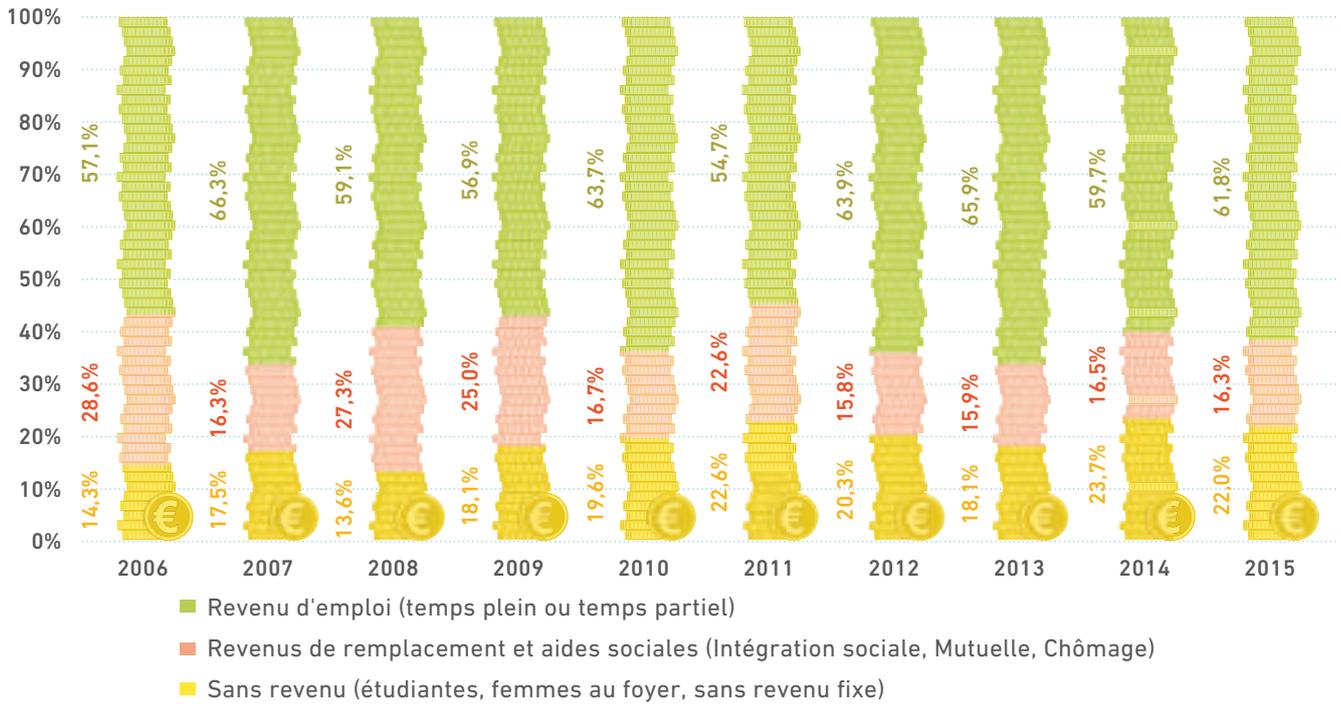
Il y a quelques années, l'expérience des professionnels de l'ONE en matière d'accompagnement des familles a permis à la BDMS de collaborer à une publication fédérale sur la question de l'isolement des familles suivies par l'ONE, au regard de l'expérience de Kind en Gezin en Flandre.

Combattre l'isolement des parents, une pierre angulaire de la lutte contre la précarité infantile pour l'Office de la Naissance et de l'Enfance et 'Kind en Gezin' (Samuel Ndame, Anne-Françoise Bouvy, Delphine Jouret et Geneviève Basier, Rudy De Cock) in « Pauvreté en Belgique – Annuaire 2014 », le SPP Intégration Sociale, Isabelle Pannecoucke, Willy Lahaye, Jan Vranken et Ronan Van Rossem, Academia Press, Gand.

1.3.1.6 – La situation professionnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE

Le niveau de ressources financières durant la grossesse est déterminant pour comprendre le vécu et les besoins d'une femme durant sa grossesse.

Graphique 1.3.1.6. : Evolution des catégories de ressources financières



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

La situation socio-économique, ici en lien avec le niveau de ressources est préoccupante au plan général et pour les femmes enceintes fréquentant les structures de suivi de la grossesse organisées par l'ONE.

Si le Brabant wallon semble privilégié en matière économique, les poches de précarité y existent. Particulièrement, les femmes enceintes suivies par l'ONE et résidant dans cette province présentent des niveaux de ressource plus bas que la moyenne des femmes de la province.

De source fédérale (SPF Economie), en 2015, 67,2% des personnes âgées de 20 à 64 ans avaient un emploi en Belgique. Le taux d'emploi belge se révèle ainsi inférieur à la moyenne européenne (70,1%). Le taux d'emploi varie fortement en fonction de la classe d'âge. Les femmes sont 62% à travailler.

Le taux d'emploi des femmes enceintes suivies par l'ONE en Brabant wallon est de 61,8% en 2015, nettement supérieur à celui des femmes enceintes suivies dans l'ensemble de structures de l'ONE où la part des femmes ayant un emploi n'atteint pas 40%.

La faiblesse de ressources ou l'absence de revenus sont encore plus préoccupantes lorsque ces femmes enceintes cumulent les difficultés financières avec d'autres situations telles que l'isolement, la monoparentalité ou encore la multiparité.

Il va de soi que les ressources sont à mettre en relation avec les charges liées au logement, principalement. Et, le Brabant wallon est une province où ces charges sont particulièrement importantes pour les familles.

1.3.1.7 – Evolution du niveau d'études et de la part des femmes ayant au moins le niveau d'études secondaires supérieures

Il existe une relation entre le niveau des études atteint et la situation d'emploi. Cette relation existe pour les femmes enceintes suivies dans les consultations de l'ONE et qui résident dans le Brabant wallon.

Graphique 1.3.1.7. : Evolution des proportions des femmes ayant au moins le niveau d'études du secondaire supérieur



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

La proportion des femmes enceintes suivies ayant atteint les études de niveau secondaire supérieur est de 77,6% en 2015.

Ce taux élevé laisse tout de même entrevoir qu'il y a plus d'1 femme enceinte sur 4 qui peut présenter des difficultés à accéder aux messages écrits transmis.

La CPN de l'ONE est parfois le lieu où les messages de médecins sont traduits ; le lieu où sont amenés les questions que les bénéficiaires n'ont pas pu poser au médecin qui les suit dans le cadre de la grossesse. Il est impératif de mesurer le niveau d'intégration de ces messages.

Dans la catégorie des femmes ayant un niveau faible d'études, on peut également épinglez une série de personnes qui ne vont pas recourir aux aides qui leur sont destinées, pour de nombreuses raisons. La question de l'image de soi est un point essentiel dans la relation menée par l'ONE avec ces femmes.

Le niveau d'études n'est pas en lien avec le lieu où les études ont été accomplies, ni la langue pratiquée.

Les TMS marquent souvent la difficulté de poser cette question aux femmes enceintes suivies, semblant intrusive pour certains et délicate pour d'autres.

Il est à rappeler que le niveau d'études des mères est corrélé à l'état de santé de l'entièreté de la famille. La collecte de cette information est donc capitale.

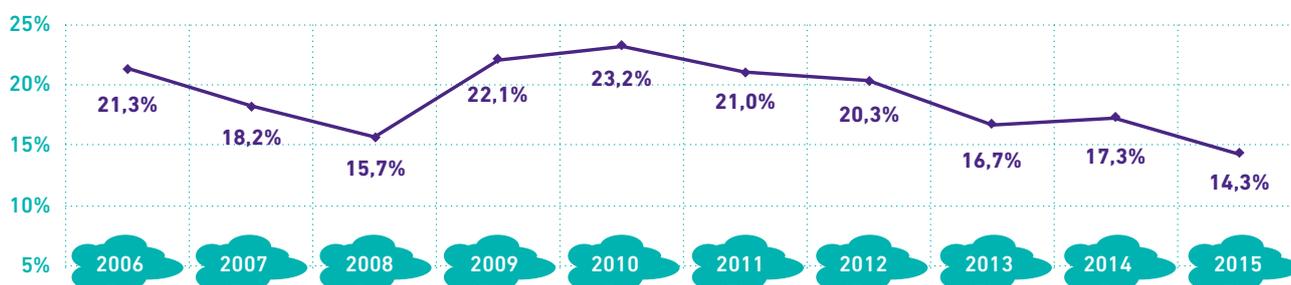
1.3.1.8 – Les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies par l'ONE

Les comportements tabagiques des femmes enceintes et leurs conséquences sont de plus en plus étudiés et publiés. Au-delà du tabagisme de la mère, il est important de travailler avec le conjoint ou l'entourage sur ces questions.

Les tabagismes actif et passif ont des conséquences graves pour le fœtus ou l'enfant à naître et pour la mère.

Parmi les femmes enceintes qui sont suivies par l'ONE, entre une femme sur cinq et une femme sur quatre fument durant la grossesse. En Brabant wallon, elles sont en diminution depuis 2010 pour se situer à 14,3% de fumeuses en 2015.

Graphique 1.3.1.8. : Evolution du tabagisme durant la grossesse chez les femmes résidant en Brabant wallon suivies par l'ONE



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

La diminution peut être imputée aux nombreuses sensibilisations par divers professionnels, y compris les TMS. Mais aussi, pour diverses mesures tant économiques que de soutien par différents acteurs : notamment le développement des aides au sevrage (depuis 2009, un arrêté royal établit l'intervention de l'INAMI pour le sevrage tabagique, dans le respect de certaines conditions).

L'arrêt de la consommation de tabac reste rare durant la grossesse. Seules les femmes qui fument peu (moins de 5 cigarettes par jour) vont arrêter ou essayer le sevrage ; les femmes fumeuses des autres catégories tabagiques vont plutôt diminuer le nombre de cigarettes au quotidien.

Graphique 1.3.1.8.b : Evolution de l'arrêt du tabac parmi les femmes enceintes fumeuses suivies par l'ONE



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Sauf pour 2012, l'arrêt de cigarettes parmi les femmes fumeuses évolue parallèlement aux proportions de fumeuses de faibles quantités quotidiennes de cigarettes. Si la part de fumeuses de moins de 10 cigarettes par jour est importante, la probabilité d'arrêt tendrait vers 1.

Si on peut estimer plus importante la probabilité d'arrêt chez les femmes fumant peu, il y a un élément essentiel qui joue un rôle : le niveau d'éducation des femmes suivies, qui est plus élevé.

En 2015, la proportion des femmes enceintes qui arrêtent de fumer est d'une femme fumeuse sur quatre en Brabant wallon, taux le plus élevé jamais atteint sur la décennie.

1.3.1.9 – L'alcool et les assuétudes durant la grossesse

Si l'on ne récolte pas (actuellement) les informations en lien avec l'alcool et la grossesse au niveau de la BDMS, le travail des TMS, soutenus par les Référents Education à la santé de l'ONE, est capital dans la sensibilisation des femmes enceintes suivies par rapport aux risques auxquels est exposé le nouveau-né et aux conséquences pour la mère comme pour l'enfant en termes de mortalité et de morbidité.

L'ONE réfléchit à l'enregistrement de cette variable durant le suivi de la grossesse pour avoir une estimation de la charge dans l'accompagnement des familles et les orientations et références nécessaires.

Les assuétudes peuvent être multiples. Il est question d'y travailler selon les priorités et les moyens disponibles. Ceci permet d'évoquer dans les entretiens tout au long de l'accompagnement, le tabac et l'alcool, mais aussi les médicaments et les autres drogues tant douces que dures.

1.3.1.10 - La précocité du suivi de la grossesse

La plupart du temps, les femmes suivies par l'ONE ont déjà consulté un autre professionnel avant de se présenter dans une CPN. La première consultation, tout type de professionnel confondu (ONE ou privé) survient en moyenne à 8 semaines de la grossesse (2e mois) parmi les femmes enceintes résidant dans en BW. Leur première inscription à l'ONE survient cependant à la 10e semaine de grossesse.

Ces dix dernières années, on a pu observer une amélioration dans le suivi de la grossesse : d'1 semaine plus précoce, entre 2006 et 2015.

Le suivi de la grossesse est d'une semaine plus précoce qu'il y a 10 ans.

Le renforcement de la communication et de la connaissance des services de l'ONE, notamment la qualité du suivi médical dans ses consultations prénatales aiderait encore à l'amélioration de la précocité du suivi de la grossesse par l'Office.

1.3.1.11 - L'interruption du suivi de la grossesse par l'ONE

En lien avec la mission préventive de l'ONE, mais aussi du fait du profil des femmes suivies par l'ONE sans oublier l'implantation dans les quartiers des CPN, chaque année, une part de femmes enceintes change de filière de suivi ou va accoucher dans une structure hospitalière, rendant l'accès à l'information difficile.

Les taux de suivis interrompus ou d'arrêt du suivi caractérisent donc l'absence d'information relative à l'accouchement. Aussi, certaines femmes enceintes recourent aux services de leur gynécologue privé peu avant l'accouchement.

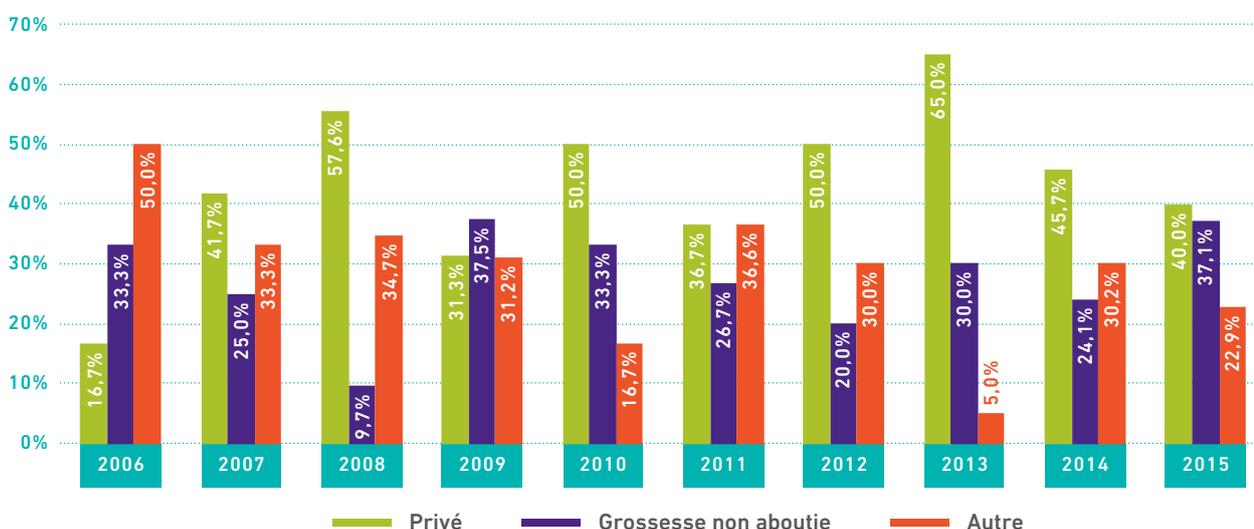


Graphique 1.3.1.11.a : Evolution de la proportion d'arrêt du suivi par l'ONE



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Graphique 1.3.1.11.b : Les motifs les plus souvent évoqués relatifs à l'arrêt du suivi par l'ONE



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Parmi les femmes enceintes suivies, un certain nombre opte pour une autre filière de soins que l'ONE.

Le suivi par l'ONE est interrompu dans 16% des cas en moyenne (arrêt du suivi). Cette proportion montre une tendance à l'augmentation sur la décennie, même si l'on peut admettre que l'analyse est faite sur de petits chiffres.

Parmi les femmes enceintes dont l'issue de la grossesse est inconnue, un bon nombre a opté pour une autre filière de suivi que l'ONE en 2015. En effet, 40% de ces femmes ont poursuivi les soins pour leur grossesse en privé. Pour 37% des femmes dont le suivi est interrompu, la grossesse n'a pas abouti à un accouchement. Le motif était lié à une fausse couche ou au choix d'une IVG. Le reste des femmes sont perdues de vue pour la structure d'accompagnement de la grossesse, donc l'information est manquante.

La question des interruptions volontaires de la grossesse (IVG)

On ne peut traiter du suivi de la grossesse sans évoquer la part de grossesses qui n'aboutissent pas.

Parmi celles-ci, les grossesses interrompues volontairement font l'objet d'un Rapport par la Commission nationale d'évaluation de la loi du 03 avril 1990 relative aux interruptions volontaires de grossesse.

Les derniers chiffres publiés en 2011 établissent qu'en Belgique, il y a eu pour cette année là, 19 578 IVG dont la majorité est pratiquée dans les centres de planning familial (81%).

Les femmes qui ont dû recourir aux IVG dans le cadre fixé par la loi étaient âgées de 10 à 52 ans avec une moyenne de 27 ans et 2 mois, et que 13,6% étaient âgées de moins de 20 ans.

Elles étaient surtout célibataires sans enfant (46,7%) et 14% avaient 3 enfants ou plus. Les situations évoquées sont liées à l'âge (trop élevé ou trop jeune) et surtout au fait que l'enfant n'est pas souhaité à ce moment-là.

Durant l'année 2011, le Brabant wallon a compté 702 IVG, ce qui représente 18 IVG pour 100 naissances dans la province.

1.3.1.12 - Les issues obstétricales de la grossesse et caractéristiques des nouveau-nés de femmes suivies pour les accompagnements menés jusqu'à terme

a) Le petit poids de naissance

Le poids à la naissance de l'enfant est lié à sa croissance dans l'utérus de la mère. Cette variable est la conséquence de l'alimentation de la mère, sa constitution physique, les habitudes de vie, etc.

Le poids de naissance est qualifié de faible ou petit lorsqu'il est inférieur à 2500 grammes au moment de l'expulsion.

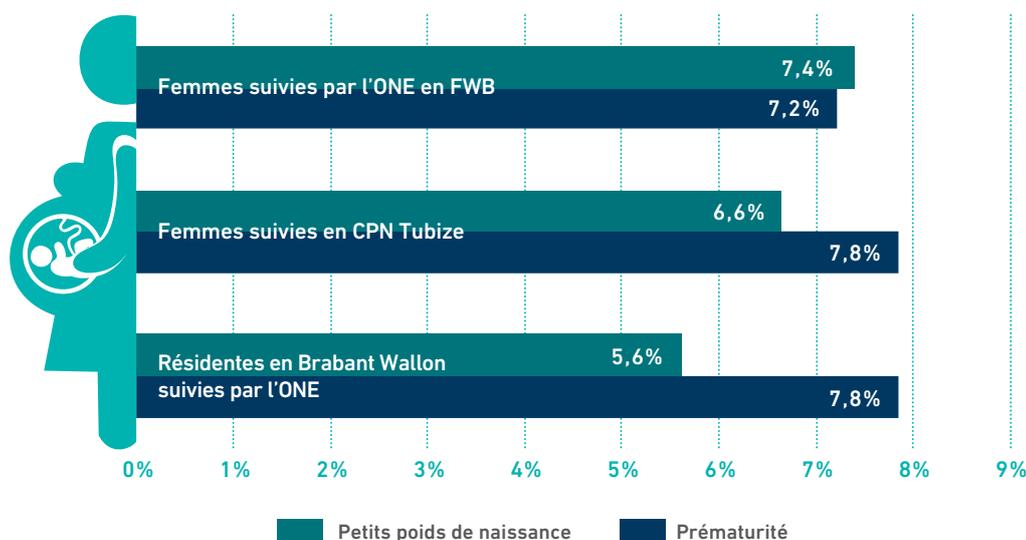
Le poids du nouveau-né est cependant caractérisé par son sexe, de la parité de la mère, de la grossesse selon qu'elle est multiple ou non, etc.

b) La durée gestationnelle

L'âge gestationnel peut être défini de plusieurs façons et corrigé en fonction du moment de sa mesure (voir Rapport BDMS 2006). Un élément essentiel de comparaison est le poids à la naissance en fonction de l'âge gestationnel. Il est important dans ces aspects de l'obstétrique et de la pédiatrie de prendre en compte la spécificité liée au sexe du nourrisson.

La prématurité caractérise toute naissance dont la durée gestationnelle est inférieure à 37 semaines.

Graphique : Poids de naissance et prématurité – Comparaison selon le suivi - données cumulées 2006-2015



BDMS-ONE «Volet prénatal» 2006-2015

Sur base de données cumulées de 2006 à 2015, en mettant en parallèle les données valides de la Consultation prénatale de Tubize (306 femmes), l'ensemble des femmes suivies par l'ONE résidant en province du Brabant wallon (979 femmes enceintes) et l'ensemble du suivi de la grossesse par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles (91542 femmes enceintes). On peut observer que la prématurité à la CPN de Tubize est comparable voire égale à celle des résidentes en province du Brabant wallon. Par contre, ces taux sont plus élevés que celui de toutes les naissances de femmes suivies en Fédération Wallonie-Bruxelles de 2006 à 2015 (7,8% versus 7,2%). Le facteur le plus marqué et explicatif est celui lié à l'âge de la femme enceinte suivie.

Les petits poids de naissance présentent quant à eux des différences entre les nouveau-nés issus des femmes enceintes suivies en Brabant wallon, au sein de la Consultation de Tubize et pour la Fédération Wallonie-Bruxelles globalement.

Les femmes suivies dans le cadre des Consultations prénatales ONE et résidant en Brabant wallon sont plus instruites et moins précarisées (taux d'emploi et niveau d'études plus élevés) que celles qui fréquentent la structure prénatale de Tubize. Les proportions de petits poids de naissance sont de 5,6% et 6,6% entre les 2 niveaux de considération. Les chiffres de petits poids de naissance pour les enfants des femmes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles est quant à lui un peu plus élevé (7,4%), témoignant du profil spécifique des femmes enceintes suivies. Il y a un effet des habitudes tabagiques dans la population des femmes suivies en Consultation prénatale ONE.



Les naissances
en Brabant wallon

INTRODUCTION

Les statistiques établies à partir des données de la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) sont des données de droit, c'est-à-dire que les naissances (vivantes) prises en compte sont celles ventilées en fonction du lieu de résidence habituelle de la mère.

Les naissances sont donc répertoriées selon la commune de résidence effective de la mère du nouveau-né, celle

qu'elle déclare au Travailleur Médico-Social (TMS) de l'Office lors de la rencontre, la plupart du temps, durant le séjour en maternité.

Ce nombre de naissances est différent de celui publié annuellement par le Service Public Fédéral Economie (données officielles).

Tableau 2.1 : Evolution des naissances selon les sources ONE et DGSIE (officielles)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Avis de naissances ONE	3647	3606	3573	3677	3621	3446	3539	3612	3654	3640
Naissances Officielles DGSIE	4086	3932	4054	4102	4054	3873	3934	3903	3896	3938
Couverture	89,3%	91,7%	88,1%	89,6%	89,3%	89,0%	90,0%	92,5%	93,8%	92,4%

BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Les naissances de droit établies à partir des bulletins d'état civil (officielles) diffèrent du nombre des naissances de source interne à l'ONE du fait qu'en Brabant wallon, un certain nombre de naissances ont eu lieu dans les maternités implantées en dehors du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans lesquelles le personnel ONE n'est pas présent (notamment, les maternités de la Région flamande), ou encore les familles dont la sortie a été planifiée et effective avant le passage du TMS de l'ONE.

La moyenne des naissances couvertes par l'ONE au moment de l'accouchement est de 90,6%. Pour les naissances de mères résidant en province du Brabant wallon, 9 nouveau-nés sur 10 sont vus par les TMS durant le séjour en maternité. Cette proportion reste relativement stable dans le temps.

Seules les naissances vivantes sont prises en considération dans les données qui suivent. Elles sont établies

en fonction du lieu de résidence habituel de la mère, et non en fonction du lieu de survenance de l'événement.

RÔLE DE LA LIAISON¹ : L'ENTRETIEN EN MILIEU HOSPITALIER

Il s'agit d'une prise de contact avec la famille, pendant le séjour de l'accouchée en maternité.

Les objectifs de ce contact sont de :

- Présenter les services de l'ONE : les visites à domicile, les consultations, les permanences, etc.
- Etablir une relation de confiance.
- Soutenir la parentalité, notamment en valorisant et en renforçant les compétences des parents.
- Etablir l'«avis de naissance» qui permettra la liaison entre les TMS.
- Assurer la continuité de l'action psycho-médico-sociale avec les autres collègues internes de l'ONE, mais aussi intra et extra hospitaliers.

2.1 - DONNÉES D'ACCOUCHEMENT

Dénominateur : nombre de mères résidant en Brabant wallon (« avis de naissance » BDMS)

Le nombre de naissances est à distinguer du nombre d'accouchements.

Les accouchements sont en lien avec la grossesse qui est menée à terme. Les données issues de cette partie sont celles qui caractérisent la mère et la grossesse.

Tableau 2.1.1 : Evolution des naissances et accouchements de source ONE

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Naissances	3647	3606	3573	3677	3621	3446	3539	3612	3654	3640	36015
Accouchements	3557	3553	3511	3606	3546	3387	3469	3545	3575	3565	35314

BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Par les « avis de naissance », l'ONE est au fait de plus de 90% des naissances de mères résidant en province du Brabant wallon. Cette proportion traduit le fait selon lequel l'ONE décrit la population réelle. Ces données sont donc représentatives des nouveau-nés en Brabant wallon.

Entre 44 et 45% des femmes accouchent de leur premier enfant dans la population de résidentes en Fédération Wallonie-Bruxelles comme en Wallonie (Données « avis de naissance » BDMS-ONE). Cette proportion est relativement stable dans le temps considéré.

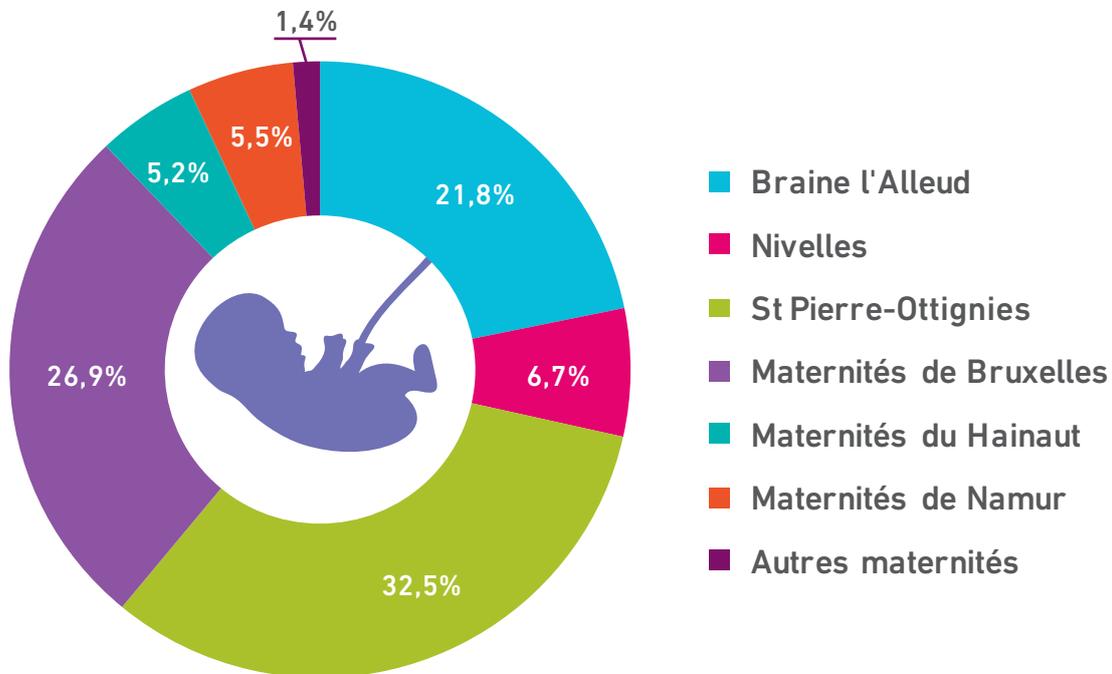
¹ Liaison : service proposé en maternité par l'ONE, qui permet au TMS de proposer un accompagnement à la famille.

Il va de soi que du fait des naissances gémellaires, le nombre de nouveau-nés est toujours différent et par conséquent supérieur à celui des mères. Si l'on confond les deux dénominateurs, on commet une erreur de l'ordre de 1,5 à 2% dans les analyses du fait du dédoublement des mères ayant accouché de jumeaux.

Cette marge a surtout un impact sur l'interprétation des données liées aux issues de la grossesse ou au mode d'accouchement.

