

Données 2011-2021

Rapport de la
Banque de Données Médico-Sociales
N°5 : Regard sur la province de Liège



Bruxelles

Brabant Wallon

Hainaut

Liège

Luxembourg

Namur

Colophon

Coordination

Hugo SNACKERS – Coordinateur subrégional de Liège
Delphine LEMMENS – Secrétaire subrégional de Liège
Murielle LIEGEOIS – Gestionnaire BDMS
Samuel NDAME EBONGUE – Gestionnaire BDMS

Rédaction

Fanny BASTIN
Caroline BEBRONNE
Luc BOURGUIGNON
Thierry CARVELLI
Alain COLLARD
Pauline CRUTZEN
Alexandra DENOEL
Marie-Christine DE TERWANGNE
Catherine DOGUET
Aurélié DUPONT
Juliette ELAERTS
Michaël HARZIMONT
Delphine LEMMENS
Murielle LIEGEOIS
Jacques LOMBET
Sandrine LOUIS
Véronique MASSON
Céline MAUROY
Elvire MFUENI BIKUNDI
Christine MORREN
Samuel NDAME EBONGUE
Emilie PELLIN
Tatiana PEREIRA
Kalidou SARR
Hugo SNACKERS
Isabelle THOMAS
Céline TILLIEUX
Sophie VAN DE WALLE
Olivier WOJCIECHOWSKI

Supervision

Geneviève BAZIER
Gilles CEYSENS
Jacques LOMBET
Véronique MASSON
Nathalie MELICE
Ingrid MORALES
Catherine PIELTAIN

Avec la collaboration active de

Brigitte DE KEERSMAKER
Sylvie LOUETTE
Laurence LUCASSEN
Catherine MAQUET
Aurore MICHEL
Maria QUINTAS
Isabelle PERRIGUEUR
Danielle VANSTRAELEN

Support administratif

Jérémy BAUSIER

Mise en page

Maité DUFASNE

Contact

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



ÉDITO

Cher(e) lecteur(trice),

L'Office de la Naissance et de l'Enfance consacre son cinquième rapport de sa Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) à la Province de Liège.

Vous y trouverez toutes les **données périnatales et de suivi de l'enfant** récoltées et traitées par l'ONE au sein de la province, corrélées avec divers indicateurs socio-démographiques et socio-familiaux. Cette corrélation permet la mise en évidence des particularités maternelles et infantiles liégeoises.

La province de Liège est le deuxième plus vaste territoire provincial belge. Sa population est très dense autour des principaux centres urbains (Liège, Verviers, Huy) ; elle est moins concentrée à proximité de l'Allemagne, de la province du Luxembourg, dans le Condroz et la Hesbaye. Cette physionomie " zones urbaines/zones rurales " nous offre des disparités socio-démographiques importantes selon le lieu où l'on vit en province de Liège.

Ce rapport de la BDMS témoigne de la volonté de l'ONE de renforcer son appui à l'action de toutes celles et tous ceux qui s'impliquent dans les politiques de l'enfance au niveau de la province. Elle s'adresse tant aux professionnel(le)s qui accompagnent les (futurs) familles et les enfants et sont soucieux(ses) d'aiguiller leurs actions et de les évaluer, qu'aux lecteurs désireux de mieux connaître la province ou aux décideurs à la recherche d'indicateurs utiles à la planification et à la conduite des politiques de santé.

Cette édition est aussi l'occasion de remercier et de souligner l'importance du travail quotidien de l'ensemble des professionnel(le)s qui travaillent au bénéfice des familles.

Nous vous en souhaitons bonne lecture,

Laurent MONNIEZ
Administrateur général f.f.

Table des matières

INTRODUCTION - REMERCIEMENTS	7
LA PROVINCE DE LIEGE	8
L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS	10
LA BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES DE L'ONE	12

CHAPITRE 1 :

LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES DANS LA PROVINCE DE LIÈGE..... 15

1.1 – LE VOLET PRENATAL	16
1.2 – LES CONSULTATIONS PRENATALES HOSPITALIERES	16
1.3 – UNE PLATEFORME PRENATALE À VERVIERS	17
1.4 – LA COUVERTURE DES DONNEES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES PRENATALES	18
1.5 – LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES EN STRUCTURES PRENATALES ONE DE LIEGE	20
1.5.1. Lieu de résidence des femmes enceintes suivies en province de Liège	20
1.5.2. Age des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège	21
1.5.3. Nationalité d'origine des femmes enceintes suivies	23
1.5.4. La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies par l'ONE	24
1.5.5. Etat civil et situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE	25
1.5.6. Le niveau d'éducation atteint par les femmes enceintes suivies	27
1.5.7. La situation professionnelle des femmes enceintes suivies	30
1.5.8. Les habitudes de vie des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège	31
1.5.9. La précocité du suivi de la grossesse en province de Liège	33
1.5.10. L'arrêt du suivi de la grossesse par l'ONE et les raisons de cet arrêt	34
1.6 – LES ISSUES OBSTETRIQUES DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE	37
1.6.1. Le poids à la naissance des enfants issus de femmes suivies	37
1.6.2. La durée de gestation	37

CHAPITRE 2 :

LES NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS DANS LA PROVINCE DE LIÈGE ... 40

2.1 – LA POPULATION	41
2.2 – LES NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS EN PROVINCE DE LIEGE.....	41
2.2.1. NAITRE ET GRANDIR : Un programme d'accompagnement revisité	42
2.2.2. Rôle du service de liaison	42
2.3 – LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS	44
2.3.1. Le lieu d'accouchement	44
2.3.2. L'âge de la mère à l'accouchement	45
2.3.3. L'état civil des mères	48
2.3.4. La situation relationnelle des mères à l'accouchement	49
2.3.5. La nationalité d'origine de la mère	51
2.3.6. Les habitudes tabagiques	51
2.3.7. La corpulence des mères avant la grossesse et la prise de poids durant la grossesse	52

2.3.8. Le suivi de la mère durant la grossesse	53
2.3.9. La vaccination de la mère au courant de sa grossesse	54
2.4 – LES DONNEES DE NAISSANCES	55
2.4.1. Le nombre de naissances	55
2.4.2. Le sex-ratio à la naissance	55
2.4.3. Présentation de l'enfant lors de l'accouchement	55
2.4.4. Le mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement	55
2.4.5. L'âge gestationnel	57
2.4.6. Le poids de l'enfant à la naissance	58
2.4.7. Les scores d'Appgar	60
2.4.8. L'allaitement maternel	60
2.4.9. L'accompagnement en néonatalogie	61
2.4.10. Les dépistages néonataux.....	61
2.4.11. Le suivi médico-social préventif de l'enfant	62
2.4.12. Un soutien personnalisé par la visite à domicile	62

CHAPITRE 3:

LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS DANS LA PROVINCE DE LIÈGE... 64

INTRODUCTION.....	65
3.1 – LE NOMBRE ET LA REPRÉSENTATIVITÉ DES « BILANS DE SANTÉ »	66
3.1.1. Evolution du nombre de « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois »	66
3.1.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2009 et 2020	67
3.1.3. Origine des Bilans de santé selon le type de structure	69
3.1.4. La santé en milieu d'accueil	70
3.2 – LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES FAMILLES ET DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE.....	71
3.2.1. Situation familiale de l'enfant	71
3.2.2. Niveau d'enseignement de la mère	72
3.2.3. Situation professionnelle de la mère	74
3.2.4. Revenus de la famille	76
3.2.5. Niveau de français des parents, durée d'établissement en Belgique et éducation de l'enfant dans une autre langue que le français	78
3.2.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil	78
3.3 – L'ALIMENTATION DE L'ENFANT	80
3.3.1. Allaitement maternel exclusif	81
3.3.2. Association entre l'allaitement maternel exclusif et la situation familiale	83
3.3.3. Allaitement maternel exclusif des enfants suivis dans les structures de l'ONE	85
3.3.4. Lait infantile	86
3.4 – INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)	86
3.5 – LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	90
3.5.1. Les polycaries et caries du jeune enfant	91
3.5.2. Le brossage des dents et la visite chez le dentiste	92
3.6 – LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE	95
3.6.1. Acquisition du langage au Bilan à 18 mois	95
3.6.2. Acquisition du langage au Bilan à 30 mois	97
3.7 – LA COUVERTURE VACCINALE	98
3.8 – LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.....	100
3.9 – LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE.....	101

CHAPITRE 4 :	
L'EXPOSITION DU FOETUS, DES ENFANTS ET ADOLESCENTS AU TABAGISME DANS LA PROVINCE DE LIÈGE.....	105
4.1 – LE TABAGISME DURANT LA GROSSESSE	106
4.1.1. La consommation quotidienne de tabac durant la grossesse	106
4.1.2. La diminution du nombre de cigarettes au quotidien ou l'arrêt de la consommation de tabac durant la grossesse	107
4.1.3. Les effets du tabac sur l'issue de la grossesse	108
4.2 – LE TABAGISME DE LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT	110
4.3 – LE TABAGISME PASSIF DES ENFANTS DE 9 ET 18 MOIS	111
4.3.1. Evolution du tabagisme passif au quotidien et au sein de l'habitation	112
4.3.2. Evolution du tabagisme passif en fonction d'indicateurs socio-économiques	115
4.4 – LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES EN MILIEU SCOLAIRE	117
CHAPITRE 5 :	
LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE DANS LA PROVINCE DE LIÈGE	119
CHAPITRE 6 :	
PROMOUVOIR LA SANTÉ, LE SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PEP'S DANS LA PROVINCE DE LIÈGE	123
6.1 – DE LA DIVERSITÉ DANS LES ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SUR LA PROVINCE DE LIÈGE, PARLONS-EN !	124
6.2 – COMMENT SOUTENIR LA PARENTALITÉ : QUATRE PROJETS LIÉGEOIS POUR ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER LES (FUTURS) PAPAS !	126
6.3 – LE SOUTIEN DES RÉFÉRENTS MALTRAITANCE AUX PEP'S DE LA PROVINCE DE LIÈGE	130
6.4 – UN RÉSEAU DE SANTÉ MENTALE ET DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT EN PROVINCE DE LIÈGE	131
CONCLUSION	134

INTRODUCTION

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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



LA PROVINCE DE LIEGE



La province de Liège¹ est située dans le Sud-Est de la Belgique, plus précisément dans l'Est de la Région wallonne ; elle jouxte les provinces de Limbourg, Brabant wallon, Brabant flamand, Namur et Luxembourg et possède des frontières transnationales avec le Luxembourg, l'Allemagne et les Pays-Bas.

L'origine de la province de Liège remonte à 1795. Lors de la réunion de la principauté de Liège à la France révolutionnaire, le département de l'Ourthe fut principalement fondé sur la réunion de la principauté de Stavelot-Malmedy et de la partie centrale de la principauté de Liège.

À la chute du Premier Empire, ce département fut dissous et remplacé, en 1814, par la province de Liège à l'époque du Royaume uni des Pays-Bas.

Après 1830, la province de Liège devint belge et ce n'est qu'en 1919 que ses frontières orientales furent définitivement fixées, avec l'annexion des cantons de l'Est à la Belgique.

À la suite de la fixation de la frontière linguistique en Belgique de 1963, certaines communes ont changé d'appartenance provinciale, dont Landen qui fut rattachée au Brabant (à l'époque unitaire), ou la commune de Fourons à l'origine liégeoise qui s'est retrouvée rattachée contre son gré à la province du Limbourg.

La province a pour chef-lieu la ville de Liège, sa superficie est de 3 862 km², pour 1 110 989 habitants (1^{er} janvier 2022) dont 78 604 de la Communauté germanophone². Elle est composée de 84 communes (75 francophones - 9 germanophones) réparties en quatre arrondissements administratifs : Huy, Liège, Verviers et Waremme. La province abrite dans la région des Hautes Fagnes le plus haut sommet géographique de la Belgique : le signal de Botrange, culminant à 694 mètres.

Elle possède deux communautés linguistiques³ : le français et l'allemand. Elle compte neuf communes germanophones (qui forment la Communauté germanophone) situées dans l'Est de la province dans l'arrondissement administratif de Verviers. Deux communes, Waimes et Malmedy, sont dites à facilités linguistiques ; autrement dit, bien qu'elles soient francophones, les citoyens peuvent s'exprimer en allemand avec les administrations.

1 https://fr.wikipedia.org/wiki/Province_de_Li%C3%A8ge

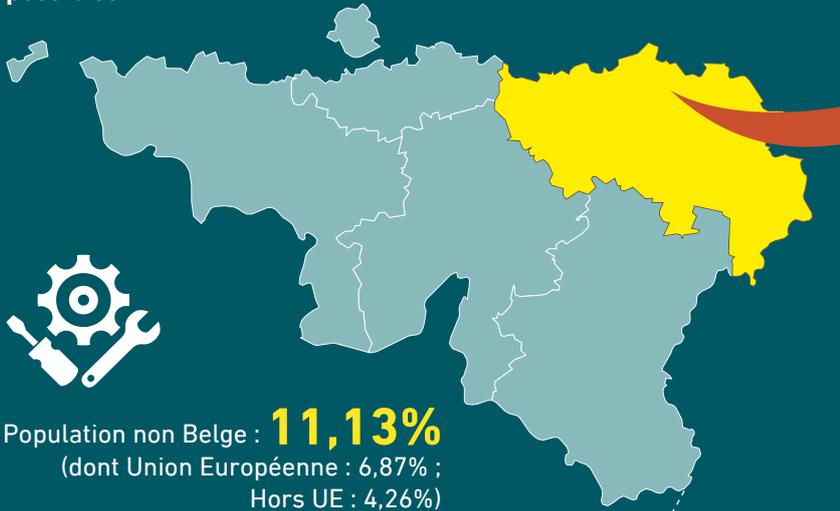
2 <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

3 <https://provincedeliege.be/fr/statistiques>

LA PROVINCE DE LIEGE EN CHIFFRES

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

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



Population non Belge : **11,13%**
(dont Union Européenne : 6,87% ;
Hors UE : 4,26%)

Taux de chômage
administratif des 15-64 ans : **13,5%**
(Wallonie : 12,6%)

Bénéficiaires du Revenu
d'Intégration Sociale (18-64 ans) : **4,3%**
(Wallonie : 3,4% ; Belgique : 2,3%)⁹
dont chez les 18-24 ans : 10,1%
(Wallonie : 8,4% ; Belgique 5,8%)

Prix médian maison 4 façades
ou plus : **295.000€**
(Wallonie : 285.000€ ; Belgique : 357.000€)¹⁰

Prix médian appartement : **170.000€**
(Wallonie : 172.000€ ; Belgique : 226.000€)

Diplômés de
l'enseignement supérieur : **25,90%**
(Wallonie : 26,35% ; Belgique : 28,01%)
Basés sur le CENSUS 2011¹³

Population : **1.110.989 habitants**, dont
78.604 en Communauté
germanophone (au 01/01/2022)⁴
96 hommes/100 femmes

Superficie : **3 862 km²**

Densité : **288 habitants au km²**

Wallonie⁵ : **217 habitants au km²**

Belgique⁶ : **378 habitants au km²**

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

Age moyen de la population
wallonne⁷ : **41,8 ans**

Espérance de vie à la naissance :
79,6 ans
(Wallonie : 79,9 ans ; Belgique : 81,7 ans)⁸

⁴ https://walstat.iweps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=60000

⁵ <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-daccroissement-de-la-population/>

⁶ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

⁷ https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?indicateur_id=244302&ordre=0&periode=01/01/2022&niveau_agre=P&sel_niveau_catalogue=P

⁸ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>

Ménages avec au moins 1 enfant : **37,2%**
(Wallonie : 38,9% ; Belgique : 37,1%)¹¹

Ménages constitués
d'1 seule personne : **39,1%**
(Wallonie : 37% ; Belgique : 35,7%)

Ménages monoparentaux : **12%**
(Wallonie : 12,2% ; Belgique : 9,8%)

Revenu médian par déclaration : **24.581€**
(Wallonie : 24.808€ ; Belgique : 26.412€)

Revenu moyen par habitant : **18.233€**
(Wallonie : 18.518€ ; Belgique : 19.671€)
Statbel 2020¹²

⁹ https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?indicateur_id=832100

¹⁰ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/construction-logement/prix-de-lymobilier>

¹¹ https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fstatbel.fgov.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fbevolking%2F5.1%2520Structuur%2520van%2520de%2520bevolking%2Fpop-typeHH_FRv2.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK

¹² <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=850933c9-e209-4b68-a043-2f0d16a704ca>

¹³ <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=a243ca59-27ef-4b00-8550-d894114b972a> ; Le niveau d'enseignement désigne le niveau d'études le plus élevé atteint avec succès

L'ONE, SES ACTEURS ET SES MISSIONS EN PROVINCE DE LIEGE

Les missions de l'Office de la Naissance et de l'Enfance

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

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



<<...>>

Hugo SNACKERS

Coordinateur subrégional de Liège

L'Administration subrégionale de Liège est heureuse de vous présenter son rapport de la Banque de Données Médico-Sociale (BDMS) dédié spécifiquement au territoire de la province de Liège. C'est l'occasion de présenter l'ONE en « action » sur le terrain, et le moins que l'on puisse dire, c'est que le travail ne manque pas.

Durant ces deux dernières années, la province de Liège a dû faire face à l'épidémie de COVID 19 ainsi qu'aux terribles inondations de juillet 2021. Ces deux événements combinés ont révélé de nouveaux besoins, notamment en santé mentale, ce qui a amené l'ONE à s'investir dans des matières qui de prime abord, n'ont que peu de lien avec l'enfance. De plus, on constate dans certaines communes des changements majeurs dans le tissu sociologique, ce qui a pour effet de bouleverser les besoins de la population et donc, les réponses à y apporter.

Ce rapport sera également l'occasion de mettre en évidence le travail en réseau. En effet, la vocation de l'ONE, outre ses missions de prévention, est de travailler en réseau, illustrant ainsi le proverbe africain « Tout seul on va vite, ensemble, on va plus loin ». Ce n'est qu'en partageant nos compétences et nos expertises que nous pouvons développer des politiques de prévention efficace.

Enfin, ce rapport est l'illustration parfaite de l'ancrage local de l'ONE. Être sur le terrain, à l'écoute des besoins et des attentes de la population, permet à l'Office d'affiner son offre de services. Les données récoltées serviront ainsi à alimenter nos décideurs politiques, permettant ainsi l'élaboration du Contrat de gestion de l'ONE.

Que tous les acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce rapport, que ce soit en l'alimentant en données ou en rédigeant les différents chapitres soient remerciés.

LES RESSOURCES ET ACTIVITES DE L'ONE DANS LA PROVINCE EN 2021-2022

- ▶ PEP's : **173 personnes (149,73 ETP)** :
56,8% d'assistants sociaux, 37% d'infirmiers, 6,2% de sages-femmes
- ▶ Médecins : **142**
- ▶ Volontaires : **868**
- ▶ Chauffeurs des Consultations mobiles : **9**
(pour les 3 subrégions couvertes par le système des consultations mobiles : Namur, Liège et Luxembourg)

- ▶ Coordinatrices accompagnement : **9**
- ▶ Responsable régional pour la coordination de l'accompagnement : **1**
- ▶ Conseillère médicale gynécologue : **1**
- ▶ Conseillère Sage-femme : **1**
- ▶ Conseillers médicaux pédiatre : **2**

- ▶ Référentes Education à la santé : **2**
- ▶ Référent maltraitance : **2**
- ▶ Coordinatrices accueil : **13**
- ▶ Responsable régionale pour la coordination de l'accueil : **1**
- ▶ Agents conseil : **5**
- ▶ Conseillers pédagogiques : **2**
- ▶ Référentes santé dans les milieux d'accueil : **2**

- ▶ Le personnel administratif : **17**



▶ Les structures de suivi

- de la grossesse : **3 Consultations prénatales hospitalières et 1 Plateforme prénatale**
- du nouveau-né : **8 maternités avec environ 11 200 naissances**
- de l'enfant : **134 structures de suivi de l'enfant de 0 à 6 ans avec 27 664 inscrits en 2021. Soient 78 consultations pour enfants proprement dites, 1 maison de l'enfance, 32 antennes de consultations, 21 consultations périodiques et 2 consultations mobiles (ces 2 cars assurent 22 tournées mobiles).**

▶ Les structures d'accueil

- Nombre de structures d'accueil 0-3 ans reconnues par l'ONE : **986**
- Capacité totale d'accueil 0-3 ans : **9434 places**
- Taux de couverture des 0-2,5 ans : **36,5 %**
- SASPE (Accueil spécialisé) : **3 (128 places)**
- Lieux d'accueil extrascolaires : **156**
- Ecoles de devoirs reconnues par l'ONE : **85**
- Centres de vacances agréés : **519 camps, 61 séjours, 357 plaines**
- Lieux de Rencontre Enfants Parents : **11 lieux subventionnés**

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

- Services PSE : **7 services répartis en 27 antennes**
- Conseillers médicaux PSE : **3** pour la Fédération Wallonie-Bruxelles dont les activités sont réparties selon la thématique.

▶ Les Equipes SOS-Enfants : **3**

LA BANQUE DE DONNEES MEDICO-SOCIALES DE L'ONE

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

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

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

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

LES DOCUMENTS DE BASE DE LA BDMS

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

- Le Volet prénatal
- L'Avis de naissance
- Le Premier contact
- Les 3 Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois

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

UNE DYNAMIQUE D'EQUIPE AUTOUR DE LA PERINATALITE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LE REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DE DONNEES (RGPD)

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

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

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

Caroline BEBRONNE – Alain COLLARD – Olivier WOJCIECHOWSKI

Agents d'accueil à l'Administration Subrégionale de Liège
Encodage et contrôle des données BDMS

Qu'est-ce qui vous motive dans le métier d'encodeur ?

Caroline :

J'ai un véritable intérêt pour la BDMS qui remplit une bonne partie de mon temps de travail. Je suis consciente qu'il s'agit d'un travail utile et nécessaire à la cellule BDMS de l'Administration centrale (AC) et aux agents de terrain. Il s'agit davantage d'un travail de collaboration qui à mon sens est valorisant, que d'un simple travail d'encodage de documents. Ma journée peut être ponctuée par des échanges avec les PEP's, surtout en cas d'« Avis de Naissance » dont certaines informations sont manquantes ou si l'« Avis de Naissance » n'a pas été transmis aux bons interlocuteurs. Où ce fut surtout le cas au début de la mise en place du programme ADN.

Alain :

Cette tâche, quoique routinière, reste importante puisqu'elle permet d'adapter les projets de médecine préventive en fonction des statistiques issues de la BDMS.

Olivier :

Je suis conscient de l'importance de cette tâche et de la nécessité à encoder les données les plus complètes et correctes possible.

Avez-vous vu une évolution de la BDMS ?

Alain et Caroline :

Nous soulignons que l'arrivée de Odrive a permis de traiter beaucoup plus rapidement et de façon plus sécurisée la communication et le transfert des « Avis de Naissance » vers les PEP's et les partenaires. C'est une réelle plus-value ! Cela a nécessité par ailleurs à prendre l'habitude de le gérer au quotidien étant donné l'importance de transmettre les informations aux partenaires le plus rapidement possible.

Alain :

Outre Odrive, j'ai également constaté une évolution avec le système Gidéon récemment mis en place. Il facilite la tâche en permettant de filtrer les documents à encoder et d'avoir une vision instantanée des documents encodés ou non. De plus, comme Caroline participe au groupe de travail relatif à la mise en place de Gidéon et à son évolution, les demandes d'amélioration que nous lui avons communiquées ont pu être prises en compte rapidement.

Caroline :

Il y a effectivement eu l'arrivée d'Odrive et Gidéon, mais également d'ADN dans lequel arrivent les « Avis de Naissance » et les « Premiers contacts ». Ces nouveaux programmes ont modifié nos pratiques. Nous sommes passés d'une gestion des documents papier, à une gestion hybride : documents papiers et documents informatisés. Vu l'arrivée de Zéphyr et du dossier médical, j'appréhende l'évolution de mes tâches ... Je serais peut-être amenée à aider au pré-encodage des données des futures mères dans ADN pour d'autres services de liaison que celui du Mont Léglia ou je le réalise déjà ... Je me sens utile lors de la réalisation de cette tâche et serai prête à l'effectuer dans d'autres structures hospitalières.

Avez-vous des contacts réguliers dans l'exercice de votre travail avec les PEP's, les Coordinateurs, l'équipe BDMS de l'Administration centrale ou d'autres intervenants, etc. ?

Caroline :

J'ai pris le temps de m'informer sur la fonction d'encodeur BDMS, notamment suite à divers contacts avec l'équipe de la BDMS, mais également avec les Coordinatrices Accompagnement (CAT). Ces dernières m'ont permis de mieux comprendre l'importance de mon travail et la réalité de terrain des PEP's. Au fur et à mesure, j'ai pu détecter les données qui étaient mal complétées ou insuffisantes pour pouvoir encoder les documents. Nous avons alors mis en place une organisation pour pallier ces manquements : les documents incomplets sont remis aux CAT qui ensuite demandent aux PEP's de compléter les informations manquantes. Environ 80% de ces documents nous sont ensuite remis pour pouvoir être encodés. Une démarche identique est effectuée auprès de quelques milieux d'accueil qui remplissent les documents BDMS. Hélas, nous avons peu de retour.



J'ai pu aussi me rendre compte de la nécessité de communiquer à l'équipe BDMS de l'AC les modifications à intégrer dans le programme BDMS (changement de matricule, nouveaux milieux d'accueil, déménagement d'une consultation, ...) pour que l'encodage soit au plus proche de la réalité.

De manière générale, ces contacts sont intéressants pour mieux connaître la réalité des différents intervenants qui gravitent autour de la BDMS. Au fil du temps, j'ai pu mieux comprendre le contexte du travail de chacun et le cheminement du document. J'ai dès lors mieux compris l'intérêt et l'objectif de mon travail.

Par ailleurs, suite à la mise en place d'ADN, j'ai aussi beaucoup de contact avec l'encodeuse de l'Administration Subrégionale du Luxembourg et nous avons pu partager nos pratiques.

Enfin, dans ce contexte, les contacts avec PEP's n'ont pas toujours été simples car certains agents de terrain sont plutôt réfractaires à l'évolution informatique. J'ai néanmoins tenté de leur démontrer le positif de l'informatisation. J'ai également eu des contacts avec l'équipe informatique en charge du programme et la CAT relai pour leur relayer les difficultés rencontrées.

Les PEP's sont contentes de m'avoir comme point de contact ou de relai en cas de question sur la BDMS au vu de mon expertise. C'est chouette !



CHAPITRE 1



LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE

1. LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise et subventionne un réseau de services pour les femmes enceintes et leur famille.

A Liège, le suivi de la grossesse par l'ONE est assuré à travers deux types de consultations, les consultations prénatales hospitalières (CPNH) et un service spécifique d'accompagnement de la femme enceinte dénommé plateforme prénatale.

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

En 2021, la province de Liège comptait :

- ▶ 3 structures de suivi de la grossesse implantées au sein d'un hôpital ou « Consultation prénatale hospitalière »
- ▶ 1 plateforme prénatale couvrant l'Arrondissement de Verviers

1.1 LE VOLET PRENATAL

Les données concernant le suivi de la grossesse sont collectées par les Partenaires enfants-parents (PEP's). L'interface « Volet prénatal » est complété tout au long

RÔLE DU SUIVI DE LA GROSSESSE

Les soins prénataux sont des soins de santé préventifs destinés à la femme enceinte. Ils sont fournis sous la forme d'examens médicaux et d'un accompagnement psychomédicosocial comportant des aspects divers tels que des recommandations sur l'adoption d'un mode de vie sain, la fourniture d'informations médicales (changements physiologiques et biologiques) et la nutrition prénatale, y compris les vitamines prénatales. Ces soins¹ visent à prévenir les problèmes de santé potentiels tout au long de la grossesse et de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que le soutien à la parentalité.

La disponibilité de soins prénataux de routine intégrant le dépistage et le diagnostic prénatals joue un rôle dans la réduction de la fréquence des décès maternels, des fausses couches, des malformations congénitales, de l'insuffisance pondérale à la naissance, des infections néonatales et d'autres problèmes de santé évitables², ainsi que la réduction des risques psycho-sociaux.

du suivi de la grossesse et clôturé après l'accouchement. Il implique donc une bonne collaboration entre le PEP's de liaison en maternité et celui de la CPN.

1.2 LES CONSULTATIONS PRENATALES HOSPITALIERES

Les consultations prénatales hospitalières s'organisent en partenariat et au sein de l'hôpital, ce dernier assurant le suivi médical, et l'ONE le soutien psychosocial. Elles sont implantées au sein des hôpitaux de Huy (Centre Hospitalier Régional de Huy), de Liège (Hôpital de La Citadelle) et de Seraing (Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye).

La commune de Huy d'une superficie de 47.79 km², est située sur la Meuse au confluent avec le Hoyoux à mi-chemin entre Namur et Liège. La majorité de la commune fait partie du sillon Sambre-et-Meuse et de l'Ardenne condrusienne. Sa population est de 21.392 habitants et compte 196 naissances pour l'année 2021.

La commune de Liège, bordant la Meuse, couvre une superficie de 69,39 km² et compte 196.296 habitants pour 2.189 nouveau-nés recensés en 2021.

La commune de Seraing forme une frontière verte entre la partie « citadine » de la province, et la partie rurale. En effet, bordée au sud par une vaste forêt faisant partie de l'Ardenne condrusienne, Seraing forme avec, notamment, Liège, Herstal, Saint-Nicolas, Ans et Flémalle l'agglomération de Liège. Elle dénombre une population de 63.787 habitants et un nombre de naissances de 674 pour l'année 2021.

¹ OMS, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2016.

² Nadia Benahmed et al, *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque*, KCE reports 326 (Synthèse), 2020.

1.3 UNE PLATEFORME PRENATALE À VERVIERS

Le dispositif de la plateforme offre ses services dans les secteurs ruraux, non desservis par d'autres formes de suivi prénatal ONE et principalement aux familles présentant des vulnérabilités.

Le principe de la plateforme consiste en une entrée médicale où un médecin qui signe une convention avec l'ONE suit, dans sa patientèle, une future mère rencontrant des vulnérabilités passagères ou chroniques et propose l'accompagnement par un Partenaire Enfants-parents. Cela entraîne, comme pour toute forme de suivi prénatal ONE, un engagement du médecin à rendre la consultation gratuite pour la patiente.

Mise en place en 2015, sur base des données de subventionnements issues de la Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD), la plateforme de Verviers a reçu en 2021, 75 nouvelles demandes d'accompagnement issues des médecins de l'arrondissement et 17 suivis issus de 2020 toujours en cours, soit un total de 92 prises en charge.

En 2020, le nombre de femmes enceintes suivies était de 96, comprenant 71 nouvelles demandes. Il faut signaler que cette récolte statistique a été rendue difficile suite aux inondations dans la région.



Alexandra DENOEL

Partenaire Enfants-Parents à la plateforme prénatale de Verviers

« Je travaille à l'ONE depuis 2001. Et, après avoir touché à tous les secteurs de l'accompagnement en région liégeoise, des prénatales aux consultations pour enfants en passant par le service de liaison et le centre néonatal, je fais depuis sa mise en place, le suivi des femmes enceintes dans le cadre de la Plateforme prénatale de Verviers, la plupart du temps au domicile des familles ou à proximité de l'hôpital.

La plateforme est clairement inscrite dans le paysage médicosocial de l'arrondissement et ce, depuis sa création en 2015. Les relations ont été développées avec d'autres acteurs du domaine médicosocial de la périnatalité : les sages-femmes indépendantes, l'hôpital et les acteurs de l'aide sociale sont nos premiers partenaires et permettent de valoriser les acquis.

Le public que nous accompagnons présente des situations de plus en plus complexes, plus de vulnérabilités et plus de précarité. Les troubles et pathologies psychosociales semblent également en augmentation et, la paupérisation qui date déjà d'avant la crise sanitaire a été accentuée par celle-ci, mais aussi par les inondations que la région a connues en 2021. Les femmes enceintes très jeunes ; les femmes en situation administrative irrégulière ou isolées ; les personnes n'ayant pas de protection sociale ; l'absence de revenus ; le logement insalubre ; le contexte de violence conjugale ou de consommation de substances ; l'irrégularité du suivi ; les troubles de l'alimentation ... sont des caractéristiques de femmes que nous accompagnons chaque année, grâce à la collaboration avec divers autres acteurs du réseau (Service d'aide à l'enfance, CPAS, SPJ, Maison d'accueil, etc.).

L'importance de disposer des données relatives au travail que nous menons est capital dans le sens où les enjeux majeurs et les problématiques soulevées sont mises en lumière et intégrées dans une politique plus globale de prévention et de protection de la santé des femmes enceintes. Mais aussi, elles mettent en évidence les mutations sociales autour de la grossesse. Notre participation aux programmes de quelques hautes écoles de la région et des collaborations avec les sages-femmes offrent également une visibilité non négligeable à la Plateforme de Verviers. Les moyens doivent être dégagés pour gagner en efficacité et sensibiliser plus largement la population à ces enjeux. La BDMS représente un atout pour l'ONE comme instrument de mesure et d'interpellation.

Les entretiens périnataux inscrits dans le cadre de la réforme et dans le programme naître et grandir peuvent améliorer notre connaissance, notre travail, et contribuer à un gain de temps conséquent. Les femmes enceintes sont prises par tellement de préoccupations que parfois, les actions de prévention deviennent accessoires. Comment se focaliser sur la bonne évolution de la grossesse en faisant fi du reste ? Le travail en réseau est capital pour référer ce qui ne relève pas de nos missions. Ce réseau est vaste avec des professionnels compétents. Cependant, des pans de celui-ci sont saturés, engendrant des listes d'attente importantes. La mobilité aidant, il arrive souvent que des relais soient assurés. »

1.4 LA COUVERTURE DES DONNÉES BDMS ET LA FREQUENTATION DES STRUCTURES PRENATALES

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

de l'amélioration des locaux, etc. Elle assure la prise en charge de chaque femme enceinte inscrite en Consultation prénatale de l'ONE.

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

LE SUIVI DE LA GROSSESSE PAR L'ONE ET COUVERTURE DE DONNÉES

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Femmes enceintes inscrites (DCVD)	2199	2269	2234	1608	1870	10180
Nombre de 'volet prénatal' (BDMS)	2170	2190	2123	1580	1344	9407
Naissances*	10933	10597	10735	10073	10402	52740
Ratio grossesses suivies/rapportées	98,7%	96,5%	95,0%	98,3%	71,9%	92,4%
Taux couverture grossesses/naissances	20,1%	21,4%	20,8%	16,0%	18,0%	19,3%

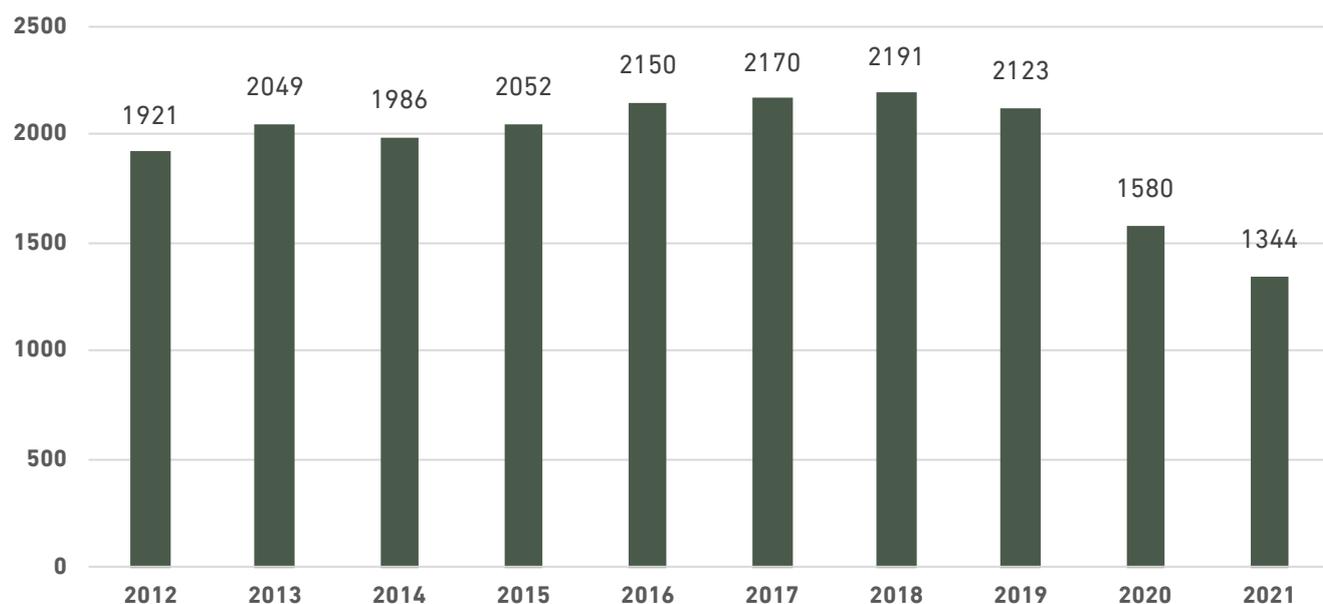
*Naissances de Germanophones exclues

Pour la province de Liège, une statistique est établie pour 72% des femmes enceintes suivies en 2021, couverture nettement en baisse par rapport à 2020 du fait que la situation liée à la pandémie de COVID-19 est restée délicate, et le nombre de nouvelles inscrites a continué à chuter dans la province et n'a, par conséquent, que peu progressé au niveau de la Fédération. Il est également à mentionner que la récolte statistique a été rendue difficile suite aux inondations de l'été dernier, avec une perte potentielle de documents papiers.

Le ratio entre les grossesses suivies et les informations collectées (rapportées) indique la représentativité des données analysées concernant les femmes enceintes suivies par l'ONE au sein de la province (92%).

Le taux de couverture moyen qui rapporte le nombre de femmes enceintes suivies et les naissances vivantes de l'année est de 29% en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021. Ce rapport est établi à 18% pour la province de Liège durant la même année.

EVOLUTION DU NOMBRE DE « VOLET PRÉNATAL » ANALYSÉS DE 2012 À 2021



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

L'investissement dans la collecte de données a permis d'accroître la connaissance et la compréhension de l'état de la santé publique. Malgré cela, l'écart entre ce que connaissent les professionnels de la santé et ce qu'ils devraient connaître pour améliorer la santé demeure considérable. La collecte d'une meilleure information sociosanitaire mène à la prise de meilleures décisions et, l'information fiable et rigoureuse, en temps opportun, est un pilier essentiel de l'intervention et du renforcement des systèmes de santé.

Les décideurs sont demandeurs d'informations de qualité pour identifier les problèmes et les besoins, pour prendre des décisions relatives aux politiques de santé fondées sur des données probantes afin de répartir les ressources limitées de façon optimale.

Les difficultés relatives à la collecte de données adéquates en santé publique ne sont pas uniquement dues à des contraintes financières, mais également au fait que l'évaluation de la santé est une entreprise complexe sur le plan conceptuel et technique. La collecte de telles données exige également des connaissances et une expertise de terrain et/ou en statistiques et santé publique applicables à des secteurs particuliers tels que ceux de l'ONE.



Docteur Pauline CRUTZEN

Gynécologue Obstétricienne collaborant au sein de la Plateforme prénatale de Verviers

« Je collabore dans le cadre de la plateforme prénatale de Verviers depuis 2019, et ai intégré la plateforme avec une autre collègue du CHR, suite à un contact avec l'ONE où les choses ont été bien présentées, notamment l'importance d'un accompagnement psychosocial dans son sens le plus large, à côté du suivi médical.

Les critères pour l'inclusion des mères dans le suivi sont divers, mais larges et ouverts. L'accompagnement de l'ONE est également précoce. Ces éléments sont importants pour la prise en charge et la relation de confiance. La mise en place de ce partenariat ONE-Gynécologue privé diminue les risques en garantissant l'accessibilité financière et un service de qualité.

Les grossesses pédiatriques, avec des jeunes peu ou pas préparées, constituent une des préoccupations majeures de notre collaboration avec la plateforme et un souci pour l'ONE en matière de prévention. Mon travail est fort centré sur le suivi médical, mais l'apport de l'ONE me permet de voir la situation globale et de trouver ensemble des issues. Les PEP's ont de ce point de vue-là, une grande capacité d'adaptation à la situation familiale, une flexibilité.

L'objet de ce rapport est capital parce qu'il contribue à la sensibilisation des décideurs et des politiques également. Même dans un pays doté de structures avec du personnel formé, le risque d'échapper au suivi existe chez des jeunes femmes dans les profils que nous rencontrons, si un tel accompagnement n'est pas mis en place. Lorsque les femmes présentant des vulnérabilités importantes sont perdues de vue (absence de téléphone mobile, déménagement, etc.), il y a parfois de grosses inquiétudes manifestées. La solidité des liens avec l'ONE la femme enceinte/famille et la/le gynécologue, mais aussi d'autres partenaires, est rassurante et garantit la continuité et la régularité du suivi.

Dans le cadre de mon travail qui consiste en un mi-temps hospitalier et un mi-temps privé, le nombre de femmes enceintes que je réfère à l'ONE est d'une situation tous les 15 jours dans le cadre hospitalier et une situation par an dans le cadre de mon travail en cabinet.

20% des femmes enceintes suivies à l'hôpital pourraient être accompagnées par l'ONE au plan psychosocial et nous sommes une équipe de 10 gynécologues de l'institution à collaborer avec l'ONE au sein de la Plateforme. Les primoarrivantes, le ¼ monde belge, l'immaturité parentale, les dysfonctionnements familiaux, la dépendance à des substances, la santé mentale, sont diverses caractéristiques du public cible. L'ONE sauve clairement la pratique médicale dans un tel contexte. La continuité a d'ailleurs été assurée durant la crise sanitaire. Il demeure néanmoins des préoccupations et des besoins du point de vue de l'amélioration continue de ce service. On pourrait évoquer des outils de communication ; de l'aide à la traduction, à l'instar des collaborations avec le GAMS où le travail est orienté vers un public d'origine étrangère, etc. »

1.5 LE PROFIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES EN STRUCTURES PRENATALES ONE DE LIÈGE

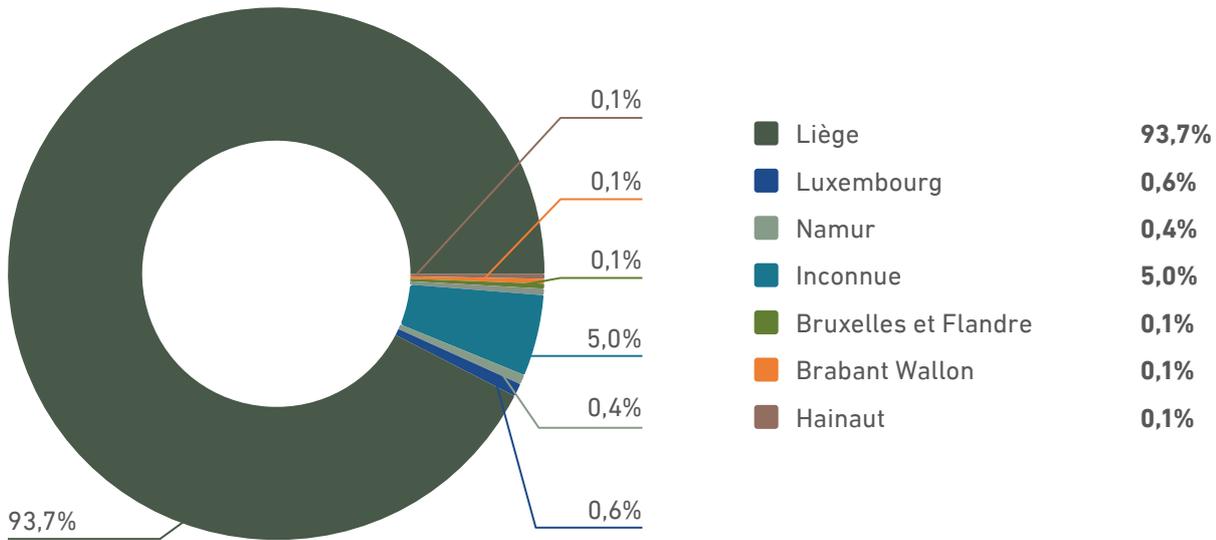
Les femmes enceintes suivies dont les données sont reprises dans ce chapitre représentent l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège et pour lesquelles un « Volet prénatal » a été complété et renvoyé par le PEP's entre 2012 et 2021. Le nombre total de femmes enceintes suivies ces dix dernières années dont nous disposons d'information à la BDMS est de 19 566 pour la province de Liège, dont 294 issues de la Plateforme de Verviers.

Les données résultent de l'activité dans les structures de suivi de la grossesse de la province de Liège. L'année de référence est celle de l'inscription de la femme pour le suivi de sa grossesse.

1.5.1 – Lieu de résidence des femmes enceintes suivies en province de Liège

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

RÉPARTITION DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE



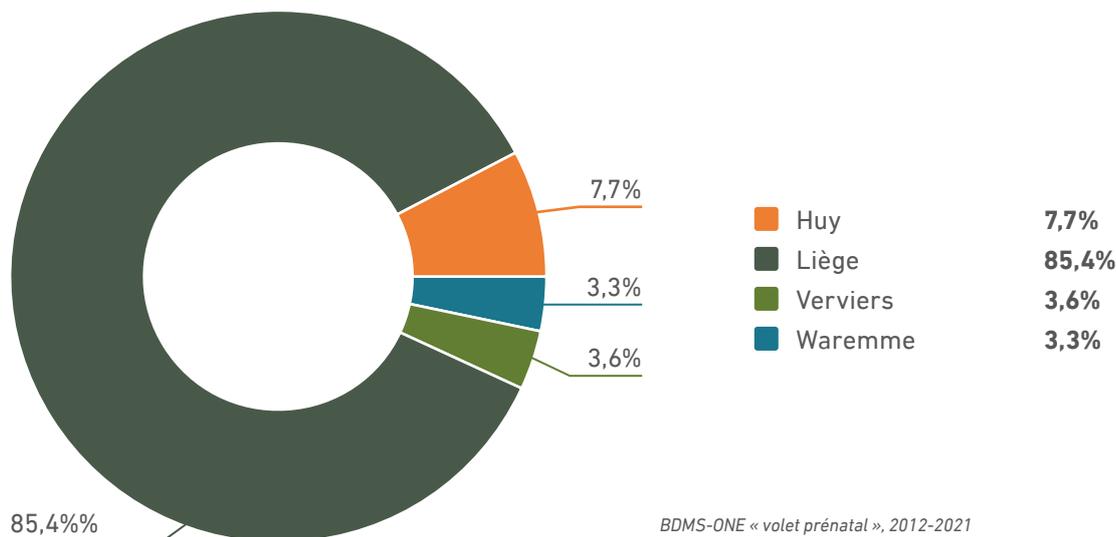
BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

La part des femmes enceintes suivies dans les structures prénatales de l'ONE implantées dans la province de Liège ces 10 dernières années est de presque 94% de résidentes de ladite province, près de 1% réside dans le reste de la Wallonie, et quelques-unes à Bruxelles et en Flandre.

Pour près de 5% des femmes enceintes suivies, la résidence est manquante.

Au sein de la province de Liège, toutes les communes sont représentées, y compris les communes germanophones des cantons de L'Est. Cependant, la majorité des femmes qui ont été suivies par l'ONE résident dans l'arrondissement de Liège, 85,4% en moyenne. 7,7% des femmes enceintes suivies résident dans les communes de l'arrondissement de Huy, 3,6% dans l'arrondissement de Verviers et 3,3% dans l'arrondissement de Waremme.

RÉPARTITION DES FEMMES ENCEINTES RÉSIDANT EN PROVINCE DE LIÈGE SUIVIES PAR L'ONE

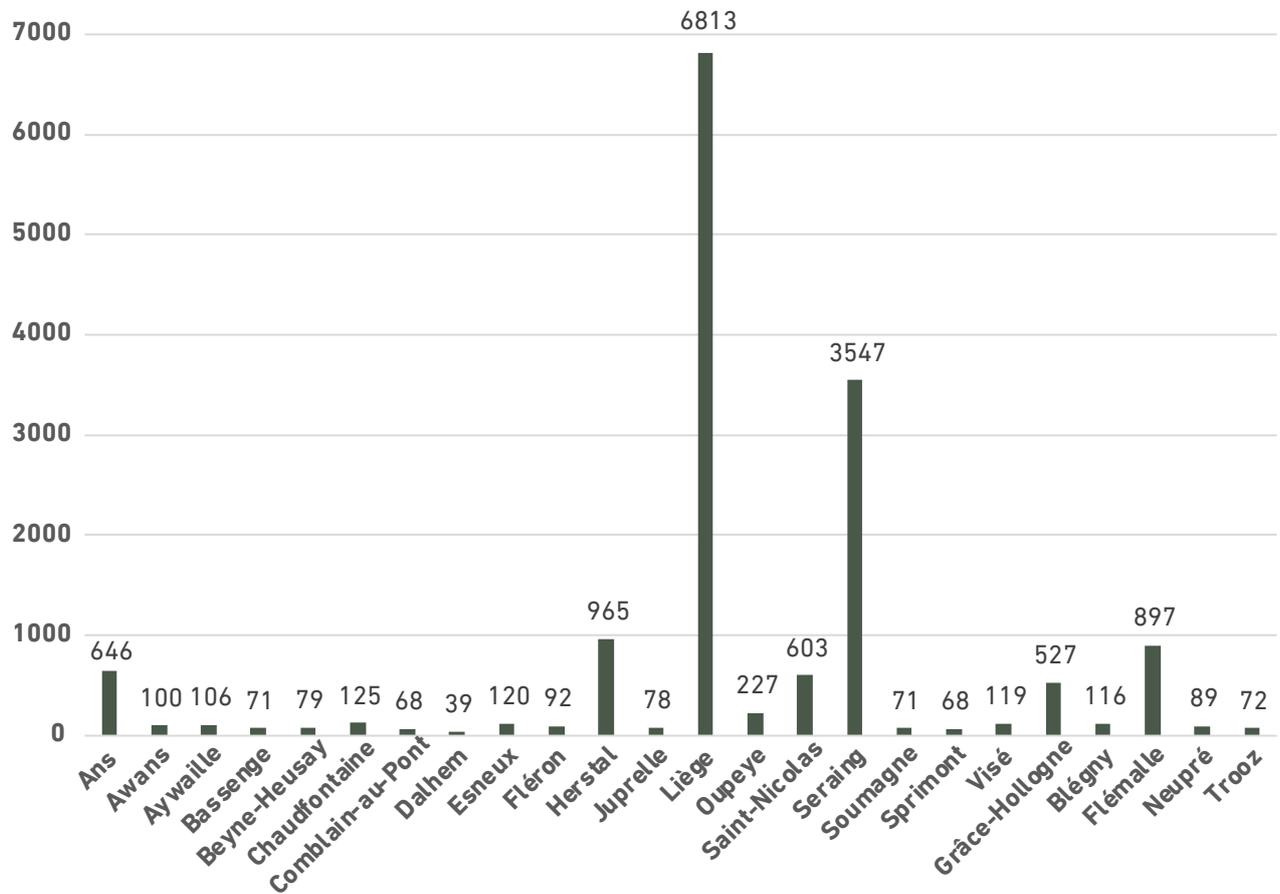


BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Au sein de la province, les communes de résidence les plus représentées sont celles de Liège, Seraing, Herstal, Flémalle, Ans, Saint-Nicolas et Grâce-Hollogne, ...

lorsqu'on prend en compte le nombre de femmes enceintes fréquentant les structures ONE.

RÉPARTITION DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES SUIVIES EN PROVINCE DE LIÈGE SELON LA COMMUNE DE RÉSIDENCE (COMMUNES DE LA PROVINCE LES PLUS REPRÉSENTÉES)



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021



1.5.2 – Age des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège

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

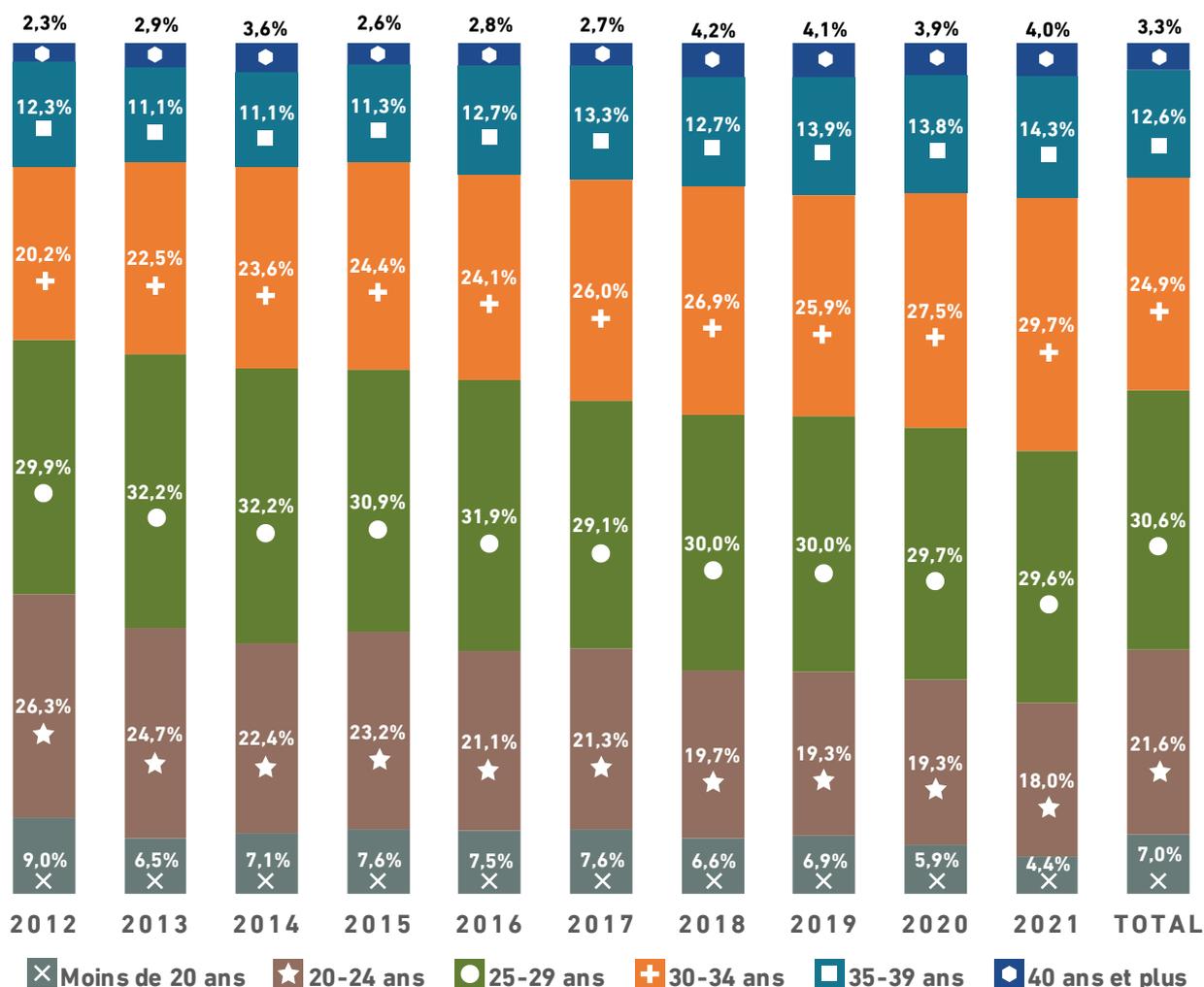
L'âge médian des femmes enceintes suivies évolue légèrement d'année en année. Il se situe à 28 ans pour la province alors qu'il est passé à 30 en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021. Il était encore de 29 ans pour les 2 entités géographiques en 2020.

L'âge minimal des femmes enceintes suivies est de 12 ans et la future mère la plus âgée affiche 49 ans.

Lorsque l'on décrit l'âge de la femme enceinte suivie en catégories, on observe des variations. Globalement, la moyenne recule légèrement au fil du temps. On constate une diminution légère, mais sensible, des femmes enceintes de moins de 25 ans et une légère augmentation des femmes enceintes de 30 ans ou plus.

La catégorie d'âge de 25-29 ans de femmes enceintes suivies restant relativement stable en province de Liège ces 10 dernières années, autour de 30%.

EVOLUTION DE L'ÂGE DES FEMMES ENCEINTEES SUIVIES PAR CATEGORIES



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

b) Femmes enceintes de moins de 20 ans

Les femmes de moins de 20 ans suivies ont retenu l'attention des professionnels du suivi de la grossesse pour des raisons d'ordre psychosocial que le vécu de la grossesse peut générer. Cette catégorie d'âge des femmes enceintes suivies a proportionnellement diminué de moitié entre 2012 et 2021 en province de Liège.

Il est clair que le phénomène de grossesse chez les adolescentes reste marginal et est en diminution comme le montre le graphique précédent, mais il existe dans l'accompagnement de ces jeunes femmes de nombreuses difficultés qui nécessitent un accompagnement plus renforcé et assidu.

EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTEES SUIVIES PAR L'ONE ÂGÉES DE MOINS DE 20 ANS EN PROVINCE DE LIÈGE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Moins de 18 ans	58	56	52	58	50	41	37	37	27	19	435
18-19 ans	114	78	89	97	110	124	107	108	64	40	931
Total moins de 20 ans	172	134	141	155	160	165	144	145	91	59	1366
Ensemble de femmes enceintes suivies dont l'âge est connu	1917	2046	1979	2048	2145	2163	2176	2108	1554	1333	19469

BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Au-delà de la baisse de la proportion des femmes enceintes de moins de 20 ans parmi les femmes suivies, leur nombre est également en diminution en province de Liège. La diminution de femmes de moins de 20 ans est de plus de 35% entre 2020 et 2021, et de plus de 65% sur la décennie.

c) Femmes enceintes âgées de 35 ans ou plus suivies

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

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

Les femmes enceintes suivies dans le cadre de la plateforme de Verviers sont 21,9% à avoir moins de 20 ans. Parmi celles-ci, 8,9% sont mineures (moins de 18 ans). Les femmes de 35 ans et plus représentent 11,7% des femmes enceintes suivies dans le cadre de la plateforme.

1.5.3 – Nationalité d'origine des femmes enceintes suivies

Il s'agit de sa nationalité au moment de sa naissance. Cette définition peut paraître discutable, mais c'est celle qui est déterminée par les organes d'avis de l'ONE, dont les collègues médicaux et de sages-femmes.

Les femmes enceintes suivies par l'ONE au sein de ses Consultations prénatales en province de Liège sont originaires de 131 pays différents ces dix dernières années. Pour l'année 2021, on recense 74 nationalités d'origine différentes. L'origine belge des femmes enceintes suivies représente 54% des bénéficiaires, suivie des nationalités marocaine (7,0%), camerounaise (3,5%), congolaise RD et Guinéenne (3,3% chacune) et Roumaine (2,3%). L'importance de cet indicateur réside dans la personnalisation de l'accompagnement de la famille. Au-delà des aspects génétique et culturel, l'histoire individuelle permet une efficacité dans l'accompagnement global de la grossesse pour une meilleure issue.

La dichotomisation en origine belge et origine étrangère est certainement réductrice, les nationalités étrangères n'étant pas une uniformité. Le parcours migratoire est individuel et, les représentations de la grossesse (et de son suivi) spécifiques.

1.5.3.1 Changement de nationalité des femmes d'origine étrangère

Le changement de nationalité de la femme enceinte est lié au fait de sa durée de séjour en Belgique ou à son histoire personnelle.

Ces dix dernières années, environ 16% des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège ont déclaré avoir acquis la nationalité belge au cours de leur séjour en Belgique.

1.5.3.2 Inégalités liées à l'origine des femmes enceintes suivies

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

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

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

1.5.3.3 Les femmes étrangères primo-arrivantes

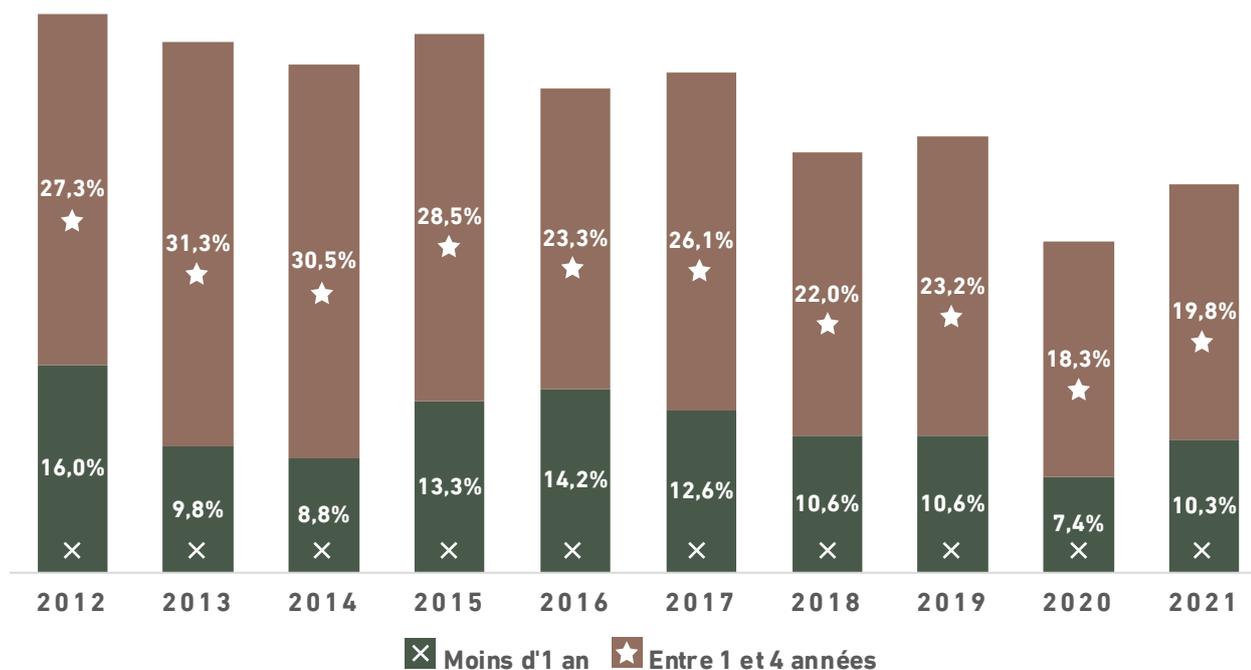
Les femmes enceintes primo-arrivantes sont les femmes enceintes d'origine étrangère arrivées en Belgique depuis moins de 5 ans.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les femmes enceintes primo-arrivantes représentent 26,7% des femmes enceintes suivies par l'ONE en 2021.

Parmi les femmes enceintes suivies dans les structures ONE de la province de Liège, 3 sur 10 (30,1%) sont en Belgique depuis moins de 5 ans en 2021. Sur les 10 dernières années, la proportion moyenne de primo-arrivantes est de 37%.



EVOLUTION DES FEMMES PRIMO-ARRIVANTES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Entre 2012 et 2021, la proportion de primo-arrivantes montre une continuelle diminution. Elle est passée de 43% à 30% sur la décennie. Environ 10% des femmes d'origine étrangère suivies sont en Belgique depuis moins d'un an. Elles sont issues des pays d'Afrique de Nord et d'Afrique subsaharienne, d'Europe de l'Est et des derniers adhérents à l'Union Européenne, mais aussi des pays du Moyen Orient.

La part des femmes dont le séjour en Belgique se situe entre 1 et 4 ans représentent environ 20% des femmes d'origine étrangère.

La première catégorie est souvent contrainte de vivre en marge de toutes affiliations sociales, dans une quasi invisibilité, sans évoquer les difficultés en matière de ressources.

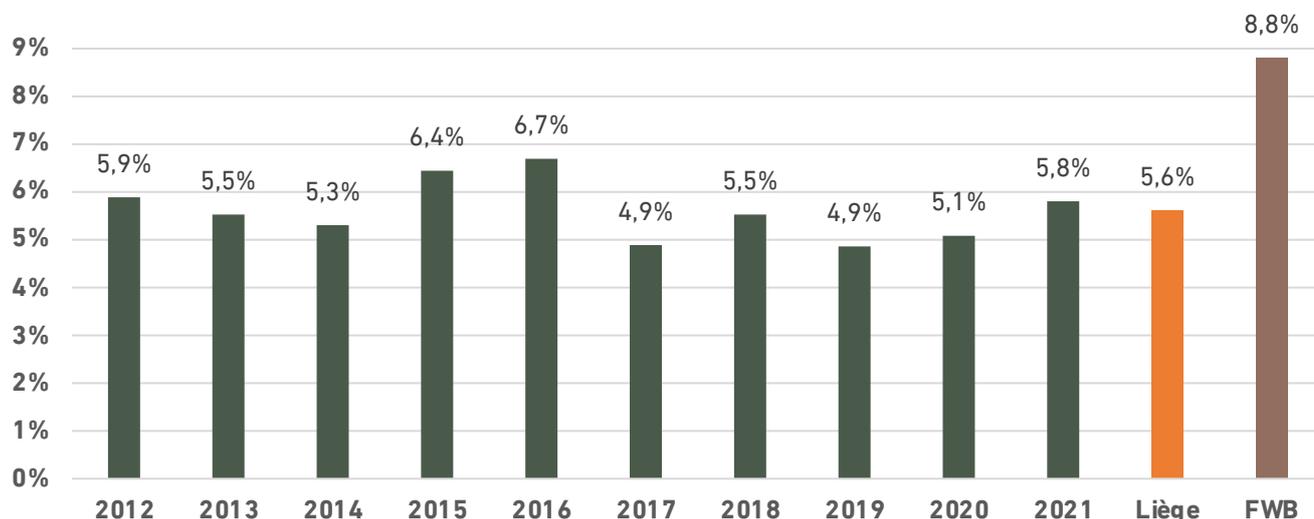
1.5.4 - La couverture soins de santé des femmes enceintes suivies par l'ONE

En moyenne, 5,6% des femmes ne disposent pas de couverture soins de santé durant leur suivi prénatal par l'ONE en province de Liège. Cette proportion de femmes non assurées présente de légères variations annuelles, comprises entre 5 et 7%.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion moyenne de femmes sans couverture soins de santé des 10 années (2012-2021) est plus élevée qu'en province de Liège, avec 8,8% des femmes suivies non assurées.

L'absence de couverture soins de santé (mutuelle, assurance, etc.) est décrite pour toutes les origines, belge et étrangère. Il s'agit de la situation durant le suivi. Ces femmes vont cependant être en ordre de cette situation avant leur accouchement pour la quasi-totalité d'entre elles avec l'aide des différents acteurs dont les PEP's de l'ONE.

EVOLUTION DES FEMMES NON ASSURÉES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

L'absence de couverture en soins de santé expose tout de même chaque année une centaine de femmes enceintes à un certain stress qui se combine à d'autres préoccupations d'ordre psychomédicosocial. Différentes tranches d'âges sont touchées, et surtout des femmes à risque de précarité et d'exclusion (femmes sans abris, femmes itinérantes, femmes en situation de grande pauvreté, situations de perte de droits, migrations, etc.).

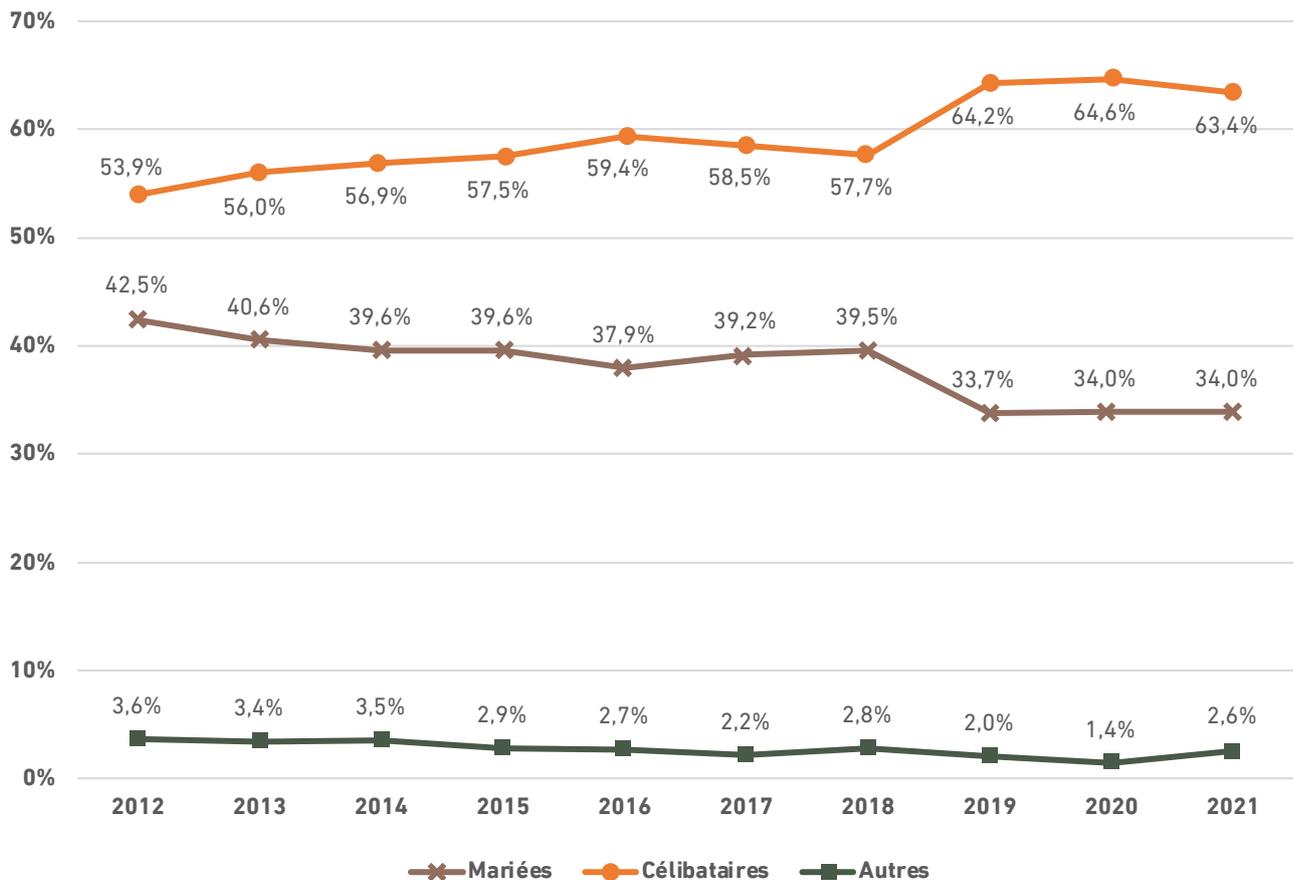
Dans le cadre du suivi par la plateforme de Verviers, les données « volet prénatal » décrivent une proportion de 20% de femmes suivies n'ayant pas de couverture soins de santé, soit plus du double de la proportion de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

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

1.5.5.1 L'état civil des femmes enceintes suivies par l'ONE

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

EVOLUTION DE L'ETAT CIVIL DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

La majorité des femmes enceintes suivies en province de Liège ont un statut officiel de célibataire. Elles représentent 63,4% des femmes enceintes suivies à Liège en 2021. Cette catégorie est en augmentation continue sur les années décrites dans ce chapitre.

Les femmes mariées représentent quant à elles 34,0% pour la même année. Ces deux statuts évoluent inversement : la part des femmes mariées étant en diminution et la proportion de femmes célibataires en augmentation.

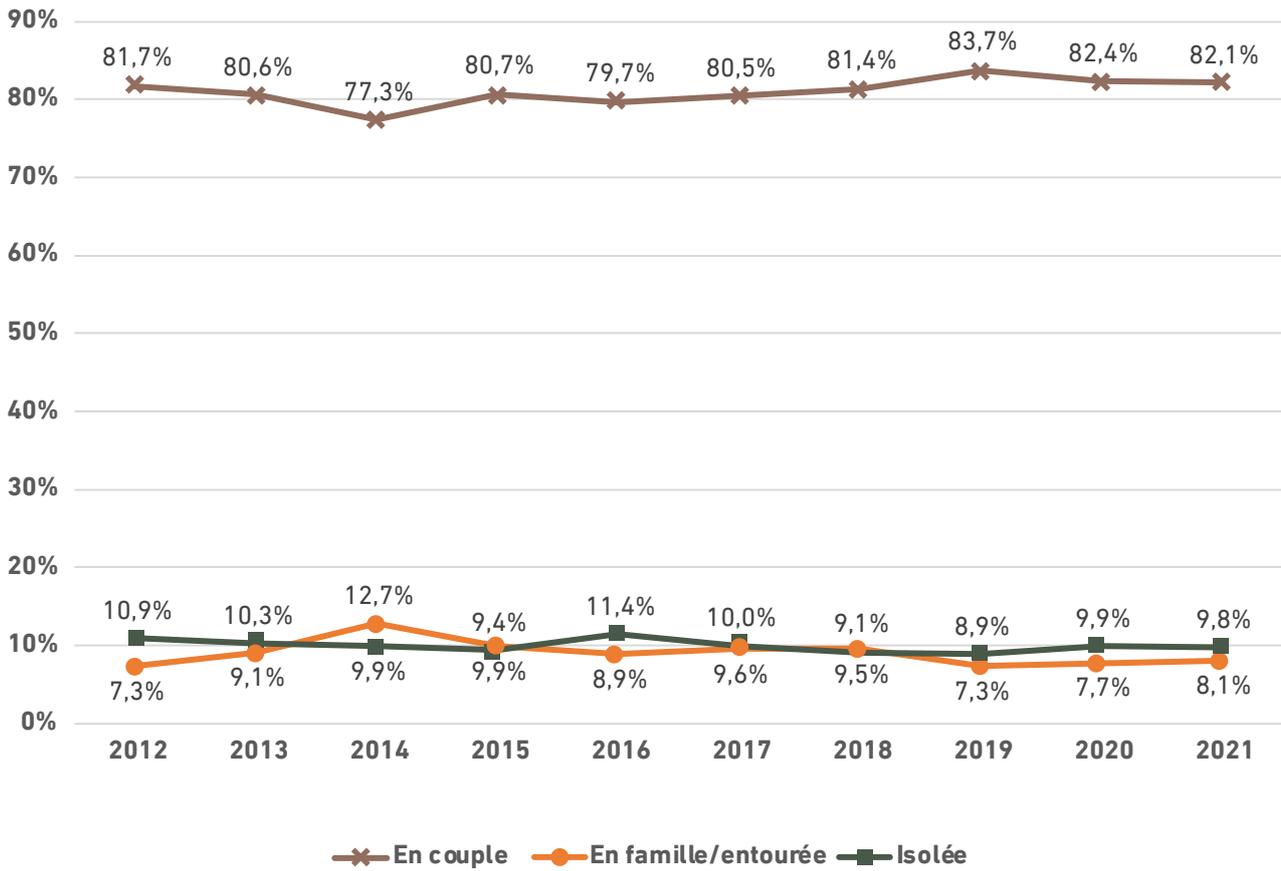
La catégorie « autres » regroupe les autres statuts officiels que sont les femmes divorcées, séparées et veuves. Les femmes enceintes suivies de cette catégorie sont une cinquantaine en province de Liège chaque année en moyenne. Elles représentent 2,6% des femmes en 2021.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la répartition de femmes célibataires et de femmes mariées parmi les femmes enceintes suivies par l'ONE est de 61,6% et 36,8% respectivement en 2021. Elle était de 47,8 et 49,7 en 2012.

1.5.5.2 La situation relationnelle des femmes enceintes suivies par l'ONE à Liège

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

EVOLUTION DE LA SITUATION RELATIONNELLE DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

L'indicateur relatif à la situation relationnelle décrit une majorité des femmes enceintes suivies vivant en couple, avec 80,9% de femmes en moyenne sur les 10 années. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion est de 84,7%. Les femmes suivies qui vivent en famille représentent en moyenne 9,1% en moyenne sur la décennie à Liège et 7,8% en Fédération Wallonie-Bruxelles et, les femmes enceintes vivant seules et en maison d'accueil regroupées ici sous la catégorie 'isolées' représentent une moyenne de 10,0% sur les 10 dernières années et 7,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La situation d'isolement des femmes enceintes est donc plus marquée en province de Liège que la moyenne de la Fédération. Ces proportions varient peu dans le temps. Sur l'ensemble des femmes accompagnées dans la province, cela représente environ 200 femmes enceintes chaque année.

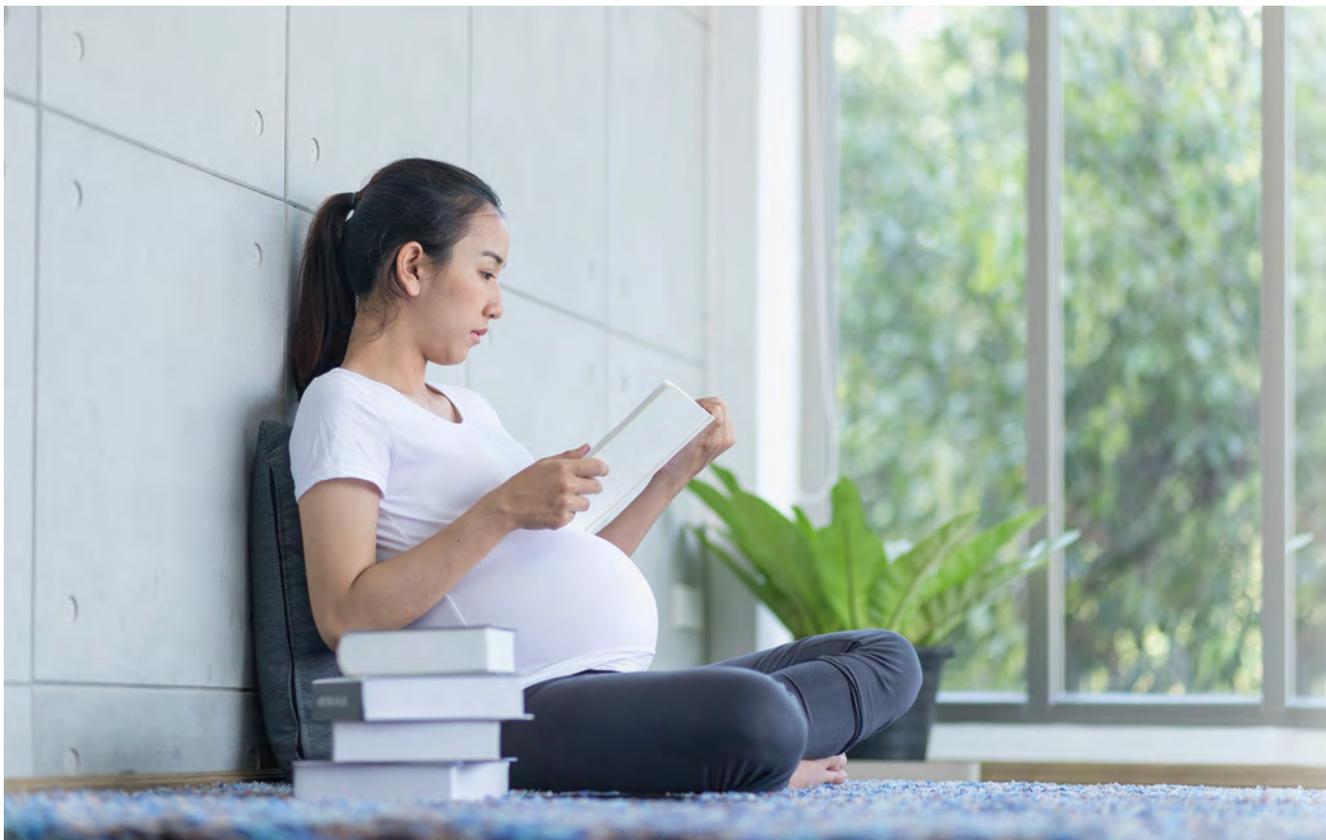
Il est à noter qu'en maison d'accueil, le dispositif tend à pallier l'isolement en retissant un minimum de réseau autour de la femme enceinte. Si 10% de femmes vivent seules, la part des femmes vivant en maison d'accueil est marginale, avec 0,8% de l'ensemble. Particulièrement, la disponibilité et l'accessibilité de ces structures sont fort limitées et assorties à certaines conditions.

Les femmes accompagnées à Verviers dans le cadre de la Plateforme prénatale sont 69,2% à vivre en couple, 14,9% vivent entourées par leur famille ou des connaissances et 15,9% vivent isolées (seules ou en maison d'accueil). Cette dernière catégorie représente le double de celle de la Fédération Wallonie-Bruxelles et est augmentée de 50% par rapport à la proportion en province de Liège pour le suivi de la grossesse.

1.5.5.3 L'isolement social

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

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



Le sentiment d'isolement - qui est la « situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger³ » -, ou la solitude se distinguent de ce qui est mesuré par la BDMS au travers de l'indicateur ci-dessus. La mesure d'une situation de fait permet d'estimer le soutien à apporter en termes de présence, d'aides concrètes.

L'isolement social reprend trois composantes⁴ que sont l'isolement relationnel, le sentiment de solitude et le fait de vivre seul.

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

Le sentiment de solitude est un état subjectif et négatif de l'expérience selon laquelle les besoins sociaux sont insatisfaits, en quantité, en qualité, ou les deux (Maruyama, 2017). Si elle est imposée, la solitude peut être une souffrance et présenter des risques importants chez la femme enceinte et/ou l'enfant à venir.

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

³ Définition du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) français

⁴ Selon Pan Ké Shon, chercheur à l'Institut national d'études démographiques (INED), cité par C. Bretaudeau et G. Mézière dans leur TFE « Quel impact de l'isolement social chez la femme enceinte, sur les issues obstétricales, néonatales et la dépression du post-partum ? » Bruxelles, 2019

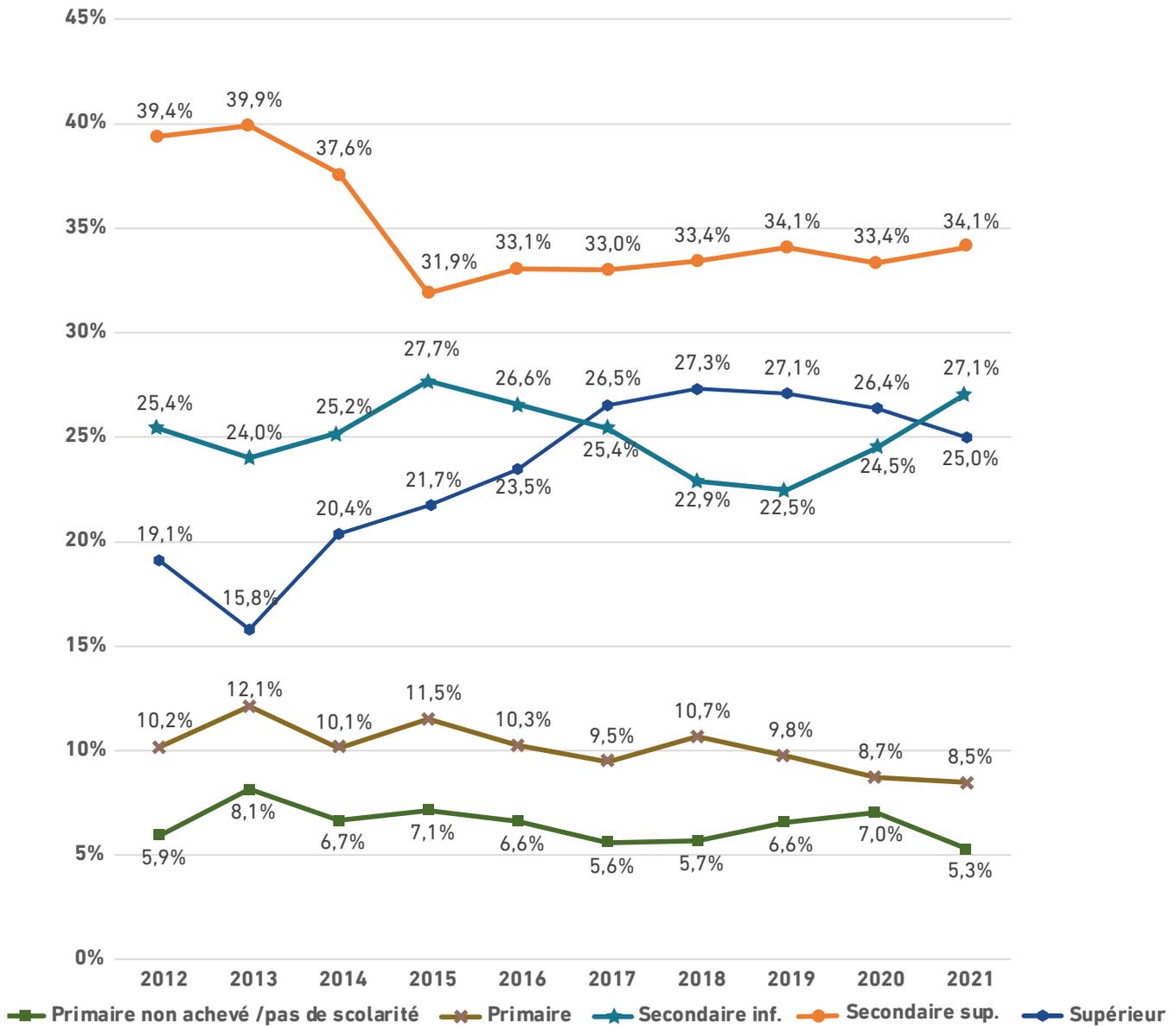
1.5.6 – Le niveau d'éducation atteint par les femmes enceintes suivies

Une abondante littérature met en évidence des liens entre le niveau d'étude de la (future) mère et la santé de l'enfant. L'indicateur relatif au niveau d'éducation de la (future) mère ne semble pas évident à récolter pour beaucoup d'acteurs de terrain et dans diverses disciplines. Entre la crainte d'un certain jugement ; la difficulté liée aux systèmes éducatifs selon les origines ou encore la diversité des formations existantes...