2.1.1 - Lieu d'accouchement

Graphique 2.1.1 : Répartition des accouchements selon les maternités



BOMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

62,6% des mères accouchent dans les (3) maternités du Brabant wallon. La majorité des accouchements ayant lieu à l'hôpital Saint-Pierre à Ottignies (32,5%) et 21,8% à l'hôpital de Braine l'Alleud et 6,7% au centre hospitalier de Nivelles. Les 37,4% restants accouchent dans les maternités des autres subrégions. Ainsi, 26,9% des mères accouchent en Région de Bruxelles-Capitale et plus spécifiquement, dans la maternité d'Edith Cavell à Uccle, avec environ 10% des accouchements annuellement, quoiqu'en diminution ces dernières années.

La part des accouchements survenant dans les maternités de Bruxelles semble plus globalement en légère diminution ces dernières années.

LES MATERNITÉS IMPLANTÉES EN BRABANT WALLON

Les maternités implantées en Brabant drainent inégalement les femmes résidant dans la province au moment de l'accouchement. Ces répartitions n'ont pas tellement évolué dans le temps. Ces dix dernières années, les données disponibles à l'ONE montrent tout de même une légère diminution des proportions de naissances à Nivelles (6,3% des accouchements de toutes les résidentes en 2015 par rapport à 7,9% en 2006). D'autre part, une augmentation pour les deux autres maternités, de l'ordre de 1,5 pour Ottignies (de 31,9 à 33,5% des accouchements) et 3,5 pour Braine l'Alleud (19,2% en 2006 et 22,8% en 2015) est constatée.



2.1.2 - L'âge de la mère

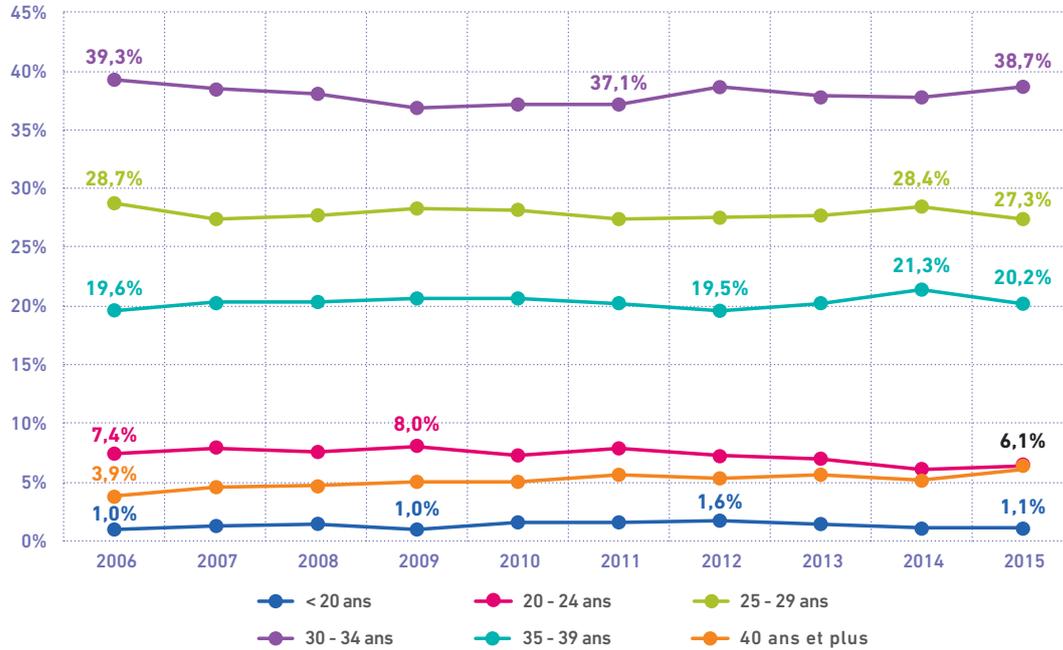
L'âge moyen des mères à l'accouchement, quel que soit le rang de naissance de l'enfant, atteint 31 ans et 6 mois en 2015, contre 29 en 2006.

En Fédération Wallonie-Bruxelles cette moyenne se situe à 30 ans et 6 mois, toute parité confondue. C'est une

différence marquée en province du Brabant wallon par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Au premier enfant, l'âge moyen se situe à 29 ans en province du Brabant wallon, contre 28 en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Graphique 2.1.2.1 : Evolution des catégories d'âge des mères



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

On peut décrire clairement sur base de ce graphique, que la catégorie d'âge la plus importante des mères se situe entre 30 et 34 ans. Elle approche les 40% des mères en 2015. La catégorie 25-29 ans suit, avec un peu moins de 30% des mères. La catégorie des 35-39 ans tourne quant à elle autour des 20%.

Ces trois catégories majeures ont des proportions nettement séparées les unes des autres, à l'inverse de ce qui est observé en Fédération Wallonie-Bruxelles où les

catégories de mères de 25-29 ans et de 30-34 ans s'entrecroisent au profit de la catégorie des 30-34 ans ; il en est de même des catégories d'âge des mères de 20-24 ans et 35-39 ans.

La proportion des moins de 20 ans est constante depuis 10 ans en province de Brabant wallon comme la plupart des catégories d'âge qui restent relativement constantes dans le temps considéré.

Graphique 2.1.2.2 : Comparaison des catégories d'âge des mères entre le Brabant Wallon et la Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

On observe depuis plusieurs décennies maintenant une tendance vers un recul de l'âge à l'accouchement.

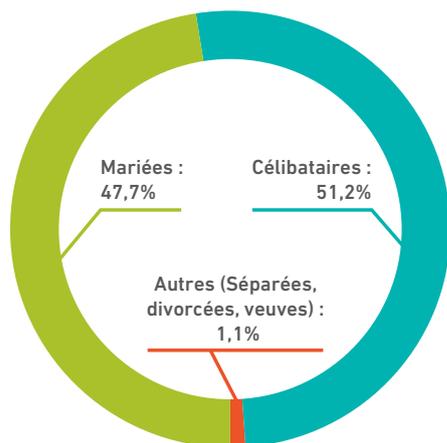
Plusieurs facteurs peuvent expliquer que l'arrivée du premier enfant continue d'être plus tardive. Dans un premier temps, la généralisation des études, et notamment des études supérieures pour les femmes, joue sans doute un rôle important. La place croissante des femmes sur le marché du travail et leur souci d'avoir un travail stable avant de fonder une famille entre certainement également en jeu, de même que la volonté croissante de vivre un certain temps à deux².

Communes où le pourcentage de femmes ≥ à 35 ans est plus important :

- 1) Lasne 35,4%
- 2) Waterloo 34,7%
- 3) La Hulpe 33,5%
- 4) Rixensart 31,8%
- 5) Chaumont-Gistoux 30,0%

2.1.2.2 - L'Etat civil des mères au moment de l'accouchement

Graphique 2.1.2.2.1 : Répartition des mères selon leur état civil au moment de l'accouchement en 2015



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

La situation d'état civil des mères montre des proportions de 47,7% de femmes mariées et 51,2% de célibataires. Les divorcées, séparées et veuves représentent 1,1% des mères.

Les deux premières catégories en Fédération montrent des proportions de 68,4% de mariées et 30,4% de célibataires.

Ces catégories évoluent inversement, avec une diminution des femmes mariées et une augmentation proportionnelle des célibataires au fil des années.

La question de parentalité liée à l'état civil a fortement évolué dans le temps, puisqu'elle touche à la notion de légitimité de l'enfant qui est devenue obsolète avec les nouvelles formes familiales.

On observe de plus en plus une véritable tendance à donner naissance à un enfant en dehors de l'institution du mariage.

La notion d'état civil décrite ci-dessus reflète la situation officielle de la mère.

2.1.2.3 - Nationalité d'origine des mères

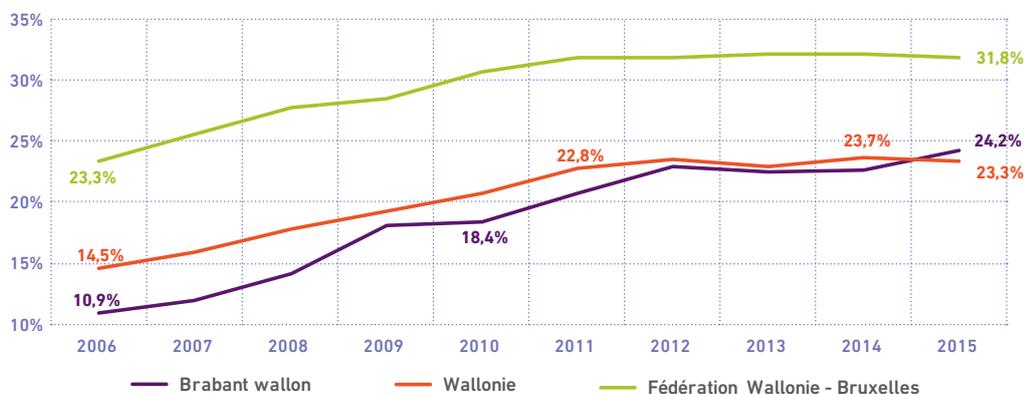
L'origine de la mère est décrite par sa nationalité au moment de sa naissance.

Cette définition admise pour la Banque de données ONE peut susciter un certain nombre d'interrogations, mais permet quelques approches de la famille ou de la mère. Elle présente l'avantage de la prise en compte de la dimension humaine et culturelle de la famille, mais aussi la dimension relative à l'imprégnation du pays d'accueil.

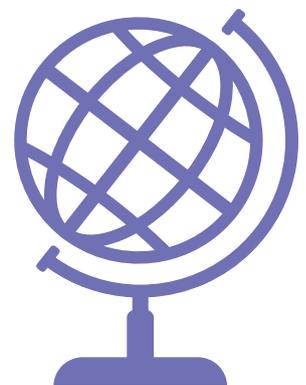
En Fédération Wallonie-Bruxelles, les « avis de naissance » décrivent en 2015, 68,2% de mères d'origine belge versus 31,8% de mères d'origine étrangère.

En Brabant wallon, les mères d'origine étrangère représentent presque une nouvelle accouchée sur quatre (24,2%). La proportion de femmes qui accouchent d'origine étrangère en Brabant wallon est comparable à celle de la Wallonie, même si elle est légèrement supérieure à ce qui est observé pour la Région en 2015.

Graphique 2.1.2.3.1 : Evolution des proportions de mères d'origine étrangère selon la résidence



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015



² Davie E. et Niel X., « Mesurer la fécondité selon le rang de naissance à partir des recensements ». Document de travail n° F1205, Insee, 2012.

La part des mères d'origine étrangère et résidant en Brabant wallon rencontrées par les TMS au sein des maternités semble se stabiliser depuis quelques 5 années en Fédération Wallonie-Bruxelles, après une augmentation continue.

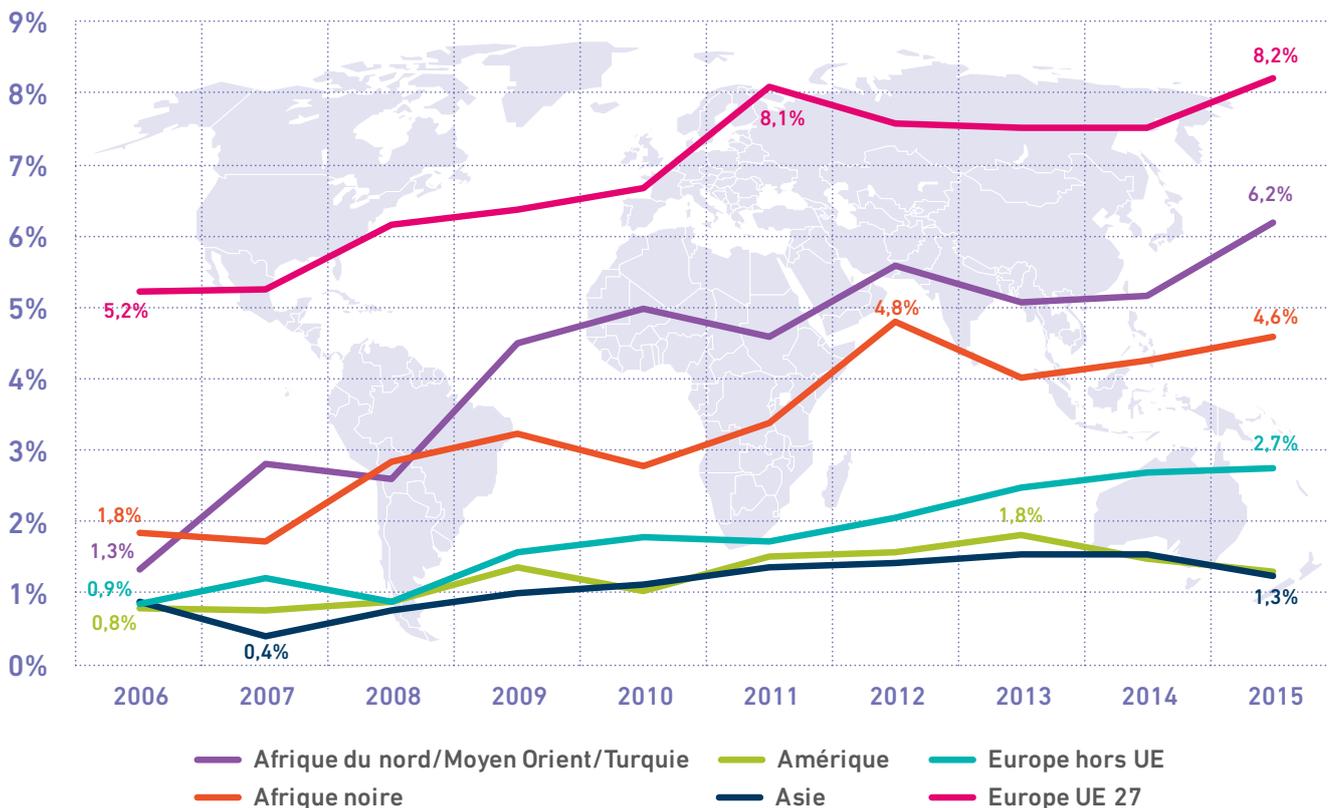
En province du Brabant wallon, cette catégorie a plus que doublé en une décennie, passant de 10,9% en 2006 à 24,2% en 2015.

Cette proportion a ainsi supplanté la part relative des femmes d'origine étrangère résidant en Région wallonne (23.3%).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, le pourcentage de femmes d'origine étrangère ayant accouché en 2015 est de 31,8%.

Les mères étrangères résidant en Brabant wallon sont originaires de quelque 134 pays dont les plus représentés sont le Maroc, la France, le Congo (République démocratique), l'Italie et la Roumanie.

Graphique 2.1.2.3.2 : Evolution des origines de mères par catégories régionales



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

La part la plus importante des femmes étrangères résidant en province du Brabant wallon est issue de l'UE (27 pays) avec 8,2% des mères. Cette catégorie comprend surtout, par ordre d'importance : les Françaises, les Italiennes, les Roumaines, les Polonaises et les Portugaises.

La deuxième catégorie regroupant l'Afrique méditerranéenne, le Moyen et Extrême Orient ainsi que la Turquie représente 6,2% des mères. Les pays les plus représentés sont le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, la Turquie et le Liban. L'Afrique noire représente 4,6% des origines de mères avec une majorité de Congolaises (RD), Camerounaises, Guinéennes (Conakry), Rwandaises et Burundaises.

Les autres mères d'origine étrangère viennent des pays tels que la Russie, la Chine, le Brésil, l'Inde ou encore le Vietnam.

2.1.2.4 - Compréhension du français

Moins de 2% des mères ayant accouché et résidant en province du Brabant wallon ont des difficultés de compréhension de la langue française, malgré la grande diversité qui y est décrite.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion est plus que doublée.

Sur les 5 dernières années, ces taux sont relativement restés stables au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.1.2.5 - Situation relationnelle

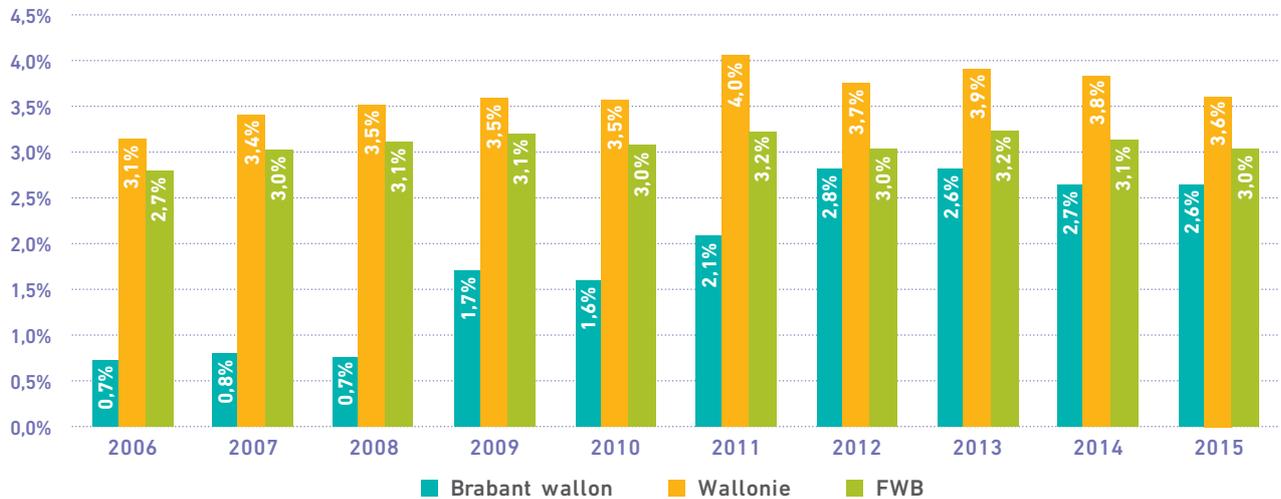
La situation relationnelle décrit l'environnement social de la mère au moment de l'accouchement.

La question de l'isolement des mères est une des préoccupations majeures de l'accompagnement par les TMS de l'ONE et cet indicateur essaie de l'approcher de manière la plus opérationnelle possible. Le soutien au travers des visites à domicile conforte l'importance du suivi de cet indicateur.

Cette question du réseau social est abordée de différentes manières dans l'accompagnement des familles, des ménages ou des personnes, et tient compte de plusieurs éléments pour mesurer les ressources auxquelles peuvent recourir la mère ou la famille confrontées aux préoccupations liées à la maternité.

Le suivi par le TMS de l'ONE qui accompagne les mères à domicile devient prioritaire dans un certain nombre de situations en lien avec le vécu de la femme accompagnée. L'isolement est l'un de ces critères qui nécessite un suivi plus important du fait de risques, de difficultés ou d'épuisement auxquels peut être confrontée la mère avec son enfant.

Graphique 2.1.2.5.1 : Evolution de la proportion des mères vivant en situation d'isolement



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

L'isolement social est le fait de se retrouver toute seule à s'occuper de son enfant. C'est-à-dire en dehors d'une structure familiale ou relationnelle ou en dehors d'une vie de couple. Il s'agit donc des femmes vivant seules ou en maison d'accueil.

En Belgique francophone, sur base des données 'avis de naissance' de l'ONE, en moyenne la proportion des femmes isolées est restée constante (autour de 3%).

En Wallonie, l'augmentation est légère sur la décennie et stable ces dernières années avec un peu plus de 3,5% de femmes isolées.

En province du Brabant wallon, on peut observer que la proportion de mères isolées est plus basse qu'en Wallonie et qu'au sein de la Fédération.

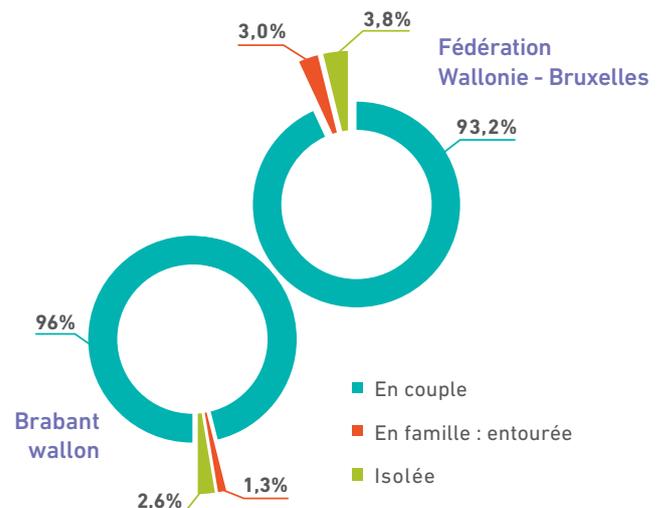
Mais, le phénomène est en augmentation depuis 2008 (0,7% d'isolées) et a triplé depuis ces années-là. La part des mères vivant seules ou en maison d'accueil est de 2,6% en 2015 en province du Brabant wallon. Il reste effectif que la majorité des mères vivent en couple (96% en 2015 en Brabant wallon et 93% en Fédération Wallonie-Bruxelles).

Pour la même année, les mères vivant au sein de leur famille ou qui sont entourées représentent 1,4% en province du Brabant wallon, et 3,1% en Fédération Wallonie-Bruxelles

Les communes les plus exposées en province du Brabant wallon par rapport à l'isolement de mères sont : Rixensart, Nivelles, Braïne-Le-Château, La Hulpe et Tubize par ordre décroissant d'isolement.

La situation d'isolement reprise dans cet indicateur est le facteur le plus défavorable quant aux issues de la grossesse. Elle reste une préoccupation majeure et peut cacher de nombreuses réalités.

Graphique 2.1.2.5.2 – Comparaison des situations relationnelles en Brabant wallon et en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Jean Louis Pan Ké Shon dans *Insée Première* n° 678 d'octobre 1999 rappelait que le dictionnaire propose trois définitions de la solitude :

« Personne qui est seule, momentanément ou durablement ; personne qui a peu de contacts avec autrui ; état d'abandon dans lequel se sent l'être humain face à la société ». Habituellement la statistique ne s'intéresse pourtant qu'à la première définition.

Les données qualitatives qui remontent du terrain décrivent pourtant cette complexité dans l'isolement de la mère ou des familles et imposent des nuances à la description statistique.

Il a souvent été décrit par les travailleurs, notamment dans les grandes villes, l'isolement vécu au sein des couples.

Cette lecture est parfois le fait de la différence liée à l'âge entre la femme et son conjoint ; à l'histoire migratoire ou encore au poids important des us et coutumes dans un environnement peu adéquat, etc. Par exemple, une des situations marquantes en forme de « démonstration »

est celle souvent rapportée où, durant la visite à domicile ou en consultation, le conjoint répond aux questions posées à la mère, sans que l'on ait évoqué une difficulté de compréhension de la langue. Ce rôle d'«interprétariat» interpelle le TMS qui doit ajuster sa communication.

Graphique 2.1.2.5 : Evolution des habitudes tabagiques des mères du Brabant wallon, de Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

La question des habitudes tabagiques durant la grossesse est un élément important pour la santé du nouveau-né et son développement.

La proportion des femmes qui fument des cigarettes est beaucoup plus faible en Brabant wallon qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En 2015, 10,5% des mères résidant en province du Brabant wallon ont fumé durant leur grossesse versus 17,1% en Fédération.

Il est à noter que la proportion de fumeuses a doublé en 10 ans (5,1% en 2006).

Le nombre moyen de cigarettes fumées est de 10 cigarettes en 2015, en diminution par rapport à 2006.

Les habitudes tabagiques sont plus marquées en Wallonie avec 19% de fumeuses en moyenne sur les 10 années. Cette proportion est également en diminution et se situe à 17% en 2015.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 15,5% des mères ont fumé durant leur grossesse en 2015.

Comme pour la Région wallonne, en Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe également une tendance à la baisse de la consommation de tabac durant la grossesse.

2.2 - DONNÉES DE NAISSANCES

Dénominateur : Nombre d'enfants nés de mères résidant en province du Brabant wallon (« avis de naissance »)

Le suivi des enfants par l'ONE commence bien avant l'accouchement et est une des missions premières de l'ONE. La lutte contre la mortalité et la morbidité, la protection maternelle et infantile se traduisent par l'accompagnement des familles, le soutien des parents et le suivi médico-social qui revêt tout son sens dès la sortie de la maternité et autour des questions qui ne nécessitent pas une urgence ou un médecin.

La préoccupation actuelle liée à la planification des sorties de la maternité, vers une réduction du séjour à l'hôpital, pose

ses fondements dans l'accompagnement de la grossesse pour l'ONE, avec plus d'implication encore du fait que le TMS risque ne pas rencontrer la mère ayant accouché.

La mission de prévention de l'ONE a ainsi permis de développer un peu plus dans ce rapport, la partie relative au suivi de la grossesse, par le regard que peut porter la BDMS (voir chapitre 1).

2.2.1 : Grossesses et naissances

Le nombre de naissances ou de nouveau-nés diffère de celui des mères (données d'accouchements) du fait des grossesses multiples.

Tableau 2.2.1 : Evolution des naissances selon le type de grossesse («Avis de naissance» BDMS-ONE)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Uniques	3565	3530	3462	3583	3481	3346	3416	3490	3500	3502	34872
Jumeaux	79	76	111	91	140	100	123	119	154	138	1131
Triplés	3	0	0	3	0	0	0	3	0	0	9
TOTAL «an»	3647	3606	3573	3677	3621	3446	3539	3612	3654	3640	36012

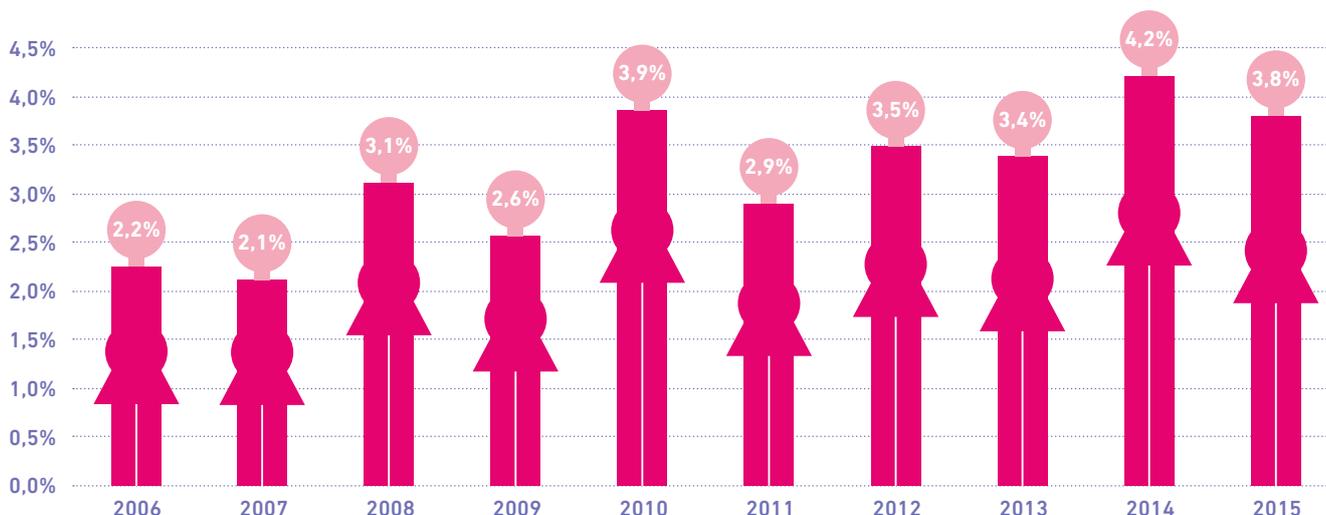
BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

La proportion des naissances multiples est en augmentation.

Cette augmentation des naissances multiples, essentiellement gémellaires est le fait du recul de l'âge de la mère ; mais également elle est à mettre en lien avec l'évolution de la médecine et des technologies.

Du fait que le nombre pris en compte est celui des naissances vivantes, on pourrait aisément lire du tableau précédent que le nombre impair pour les jumeaux traduirait le fait qu'un seul des nouveau-nés est pris en compte.

Graphique 2.2.1 : Evolution de la part de naissances multiples parmi les nouveau-nés de mères résidant en province du Brabant wallon



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

2.2.2 – Le sex-ratio

La part des garçons à la naissance est légèrement supérieure à celle des filles. Le sex-ratio ou rapport entre garçons et filles est de 105/100, soit un nombre de nouveau-nés de sexe masculin de 105 versus 100 nouveau-nés de sexe féminin.

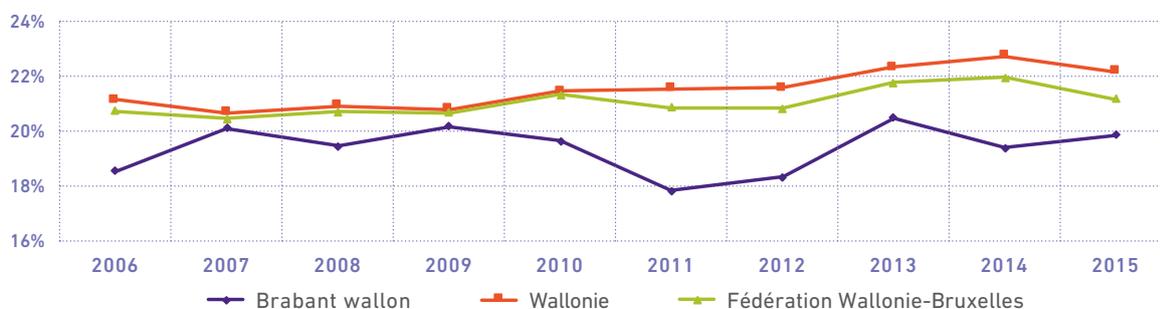
2.2.3 – La présentation de l'enfant lors de l'accouchement

Près de 95% des enfants se présentent par le sommet au moment de l'accouchement en province du Brabant wallon comme en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.2.4 – Le mode d'accouchement

Un accouchement se fait par voie basse ou par césarienne.

Graphique 2.2.4.1 : Evolution des accouchements par césarienne



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Les accouchements par césarienne dans les pays développés n'ont cessé d'augmenter et ont dépassé les 20% depuis plusieurs années. Après une certaine stabilisation, ces proportions ont à nouveau légèrement augmenté. En Fédération Wallonie-Bruxelles la part de femmes accouchant par césarienne est de 21% en 2015, soit une légère inflexion par rapport à 2014.

En Brabant wallon, les taux restent inférieurs à ceux de la Fédération, et de la Wallonie. Malgré des fluctuations, ce chiffre tourne autour de 19%. Il est de près de 20% en 2015.

En 2015, l'OMS a insisté sur le fait qu'il ne faut effectuer une césarienne que lorsqu'elle est vraiment nécessaire, adaptant ainsi son avis de 1985 fixant un taux optimal³ de césariennes.

RECOMMANDATIONS DU KCE⁴

Une césarienne est une intervention chirurgicale qui peut sauver la vie de la mère et/ou de l'enfant lorsqu'elle est justifiée par des raisons médicales précises.

- 1) Aux professionnels en charge de la naissance le KCE recommande de :

Fournir à tous les futurs parents des informations claires sur les conséquences du mode d'accouchement sur la mère et sur l'enfant au début du troisième trimestre lorsque les avantages et les risques peuvent être évalués. Cette information devrait notamment porter sur les conséquences du mode d'accouchement sur les grossesses futures.

- 2) Au Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né :

Sensibiliser les gynécologues et obstétriciens aux conséquences de la césarienne en dehors d'une indication médicale, particulièrement chez les primipares ayant un singleton en sommet, au-delà de 37 semaines de grossesse.

Etc.



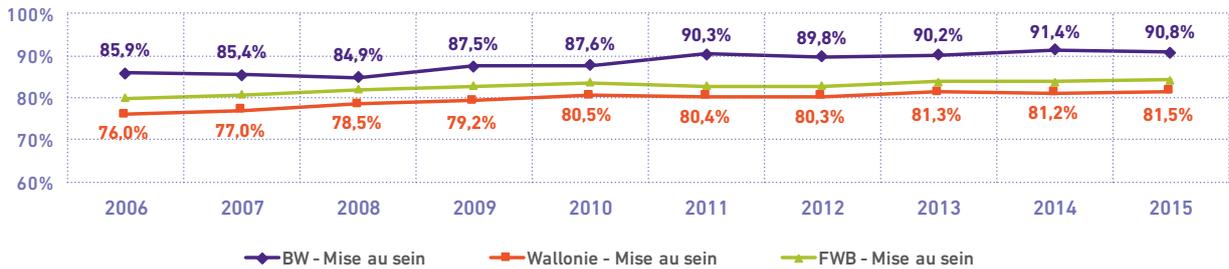
³ En 1985, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) considérait comme idéal un taux de 10 à 15%.

⁴ Stordeur S, Jonckheer P, Fairon N, De Laet C. Césariennes planifiées : quelles conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant ? – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 275Bs. D/2016/10.273/81.

2.2.5 - La mise au sein de l'enfant après l'accouchement

La mise au sein de l'enfant intervient juste après l'accouchement et dans les heures qui suivent l'expulsion.

Graphique 2.2.5. : Evolution de la mise au sein des nouveau-nés après l'accouchement



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Les taux d'allaitement en province du Brabant wallon et à Bruxelles sont les plus élevés en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ils dépassent les 90% depuis quelques années.

Il est à noter que ces chiffres évoluent favorablement partout en Fédération

Les taux de mise au sein en Brabant wallon sont en constante augmentation comme dans le reste de la Fédération pour atteindre 90,9% en 2015.

Ces taux sont de 84,2% et 81,6% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Wallonie en 2015.

L'allaitement à la sortie de la maternité connaît quant à lui un fléchissement et retombe à 86,5% pour les nouveau-nés du Brabant wallon et 81% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.2.6 - L'arrêt de l'allaitement maternel durant le séjour en maternité

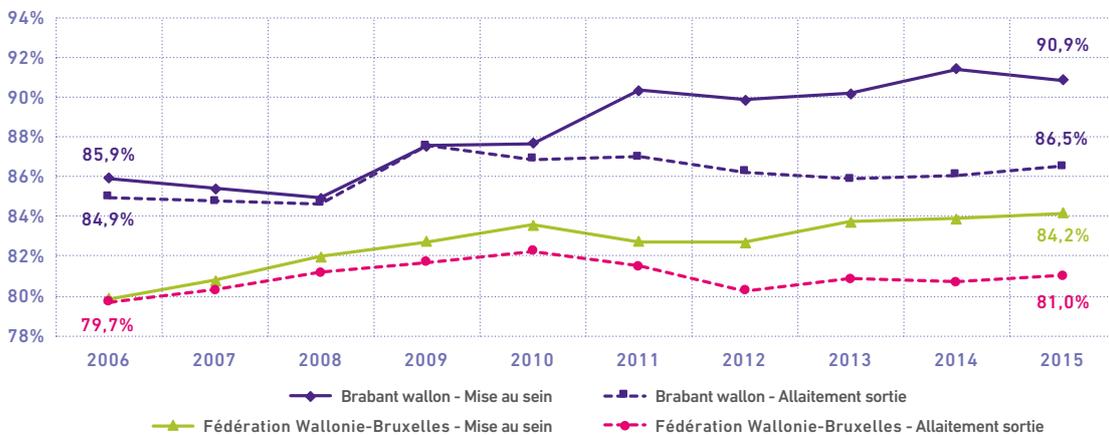
Lorsque l'on suit d'ailleurs sur les 20 dernières années les données d'allaitement en Fédération Wallonie-Bruxelles, on peut clairement dater le moment où les courbes des

deux variables se croisent. Ce moment d'inversion des 2 courbes est marqué par la mise en place du label «Hôpitaux amis des bébés».

On a alors pu observer une augmentation des proportions de mise au sein immédiatement après l'accouchement par rapport aux proportions d'allaitement au moment du retour à domicile de la mère et de l'enfant. Les femmes mettant plus précocement leur enfant au sein, mais un petit nombre arrête ce mode d'alimentation.

La mère reste maîtresse des choix qui lui incombent. Il est cependant décrit le bienfait, l'intérêt et la portée de l'allaitement chez les nouveau-nés et jeunes enfants. Pour la BDMS, l'intérêt pédagogique de ce mode d'alimentation semble beaucoup plus efficace. Le travail de nombreux organismes à différents niveaux en Belgique et particulièrement pour les familles fréquentant les structures de l'ONE, les TMS, Médecins et Référentes Education à la santé, référentes santé en milieu d'accueil, sans oublier les diététiciennes y trouvent tout son sens. Le comité fédéral pour l'allaitement maternel agit dans le même sens.

Graphique 2.2.6. : Evolution de la mise au sein après l'accouchement et de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité.



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Les mères qui ne poursuivent pas un mode d'alimentation au sein pour leur enfant entre l'accouchement et le moment de la sortie de la maternité sont en augmentation très légère en Fédération Wallonie-Bruxelles et dans une moindre mesure en Brabant wallon.

Un élément important qui s'est systématisé est la pratique du 'peau à peau' après l'accouchement, qui permet ensuite de mettre au sein le nouveau-né et de prolonger ce contact.

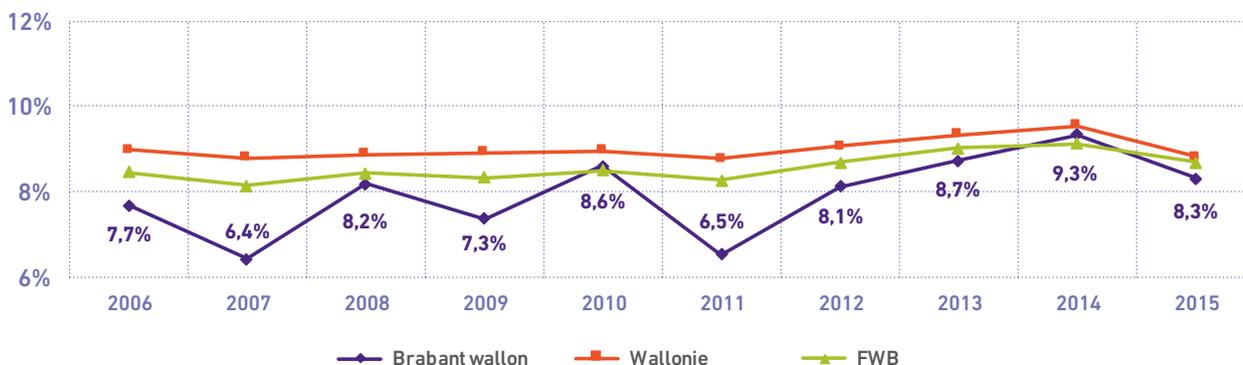
Les mères qui arrêtent l'alimentation au sein pour leur enfant sur base des données « avis de naissance » de l'ONE sont plus souvent des femmes seules (isolées), des femmes ayant accouché par césarienne, ou encore celles qui fument ou qui sont soit plus âgées, soit très jeunes.

2.2.7 - Age gestationnel

L'âge gestationnel décrit l'âge ou la durée de la grossesse.

Un nouveau-né expulsé avant la 37^e semaine de grossesse est dit prématuré.

Graphique 2.2.7. : Evolution de la prématurité en province du Brabant wallon, en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Globalement, la prématurité est en augmentation en Fédération Wallonie Bruxelles.

Un lien est établi par de nombreuses études entre la précarité ou la pauvreté et la prématurité.

Lié à un faible poids à la naissance, la prématurité est corrélée avec un âge élevé de la mère, le tabac, et à un certain nombre de pathologies maternelles, etc.

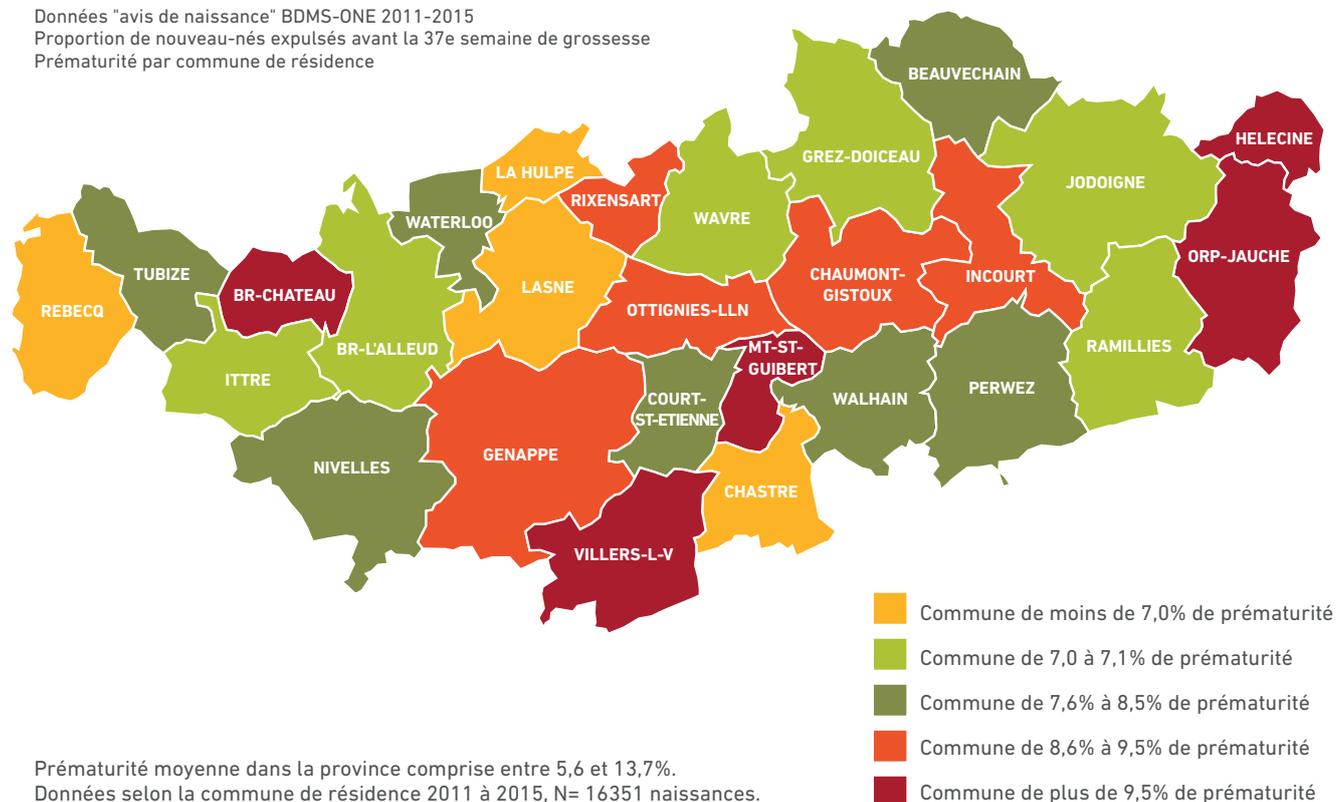
Le taux de prématurité en Brabant wallon en 2015 est de

8,3% en 2015. Il est de 8,7% en Fédération Wallonie-Bruxelles et de 8,8% en Wallonie pour la même année

Malgré des avancées considérables autour de cette notion, il reste compliqué d'admettre une maîtrise des causes (directes ou indirectes) de la prématurité. Cependant, un travail de sensibilisation reste une priorité et détermine avec un focus certains facteurs de risque (tels que le niveau socio-économique, la charge familiale, l'isolement, l'âge maternel, les antécédents obstétricaux, la grande parité, le tabac, etc.)

Cartographie 2.2.7. : Proportions par commune de la prématurité en province du Brabant wallon

Données "avis de naissance" BDMS-ONE 2011-2015
Proportion de nouveau-nés expulsés avant la 37^e semaine de grossesse
Prématurité par commune de résidence

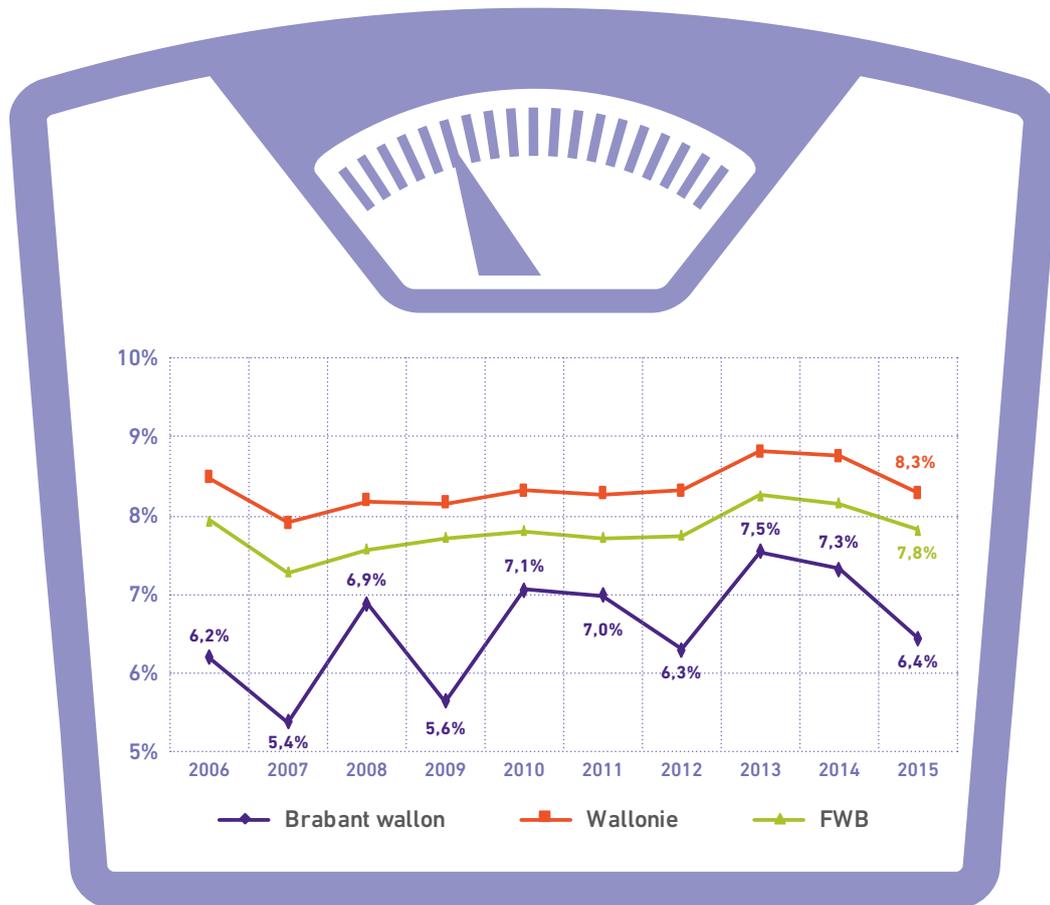


Prématurité moyenne dans la province comprise entre 5,6 et 13,7%.
Données selon la commune de résidence 2011 à 2015, N= 16351 naissances.

BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2011-2015

2.2.8 - Poids de l'enfant à la naissance

Graphique 2.2.8 : Evolution des petits poids à la naissance en province du Brabant wallon, en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

Un poids de naissance de l'enfant à l'accouchement inférieur à 2500 grammes est qualifié de « petit ».

Le poids moyen des enfants à la naissance en province du Brabant wallon est de 3310 g et de 3275 g en FWB.

La part des enfants avec un poids à la naissance qualifié d'insuffisant (moins de 2500 g) est de 6,6% en moyenne sur les 10 dernières années en Brabant wallon.

La proportion de petits poids à la naissance a fluctué autour des 6-7% ces dernières années pour se situer à 6,4% en 2015.

Elle est en diminution ces 2 dernières années après avoir atteint un taux de 7,5% en 2013.

Ces taux de petits poids à la naissance sont en hausse sur la décennie, même s'ils restent nettement inférieurs à ceux observés en Wallonie ou même en Fédération Wallonie-Bruxelles. Respectivement, les taux de petits poids à la naissance y sont de 8,3% et 7,8% en 2015.

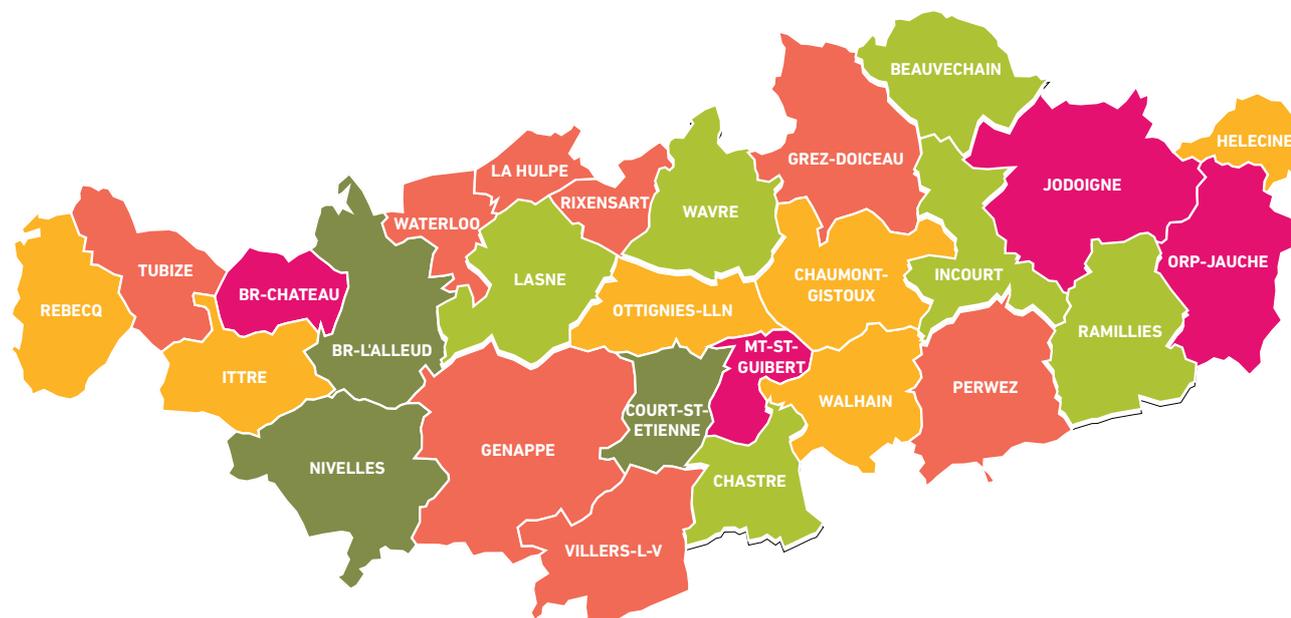
Pour des grossesses uniques, le poids moyen de l'enfant (naissances multiples exclues) est légèrement supérieur, du fait que les jumeaux naissent également la plupart du temps avant le terme de la grossesse.

Cartographie 2.2.8 : Répartition des petits poids de naissance par commune en province du Brabant wallon

Proportion d'enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 2500 grammes.
Petits poids à la naissance par commune (en %)

Proportion moyenne des petits poids à la naissance : 6,9%, comprise entre 4,9 et 9,4%.
Données selon la commune de résidence 2011 à 2015. N= 17.695 nouveau-nés.

- Commune avec moins de 6% de petits poids de naissance
- Commune de 6,0 à 6,6% de petits poids de naissance
- Commune de 6,7 à 7,2% de petits poids de naissance
- Commune de 7,3 à 8,0% de petits poids de naissance
- Commune de plus de 8,0% de petits poids de naissance



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

2.2.9 - La surveillance de l'enfant après l'accouchement par l'ONE

Entre 75 et 85% des familles des nouveau-nés déclarent souhaiter un suivi par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles ces dernières années.

Ces proportions sont à relativiser et sont établies sur base des familles pour lesquelles les données ne sont pas manquantes.

Concernant le Brabant wallon, une famille sur deux envisage une surveillance médico-sociale de l'enfant par l'ONE.

2.3 - LA PLANIFICATION DES SORTIES DE LA MATERNITE

La politique de sortie précoce de maternité en cours de généralisation a été initiée par le Fédéral, à l'instar des pays nordiques et anglo-saxons. Ce qui paraît important pour l'ONE et pour la BDMS est la question de l'organisation des relais et surtout l'anticipation dans le suivi des enfants via l'« avis de naissance ».

Il apparaît que le moment idéal où doivent se régler les questions liant plusieurs professionnels autour de la famille reste la **période prénatale**. Les séjours étant écourtés, de nombreuses familles risquent ne pas rencontrer le TMS durant leur séjour en maternité. Il s'agit dès lors d'anticiper. Et surtout de préserver un espace réel de construction d'une collaboration avec la famille qui se veut durable.

Le public cible de l'ONE devrait donc être idéalement l'ensemble des femmes enceintes et non plus seulement celles suivies par l'ONE, le contact en maternité pouvant être compromis.

La perte d'information, donc du volume des «avis de naissance» pourrait être estimé entre 20 et 33%, compte tenu des horaires, du week-end et de la charge de travail due à la rotation plus importante.

Une recherche intitulée « **Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Évaluer** » (ADELE)⁵ a été commanditée par l'ONE et réalisée en étroite collaboration avec l'ONE, l'ULg, le Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité ULB/UCL (GIP) et l'Agence Intermutualiste (AIM). L'un des objectifs était de quantifier le phénomène des sorties précoces en Belgique et plus particulièrement en Fédération Wallonie-Bruxelles et le processus de prise en charge du suivi postnatal.

⁵ N. Moreau et al, 2013.

La proportion de séjours de 1 à 3 jours était deux fois plus élevée dans la province du Brabant wallon (9,4%) que la moyenne de la Fédération (4,5%) en 2010. En Communauté flamande, cette proportion était de 8,0% d'après les données de l'Agence Intermutualiste.

L'absence de suivi postnatal était également décrite pour 50% des mères au sein de la Fédération et de 43% pour la province du Brabant wallon (38,8% en Communauté flamande).

Favoriser l'articulation entre les TMS et les sages-femmes et améliorer la communication au plan local avec le réseau permettrait de mettre la famille au centre et présenterait un investissement gagnant. (en Brabant wallon, la sortie s'effectue au jour 3 en moyenne dans les maternités).

La question des sorties précoces porterait sur divers niveaux dont : l'état de santé physique et psychologique de la mère et de l'enfant auxquels on adjoint les conditions sociales ; les compétences et autonomie maternelle ;

l'organisation des suivis à domicile par des professionnels compétents aux plans médical, psychologique et social.

La BDMS mesure un certain nombre de ces paramètres et devrait s'adapter au cas où leur récolte pourrait être compromise. La qualité, la quantité, la continuité des services offerts ; la qualité du suivi et le retard dans le suivi peuvent ici être évoqués.

Cette question des sorties précoces est intégrée dans ce rapport parce qu'elle invite la BDMS à une évolution et une adaptation à cette donnée nouvelle, si celle-ci est généralisée.

La recherche menée par Mme Nathalie Maulet intitulée « **Les sorties précoces de la maternité**⁶ » dresse un état des lieux de la situation. Elle émet des recommandations dans le sens d'une amélioration de la prise en charge pédiatrique et maternelle au domicile, mais surtout de la coordination des différents services impliqués.

2.4 - LES DÉPISTAGES NÉONATALS DANS LES MATERNITÉS DU BRABANT WALLON



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

Le dépistage de la surdité se pratique entre le 2^e et le 5^e 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. Le test coûte environ 10 € qui sont remboursés par les mutuelles dans le cadre de l'assurance complémentaire.

En Brabant wallon, 2 maternités participent au programme de dépistage. En 2015, 1859 enfants nés dans ces maternités ont été suivis par ce programme.

Le dépistage des anomalies congénitales est pratiqué entre le 3^e et le 5^e jour de vie de l'enfant. Une prise de sang permet de récolter du sang sur un papier buvard qui est envoyé au laboratoire pour analyse. On dépiste 13 maladies rares, voire très rares. Si les parents ne reçoivent pas de nouvelles, c'est que le résultat du dépistage est négatif : aucune de ces maladies n'est présente chez leur enfant. Le test est entièrement gratuit.

Dans les 3 maternités du BW, 3013 enfants ont été dépistés en 2015.

Les sorties programmées ou planifiées de manière précoce de la maternité pourraient impacter un certain nombre de ces dépistages, notamment lorsque l'organisation n'est pas efficiente dans les relais mis en place ou lorsqu'on est confronté aux problèmes de mobilité ou encore lié à l'isolement des familles.

⁶ Recherche ONE, 2016

Le **dépistage des troubles visuels** est un programme prioritaire de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant.

Il est organisé en province du Brabant wallon depuis 2004. En 2015, le taux de couverture du dépistage par rapport au nombre d'enfants résidant était de 51%.

Il est organisé en BW depuis 2004. Le taux de couverture est de 51 % en 2015.

La vue se développe durant les premiers mois et les premières années de vie. Il est donc important de dépister ces troubles le plus précocement possible. ceux-ci pourront ainsi être corrigés de façon plus efficace.

Le dépistage porte sur la diminution et sur l'altération de l'acuité visuelle (amblyopie).

L'ONE propose un examen complet et gratuit pour les enfants de 20 à 36 mois dans ses consultations, mais aussi dans les milieux d'accueil.

Cet examen est réalisé par un orthoptiste sur rendez-vous. Les tests positifs (environ 1 enfant sur 10) sont alors référés vers un ophtalmologiste pour confirmation ou non du test.

La possibilité d'augmenter le taux de couverture en Brabant wallon avec la collaboration d'une autre orthoptiste sera envisagée dans les mois à venir.

Cartographie 2.4.1 : Couverture du dépistage visuel en province du Brabant wallon.