Pour d'autres, collecter cette donnée relève d'une réelle gymnastique. Cependant, elle détermine l'adaptation de l'information communiquée et les messages à transmettre. Au-delà des difficultés éventuelles de la langue, l'intégration des messages de prévention doit être assurée. Les PEP's de l'ONE rapportent régulièrement que les femmes enceintes demandent l'interprétation de l'échange avec le médecin.

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

EVOLUTION DU NIVEAU D'ÉDUCATION ATTEINT PAR LES FEMMES ENCEINTES SUIVIES EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021



En province de Liège comme dans les autres subrégions, la qualité de la donnée récoltée nécessite encore une sensibilisation des Partenaires Enfants-Parents de l'ONE. Ainsi, la part de données manquantes reste élevée (20% en moyenne), malgré son amélioration en 2021 (10%). Le graphique relatif au niveau d'éducation des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège est indicatif d'une population spécifique.

En moyenne sur les 10 années de données, on décrit plus de 40% de la population de femmes enceintes suivies à Liège qui présenterait des difficultés d'intégration de certains messages de santé si on ne prend pas en compte leur niveau d'éducation. Il s'agit de celles qui ont un niveau d'études inférieur au secondaire supérieur. 17% de la population de femmes enceintes aurait des difficultés à l'écrit (niveau primaire). 35% ont leur diplôme de secondaire supérieur et 23% ont obtenu un diplôme de niveau supérieur.

COMPARAISON DES NIVEAUX D'ÉDUCATION DES FEMMES : FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE ET FEMMES DE PLUS DE 18 ANS DANS LA POPULATION

FEMMES DE +18 ANS
DANS LA POPULATION

BRUXELLES



WALLONIE



FEMMES ENCEINTES
SUIVIES PAR L'ONE

FÉDÉRATION W-B



PROVINCE DE LIÈGE



X Supérieur ★ Secondaire sup. ● Secondaire inf. + Primaire ■ Primaire non achevé / pas de scolarité

Données BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021 et Forces de travail 2016

Les différences ne sont pas si marquées par rapport à l'ensemble des femmes enceintes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cependant, lorsque l'on compare avec les données croisées de 2016 de l'enquête sur les forces de travail avec la base de données enseignement⁵, on peut décrire des différences entre la population de femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège et la population de femmes en Wallonie. La même observation peut être faite pour le public ONE et les femmes de la Fédération Wallonie-Bruxelles (par extrapolation, Bruxelles et Wallonie). Ces comparaisons mettent en évidence le fait selon lequel l'ONE touche une population moins instruite que la moyenne.

En Belgique, on estime qu'un adulte sur dix éprouve des difficultés à lire et à écrire. C'est ce que l'on appelle l'illettrisme ou l'analphabétisme.

Les données de la Plateforme de Verviers présentent 31,9% de femmes suivies qui n'ont pas atteint le niveau d'études du secondaire inférieur ; 40,5% disposent d'un diplôme d'études de niveau secondaire inférieur ; 22,7% ont le niveau de secondaire supérieur et 4,9% parmi elles ont mené des études supérieures.



⁵ Etat des lieux de l'alphabétisation en Fédération Wallonie-Bruxelles. Huitième exercice, Données 2014 à 2016.

L'ASBL Lire et Ecrire qui est en charge de la question d'analphabétisme décrit une grande différence entre Bruxelles et la Wallonie. Dans la capitale, la majorité des personnes accompagnées est étrangère. On parle soit de migrants, soit de personnes vivant en Belgique depuis plusieurs années, mais sans en avoir la nationalité. En Wallonie, le public est constitué de Belges majoritairement. Souvent, des personnes qui ne parviennent pas à trouver un emploi ou d'autres qui ont fini leur carrière mais qui veulent enfin prendre le temps d'apprendre.

L'association ne prend en charge que des adultes, ce qui repousse le problème à la fin de la scolarité. Pourtant, les jeunes en situation d'analphabétisme ou en décrochage scolaire sont légion dans toutes les régions. Pour ce qui est du sujet qui nous préoccupe, les jeunes femmes enceintes risquent, encore plus que leur égaux masculins, la disqualification sociale par le fait de leur grossesse, et donc un risque plus grand de précarité et de pauvreté, qui s'additionnent aux freins à l'apprentissage.

Si on prend en compte le taux de 10% d'analphabètes en Belgique, en leur temps, les analyses sociologiques des inégalités scolaires les études menées dans les pays industrialisés présentent des taux d'analphabétisme fonctionnel⁶ bien plus élevés autour de 15 %.

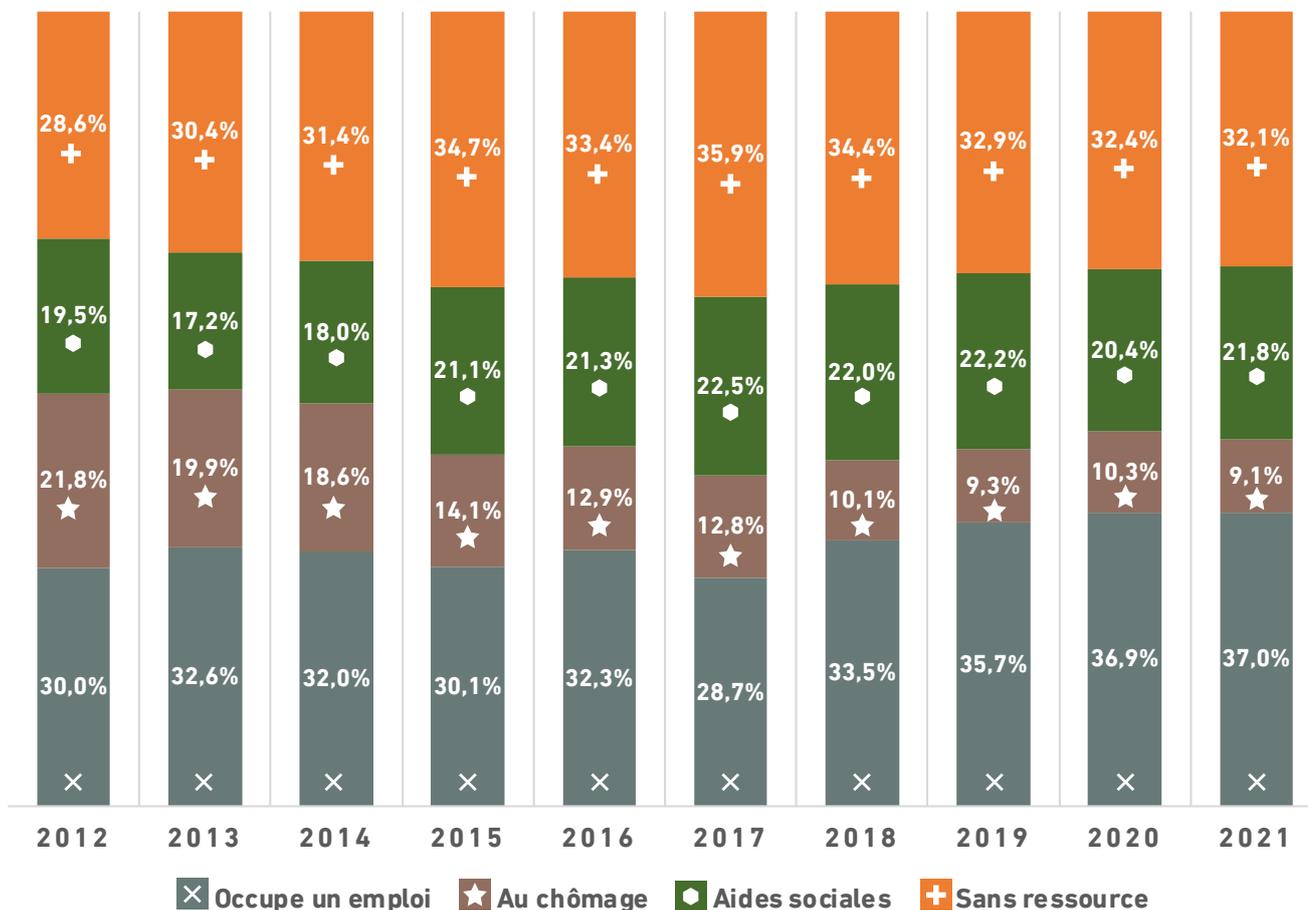


⁶ Sylvie-Anne Goffinet et Dirk Van Damme, *Analphabétisme fonctionnel en Belgique*, Fondation Roi Baudouin et Institut de l'Unesco pour l'éducation, 1990.

1.5.7 – La situation professionnelle des femmes enceintes suivies

La situation professionnelle telle que décrite par l'ONE dans le cadre de la récolte de données BDMS essaye d'estimer les paliers de ressources, le niveau de revenus.

EVOLUTION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES ENCEINTEES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

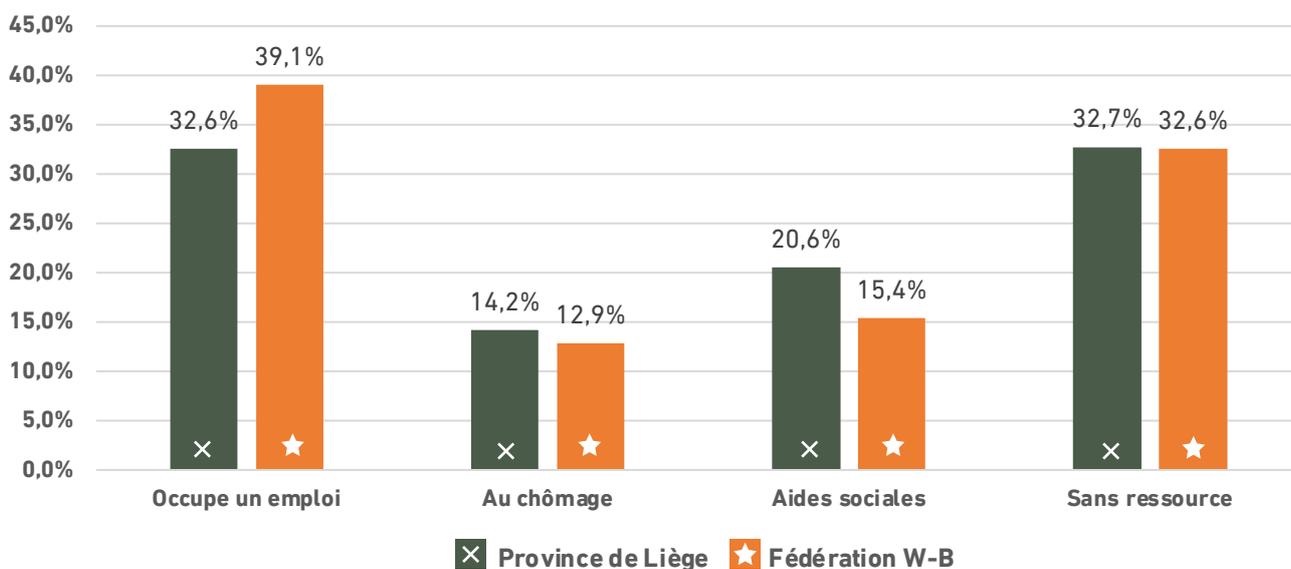
Les questions de ressources sont déterminantes pour jauger des conditions de vie des populations et, face au vécu de la grossesse, elles dévoilent les ruptures conjugales, les fragilités familiales et les carences résidentielles.

L'absence ou la faiblesse de ressources peut engendrer des « parcours d'errance » très spécifiques chez nombre de femmes enceintes, pouvant mener à des difficultés d'accompagnement réelles et, des travailleurs de terrain évoquent des situations insoutenables de femmes enceintes sans abri ou itinérantes. Ces conditions de vie sont la plupart du temps les causes de pertes de droit ou des non recours du fait de perte d'une adresse de domiciliation par exemple.

En province de Liège en 2021, un tiers de femmes enceintes accompagnées est sans ressource (32,7% en moyenne sur les 10 ans) et un autre tiers bénéficie d'aides sociales et d'indemnités de chômage (20,6 et 14,2% respectivement). Et le 3^e tiers bénéficie de revenus d'une activité salariée ou d'indépendante, donc possède un emploi (32,6%).

On peut surtout observer dans ce graphique que la part de femmes bénéficiant d'indemnités de chômage a été divisé par deux sur la décennie (21,8% à 9,1% en 10 ans) et qu'inversement, dans des proportions moindres, la proportion de femmes bénéficiant d'aides sociales est passée de 19,5% en 2012 à 21,8% en 2021.

SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Par rapport à l'ensemble des femmes enceintes suivies en Fédération Wallonie-Bruxelles, les femmes accompagnées par l'ONE en province de Liège ont un plus faible taux d'emploi et sont plus nombreuses à bénéficier d'aides sociales et, mais de façon peu significative, d'indemnités de chômage. La part de femmes ne bénéficiant d'aucune ressource est identique aux 2 entités géographiques.

Il est à noter que le niveau d'emploi des femmes enceintes fréquentant les structures ONE en province de Liège représente la moitié de la proportion de femmes ayant un emploi en Belgique (environ 65%). Ce qui implique que l'ONE touche un public socio-économiquement plus fragile.

Les femmes enceintes de la plateforme de Verviers sont 43,5% à ne disposer d'aucune source de revenus (sans ressource) ; une autre part comparable (41,9%) dispose des aides sociales diverses ; 9,5% ont droit au chômage et 5,1% dispose de revenus liés à un emploi.

1.5.8 – Les habitudes de vie des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège

1.5.8.1 Les habitudes tabagiques en Belgique

Le tabac est un problème majeur de santé publique. Il est directement lié au décès d'environ 20.000 Belges par année. La législation belge des produits du tabac a été renforcée, afin de se conformer à la directive européenne de mai 2014 pour décourager et réduire la consommation. Ces mesures portent sur l'avertissement, le texte et l'illustration sur le paquet, l'interdiction des arômes, le système d'identification et de suivi pour la production et la distribution, la vente par internet, etc.

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

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

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

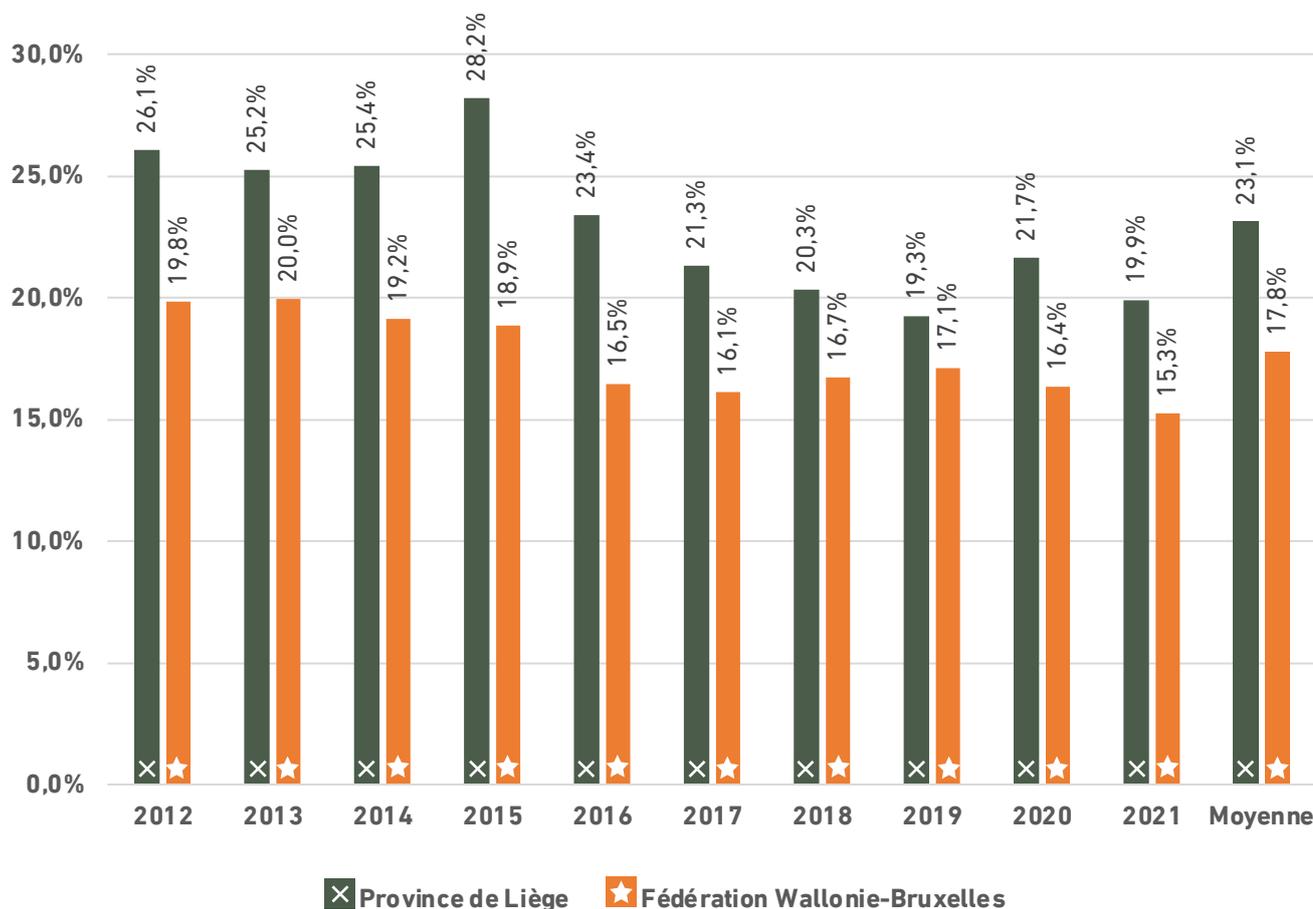
a) La consommation quotidienne de tabac durant la grossesse

Les femmes enceintes suivies par l'ONE sont en moyenne 23,1% à fumer (2012-2021) en province de Liège.

Elles fument environ 10 cigarettes au quotidien en début de grossesse. La proportion de femmes fumeuses durant leur grossesse est de 17,8% pour toute la communauté.

Depuis 2012, on peut observer une diminution relative de la proportion de fumeuses parmi les femmes suivies par l'ONE pour leur grossesse en Fédération Wallonie-Bruxelles.

EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE CIGARETTES AU QUOTIDIEN CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES SUIVIES PAR L'ONE – COMPARAISON PROVINCE DE LIÈGE ET FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Ces dix dernières années, on peut globalement observer une tendance à la diminution de la proportion des habitudes tabagiques chez les femmes suivies pour leur grossesse en CPN-ONE implantées en province de Liège, comme pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. La diminution est comparable et est de 23,7% en province de Liège et 22,7% en FWB.

Les femmes enceintes suivies de la plateforme de Verviers présentent une proportion de 28,8% de fumeuses.

b) La diminution du nombre de cigarettes au quotidien ou l'arrêt de la consommation de tabac durant la grossesse

Entre le 1^{er} et le 3^e trimestre de grossesse, on peut observer une légère diminution de la consommation de cigarettes

chez les femmes enceintes (5,1% de femmes enceintes de la province arrêtent leur consommation de cigarettes).

(Voir chapitre 4)

c) La cigarette électronique

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

Un quart des belges ont déjà utilisé la cigarette électronique et 10% vapotent de temps en temps, soit 8% de femmes et 12% d'hommes. Dans cette population, 33% des vapoteurs n'ont jamais fumé, 31% constituent des ex-fumeurs et 36% des fumeurs⁷.

⁷ Enquête IPSOS pour la Fondation contre le Cancer de 2019

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

La consommation d'alcool durant la grossesse retient particulièrement l'attention des professionnels qui les accompagnent. Elle est notifiée et enregistrée dans les relevés de la BDMS, mais la donnée reste difficile à renseigner. Les données manquantes restent importantes et, la part de femmes qui déclarent consommer de l'alcool reste fort sous-estimée. Un effort de sensibilisation reste à développer et à maintenir auprès des travailleurs de terrain ONE.

L'alcool est associé à de nombreux risques tels que les fausses couches⁸, le petit poids de naissance ou un accouchement prématuré⁹, mais aussi les troubles de développement psychomoteurs¹⁰.

1.5.8.3 Autres assuétudes et grossesses

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

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

1.5.8.4 La prise en charge des addictions

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

Sur le plan épidémiologique, il est important pour le travailleur de première ligne de savoir que les différentes dépendances sont souvent associées, avec des conséquences pouvant aboutir à l'exclusion sociale.

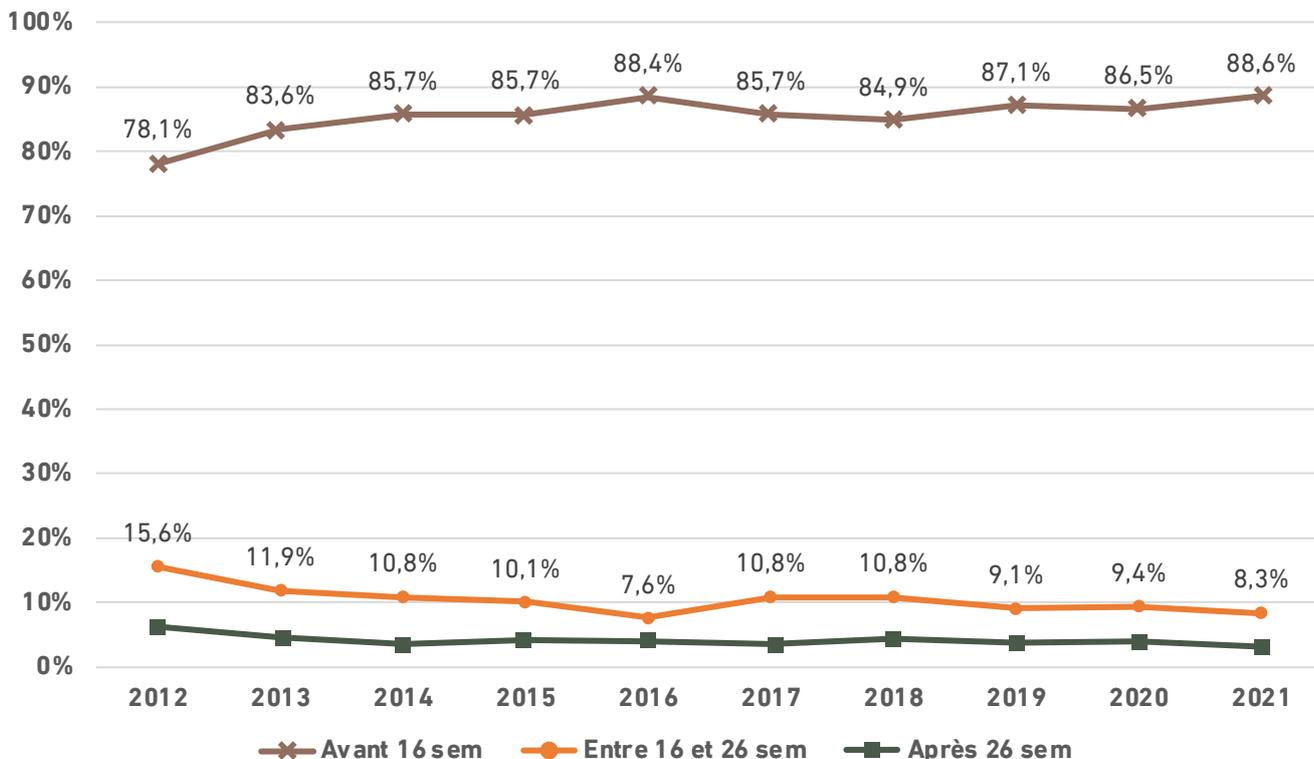


1.5.9 – La précocité du suivi de la grossesse en province de Liège

1.5.9.1 La première consultation relative à la grossesse

Le premier contact avec un professionnel en charge de la grossesse caractérise la précocité du suivi de la grossesse. Le moment où a lieu cette première rencontre est capital pour le suivi de la grossesse et sa régularité. Ce contact a lieu pour une part importante des femmes enceintes de la province de Liège en dehors de l'ONE.

EVOLUTION DES PROPORTIONS DE FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE À DES ÂGES CLÉS DE LA GROSSESSE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

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

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

¹⁰ P. Emonts et al, Alcool, grossesse et allaitement, Rev Med Liege 2019 ; 74 : 5-6 : 360-364

La toute première consultation pour le suivi de la grossesse intervient autour de la 9^e semaine de grossesse, tout type de professionnel confondu (ONE ou non). Au sein des services de l'ONE, ce contact a lieu à la 10^e semaine en moyenne pour les femmes enceintes suivies en province de Liège.

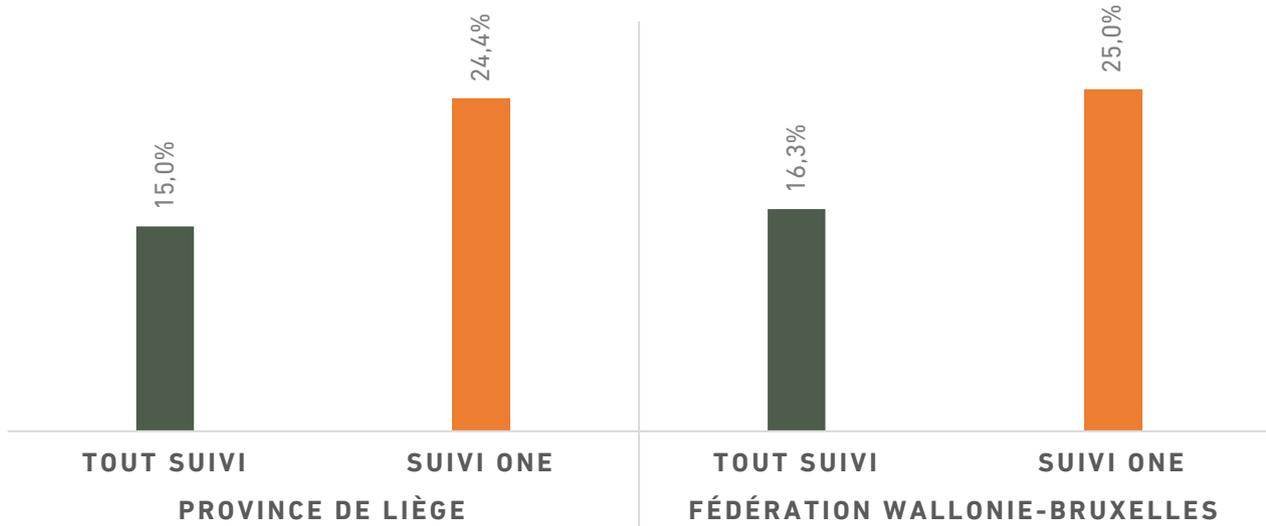
Ce graphique montre que plus de 85% des femmes ont eu un contact pour leur suivi prénatal à la 15^e semaine de grossesse, tout professionnel confondu. Cette limite

est considérée comme un suivi précoce. 10% ont un premier contact entre la 16^e et la 26^e semaine (6 mois de grossesse) et près de 5% ont un suivi au-delà du 6^e mois de la grossesse.

1.5.9.2 Le suivi tardif

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

COMPARAISON DES SUIVIS TARDIFS SELON LA FILIÈRE ONE ET POUR TOUTS SUIVIS CONFONDUS – PROVINCE DE LIÈGE ET FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 16,3% des femmes ont un suivi tardif de leur grossesse. Si on prenait en compte uniquement le suivi par l'ONE, elles seraient 25,0% à avoir un suivi après 15 semaines de grossesse entre 2012 et 2021.

En province de Liège, ces proportions sont de 15,0% et 24,4% respectivement, soit une unité de pourcentage plus basse que pour la Fédération tout entière.

Le suivi tardif peut aller de pair avec l'irrégularité du suivi pour la grossesse. Les raisons peuvent être nombreuses, notamment l'accès aux soins auxquels le Partenaire Enfant-Parent de l'ONE reste très attentif.

Pour la BDMS, l'arrêt du suivi est mentionné lorsque l'information relative à l'accouchement manque. En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'information d'accouchement manque pour 12 à 15% des femmes enceintes suivies par l'ONE chaque année.

En province de Liège ces dix dernières années, le pourcentage de femmes dont le suivi de la grossesse a été arrêté par les structures de l'ONE qui y sont implantées est représenté par le graphique ci-après. Il varie de 11,6% à 14,3% et se situe à 14,8% en 2021.

Le suivi des femmes enceintes dans le cadre de la plateforme est un suivi en 2^e ligne. Cependant, comme pour les autres consultations de l'ONE, l'information de ce premier contact avec un professionnel est récoltée. Ainsi, les femmes de la plateforme ont un suivi tardif pour 23% d'entre elles. Elles vont avoir le rendez-vous avec le médecin, gynécologue ou généraliste privé après 15 semaines de grossesse.

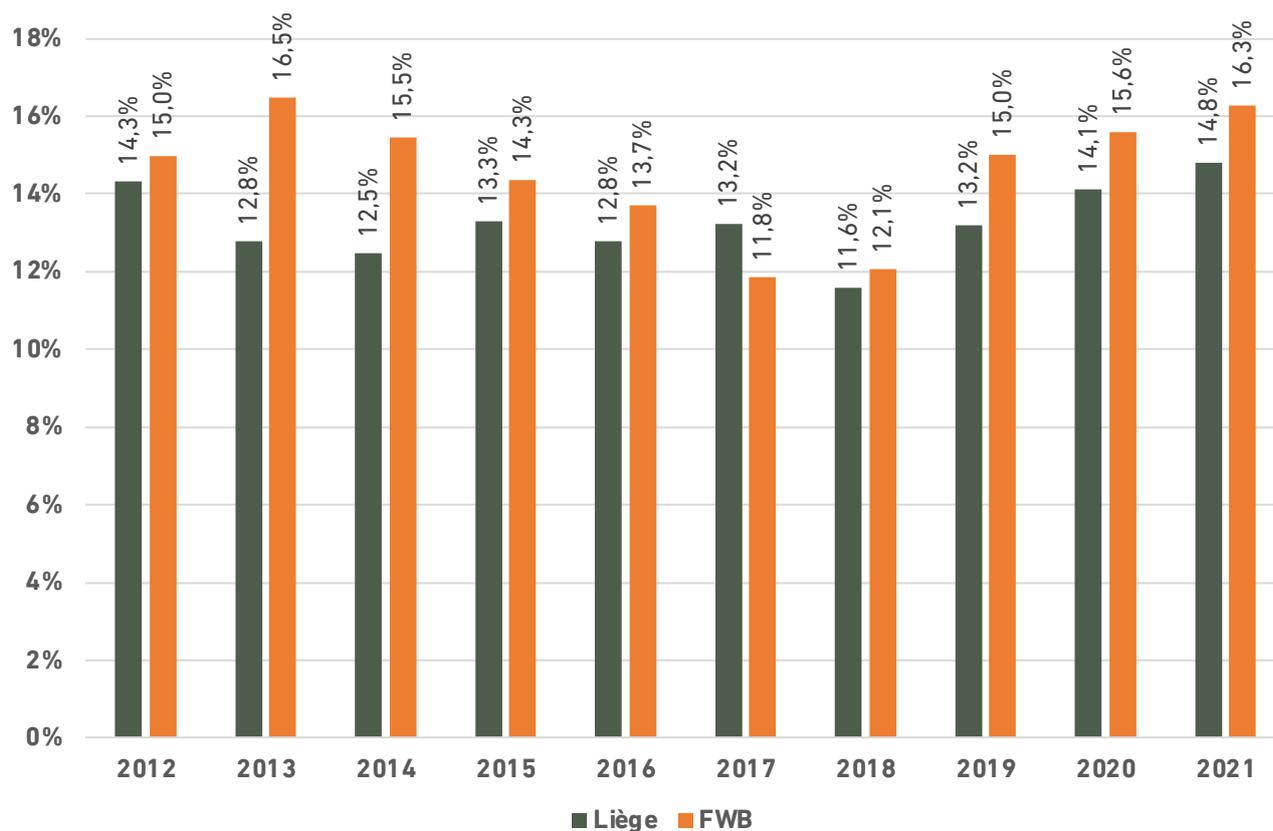
1.5.10 – L'arrêt du suivi de la grossesse par l'ONE et les raisons de cet arrêt

Chaque année, le suivi de la grossesse initié par l'ONE est interrompu. Cet arrêt du suivi est dû à de nombreuses raisons.





EVOLUTION DE L'ARRÊT DU SUIVI DE LA GROSSESSE PAR L'ONE – PROVINCE DE LIÈGE ET FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

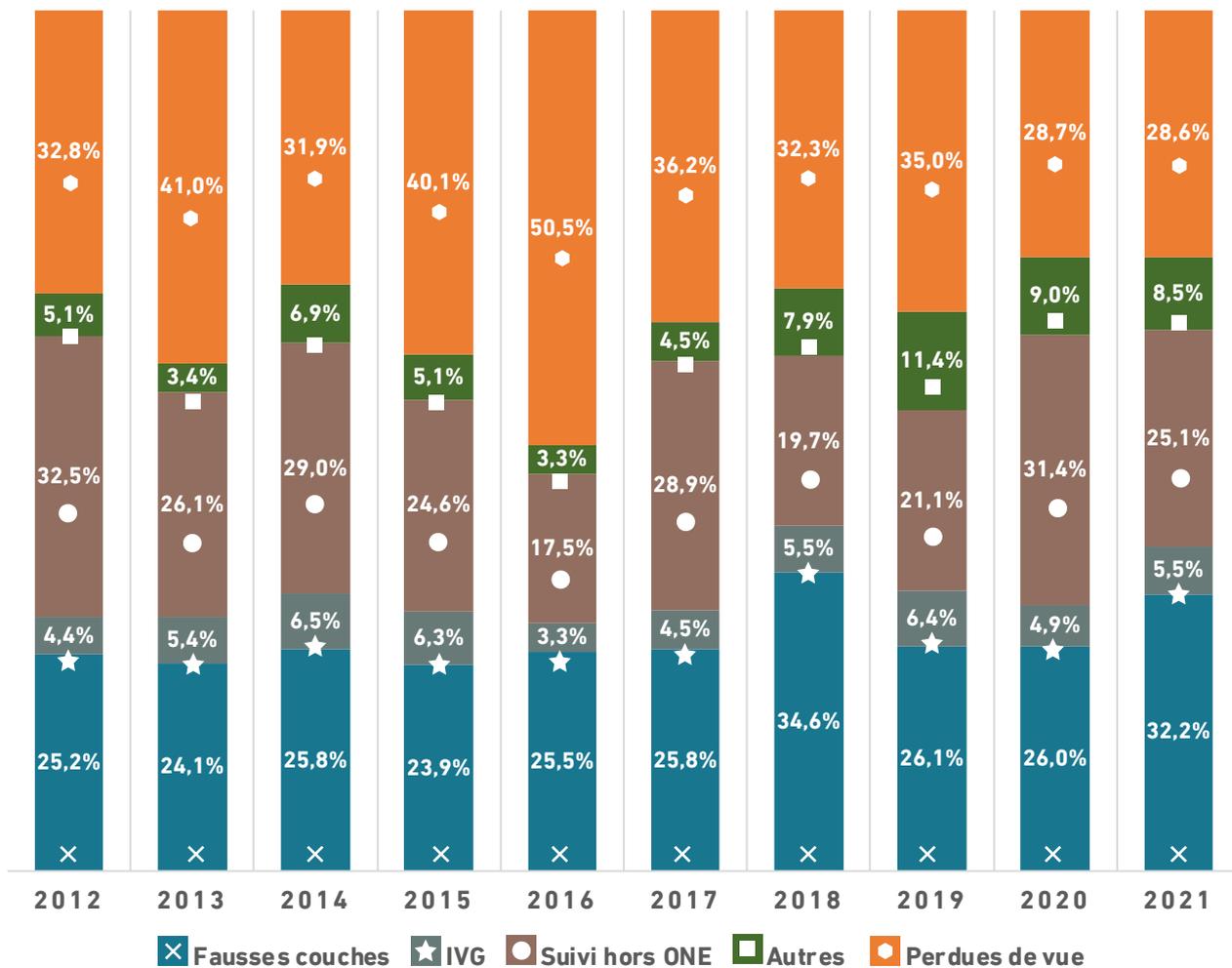


BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

La part des femmes dont le suivi de la grossesse est arrêté est en augmentation ces 4 dernières années. En moyenne, 13,2% des femmes interrompent leur suivi de la grossesse par l'ONE en province de Liège, 14,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2012 et 2021.

Cette absence d'information relative à l'accouchement ne sous-entend pas forcément que la grossesse n'a pas abouti à un accouchement. De nombreux motifs sont décrits pour ces femmes dont le suivi est arrêté au sein de l'ONE et, seules pour les pertues de vue, l'ONE ne dispose d'aucune information.

EVOLUTION DES MOTIFS D'ARRÊT DE SUIVI PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Pour l'ensemble des femmes enceintes dont le suivi est arrêté en province de Liège, 25,5% en moyenne recourent à un suivi en dehors de l'ONE entre 2012 et 2021. Une proportion qui a fluctué au fil du temps.

Parmi les femmes dont le suivi s'est arrêté, presque 32% des femmes ont interrompu leur suivi du fait d'une fausse couche ou d'une interruption volontaire de la grossesse. Pour l'ensemble des grossesses suivies, ces 2 issues représentent 4,2% des femmes. 3,5% des femmes enceintes suivies en province de Liège ont vécu une fausse couche ces 10 dernières années.

Pour plus d'une femme enceinte sur 3 dont le suivi a été arrêté par l'ONE, l'information sur le parcours de soins est manquante et est donc perdue de vue. La plupart du temps, il s'agit de femmes enceintes qui accouchent en dehors de l'hôpital où elles sont suivies pour leur grossesse ou celles suivies par la plateforme.

La rubrique « autres » représente surtout la proportion de femmes enceintes ayant déclaré changer de structure de suivi, du fait de leur déménagement ou pour se rapprocher de leur domicile, ... et parfois en restant dans l'accompagnement par l'ONE. Elles sont en moyenne 6,4% en province de Liège.

Le fonctionnement de la plateforme de Verviers consiste en un accompagnement réalisé par les PEP's du secteur prénatal et révèle un profil spécifique de femmes enceintes en situations de grande vulnérabilité accompagnées. Elles sont majoritairement plus jeunes, avec peu ou pas de ressources financières et un moindre niveau d'éducation. Leur isolement les expose en plus à des difficultés socio-économiques, mais aussi psychologiques avec des risques accrus d'issues néonatales défavorables.

1.6 LES ISSUES OBSTETRIQUES DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE

Les données relatives aux issues de la grossesse ci-dessous sont celles des femmes dont la grossesse a été suivie jusqu'à l'accouchement. Ces données représentent 86,8% des femmes enceintes suivies par l'ONE en province de Liège. De ces grossesses dont le suivi a été mené jusqu'au bout (16 843 femmes enceintes et 16 991 naissances), 1,7% sont gémellaires.

La BDMS recense via le « volet prénatal » 5,7 mort-nés pour mille naissances et 2,8 décès post-natal pour mille naissances. Données à titre indicatif sur le public fréquentant l'ONE en province de Liège et dont l'information est connue. Cette donnée est tout de même marquante parce que l'accompagnement de la famille par le PEP's de l'ONE prend une tout autre forme. En Fédération Wallonie-Bruxelles, ces taux sont de 3,6 et 1,8 pour mille naissances respectivement, et sur un nombre de naissances de 94 260 pour les 93 527 femmes enceintes suivies ces 10 dernières années et dont nous disposons d'informations médico-sociales.

1.6.1 - Le poids à la naissance des enfants issus de femmes suivies

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

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

Sur les 16 847 nouveau-nés vivants issus de ces femmes dont la grossesse a été suivie en province de Liège, 9,2%

sont nés avec un poids inférieur à 2500 grammes. Pour l'ensemble des femmes suivies par l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion est de 7,8%.

Les proportions de petits poids de naissance varient annuellement. Elles ont fluctué entre 7,2% et 10,2% pour les nouveau-nés issus de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en province de Liège. Elles sont marquées par l'âge des femmes enceintes, mais aussi par les habitudes tabagiques ou encore la situation socio-économique.

1.6.2- La durée de gestation

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

Une meilleure compréhension des causes de naissance prématurée et de meilleures estimations de l'incidence des naissances avant terme sont nécessaires pour améliorer l'accès à des soins obstétricaux et néonataux efficaces¹¹.

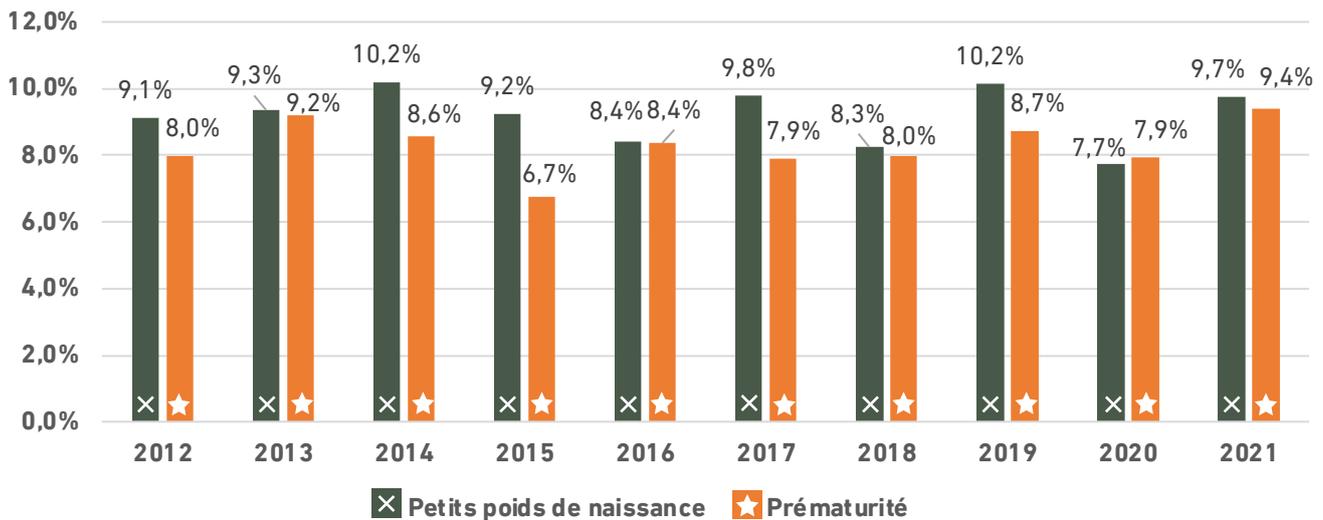
La part des nouveau-nés prématurés issus de femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE est de 8,2% en Province de Liège et 7,4% en Fédération Wallonie-Bruxelles en moyenne pour la décennie 2012-2021.

La part de prématurés issus des femmes dont la grossesse a été suivie par l'ONE en province de Liège est inférieure ou égale à la proportion de petits poids de naissance. Le marqueur principal de la prématurité est socio-économique.