BDMS-ONE, «Avis de naissance» 2006-2015

SYNTHÈSE DONNÉES DE NAISSANCE

Les données de naissance établies par l'ONE durant le séjour à la maternité sont récoltées par les « avis de naissance » complétés par les Travailleurs Médico-sociaux dits de liaison. Elles offrent deux angles de vue selon que l'on désire analyser les aspects obstétricaux et socio-familiaux qui renvoient aux données de la mère ; ou que l'on souhaite approcher les issues de la grossesse qui décrivent les caractéristiques liées à l'enfant.

Les données relatives à la mère sont liées à l'accouchement. 45% des mères chaque année donnent naissance à leur premier enfant. Même si des différences peuvent exister entre régions ou provinces, celles-ci sont minimes

et les proportions sont constantes dans le temps.

Parmi les mères résidentes en province du Brabant wallon, 61% des accouchements ont lieu dans les 3 maternités que comptait encore la province jusqu'en 2015. 26,9% des accouchements sont survenus en Région de Bruxelles-Capitale. 10,7% des accouchements ont été établis en provinces du Hainaut et de Namur de façon relativement équilibrée et le reste des accouchements (1,4%) ont eu lieu en Flandre ou à l'Étranger.

L'âge des mères à l'accouchement est en recul constant en Fédération Wallonie-Bruxelles comme dans de nombreux

pays d'Europe. Actuellement il est de 31 ans en province du Brabant wallon et de 30 ans pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. La catégorie d'âge la plus importante parmi les mères nouvellement accouchées est celle des 30-34 ans qui représente environ 40% des mères. Elle est suivie de la catégorie des mères âgées de 25 à 29 ans (environ 28%). Les femmes de moins de 20 ans sont près de 1% à accoucher et celles de 40 ans et plus sont en augmentation, passant de 4% en 2006 à 6% en 2015.

L'origine des mères, définie comme leur nationalité au moment de leur naissance décrit plus de 130 nationalités différentes. Les femmes d'origine belge représentent 76% des mères résidant en province du Brabant wallon. Parmi les femmes d'origine étrangère, les Européennes représentent la part la plus importante (8,2% des mères), puis les femmes originaires des pays d'Afrique du Nord, du Moyen Orient et de Turquie qui représentent 6,2% des nationalités d'origine. Les pays d'Afrique subsaharienne représentent 4,6% des femmes d'origine étrangère et, les Européennes hors Union environ 2,7% de nationalités d'origine. Toutes les autres origines sont représentées par près de 2,5% des mères.

La diversité des origines des mères au moment de l'accouchement pose les questions de la communication, de l'information à transmettre et du suivi. Pour les populations n'ayant pas l'usage du français, dans les structures d'accompagnement des familles, l'ONE s'adjoint des services d'interprétariat social pour mettre en pratique les valeurs d'universalité qu'il défend. Les « avis de naissance » permettent une estimation des besoins pour ce type de services, et de même une attention particulière par rapport aux mères primo-arrivantes.

Un des aspects les plus souvent indexés comme pronostic défavorable du suivi, tant pour la grossesse que pour le suivi psycho-médico-social de la famille est l'isolement. L'isolement est défini comme le fait pour une (future) mère de vivre toute seule ou de vivre dans une maison d'accueil. L'isolement des mères au moment de l'accouchement est en augmentation en province du Brabant wallon. Il a même triplé en 10 années. Les proportions d'isolement restent en dessous des moyennes de la Fédération : 2,7% des mères sont décrites comme vivant isolées.

Les assuétudes, dont les questions liées à la consommation d'alcool ou de médicaments, font l'objet des points d'attention de l'accompagnement par les TMS mais pas actuellement systématisés dans les relevés BDMS.

Les habitudes tabagiques par contre sont relevées tant au moment du suivi de la grossesse qu'à l'accouchement. La part des femmes au quotidien est stable depuis les 8 dernières années après un dédoublement de la proportion passée de 5 à 10% entre 2006 et 2008. La Région wallonne montre une consommation de tabac plus élevée que la Région de Bruxelles-Capitale.

Du point de vue des nouveau-nés, on peut décrire une augmentation de nouveau-nés jumeaux ces 10 dernières années passant de 2,5 à 3,5% des naissances avec une moyenne de 3,2%.

La majorité des enfants naissent par voie basse, mais

environ 20% des nouveau-nés viennent au monde par césarienne. 95% de nouveau-nés se présentent par le sommet.

La prématurité définie par l'âge gestationnel inférieur à 37 semaines est en augmentation en Fédération Wallonie-Bruxelles (8,3% en 2015). Elle est un marqueur effectif en Brabant wallon en partie du fait du recul de l'âge moyen de la mère au moment de l'accouchement. La répartition géographique de la prématurité est variable et reflète également, outre l'âge moyen de la mère, la situation socio-économique des communes.

Le poids à la naissance de l'enfant est tout aussi important que l'âge gestationnel. Les 2 indicateurs sont d'ailleurs plus objectivés s'ils sont lus de manière combinée sous la forme du poids pour l'âge gestationnel. La surveillance de la perte de poids du nouveau-né après l'accouchement trouve son importance dans l'accompagnement des TMS et montre l'importance de bien compléter cette variable.

Les petits poids de naissance (nouveau-né ayant moins de 2500 grammes à la naissance) sont moins marqués en province du Brabant wallon par rapport à la Région wallonne, reflétant en partie les habitudes tabagiques des mères.

La mise au sein de l'enfant après l'accouchement montre des taux plus élevés en province du Brabant wallon qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles avec des taux qui dépassent 90%. On peut d'autre part définir des taux grandissants d'arrêt de l'allaitement chez les femmes qui fument, celles qui sont isolées ou encore chez les mères de jeune âge et celles plus âgées. De même, on observe un arrêt de l'allaitement plus marqué chez les mères qui ont accouché par césarienne.

Le séjour plus écourté en maternité de la mère avec son enfant impose à l'ONE de multiples défis dont ceux de proposer les services d'accompagnement aux familles. Un contact qui parfois est le premier avec un TMS de l'ONE; de continuer à collecter les informations relatives aux naissances en vue d'établir la liaison avec le secteur de résidence et l'analyse statistique ; mais aussi d'organiser en partenariat avec d'autres acteurs, le suivi postnatal dans un délai fixé de commun accord. D'autres enjeux existent, notamment certains dépistages qui doivent être effectués à des âges spécifiques qui se comptent en jours de vie de l'enfant. L'intégration de toutes les informations et la planification des rendez-vous pour le suivi de la mère et/ou de l'enfant ont donc une importance capitale.

En Brabant wallon, le suivi dans une structure d'accompagnement pour enfants ONE est tout de même souhaité pour un nouveau-né sur 2.



Le suivi médico-social
des enfants en Brabant wallon

Les structures de suivi de l'enfant dont les Consultations pour enfants sont des lieux d'accompagnement préventif de l'enfant et de sa famille dans le respect de l'autonomie de cette dernière. Elles assurent un suivi préventif de type psycho-médico-social tel que décrit dans le Guide de Médecine préventive du jeune enfant.

Les objectifs visés par les structures de suivi préventif de l'enfant sont les suivants :

- Élaborer des Projets Santé Parentalité ou des projets communaux d'accompagnement incluant le suivi universel et le suivi renforcé en cas de besoin spécifique ou de vulnérabilité.
- Participer à la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de Médecine préventive.
- Développer les activités individuelles et collectives de promotion de la santé.
- Intégrer les activités de l'ONE dans le réseau local.
- Participer à la collecte de données telle qu'organisée par l'ONE auprès des familles, 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 clés de la vie de l'enfant : lors du «Premier contact» (en moyenne à 15 jours de vie), et lors des «Bilans de santé» établis à 9, 18 et 30 mois de l'enfant, en présence de l'un de ses parents ou d'une personne référente.

Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et TMS au sein des structures de consultations pour enfants ou lors des visites à domicile effectuées par les TMS mais aussi au sein de certains milieux d'accueil fréquentés par ces enfants.

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. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés.

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2006 à 2015. Les années de référence analysées pour chaque thème sont reprises sous chaque tableau ou graphique.

L'année de référence est celle durant laquelle le bilan a été complété. Ainsi pour les bilans de santé de l'année 2015, on retrouve pour le « Bilans de santé à 9 mois », des enfants nés en 2014 et 2015, pour les « Bilans de santé à 18 mois », des enfants nés en 2013 et 2014 et pour le « Bilans de santé à 30 mois », des enfants nés en 2012 et 2013¹.

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 la résidence de l'enfant, la date de naissance de l'enfant ainsi que la date d'établissement du « Bilan de santé ». Autrement dit, les données manquantes ne sont pas prises en compte dans l'analyse des données, avec un risque d'avoir des résultats peu significatifs.

Dans les «Bilans de santé à 9 mois», seront 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.



Madame SABLON Véronique, TMS en consultation pour enfants à Ittre-Virginal

« Les retours d'informations organisés par l'équipe de statisticiens de la BDMS sont vraiment très intéressants pour nous qui travaillons au contact des familles. Ils permettent d'objectiver, par des données chiffrées, nos observations. Je vois par exemple depuis des années la précarité augmenter dans la région. Les chiffres de la BDMS montrent les relations entre les différents facteurs de risque qui permettent une analyse plus fine des conséquences de cette « précarité » sur la santé de l'enfant, mais aussi de ses causes. Les cartographies régionales ou communales mettent ainsi en exergue le nombre de cellules monoparentales, les petits poids de naissance, la santé de la mère, l'obésité.

Je remplis l'avis de naissance qui a évolué dernièrement en intégrant, par exemple, le poids de la mère et qui permet de faire le lien avec le diabète gestationnel et les petits poids de naissance. Je réalise ensuite le premier contact puis je revois les familles qui le souhaitent en consultation et je complète les bilans de santé. Quand on revoit régulièrement les familles, compléter le dossier devient vraiment simple. »

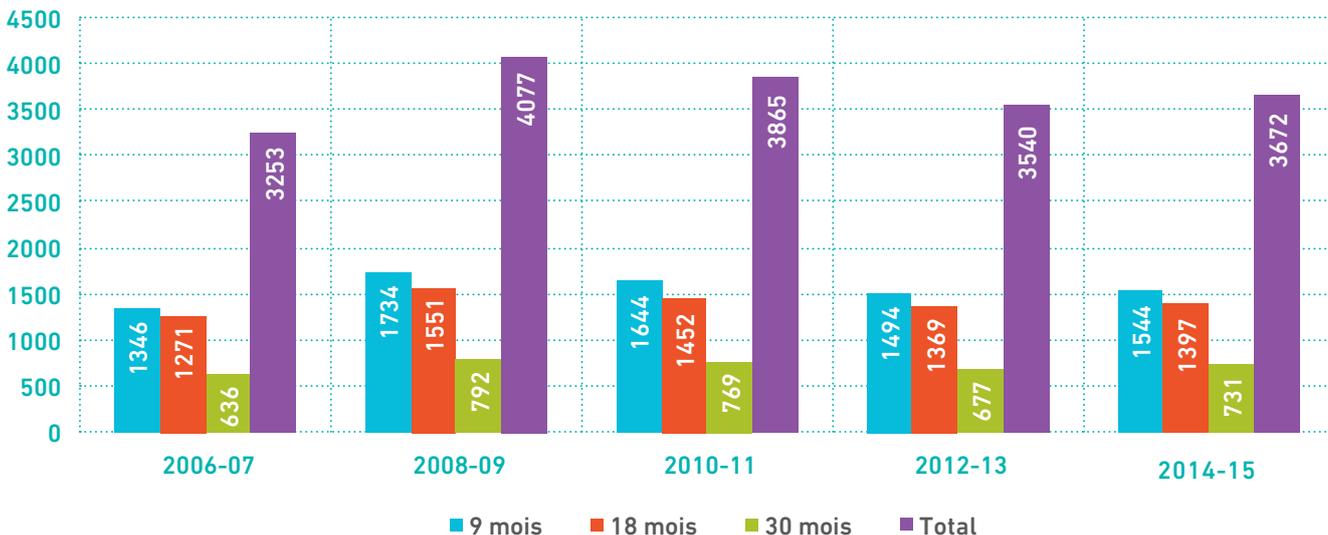


¹ NB : La base de données analysée dans ce rapport a été arrêtée en juin 2016. Plusieurs rappels ont été effectués auprès du personnel de l'ONE. Certains documents ont probablement encore été envoyés au-delà de cette date. Cependant, nous pouvons estimer que les données sont fiables vu que le nombre de documents analysés pour 2015 équivaut à celui des années précédentes.

3.1. NOMBRE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »

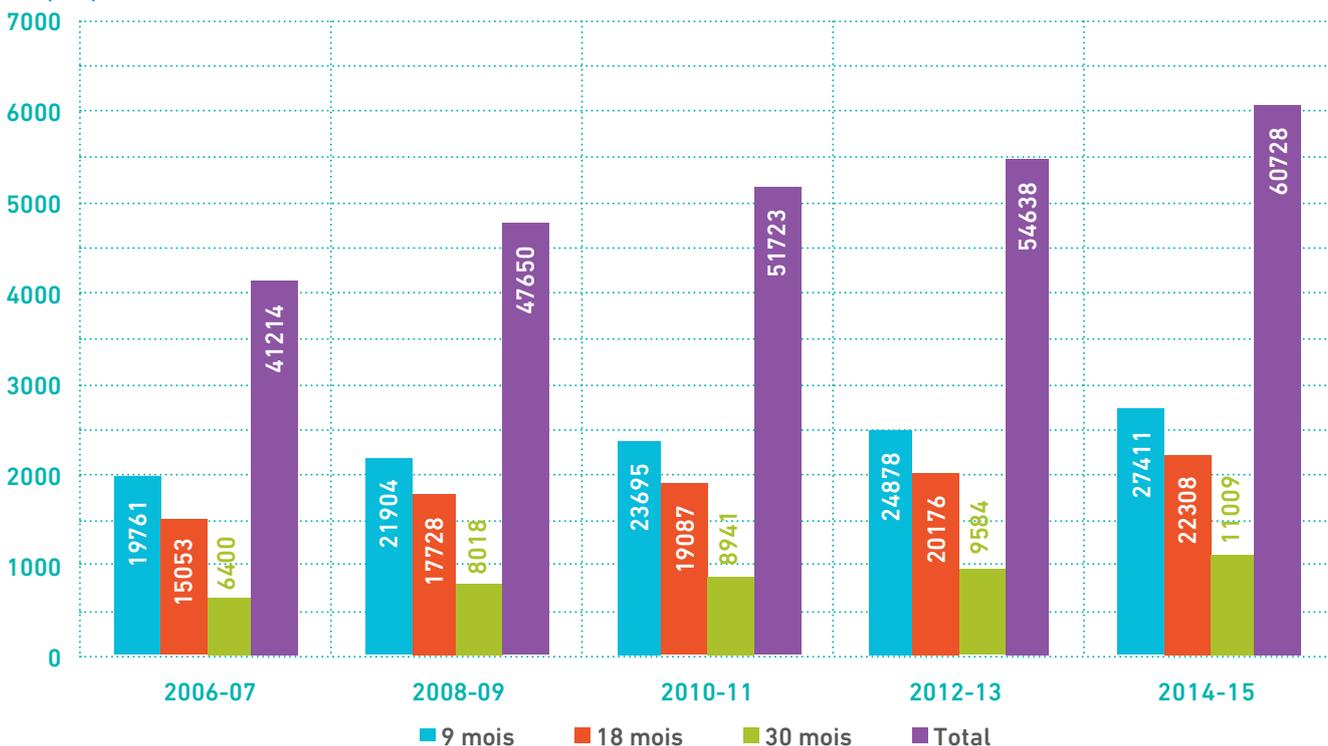
3.1.1. Evolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »

Graphique 3.1 : Evolution du nombre de Bilans de santé en Brabant wallon



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2006-2015

Graphique 3.2 : Evolution du nombre de Bilans de santé en FWB



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2006-2015

Le nombre de Bilans de santé analysés en Brabant wallon a tendance à fluctuer entre 2006 et 2015. On ne distingue pas d'augmentation ou de diminution franche. A contrario, le nombre de documents en Fédération Wallonie-Bruxelles augmente progressivement au cours du temps et ce quel que soit le bilan. En nombre absolu, le nombre total de Bilans de santé est passé de 41 214 en 2006-2007 à 60 728 en 2014-2015. Ces données sont à mettre en relation avec le nombre d'enfants de la même tranche d'âge.

Les communes de Braine-l'Alleud, Tubize et Ottignies-Louvain-la-Neuve sont les communes de résidence où on dénombre le plus de « Bilans de santé ». Parmi ces 3 communes, Braine-l'Alleud regroupe un nombre plus important de Bilans de santé à 18 mois comparativement aux autres bilans de santé.

3.1.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2006 et 2015

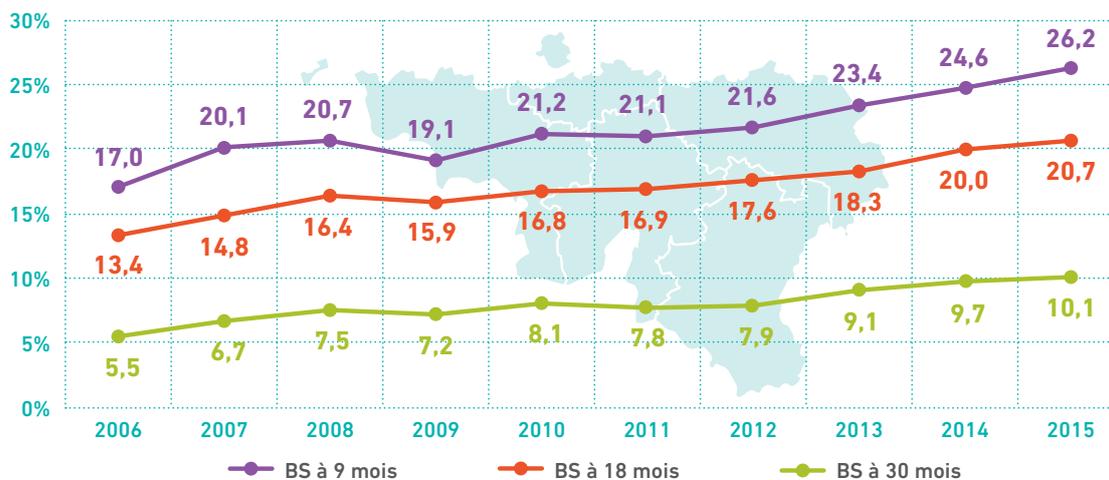
Actuellement, l'information précise concernant le nombre d'enfants entrant dans la tranche d'âge requise pour les Bilans de santé n'est pas disponible. Par conséquent, le taux de couverture des Bilans de santé doit être calculé soit en prenant comme référence le nombre d'enfants inscrits dans les consultations, soit à partir du nombre officiel d'enfants pour une tranche d'âge précise et résidant en FWB 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 1^{er} janvier de l'année suivante. Pour l'année 2015, les données sont relevées à la date du 1^{er} janvier 2016².

Graphique 3.3 : Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en FWB



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2006-2015

Les graphiques 3.3 et 3.4 indiquent l'évolution des taux de couverture des Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois en FWB et en Brabant wallon.

De manière générale, on constate une augmentation des taux de couverture dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les 3 Bilans de santé.

En effet, en FWB, alors qu'en 2006, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour moins d'1/5 des enfants, en 2015, 1/4 des enfants disposaient de ce Bilan de santé. Entre 2006 et 2015, on constate une augmentation du taux de couverture d'environ 35% pour les Bilans de santé à 18 et de 45% pour ceux à 30 mois. En 2015, 1 enfant sur 5 disposait d'un Bilan de santé à 18 mois et 10% à 30 mois.

Dans le Brabant wallon, on n'observe pas de réelle augmentation. Les taux de couverture ont tendance à fluctuer, ce qui rejoint les variations des Bilans de santé en chiffres absolus.

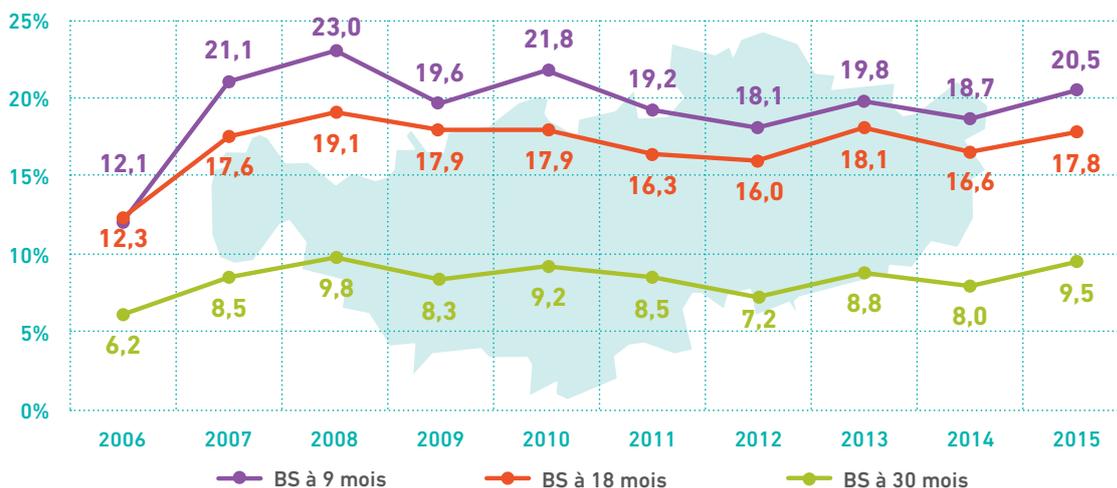
En 2015, pour les Bilans de santé à 9 mois, les communes de Beauvechain, Incourt, Hélécine et La Hulpe ont un taux de couverture compris entre 42% et 35%. Incourt, La Hulpe et Walhain couvrent entre 45% et 30% des enfants de 1 à 2 ans lors des Bilans de santé à 18 mois. Enfin, entre 25% et 20% des enfants âgés entre 2 et 3 ans sont couverts par les Bilans de santé à 30 mois dans les communes d'Incourt, La Hulpe et Ramilies.

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

² <https://bestat.economie.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c85d8545-ce8a-444b-908d-9fb278d672ea>

Pour la Région bruxelloise, le dénominateur est égal à 90% des enfants y résidant. Les enfants résidant dans les communes germanophones ont été exclus des analyses.

Graphique 3.4 : Evolution du taux de couverture des Bilans de santé en Brabant wallon



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2006-2015

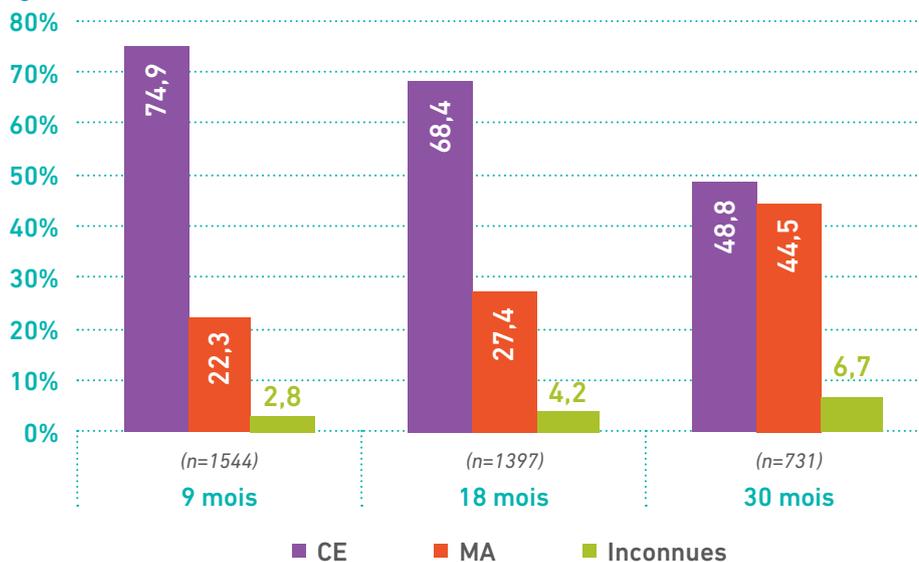
3.1.3. Origine des Bilans de santé selon le type de structure

A l'ONE, on distingue différents types de structures 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). Le secteur « Accueil »,

quant à lui, reprend les types de structures dites d'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial (MA) dont certains contribuent à alimenter la Banque de données ONE (crèches, maisons communales de l'accueil de l'enfance, préguardiennats, Maison de l'enfance).

Dans ce rapport, les structures de l'accompagnement sont souvent désignées en Consultations ou « CE » et les structures d'accueil sont simplifiées en milieux d'accueil ou « MA ».

Graphique 3.5 : Origine des Bilans de santé en Brabant wallon



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2014-2015

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 un milieu d'accueil agréé par l'ONE. Dans le cas où un bilan de santé aurait été établi dans les 2 secteurs, le premier bilan sera retenu et le second viendra compléter les informations éventuellement manquantes.

Globalement, on peut remarquer que la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant mais également selon le lieu de résidence. La part des Bilans de santé provenant des consultations diminue en fonction de l'âge. Ces proportions sont à mettre en relation avec la fin de

la première période de vaccination (Hexavalent, Pneumocoque, Rotavirus) ainsi qu'avec l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil.

En 2014-2015, en Brabant wallon, à 9 mois, la proportion des Bilans de santé provenant du secteur des consultations atteint presque 75%. Elle diminue ensuite progressivement pour atteindre 50% lors du bilan de santé à 30 mois. Les différences de provenance des documents selon le secteur s'estompent avec l'âge de l'enfant pour atteindre presque l'égalité 50/50.

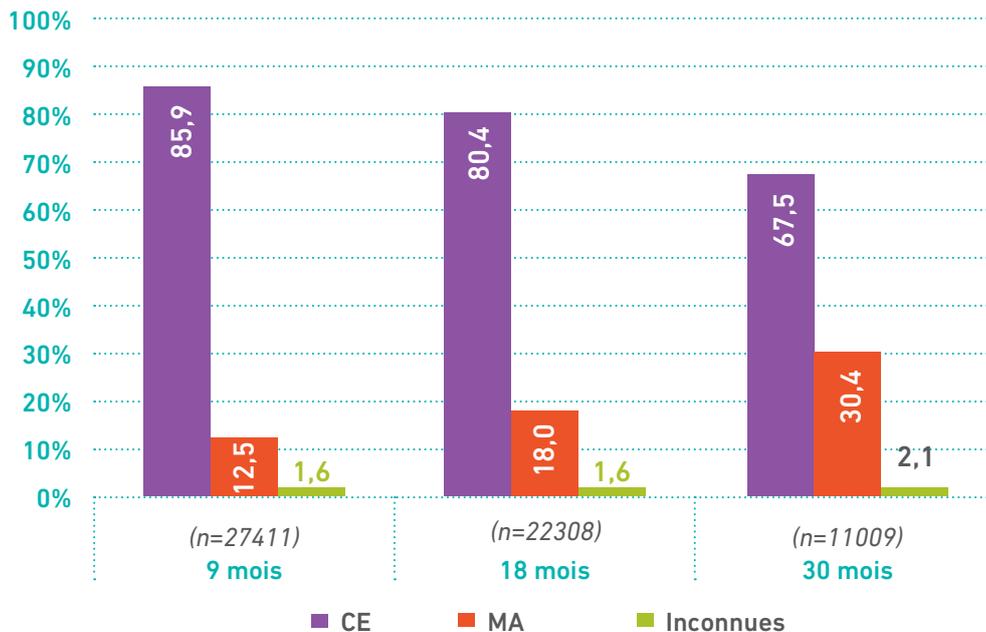
Pour l'ensemble des Bilans de santé, les communes de Chastre et de Perwez ont plus de 90% de leurs bilans qui proviennent du secteur de l'accueil. Suivent Chaumont-Gistoux et Mont-Saint-Guibert qui ont également un pourcentage élevé (88%) mais un effectif plus faible. A Braine-l'Alleud, Wavre et La Hulpe, entre 50% et 60% des bilans proviennent également des milieux d'accueil.

En revanche, les communes de Tubize et de Rixensart se classent en tête avec respectivement 98% et 96% des Bilans de santé provenant des consultations pour enfants, Walhain les suit de près avec 93.8%.

En FWB, les différences de proportions entre les 2 secteurs sont plus importantes et ce pour les 3 Bilans de santé. A 9 mois, 85.9% des bilans proviennent du secteur de l'accompagnement contre 67.5% à 30 mois.

Le pourcentage d'inconnues augmente en fonction de l'âge de l'enfant que ce soit en FWB ou en Brabant wallon et est plus élevé en Brabant wallon qu'en FWB.

Graphique 3.6 : Origine des Bilans de santé en FWB



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2014-2015

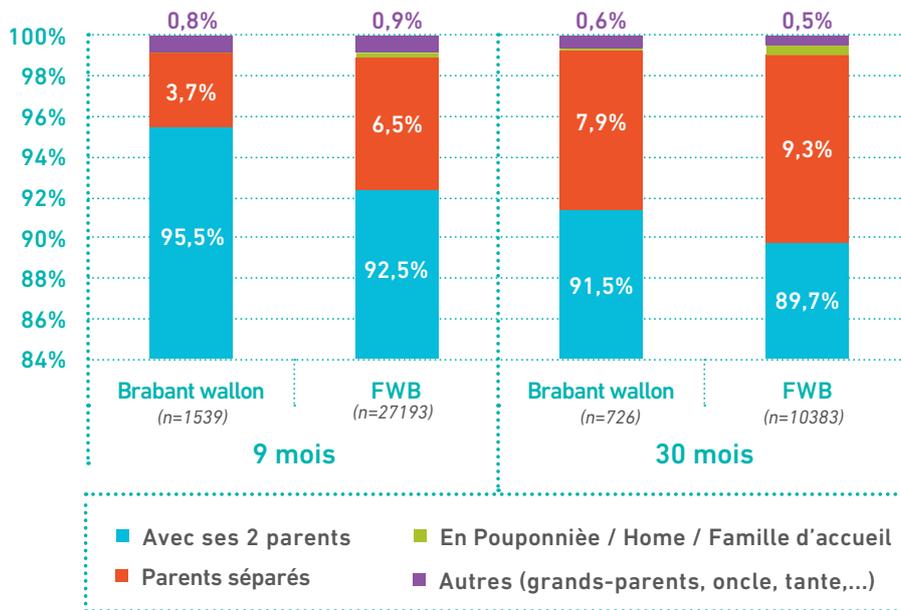
3.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES DONT LES ENFANTS FRÉQUENTENT LES STRUCTURES DE L'ONE

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.

En 2014-2015, le pourcentage d'enfants de 9 mois vivant avec leurs 2 parents est relativement élevé avec respectivement 95.5% en Brabant wallon et 92.5% en FWB. Cependant, ce pourcentage tend à diminuer légèrement avec l'âge de l'enfant pour atteindre à 30 mois, 91.5% en Brabant wallon et 89.7% en FWB. Ces résultats restent stables dans le temps.

Graphique 3.7 : Situation familiale de l'enfant en Brabant wallon et en FWB



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 et 30 mois », 2014-2015

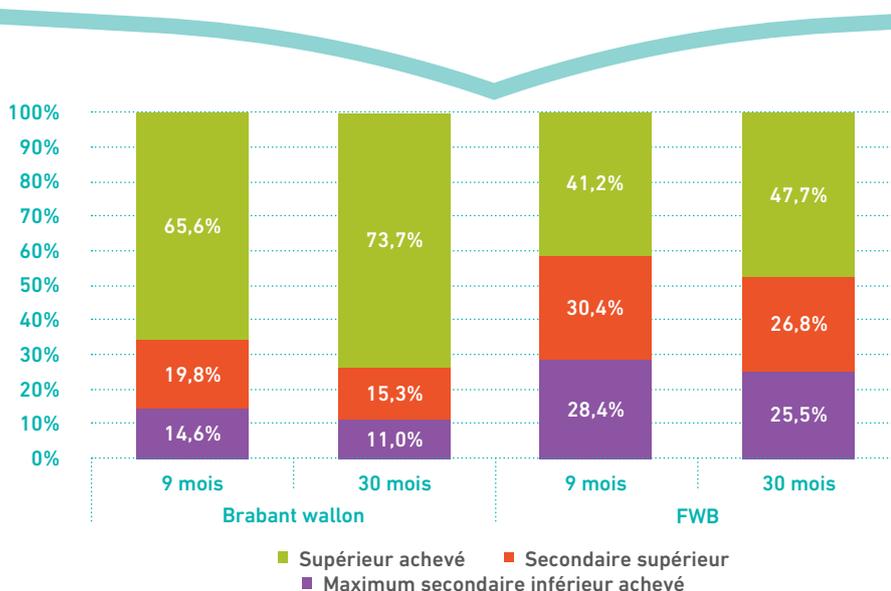
En Brabant wallon, la situation familiale de l'enfant ne diffère pas significativement selon la structure dans laquelle est établi le bilan de santé. Par contre, en FWB, les enfants dont les parents sont séparés sont un peu plus nombreux dans les milieux d'accueil.

En Brabant wallon, en 2014-2015, le pourcentage d'inconnues pour cette variable variait entre 0.3% à 0.7% selon le bilan de santé. En FWB, il variait de 0.8% pour les Bilans de santé à 9 mois à 5.7% pour les Bilans de santé à 30 mois.

3.2.2. Niveau d'éducation de la mère

Le niveau d'éducation de la mère est collecté lors des Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois. Dans la catégorie ayant atteint « au maximum le niveau secondaire inférieur achevé » sont reprises les mères n'ayant pas suivi de scolarité, ayant suivi l'enseignement spécialisé, ayant achevé ou non leurs études primaires et celles ayant achevé leurs études secondaires inférieures.

Graphique 3.8 : Niveau d'éducation de la mère dans le Brabant wallon et en FWB



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 et 30 mois », 2014-2015

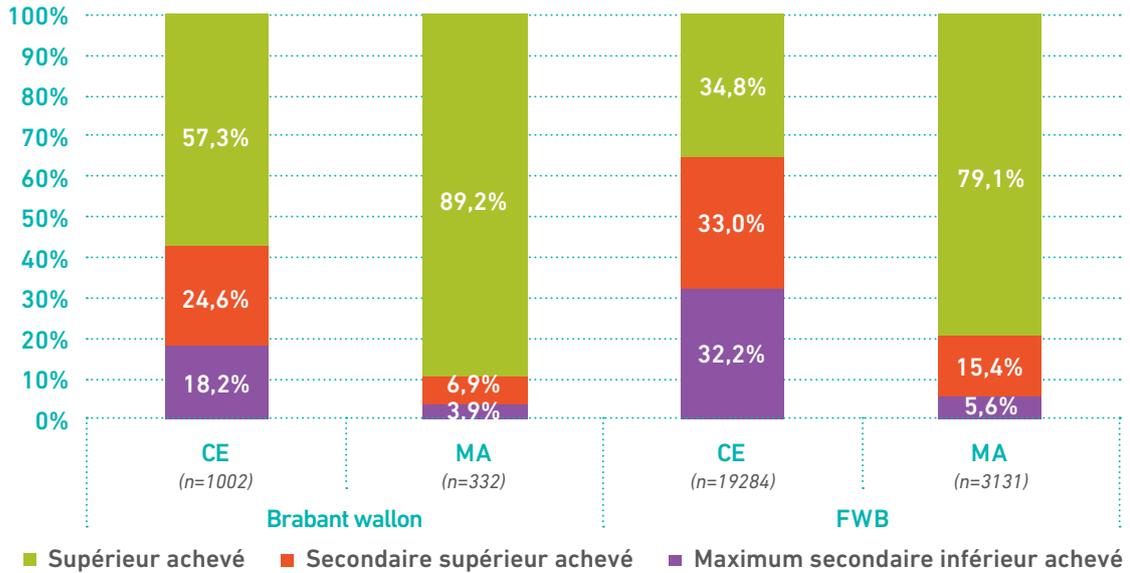
Comparativement, les mères en Brabant wallon sont plus instruites que celles de la FWB.

En 2014-2015, que ce soit lors du Bilan de santé à 9 ou à 30 mois, les mères brabançonnes ont majoritairement obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur avec respectivement 65.6% et 73.7%. En revanche, en FWB, les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur représentent moins de 50%. En FWB, plus d'1/4 des mères n'a pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur contre moins de 15% en Brabant wallon.

Parmi les mères résidant à Tubize et dont les enfants fréquentent les structures ONE, 32.5% n'ont pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur. Elles sont plus de 25% dans cette situation à Hélocine et à Braine-le-Château. Les mêmes tendances sont observées entre 2006 et 2015.

En 2014-2015, selon le Bilan de santé, le taux d'inconnues pour cette variable variait entre 10.5% et 11.3% en Brabant wallon et entre 16.9% et 20.1% en FWB.

Graphique 3.9 : Niveau d'éducation de la mère selon le type de structure



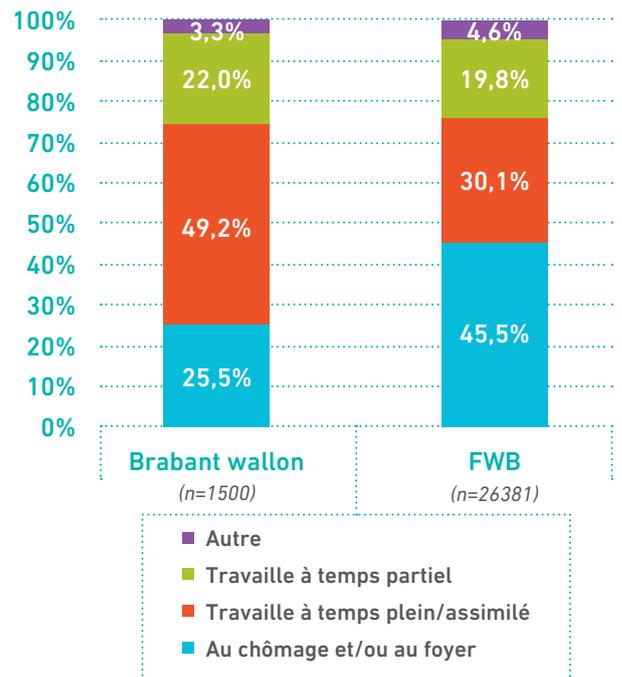
BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2014-2015

Si l'on compare le niveau d'éducation des mères en fonction du type de suivi, on constate que les mères d'enfants suivis en milieux d'accueil ont un niveau d'éducation plus élevé que celles des enfants suivis dans les consultations pour enfants.

En 2014-2015, en Brabant wallon, presque 90% des mères dont les enfants sont en milieux d'accueil détenaient un diplôme d'études supérieures contre 57.3% des mères des enfants vus dans les consultations ONE. En FWB, dans les consultations pour enfants, presque 1/3 des mères n'a pas obtenu de diplôme supérieur à celui du niveau secondaire inférieur.

3.2.3. Situation professionnelle de la mère

Graphique 3.10 : Situation professionnelle de la mère en Brabant wallon et en FWB



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2014-2015

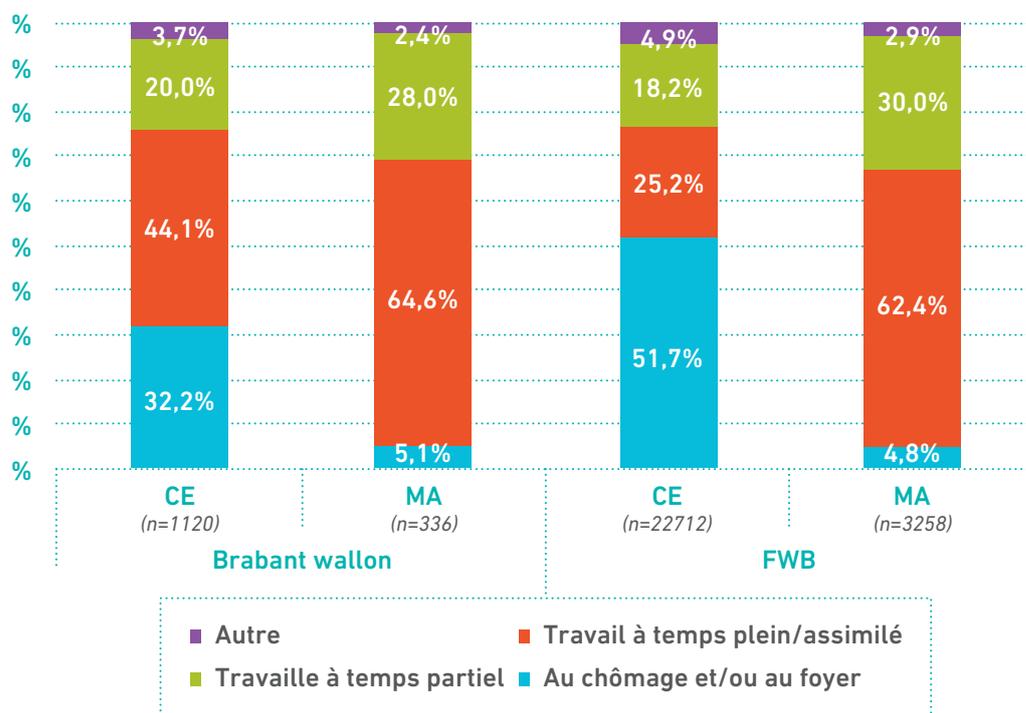
La situation professionnelle de la mère est récoltée lors du Bilan de santé à 9 mois. Cette question comporte 7 modalités de réponse. Certaines catégories ont été rassemblées. La catégorie « travaille à temps plein ou assimilé » regroupe les mères travaillant à temps plein, actives au moment du bilan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

La situation d'emploi de la mère est relativement différente selon les régions.

En Brabant wallon, plus de 70% des mères d'enfants fréquentant l'ONE sont actives contre 50% en FWB. Les mères sans emploi ou au foyer sont considérées comme professionnellement « inactives » et représentent 1/4 des mères en Brabant wallon et 45,5% en FWB. Ces chiffres restent stables dans le temps.

En 2014-2015, Tubize, Ottignies-Louvain-la-Neuve (Ottignies-LLN) et Rixensart sont les communes parmi lesquelles les mères fréquentant les structures de l'ONE sont les moins actives avec les pourcentages respectifs suivants : 49.0%, 32.2% et 30.8%.

Graphique 3.11 : Situation professionnelle de la mère selon le type de structure



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2014-2015

On peut observer des disparités importantes selon le type de structures dans lequel 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 Brabant wallon 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 plus de 90% parmi les enfants fréquentant les milieux d'accueil et ce aussi bien en Brabant wallon qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

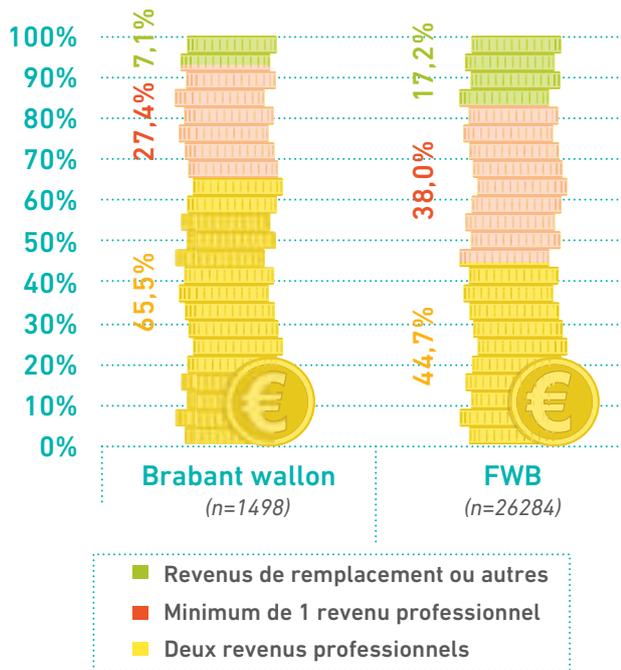
Par contre, si l'on prend en considération uniquement les enfants provenant des consultations pour enfants, on constate une disparité importante selon le lieu de résidence. En effet, environ 32.2% des mères brabançonnaises sont inactives contre 51.7% en FWB.

En 2014-2015, la situation de la mère était inconnue pour 2.8% des enfants dans le Brabant wallon contre 5.7% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

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 modalités de réponse qui ont été remaniées. La catégorie « deux revenus professionnels » implique que le 2^e revenu professionnel provient de l'autre parent, le beau-parent ou le compagnon. La catégorie « minimum un revenu professionnel » comprend aussi bien les familles ne disposant que d'un seul revenu professionnel que ceux disposant d'un revenu professionnel ajouté 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.

Graphique 3.12 : Revenus de la famille en Brabant wallon et en FWB

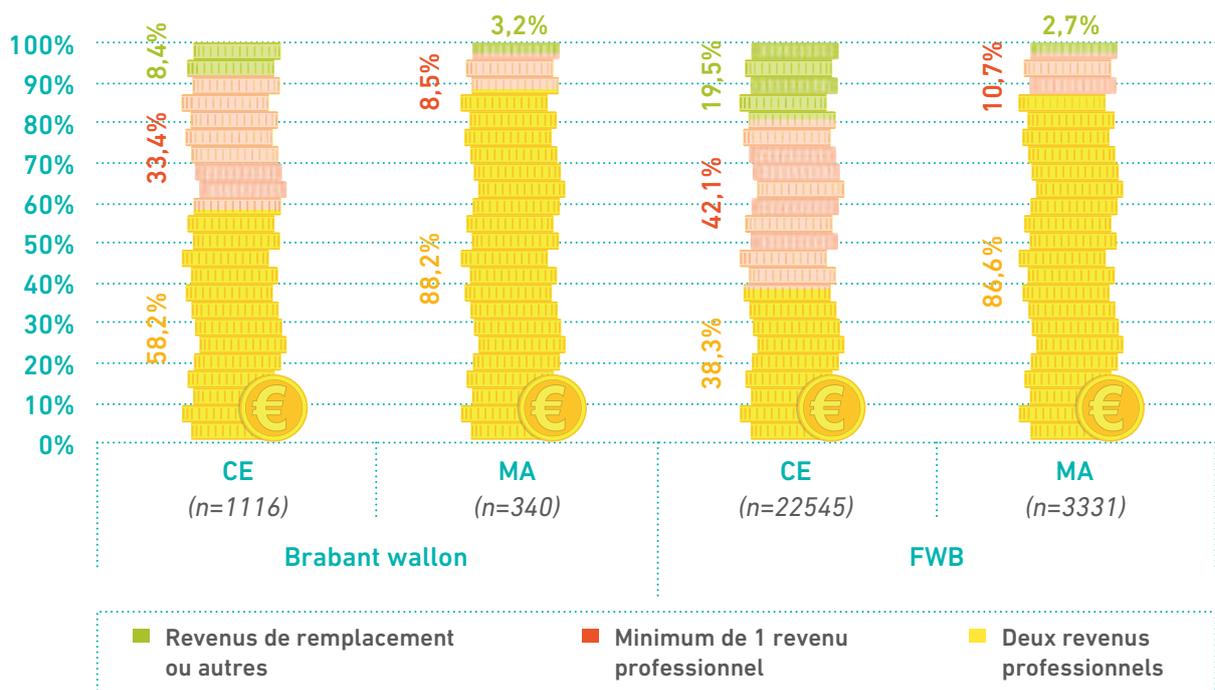


BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2014-2015

Le graphique ci-contre illustre les revenus de la famille lors du Bilan de santé à 9 mois. Ces données vont dans le même sens que l'activité professionnelle de la mère. En effet, 65.5% des enfants brabançons vivent dans un foyer disposant de 2 revenus professionnels contre 44.7% en FWB. Les enfants dont les parents vivent uniquement avec un ou des revenus de remplacement sont moins nombreux en Brabant wallon qu'en FWB avec respectivement 7.1% et 17.2%.

Tubize et Ottignies-LLN se démarquent des autres communes brabançonnaises par la précarité des familles fréquentant les consultations de l'ONE. En effet, à Tubize seulement 43.3% des familles disposent de 2 revenus professionnels et 17.2% des parents n'ont aucun revenu professionnel, uniquement un/des revenus de remplacement ou aucun revenu fixe. Ottignies-LLN présente des pourcentages similaires à Tubize avec 45.7% des parents vivant avec 2 revenus professionnels contre 12.7% des parents n'ayant aucun revenu professionnel. De plus, à Ottignies-LLN, 7.9% des mères sont étudiantes et 5.7% le sont à Tubize.

Graphique 3.13 : Revenus de la famille en fonction du type de structure



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2014-2015

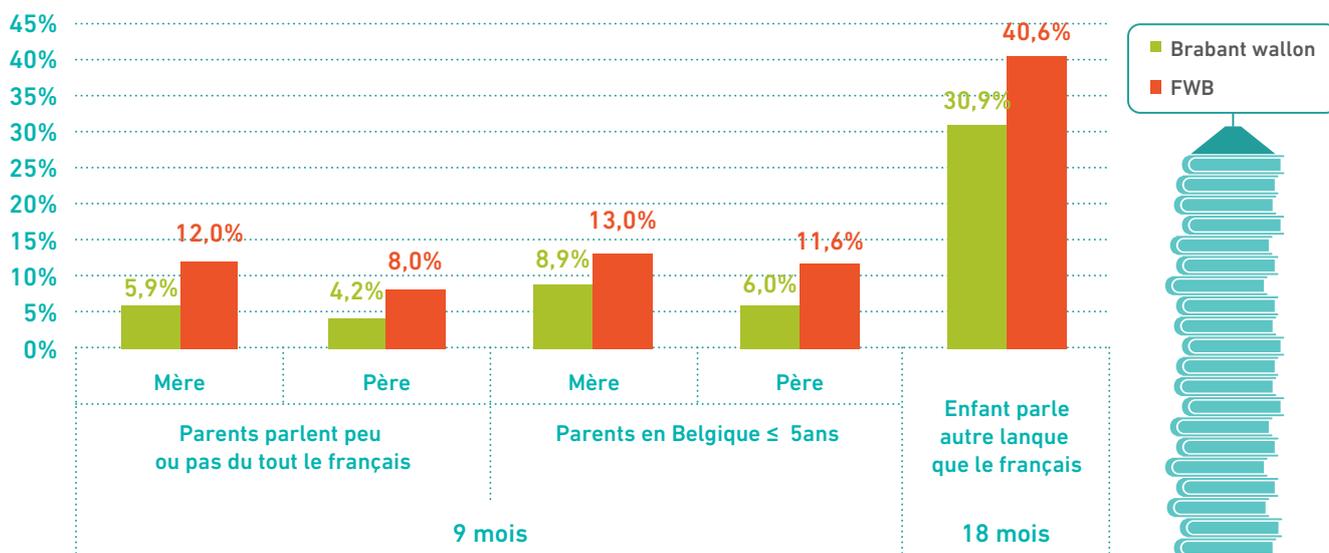
Presque 90% des enfants suivis en milieu d'accueil sont issus d'une famille disposant de 2 revenus que ce soit en Brabant wallon ou en FWB.

Si la situation économique des parents des enfants suivis en milieu d'accueil est similaire en Brabant wallon et en FWB, les enfants suivis en consultation en Brabant wallon sont issus de familles plus favorisées en la FWB. En effet, presque 60% des familles en Brabant wallon disposent de 2 revenus contre moins de 40% en FWB.



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

Graphique 3.14 : Niveau de français des parents, leur durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 18 mois », 2014-2015

Le graphique ci-dessus indique le niveau de 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 2014-2015, en Brabant wallon, le niveau de français des parents est meilleur que dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En effet, en Brabant wallon lors du bilan de santé à 9 mois, 5.9% des mères et 4.2% des pères maîtrisent peu ou pas du tout le français, soit 2 fois moins qu'en FFW. Ces chiffres sont stables entre 2010 et 2015.

En Brabant wallon, on constate une proportion moins importante de parents dits « primo-arrivants », c'est-à-dire installés en Belgique depuis moins de 5 ans, qu'en FFW.

Les structures de l'ONE d'Ottignies-LLN sont fréquentées par un pourcentage plus important de parents s'étant installés en Belgique il y a moins de 5 ans avec respectivement

18.7% et 11.6% de mères et de pères « primo-arrivants ».

Lors du bilan de santé à 18 mois, environ 30% des enfants brabançons et 40% des enfants résidant en FFW sont éduqués dans une autre langue que le français à la maison. A 30 mois, les résultats sont similaires tant en Brabant qu'en FFW. Ces résultats sont stables entre 2010 et 2015.

A 18 mois, dans les communes de Tubize et d'Ottignies-LLN, respectivement 55.6% et 52.2% des enfants parlent une autre langue que le français. A 30 mois, cette proportion augmente à 64.2% à Tubize et diminue à 39.8% à Ottignies-LLN.

Pour toutes les variables présentées dans ce graphique, le taux d'inconnues diminue entre 2010 et 2015. En Brabant wallon, en 2014-2015, ces taux ne dépassent pas les 5% en fonction de la question et restent en deçà des taux de la FFW qui eux ne dépassent pas les 10%.

3.2.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil

Tableau 3.1: Fréquentation d'un milieu d'accueil par l'ensemble des enfants suivis à l'ONE

		2010-2011	2012-2013	2014-2015
Bilan de santé à 9 mois	Brabant wallon	57,1%	59,1%	61,0%
	FWB	31,8%	35,9%	36,6%
Bilan de santé à 30 mois	Brabant wallon	81,5%	84,5%	82,0%
	FWB	56,7%	59,0%	60,1%

BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2010-2015

Sur l'ensemble des enfants suivis à l'ONE, que ce soit en consultations ou en milieux d'accueil, à 9 mois, on constate une augmentation du nombre d'enfants fréquentant un milieu d'accueil, tant en Brabant wallon qu'en FFW. Cependant, des disparités importantes sont constatées

entre les différentes régions.

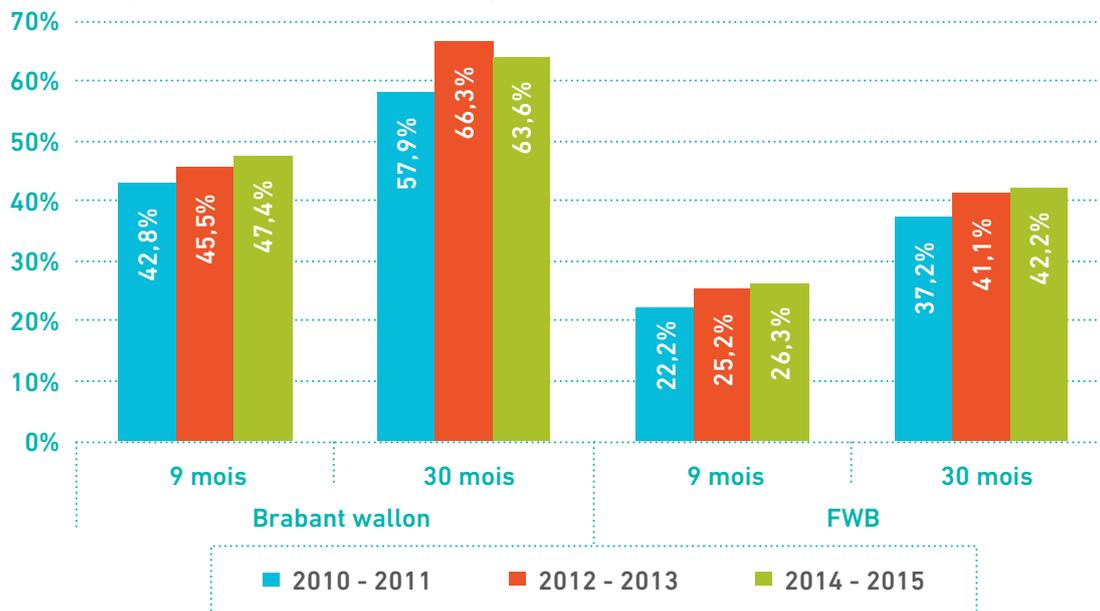
En 2014-2015, en Brabant wallon, 61% des enfants brabançons suivis à l'ONE fréquentent un milieu d'accueil contre seulement 36.6% en FFW.

A 30 mois, cette différence est encore plus importante. en Brabant wallon, les enfants sont 2 fois plus nombreux (82%) à fréquenter un milieu d'accueil qu'en FWB (39.9%).

Les pourcentages présentés ci-dessus, reprenaient donc

la totalité des enfants suivis à l'ONE. Si on exclut les enfants suivis en milieu d'accueil, ces taux diminuent. Le graphique suivant présente le pourcentage d'enfants suivis en consultation et fréquentant un milieu d'accueil.

Graphique 3.15: Fréquentation d'un milieu d'accueil par l'ensemble des enfants suivis en consultations à l'ONE



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois et 30 mois », 2010-2015

En 2014-2015, en Brabant wallon, environ la moitié des enfants suivis en consultations à l'ONE à 9 mois fréquentent un milieu d'accueil, ce pourcentage atteint plus de 60% à 30 mois. Ces pourcentages sont élevés au regard de la situation en FWB, où seulement, 1/4 des enfants suivis en consultation à 9 mois fréquentent un milieu d'accueil pour ensuite atteindre un peu plus de 40% à 30 mois.

Pour la période de 2014-2015, les communes de Tubize (74.8%), Jodoigne (73.2%) et Rebecq (61.9%) avaient la proportion la plus élevée d'enfants de 9 mois suivis en consultations et ne fréquentant pas un milieu d'accueil. Dans les communes de Grez-Doiceau et Braine-le-Château, ces taux étaient respectivement de 60.5% et de 55.2%.