¹¹ Stacy Beck et al, « Incidence mondiale de la naissance avant terme : revue systématique de la mortalité et de la morbidité maternelle » in Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Volume 88 : janvier 2010, 1-80

EVOLUTION DE LA PRÉMATURITÉ ET DES PETITS POIDS DE NAISSANCE DE NOUVEAU-NÉS ISSUS DES FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

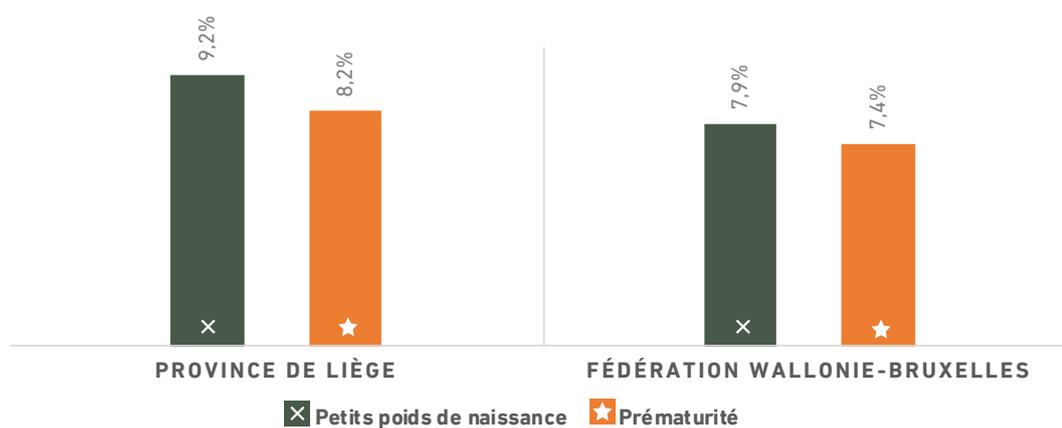
En 2021, le taux de prématurité en province de Liège a atteint un niveau record sur la décennie, et il est au-dessus de la moyenne de la Fédération. Les petits poids de naissances et la prématurité sont des issues néonatales qui présentent des proportions plus élevées en province de Liège que la moyenne de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ce qui est des femmes enceintes dont le suivi a été mené avec l'ONE.

Quelques éléments d'explication pourraient être liés aux habitudes de vie tels que les habitudes tabagiques,

l'alcool et autres assuétudes, mais également une certaine dégradation du tissu socio-économique des populations fréquentant les structures prénatales de l'ONE.

Ces facteurs de risque, mais également de nombreux autres sont souvent évoqués par les Partenaires Enfants-Parents de l'ONE qui travaillent dans les structures prénatales de l'ONE de la province et qui offrent un accompagnement particulier aux femmes enceintes, notamment dans le cadre de la plateforme.

COMPARAISON DES TAUX DE PRÉMATURITÉ ET DE PETITS POIDS DE NAISSANCE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS DE FEMMES DONT LE SUIVI DE LA GROSSESSE A ÉTÉ ASSURÉ PAR L'ONE, ENTRE LA PROVINCE DE LIÈGE ET LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



BDMS-ONE « volet prénatal », 2012-2021

Les proportions de prématurité et de petits poids de naissance sont plus élevées en province de Liège que pour

l'ensemble du suivi en Fédération Wallonie-Bruxelles pour les années de notre analyse (2012-2021).



Pour ce qui concerne les femmes enceintes suivies dans le cadre de la plateforme de Verviers, les issues néonatales décrivent 16,3% de petits poids de naissance et une proportion de 11,3% de prématurité. Des taux bien plus élevés que ceux du suivi de la province de Liège, et bien encore plus importants que les chiffres moyens de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de petits poids de naissance y est même doublée.

SYNTHÈSE

Les suivis de grossesse menés par l'ONE en province de Liège concernent 18% des grossesses de la Province. Le public est actuellement intégré dans le suivi ONE au départ de 2 types de services : il s'agit soit des femmes enceintes consultant dans un hôpital public (CHBA, Hôpital de La Citadelle, CHR Huy) soit des patientes référées à la plateforme prénatale via l'intervention de leur gynécologue en raison d'une fragilité spécifique nécessitant un accompagnement psychomédico-social personnalisé.

Quelques caractéristiques des femmes enceintes suivies sont à retenir. Lorsque l'on décrit l'âge de la femme enceinte suivie, on peut observer une diminution légère, mais sensible, des femmes enceintes de moins de 25 ans et une légère augmentation des femmes enceintes de 30 ans ou plus.

La diminution du nombre de femmes enceintes de moins de 20 ans est de plus de 35% entre 2020 et 2021, et de plus de 65% sur la décennie. Tout de même, 4,4% des femmes suivies avaient moins de 20 ans en 2021 en Province de Liège. Cet indicateur pour le suivi spécifique au sein de la Plateforme présente une proportion de plus de 20% de femmes de cette catégorie d'âge.

En moyenne, 5,6% des femmes ne disposent pas de couverture soins de santé au moment de leur inscription pour le suivi de la grossesse par l'ONE en province de Liège (20% de celles suivies par la plateforme). Les femmes isolées quant à elles représentent une moyenne de 10,0% des femmes suivies à Liège sur les 10 dernières années et 7,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

On décrit plus de 40% de la population de femmes enceintes suivies à Liège qui présenteraient des difficultés d'intégration de certains messages de santé, si on ne prend pas en compte leur niveau d'éducation. Par conséquent, la situation d'emploi est liée au niveau de formation. Leurs revenus sont aussi plus faibles et 1 sur 3 est sans ressource.

Les petits poids de naissances et la prématurité sont des issues néonatales qui présentent des proportions plus élevées en province de Liège que la moyenne de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ce qui est des femmes enceintes dont le suivi a été mené à terme avec l'ONE. En 2021, le taux de prématurité en province de Liège (9,4%) a atteint un niveau record sur la décennie, comme celui des petits poids (9,7%) à la naissance, il est au-dessus de la moyenne de la Fédération.

Les données de la BDMS confirment assurément les besoins en matière de prévention et d'accompagnement spécifiques des femmes enceintes consultant les CPN ONE (CPNH et plateforme prénatale). Le travail du PEP's de l'ONE est d'œuvrer à la réduction des inégalités sociales de santé et donc de rejoindre les familles dans leurs capacités individuelles à mettre en place des comportements protecteurs pour leur santé et celle de leur(s) enfant(s).



CHAPITRE 2

**LES NAISSANCES
ET ACCOUCHEMENTS
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE**

2. LES NAISSANCES ET LES ACCOUCHEMENTS

2.1 - LA POPULATION

Au 1^{er} janvier 2022, la population de la Belgique atteignait 11 584 008 habitants, selon les chiffres officiels de Statbel issus du Registre national. 51% des personnes sont des femmes, et 49% des hommes. La population belge a connu une croissance annuelle de 62 770 personnes en 2021, soit une augmentation du nombre d'habitants de 0,54%.

En province de Liège, la population à la même date était de 1 110 989 habitants. Elle a crû de 0,17% par rapport au 1^{er} janvier 2021 (1 109 067).

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

MOUVEMENTS DE LA POPULATION DE BELGIQUE, DE LA RÉGION WALLONNE ET DE LA PROVINCE DE LIÈGE EN 2021

Lieu de résidence	Population au 1 ^{er} Janvier 2021	Solde naturel	Solde du mouvement migratoire interne	Solde du mouvement migratoire international	Ajustement statistique	Croissance totale	Population au 1 ^{er} Janvier 2022
Belgique	11 521 238	5 623	0	58 118	-971	62 770	11 584 008
Région wallonne	3 648 206	-2 457	5 789	10 987	-30	14 289	3 662 495
Province de Liège	1 109 067	-619	-490	3 003	28	1 922	1 110 989
Communauté germanophone	78 144	45	143	277	-5	460	78 604

Statistics Belgium, juin 2022

En province de Liège, le solde naturel présente un déficit de 619 personnes pour l'année 2021. C'est-à-dire que le nombre de décès a été plus élevé que celui des

naissances de la Province. Cependant, la population a augmenté de près de 2.000 habitants.

2.2 – LES NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS EN PROVINCE DE LIEGE

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

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

Lieu de résidence	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avis de naissance ONE	11886	11541	11678	11312	10895	10250	10558	11059	10250	10396
Naissances officielles DGSIE	11647	11975	12028	11725	11790	11644	11387	11486	10824	11207

BDMS-ONE, « avis de naissance » et « Statistics Belgium » 2012-2021

Des différences peuvent être marquées entre les statistiques du Service Public Fédéral Economie ou Statistics Belgium (données officielles) et les « avis de naissance » de l'ONE. En effet, le lieu de résidence effective peut être différent de celui figurant sur les documents officiels ; le séjour peut être relativement court en maternité et/ou l'accouchement peut survenir durant le week-end, ne permettant pas un contact avec le PEP's ; les résidents temporaires, les personnes en transit ou les personnes illégales et autres touristes peuvent figurer dans les données ONE.

La moyenne des naissances couvertes par l'ONE au moment de l'accouchement est de 96%. A noter que ce dénominateur prend en compte les naissances de la Province incluant les germanophones. Cette indication est donc une base pour décrire la représentativité, qui est totale pour la Province de Liège.

2.2.1 - NAITRE ET GRANDIR : Un programme d'accompagnement revisité

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

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

Les modifications touchent essentiellement les périodes prénatale et périnatale. La grande nouveauté consiste dans le contact périnatal proposé à tous les futurs parents en fin de grossesse. Ce contact sert à faire connaissance avec la famille de façon précoce, à lui présenter

les services de l'ONE et à faire le lien avec les acteurs de la consultation pour enfants, avant même la naissance de l'enfant.

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



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

2.2.2 – Rôle du service de liaison

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

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





Fanny BASTIN

Partenaire Enfants-Parents de liaison au CHR La Citadelle à Liège

Je suis sage-femme de formation et je travaille à l'ONE depuis 2020. J'ai toujours travaillé au sein de l'équipe de la Citadelle. D'abord en Consultation prénatale hospitalière et, depuis août 2022 en service de liaison en maternité.



Equipe de liaison de la Citadelle - Sandrine Panis, Fanny Bastin, Florence Cornet, Caroline Rolland, Delphine Mutsers

Comment se passe la collecte des indicateurs de la BDMS avec vos collègues et les familles que vous rencontrez ?

La collaboration avec la maternité est très bonne tant avec les sages-femmes, les gynécologues que les pédiatres, mais également l'ensemble des équipes de la maternité. Le travail de collecte de données est assuré par une secrétaire qui collecte l'information via les registres hospitaliers. Avec ces premières données, nous avons un échange avec l'équipe de la maternité avant de rencontrer la famille en chambre. Lors de l'échange avec la nouvelle maman et sa famille, nous présentons les offres de services de l'ONE et complétons alors les quelques variables qui manquent en leur expliquant la finalité du traitement de leurs données.

Cette collecte de données est capitale pour ouvrir le dialogue avec la famille, elle permet la transmission de bonnes informations afin de démarrer le contact avec les équipes de Consultations pour enfants proches du lieu de résidence de la famille. Ces moments d'échange sont très variables, selon la situation ou l'état de la maman et amène à une capacité d'adaptation certaine. Ils sont cependant très enrichissants pour notre travail.

Comment l'informatisation des documents modifie-t-elle votre travail journalier ?

L'informatisation en cours semble encore loin de modifier complètement notre approche, mais nous sommes volontaires pour l'amélioration de la collecte d'informations médico-sociales en vue d'améliorer nos connaissances également. Pour ce qui concerne les données collectées, elles ne me semblent pas difficiles à enregistrer, et pour ce qui me concerne, je n'ai pas de difficulté à poser certaines questions à la mère, à partir du moment où on leur explique la portée de cette collecte. Du fait de ma formation de base, l'angle médical me paraît toujours bien plus consensuel. De ce point de vue, les items BDMS ne me semblent pas intrusifs.

Chaque PEP's a cependant ses habitudes et sa manière d'aborder la famille. En termes de qualité de données, elle est facilitée par le travail préalable de la secrétaire, qui laisse plus de temps d'échanges individuels. La plupart du temps, en sortant de la chambre, les informations sont directement transmises à la Consultation pour enfant qui prendra le relais.

Le souhait que je formule est que le travail de digitalisation initié soit complet et qu'il facilite le quotidien de notre accompagnement des familles et apporte une lecture globale des situations individuelles.

2.3 - LES DONNEES D'ACCOUCHEMENTS

Les données d'accouchement doivent être traitées différemment des données de naissances. Elles traduisent l'issue de la grossesse menée à son terme. Elles sont

relatives à la mère. Ainsi, le nombre d'accouchements est à distinguer au nombre de naissances pour éviter les doublons dus aux naissances multiples.

EVOLUTION DES ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2012 À 2021

Lieu de résidence	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Nombre de nouveau-nés	11886	11541	11678	11312	10895	10250	10558	11059	10250	10396	109825
Nombre de mères	11683	11357	11486	11137	10741	10087	10399	10869	10108	10233	108100

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

Le nombre d'accouchements (parité) est toujours légèrement inférieur à celui des nouveau-nés, du fait de naissances multiples, essentiellement gémellaires.

La proportion de mères vivant leur premier accouchement est constante dans le temps. Cette part de primipares représente 43% des mères. 33% des mères vivent leur 2^e accouchement et 15% vivent un 3^e accouchement. Le solde représente les femmes qui vivent un 4^e accouchement ou au-delà (9% des mères de la Province de Liège).

La part de primigestes tourne autour de 34% (entre 32 et 36% dans la décennie 2012-2021). Ces mères qui vivent leur première grossesse et, pour ce qui est de ce chapitre, leur premier accouchement varie peu.

2.3.1 – Le lieu d'accouchement

Les accouchements peuvent survenir en maternité ou en dehors de celle-ci. La quasi-totalité des mères de la Province de Liège accouchent en milieu hospitalier. Il en est de même de l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.3.1.1 – Les accouchements à domicile ou en maison de naissance

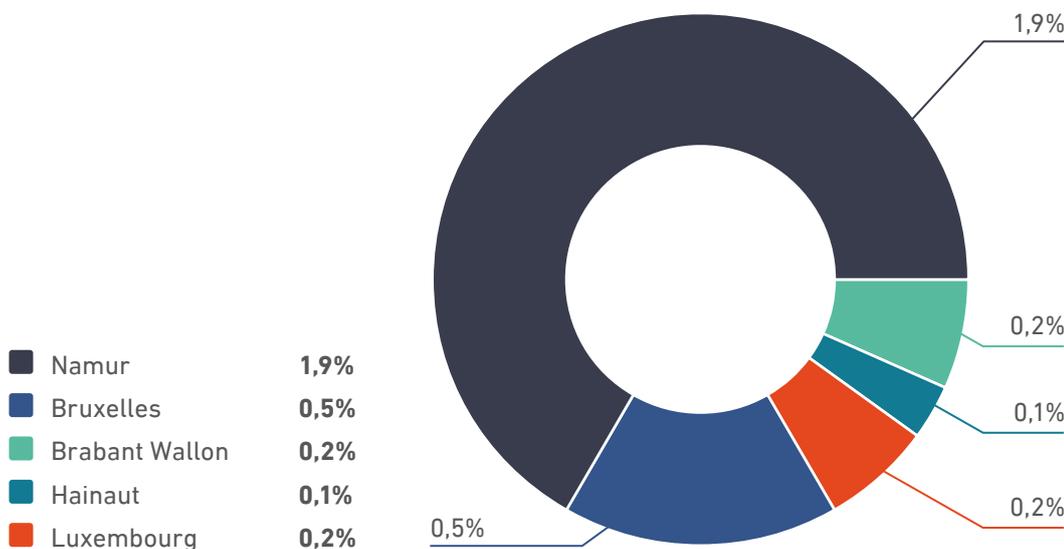
Entre 2012 et 2021, on dénombre quelques dizaines (37) d'accouchements à domicile ou en maison de naissance en Province de Liège connus par la BDMS. Des contacts ayant été établis entre l'ONE et quelques sages-femmes indépendantes qui communiquent des informations de naissance à la BDMS, en échange des carnets de santé de l'enfant.

2.3.1.2 – Les accouchements dans les maternités de Bruxelles et Wallonie

99,9% de tous les accouchements connus par la BDMS de résidentes en Province de Liège sont survenus dans les maternités de Bruxelles ou de Wallonie.

Parmi les accouchements ayant eu lieu au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 97,1% sont survenus en Province de Liège. En dehors de la province, les naissances se répartissent comme le présente le graphique ci-après.

RÉPARTITION DES ACCOUCHEMENTS SURVENANT EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES, SAUF PROVINCE DE LIÈGE



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

Si 2,9% de mères résidant en Province de Liège accouchent en dehors de leur région de résidence, cette répartition est variable et se concentre en province de Namur.

2.3.1.3 – Les accouchements en dehors de la Fédération

Une naissance sur mille a lieu en dehors de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il s'agit de naissances survenant en Flandre ou à l'étranger. Pour ce qui est de l'étranger, il s'agit essentiellement des accouchements dans l'un des pays de l'Union Européenne.

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

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

2.3.2.1 – L'âge médian des mères à l'accouchement

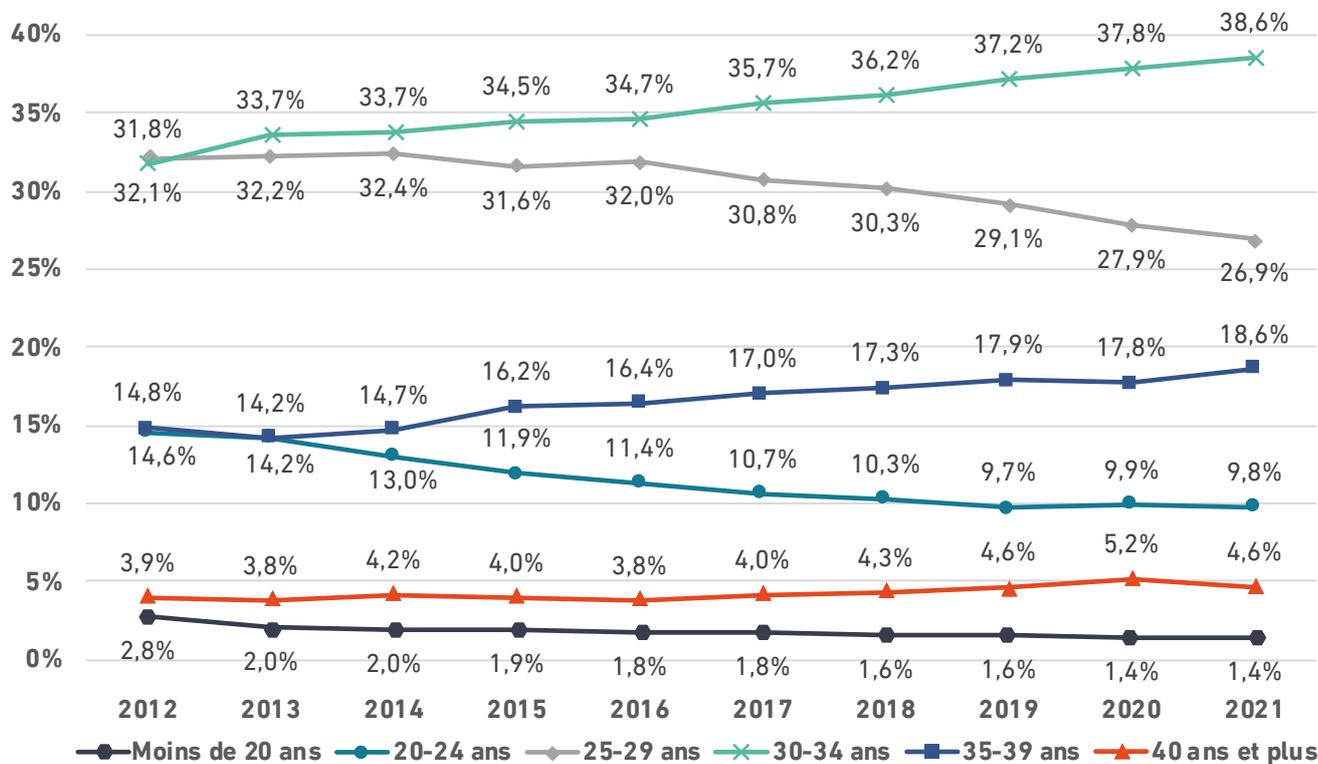
L'âge moyen de la mère est en continuel recul. Il est passé de 29 ans et 7 mois en 2012 à 30 ans et 10 mois en 2021. L'écart type est de 5,2 ans en 2021 avec un âge minimum de 14 ans et le maximum à 49.

En 2021, l'âge médian des mères est de 31 ans, alors qu'il était de 30 ans en 2012.

2.3.2.2 – Les catégories d'âge

Le découpage en catégories de 5 ans de l'âge de la mère au moment de l'accouchement montre à des degrés divers, d'une part, des courbes avec une tendance ascendante et d'autre part, des courbes descendantes. On peut facilement observer une diminution des catégories d'âge en dessous de 30 ans, et d'autre part une augmentation des catégories d'âges de 30 ans et plus. Ces courbes traduisent donc un recul de l'âge moyen de la mère en Province de Liège décrit ci-haut.

EVOLUTION DES CATÉGORIES D'ÂGE DES MÈRES AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2012 À 2021



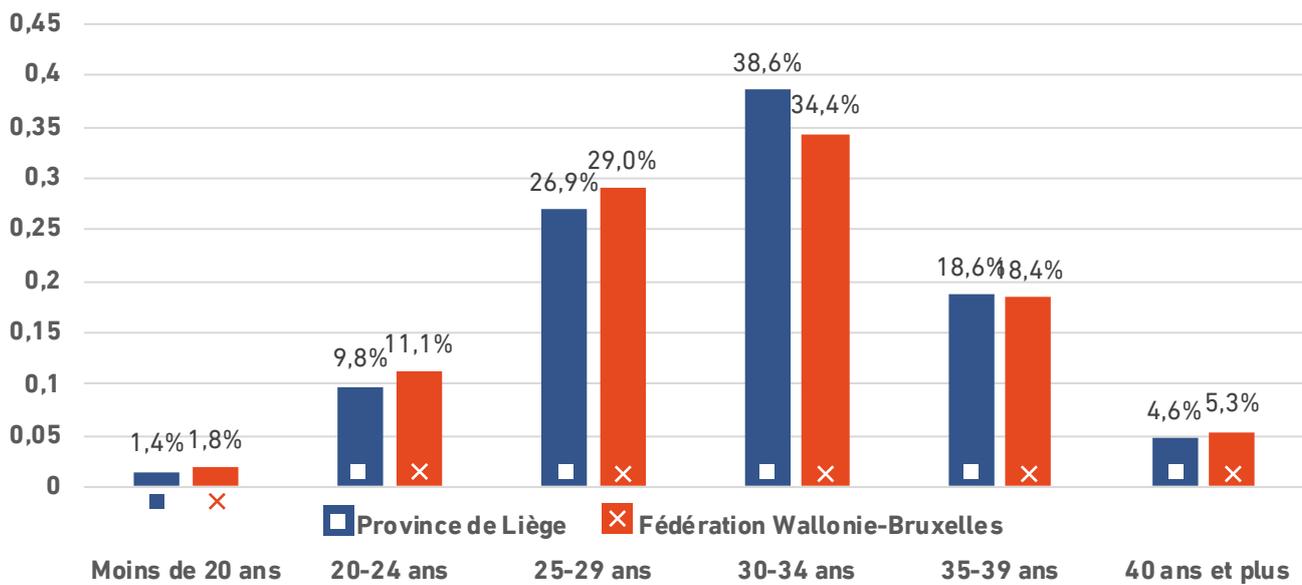
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2012-2021

La part la plus importante des accouchements concerne les mères entre 30 et 34 ans. Elles représentent près de 40% des mères de la province de Liège en 2021. Cette catégorie d'âge a supplanté celle des mères de 25 à 29 ans en 2012. Ces deux catégories d'âge (entre 25 et 34 ans) des mères constituent la majorité des accouchements en province de Liège, soient 65,5% des accouchements en 2021.



2.3.2.3 - La comparaison avec la Fédération Wallonie-Bruxelles

COMPARAISON DES CATÉGORIES D'ÂGE DES MÈRES ENTRE LA PROVINCE DE LIÈGE ET LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES EN 2021



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

La comparaison des catégories d'âge des mères en 2021 entre la Province de Liège et la Fédération Wallonie-Bruxelles montre une tendance similaire, avec cependant un pourcentage de mères de 30 à 34 ans plus important à Liège qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Jusqu'à 29 ans, les catégories d'âge sont très légèrement plus importantes proportionnellement au sein de la Fé-

dération qu'en province de Liège, puis dans la catégorie des mères de 40 ans et plus.

2.3.2.4 – Les mères de jeune âge

La BDMS et de nombreuses publications analysent les données de mères jeunes en fixant l'âge des femmes avant leur 20^e anniversaire.

EVOLUTION DU NOMBRE DE MÈRES DE MOINS DE 20 ANS EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2012 À 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Moins de 15 ans	6	1	1	4	0	4	1	0	1	1	19
15 - 17 ans	65	68	47	49	47	33	33	38	35	45	460
18 - 19 ans	257	155	176	157	143	143	128	136	110	99	1504
TOTAL	328	224	224	210	190	180	162	174	146	145	1983

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

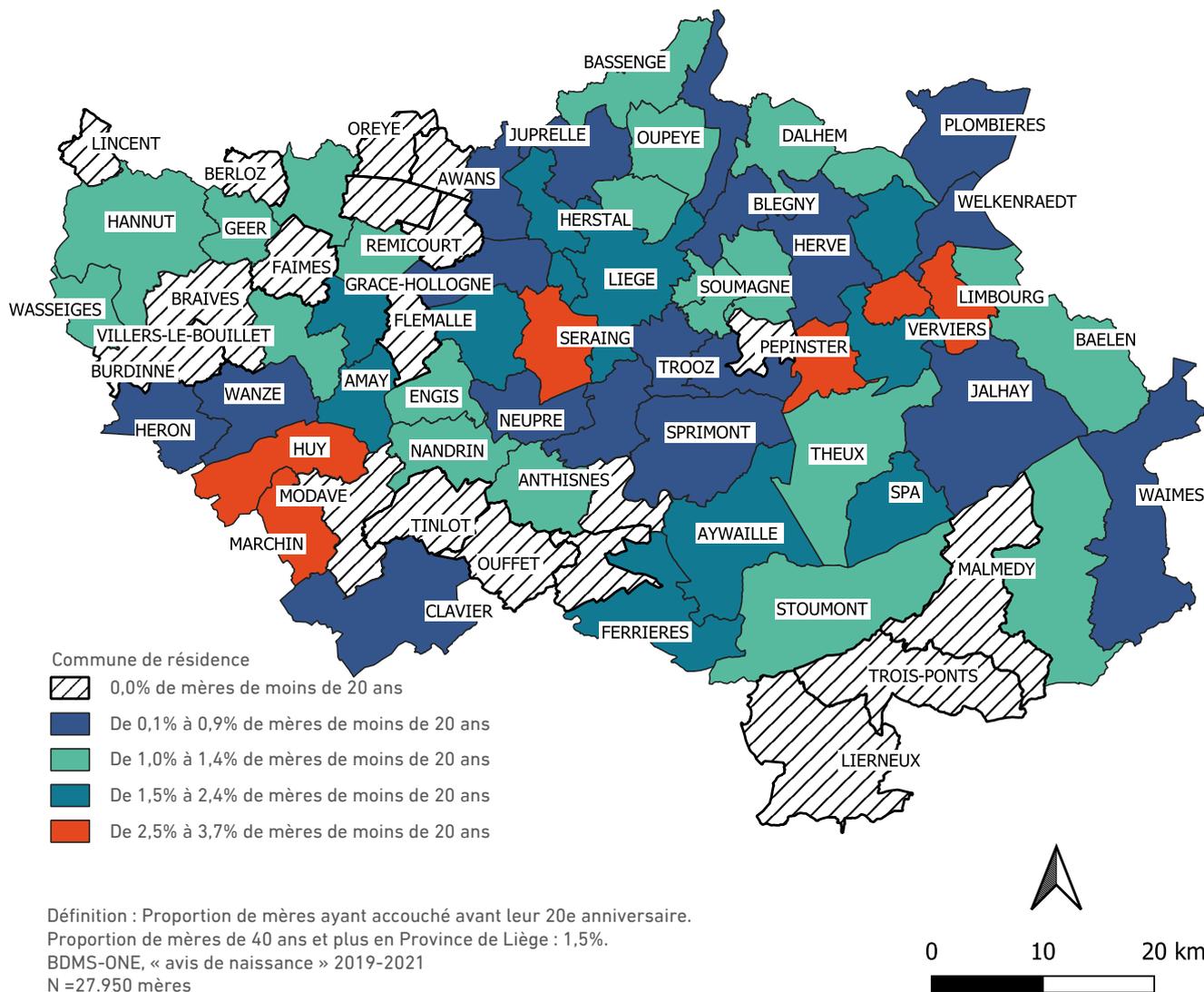
On observe une tendance à la baisse des accouchements de femmes de moins de 20 ans depuis 10 ans en province de Liège. Il reste cependant des communes où la baisse n'est pas perceptible. Le nombre d'accouchements chez les moins de 15 ans est bas, mais ces situations

épisodiques restent une préoccupation majeure pour les professionnels et les familles. Leur gestion nécessite une bonne connaissance du réseau d'aide, et surtout, une posture professionnelle particulière.



2.3.2.5 – Répartition par commune des mères de moins de 20 ans

RÉPARTITION PAR COMMUNE DES MÈRES DE MOINS DE 20 ANS EN PROVINCE DE LIÈGE



En province de Liège, les communes avec les proportions les plus élevées d'accouchements de femmes de moins de 20 ans sont certaines des pôles urbains historiques et périurbains. Ces communes cumulent également un certain nombre de difficultés d'ordre social. Elles concentrent la majorité du parc résidentiel ancien.

Souvent, dans ces communes, on décrit aussi les revenus des ménages les plus faibles, les taux de chômage les plus élevés, ainsi que des ménages monoparentaux plus élevés.

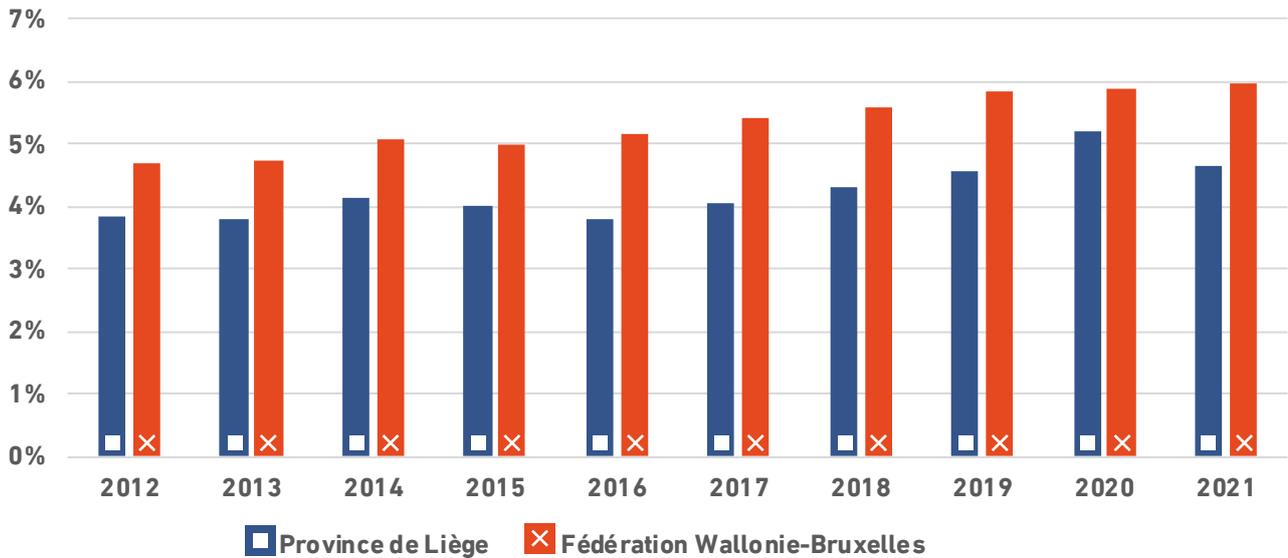
2.3.2.6 - Evolution des mères de 40 ans et plus

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

Actuellement, une grossesse est considérée comme tardive à partir du moment où la femme a passé 40 ans. En 1958, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) avait fixé l'âge d'une grossesse tardive à 35 ans.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 2850 femmes de 40 ans ou plus ont accouché en 2021, nombre en augmentation de 12% par rapport à 2012.

COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES MÈRES ÂGÉES DE 40 ANS ET PLUS ENTRE LA PROVINCE DE LIÈGE ET LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2012 À 2021



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

En Province de Liège comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe globalement une tendance à l'augmentation de la proportion des mères dès l'âge de 40 ans. Cette tendance semble plus marquée en Fédération que pour la Province.

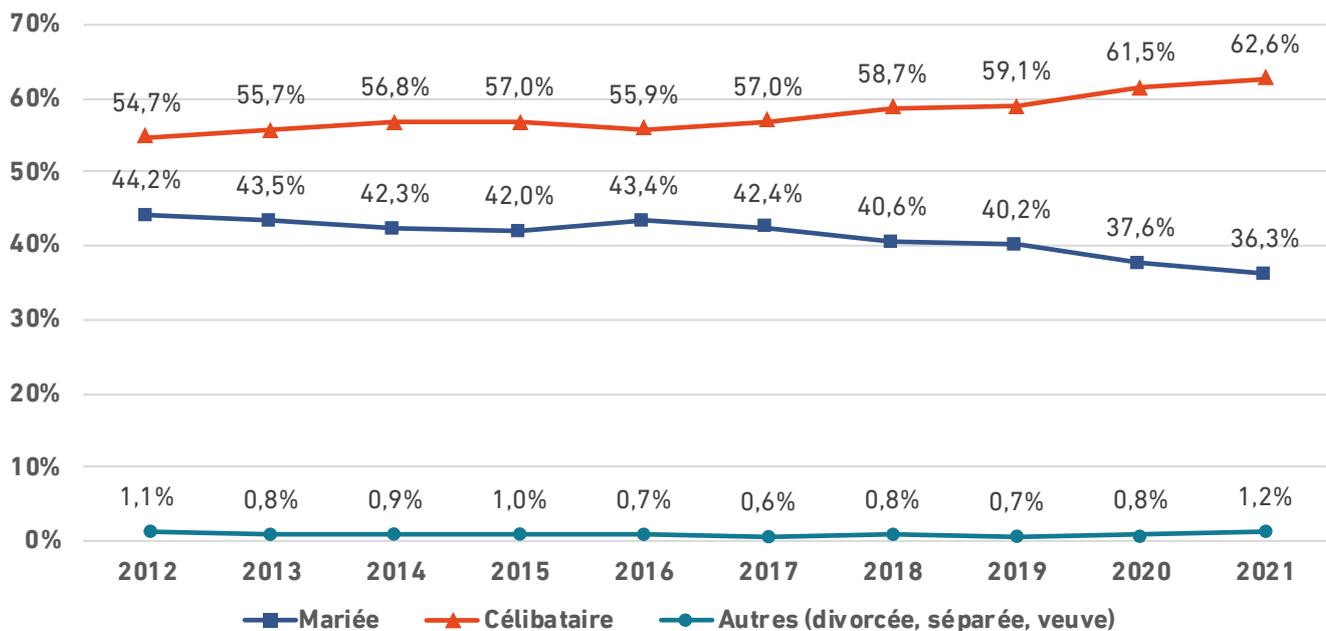
Au-delà de certains âges (45 ans par exemple), les risques de complications à l'accouchement ou durant la grossesse sont démultipliés. Les principales maladies pouvant toucher les futures mères dans ces catégories d'âge sont le diabète de grossesse (2 fois plus de risques à 45 ans qu'à 30-34 ans), et l'hypertension artérielle

(3 fois plus de risques à 45 ans qu'à 30-34 ans)¹. Pour le bébé, la naissance prématurée et le risque de mort in utero sont également fortement accrus.

2.3.3 – L'état civil des mères

L'Etat civil est la situation matrimoniale légale de la mère. Il s'agit de sa situation conjugale au regard de la loi. En principe, l'Etat civil est constitué de plusieurs éléments qui permettent l'identification d'une personne dans sa famille ou au sein de la société.

ÉVOLUTION DU STATUT D'ÉTAT CIVIL DE LA MÈRE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT EN PROVINCE DE LIÈGE ENTRE 2012 ET 2021



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

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

La situation d'Etat-civil des mères de la Province de Liège montre une tendance continue à la hausse pour la catégorie des mères célibataires, majoritaires, et une diminution des mères ayant le statut de mariée. La proportion de mères célibataires est passée de 54,7% à 62,6% en 10 ans et les mariées de 44,2 à 36,3%.

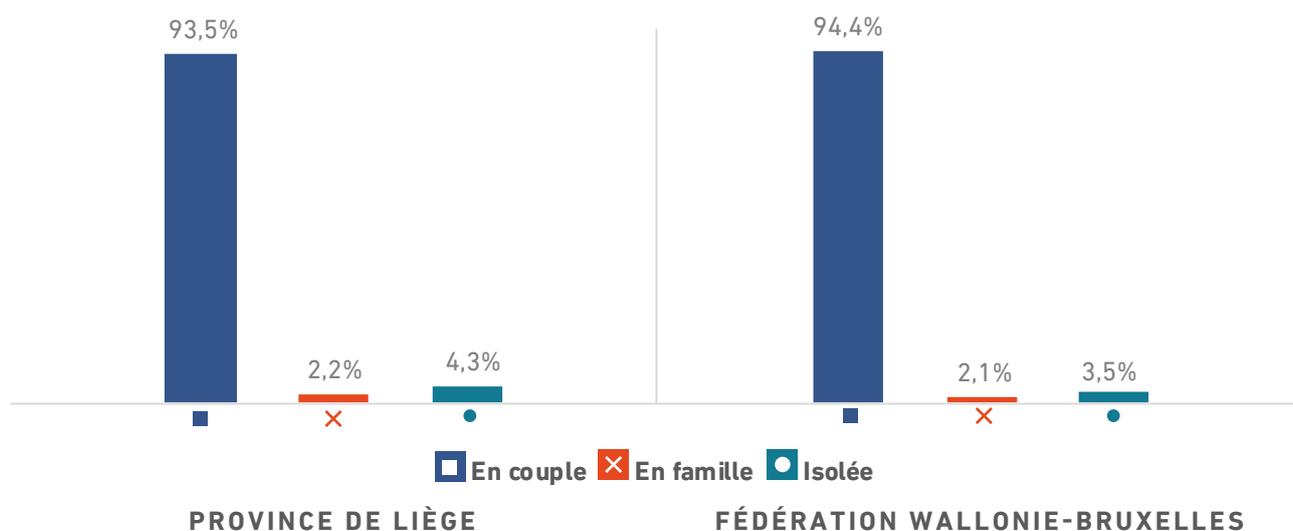
Les autres statuts d'état civil des mères sont restés en relative stabilité ces 10 dernières années, avec un peu moins d'une centaine de mères chaque année en Province de Liège.

2.3.4 – La situation relationnelle des mères à l'accouchement

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

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

COMPARAISON DE LA SITUATION RELATIONNELLE DE LA MÈRE ENTRE LA PROVINCE DE LIÈGE ET LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES EN 2021



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2021

Globalement, une très large majorité des mères vit en couple, quel que soit l'Etat civil. La situation relationnelle de la mère en Province de Liège décrit 93,5% de mères vivant en couple en 2021. En Fédération Wallonie-Bruxelles, elles sont 94,4% à vivre en couple la même année. Ces proportions sont relativement stables depuis 10 ans.

Les mères vivant entourées de leur famille ou d'autres connaissances représentent 2,2% en Province de Liège et 2,1% en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2021. Et, les mères vivant isolées représentent 4,3% en Province de Liège et 3,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

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

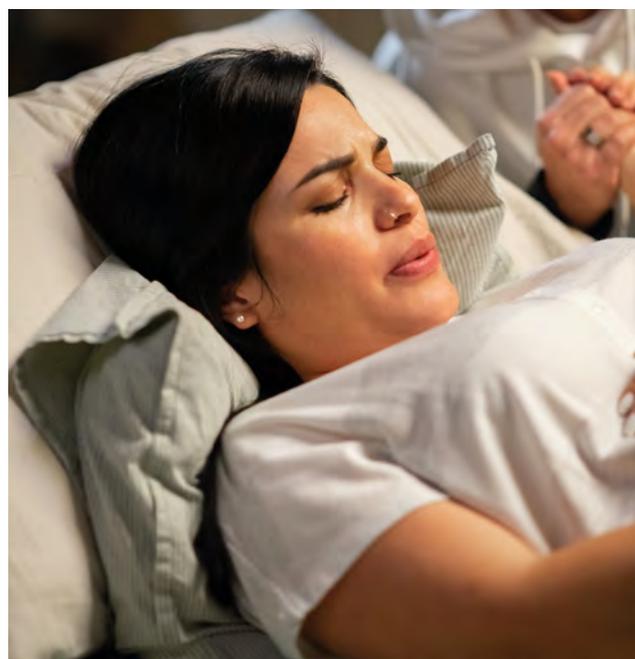
2.3.4.1 – Les mères vivant seules

Les mères vivant seules regroupent également celles qui vivent en maison d'accueil.

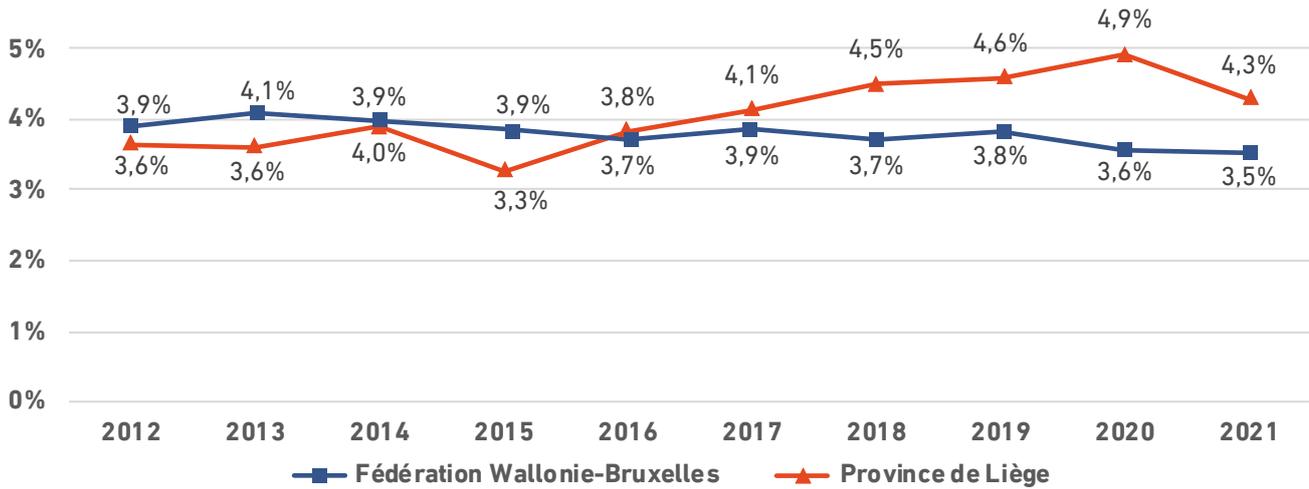
Une maison d'accueil est un dispositif de logement et d'hébergement pour les femmes enceintes ou mères en difficulté, en situation de précarité, qui subissent des

violences familiales, ou encore en situation de grande solitude.