Pour la période entre 2005 et 2016, les tendances étaient les mêmes avec pour Tubize 75.8% ; Jodoigne, 68.5% ; Rebecq, 62.2% ; Braine-le-Château, 61.0% et Grez-Doiceau, 56.8%.

Lors du bilan de santé à 30 mois, en 2014-2015 à Tubize, 64.8% des enfants suivis en consultations ne fréquentaient pas de milieu d'accueil. Durant la période 2006-2015, ce taux était de 58.8%. Ces résultats nous indiquent que Tubize se démarque par son faible taux d'enfants fréquentant un milieu d'accueil durant les 10 dernières années.

Les taux d'inconnues à cette question sont plus faibles en Brabant wallon qu'en FWB et diminuent progressivement au niveau des 2 bilans pour atteindre en 2014-2015, 7.1% pour les Bilans de santé à 9 mois (10.5% en FWB) et 2.5% pour les Bilans de santé à 30 mois (8.4% en FWB).

3.3. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

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

Il permet d'apporter tous les nutriments nécessaires au développement des nourrissons. 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 parfait pour le nouveau-né³.

L'OMS et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. Ensuite, l'allaitement doit être complété par une autre 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.

³ <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>

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.

L'allaitement maternel a l'avantage d'être gratuit et disponible pour la mère (sauf en cas de sous-production).

Afin que l'allaitement se déroule de manière optimale, il est important que les femmes disposent d'informations précises et du soutien de leur famille et de leur entourage comme du système de soins de santé.

La peur de culpabiliser les femmes qui n'allaitent pas ou arrêtent rapidement et une confiance excessive dans les progrès, indéniables, des laits de substitution ont parfois laissé la promotion de l'allaitement en jachère.

Sur tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, nos données relatives à la durée de l'allaitement entre 1996 et 2012 révèlent un abandon parfois rapide de l'al-

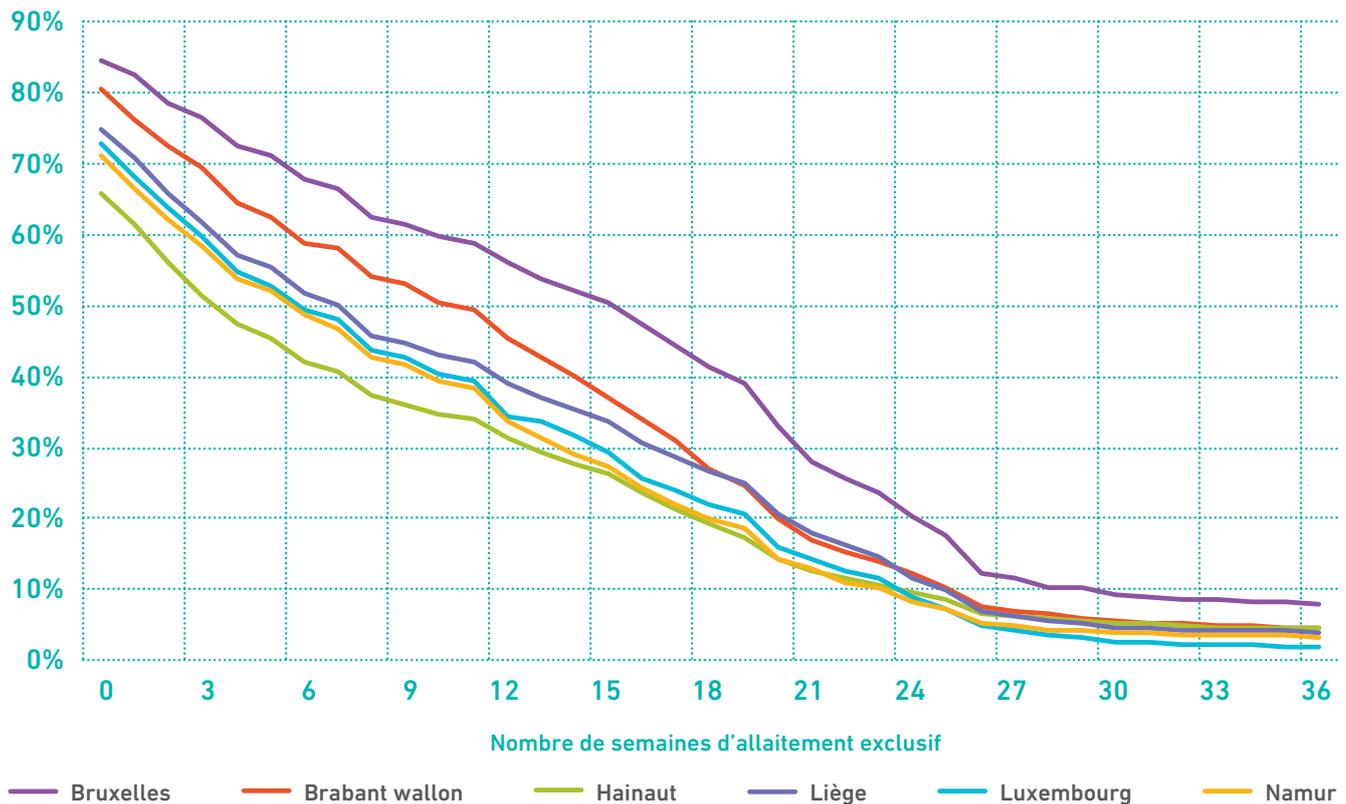
laitement maternel par un certain nombre de mères au moment de la reprise du travail. A cette période charnière, il est fondamental que toutes les mères qui le souhaitent bénéficient des conseils nécessaires et du soutien d'un professionnel compétent, qui renforcera la pratique de l'allaitement et conseillera l'introduction adéquate d'aliments complémentaires.

Dans cette optique, l'Office forme et sensibilise son personnel aux avantages pour l'enfant et pour la mère de l'allaitement maternel. Il le fait dans le respect du choix des familles.

Dans les données relevées par l'ONE lors du Bilan de santé à 9 mois, l'allaitement exclusif considère le lait maternel auquel peuvent être adjointes l'eau et les vitamines. L'alimentation mixte, quant à elle, comprend le lait maternel ainsi que l'administration du lait infantile et/ou d'autres aliments. Les enfants nourris uniquement au lait infantile ne sont pas pris en compte dans ces 2 catégories précédentes.

3.3.1. Allaitement exclusif

Graphique 3.16 : Courbe de décroissance de l'allaitement exclusif en fonction du lieu de résidence



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2013-2014

En 2015, la question concernant l'allaitement dans le Bilan de santé à 9 mois a été légèrement modifiée. Afin de garder une cohérence dans les données, seules les 2 dernières années ayant la même mouture ont été retenues, c'est-à-dire 2013-2014.

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

Bruxelles et le Brabant wallon sont les deux subrégions ayant les taux d'allaitement exclusif les plus élevés. Entre 0 et 1 semaine de vie, 84.8% des enfants bruxellois repris dans les bilans de santé étaient allaités de manière exclusive. Ce taux était de 80.6% dans le Brabant wallon. Le Hainaut

avait le taux le plus bas avec 65.9%. Ensuite, les courbes de décroissance évoluent de manière similaire.

En Brabant wallon, 64.8% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 54.2% à l'âge 8 semaines et 45.3% à 12 semaines. En FWB, les taux étaient de 73.8% lors de la 1^{re} semaine de vie ; et de 57%, 46.5 % et 39.6% respectivement à 4, 8 et 12 semaines de vie.

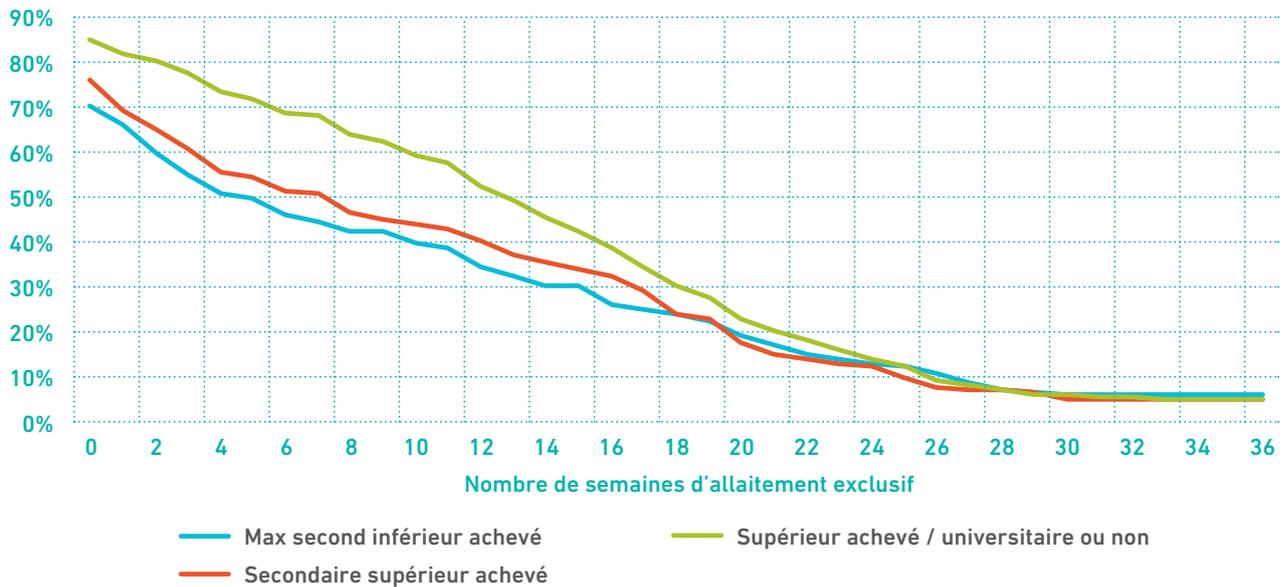
La courbe du Brabant wallon rejoint celle de Liège vers 18 semaines de vie de l'enfant ; l'évolution des courbes est ensuite similaire pour atteindre 12.2% d'enfants encore allaités de manière exclusive à 6 mois.

Durant la période 2007-2014 en Brabant wallon, les taux d'allaitement exclusif sont très similaires : 80.8% à moins d'une semaine de vie, 67.1% à 4 semaines de vie, 56.0% à 8 semaines de vie et 46.2% à 12 semaines de vie.

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

Afin d'avoir un effectif plus important et des données consolidées, les données entre 2006 et 2014 ont été rassemblées pour les analyses suivantes.

Graphique 3.17 : Courbe d'allaitement exclusif en fonction du niveau d'études de la mère dans le Brabant wallon



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006-2014

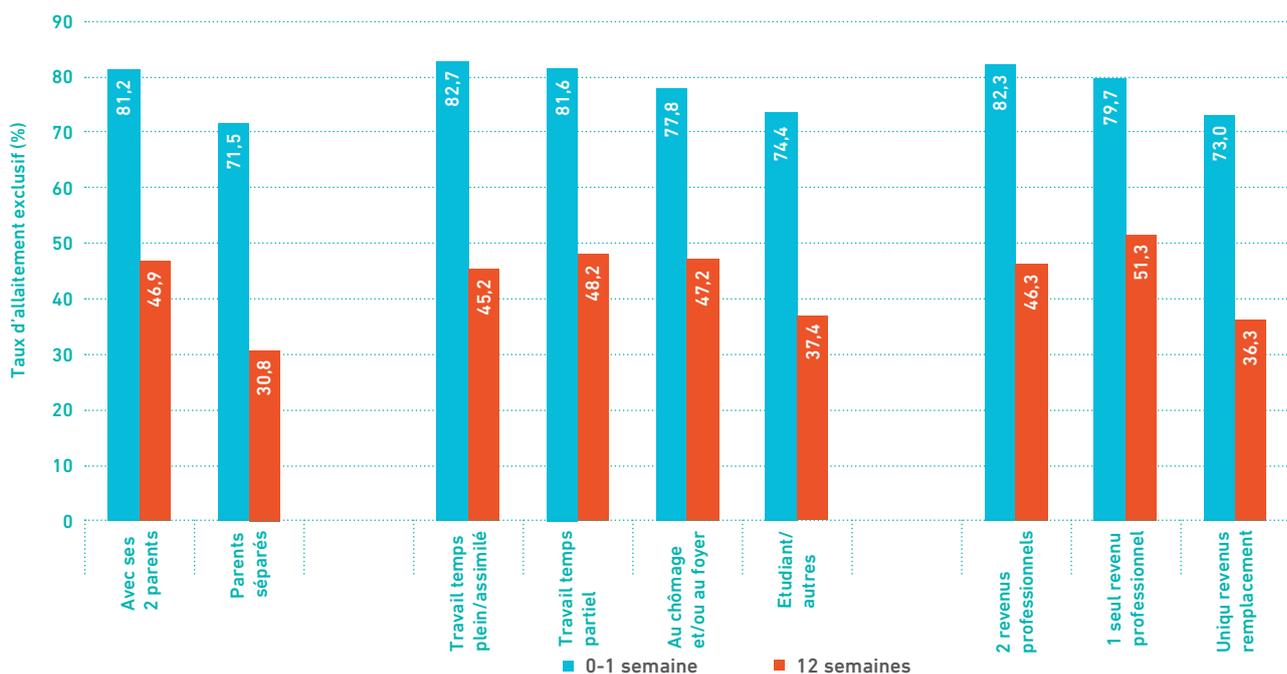
Les courbes de décroissance sont calculées sur base de données récoltées en Brabant wallon entre 2006 et 2014. On peut constater que le taux d'allaitement exclusif est directement lié à différents facteurs socio-économiques.

En Brabant wallon, le taux d'allaitement exclusif est directement proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, lorsque celle-ci a atteint le niveau d'enseignement supérieur, le taux d'allaitement exclusif

est de 85.6% contre 71% parmi les mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur.

Cette différence persiste presque tout le long de l'allaitement exclusif. A 12 semaines, 51.7% des mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitent encore leur enfant contre seulement 35.9% des mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur.

Graphique 3.18 : Courbe d'allaitement exclusif en fonction de la situation familiale en Brabant wallon



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2006-2014

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, quel que soit la durée de l'allaitement.

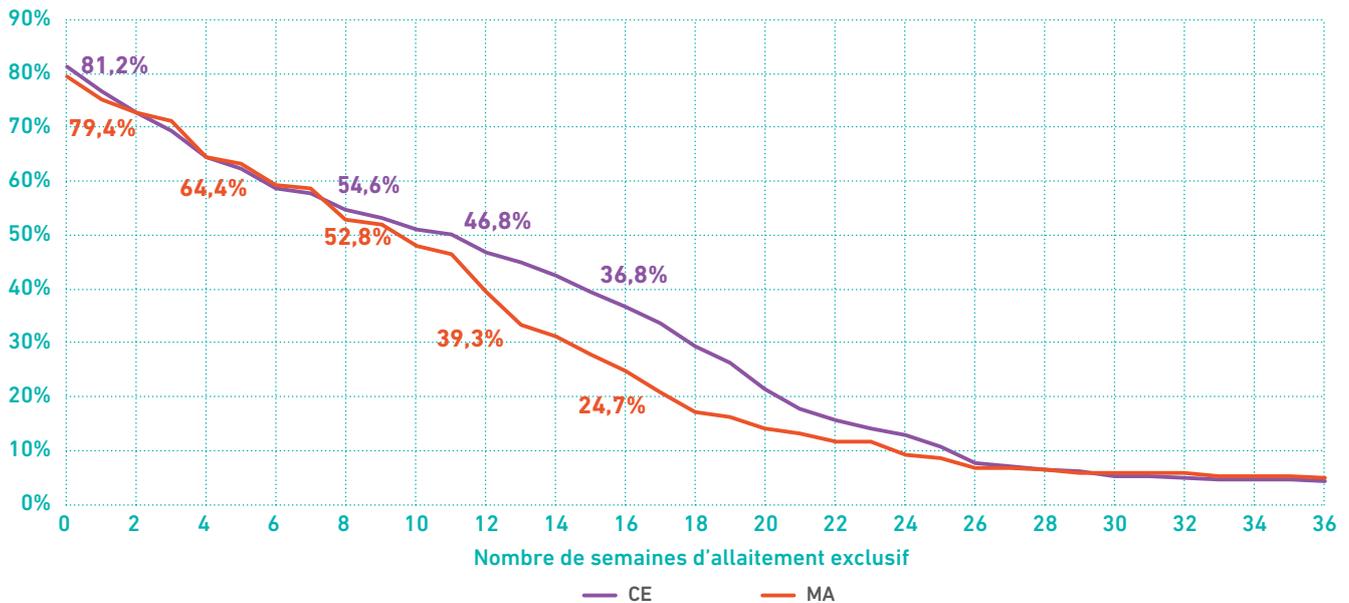
Les mères ayant un emploi (à temps plein ou à temps partiel) ou assimilé sont plus nombreuses à allaiter que les mères au foyer, au chômage ou ayant un autre statut. Après un mois, le taux d'allaitement pour les mères actives à temps plein était de 69.2% et de 68.3% pour celles travaillant à temps partiel. En revanche, le taux d'allaitement exclusif après un mois parmi les mères inactives professionnellement était de 62.5% et de 58.4%

pour celles ayant un autre statut (étudiant ou autre).

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 qu'un ou des revenus de remplacement. Le revenu professionnel peut être complété d'un autre revenu de remplacement.

Ces résultats peuvent être mis en relation avec le niveau d'enseignement de la mère. En effet, un niveau d'éducation plus élevé offre généralement une plus grande probabilité de stabilité financière.

Graphique 3.19: Courbe de décroissance de l'allaitement exclusif en Brabant wallon en fonction du type de structure



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2013-2014

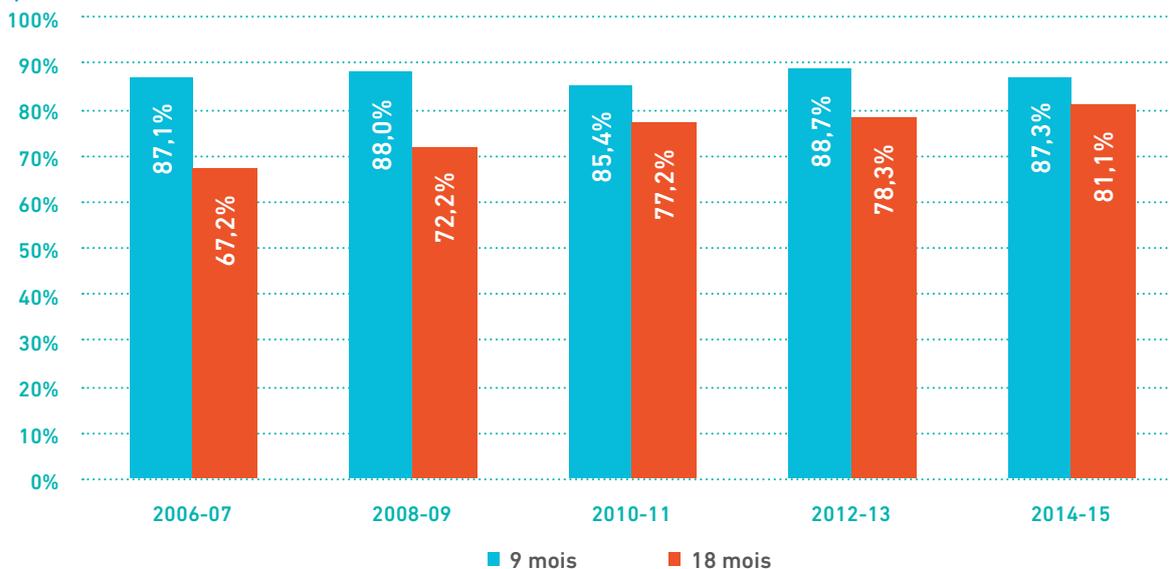
Le graphique ci-dessus présente le parcours et les taux d'allaitement selon le lieu du suivi de l'enfant en 2013-2014. Les enfants résidant en Brabant wallon et suivis par l'ONE présentent les mêmes courbes d'allaitement exclusif durant les 3 premiers mois quel que soit le lieu de suivi. A partir de 3 mois, les courbes se différencient : 46.8% des enfants suivis en consultation sont encore allaités contre 39.3% en milieu d'accueil. Une différence qui persiste jusqu'aux 6 mois de l'enfant, les courbes se rejoignant à ce moment-là.

Les enfants ayant effectué leur bilan de santé à 9 mois dans les milieux d'accueil sont probablement rentrés à l'âge de 3 mois dans une structure d'accueil d'où la distinction des courbes observée à cette période. En Brabant wallon, l'entrée en milieu d'accueil fait donc diminuer le taux d'allaitement, durée liée au congé de maternité.

En FWB, les courbes évoluent différemment. Les enfants suivis en milieu d'accueil étaient plus nombreux à être allaités durant la première semaine de vie avec 79,1% contre 73.0% pour les enfants suivis en consultation. Une différence entre 8% et 10% persiste en faveur des milieux d'accueil durant les 3 premiers mois de vie. A 12 semaines, environ 40% des enfants sont encore allaités (39.4% en CE et 40.8% en MA). Ensuite les taux d'allaitement en milieu d'accueil sont en permanence inférieurs à ceux des consultations d'environ 4%.

3.3.3. Lait infantile (Lait modifié artificiellement)

Graphique 3.20 : Lait infantile à 9 et 18 mois en Brabant wallon



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2006-2015

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 adapté à l'âge et la croissance de l'enfant.

En Brabant wallon, plus de 85% des enfants recevaient à l'âge de 9 mois du lait infantile entre 2006 et 2015. Pour les enfants âgés de 18 mois, le nombre d'enfants bénéficiant de lait infantile a augmenté ces dernières années. En 2006-2007, seulement 67.2% des enfants ont reçu du lait infantile, cette proportion a dépassé les 80% lors de la période 2014-2015.

En 2014-2015, à Ottignies-LLN, le pourcentage d'enfants ne recevant pas de lait infantile était plus élevé que dans les autres communes avec respectivement 24.2% et 29.3%

des enfants de 9 mois et de 18 mois. Cette tendance est similaire entre 2006 et 2015 (22.7% à 9 mois et 36.5% à 18 mois).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, tout comme en Brabant wallon, le pourcentage d'enfants de 9 mois ayant bénéficié de lait infantile est resté stable durant ces 10 dernières années avec un pourcentage de 85.6% en 2014-2015. En revanche, le pourcentage d'enfants bénéficiant à 18 mois de lait infantile a augmenté ces dernières années, passant de 64.3% en 2006-2007 à 74.5% en 2014-2015.

En Brabant wallon, le taux d'inconnues est d'environ 15% pour les bilans de santé à 9 mois et oscille entre 7 et 10% pour ceux de 18 mois. En FWB, ces taux sont plus faibles.

3.4. 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 pondérale.

Selon les chiffres de l'OMS, depuis 1980, le nombre de personnes considérées comme obèses aurait doublé à l'échelle mondiale.

En 2014, 39% des adultes de plus de 18 ans (38% des hommes et 40% des femmes) étaient en surpoids et environ 13% (11% des hommes et 15% des femmes) étaient obèses. En 2010, l'OMS estimait également que 42 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses⁴.

Selon la dernière enquête de santé réalisée par interview en 2013 par l'Institut de Santé Publique (ISP), 34% de la population adulte est considérée en « surpoids » et 14% peut être qualifiée d'obèse. En revanche, 3% de la population adulte présente un poids inférieur à la moyenne⁵.

Toujours selon l'enquête de santé, globalement, en Belgique, 20% des jeunes âgés de 2 à 17 ans présentaient un excès pondéral et 7% étaient obèses. Si l'on considère la tranche d'âge des 2-4 ans, 22.4% des enfants étaient en surpoids et 11.4% étaient obèses. En Région wallonne, 29.7% des enfants de 2 à 4 ans présentaient un surpoids tandis que 11.2% étaient considérés comme obèses.

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

⁵ Enquête de Santé, Institut de Santé publique (ISP), https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf

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 XXI^e 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 %⁶. De plus, le surpoids augmente le risque de contracter à un âge plus précoce des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires.

Outre la promotion de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois qui constitue l'un des facteurs de protection qui contribue 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.

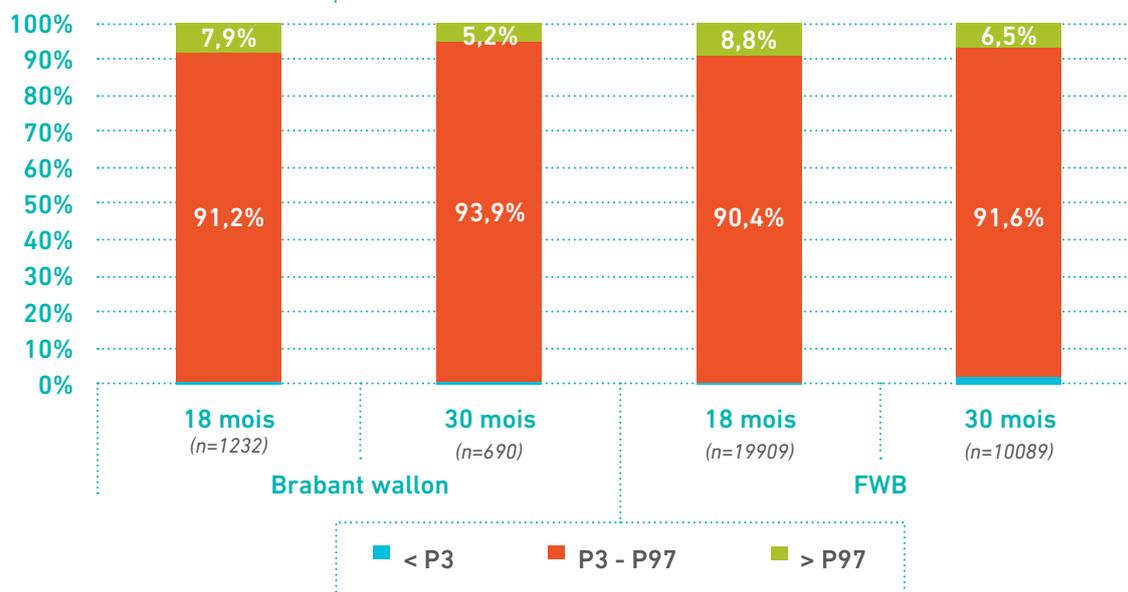
En routine, l'ONE calcule l'IMC (BMI) chez les enfants de 18 et 30 mois. L'IMC prend en compte la taille et le poids de l'enfant en fonction de son âge et est exprimé en kg/m². Si l'ONE a utilisé les courbes de croissance de Rolland-Cachera entre 2005 à 2009, il a adopté depuis 2010 les courbes de l'OMS. Cet indice est très précis jusqu'à 5 ans de l'enfant car il prend en compte son âge en jour⁷.

Actuellement, les enfants sont classés en trois catégories :

- < P3 : enfants avec un IMC trop bas (maigreur),
- P3 à P97 : enfants avec un IMC normal (poids normal),
- > P97 : enfants ayant un IMC trop élevé (excès de poids/surpoids).

D'autres données concernant l'IMC sont récoltées en Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de la « Promotion de la Santé à l'École (PSE) ». Les données relatives aux enfants de 1^e et 3^e maternelles ainsi que ceux de 2^e et 6^e primaires sont présentées dans le chapitre 4 de la Promotion de la Santé à l'école (PSE).

Graphique 3.21 : Indice de masse corporelle des enfants suivis à l'ONE à 18 et 30 mois



BDMS ONE, « Bilans de santé à 18 mois et 30 mois », 2014-2015

Le graphique ci-dessus reprend les IMC des enfants de 18 et 30 mois, en intégrant le genre de l'enfant dans la moyenne⁸.

En 2014-2015, que ce soit en Brabant wallon ou en FWB, les enfants présentant un surpoids, c'est-à-dire avec un P>97, sont plus nombreux à 18 mois (7.9% et 8.8%) qu'à 30 mois (5.2% et 6.5%). Aussi, la prévalence de l'excès de poids est plus faible parmi les enfants résidant en Brabant wallon que ceux résidant en FWB.

Par ailleurs, les enfants présentant un poids insuffisant (P<3) représentaient 0.9% des enfants de 18 et de 30 mois en Brabant wallon, et respectivement 0.8% et 1.9% des enfants âgés de 18 et 30 mois et résidant en FWB. Ces résultats sont similaires entre 2006 et 2015, pour l'ensemble de la FWB et du Brabant wallon.

Entre 2006 et 2015, à 18 mois 11.4% des enfants résidant à Rixensart présentaient une surcharge pondérale. A Nivelles, 10,4% des enfants présentaient un excès de poids et ce taux atteignait 10.1% pour les communes d'Ottignies-LLN et de Perwez.

En 2014-2015, alors qu'en Brabant wallon, on ne distingue pas de prévalence plus importante d'excès de poids selon le type de suivi, en FWB, les enfants suivis en consultation sont un peu plus nombreux à présenter un surpoids ou un déficit pondéral par rapport aux enfants suivis en milieux d'accueil.

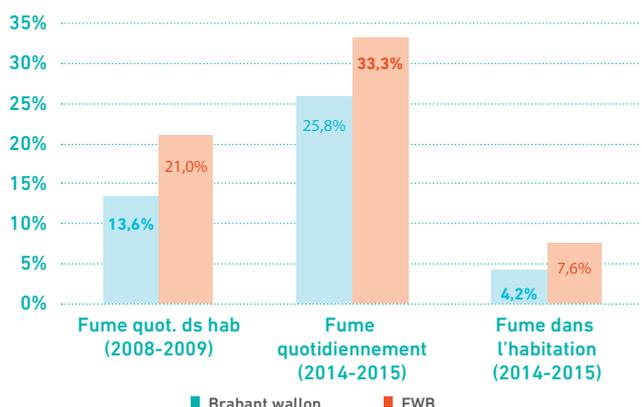
⁶ Sénat de Belgique, Document législatif n°5-1518/1, Session de 2011-2012, Mars 2012, <http://www.senate.be/www/?Mlval=publications/viewPub&COLL=S&PUID=83888250&TID=83891073&POS=1&LANG=fr>.

⁷ http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/

⁸ Les courbes diffèrent selon le sexe de l'enfant et le graphique est ajusté pour le sexe de l'enfant.

3.5. TABAGISME PASSIF

Graphique 3.22 : Tabagisme passif entre 2008 et 2015



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2008-2015

D'après l'enquête de santé par interview, la consommation tabagique de la population âgée de plus de 15 ans est passée de 30% en 1997 à 23% en 2013 soit une diminution de 25% en 15 ans. Cette baisse est liée à la diminution du nombre relatif de fumeurs quotidiens, passant de 26% à 19% sur la même période, le nombre de fumeurs occasionnels étant resté stable (4%). Les pourcentages sont similaires dans toutes les régions de Belgique. La proportion de grands fumeurs au quotidien (>20 cigarettes/jour) est de 6.5% soit 1/3 des fumeurs quotidiens⁹.

Ces changements de comportement 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. Les parents fumeurs évitent de plus en plus de fumer soit en présence de l'enfant, soit au sein de l'habitation.

Les données relatives au tabagisme sont récoltées lors des bilans de santé à 9 et 18 mois.

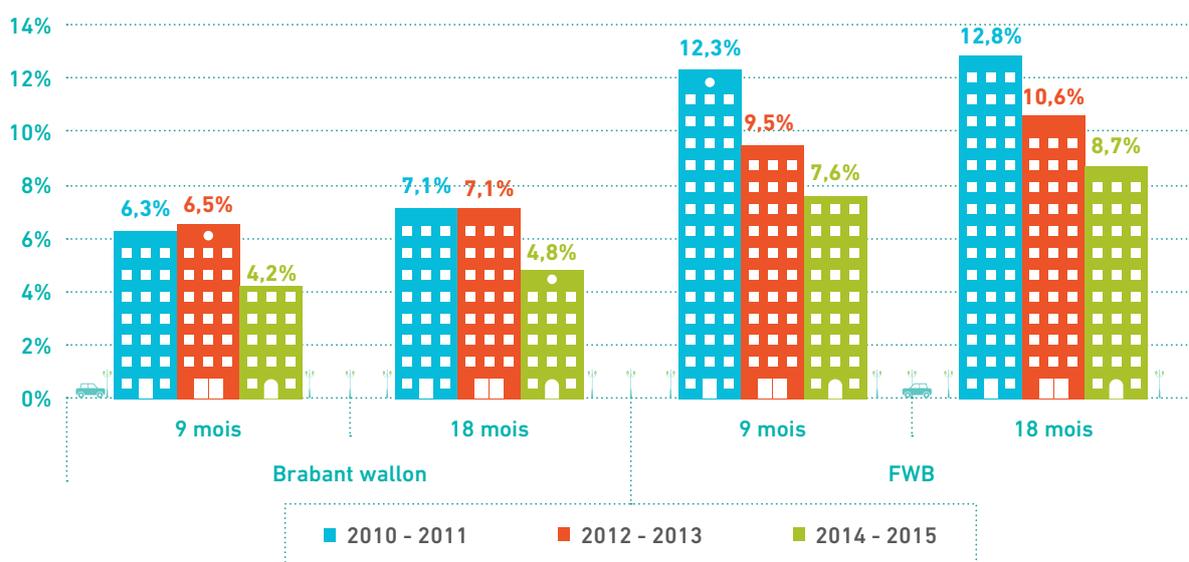
Avant 2010, le tabagisme passif était formulé en une seule question, à savoir si au moins une personne du ménage fumait quotidiennement dans l'habitation. A partir de 2010, la question a été scindée en 2 : «Y a-t-il au moins une personne du ménage qui fume quotidiennement ? » et «Y-a-t-il au moins une personne du ménage qui fume dans l'habitation ? ». La formulation des questions se veut plus proche de la réalité des familles. En effet, ces dernières années les habitudes tabagiques ont fortement évolué.

Globalement, les enfants résidant en Brabant wallon sont moins exposés au tabagisme passif que ceux résidant en FWB.

En 2008-2009, en Brabant wallon, 13.6% des parents déclaraient fumer quotidiennement dans l'habitation contre 21% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En 2014-2015, 1/4 des enfants brabançons a au moins un parent qui fume quotidiennement contre 1/3 en FWB. Aussi, 4.2% des enfants sont exposés au tabagisme passif au sein de l'habitation en Brabant wallon contre 7.6% en FWB. Les résultats sont similaires pour les bilans de santé à 18 mois.

Graphique 3.23 : Tabagisme passif au sein de l'habitation



BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2010-2015

Alors que le tabagisme au quotidien reste stable entre 2010 et 2015, le tabagisme au sein de l'habitation diminue en 2014-2015 en Brabant wallon et en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En Brabant wallon, on ne distingue pas de différence significative selon le type de structure dans laquelle l'enfant a été suivi.

⁹ Enquête de Santé par interview, Institut de Santé Publique (ISP), Belgique. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2013.pdf

3.6. SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

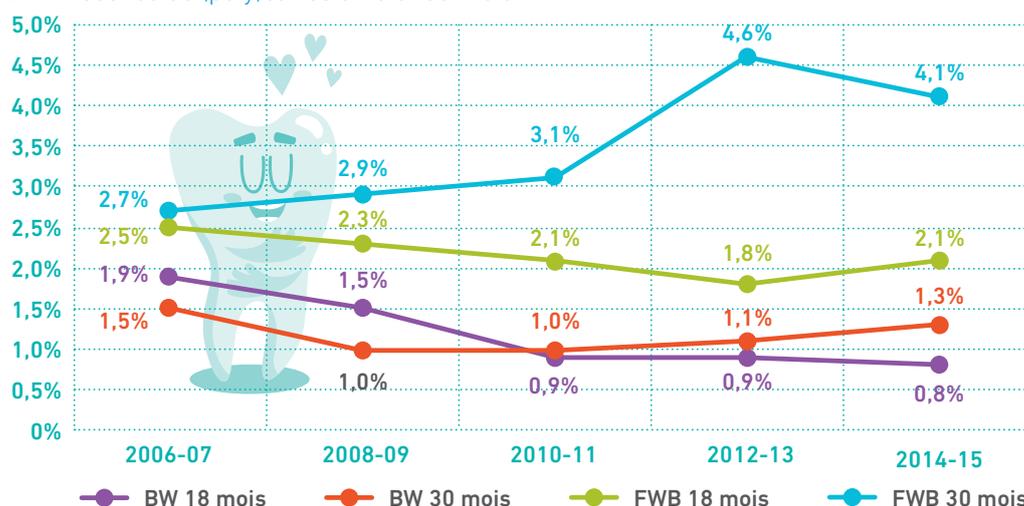
La «polycarie du jeune enfant» ou «carie de la petite enfance» est une affection sévère des dents primaires, qui débute juste après l'éruption des dents.

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 :

- Au «Bilan de santé à 18 mois», on enregistre le nombre de cas de polycaries et un indicateur de brossage des dents ;
- Au «Bilan de santé à 30 mois», on enregistre le nombre de caries dentaires, le brossage des dents et la visite préventive chez le dentiste.

Graphique 3.24 : Présence de (poly)caries à 18 et 30 mois



BDMS ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2006-2015

Quel que soit l'âge, les enfants en Brabant wallon présentent moins de caries qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

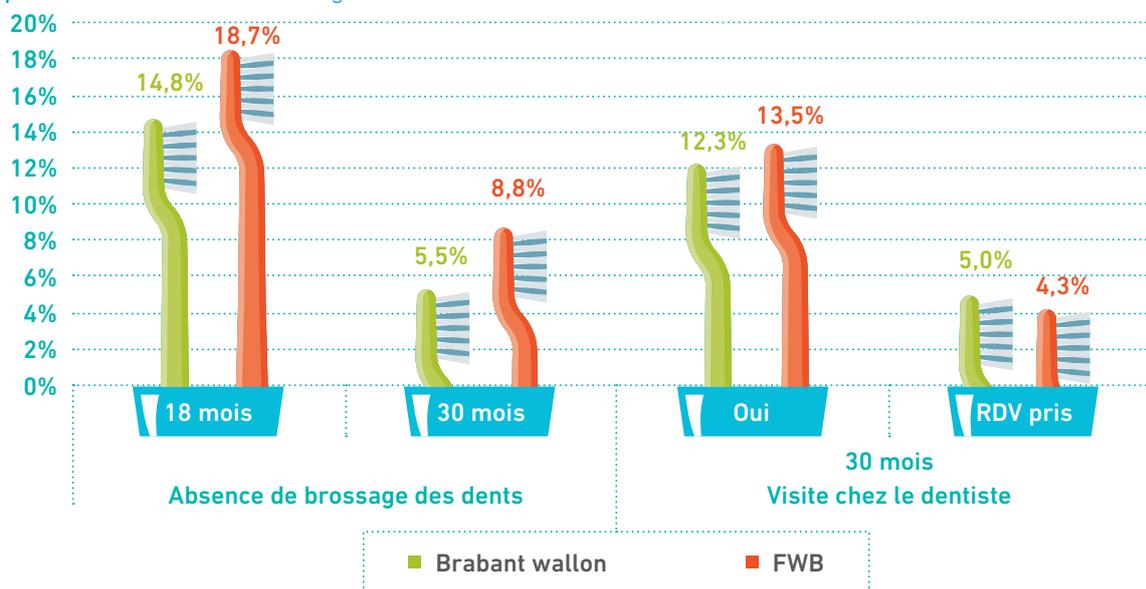
À 18 mois, on constate une évolution positive entre 2006 et 2015 au niveau de la présence de caries chez les enfants en Brabant wallon. En effet, en 10 ans, la prévalence des caries a diminué de moitié, passant de 1,9% en 2006-2007 à 0,8% en 2014-2015.

Par contre, à 30 mois, entre 2006 et 2015, le taux de caries fluctue entre 1% et 1,5%.

En FWB, 4,1% des enfants de 30 mois présentaient des caries en 2014-2015.

En Brabant wallon, entre 2006 et 2015, le taux moyen d'inconnues était de 4,8% (5,7% en FWB) pour les enfants de 18 mois et de 6,8% (6,4% en FWB) pour ceux de 30 mois. Vu le taux élevé d'inconnues par rapport aux taux de caries, il est important de considérer ces résultats avec précaution.

Graphique 3.25 : Absence de brossage des dents et visite chez le dentiste



BDMS ONE, « Bilans de santé à 18 et 30 mois », 2014-2015

L'ONE recommande le brossage régulier des dents 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 Brabant wallon, environ 15% des enfants ne se brossent pas les dents à 18 mois et ce pourcentage diminue à 5.5% à 30 mois. En FWB, les enfants ne se brossant pas les dents sont un peu plus nombreux avec respectivement 18.7% à 18 mois et 8.8% à 30 mois.

Concernant la visite chez le dentiste, un peu plus de 10% y sont déjà allés et environ 5% ont un rendez-vous prévu. Les taux sont très proches de ceux de la FWB.

Ces résultats doivent être considérés avec précaution car en moyenne, en Brabant wallon, les données manquantes s'élèvent à 15% pour le brossage des dents de l'enfant et à 30% pour la visite chez le dentiste. En FWB, les inconnues sont moins nombreuses avec un pourcentage s'élevant à 9% pour le brossage et à 20% pour la visite chez le dentiste.

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, le vocabulaire de l'enfant comprend normalement 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 du long terme, peut être prédictif d'un faible niveau de scolarité avec des conséquences au plan professionnel. Or, le développement du langage est influencé par la quantité et la qualité du langage qui lui est adressé et, lui-même lié au niveau socio-économique des parents. Les parents ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage du langage.

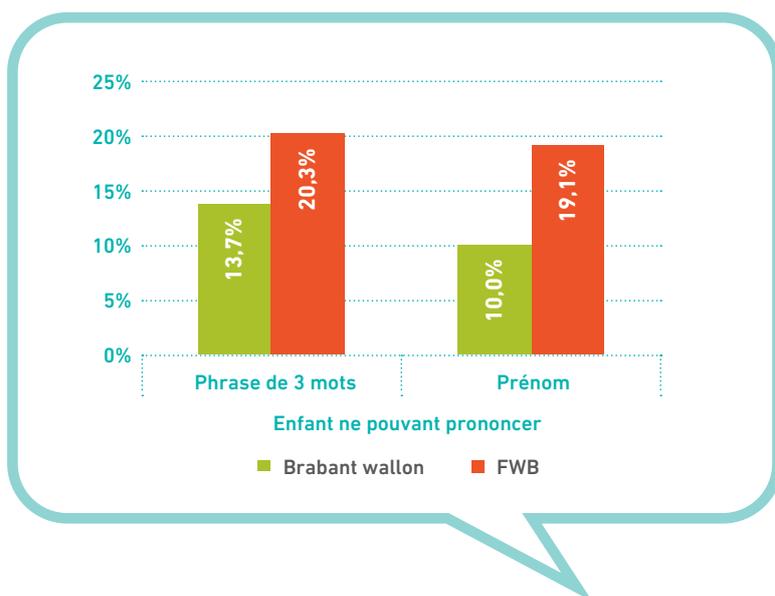
Une Recherche-Action commanditée par l'ONE sur le langage a été menée en 2012-2014 en collaboration avec différents chercheurs universitaires. L'objectif était

de mesurer l'impact de l'interaction et de la communication entre le parent et l'enfant sur le développement du langage et à terme pouvoir induire des modifications de comportements chez le parent afin de stimuler le langage de l'enfant¹⁰.

Dans le cadre de cette recherche, l'ONE a mis en place une campagne de sensibilisation au développement du langage à destination des professionnels et des parents. A cet effet, l'Office a lancé un site qui propose, au travers de vidéos d'animations, des conseils concrets et des astuces très simples à mettre en place pour stimuler le langage de l'enfant : www.unchat-unchat.be.

Les données relatives au langage sont récoltées à 2 moments lors des bilans de santé. A 18 mois, nous disposons de l'information concernant le nombre de mots que l'enfant peut prononcer et à 30 mois, la capacité de l'enfant à prononcer une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle et à dire son prénom.

Graphique 3.26 : Incapacité de l'enfant à prononcer une phrase de 3 mots ou son prénom



BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2014-2015

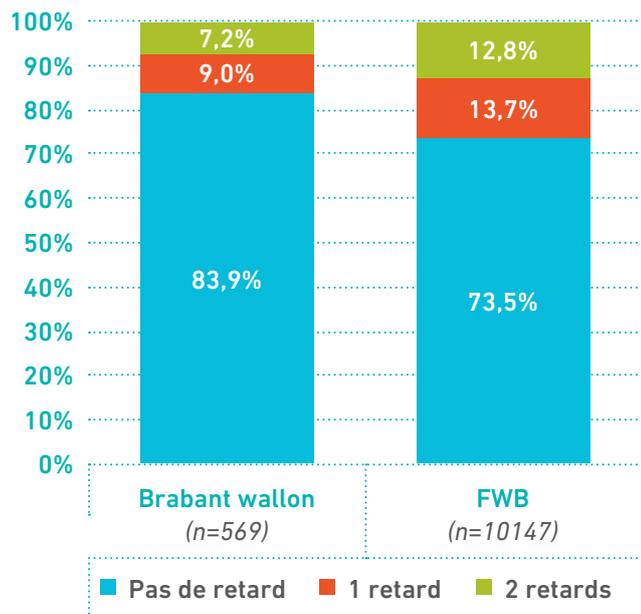
¹⁰ <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/185401/1/Article%20JPB.pdf>

Lors du Bilan de santé à 30 mois, on constate que les enfants en Brabant wallon ont globalement un meilleur niveau du langage qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. En Brabant wallon, à 30 mois, 10% des enfants ne pouvaient prononcer leur prénom contre presque 20% en FWB, soit 2 fois plus.

Les pourcentages sont stables entre 2010 et 2015 pour les 2 questions tant en FWB qu'en Brabant wallon.

A Tubize, entre 2005 et 2016, 21.4% des enfants ne pouvaient dire leur prénom et 24.8% étaient incapables de prononcer une phrase de 3 mots.

Graphique 3.27 : Retard de langage chez l'enfant à 30 mois



BDMS ONE, « Bilans de santé à 30 mois », 2014-2015

3.8. COUVERTURE VACCINALE

La vaccination est un enjeu majeur de santé publique, tant par son effet sur la protection individuelle que par la protection de la collectivité qu'elle assure, en limitant la circulation des agents pathogènes.

Depuis 2002, la FWB a recommandé, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement de l'ONE¹¹.

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire. Cependant, il existe une obligation vaccinale pour les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil agréé par l'ONE. Cette obligation concerne la vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, la coque-

En fonction des réponses obtenues aux 2 questions posées dans les Bilans de santé à 30 mois, l'enfant est repris dans une des 3 catégories suivantes: l'enfant ne présentant « pas de retard » est capable de prononcer une phrase de 3 mots ainsi que son prénom; l'enfant présentant « un retard » du langage peut prononcer soit une phrase de 3 mots, soit son prénom. L'enfant qui ne peut prononcer ni son prénom ni une phrase de 3 mots, se retrouve dans la catégorie « 2 retards ».

Globalement, les enfants en Brabant wallon présentent moins de retard langagier que les enfants résidant en FWB. En effet, en Brabant wallon, 7.2% des enfants ne peuvent prononcer ni une phrase de 3 mots ni leur prénom contre 12.8% en FWB. Ces enfants cumulent donc « 2 retards ».

Vu l'impact que peut avoir un retard du langage au cours de la vie d'un enfant et d'un adulte, il y a lieu d'être attentif au développement du langage des enfants présentant un et surtout 2 retards.

luche, l'haemophilus influenzae de type b, le tétanos la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Par ailleurs, l'ONE suit le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé, qui comprend aussi les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le Rotavirus.

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 consultation. Pour ces résultats, les inconnues sont incluses dans le total.

¹¹ Le financement était conjoint FWB et Etat fédéral jusqu'au 1er janvier 2015. Depuis il a été intégralement transféré à l'ONE.

Tableau 3.2: Couverture vaccinale entre 2008 et 2015

	Brabant wallon				FWB
	2008-09	2010-11	2012-13	2014-15	2014-15
Hexavalent 3 doses (9mois)	95,5%	94,6%	96,2%	96,2%	97,3%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	88,9%	89,2%	88,9%	89,5%	91,2%
Pneumocoque 2 doses (9mois)	91,3%	92,9%	94,6%	92,9%	97,0%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	77,8%	87,2%	87,8%	87,0%	90,2%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	81,0%	80,6%	83,3%	82,4%	86,2%
RRO 1 dose (18 mois)	90,2%	92,3%	93,9%	93,5%	94,0%
Méningocoque (18 mois)	89,7%	89,5%	89,0%	89,0%	91,9%

BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2008-2015

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 repris dans le total.

Globalement, les taux de couverture vaccinale sont relativement stables entre 2008 et 2015.

Entre 2012 et 2015, la couverture vaccinale à 9 mois du vaccin Hexavalent était de 96.2%. A 18 mois, le taux du rappel de l'Hexavalent était légèrement inférieur à 90%

entre 2008 et 2015.

A 9 mois, le vaccin Pneumocoque couvre presque 93% des enfants en 2014-2015 et 87,2% des enfants de 18 mois ont bénéficié du rappel du vaccin.

Le Rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec 82.4%.

Si l'on se réfère à la FWB, les couvertures vaccinales en province du Brabant wallon sont toutes inférieures à celles de la FWB de 1.1% à 4.1% selon le vaccin.

Tableau 3.3 : Couverture vaccinale selon le type de structure

	Brabant wallon		FWB	
	CE	MA	CE	MA
Hexavalent 3 doses (9mois)	96,5%	95,6%	97,6%	95,2%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	92,9%	82,5%	93,0%	84,6%
Pneumocoque 2 doses (9mois)	93,7%	90,1%	97,5%	93,7%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	90,3%	79,9%	91,6%	85,0%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	81,7%	84,0%	86,1%	87,3%
RRO 1 dose (18 mois)	95,0%	89,3%	94,9%	90,7%
Méningocoque (18 mois)	92,5%	80,9%	93,8%	84,5%

BDMS ONE, « Bilans de santé à 9 et 18 mois », 2014 -2015

A l'exception du vaccin Rotavirus, tous les taux de couverture vaccinale sont supérieurs parmi les enfants suivis dans les consultations pour enfants, comparativement à ceux suivis dans les milieux d'accueil.

Les différences varient de 1.1% à plus de 10% pour les

vaccins administrés à 18 mois. En FWB, la tendance est la même mais les différences sont un peu moins importantes.

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.

3.9. DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

En Brabant wallon en 2014-2015, à 18 mois, 94.1% des enfants sont capables de marcher (94.6% en FWB), 81.2% peuvent boire seul à la tasse (79.7% en FWB) et 87.6% sont capables de se servir d'une cuillère (85.5% en FWB). Ces données sont stables entre 2006 et 2015.

En Brabant wallon, en milieu d'accueil, 89.4% des enfants de 18 mois sont capables de boire seul à la tasse contre 77.5% des enfants suivis dans les consultations.

A 30 mois, 91.3% des enfants ont la capacité de sauter à pieds joints (88.8% en FWB), 84.2% de dessiner un trait (76.5% en FWB) et 79.3% un cercle (71.6% en FWB). Aucune différence n'est constatée entre les enfants suivis en milieu d'accueil et ceux suivis en consultation pour enfants.

SYNTHESE

SUIVI MEDICO-SOCIAL DES ENFANTS

Les bilans de santé complétés par les TMS et médecins au sein des structures pour enfants et/ou durant la visite à domicile, mais aussi au sein de certains milieux d'accueil fréquentés par les enfants, permettent l'analyse de données individualisées récoltées à des moments clefs de la vie de l'enfant.

Les âges (9, 18 et 30 mois de l'enfant) représentent des moments importants du développement de l'enfant et permettent de couvrir les différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE.

Globalement, on peut remarquer que le volume des documents varie selon l'âge de l'enfant mais également selon la commune de résidence. La part des bilans de santé provenant des consultations diminue en fonction de l'âge. En 2014-2015, en Brabant wallon, à 9 mois, la proportion des bilans de santé provenant du secteur des consultations atteint presque 75%. Elle diminue ensuite progressivement pour atteindre 50% lors du bilan de santé à 30 mois.

En FWB, 86% des bilans proviennent du secteur de l'accompagnement contre 67% à 30 mois.

Le nombre de bilans de santé analysés en Brabant wallon a tendance à fluctuer entre 2006 et 2015. On ne distingue pas d'augmentation ou de diminution franche. A

contrario, le nombre de documents en Fédération Wallonie-Bruxelles augmente progressivement au cours du temps.

Concernant le 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), on peut admettre qu'en Province du Brabant wallon, le bilan à 9 mois est établi pour environ 20% des enfants de la catégorie d'âge (26% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles) ; le bilan à 18 mois est complété pour 18% des enfants (20% en Fédération) et environ 10% à 30 mois (chiffre proche de celui de la Fédération Wallonie-Bruxelles).

En 2014-2015, le pourcentage d'enfants de 9 mois vivant avec leurs 2 parents est relativement élevé avec respectivement 95.5% en Brabant wallon et 92.5% en FWB. Ce pourcentage tend à diminuer légèrement avec l'âge de l'enfant pour atteindre à 30 mois 91.5% en Brabant wallon et 89.7% en FWB.

En Brabant wallon, la situation familiale de l'enfant ne diffère pas significativement selon la structure dans laquelle est établi le bilan de santé. Par contre, en FWB, les enfants dont les parents sont séparés sont un peu plus nombreux à fréquenter les milieux d'accueil.



Comparativement, les mères en Brabant wallon sont plus instruites.

En 2014-2015, que ce soit lors du bilan de santé à 9 ou à 30 mois, les mères brabançonnaises ont majoritairement obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur (respectivement 65.6% et 73.7%). En revanche, en FWB, les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur représentent moins de 50%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, plus d'1/4 des mères n'a pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur contre moins de 15% en Brabant wallon.

La situation d'emploi de la mère diffère selon les régions. En Brabant wallon, plus de 70% des mères d'enfants fréquentant l'ONE sont actives, contre 50% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les femmes sans emploi ou au foyer représentent 1/4 des mères en Brabant wallon et, 45,5% pour l'ensemble Bruxelles et Wallonie.

On peut observer des disparités importantes selon le type de structure dans laquelle l'enfant est suivi. Si l'on prend en considération uniquement les enfants suivis en milieux d'accueil, on constate que la distribution de l'activité professionnelle des mères en Brabant wallon est similaire à celle de la FWB.

Les revenus de la famille tiennent compte de la situation des deux parents et sont relevés lors du bilan de santé à 9 mois. Ainsi, 65.5% des enfants brabançons vivent dans un foyer disposant de 2 revenus professionnels contre 44.7% en FWB. Les enfants vivant dans des ménages avec un revenu de remplacement sont moins nombreux en Brabant wallon qu'en FWB avec respectivement 7.1% et 17.2%.

En 2014-2015, en Brabant wallon, le niveau de français des parents est meilleur que dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En effet, en Brabant wallon lors du bilan de santé à 9 mois, 5.9% des mères et 4.2% des pères maîtrisent peu ou pas du tout le français, soit 2 fois moins qu'en FWB. Les bilans de santé indiquent également une proportion moins importante de parents dits « primo-arrivants », et environ 30% d'enfants parlant une autre langue que le français au domicile.

Bruxelles et le Brabant wallon sont les deux subrégions ayant les taux d'allaitement exclusif les plus élevés. Sur base des bilans de santé à 9 mois, à la sortie de la maternité, 80.6% des enfants en Brabant wallon étaient nourris au sein exclusivement. 64.8% étaient encore allaités à 4 semaines de vie, 54.2% à l'âge de 8 semaines et 45.3% à 12 semaines.



Le taux d'allaitement exclusif est proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, le taux d'allaitement exclusif chez les mères ayant un niveau d'études supérieures est de 85.6% contre 71% parmi les mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur.

Outre la promotion de l'allaitement, la surveillance de la croissance staturo-pondérale dès la naissance est un des points d'attention des consultations pour enfants de l'ONE. La prévalence de l'excès de poids est plus faible parmi les enfants résidant en Brabant wallon que ceux résidant ailleurs.

En 2014-2015, alors qu'en Brabant wallon, on ne distingue pas de prévalence plus importante d'excès de poids selon le type de suivi, en FWB, les enfants suivis en consultation sont un peu plus nombreux à présenter un surpoids ou un déficit de poids par rapport aux enfants suivis en milieu d'accueil.

Les données relatives au tabagisme sont récoltées lors des bilans de santé à 9 et 18 mois.

Globalement, les enfants résidant en Brabant wallon sont moins exposés au tabagisme passif que ceux résidant en FWB.

En 2014-2015, 1/4 des enfants brabançons a au moins un parent qui fume quotidiennement contre 1/3 en FWB. Aussi, 4.2% des enfants sont exposés au tabagisme passif au sein de l'habitation en Brabant wallon contre 7.6% en FWB.

A 18 mois, on constate une évolution positive entre 2006 et 2015 au niveau de la présence des caries des enfants en Brabant wallon. En effet, en 10 ans, la prévalence des caries a diminué de moitié, passant de 1.9% en 2006-2007 à 0.8% en 2014-2015.

Par contre, à 30 mois, entre 2006 et 2015, le taux de caries fluctue entre 1% et 1.5%.

Un retard du langage en début de scolarisation et sur du long terme, peut être prédictif d'un faible niveau de scolarité de l'enfant avec des conséquences plus tard. Or, le développement du langage est influencé par la quantité et la qualité du langage qui lui est adressé et, lui-même lié au niveau socio-économique des parents. Les parents ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage du langage.