La prise en charge et le soutien visent à (re)construire l'avenir, en lien avec les services sociaux. Dans ce sens, les maisons d'accueil aident à sortir de l'isolement.



EVOLUTION DE LA PROPORTION DE MÈRES VIVANT ISOLÉES (SEULES ET EN MAISON D'ACCUEIL) EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2012 À 2021



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

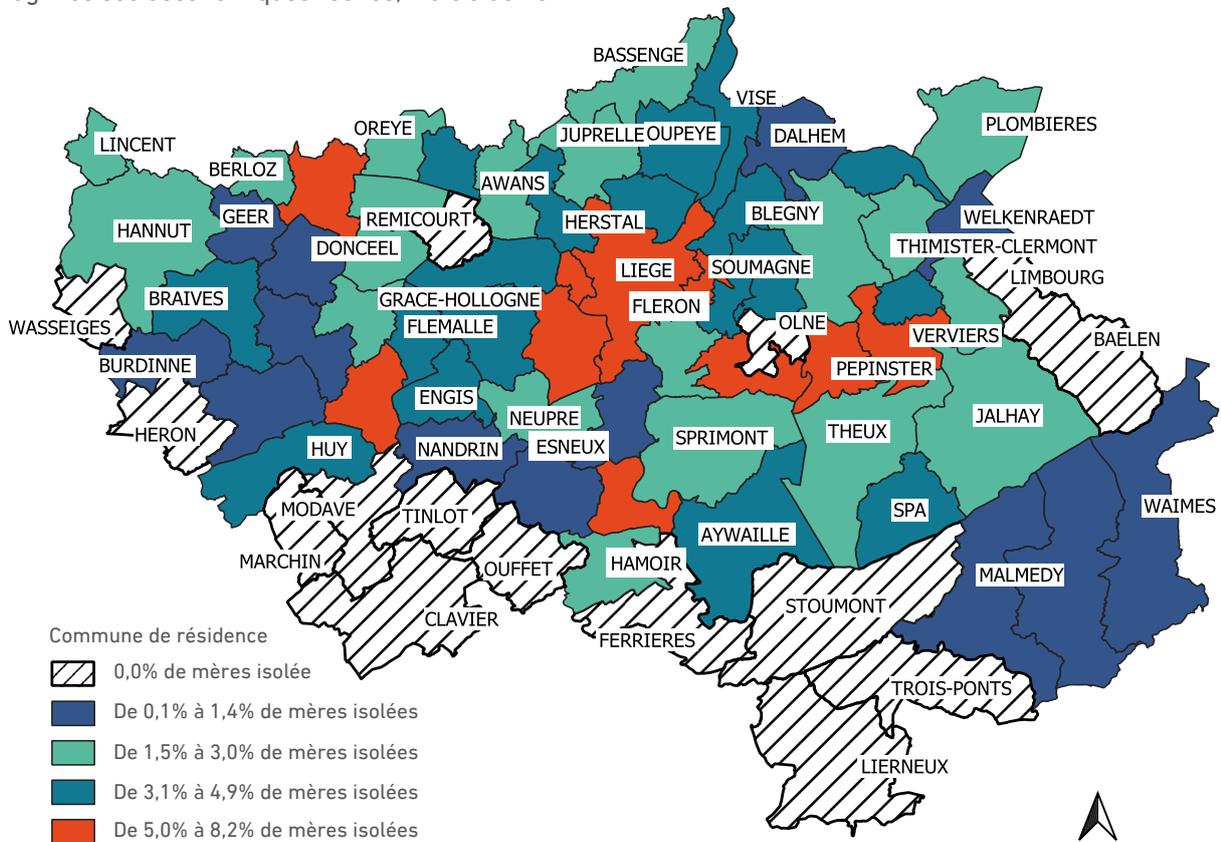
La proportion de mères isolées a augmenté en Province de Liège de manière continue entre 2015 et 2020 de 3,3% à 4,9%. Elle est donc passée au-dessus des moyennes de la FWB depuis 2016. On peut également décrire une stabilité, voire une légère diminution de la proportion en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour rappel, les mères isolées représentent une catégorie de mères qui vivent seules et celles qui sont hébergées en maison d'accueil. Cette situation présente des fragilités socioéconomiques réelles, mais a de nom-

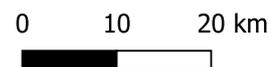
breuses répercussions sur le quotidien, le logement ou encore la mobilité. L'isolement de la mère autour de l'accouchement peut avoir un impact² sur sa santé mentale.

Les mères isolées représentent chaque année, plus de 400 mères en Province de Liège, et quelques 1600 nouvelles accouchées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.3.4.2 – La répartition des mères isolées par commune en province de Liège



Definition: Proportion de mères vivant seules ou en maison d'accueil avec leur nouveau-né
 Proportion moyenne de mères vivant isolées en Province de Liège : 4,8%
 BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019-2021
 N=26.558 mères



² Arulthas, S. ; 2021 ; État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés ; Institut national de santé publique du Québec.

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

Globalement en province de Liège, la taille des ménages a diminué, comme partout en Belgique. Au sein de la province, le phénomène est lié à une certaine décohabitation (séparation, vieillissement), mais aussi à la baisse de la natalité.

L'isolement des mères est autant présent dans les centres urbains, comme en périphérie des centres villes. Il se concentre pour les données BDMS dans les communes au cœur de la province et en lien avec les coûts de logements ou encore la mobilité.

2.3.4.3 - Le sentiment d'isolement

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

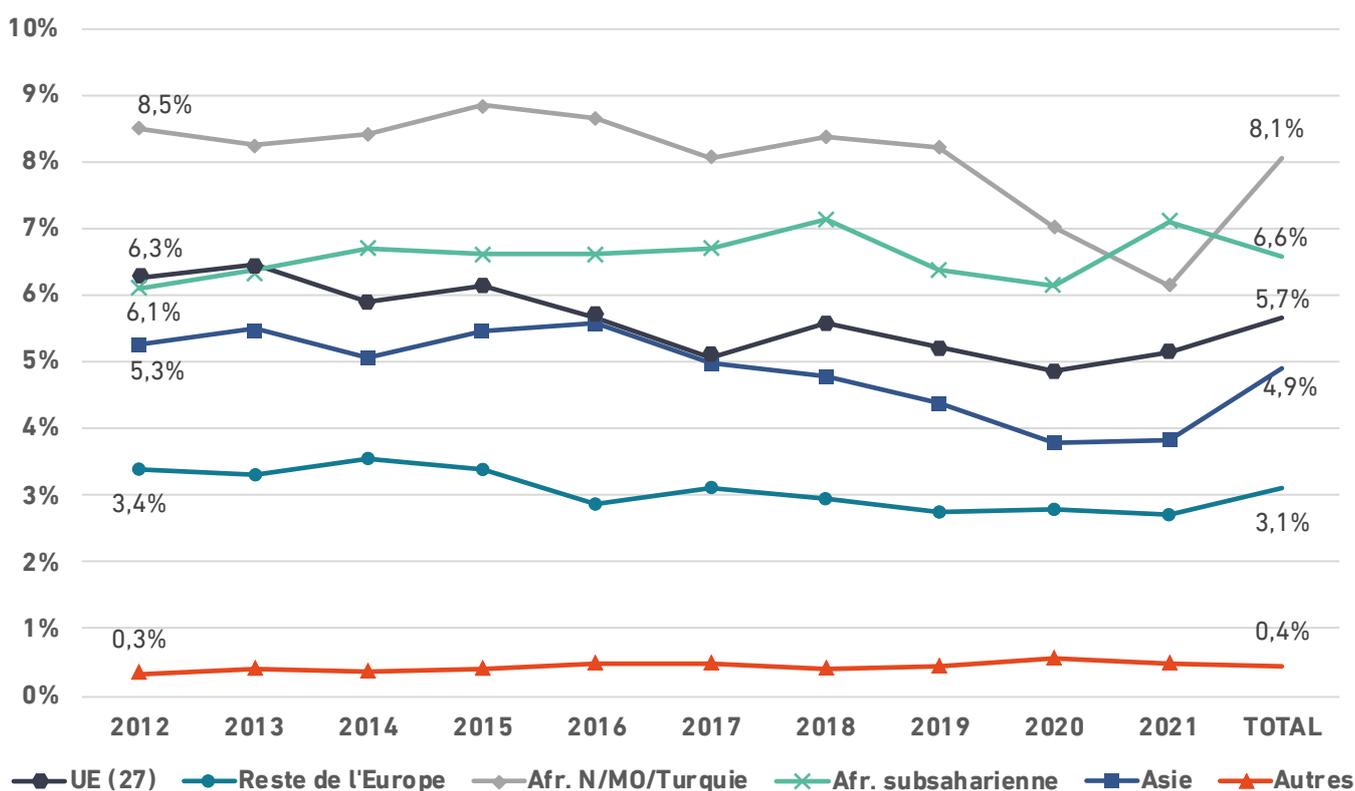
Il désigne donc des réalités distinctes. Les aspects relationnels ; le sentiment d'isolement ou encore l'absence de compagnie familiale à l'intérieur de son ménage, durablement ou temporairement, sont des pistes à explorer pour accompagner au mieux. La BDMS peut ainsi aider, au travers de ces données, à cerner quelques pistes pour des stratégies de soutien.

2.3.5 – La nationalité d'origine de la mère

La nationalité d'origine de la mère est sa nationalité au moment de sa naissance. L'intérêt de récolter l'information sur l'origine a un impact aux plans physique, génétique, culturel, ... Cette diversité est importante à relever dans l'approche qu'aura le professionnel qui va accompagner la famille. Certaines caractéristiques relatives à l'origine de la mère ayant un impact dans l'accès aux services et aux droits.

En Province de Liège, la Banque de données médico-sociales de l'ONE répertorie 160 nationalités d'origine de mères différentes sur une période de 10 ans et, pour la seule année 2021, les nouvelles accouchées sont issues de 110 pays différents. 74,6% des mères sont d'origine belge en 2021 (70,2% en 2012).

EVOLUTION DE LA PROPORTION DE MÈRES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE SELON LA RÉGION GÉOGRAPHIQUE EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2012 À 2021



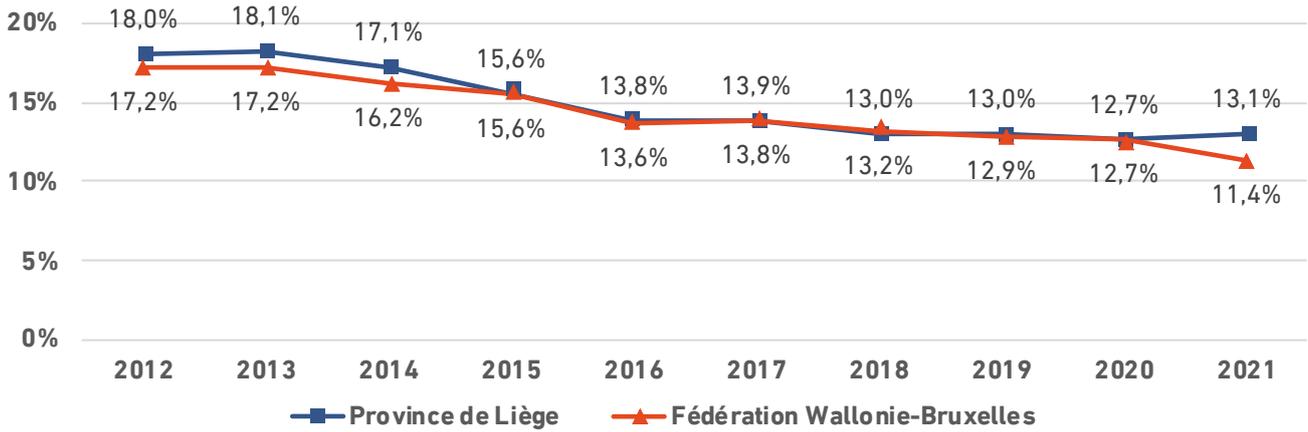
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2012-2021

Un peu plus d'une mère sur 4 est d'origine étrangère (25,4%) en 2021. Si l'Afrique du nord et la partie orientale du globe était la plus importante région représentée, elle a été supplantée par l'Afrique subsaharienne en 2021 (7,1% des accouchements) ; vient ensuite l'Union Européenne (5,1%), l'Asie (3,8%) et le reste de l'Europe (2,7%). L'Afrique du Nord représente 6,2% des accouchements.

2.3.6 – Les habitudes tabagiques

Les habitudes tabagiques sont relevées sur base déclarative des mères. Elles concernent uniquement la consommation quotidienne de tabac sous forme de cigarettes et pas d'autres substances.

**EVOLUTION DES HABITUDES TABAGIQUES DES MÈRES AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT
EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2012 À 2021**



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

La consommation de cigarettes au quotidien des mères est en diminution depuis dix ans, les mères de la Province évoluant dans la moyenne de la Fédération. On observe cependant que ces 4 dernières années, il y a une stabilisation, voire même une légère remontée en Province de Liège (13,1%), qui décroche de la courbe de la FWB (11,4%) en 2021.

La consommation de cigarettes est plus fréquente chez les femmes les plus jeunes (moins de 25 ans) où la proportion de fumeuses est doublée par rapport à la moyenne et aux autres catégories d'âge.

Cette thématique fait l'objet d'un chapitre à part, à lire dans les pages qui suivent.

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

La corpulence de la mère avant la grossesse est calculée par le BMI ou IMC (Indice de Masse Corporelle) en français, qui est le rapport entre le poids et le carré de la taille. Cette formule permet une classification décrite par l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé.

CLASSIFICATION DES CATÉGORIES DE CORPULENCE

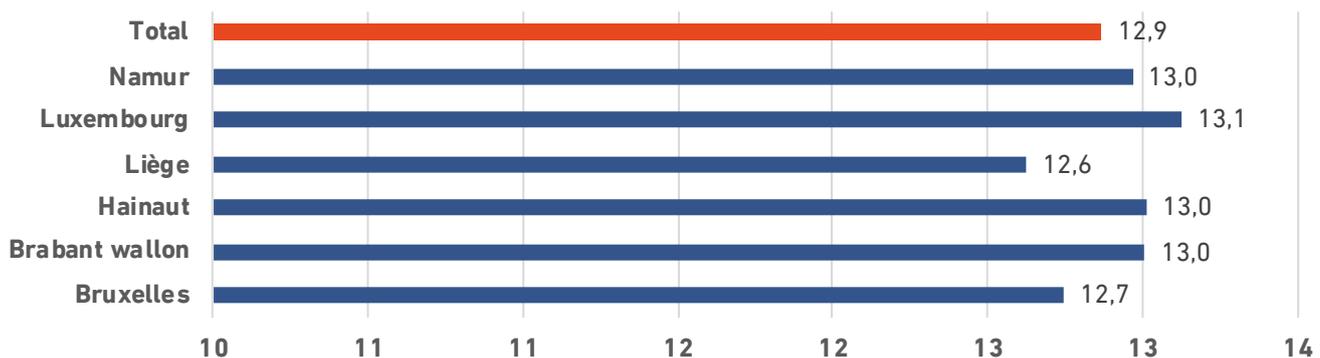
	IMC (kg/m ²)
Insuffisance pondérale	< 18.50
Corpulence « normale »	18.50 – 24.99
Surpoids	25.00 - 29.99
Obésité	≥ 30.00

2.3.7.1 – La prise de poids du fait de la grossesse

La prise de poids de la mère durant sa grossesse tourne autour d'une médiane située à 12 kilogrammes, et diffère peu d'une subrégion à l'autre. Les moyennes quant à elles sont plus mouvantes. Elles varient notamment selon l'âge de la mère et la corpulence.

La prise de poids durant la grossesse décroît avec l'âge de la mère. Plus l'âge augmente, plus la prise de poids durant la grossesse est moindre. Les femmes les plus âgées prennent donc moins de poids du fait de la grossesse. Elle est plus élevée chez les primipares que chez les autres mères.

PRISE DE POIDS MOYEN DURANT LA GROSSESSE EN KILOGRAMMES ET PAR SUBRÉGION



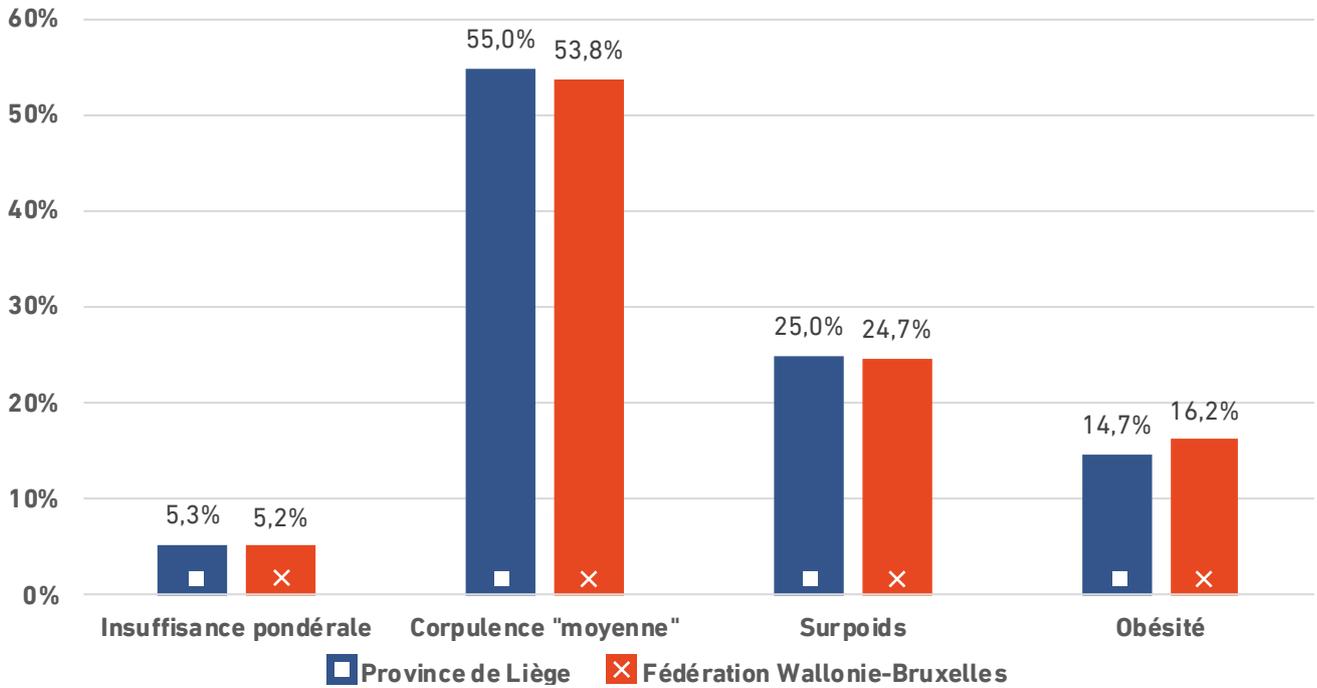
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2017-2021

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

2.3.7.2 – La Corpulence de la mère avant sa grossesse

L'Indice de Masse Corporelle des mères est un calcul qui permet de déterminer avec objectivité la corpulence des mères en dehors de la grossesse. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, cet indicateur permet d'établir une classification standard de référence internationale en matière de surcharge pondérale. La formule de l'IMC qui rapporte le poids à la taille n'est valable que pour les adultes âgés de 18 à 65 ans.

CORPULENCE (IMC) DE LA MÈRE AVANT LA GROSSESSE – COMPARAISON PROVINCE DE LIÈGE ET FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



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

La majorité des femmes avant leur grossesse se situent dans une corpulence dite «normale». A Liège, 55% des mères avaient une corpulence dans cette moyenne et un peu moins de 54% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les femmes en surpoids représentent 25% des mères en Province de Liège et 24,7% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Celles en obésité sont un peu plus marquées entre les 2 entités : elles sont 14,7% à Liège et 16,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les proportions de femmes en insuffisance pondérale (BMI le plus bas) sont quant à elles comparables avec 5,3% de mères de

Liège avant leur grossesse et 5,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

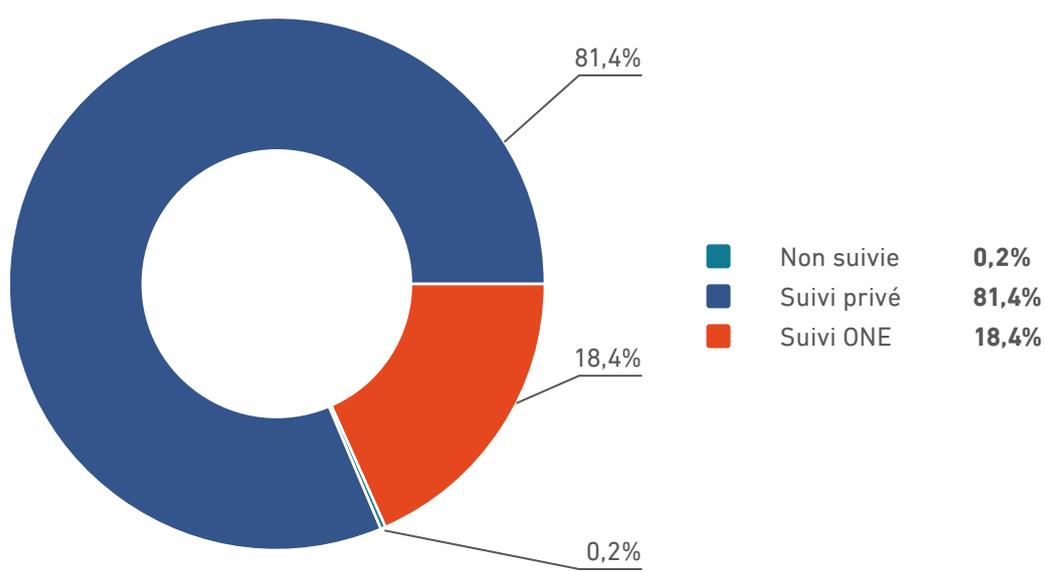
2.3.8 – Le suivi de la mère durant la grossesse

Le suivi de la grossesse peut se faire dans différentes filières de soins et par différents professionnels.

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



LE SUIVI DE LA GROSSESSE EN PROVINCE DE LIÈGE



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

En Province de Liège entre 2012 et 2021, 18,4% des mères ont été suivies par une structure ou un service ONE durant leur grossesse. Une large majorité (81,4%) bénéficie donc d'un suivi privé ou hospitalier. Et, chaque année dans la province, près d'une vingtaine de femmes (0,2%) vont accoucher sans jamais avoir consulté un(e) professionnel(le) sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue.

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

2.3.9 – La vaccination de la mère au courant de sa grossesse

La question relative à la vaccination durant la grossesse a été intégrée à la Banque de Données Médico-Sociales de

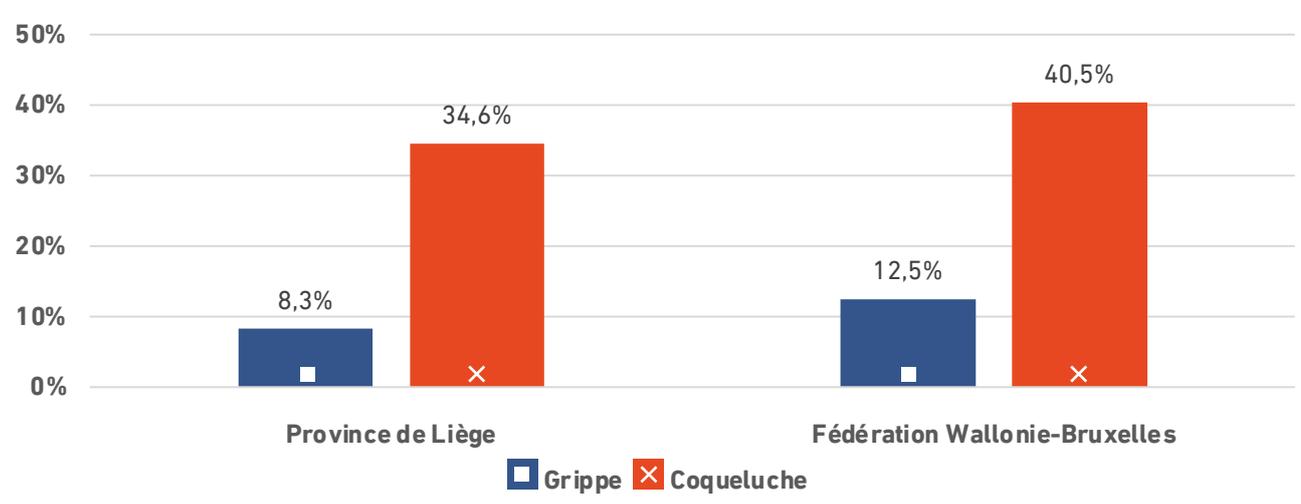
l'ONE en 2018 et donc les premiers résultats présentés ici sont des données de 2019 sur les « avis de naissance » où la réponse a été complétée.

Pour les résidentes à Liège, 7,5% des données manquent. En Fédération Wallonie-Bruxelles, du fait de la première année de relevé de cet indicateur, la donnée manque pour près d'une mère sur quatre. Il serait donc prudent de considérer que cette donnée est simplement indicative telle un test, et devrait donc être consolidée dans les années qui viennent.

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

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

VACCINATION DE LA MÈRE DURANT LA GROSSESSE CONTRE DEUX MALADIES (GRIPPE ET COQUELUCHE) EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2019 À 2021



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

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

8,3% des mères résidant en Province de Liège sont vaccinées contre la grippe et 34,6% contre la Coqueluche.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, ces valeurs sont de 12,5% et 40,5% respectivement.

En province de Liège, le rapport entre la part des mères vaccinées contre la Coqueluche et les mères vaccinées contre la grippe est presque de 4,2. Pour toute la Fédération, il est de 3,2.

2.4 – LES DONNEES DE NAISSANCES

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

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

EVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2012 À 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Unique	11480	11175	11292	10963	10590	9927	10234	10680	9956	10071	106368
Jumeaux	400	357	374	338	297	317	324	367	288	322	3384
Triplés	6	9	12	11	8	6	0	12	6	3	73
TOTAL	11886	11541	11678	11312	10895	10250	10558	11059	10250	10396	109825

Les naissances multiples représentent en moyenne 3,1% des naissances. Elles sont essentiellement constituées de naissances gémellaires. Il peut survenir que pour un accouchement de jumeaux, des données « avis de naissance » ne retiennent qu'un seul des nouveau-nés, notamment en cas de décès. Le traitement de données de ce rapport ne prenant en compte que les naissances vivantes. Ce type de situation peut ainsi engendrer un nombre impair de naissances comme il peut être le cas dans le tableau ci-dessus pour des jumeaux.

Le nombre de naissances a diminué de façon constante la première moitié de la décennie. Puis, de 2017 à 2019, le nombre a augmenté légèrement avant de connaître une diminution en 2020, puis une reprise cette dernière année.

Cette diminution de naissances pour la Province de Liège est de 12,5% entre 2012 et 2021.

2.4.2 - Le sex-ratio à la naissance

Le rapport entre le nombre de nouveau-nés de sexe masculin et le nombre de nouveau-nés de sexe féminin est supérieur à 1 dans la plupart des régions du monde où il est généralement, à la naissance, favorable au sexe masculin.

En Province de Liège, naissent 104 garçons pour 100 filles dans la période considérée dans ce rapport.

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

Lors de l'accouchement, l'enfant se présente la plupart du temps par le sommet, c'est-à-dire par la tête (94,3%

2.4.1 - Le nombre de naissances

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

des naissances). Dans des proportions moindres, le nouveau-né peut également se présenter par le siège (5,2%) ou de manière transverse (0,5%).

Ces proportions sont constantes dans le temps, dans l'ensemble de la population.

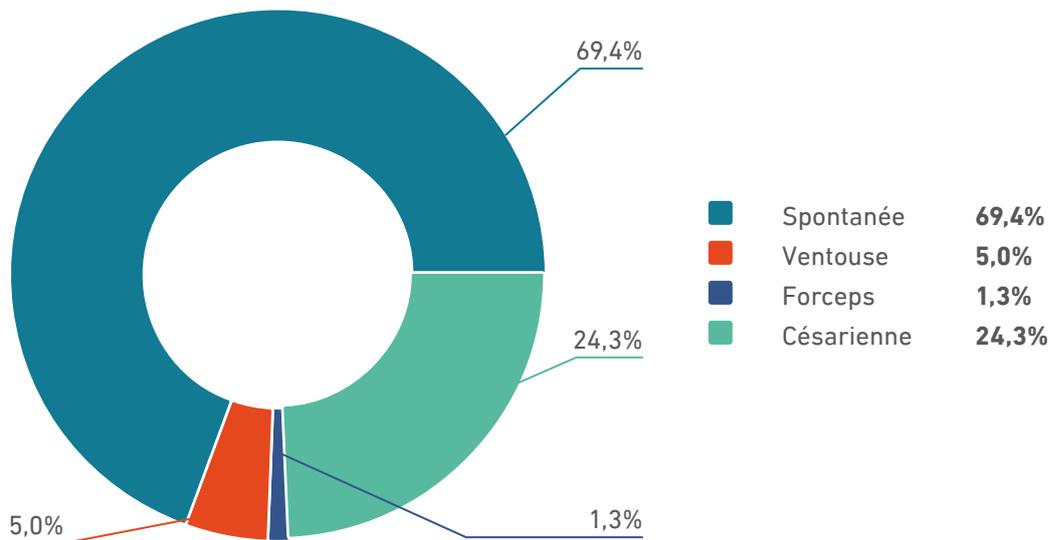
2.4.4 – Le mode d'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement

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

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



MODE D'EXPULSION DE L'ENFANT LORS DE L'ACCOUCHEMENT EN PROVINCE DE LIÈGE EN 2021



BDMS-ONE, « avis de naissance » 2021

En Province de Liège, 69,4% des enfants sont nés de manière spontanée en 2021. Près d'une naissance sur quatre s'est faite par césarienne (24,3%) et l'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 6,3% des naissances.

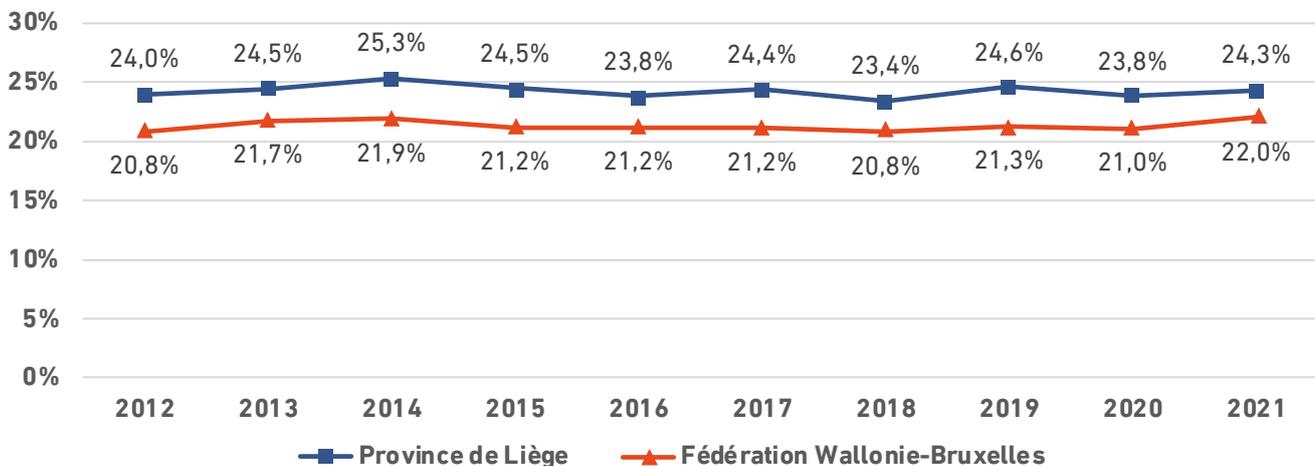
Dans la décennie, on décrit une relative constance dans ces catégories. Cependant, l'usage de forceps est en

nette diminution (de 3,5 à 1,3% entre 2012 et 2021), au bénéfice des ventouses qui progressent de 3,6% à 5,0%.

2.4.4.1 – L'évolution des naissances par césarienne

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

EVOLUTION DES CÉSARIENNES, COMPARAISON ENTRE LA PROVINCE DE LIÈGE ET LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES ENTRE 2012 ET 2021



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

Entre 2012 et 2021 en Province de Liège, les naissances survenant par césariennes sont restées relativement stables, proches des 24%. Ces taux sont plus élevés que ceux décrits pour la Fédération Wallonie-Bruxelles qui se situent dans une moyenne de 21,3% pour la même période.

2.4.4.2 – L'expulsion selon la présentation de l'enfant

Lorsque l'on croise le mode d'expulsion et la présentation de l'enfant, on décrit que la majorité des enfants (singletons et jumeaux compris) se présentant par le siège sont nés par césarienne en Province de Liège, 90,7% des nouveau-nés.

2.4.5 – L'âge gestationnel

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

2.4.5.1 – Les catégories d'âge gestationnel

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

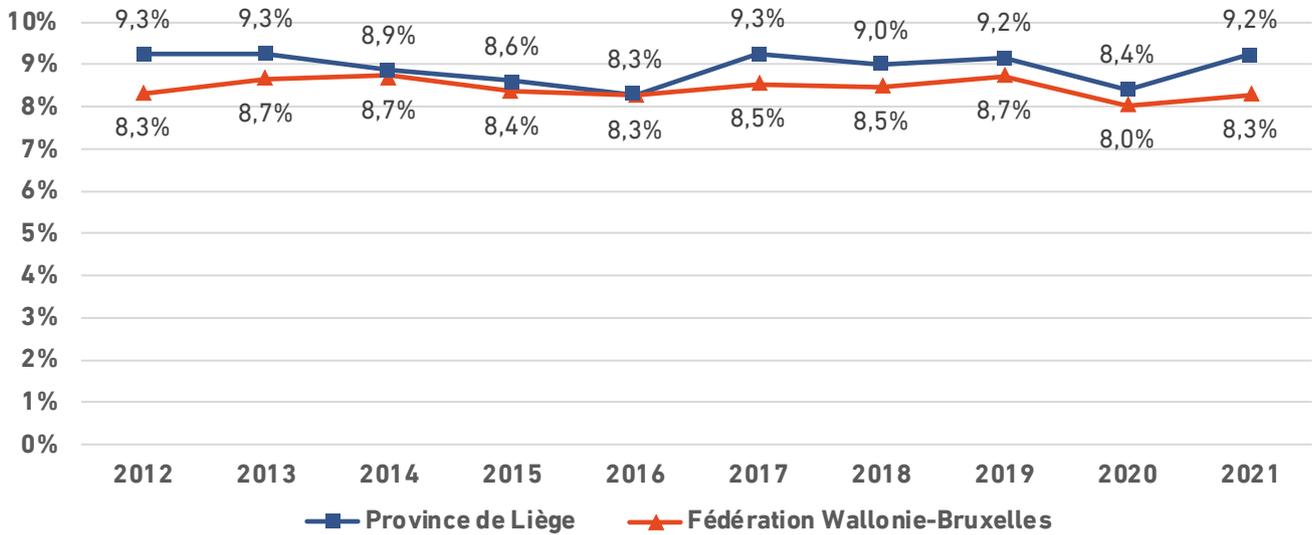
2.4.5.2 – La prématurité

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

En Fédération Wallonie-Bruxelles et sur base des données BDMS, l'incidence de la prématurité est de 8,3% en 2021, toutes naissances vivantes confondues, jumeaux compris.

En Province de Liège, la proportion de prématurité est restée relativement plus élevée que celle de la Fédération Wallonie-Bruxelles sur la période décrite.

EVOLUTION DE LA PRÉMATURITÉ EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2012 À 2021



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

Chaque année en Province de Liège, environ un millier d'enfants naissent plus tôt, donc avant terme. Pour la Communauté toute entière, ce sont environ 4000 nouveau-nés chaque année qui arrivent avant 37 semaines de grossesse.

2.4.5.3 – Les types de prématurité

La notion de prématurité recouvre 3 sous catégories. On peut distinguer la prématurité moyenne, caractéristique de enfants nés entre 34 et 36 semaines de grossesse ; la grande prématurité (naissances survenant entre 28 et 33 semaines de grossesse) et la très grande prématurité ou prématurité extrême qui caractérise toute naissance avant la 28^e semaine.

En excluant les naissances triples du fait du petit nombre, les proportions de prématurité diffèrent selon le nombre de naissances issues de la grossesse. Si pour les naissances uniques, 7,3% des nouveau-nés viennent au monde prématurément, pour les jumeaux 6 fois sur 10, les enfants nés vivants sont prématurés en Province de Liège.

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

2.4.5.4 – Les causes et conséquences de la prématurité

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

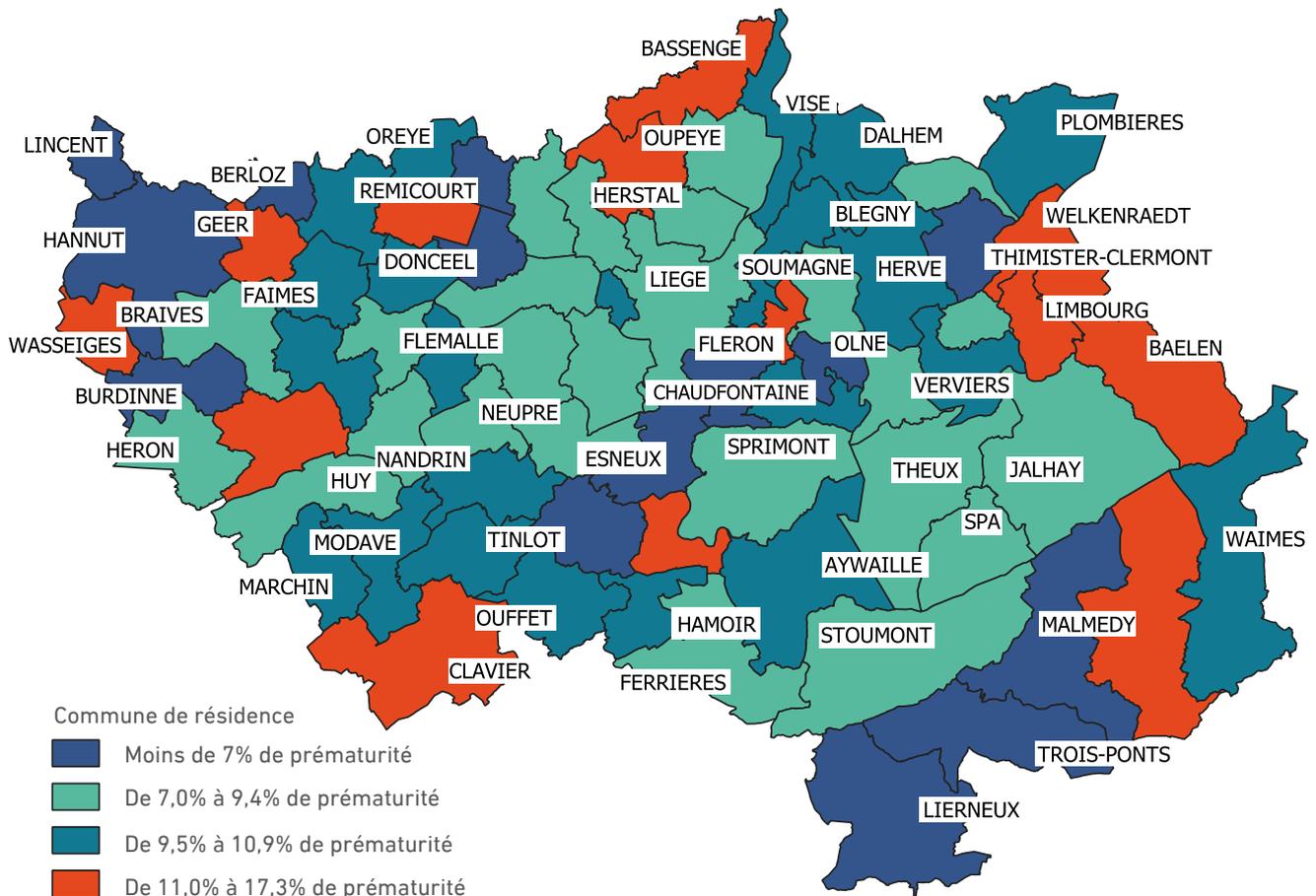
Il existe cependant des causes directes (infections, malformations), des causes indirectes (hypertension, diabète) et des facteurs de risque (niveau socioéconomique, isolement, tabagisme, etc.) en matière d'étiologie de la prématurité.

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

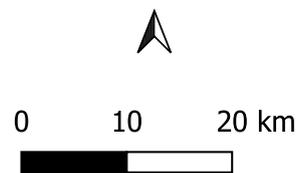
Les risques liés à la prématurité sont divers et peuvent entraîner des conséquences à court et à long terme.



2.4.5.5 – Répartition de la prématurité par commune en Province de Liège



Définition : Proportion des enfants nés avant la 37e semaine de grossesse
 Proportion de prématurité en Province de Liège : 9,0%.
 BDMS-ONE, « avis de naissance » 2019-2021
 N=27.771 nouveau-nés



La prématurité est variable suivant la commune de résidence. Il faut rappeler qu'en province de Liège ou ailleurs, la prématurité est corrélée à l'âge de la mère, à la parité, à la précarité, à des facteurs environnementaux et à l'état de santé.

2.4.6 – Le poids de l'enfant à la naissance

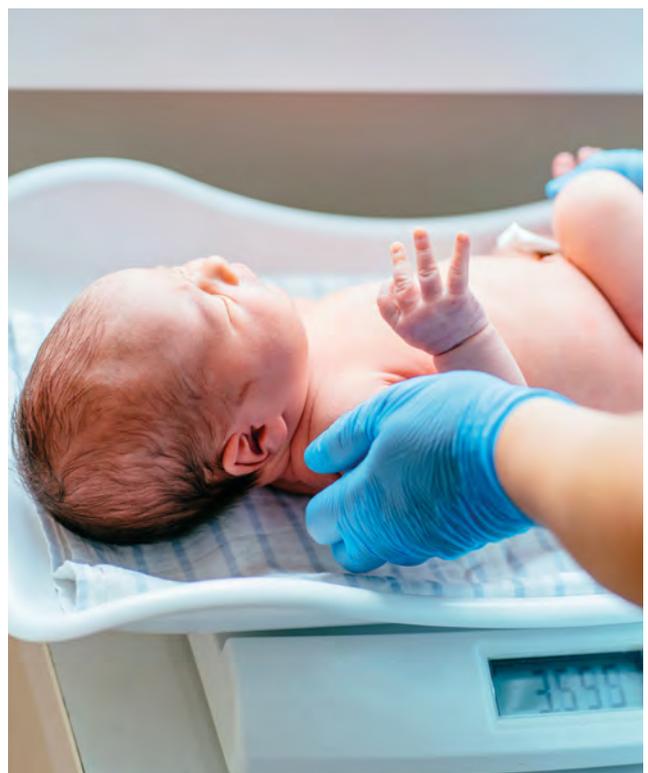
Lors de la naissance d'un enfant, le poids est une des mensurations incontournables qui intéressent et les soignants et les parents.