Lors du bilan de santé à 30 mois, on constate que les enfants en Brabant wallon ont globalement un meilleur niveau du langage qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. En Brabant wallon, à 30 mois, 10% des enfants ne pouvaient prononcer leur prénom contre presque 20% en FWB, soit 2 fois plus.

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.

Entre 2012 et 2015, la couverture vaccinale à 9 mois du vaccin Hexavalent était de 96.2%.

A 18 mois, le taux du rappel de l'Hexavalent était légèrement inférieur à 90% entre 2008 et 2015.

A 9 mois, le vaccin Pneumocoque couvre presque 93% des enfants en 2014-2015 et 87% des enfants de 18 mois ont bénéficié du rappel du vaccin.

Le Rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec 82.4%.

Si l'on se réfère à la FWB, les couvertures vaccinales en province du Brabant wallon sont toutes inférieures à celles de la FWB, de 1.1% à 4.1% selon le vaccin.



LA PROMOTION DE
LA SANTÉ À L'ÉCOLE

INTRODUCTION

Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, certaines compétences « Santé » du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées le 1^{er} janvier 2015 à l'ONE notamment la « Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) ». Les missions PSE sont exercées par les Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE) dans l'enseignement subsidié par la Fédération Wallonie-Bruxelles et par les Centres Psycho-Médico-Sociaux dans l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (CPMS-FWB)¹. Lors de l'année scolaire 2013-2014, la Fédération Wallonie-Bruxelles comptabilisait 43 SPSE, répartis en 105 unités (antennes), ainsi que 42 CPMS-FWB.

Parmi les missions confiées aux SPSE et aux CPMS-FWB figurent le suivi médical des élèves et l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires. Le recueil² consiste en la collecte anonyme et informatisée d'une partie des items contenus dans le dossier médical scolaire, tel qu'il est complété lors du bilan de santé. Seules les données du recueil font l'objet d'analyses statistiques. Les indicateurs dérivés sont communiqués annuellement aux SPSE et CPMS-FWB afin de leur permettre de définir les besoins de leur population sous tutelle en matière de promotion de la santé.

Organisé par arrêté³, le recueil suit un plan de déploiement progressif. Actuellement, les données sont disponibles pour 8 années scolaires consécutives, couvrant tout d'abord les élèves de 1^{re} maternelle (depuis 2006-2007), puis de 3^e maternelle (depuis 2007-2008), ensuite de 2^e primaire

(depuis 2008-2009), de 6^e primaire (depuis 2009-2010) et enfin de 2^e secondaire (depuis 2013-2014)⁴.

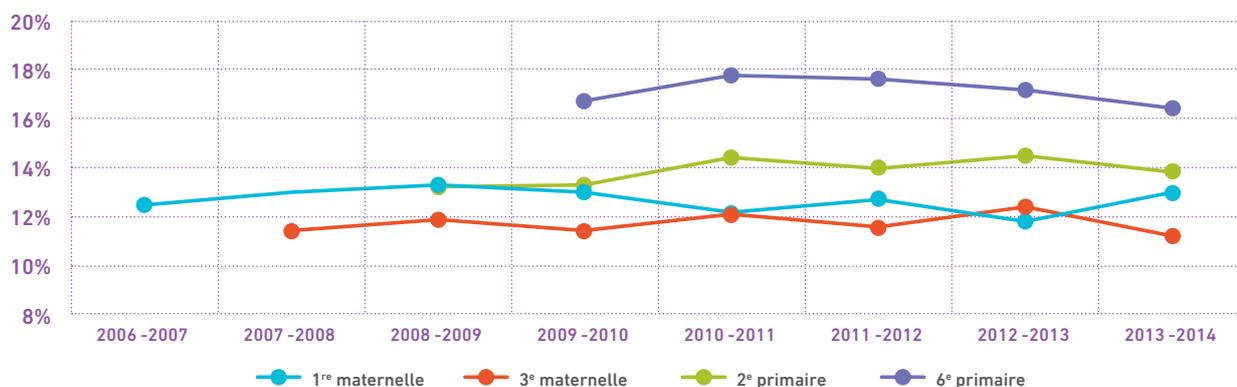
Le recueil intègre notamment les données relatives au statut pondéral des élèves. Les valeurs de poids et de taille des enfants sont comparées aux valeurs de référence spécifiques selon le sexe et l'âge de l'enfant (Courbe de croissance de la Région flamande, Roelants et al., 2004)⁵. Les seuils retenus pour la définition de la surcharge pondérale et de l'obésité sont respectivement les valeurs d'Indice de Masse Corporelle (IMC) au-dessus du percentile 85 et au-dessus du percentile 95 de la courbe de croissance.

Les pourcentages présentés sont des pourcentages standardisés pour le sexe et l'âge. Ils permettent d'éliminer les éventuelles différences liées à la structure d'âge et de sexe entre les différentes années de collecte de données.

L'utilisation et l'interprétation des données doivent s'effectuer avec quelques précautions puisque le recueil comporte quelques sources de biais qui ne sont pas encore contrôlés à ce stade.

La province du Brabant wallon compte deux Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE), un libre et un autre provincial, répartis au total en 9 antennes (6 pour le provincial et 3 pour le libre). Lors de l'année scolaire 2013-2014⁶, ces deux services PSE comptabilisaient 65.382 élèves sous tutelle, soit 23.751 élèves dans le provincial et 41.631 dans le libre.

Graphique 4.1 : Evolution des proportions d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) en Brabant wallon



1 La dénomination officielle pour désigner ces centres est « Centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française (CPMS-CF) ».

2 Décrets du 20 décembre 2001 « relatif à la Promotion de la Santé à l'Ecole » et du 16 mai 2002 « relatif à la Promotion de la Santé dans l'enseignement supérieur hors universités »

3 Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 3 juin 2004 « organisant le recueil standardisé d'informations sanitaires en application des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités »

4 Résultats non montrés en l'absence d'exhaustivité des données.

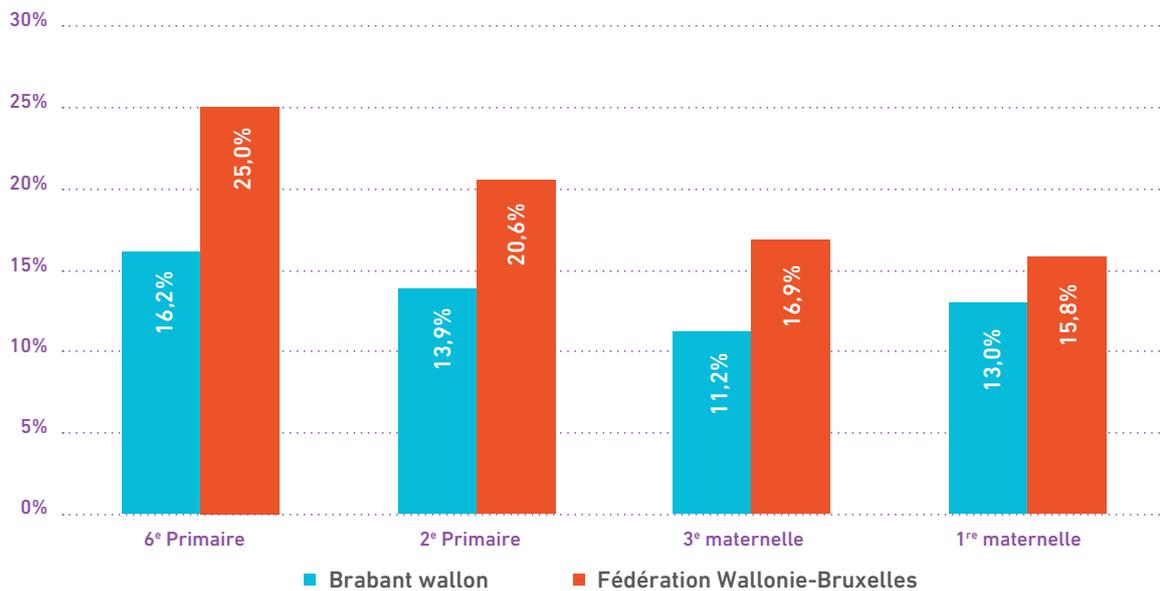
5 Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. (2004) Groeicurven Vlaanderen 2004 Laboratorium voor Anthropogenetica, Vrije Universiteit Brussel en Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur : www.vub.ac.be/groeicurven. Les courbes de référence utilisées depuis de nombreuses années par la Promotion de la Santé à l'Ecole diffèrent de celles utilisées par l'ONE en consultations d'enfants et en milieux d'accueil. Les seuils retenus diffèrent également. En revanche, le calcul de l'IMC reste identique (cfr. page 20).

6 Dernière année scolaire pour laquelle les données PSE sont disponibles.

Quel que soit le niveau scolaire considéré (classe), la proportion d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) en Brabant wallon ne varie pas au cours du temps. La même observation est réalisée pour la proportion

d'élèves obèses⁷ avec toutefois, en 2^e et 6^e primaires, une proportion d'élèves obèses marginalement plus importante lors de l'année scolaire 2010-2011 comparativement à l'année 2009-2010.

Graphique 4.2 : Proportion d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise) en fonction du niveau scolaire en Brabant wallon et en Fédération Wallonie-Bruxelles, année scolaire 2013-2014



En Brabant wallon, près d'un enfant sur 8 présente un surpoids (obésité comprise) en 1^{re} maternelle. En 6^e primaire, c'est un élève sur 6 qui est en surcharge pondérale. Quant à la Fédération Wallonie-Bruxelles, elle est caractérisée par des taux plus élevés quel que soit le niveau scolaire considéré (classe). En 6^e primaire, une surcharge pondérale est identifiée chez un quart des élèves.

La province présente systématiquement des prévalences plus basses de surcharge pondérale et d'obésité quel que soit le niveau scolaire considéré.

ENQUÊTE HBSC

L'enquête auto-administrée "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" investigate également l'indicateur de surcharge pondérale. Elle collecte d'ailleurs un large panel d'indicateurs permettant d'appréhender la santé, les comportements de santé et le bien-être des jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles depuis la 5^e primaire jusqu'à la fin des secondaires.

Cette enquête a tout d'abord été soutenue pendant de nombreuses années par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle est à présent cofinancée par l'ONE, la Région wallonne et la COCOF. Menée de manière répétée tous les 4 ans sous le patronage du Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'enquête HBSC apporte des données utiles permettant d'œuvrer à la promotion de la santé des jeunes en âge scolaire et informe sur l'évolution des déterminants et des indicateurs de la santé des jeunes. Les résultats de la dernière enquête de 2014 sont à paraître en 2017.

⁷ Résultats non montrés

CHAPITRE 5



PROMOUVOIR LA SANTÉ
ET SOUTENIR LA PARENTALITÉ
FACE À DES PARTICULARITÉS

5.1- L'ACTION DES RÉFÉRENTES EDUCATION À LA SANTÉ : UN EXEMPLE DE SUPPORT D'ANIMATION DYNAMIQUE

Par Béatrice Piron



« L'Education à la Santé est une des stratégies de promotion de la santé et de prévention. Elle est déterminante pour favoriser les changements politiques, économiques et sociaux qui rendent possible l'amélioration de la santé.

Elle représente le noyau, le socle sur lequel pourront se développer dans la durée, la cohérence, la globalité et le respect de chacun, la solidarité, mais aussi les autres stratégies de promotion de la santé. Elle met la famille au centre de ses choix en faisant valoir le rôle citoyen de chaque individu. »

Le jeu de cartes V/F (Vrai/Faux) sur l'allaitement maternel

En appui aux Professionnels de première ligne (qui travaillent au contact des familles) dans leur rôle d'information et de soutien en allaitement maternel, le service Education à la Santé met à disposition un ensemble d'outils d'information et d'animation : panneaux, affiches, brochures, jeux, spot, DVD...

Parmi ceux-ci, le jeu de cartes vrai/faux sur l'allaitement maternel est composé de 12 cartes questions/réponses « tout public » et 10 cartes pour professionnels de milieux d'accueil.

Les objectifs de ce jeu sont :

- Créer un moment d'échange entre les (futurs) parents autour de leurs connaissances sur l'allaitement maternel, leur point de vue, leurs représentations, leurs craintes.
- Augmenter le niveau de connaissances des parents à travers les commentaires des animateurs.
- Dédramatiser certaines situations en évoquant leur côté non exceptionnel et en construisant avec le parent des ébauches de solutions.

Les cartes V/F sont souvent utilisées lors de séances d'informations en consultation prénatale, ou lors d'animations pour un groupe de (futurs) parents (par exemple en salle d'attente de la Consultation ou lors de Portes ouvertes de maternités/hôpitaux). En complément de ce jeu l'animateur peut prévoir le panneau thème et la brochure sur la même thématique.

Depuis 2014, et suite à une demande de milieux d'accueil du Brabant wallon, le jeu a été complété par 10 cartes « professionnels » qui reprennent des questions plus spécifiques aux situations rencontrées en milieux d'accueil. Ainsi cet outil peut être utilisé par des équipes de professionnels pour une remise à niveau des connaissances et pour soutenir leurs échanges et leurs pratiques professionnelles.

5.2- LE SOUTIEN DES RÉFÉRENTS MALTRAITANCE AUX TMS : LE BRABANT WALLON RECTO-VERSO

Par Françoise Dubois



« Grâce à leur connaissance du réseau d'aide dans la zone au sein de laquelle ils travaillent, les référents maltraitance sont en mesure d'intervenir rapidement lorsqu'ils sont sollicités pour un conseil, un avis ou simplement de l'aide. Le contact quotidien avec des agents de première ligne a permis aux référents de

développer une connaissance fine et actuelle des enjeux et difficultés rencontrés sur le terrain. Par ailleurs, ils organisent régulièrement des rencontres avec les équipes de TMS pour un travail à dimension collective autour d'un thème choisi

ensemble ou pour discuter de cas les plus préoccupants.

Contacté le Référent maltraitance permet au TMS de ne pas rester seul dans une situation complexe et de pouvoir échanger sur l'accompagnement optimal à offrir à une famille. Ce moment constitue un temps d'arrêt qui répond à un besoin réel du terrain.

En province du Brabant wallon, la précarisation, est perceptible et même visible dans les communes, hameaux et villages. Des disparités en termes d'habitat laissent entrevoir des poches de paupérisation, mais aussi d'isolement, notamment les familles sortant des centres d'accueil de la province qui n'ont de repères que dans ces contrées.

Le clivage avec les familles voisines plus aisées financièrement risque d'engendrer une stigmatisation.

Ces dernières années, la précarité tendrait à rejoindre le centre de la province, et les communes de Braine l'Alleud, Nivelles ou encore Wavre ; au point de s'étendre vers certaines communes de l'est. Cette précarité serait en lien avec la problématique des coûts de logement, mais aussi des mouvements de population entre communes, provinces et régions.

Les hôpitaux de la province brassent ainsi des populations différentes et montrent des caractéristiques spécifiques.

Ainsi, l'hôpital de Nivelles accueille une population importante du Hainaut. Avec la fermeture annoncée de la maternité, c'est une certaine proximité qui va manquer pour la part des populations de l'ouest de la province qui utilise les services de l'hôpital.

L'accessibilité n'est pas de ce fait garantie au sein de l'hôpital de Braine-l'Alleud qui porte l'étiquette CHIREC.

L'hôpital Saint-Pierre à Ottignies aurait la particularité des sorties planifiées (ou précoces) qui nécessitent un accompagnement prompt et une coordination plus importante entre professionnels.

Sur le plan social, on peut observer un faible réseau d'institutions psycho-médico-sociales dans la Province, particulièrement à l'est, qui en plus est saturé et compte peu de relais pour les professionnels qui, souvent, sont contraints à un accompagnement physique des familles.

Issue d'un milieu différent, la majorité des professionnels peut également représenter un risque de stigmatisation ou d'étiquetage pour ces familles. D'où l'importance de la mobilisation et du soutien des acteurs de terrain auprès de ce public défavorisé.

De nombreuses situations préoccupantes sont relayées depuis quelques années : des burn-out, des dépressions, des psychoses ainsi que des assuétudes et dépendances (alcool et toxicomanie), des violences intrafamiliales et conjugales, des problèmes liés à l'isolement, la précarité financière, les grossesses adolescentes et non désirées ...

La plupart de ces situations mobilisent énormément les TMS qui sont souvent les seuls partenaires de la famille, offrant une disponibilité, un outil (la visite à domicile) et une connaissance fine du secteur.

Dans l'accompagnement de ces situations de grande vulnérabilité, parfois de maltraitance ou de violence, les TMS sont mobilisées à plusieurs niveaux et ce de manière prolongée. »

5.3- LE PHENOMENE MIGRATOIRE : L'ONE IMPLIQUÉ EN BRABANT WALLON

Par Marie Gerard



« Suite à la crise migratoire, l'ONE a adapté son offre de services à l'arrivée importante de réfugiés sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'Office a ainsi poursuivi une longue tradition de mobilisation en faveur des plus démunis.

Il a renforcé la visibilité et l'accessibilité de ses services de première ligne.

Déjà présent au sein de quelques centres de réfugiés, l'ONE a veillé à assurer sa présence au cœur de chaque nouveau dispositif d'accueil.

Les agents de terrains de l'ONE ont exercé leurs missions habituelles, en orientant les familles vers d'autres consultations pour enfants ou en organisant des séances temporaires au sein même des centres.

Il existe 2 centres Fedasil en Brabant wallon pour 643 demandeurs d'asile. Un qui est spécialisé dans l'accueil de mineurs d'âges et de jeunes filles enceintes (Mena) ou des jeunes enfants.

L'ONE y assure une consultation pour la vaccination et le suivi médico-social des enfants.

Il existe également un centre « Caritas » situé à Louvrance. Celui-ci dispose de logements autonomes. Vu la philosophie du centre qui vise à la mise en autonomie des mères et le fait que ces dernières se déplacent régulièrement vers le centre de Louvain-la-Neuve, le suivi de ces familles se fait depuis peu à la consultation pour enfants de Louvain-La-Neuve. Cette décision a fait suite au départ à la pension du médecin de la consultation de Louvrance ».

Tableau : Structures d'accueil en Brabant wallon et action de l'ONE en 2015

Localité	Type d'accueil	Organisation	Temps de travail estimé	Capacité du centre	Type de public	Nombre d'enfants	CE dans le centre	VAD	Remarques
Louvrange	Appartements	Caritas	0,30	+/- 20 logements	Femmes avec enfants	40 enfants + 5-6 FM	X	X Edus ++	Turn over des familles très important
Rixensart	Centre	Fédasil	0,10	+/- 150	MENA dont FM + familles	15 enfants par séance	X vaccination		Déficit de personnel TMS seule à gérer
Jodoigne	Centre	Fédasil	0,10	450	Hommes en attente de regroupement + familles	20 enfants par séance	X vaccination		72 personnes arrivées récemment
Tubize	ILA	Commune			familles	Quelques familles			Regroupement familial +++

L'ONE a ainsi assuré un suivi médico-social centré sur la vaccination et le bien-être des enfants.

Dans le domaine de l'accueil, l'ONE poursuit son travail dans une perspective (déjà bien ancrée depuis des années)

d'accueil de tous via le travail d'information et d'accompagnement des structures d'accueil et des professionnels de l'accueil autour des lieux inclusifs, de l'accueil de tous, de la diversité, de visibilité et de lisibilité du projet d'accueil.

5.4- UN PLAN DE MOBILISATION ONE

Dans le cadre de son plan de mobilisation «Précarité, Périnatalité, Enfance» élaboré en 2015 s'adressant spécifiquement aux populations les plus vulnérables durant la période périnatale, l'ONE met en œuvre des actions de discrimination positive à l'égard de certaines situations de vulnérabilités psycho-sociales et d'inégalités de santé.

Le plan de mobilisation se décline en 31 actions prioritaires au regard de quatre grands objectifs stratégiques :

- Mieux connaître les besoins des enfants et le parcours des familles en situation de précarité ;
- Promouvoir la santé globale et le bien-être de l'enfant et favoriser son développement ;
- Renforcer l'accessibilité à tous et la disponibilité des services ;
- Développer l'accompagnement, le support et le travail en réseau de tous les acteurs.

L'un des axes de ce plan évoque les moyens et outils permettant d'aller à la rencontre des besoins nouveaux et évolutifs des familles.

Les inégalités interfèrent entre elles, créant un processus cumulatif qui doit être rompu par des actions concrètes, bénéfiques pour les familles, afin d'en diminuer les effets.

Le renforcement de l'accessibilité pour tous, les conditions de cette accessibilité et la disponibilité des services sont importants pour tendre vers ces ambitieux objectifs.

L'ONE assume la responsabilité des programmes de santé préventifs relatifs au suivi de la grossesse, de la naissance et de l'enfance, y compris de la médecine scolaire.

5.5- LES LIEUX DE RENCONTRE ENFANTS ET PARENTS EN PROVINCE DU BRABANT WALLON

Les lieux de rencontre enfants et parents sont des espaces informels ouverts aux enfants accompagnés d'un adulte (parent, grand-parent ou proche). Ces lieux permettent de renforcer la relation parent-enfant, et des rencontres avec d'autres, dans un environnement de qualité.

Les professionnels et bénévoles permettent, par leur accompagnement, de soutenir la relation entre l'enfant et son/ses parent(s) et de rompre l'isolement social vécu par certaines familles. L'adulte peut y trouver un espace d'écoute et de dialogue et l'enfant, un espace de socialisation, de jeux et de détente, favorisant son développement.

L'ONE recense plus de 180 lieux actifs dans toute la Fédération Wallonie Bruxelles. Il soutient financièrement 24 actuellement et 48 d'ici 2018. En Brabant Wallon, l'ONE identifie une vingtaine de ces lieux disséminés dans toute la province, certains en partenariat ou dans des locaux d'une consultation pour enfants, d'autres encore, développés en complément d'une halte accueil.

5.6- SOUTENIR LA PARENTALITE

« Pour un accompagnement réfléchi des familles : un référentiel de soutien à la parentalité »



Le référentiel de soutien à la parentalité « Pour un accompagnement réfléchi des familles » est un outil réflexif réalisé et porté conjointement par l'ONE, la Direction générale de l'Aide à la jeunesse et le Délégué Général aux Droits de l'Enfant qui propose des repères conceptuels et contextuels. Il évoque 4 grands principes (l'enfant est

au cœur du soutien à la parentalité, les parents ont des compétences, le soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents, la nécessité de prendre en compte des contextes de vie est nécessaire) et propose des balises pour intervenir en matière de soutien à la parentalité (prendre le temps de l'analyse, adopter une attitude de bienveillance à l'égard des parents, (re)connaître les autres acteurs, favoriser une réflexivité sur son intervention, reconnaître collectivement les professionnels dans les risques qu'ils doivent prendre).

Cependant, le référentiel a été pensé comme un document de base, reprenant le noyau dur des éléments retenus. Il n'est donc pas exhaustif. Sur ce texte de base se greffent différents documents appelés satellites, qui déclineront certains points abordés trop brièvement, ou sous des angles plus spécifiques.

Une valisette d'animation a été créée pour faciliter l'implémentation et l'appropriation du référentiel.

5.7- FACE A LA VULNÉRABILITÉ DES FAMILLES : LE TRAVAIL EN PARTENARIAT ET LA VISITE À DOMICILE

L'accompagnement des familles vivant dans la précarité est souvent difficile. Les ruptures dans le suivi de la santé de l'enfant sont très fréquentes et il arrive que les femmes consultent tard pour leur grossesse. Face à ces constats, une coordination entre les services et les acteurs de champs professionnels différents est indispensable. Mieux se coordonner pour prévenir les risques encourus par l'enfant et briser le cercle vicieux de l'isolement qui peut mener à la pauvreté est nécessaire. Il est dès lors essentiel de favoriser un travail en réseau de tous les acteurs et de développer de nouveaux modèles d'interventions.

Dans le secteur périnatal, l'ONE apporte une attention soutenue aux (futurs) mères confrontées à des situations de vulnérabilité. L'action des TMS s'avère particulièrement utile pour les accompagner sur les plans psychologique et social et, les préparer à leur futur rôle de parent. Cette action complète ainsi le suivi médical assuré par les médecins ou les sages-femmes.

Les demandes des parents sont très larges (logement, alimentation, place en crèche...). Les problèmes relevés en visite à domicile par exemple sont multiples : surpeuplement dans les logements, problèmes d'hygiène, logements insalubres, violences conjugales, surendettement, assuétudes, retards psychomoteur et de langage au niveau des enfants, problèmes d'isolement et de mobilité dans certaines zones rurales...

De nombreux (futurs) parents sont préoccupés par leurs conditions de vie et il est parfois difficile de faire passer les messages de prévention sans que ces problèmes ne soient pris en charge.

Dans ce contexte, le partenariat avec l'ensemble des services locaux s'avère indispensable.

Les suivis renforcés se multiplient dans de nombreuses régions. Les TMS rencontrent des situations de grande vulnérabilité dans les zones urbaines mais aussi dans certaines régions rurales qui ont vu arriver les populations cherchant à se loger à moindre coût.





CONCLUSION :

UN BIEN NAÎTRE À RELATIVISER

Cette première et nouvelle édition du Rapport de la BDMS dédiée à la province du Brabant wallon que vous tenez entre vos mains est le fruit d'un travail collégial de grande ampleur de collecte d'informations. Les données statistiques reprises dans ce Rapport permettent à l'ONE d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions de terrain et d'orienter en conséquence sa politique dans les champs de la périnatalité et de la petite enfance.

Elles sont mises en regard de données d'autres sources, afin d'objectiver les politiques mises en place par l'Office.

Dans le Brabant wallon, l'analyse des données collectées dans le cadre de la BDMS, au plan global et sur base de données officielles, nous permet de tirer le constat suivant : les familles sont généralement mieux loties que la moyenne des familles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en termes de niveau de revenus et de qualification.

L'âge des mères est en moyenne plus élevé qu'ailleurs en Belgique francophone, leur isolement est moindre. Le tabagisme prend des proportions plus basses qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, aux différents moments de la collecte des informations.

En ce qui concerne les enfants, l'incidence des petits poids de naissance ou de la prématurité chez les nouveau-nés est un peu plus basse que la moyenne de la Fédération. Près de deux enfants sur trois résidant dans le Brabant wallon fréquentent régulièrement un milieu d'accueil.

Par ailleurs, les taux de vaccination chez les enfants sont légèrement en dessous de ceux décrits pour la Fédération tout entière.

Les données de la BDMS sur base de la population générale (données « avis de naissance ») décrivent clairement une population pour laquelle les indicateurs sont meilleurs que la moyenne de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il serait cependant hasardeux de conclure que la précarité ou même la pauvreté est absente du

Brabant wallon. Les familles suivies dans les consultations de l'ONE (Consultation prénatale et Consultations pour enfants) présentent des caractéristiques qui s'écartent de la moyenne de la province elle-même (plus d'isolement, moins de revenus, etc.). Les données les concernant sont à l'opposé de celles des enfants fréquentant les milieux d'accueil.

Les données du présent rapport doivent donc être interprétées avec prudence et nuances. Le contexte est déterminant pour ce qui est des données relatives au suivi de la grossesse par exemple ; s'il est difficile d'être précis sur le nombre de femmes suivies, il est clairement établi que la demande en accompagnement de la grossesse est réelle et, provient surtout des familles les plus précarisées.

Les écarts sont importants entre les communes ; dans cette même province, on observe des niveaux de revenus moyens passant du simple au double. De l'est à l'ouest de la province, il existe une véritable mosaïque de situations qu'il est difficile de considérer globalement, ou dans une moyenne qui lisse les écarts et clivages. L'extension de Bruxelles accentue ces écarts, avec des conséquences sur les prix de l'immobilier (qui devient de plus en plus inaccessible à de nombreuses familles), imposant à la province une mutation continue qui, soit exclut une partie de sa population, soit la pousse à déménager vers d'autres provinces plus abordables.

La vulnérabilité et la précarité sont aujourd'hui bien présentes en Brabant wallon, comme le relèvent les professionnels de l'ONE. Elles prennent parfois des formes diverses pouvant réduire l'accessibilité aux services, pourtant disponibles. Le réseau y est moins étoffé que dans les grandes villes. Ainsi, le TMS de l'ONE est parfois le seul partenaire de la famille. Dans ce contexte qui décrit un certain isolement, ce professionnel représente une ressource fondamentale pour la famille puisqu'il lui montre une disponibilité qui peut être durable.

Ici comme ailleurs en Belgique francophone, l'action de l'ONE doit s'appuyer sur cet outil précieux qu'est la BDMS pour orienter un accompagnement de qualité qui permette de diminuer 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/2017/74.80/05
DOCRA0011

 Office de la Naissance et de l'Enfance - ONE
 @ONEenfance