2.4.6.1 – Le poids médian du nouveau-né

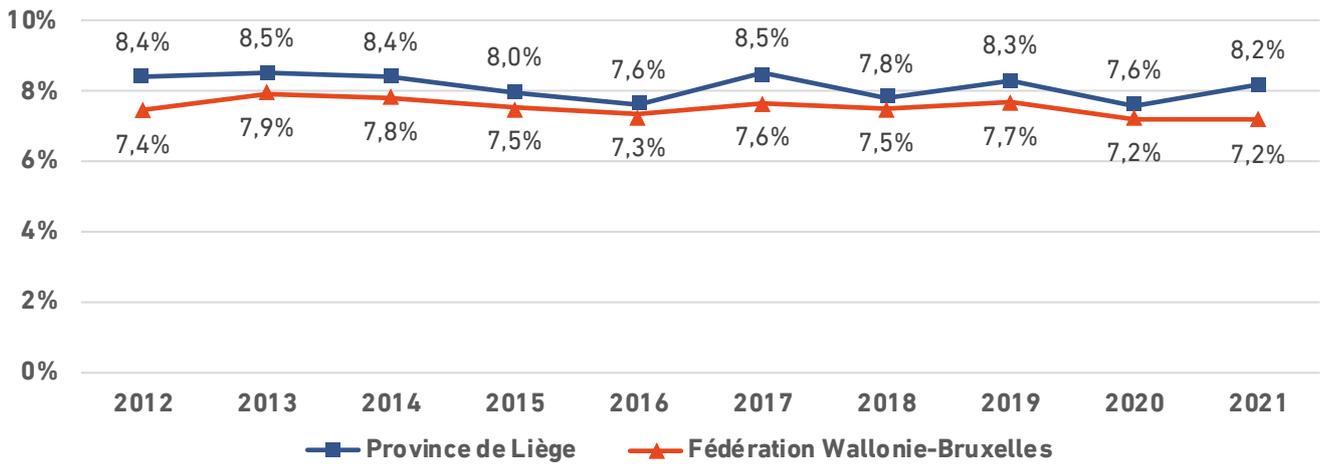
Le poids médian à la naissance de l'enfant est de 3275 grammes en Province de Liège en 2021. Il est en Fédération Wallonie-Bruxelles de 3305 grammes.

2.4.6.2 – Les petits poids de naissance

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



EVOLUTION DES PETITS POIDS À LA NAISSANCE DES ENFANTS EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2012 À 2021



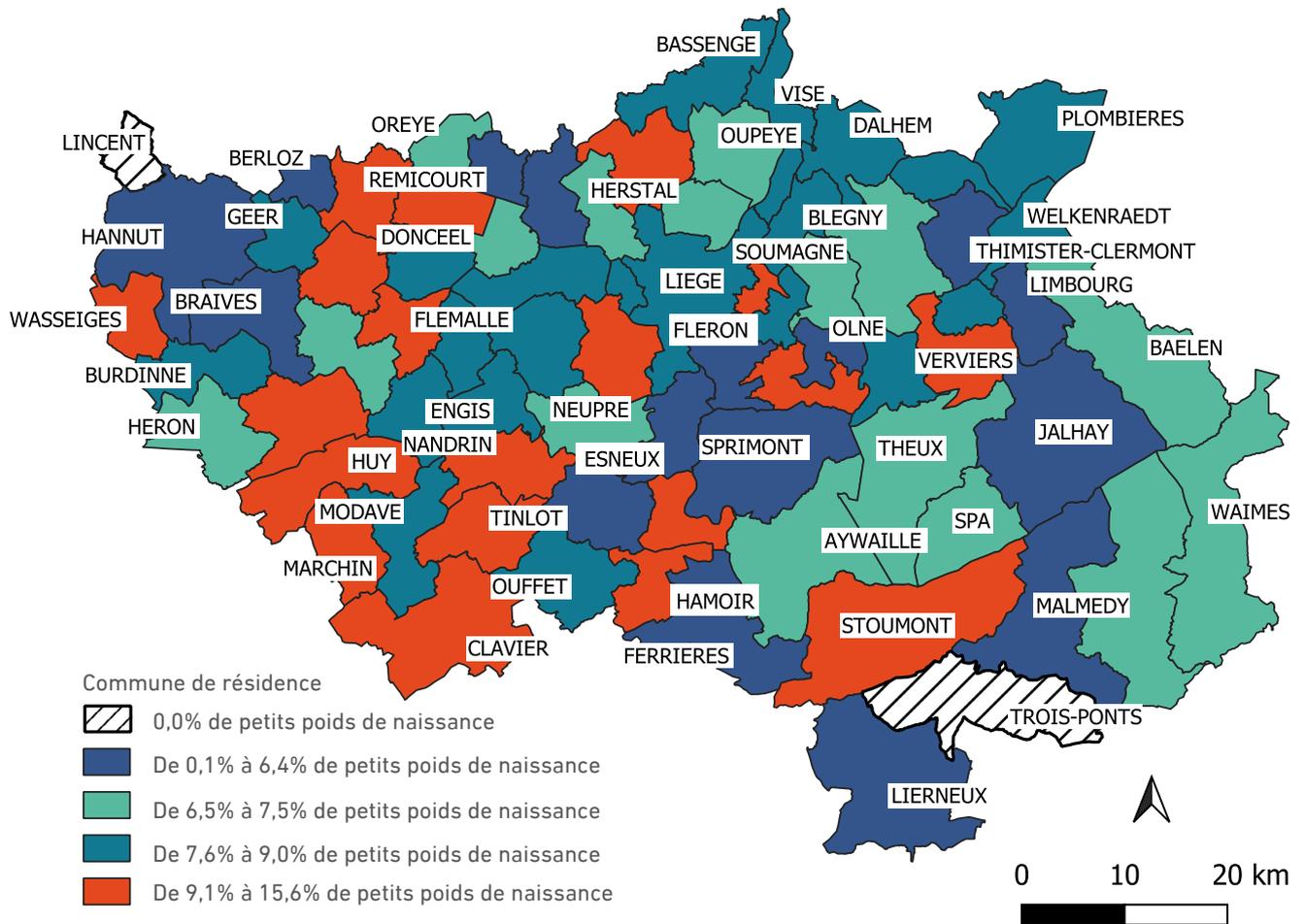
BDMS-ONE, « avis de naissance » 2012-2021

Au niveau de la Fédération Wallonie Bruxelles, ces dix dernières années, la proportion de petits poids de naissance a peu varié. Celle-ci se situe en dessous des moyennes de la Province de Liège où on décrit des fluctuations ces dernières années. En 2021, la proportion de petits poids de naissance est de 8,2% en Province de Liège et de 7,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.4.6.3 – Les différences subrégionales

2.4.6.3.1 – Entre les subrégions

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



Définition : Proportion des enfants avec un poids de naissance inférieur à 2500 grammes

Proportion de petits poids de naissance en Province de Liège : 8,0.

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

N=27.961 nouveau-nés

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

La comparaison entre les provinces de Wallonie et la région de Bruxelles-Capitale montre des proportions de petit poids de naissance généralement plus élevées au sud qu'à Bruxelles.

2.4.6.3.2 - Différences entre les communes en Province de Liège

En ce qui concerne les petits poids de naissance, les communes présentent des taux variables. Cependant, on peut observer, dans la cartographie ci-dessus, des taux de petits poids de naissance plus élevés dans le sud-ouest de la province. Un lien peut être exploré entre les habitudes tabagiques, la pollution environnementale et les risques de petits poids à la naissance.

EVOLUTION DU SCORE D'APGAR EN 2 CATÉGORIES À LA PREMIÈRE MINUTE DE VIE DE L'ENFANT EN PROVINCE DE LIÈGE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Apgar < 7	6,1%	6,2%	5,8%	5,6%	6,5%	7,0%	6,4%	6,5%	6,6%	6,8%	6,4%
7 <= Apgar <= 7	93,9%	93,8%	94,2%	94,4%	93,5%	93,0%	93,6%	93,5%	93,4%	93,2%	93,6%
Naissances	11707	11386	11527	11136	10750	10123	10454	10933	10061	10254	108331

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

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

2.4.7.2 – A 5 minutes de vie de l'enfant

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
1 <= Apgar < 7	1,1%	1,2%	1,1%	1,3%	1,5%	1,8%	1,5%	1,6%	1,9%	2,0%	1,5%
7 <= Apgar <= 7	98,9%	98,8%	98,9%	98,7%	98,5%	98,2%	98,5%	98,4%	98,1%	98,0%	98,5%
TOTAL	11703	11361	11510	11125	10747	10118	10447	10931	10058	10243	108243

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

En province de Liège, à 5 minutes de vie de l'enfant, 1,5% des enfants ont un score d'Apgar compris entre 1 et 7 et 98,5% des nouveau-nés ont un score d'Apgar de 7 et plus.

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

2.4.8 – L'allaitement maternel

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

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

2.4.7 – Les scores d'Apgar

Les scores d'Apgar sont des indices issus du test d'Apgar³ qui est la méthode d'observation simple et efficace utilisée pour mesurer la santé du nouveau-né. On détermine ainsi le besoin en assistance particulière ou en intervention rapide.

Il s'agit d'une note globale attribuée à un nouveau-né à 2 moments clés, suite à l'évaluation de cinq éléments spécifiques que sont : le rythme cardiaque, la respiration, le tonus, la couleur de la peau et la réactivité. Chacun des éléments est noté à 0, 1 ou 2 points, selon les conditions observées et ceci à 1 minute et à 5 minutes de vie de l'enfant. Le résultat maximal est de 10, suggérant la meilleure condition de santé possible, alors qu'un score en-dessous de 7 renvoie à une détresse probable.

2.4.7.1 – A la première minute de vie de l'enfant

La proportion d'enfants avec un score d'Apgar inférieur à 7 est de 6,4% à ce moment-là et, 93,6% des enfants ont un score d'Apgar compris entre 7 et 10.

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

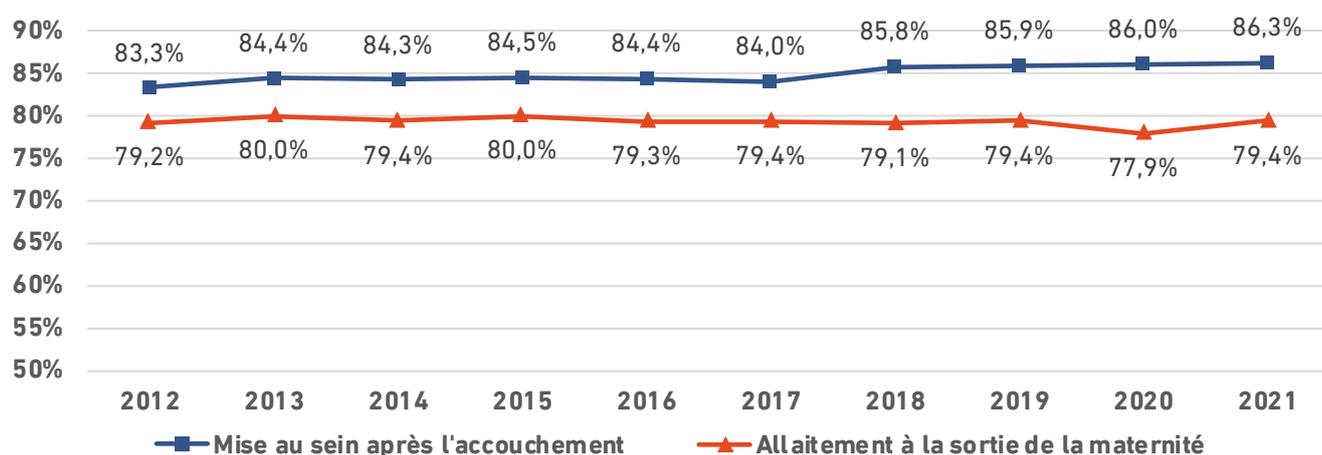
2.4.8.2 – L'allaitement maternel à la sortie de la maternité

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

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

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

EVOLUTION DES TAUX D'ALLAITEMENT DURANT LE SÉJOUR EN MATERNITÉ



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

Les taux d'allaitement en Province de Liège sont relativement stables ces dernières années. La mise au sein évolue peu depuis 2018 et se situe à 86,3% d'allaitement immédiatement ou les heures qui suivent l'accouchement, en 2021.

Les jours suivant l'accouchement, il arrive que certains nouveau-nés abandonnent le sein maternel. Le taux d'allaitement à ce moment-là se situe à 79,4% pour les chiffres de 2021. Ainsi, autour de 20% des nouveau-nés sont nourris au lait artificiel au moment de la sortie de la maternité en province de Liège.

Les 2 courbes d'allaitement se sont distancées au fil des années.

2.4.9 - L'accompagnement en néonatalogie

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

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

compte les démarches diverses, l'organisation de la vie familiale, le matériel pour le bébé, le suivi médicosocial, etc.

2.4.10 – Les dépistages néonataux

Les données de ce titre sont des données par lieu de naissance et non par lieu de résidence des familles, comme les autres données de ce chapitre.

Les chiffres de participations suivent la même évolution que les naissances.

2 dépistages sont pratiqués dans les premiers jours de vie de l'enfant. Malgré la crise sanitaire COVID-19, les programmes de dépistage ont continué à fonctionner de manière performante.

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

Dans la Province de Liège, 8 maternités participent au programme de dépistage de la FWB. Cela représente un grand nombre d'enfants qui ont pu être suivis par le programme de la FWB.

EVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVEAU-NÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DU DÉPISTAGE PRÉCOCE DE LA SURDITÉ EN PROVINCE DE LIÈGE

	2017	2018	2019	2020
Population bénéficiaire	10.866	9.904	10.667	10.052

Le dépistage des anomalies congénitales est pratiqué entre le 2^e et le 4^e jour de vie de l'enfant, le plus souvent en maternité, mais aussi à domicile. Une prise de sang permet de récolter du sang sur un papier buvard qui est envoyé au laboratoire pour analyse.

Depuis 2021, on dépiste 19 maladies rares, voire très rares. Si les parents ne reçoivent pas de nouvelles c'est que le

résultat du dépistage est bon, aucune de ces maladies n'est présente chez leur enfant. Le test est entièrement gratuit.

Dans la Province de Liège, le programme couvre 10 institutions hospitalières (maternités et services de néonatalogie), y compris les 2 maternités germanophones de Saint-Vith et Eupen (l'activité de cette dernière maternité a été provisoirement transférée à la Clinique CHC Heusy en 2021).

EVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVEAU-NÉS AYANT BÉNÉFICIÉ DU DÉPISTAGE DES ANOMALIES CONGÉNITALES EN PROVINCE DE LIÈGE

	2017	2018	2019	2020
Population bénéficiaire	11.755	11.485	11.768	11.099

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

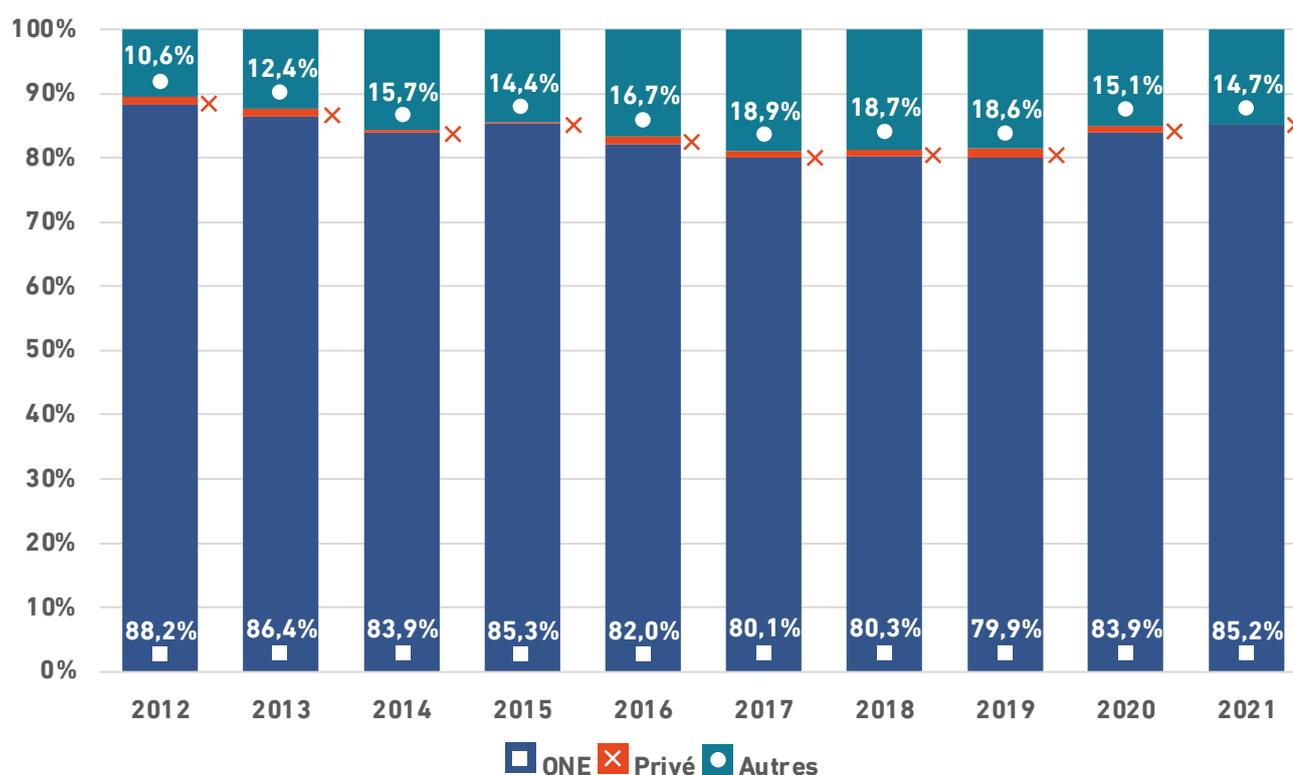
IMPORTANT : le prélèvement doit être réalisé entre 48h et 96h de vie de l'enfant, ni avant, ni après, cela pour éviter de fausser les résultats, mais aussi pour conserver la performance du programme. De même, les échantillons prélevés doivent parvenir au labo endéans les 4 jours de leur réalisation, cela permet d'obtenir à temps un résultat utile à la santé de l'enfant.

Plus d'informations sur les programmes de dépistage et sur les résultats du dépistage sur le site www.depistageneonatal.be.

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

Plus de 80% des familles de la Province de Liège envisagent un suivi préventif de leur enfant par l'ONE chaque année. Ce suivi préventif peut être mené dans différents types de structures et par divers services de l'ONE sur l'ensemble de la Province.

EVOLUTION DU SOUHAIT DU TYPE SUIVI PRÉVENTIF DU NOUVEAU-NÉ EN PROVINCE DE LIÈGE



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

En 2021, 85,2% des familles ont déclaré vouloir faire suivre leur enfant par l'ONE. 1 famille sur mille a opté pour un suivi préventif de la santé de leur enfant par le pédiatre ou le médecin généraliste de la famille. Et, 14,7% des parents ont déclaré que leur enfant sera suivi dans d'autres filières de soins que ces 2 précédents.

2.4.12 – Un soutien personnalisé par la visite à domicile

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

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

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

SYNTHÈSE

Les naissances connues par l'ONE couvrent l'ensemble de la population de nouveau-nés de la Province de Liège. La population (ici l'ensemble des personnes vivant en province de Liège et plus spécifiquement, la population de langue française de la province), est caractérisée par le nombre de naissances, de décès, ainsi que des migrations. Cette dynamique est un indicateur des variations appelée mouvement de population. Dans la province, la population connaît une légère augmentation comme partout ailleurs. A l'inverse des naissances, plus stables ces dernières années.

La Province de Liège connaît donc globalement une croissance continue de sa population, essentiellement du fait de mouvements des populations entre Liège et les autres entités géographiques. La population y a crû de 0,17% en une année et se situe à 1 110 989 habitants au 1^{er} janvier 2022.

Les statistiques de ce chapitre se réfèrent aux naissances vivantes de la Province de Liège. Et, scindé en 2 parties, une concernant la mère et l'autre l'enfant ou les enfants nés.

Les données relatives à la mère constituent les données d'accouchements dont le nombre est toujours inférieur ou égal à celui des naissances du fait d'éventuels naissances multiples.

Les données d'accouchement relèvent quelques informations sur la mère, l'environnement social, ses caractéristiques biométriques, ses habitudes de vie et le mode d'accouchement. La proportion de mères vivant leur premier accouchement est constante dans le temps. Ces primipares représentent 43% des mères. 33% des mères vivent leur 2^e accouchement et 15% vivent un 3^e accouchement. Le solde représente les femmes qui vivent un 4^e accouchement ou au-delà (9% des mères de la Province de Liège).

La part de primigestes (part de femmes dont l'accouchement résulte de leur première grossesse) parmi les mères tourne autour de 34%.

L'âge médian de la mère ne cesse d'augmenter au fil des décennies et sur les données reprenant les dix dernières années, on observe une continuelle dynamique liée à l'âge de la mère. Celui-ci se situe à 31 en 2021. La part la plus importante des accouchements est du fait des mères de 30 à 34 ans (40% des mères de la province de Liège en 2021). Et, les mères d'âge compris entre 25 et 34 ans rassemblent 65,5% des accouchements.

Globalement, une très large majorité des mères vit en couple, quel que soit l'Etat civil (mariées ou non). La situation relationnelle de la mère en Province de Liège décrit 93,6% de mères vivant en couple en 2021. Cependant, l'isolement est plus marqué avec 4,3% de mères qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (3,5%). Alors que la question d'isolement des mères est préoccupante pour les travailleurs de terrain dans les grandes villes, elle le

devient, et de plus en plus, dans les régions rurales et des zones de faible activité économique.

160 nationalités d'origine de mères sont relevées sur la période de l'étude (10 ans) et, pour la seule année 2021, les nouvelles accouchées sont issues de 110 pays différents. 74,6% des mères sont d'origine belge en 2021 (70,2% en 2012).

A Liège, 55% des mères avaient une corpulence qualifiée de « normale » et celles en surpoids représentent 25% des mères en Province de Liège (24,7% en Fédération Wallonie-Bruxelles) et l'obésité est décrite pour 14,7% des mères (16,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles). Les habitudes tabagiques sont importantes et préoccupantes. Une mère sur cinq a bénéficié du suivi de sa grossesse par l'ONE dans la population des accouchées de la Province.

Les données relatives à l'enfant montrent quant à elles que 7 enfants sur 10 viennent au monde spontanément. Les césariennes représentent 24,3% des modes d'accouchement et l'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 6,3% des naissances.

En Fédération Wallonie-Bruxelles et sur base des données BDMS, l'incidence de la prématurité est de 8,3% en 2021, toutes naissances vivantes confondues, jumeaux compris. En Province de Liège, celle-ci est restée relativement plus élevée que cette moyenne communautaire pour la décennie et en 2021, elle se situe à 9,2%. Les causes de prématurité ne sont pas toujours connues. On estime même que c'est le cas pour la moitié des situations de naissances avant terme. Il existe cependant des causes directes (infections, malformations), des causes indirectes (hypertension, diabète) et des facteurs de risque (niveau socioéconomique, isolement, tabagisme, etc.) en matière d'étiologie de la prématurité.

En 2021, la proportion de petits poids de naissance est de 8,2% en Province de Liège et de 7,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les taux d'allaitement en Province de Liège sont relativement stables ces dernières années. La mise au sein se situe à 86,3% d'allaitement immédiatement ou les heures qui suivent l'accouchement, en 2021. Et, les jours suivant l'accouchement, le taux d'allaitement est de 79,4%.

En 2021, 85,2% des familles de la Province de Liège ont déclaré vouloir faire suivre leur enfant par l'ONE. La visite à domicile fait partie des services que l'Office propose aux familles. Elle permet aux travailleurs de l'ONE de rencontrer la famille chez elle, dans son cadre de vie et de donner des informations adaptées à celle-ci. Un suivi renforcé peut également être proposé dans les situations de vulnérabilité vécues par les familles et/ou des actions de prévention spécifiques mises en place en fonction des besoins des familles.

CHAPITRE 3



**LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE**

INTRODUCTION

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

Le suivi préventif de l'enfant a pour objectif d'assurer le suivi de la santé et de la croissance de l'enfant (programme « Naître et Grandir : Avec vous, pas à pas »). Le travail des consultations à l'ONE se fait « *en chiffres* » et surtout « *en actions* ».

« *En chiffres* » : elles participent à la collecte de données telle qu'organisée par l'ONE auprès des familles. Ces données sont ensuite utilisées pour définir la direction des actions au sein de l'ONE (BDMS).

« *En actions* » : les consultations poursuivent surtout différentes initiatives, telles que :

- ▶ l'élaboration des « Projets Santé-Parentalité » (PSP) ou des Projets Communaux d'Accompagnement (PCA) incluant le suivi universel et le suivi renforcé en cas de besoin spécifique ou de vulnérabilité,
- ▶ la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de médecine préventive,
- ▶ le développement des activités individuelles et collectives de promotion de la santé,
- ▶ l'intégration des activités de l'ONE dans le réseau local,
- ▶ la participation à l'évaluation et à la régulation de la politique en matière d'accompagnement médico-social,
- ▶ etc.

L'évaluation du suivi médical 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 aux 9, 18 et 30 mois de l'enfant, en présence d'un de ses parents ou d'une personne référente.

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

Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et les Partenaires Enfants-Parents (PEP's) au sein des consultations pour enfants ou lors des visites à domicile effectuées par les PEP's mais aussi au sein des milieux d'accueil collectifs fréquentés par ces enfants.

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2011 à 2020. Les années de référence analysées pour chaque thème sont reprises sous chaque tableau ou graphique.

L'année de référence est l'année durant laquelle le bilan a été complété. Ainsi pour les Bilans de santé de l'année 2020, on retrouve pour les « Bilans de santé à 9 mois », des enfants nés en 2019 et 2020, pour les « Bilans de santé à 18 mois », des enfants nés en 2018 et 2019 et pour les « Bilans de santé à 30 mois », des enfants nés en 2017 et 2018².

Limite des données : âge et résidence de l'enfant

Lors de l'analyse des données, une sélection est réalisée sur base de l'âge de l'enfant et de son lieu de résidence. Il est donc très important que les variables soient correctement complétées, et plus particulièrement, le lieu de résidence et la date de naissance de l'enfant ainsi que la date d'établissement du « Bilan de santé ». En effet, les données manquantes n'étant pas prises en compte dans les analyses de données, les estimations des fréquences obtenues peuvent être un peu différentes des valeurs réelles dans les populations concernées.



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

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

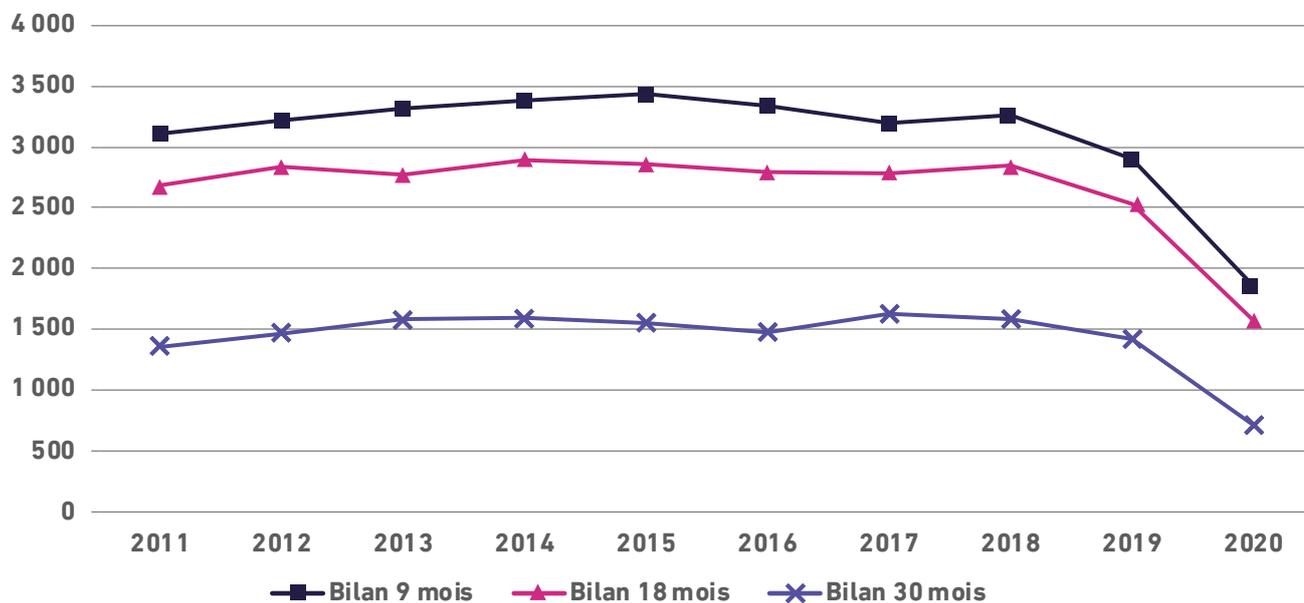
¹ Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE, 2019.

² NB : La base de données analysée dans ce rapport a été arrêtée en novembre 2021. Plusieurs rappels ont été effectués auprès du personnel de l'ONE. Et si quelques documents ont pu encore être envoyés au-delà de cette date, la quasi-totalité des documents 2020 a été encodée. Nous pouvons dès lors estimer que les données sont représentatives.

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

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

EVOLUTION DU NOMBRE DE BILANS DE SANTÉ EN PROVINCE DE LIÈGE



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

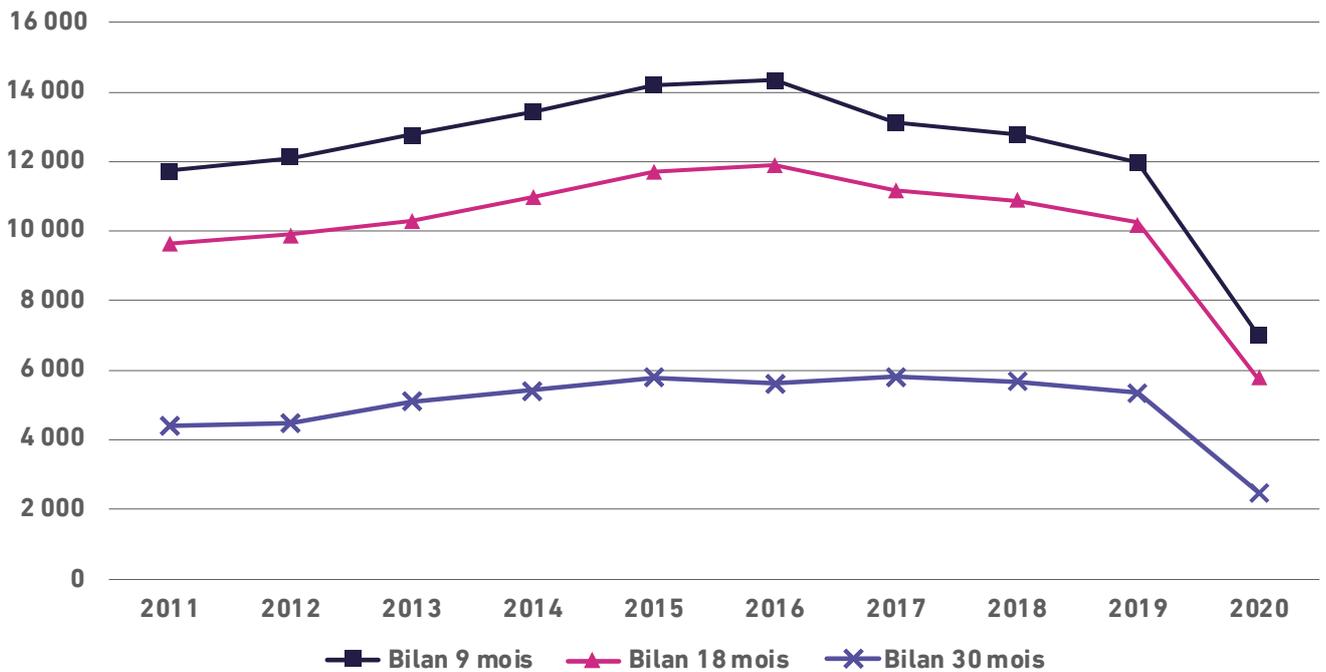
Le nombre de Bilans de santé analysés ces dix dernières années est stable, voire augmente progressivement pour les 3 Bilans de santé en province de Liège, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) (voir graphique ci-dessous). Cependant, en 2017, il diminue légèrement pour chuter de 2019 à 2020. Cela s'explique notamment par le nombre de naissances qui se réduit ces dernières années (surtout pour Bruxelles et le Hainaut). Mais également, à la suite de la crise sanitaire du COVID-19. Le confinement général de la population en mars 2020 a impacté tous les secteurs et empêché les familles de se rendre en consultation pour les suivis de santé et les professionnels de poursuivre pleinement leur travail de prévention.

Dans la province de Liège, en nombre absolu, le nombre total de Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois, est passé de 7.144 bilans en 2011 à 6.880 en 2019 et 4.147 en 2020, soit une diminution de 3,7% en 2019 et 42% en 2020. Ces données sont à mettre en relation avec le nombre d'enfants recensés dans la même tranche d'âge.

Les communes de Liège, Verviers, Herstal, Ans, Seraing et Dison sont les communes de résidence où on dénombre le plus de « Bilans de santé » entre 2011 et 2020. A mettre en rapport avec les données de la population par communes.



EVOLUTION DU NOMBRE DE BILANS DE SANTÉ EN FWB



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

3.1.2. Taux de couverture des Bilans de santé entre 2009 et 2020

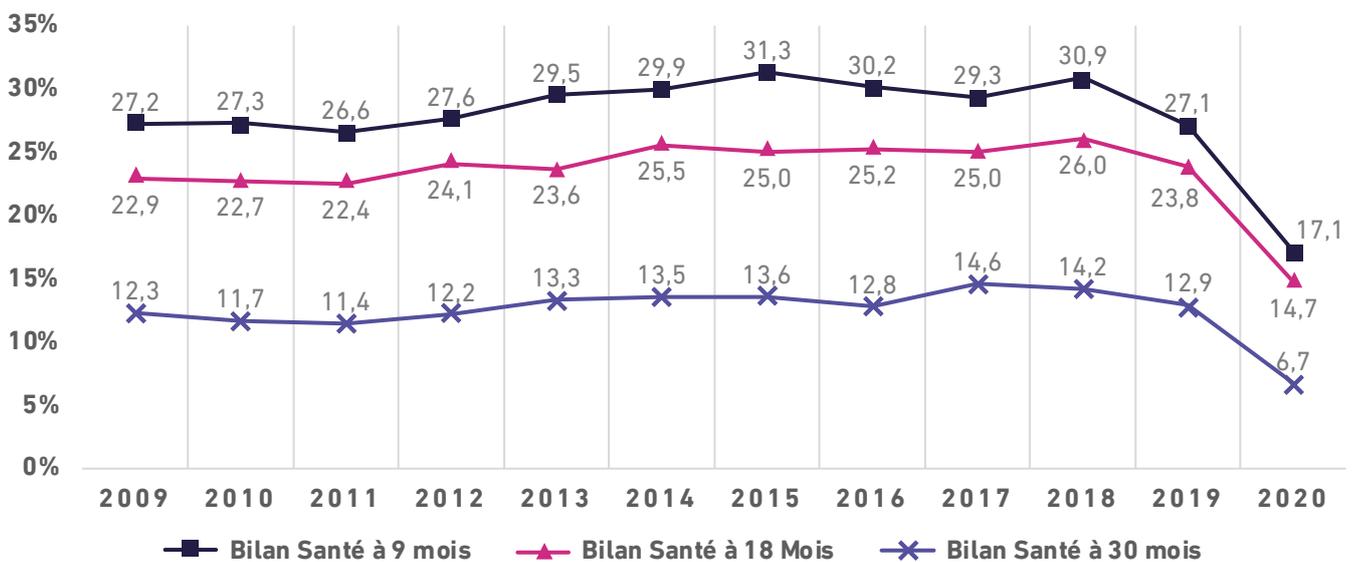
Actuellement, l'information précise concernant le nombre d'enfants susceptibles d'être suivis et entrant dans la tranche d'âge requise pour les Bilans de santé n'est pas disponible. Par conséquent, le taux de couverture des Bilans de santé doit être calculé, soit en prenant comme référence le nombre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

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

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

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 2020, les données sont relevées à la date du 1^{er} janvier 2021.³

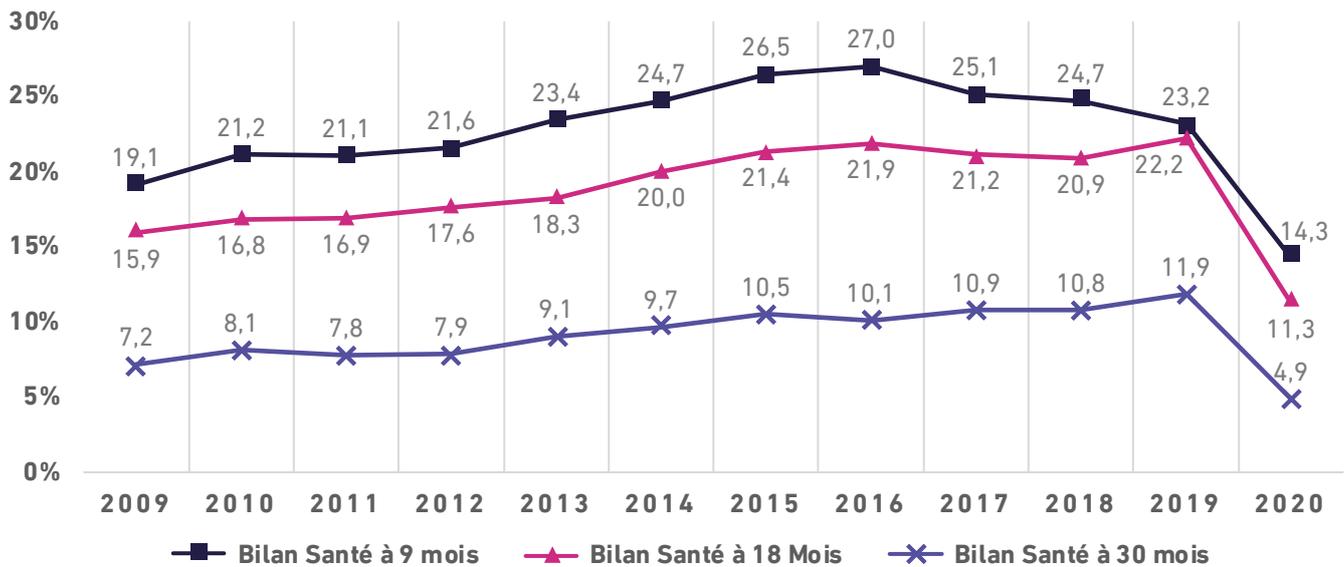
EVOLUTION DU TAUX DE COUVERTURE DES BILANS DE SANTÉ EN PROVINCE DE LIÈGE



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2009-2020

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

EVOLUTION DU TAUX DE COUVERTURE DES BILANS DE SANTÉ EN FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois », 2009-2020

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

De manière générale, on constate une augmentation des taux de couverture pour les 3 Bilans de santé tant en province de Liège qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, en 2020, on observe une forte diminution des taux à la suite de la pandémie du COVID-19.

En province de Liège, les taux de couverture sont non seulement plus élevés que la moyenne relevée en FWB mais ils restent assez stables ces dix dernières années (excepté en 2020). Contrairement, en FWB, où les taux diminuent progressivement à partir de 2017.

Effectivement, en province de Liège, entre 2009 et 2019, les taux sont assez similaires pour les Bilans de santé à 9 mois, et en légère augmentation pour les Bilans de santé à 18 et 30 mois. En 2019, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 27,1% des enfants, 23,8% lors des Bilans de santé à 18 mois et 12,9% pour ceux à 30 mois. Pour malheureusement chuter en 2020, à 17,1% pour les Bilans de santé à 9 mois, 14,7% pour ceux à 18 mois et 6,7% pour les 30 mois.

En FWB, en 2009, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour 19,1% des enfants, contre 14,3% en 2020. Durant cette même période, les Bilans de santé à 18 mois passent de 15,9% à 11,3% et les Bilans de santé à 30 mois de 7,2% à 4,9%.

Si le taux de couverture moyen des Bilans de santé à 9 mois était de 23% en province de Liège en 2019-2020, certaines communes atteignaient des taux beaucoup plus élevés.

En 2019-2020, pour les Bilans de santé à 9 mois, les communes de Trois-Ponts (67,6%), Dison (55,1%), Lierneux (54,2%), Pepinster (53,5%), Welkenraedt (45,9%), Tinlot (42,9%) et Stavelot (41,5%) avaient les taux de couverture les plus élevés. Ensuite, les communes d'Oupeye (39,4%),

Baelen (36,4%), Limbourg (33,9%), Blegny (33,2%), Amay (32,8%), Ans (31,9%), Liège (31,3%), Visé (31,3%) et Modave (30,8%) avaient des taux de couverture allant respectivement de 39,4% à 30,8%.

A 18 mois, les taux de couverture les plus élevés variaient entre 46,2% et 25,2% pour les communes de Trois-Ponts (46,2%), Dison (41,5%), Baelen (37%), Pepinster (35,2%), Stavelot (34,3%), Theux (32,7%), Welkenraedt (30%), Oupeye (29%), Blegny (28,9%), Lierneux (27,9%), Liège (27,7%), Limbourg (26,2%), Ans (25,7%), Sprimont (25,5%) et Visé (25,2%).

Enfin, parmi les enfants à 30 mois, les communes de Trois-Ponts (30,2%), Dison (28,3%), Welkenraedt (27%), Stavelot (24,6%), Pepinster (21,2%), Baelen (19,4%), Blegny (18,2%), Sprimont (17,7%), Thimister-Clermont (17,7%), Amay (16,2%) et Lierneux (15,9%) détenaient les plus hauts taux de couverture variant entre 30,2% et 15,9%.

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

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

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

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

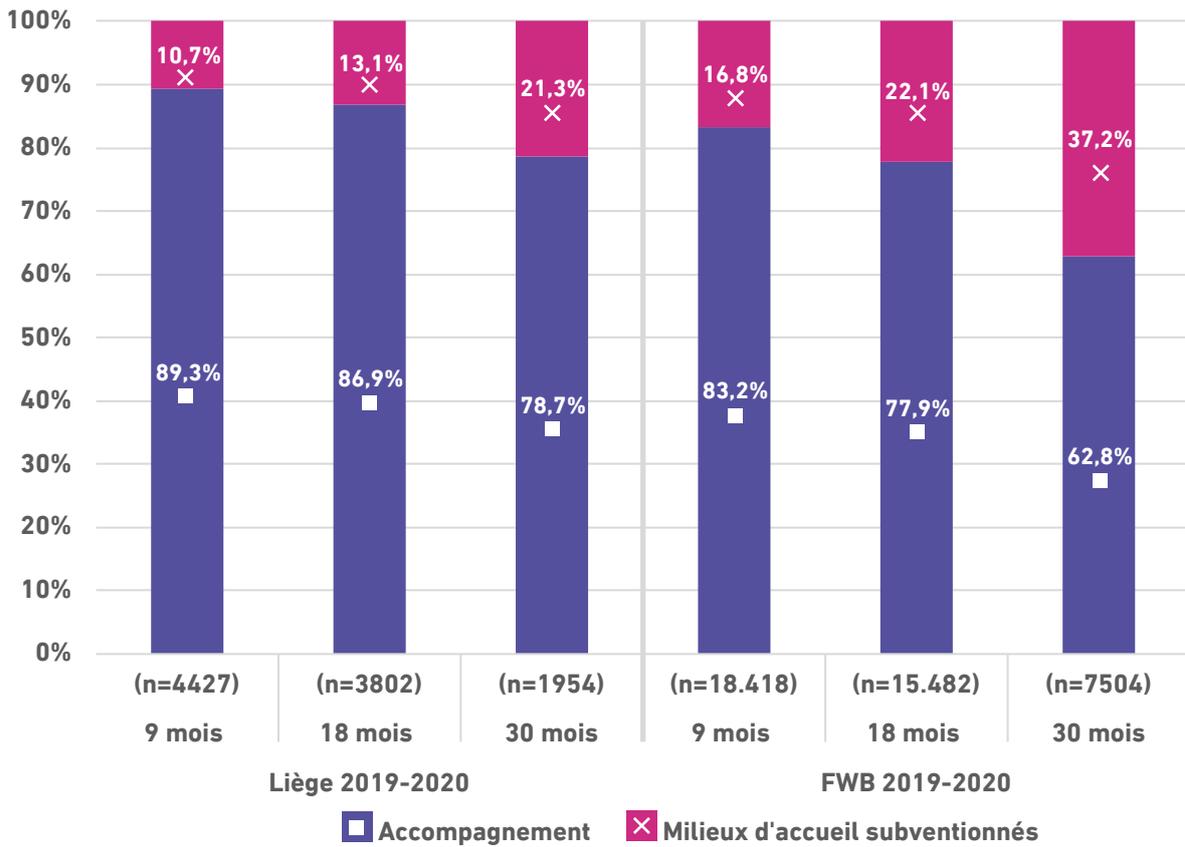
A l'ONE, on distingue différents types de structures de suivi préventif de l'enfant réparties dans deux secteurs : l'Accompagnement de l'enfant et l'Accueil de l'enfant.

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

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

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

ORIGINE DES BILANS DE SANTÉ EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

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

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

En 2019-2020, en province de Liège, 89,3% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 18 mois, cette proportion diminue à 86,9%,

pour atteindre à 30 mois, les 78,7%. Cette diminution est à mettre en relation avec la fin de la première période de vaccination (Hexavalent, Pneumocoque, Rotavirus) ainsi que l'entrée progressive de l'enfant en milieu d'accueil. La proportion des 3 bilans de santé réalisés en milieux d'accueil tend à augmenter légèrement entre 2009 et 2020.

Cependant, les proportions d'enfants suivis en milieux d'accueil sont plus importantes en Fédération Wallonie-Bruxelles par rapport à la province de Liège.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, pour les années 2019-2020, 83,2% des Bilans de Santé à 9 mois et 77,9% à 18 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants. A 30 mois, cette proportion diminue à 62,8%.

Le taux d'inconnues pour ces données est assez élevé pour la province de Liège, variant de 6,7% à 8% selon le type de bilan. Tandis que pour la FWB, elle varie de 3 à 4%.

3.1.4. La santé en milieu d'accueil

Promouvoir la santé individuelle et collective au sein des milieux d'accueil, c'est participer à promouvoir un accueil de qualité. C'est rassembler les différents acteurs de ce lieu de vie autour d'objectif commun qui est l'épanouissement des enfants.

À l'entrée de l'enfant, à ses 9 mois, ses 18 mois et à sa sortie, des examens de santé obligatoires sont organisés dans les milieux d'accueil collectifs bénéficiant de l'accompagnement d'un médecin, ceci afin de permettre, entre autres la récolte des données des bilans de santé pour ce public.

Les intervenants

Les intervenants internes et externes au milieu d'accueil sont concernés par la santé individuelle et collective. La plupart des milieux d'accueil collectifs bénéficie d'un suivi médical selon les recommandations explicites dans la brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance ».

Actuellement en province de Liège, il y a 257 milieux d'accueil collectifs. Selon la réglementation, ces milieux d'accueil collectifs sont soit suivi par un duo médecin/PEP's (pour les milieux d'accueil non subventionnés) ou médecin/responsable de structure (pour les milieux d'accueil subventionnés).

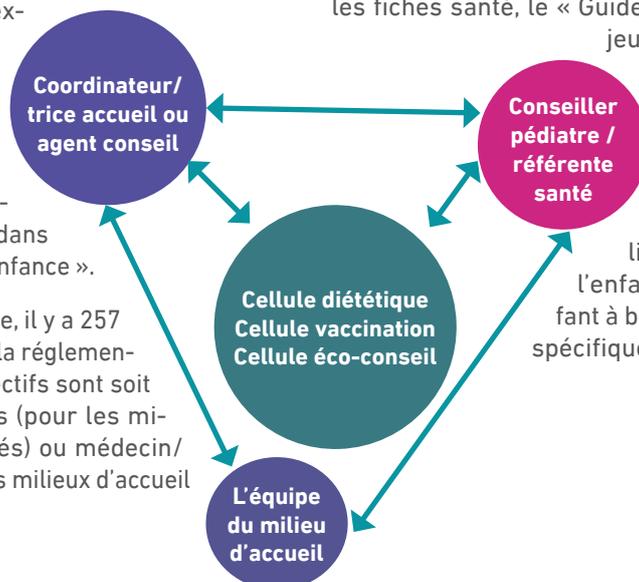
Le ou la coordinateur(trice) accueil ou l'agent conseil sont les personnes de références pour le milieu d'accueil. Sur les questions de santé, le conseiller pédiatre et le référent santé apportent leur aide et leur expertise.

Ces intervenants peuvent également demander des avis à des diététiciennes pédiatriques, des éco-conseillères et des spécialistes en vaccination de l'ONE.

Les documents de références

Les milieux d'accueil disposent de différents outils pour les aider, tel que divers documents reprenant les obligations et avis en termes de santé : la brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance », les fiches santé, le « Guide de médecine préventive du jeune enfant », ...

Les programmes de santé prioritaires y sont développés avec des informations complémentaires sur les thématiques propres à ce lieu de vie comme l'accueil de l'enfant malade, l'accueil de l'enfant à besoins spécifiques, ...



Catherine DOGUET

Référente santé en milieux d'accueil pour la province de Liège

Comment se déroule la collaboration, les modes d'actions avec les milieux d'accueil ?

Le milieu d'accueil peut poser ces questions à son médecin de structure ou aux intervenants ONE. La plupart du temps cela se fait par téléphone ou par email. Selon la thématique ou la particularité de la situation, l'intervenant répond ou oriente la question vers la personne compétente. Les sujets principalement abordés concernent l'accueil de l'enfant malade et les mesures d'hygiène.

Des visites dans les structures permettent également d'échanger sur les sujets de santé et cela favorise la connaissance des réalités de terrain.

La récurrence des questions et des observations est analysée et permet d'orienter nos communications. Les exemples sont nombreux : en 2020, au vu de la priorisation des consultations médicales, l'accent a été mis sur la surveillance vaccinale afin de s'assurer que les vaccins obligatoires soient bien réalisés. En 2021, des visioconférences ont été organisées sur les procédures d'hygiène et le choix du biocide. Des communications « descendantes » sont également faites, pour exemple : le rappel d'un article flash accueil, lors d'une période de canicule, des points d'attention en lien avec l'actualité, les dépistages visuels sont également promus, ...

Les actions collectives sont mises en place par le biais de groupe de travail entre milieux d'accueil, des journées d'échange, des conférences. Par exemple, en 2017, une journée sommeil et prévention de la mort subite a eu lieu à la suite de constats de terrain.

En 2019, l'actualisation de la brochure santé en milieu d'accueil a été implémentées par des présentations adaptées au public. Des journées d'échanges et d'informations ont été organisées pour les milieux d'accueil collectifs et familiaux. L'évaluation de ces journées nous conforte sur l'importance de la rencontre et des échanges entre les agents de l'ONE et des milieux d'accueil.

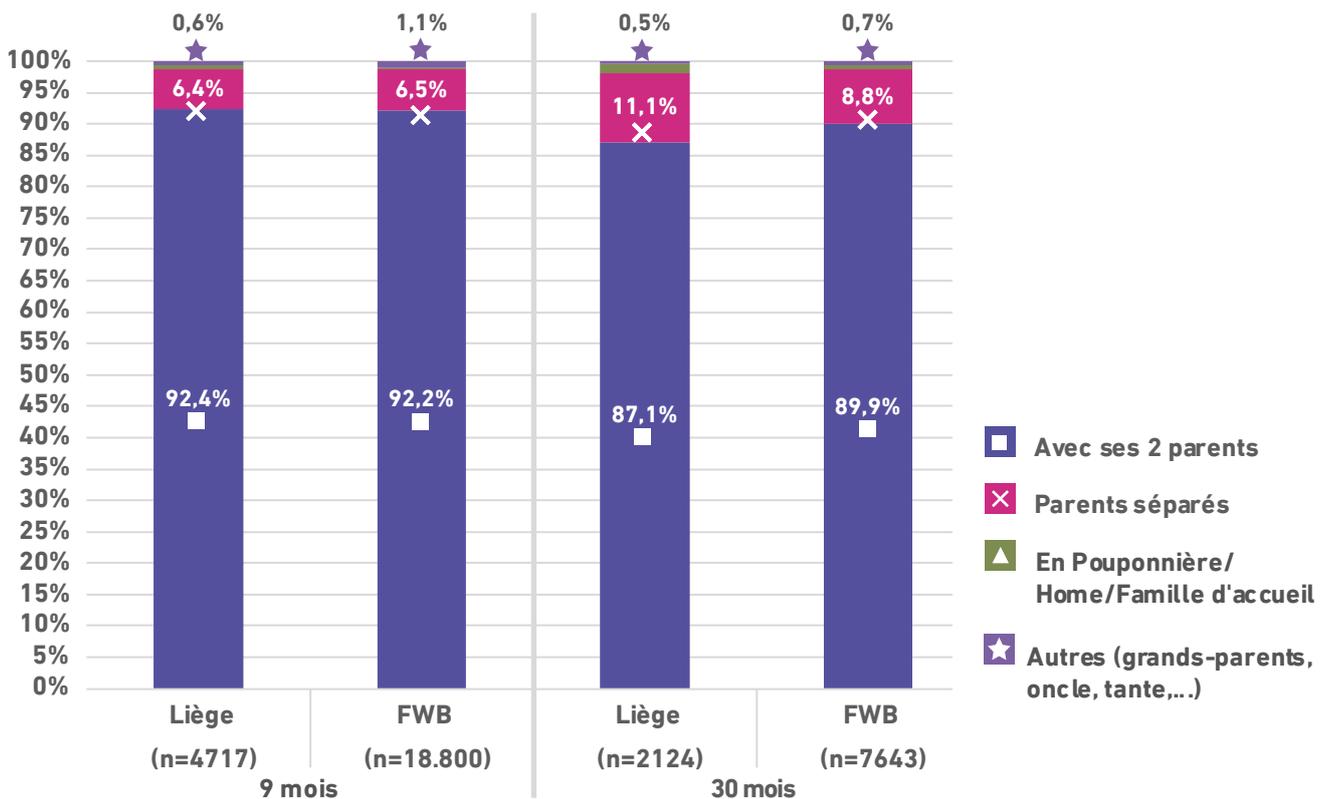
3.2. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES ET DES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE

3.2.1. Situation familiale de l'enfant

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

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

SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

A 9 mois, en 2019-2020, la situation familiale des enfants dans la province de Liège est assez identique à celle des enfants en FWB. Plus ou moins 92% des enfants vivent avec leurs 2 parents. La proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre 9% (FWB) à 11% (Liège) à 30 mois. Ces résultats sont stables dans le temps.

Pour la période 2011-2020, les communes liégeoises ayant un pourcentage plus élevé d'enfants âgés de 9 ou 30 mois vivant avec un seul parent sont Seraing (11,7% à 9 mois et 16,9% à 30 mois), Liège (9,3% à 9 mois et 12,2% à 30 mois), Herstal (9,3% à 9 mois et 10,6% à 30 mois), Dison (8,8% à 9 mois et 11,1% à 30 mois), Verviers (7,7% à 9 mois et 13,1% à 30 mois) et Ans (7,2% à 9 mois et 8,8% à 30 mois).

Que ce soit en province de Liège ou en FWB, 4% des enfants à 9 mois suivis en milieu d'accueil vivent avec leurs parents séparément pour atteindre 7% à 30 mois. Contrairement aux enfants suivis en consultation à l'âge de 9 mois, 7% vivent avec leurs parents séparément pour arriver à 12,7% (Liège) et 9,6% (FWB) à 30 mois.

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

Selon l'Institut pour un Développement Durable (IDD)⁴, au 1^{er} janvier 2019, il y avait en Wallonie-Bruxelles 206.311 parents seuls âgés de 20 à 59 ans, dont 153.198 en Wallonie (74,3%) et 53.113 à Bruxelles (25,7%). Entre 1991

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

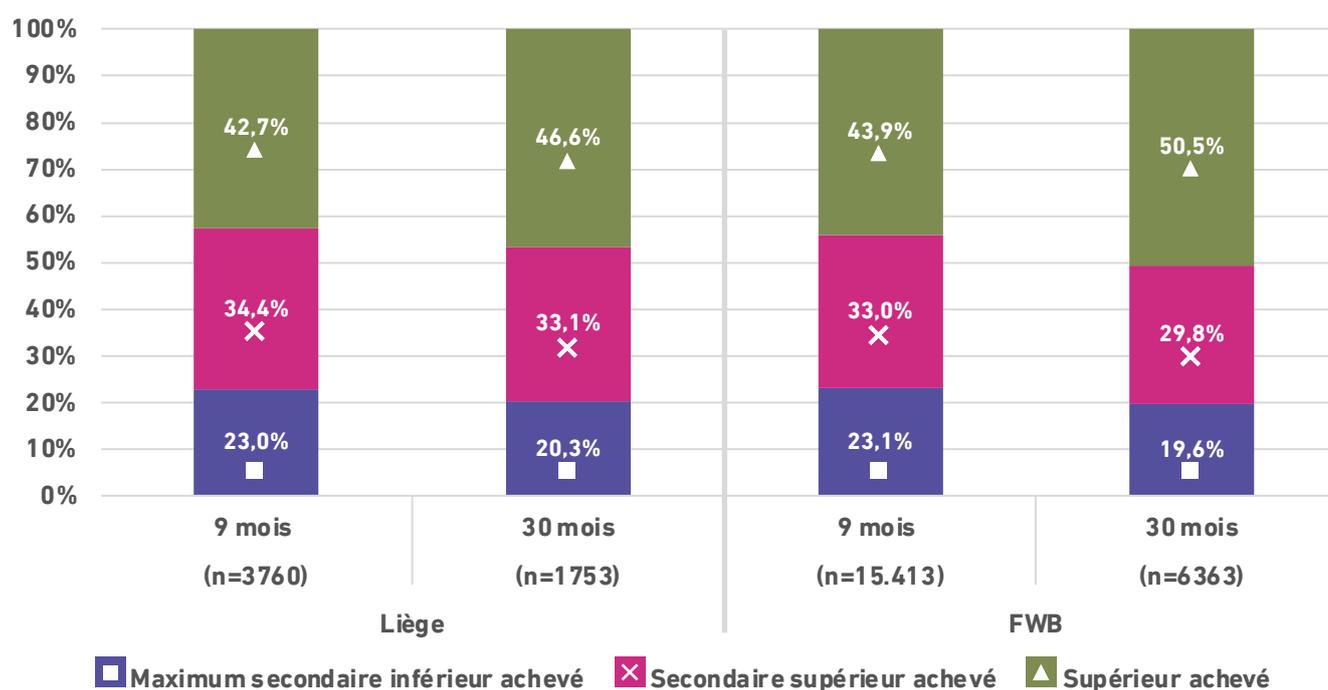
et 2019, le nombre de parents seuls a augmenté au total de 79.423 unités, soit 62,6% d'augmentation. La hausse est particulièrement importante en Wallonie : +71% ; pour Bruxelles, elle est de +42,3%. La Wallonie a observé de 1991 à 2007 une très forte augmentation de la part des familles monoparentales dans le total des familles, passant de 16,8% à 27%. Après 2007, cette proportion s'est stabilisée autour de 28%. En 2019, elle était de 28,3%. A Bruxelles, cette part a augmenté jusqu'en 2007, pour reculer depuis lors. Au total, en 2019, la part des familles monoparentales est de 27,7%. Les données population de Statbel estime que 83% de celles-ci sont des femmes seules avec 1 ou plusieurs enfants. Et 1 famille monoparentale sur 2 est au seuil ou sous le seuil de pauvreté. C'est la commune liégeoise de Seraing qui compte le plus de familles monoparentales (16%), devant Charleroi (15%).⁵

Selon les données officielles de Statbel, au 1^{er} janvier 2020, 26,1% des familles étaient monoparentales en Belgique : 22,1% en Flandre, 30,1% en Région wallonne et 32,5% en Région bruxelloise.⁶

3.2.2. Niveau d'enseignement de la mère

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

NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

En province de Liège et en FWB, les données sur le niveau d'enseignement des mères fréquentant les structures de l'ONE sont assez similaires. En 2019-2020, lors du Bilan de santé à 9 ou à 30 mois, la proportion des mères qui détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur (3^{ème} secondaire) est un peu plus élevée en province de Liège que pour l'ensemble de la FWB.

A 30 mois, le niveau d'enseignement global des mères liégeoises est plus élevé avec 46,6% ayant un diplôme de l'enseignement supérieur contre 42,7% à 9 mois.

Sur ces dix dernières années, les Bilans de santé à 9 mois indiquent une évolution positive du niveau d'enseignement de la mère, que ce soit en province de Liège ou en FWB. En effet, le pourcentage de mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur passe de 39,9% en 2011-2012 à 42,7% en 2019-2020. Cette différence

est logiquement compensée par une diminution de la proportion des niveaux d'études primaires, secondaires inférieures (de 25,6% à 23%) et secondaires supérieures (de 34,5% à 34,4%). En FWB, les mêmes tendances sont observées.

Cependant, lors du Bilan de santé à 30 mois, la proportion des différents niveaux d'enseignement des mères reste semblable de 2011 à 2020 en province de Liège. Les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur passent de 46% en 2011-2012 à 46,6% en 2019-2020. La proportion des niveaux d'études primaires, secondaires inférieures (de 20,7% à 20,3%) et secondaires supérieures (de 33,3% à 33,1%) n'évolue guère. En FWB, les chiffres restent forts similaires de 2011 à 2020 pour les trois niveaux d'études de la mère lors du remplissage du Bilan de santé à 30 mois.

5 <https://www.rtf.be/article/45-des-menages-belges-sont-des-isoles-ou-des-familles-monoparentales-dans-ces-communes-elles-sont-majoritaires-10431115> ; <https://www.rtl.be/info/belgique/societe/aujourd-hui-un-tiers-des-familles-wallonnes-et-bruxelloises-sont-monoparentales-le-moins-accident-de-la-vie-a-un-impact-plus-important--1196312.aspx>

6 https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/FR_kerncijfers_2020.pdf

Même si le taux d'inconnues pour cette variable diminue au fur et à mesure des années, celles-ci restent néanmoins élevées avec 20,7% pour le Bilan de santé de 9 mois et 17,9% pour le Bilan de santé de 30 mois, en 2019-2020 pour la province de Liège. En FWB, ceux-ci sont plus bas avec 18,6% à 9 mois et 18,1% à 30 mois, en 2019-2020.

Pour la période 2011-2020, les communes liégeoises parmi lesquelles on retrouve un pourcentage de mères avec un niveau d'éducation plus faible sont Engis, Seraing, Waremme, Verviers, Beyne-Heusay, Dison, Liège, Herstal, Flémalle et Huy. Parmi ces communes, entre 30% et 45% des mères dont les enfants sont suivis à l'ONE ont obtenu tout au plus le diplôme de niveau d'études secondaires inférieures. Ces données peuvent également être mises en relation avec la maîtrise de la langue et la durée d'établissement en Belgique (voir point 3.2.5.).

A contrario, plus de 70% des mères résidant dans les communes de Neupré, Modave, Burdinne, Geer, Dalhem, Esneux, Sprimont et Baelen détenaient un diplôme d'études supérieures.

Selon les données CENSUS⁷, en 2011, 25,9% de la population de la province de Liège détenait un diplôme de l'enseignement supérieur. Les communes de Dison (15,8%) et de Saint-Nicolas (14,9%) situées en province de Liège faisaient parties des 10 communes de Belgique où la proportion de la population ayant un diplôme du supérieur est la moins élevée.

En Belgique, selon l'enquête sur les forces de travail réalisée chaque année, en 2019, 11,3% des Belges de 15 ans ou plus ne détenaient aucun diplôme ou uniquement un diplôme de l'enseignement primaire (20,2% en 2008). Un cinquième de la population a seulement un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. L'enseignement secondaire supérieur est le niveau d'instruction le plus élevé pour 36% de la population. Par contre, le taux de la population diplômée de l'enseignement supérieur tend à augmenter avec les années pour atteindre 29,9% en 2016, 32,7% en 2018 et 32,9% en 2019 contre 25,1% en 2008. L'enquête sur les forces de travail (EFT) est une enquête socio-économique par sondage menée auprès des ménages belges mais aussi européens afin d'avoir des données comparatives. Son but principal étant de classer la population en âge de travailler.⁸

L'enquête sur les forces de travail a également observé que le niveau d'instruction de la population belge a fortement augmenté entre 1986 et 2019. En 1986, 65,1% des hommes et 71,2% des femmes de 15 ans et plus détenaient tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Au cours des dernières décennies, ce pourcentage de personnes peu qualifiées a baissé tant chez les hommes que chez les femmes pour passer sous la barre des 32%. Chez les deux sexes, ce recul s'est traduit par une hausse du nombre de personnes moyennement et hautement qualifiées.

La progression la plus significative est à mettre à l'actif des femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. En 1986, 11,1% des femmes de 15 ans et plus détenaient un diplôme de l'enseignement supérieur. En 2019, le pourcentage de femmes hautement qualifiées a grimpé à 34,8%. La part de femmes hautement qualifiées dépasse le pourcentage d'hommes hautement qualifiés (30,8%). Enfin, en 2019, 38,4% des hommes et 33,8% des femmes étaient en possession d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur sans avoir achevé d'études supérieures.

En Belgique, 47,5% des 30-34 ans détenaient un diplôme de l'enseignement supérieur en 2019. La Belgique se situe ainsi largement au-dessus de la moyenne européenne, qui s'élève à 41,6%. Les femmes enregistrent de bien meilleurs résultats que les hommes dans ce domaine. En Belgique, 55,2% des femmes âgées de 30 à 34 ans sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, contre 39,8% des hommes de la même tranche d'âge. En 2021, ces taux ont continué d'augmenter pour atteindre 49,9% des 30-34 ans ayant un diplôme de l'enseignement supérieur en Belgique, dont 56,4% de femmes contre 43,3% des hommes. Avec un pourcentage de 58,4%, Bruxelles présente le plus haut taux de 30-34 ans diplômés du supérieur. Ce taux est de 52,4% en Flandre et 41,7% en Wallonie.⁹

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

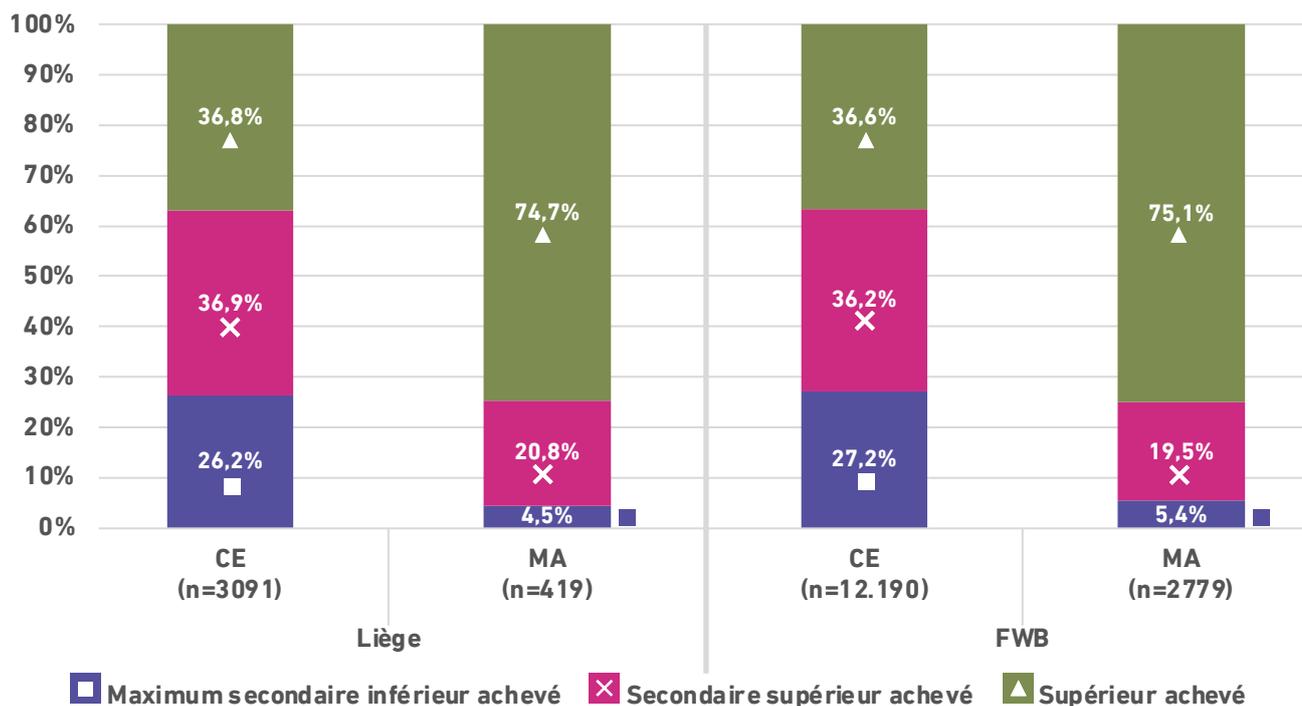


⁷ http://census2011.fgov.be/data/fresult/fresult_fr.html ; https://www.census2011.be/data/fresult/highdegree_fr.html

⁸ https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/FR_kerncijfers_2020.pdf

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

NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE SELON LE TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



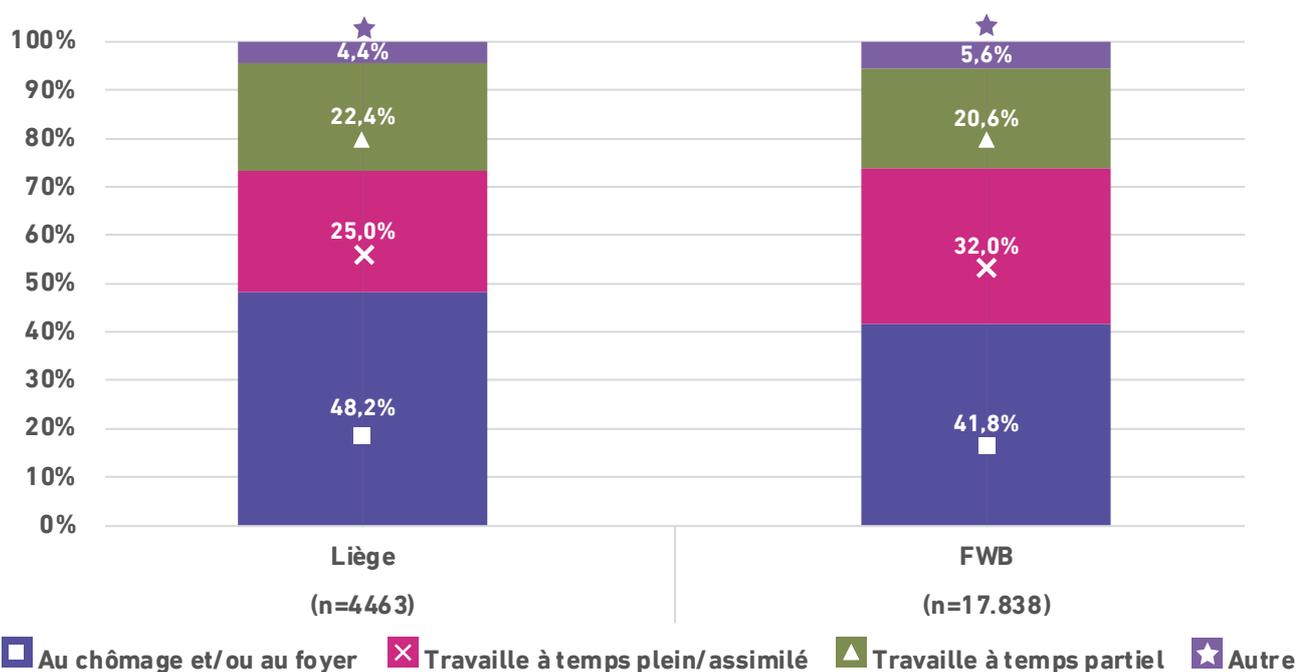
BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2019-2020

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

En 2019-2020, en province de Liège, 74,7% des mères d'enfants de 9 mois suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre 36,8% des mères des enfants suivis en consultation. En consultation pour enfants, 26,2% des mères ont obtenu tout au plus le diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, contre 4,5% en milieu d'accueil. Les résultats sont semblables en Fédération Wallonie-Bruxelles.

3.2.3. Situation professionnelle de la mère

SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

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

La situation d'emploi de la mère est relativement différente selon les régions. En province de Liège, 48,2% des mères sont inactives professionnellement (au chômage ou au foyer) en 2019-2020. Tandis qu'en FWB c'est 41,8%. La proportion de mères inactives tend à diminuer très légèrement au fil des années avec 48,6% en 2011 et 47,4% en 2020 pour la province de Liège. En FWB, la même tendance est observée de façon plus marquée, ce pourcentage passant de 46,5% à 40,9%.

La proportion des mères actives quant à elle n'évolue pas au fur et à mesure des années avec 47,9% en 2011-2012 pour atteindre 47,4% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Liège en 2019-2020. Tandis qu'en FWB, elle augmente passant de 50,3% à 52,6%. Cette tendance à l'augmentation du travail des femmes est également observée au niveau de la population générale en Belgique.

Pour la période 2011-2020, entre 84% et 96% des mères travaillaient à temps plein ou temps partiel dans les communes de Ferrières, Donceel, Nandrin, Neupré, Heron, Sprimont, Baelen, Faimés et Modave.

A contrario, entre 59% à 70% des mères de Saint-Nicolas, Dison, Verviers, Seraing, Liège, Herstal et Engis étaient au chômage ou au foyer.

L'Institut fédéral révèle que près de la moitié des femmes actives (45%) adoptent un temps partiel au cours de leur carrière, dont 24% des mères avec un enfant en bas âge – contre 12% des travailleurs et 6% des jeunes pères.¹⁰

En Belgique, selon l'enquête sur les forces de travail publiée par Statbel¹¹, l'office belge de statistique, le taux d'emploi des 20 à 64 ans a progressé de 69,7% en 2018 à 70,5% en 2019 pour atteindre 70,6% en 2021. Si l'on examine le taux d'emploi au fil du temps, on constate qu'il présente une tendance légèrement haussière ces deux dernières décennies. Ce pourcentage était de 65,8% en 2000 et de 67,6% en 2010. L'effet négatif de la crise du COVID-19 sur le taux d'emploi en 2020 a été annihilé en 2021.

Le taux de chômage des 15 à 64 ans s'élève à 6,3% en 2021. Les femmes connaissent les plus fortes évolutions, si bien que l'écart de taux d'emploi entre hommes (74,5%) et femmes (66,8%) se réduit et le taux de chômage des

femmes (5,9%) descend encore un peu plus sous celui des hommes (6,7%).

Les évolutions du taux d'emploi et du taux de chômage sont positives dans les trois régions, mais il subsiste de grandes différences entre les régions. En Flandre, le taux d'emploi des 20-64 ans est de 75,3%. Ce taux est de 65,2% en Wallonie et de 62,2% à Bruxelles.

Si on regarde plus exactement au niveau du genre, 66,8% des femmes âgées de 20 à 64 ans travaillaient en 2021. Il s'agit du pourcentage le plus élevé jamais enregistré. Ce pourcentage était de 56% en 2000. La différence est toujours bien marquée selon les régions avec 71% des femmes flamandes qui ont un emploi. Pour les femmes wallonnes et bruxelloises, les pourcentages s'élèvent à respectivement 61% et 56%.

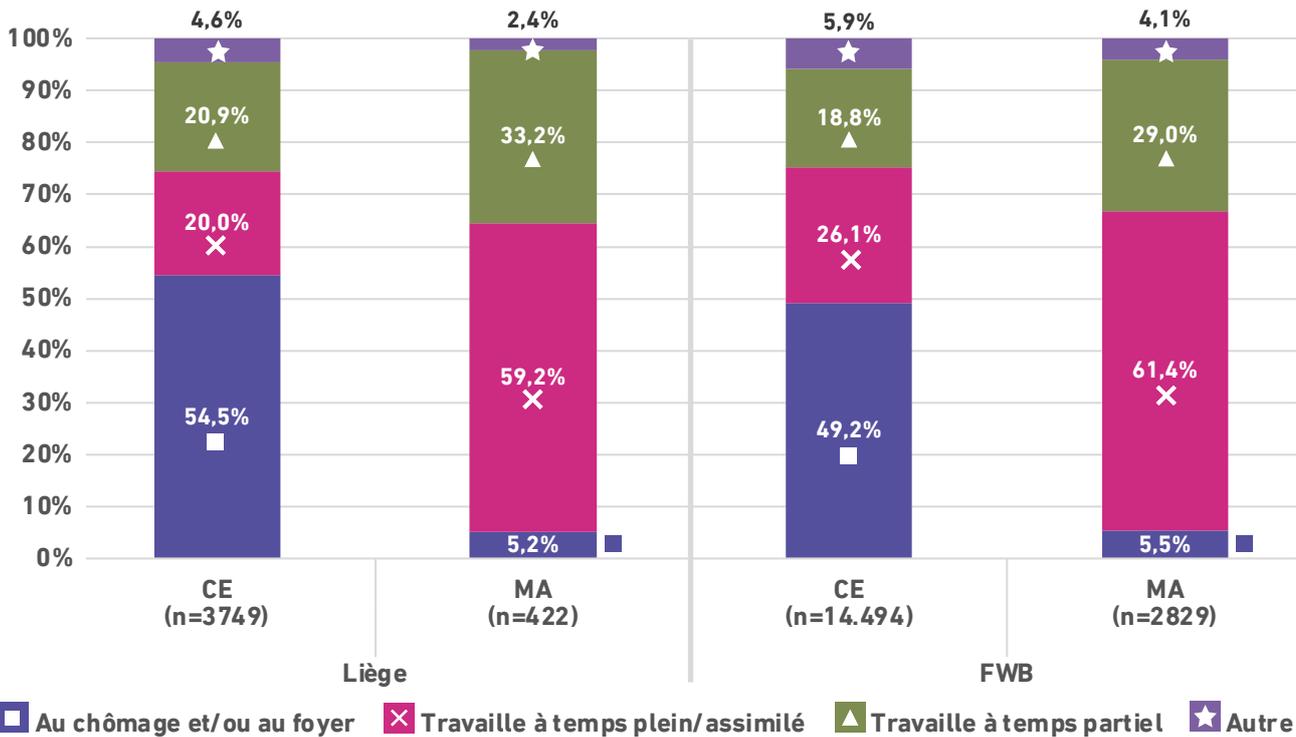
Le taux de chômage le plus élevé est observé parmi les citoyens hors Union Européenne 27 (21%), les jeunes (18,2%), les personnes à niveau d'instruction faible (14,7%) et les habitants de la Région de Bruxelles-Capitale (12,5%). Les taux de chômage les plus bas sont observés chez les personnes à niveau d'instruction élevé (3,6%), les habitants de la Région flamande (3,9%) et les 50-64 ans (4,3%).



¹⁰ Leurquin A.-S., « Travail, salaire, tâches domestiques : des inégalités que les femmes paient cash », Journal Le Soir, 08 mars 2022 : <https://www.lesoir.be/428557/article/2022-03-08/travail-salaire-taches-domestiques-des-inegalites-que-les-femmes-paient-cash>

¹¹ <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/forte-hausse-du-nombre-de-personnes-occupees-en-2021>, Emploi et formation, 31 mars 2022

SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE SELON LE TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

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 milieu d'accueil, on constate que la distribution de l'activité professionnelle des mères en province de Liège 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 92,4% parmi les enfants fréquentant les milieux d'accueil en province de Liège, contre 90,4% en FWB.

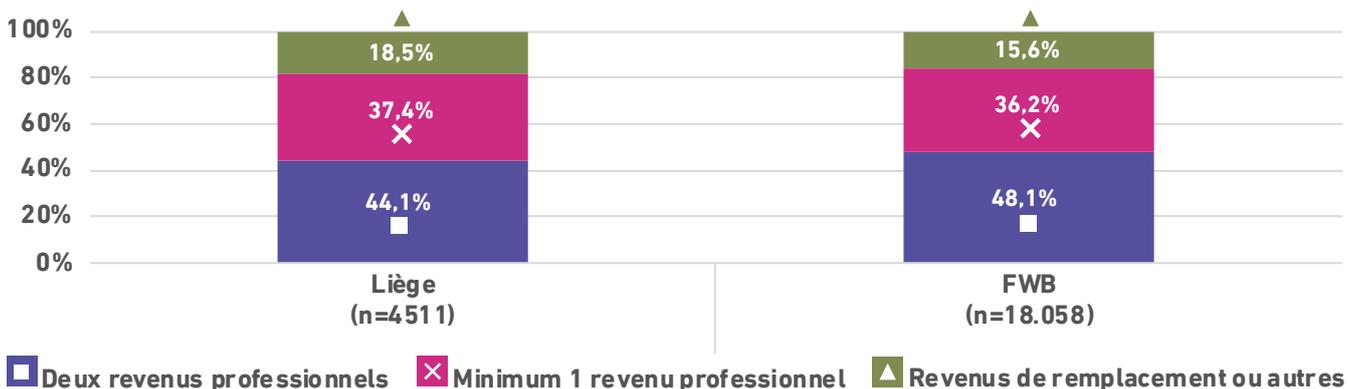
Par contre, si l'on prend en considération uniquement les enfants provenant des consultations pour enfants, 54,5% en province de Liège et 49,2% en FWB des mères sont inactives professionnellement. On peut également remarquer qu'en province de Liège, il y a une proportion un peu plus élevée de mères qui travaillent à temps partiel (20,9%) par rapport à la FWB (18,8%).

En 2019-2020, la situation de la mère était inconnue pour 6% des enfants en province de Liège et 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 possibilités de réponse qui ont été catégorisées. La catégorie « deux revenus professionnels » implique que le 2^{ème} revenu professionnel provient de l'autre parent, beau parent ou compagnon. La catégorie « minimum un revenu professionnel » comprend aussi bien les familles ne disposant que d'un seul revenu professionnel que celles disposant d'un revenu professionnel augmenté d'un revenu de remplacement. Celui-ci peut être une allocation de chômage, allocation pour personnes handicapées, un revenu d'intégration sociale, une indemnité de la mutuelle ou autre.

REVENUS DE LA FAMILLE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

Lors du Bilan de santé à 9 mois, en 2019-2020, 44,1% des familles en province de Liège disposent de deux revenus professionnels, 37,4% de minimum un revenu professionnel et 18,5% de revenus de remplacement. Les résultats pour la FWB sont quasiment identiques, avec 48,1% des familles disposant de deux revenus professionnels, 36,2% de minimum un revenu professionnel et 15,6% de revenus de remplacement. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la situation professionnelle de la mère.

Au cours de ces dix années, les résultats sont stables que ce soit pour la FWB ou la province de Liège. Les taux moyens d'inconnues varient autour des 4 à 5% en province de Liège et en FWB, entre 2011 et 2020.

Pour la période 2011-2020, plus de 80% des familles résidant dans les communes d'Héron, Ferrières, Modave, Burdinne, Sprimont, Aubel et Jalhay disposaient de deux revenus professionnels. Le nombre officiel d'habitants de ces communes varie de 4.200 à 15.000 habitants¹² en 2020.

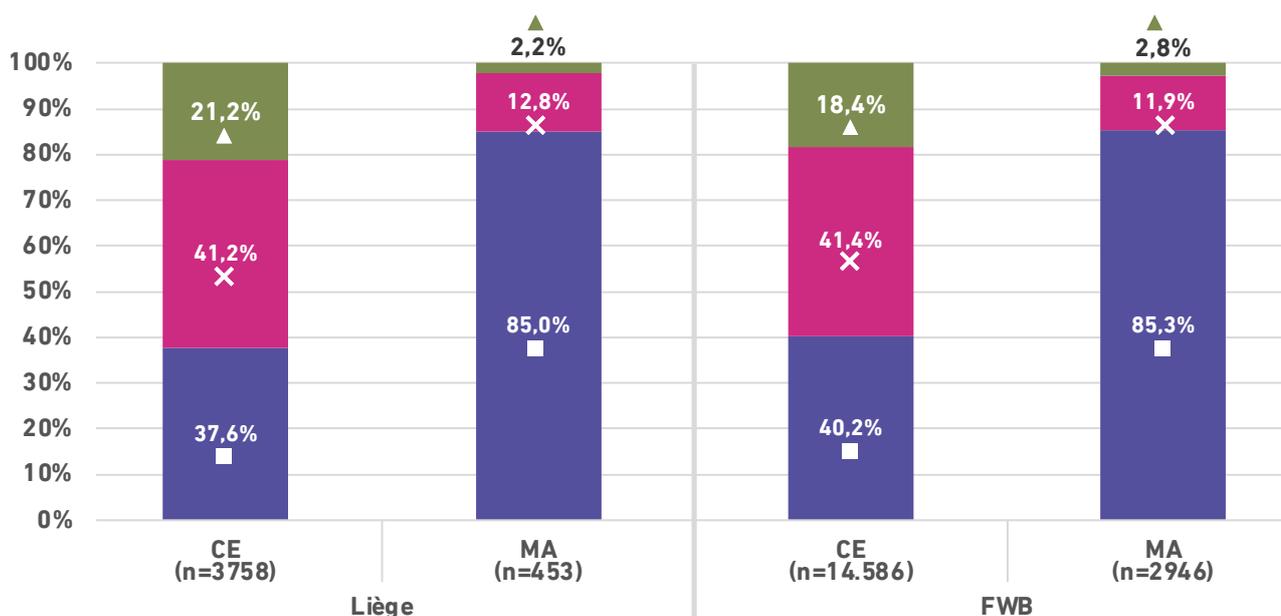
A contrario, entre 24% à 39% des familles résidant dans les communes de Verviers, Dison, Seraing, Liège, Waromme, Spa et Herstal ne disposaient que de revenus de remplacement.

Selon l'enquête EU-SILC de Statbel, en Belgique, en 2021, 1 enfant sur 7 (14,5%) vit dans un ménage à risque de pauvreté monétaire. Les enfants considérés comme à risque de pauvreté monétaire vivent dans un ménage dont le revenu mensuel total disponible est inférieur au seuil de pauvreté, qui est de 2.703 euros pour un ménage composé de 2 adultes et 2 enfants de moins de 14 ans. La base du calcul est le seuil de pauvreté pour une personne isolée et s'élève à 1.287 euros par mois.

Outre le seul critère de pauvreté monétaire, l'enquête constate que les enfants sont plus vulnérables aux privations matérielles quand ils font partie d'une famille monoparentale, ont au moins un de leurs parents d'origine non européenne ou appartiennent à un ménage locataire. Les enfants de ménages locataires sont ainsi 14% à ne pas disposer d'un endroit adapté pour faire leurs devoirs, contre 1% des enfants de ménages propriétaires. Les membres des familles monoparentales (41,3%) courent un risque quatre fois plus élevé que les membres d'une famille composée par exemple de deux adultes et deux enfants (9,8%).

Des différences régionales sont également constatées. Les enfants sont ainsi souvent plus vulnérables à Bruxelles que dans les autres régions.¹³

REVENUS DE LA FAMILLE EN FONCTION DU TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



■ Deux revenus professionnels ✕ Minimum 1 revenu professionnel ▲ Revenus de remplacement ou autres

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

Parmi les enfants suivis en milieu d'accueil, la part des familles disposant de 2 revenus professionnels est élevée, représentant respectivement 85% en province de Liège et 85,3% en FWB. Par contre, parmi les enfants suivis en consultation, les différences sont plus importantes. En pro-

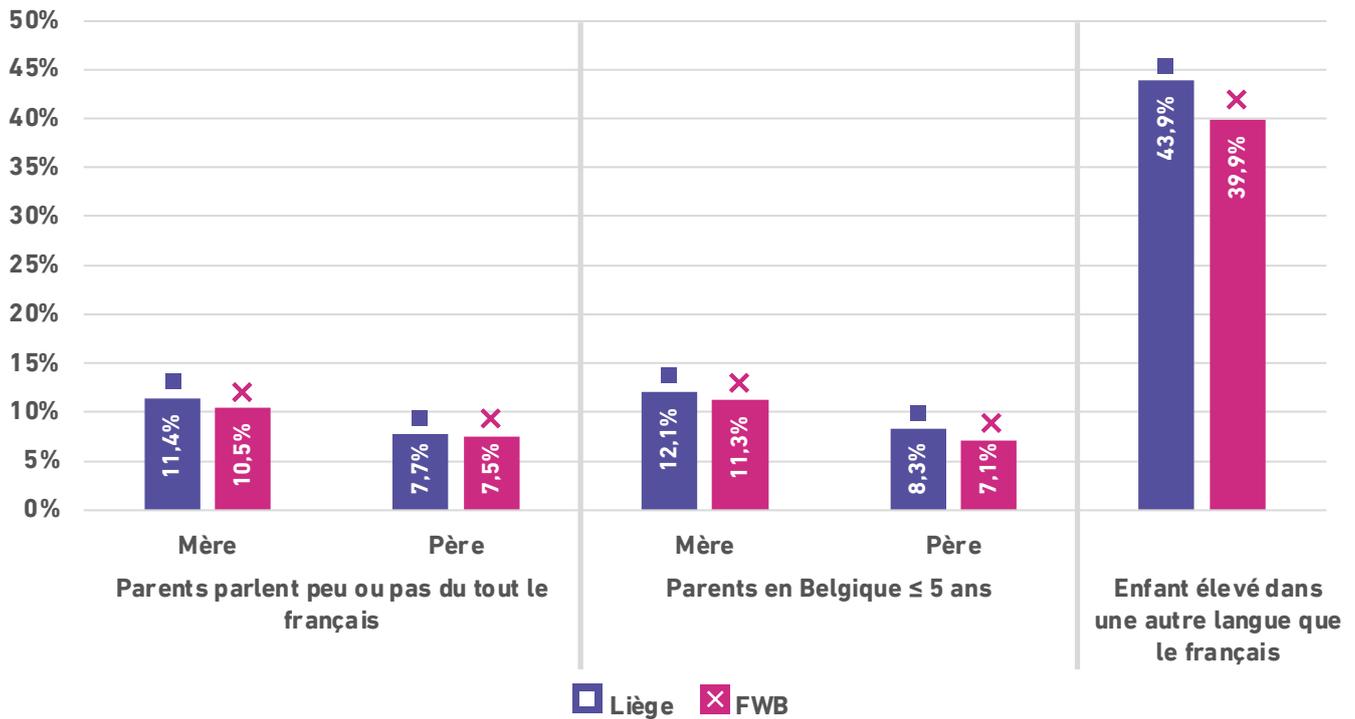
vince de Liège, 37,6% des parents disposent de 2 revenus professionnels, tandis que 41,2% de minimum un revenu professionnel et 21,2% de revenus de remplacement. Les taux sont similaires en FWB. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'activité professionnelle de la mère.

¹² <https://www.ibz.rn.fgov.be/fr/registre-national/statistiques-de-population/> et https://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user_upload/fr/pop/statistiques/population-bevolking-20210101.pdf, « Statistiques de population », chiffres de population au 01 janvier 2021

¹³ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/privation-materielle-et-sociale#news>, « Grandir dans la précarité », 23 juin 2022

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

NIVEAU DE FRANÇAIS DES PARENTS, LEUR DURÉE D'ÉTABLISSEMENT EN BELGIQUE ET ÉDUCATION DE L'ENFANT DANS UNE AUTRE LANGUE QUE LE FRANÇAIS EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

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

Les résultats sont assez semblables entre la province de Liège et la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En moyenne, les parents d'enfants suivis par l'ONE en province de Liège ont une très bonne maîtrise de la langue française. Néanmoins, 11,4% des mères et 7,7% des pères maîtrisent peu ou pas du tout le français, ainsi que 12,1% (mères) à 8,3% (pères) d'entre eux sont arrivés en Belgique endéans les 5 ans.

Que ce soit vers 18 ou 30 mois, environ 44% des enfants liégeois sont éduqués à la maison dans une autre langue que le français, pourcentage légèrement supérieur à la FWB (40%). Cependant, des disparités sont observées en

fonction des régions. Entre 2011 et 2020¹⁴, la commune de Saint-Nicolas comptait 66% des familles parlant une autre langue que le français. Ce pourcentage était également plus élevé que la moyenne dans les communes de Liège (62%) et Herstal (62%).

Dans les communes de Dison, Herstal, Verviers, Seraing, Liège, Saint-Nicolas et Huy, on peut également observer sur ces dix dernières années, entre 2011 et 2020, qu'entre 14% et 22% des mères sont en Belgique depuis moins de 5 ans et qu'entre 14% et 22,3% de celles-ci ne maîtrisent pas du tout le français ou très peu.

Les taux moyens d'inconnues pour ces variables varient entre 2% et 5% selon la question en province de Liège et pour la FWB, entre 2,5% et 9,5%.

3.2.6. Fréquentation d'un milieu d'accueil

FRÉQUENTATION D'UN MILIEU D'ACCUEIL PAR L'ENSEMBLE DES ENFANTS SUIVIS À L'ONE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB

		2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020
Bilan de santé à 9 mois	Liège	31,50%	33,00%	35,70%	35,20%	38,80%
	FWB	34,80%	35,80%	37,80%	40,00%	43,00%
Bilan de santé à 30 mois	Liège	46,70%	52,50%	53,10%	55,20%	58,50%
	FWB	58,20%	59,80%	61,30%	62,60%	65,90%

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

¹⁴ Le cumul des années permet d'avoir un effectif plus élevé.

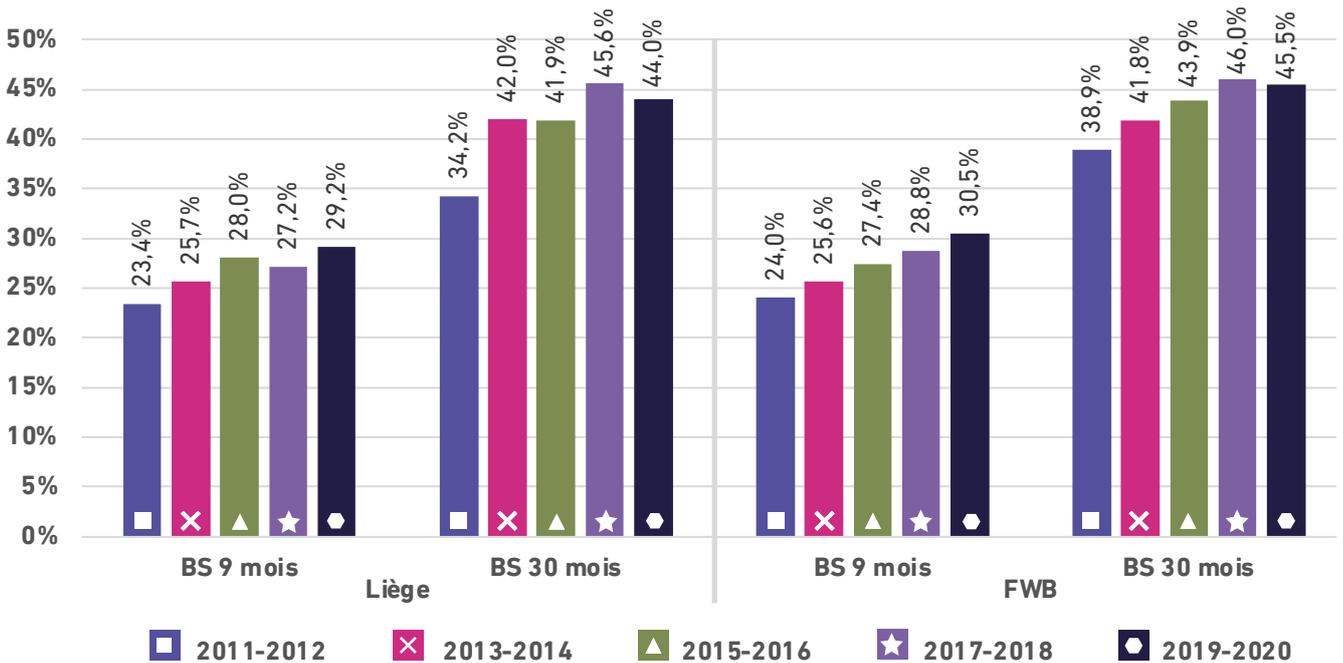
Ce tableau présente le taux de fréquentation d'un milieu d'accueil parmi l'ensemble des enfants bénéficiant d'un suivi ONE, que le suivi ait eu lieu en consultation (CE) ou en milieu d'accueil (MA). Cette question est présente dans les Bilans de santé à 9 mois et à 30 mois depuis 2010.

Au fur et à mesure du temps, le taux de fréquentation d'un MA ne cesse d'augmenter, quel que soit l'âge de l'enfant et la région. En province de Liège, la fréquentation d'un MA à 9 mois mais aussi à 30 mois est inférieur aux taux de la FWB.

En 2019-2020, à 9 mois 38,8% et à 30 mois presque 58,5% des enfants ayant bénéficié d'un suivi ONE fréquentent un MA, taux élevés vu que ceux-ci incluent les enfants suivis en MA. Ces taux sont encourageants, sachant qu'à 30 mois, l'enfant fréquentera très prochainement l'école et le MA peut ainsi l'aider dans sa sociabilisation, son autonomie, etc...

En province de Liège, le pourcentage d'inconnues pour cet indicateur est en moyenne de 13,2% pour les Bilans de santé à 9 mois (12,3% en FWB) et de 3,3% pour ceux de 30 mois (9% en FWB).

FRÉQUENTATION D'UN MILIEU D'ACCUEIL PAR L'ENSEMBLE DES ENFANTS SUIVIS EN CONSULTATION À L'ONE, HORS MA EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

Pour la province de Liège, parmi les enfants suivis uniquement en consultation pour enfants, la proportion d'enfants fréquentant un milieu d'accueil a augmenté pour atteindre, en 2019-2020, presque 30% des enfants

à 9 mois et 44% à 30 mois. Cette augmentation de fréquentation est aussi visible en FWB et les taux sont exactement semblables à la province de Liège.



3.3. L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

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

Le lait maternel, évoluant en fonction de l'âge de l'enfant, est composé notamment d'eau, de lipides, de glucides et de protéines. Il contient également des anticorps contre les bactéries et les virus, ainsi que des cellules développant son système immunitaire. Il permet d'apporter au nourrisson tous les nutriments nécessaires à son développement. Dès la première heure de vie, le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'aliment recommandé pour le nouveau-né.^{15,16}

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et ensuite, un allaitement maternel complété par une alimentation solide jusqu'à 2 ans ou plus. Ces aliments doivent comporter suffisamment de calories, de protéines et de nutriments pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant.

Pour l'OMS, l'allaitement exclusif signifie que seul le lait maternel est considéré, aucun autre aliment ou boisson n'est autorisé, y compris l'eau. En revanche, des vitamines, minéraux ou médicaments peuvent être administrés ainsi que des solutions de réhydratation si nécessaire.

L'allaitement maternel présente plusieurs avantages pour la santé tant de l'enfant que de la mère. Chez l'enfant, les bénéfices observés sont notamment un risque moins élevé d'infections digestives, ORL ou respiratoires et une réduction du risque d'obésité. Il renforce également le lien mère-enfant grâce à l'ocytocine sécrétée à chaque tétée. Concernant la mère, le risque de cancer du sein et de l'ovaire diminue ainsi que les risques de diabète de type II et de dépression post-partum. Outre ces avantages, l'allaitement maternel est gratuit et disponible pour la mère.^{15,17}

L'allaitement ainsi que sa durée sont influencés par divers facteurs. Les facteurs liés à la mère (niveau socio-économique, choix personnel, expériences précédentes, ...), au bébé et à leur santé respective. Le soutien de l'entourage, qu'il provienne du partenaire, de la famille ou des amis, influence positivement l'allaitement. La transmission d'informations et le soutien des professionnels mais également une politique de santé permettant notamment un congé de maternité prolongé sont autant de facteurs favorables à la mise au sein et à la poursuite de l'allaitement maternel.^{15,16}

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

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

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



Christine MORREN

Coordnatrice accompagnement pour la province de Liège

La fonction de Référent Allaitement Maternel, un cap sur l'allaitement maternel

La subrégion de Liège compte 5 PEP's Référentes Allaitement Maternel (RAM). Ces PEP's ont suivi une formation complémentaire en Lactation Humaine de 150 heures en 2019 et 2020.

Leur rôle vise à l'amélioration de la qualité de l'offre de service aux familles en matière d'allaitement et ce dans le cadre strict de la prévention.

Actuellement, leur fonction consiste à rencontrer chaque Nouveau Partenaire Enfants-Parents (NPEP's) dans le mois de l'entrée à l'ONE afin de se positionner comme une ressource spécifique dans le thème de l'allaitement maternel, au cœur du métier de Partenaire Enfant-Parents.

Par la suite, une sensibilisation/information collective aidera le NPEP's à renforcer des compétences et une autonomie pour des interventions professionnelles adéquates, tant en consultation qu'en visite à domicile, en lien avec le vécu et le contexte de vie de la famille.

Par ailleurs, les RAM sont disponibles pour soutenir leurs collègues PEP's sur des questions, préoccupations, besoins d'améliorer des pratiques concernant l'allaitement maternel.

En évoluant vers des workshops (ateliers) réguliers, les RAM pourront contribuer à ancrer l'accompagnement de l'allaitement maternel comme une posture métier de qualité, les PEP's de l'ONE étant reconnues par les familles comme interlocuteur performant.

La nouvelle fonction de Référent Allaitement Maternel se construit et met le cap sur l'allaitement maternel !

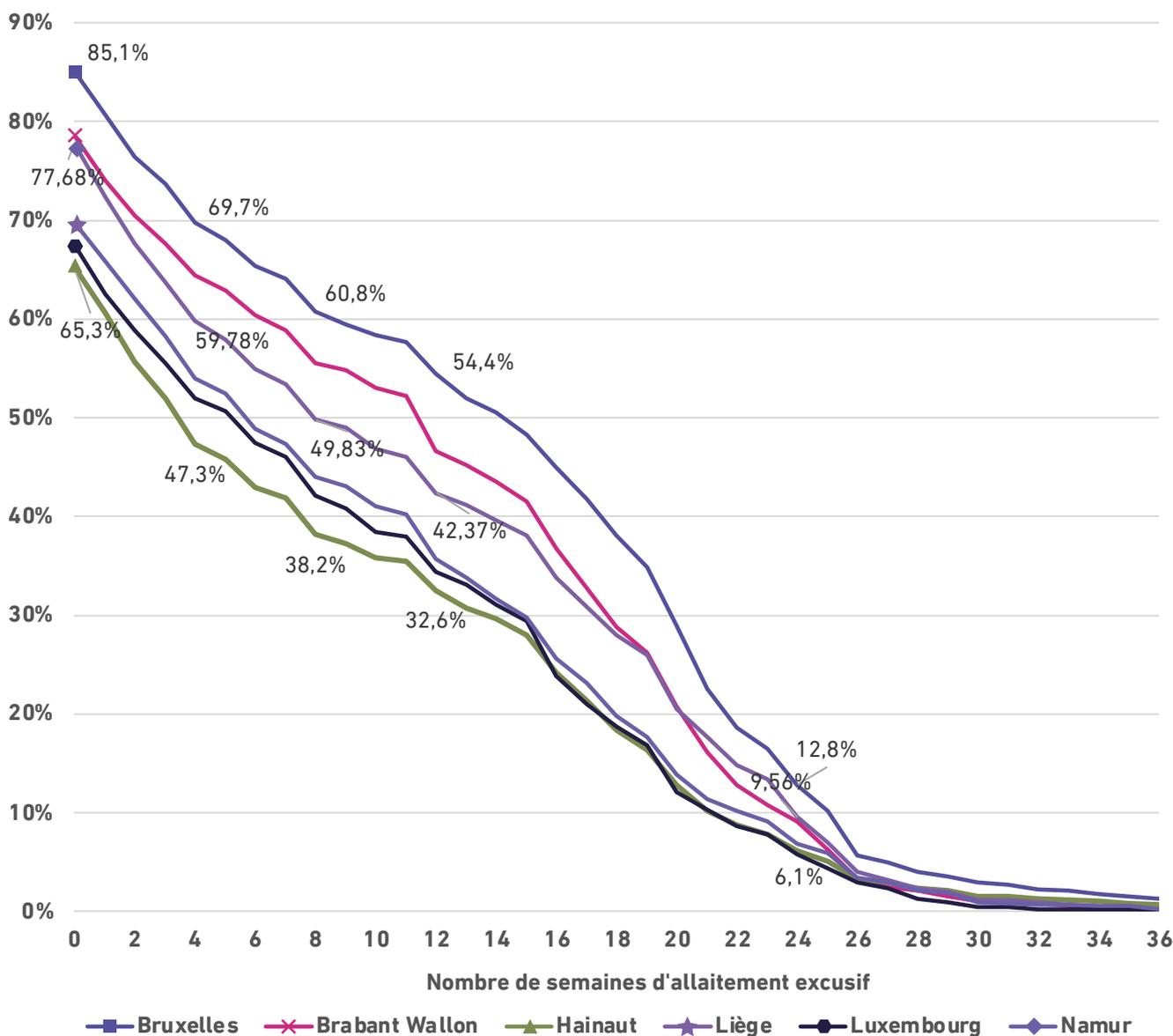
15 Robert E., *La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale*, Thèse en Sciences de la Santé Publique, ULB, 2015-2016.

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

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

3.3.1. Allaitement maternel exclusif

COURBES DE DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EN FONCTION DU LIEU DE RÉSIDENCE



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

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

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution de l'allaitement exclusif en 2019-2020 selon la région de résidence de l'enfant.

Le taux d'allaitement exclusif à moins d'une semaine de vie était de 77,7% en province de Liège et de 72,7% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2019-2020. Sur base des Avis de naissance, le taux d'allaitement à la

sortie de la maternité des enfants résidant en province de Liège était de 77,9% en 2020¹⁸.

A titre de comparaison, selon l'enquête belge de consommation alimentaire réalisée par l'Institut de Santé Publique (ISP) en 2014-2015, 77,6% des enfants ont été allaités de manière exclusive à la naissance.¹⁹

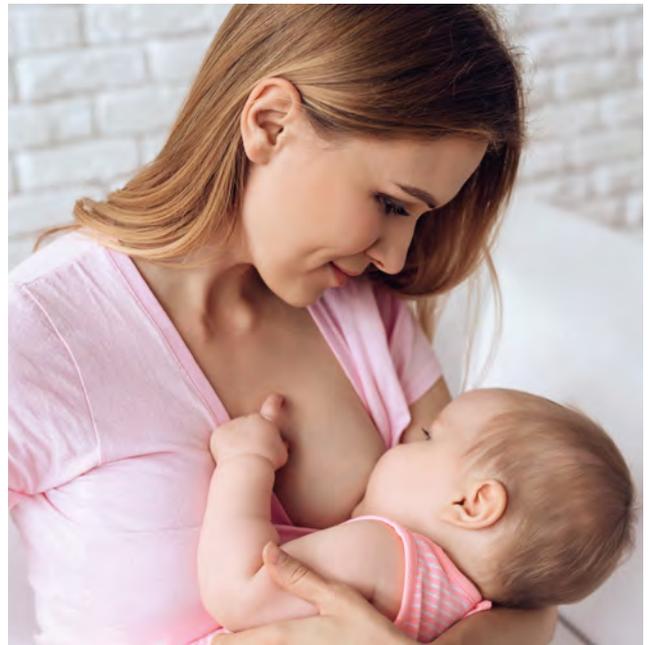
C'est à Bruxelles que les taux d'allaitement exclusif sont les plus élevés avec 85,1% des enfants allaités de manière exclusive lors de leur 1^{ère} semaine de vie. Les provinces du Brabant wallon et de Liège se dissocient des autres provinces et suivent Bruxelles avec respectivement, 78,6% et 77,7% d'enfants allaités exclusivement lors de leur 1^{ère} semaine de vie. Ensuite, les courbes de décroissance évoluent parallèlement mais vers 4 semaines, la courbe du Brabant wallon se rapproche un peu plus de Bruxelles, pour vers 18

¹⁸ Le taux de couverture des Avis de Naissance diffère de celui des Bilans de Santé de 9 mois.

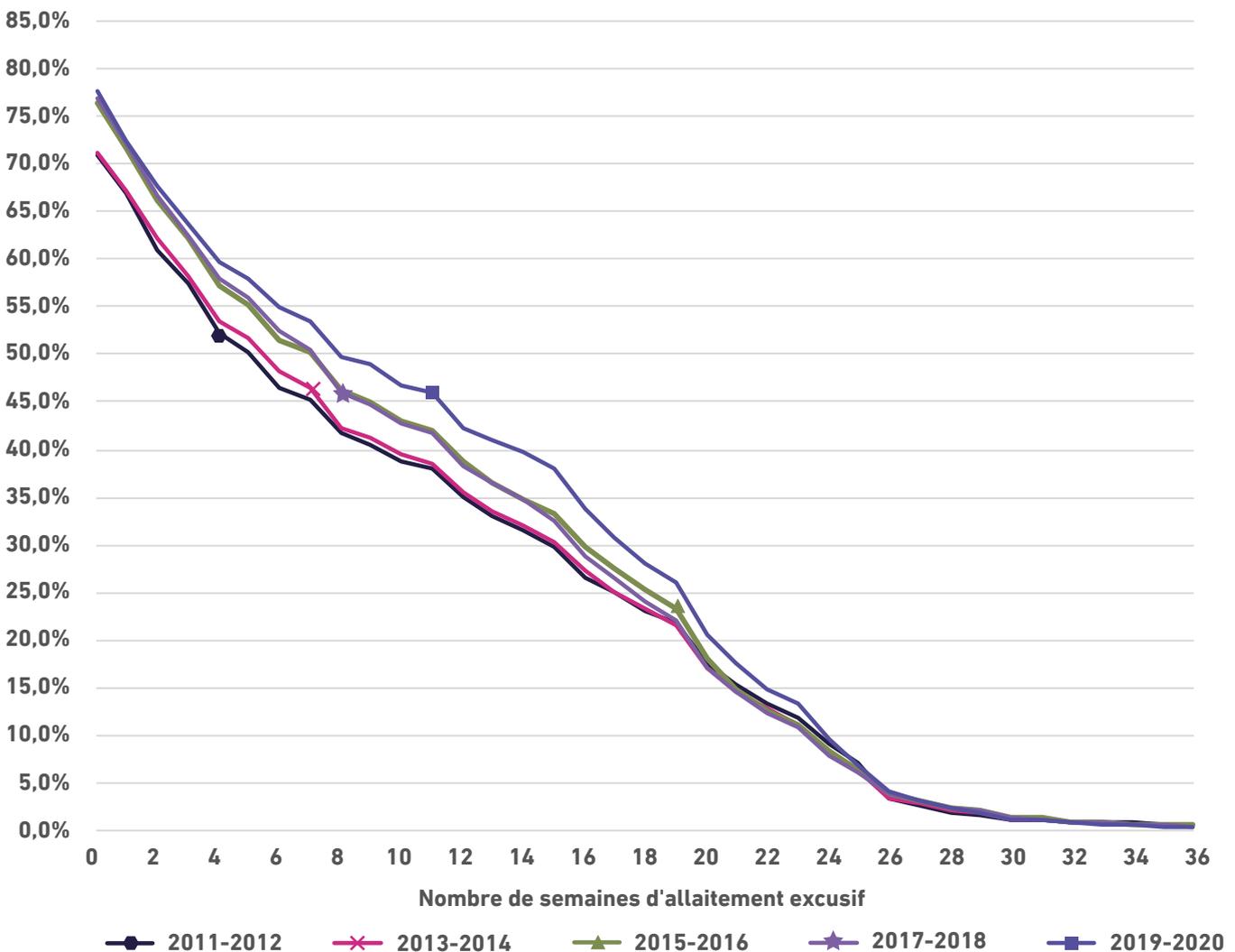
¹⁹ Drieskens, S. Etat nutritionnel. Dans : Gisle L, Demarest S (ed.). Enquete de sante 2013. Rapport 2 : Comportements de sante et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014. Disponible en ligne : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2013.pdf

semaines rejoindre progressivement la province de Liège. Bruxelles reste avec des taux bien au-dessus des autres provinces. En Fédération Wallonie-Bruxelles, 55,8% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 46,4% à l'âge 8 semaines et 39,5% à 12 semaines. Les tendances en fonction des régions sont similaires depuis plusieurs années.

Cependant, en province de Liège, durant la décennie 2011-2020, on remarque dans le graphique ci-dessous que les taux d'allaitement exclusif durant les premiers mois de vie de l'enfant ont augmenté considérablement au fur et à mesure des années. En 2011-2012, 70,9% des enfants étaient allaités exclusivement à moins d'une semaine de vie pour atteindre un taux de 77,7% en 2019-2020. Les courbes continuent leur progression dans le temps avec en 2019-2020, 59,8% des enfants encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 49,8% à l'âge 8 semaines et 42,4% à 12 semaines. Alors qu'en 2011-2012, ils étaient de 52,4%, 41,7% et 34,9% à respectivement 4, 8 et 12 semaines de vie.



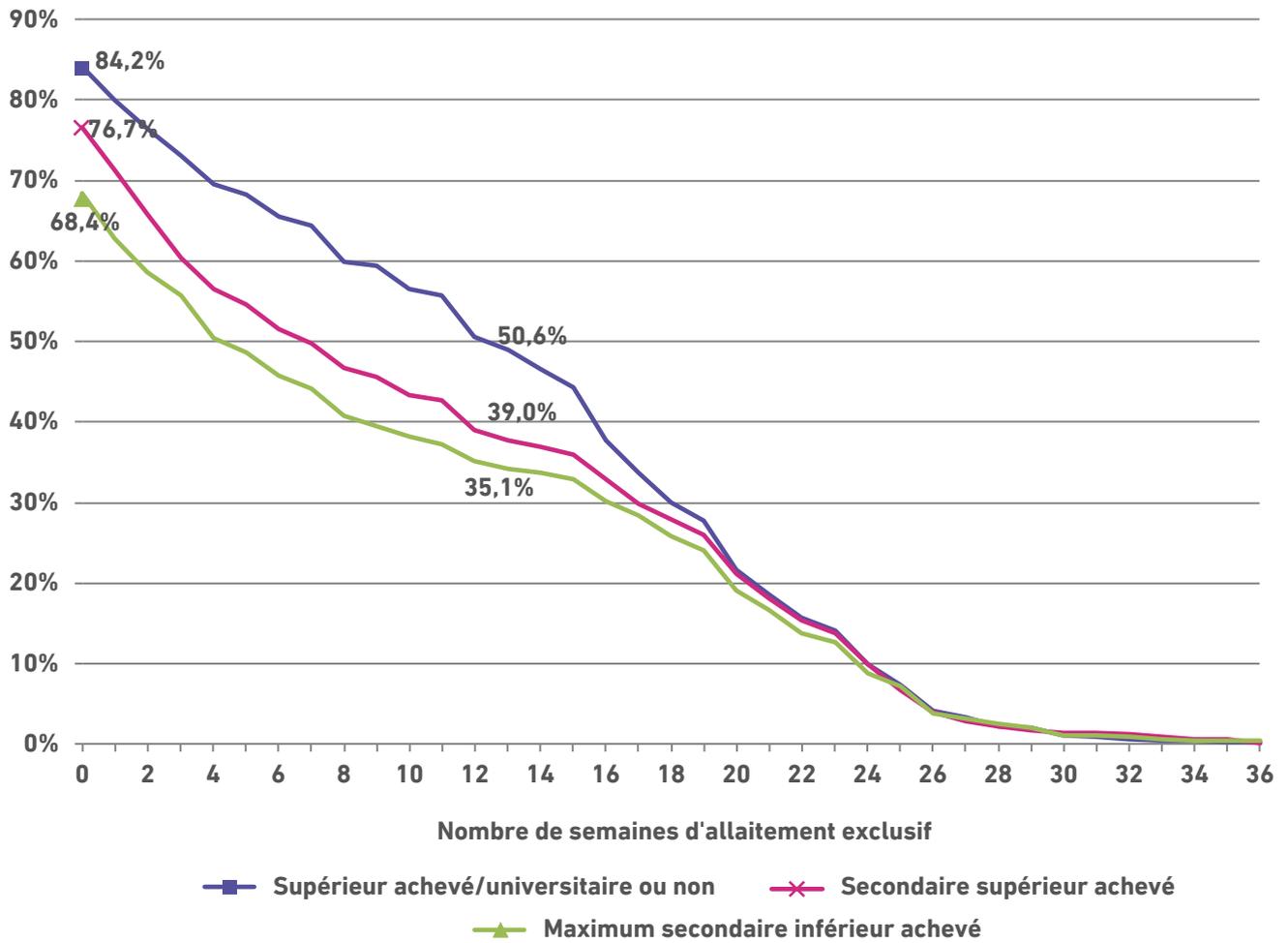
EVOLUTION DES COURBES DE DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2011 À 2020



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

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

COURBES D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉTUDES DE LA MÈRE EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Les courbes de décroissance sont calculées sur base de données récoltées dans la province de Liège en 2019-2020. De nombreux articles mettent en évidence un lien entre la pratique de l'allaitement maternel et le niveau socio-économique des mères, et plus particulièrement le niveau d'enseignement.

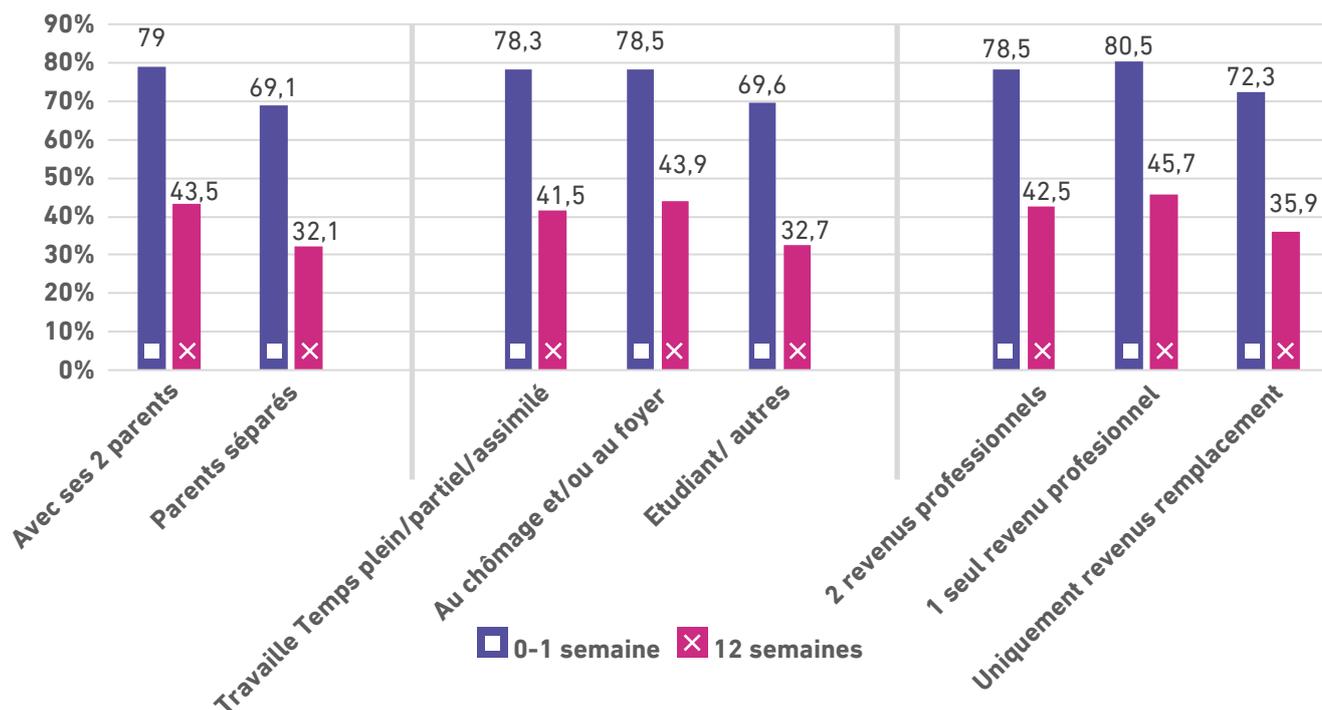
En province de Liège, tout comme en Fédération Wallonie-Bruxelles, le taux d'allaitement exclusif est directement proportionnel au niveau d'enseignement de la mère. En effet, lorsque la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur, le taux d'allaitement exclusif en début de vie de l'enfant est de 84,2% contre 68,4% parmi les mères ayant achevé tout au plus le niveau d'enseignement secondaire inférieur, soit une différence de 16%. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance est la même avec des taux d'allaitement plus bas. Parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 80,8% allaitaient leur enfant en début de vie contre 62%

parmi les mères ayant le niveau d'enseignement le plus faible. Cette différence persiste jusqu'aux 16 semaines de l'enfant pour ensuite s'atténuer. En province de Liège, à 12 semaines, 50,6% des mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitaient encore leur enfant contre seulement 35,1% des mères n'ayant pas atteint le niveau d'enseignement secondaire supérieur. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance reste la même avec des taux d'allaitement un peu plus bas. Parmi les mères ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur, 48,8% allaitaient leur enfant à 12 semaines de vie contre 29% parmi les mères ayant le niveau d'enseignement le plus faible.

Plus la mère a un niveau d'étude élevé, plus le taux d'allaitement est élevé et plus la durée d'allaitement est longue. L'association directe entre le taux d'allaitement, sa durée et le niveau d'étude de la mère est également citée dans la littérature scientifique.^{20,21,22}

20 Robert E., *La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale*, Thèse en Sciences de la Santé Publique, ULB, 2015-2016.
 21 Salavane B, de Launay C, Boudet J., et al, *Durée de l'allaitement maternel en France (Epiphane 2012-2013)*, Surveillance périnatale et nutritionnelle, Institut de Veille Sanitaire Unité, Université Paris13, France, 2014. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q, *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*, Journal de pédiatrie et de puériculture, 2009, n°22, 112-120.
 22 Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q, *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*, Journal de pédiatrie et de puériculture, 2009, n°22, 112-120.

TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EN FONCTION DE LA SITUATION FAMILIALE EN PROVINCE DE LIÈGE



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

On constate une différence de taux d'allaitement exclusif en fonction de la situation familiale de l'enfant, de l'activité professionnelle de la mère et du type de revenus des parents.

Le taux d'allaitement parmi les mères vivant avec l'autre parent est plus élevé et ce jusqu'à la 22^{ème} semaine de vie de l'enfant où les courbes se rejoignent. Les mères qui sont entourées et soutenues par leur conjoint ont tendance à prendre la décision d'allaiter mais également à allaiter leur enfant plus longtemps dans la durée.

Les mères ayant un emploi qu'il soit à temps plein, à temps partiel ou assimilé (congé parental), ainsi que les mères au foyer et au chômage sont proportionnellement plus nombreuses à allaiter que les mères ayant un autre statut (étudiantes, invalides...). Les taux d'allaitement maternel exclusif pour les mères actives professionnellement et les mères au chômage ou au foyer évoluent parallèlement jusqu'au 3 mois de l'enfant. Ensuite, les taux d'allaitement des mères au chômage ou au foyer restent supérieur à ceux des mères actives professionnellement. Cette chute peut notamment s'expliquer par la période qui correspond à la reprise du travail après le congé de maternité pour la plupart des femmes actives.

Le taux d'allaitement est également en lien avec le type de revenus. En effet, les taux d'allaitement sont plus élevés parmi les mères disposant d'au moins un revenu professionnel par rapport à celles n'ayant que des revenus de remplacement. A partir de 3 mois, les taux d'allaitement des mères n'ayant qu'un seul revenu professionnel restent plus élevés, que ceux des mères disposant de 2 revenus professionnels ou uniquement des revenus de



remplacement, les taux de ces dernières catégories se rejoignant à 4 mois pour se prolonger avec la même courbe.

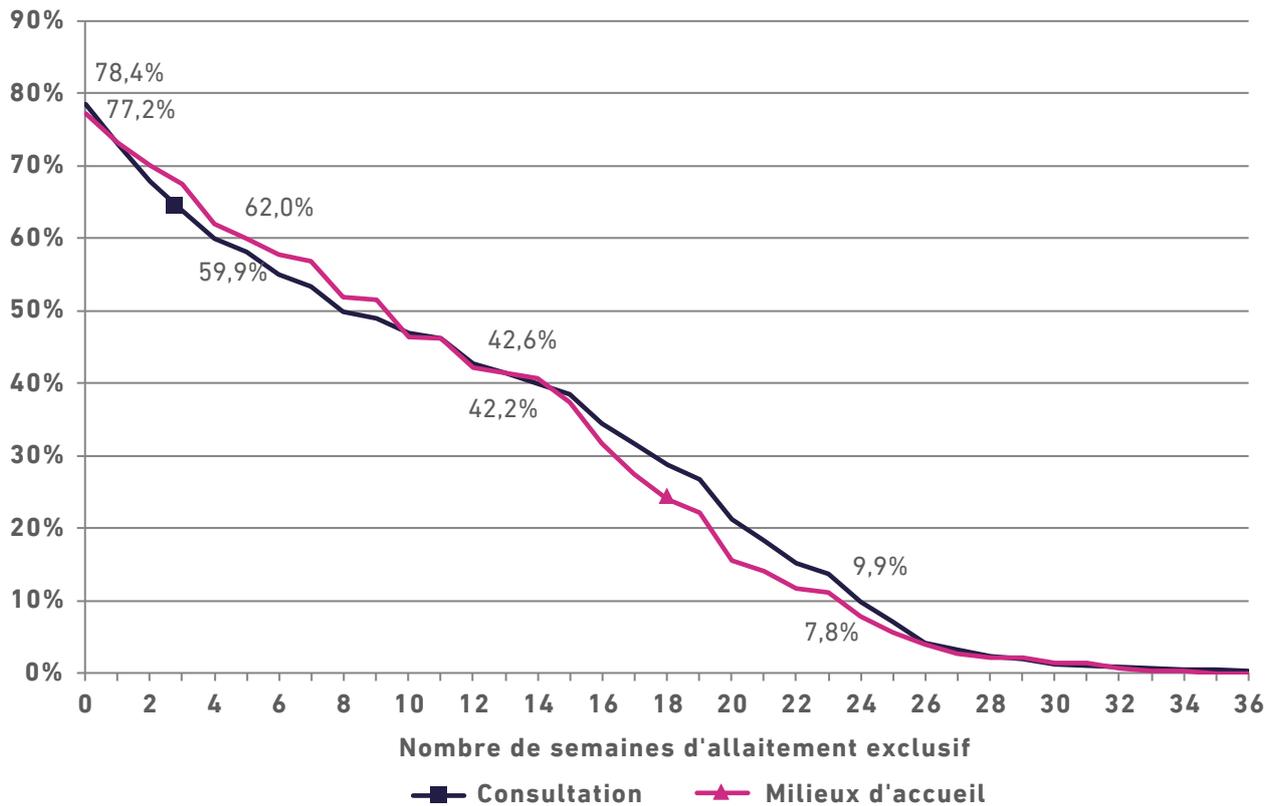
Ces résultats sont comparables à ceux liés au niveau d'études de la mère. En effet, un niveau d'enseignement plus élevé offre généralement une plus grande probabilité de stabilité financière.

Si un niveau socio-économique défavorable est directement lié à un taux d'allaitement plus faible, l'arrivée en Belgique plus récente, endéans les 5 ans, a un effet positif sur l'allaitement avec une différence moyenne de 16% en plus durant les 5 premiers mois. A la naissance, 91,7% des mères liégeoises résidant en Belgique depuis moins de 5 ans allaitent leur enfant contre 76% des mères vivant en Belgique depuis plus de 5 ans. Après un mois, cette différence persiste avec un taux d'allaitement de 75,5% pour les mères résidant en Belgique depuis moins de 5 ans contre 57,9% pour celles vivant en Belgique depuis plus de 5 ans. Les mêmes tendances sont observées au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'enquête sur la situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles montre également que la nationalité d'origine de la mère autre que belge influence positivement l'allaitement.²³

²³ Robert E., *La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale*, Thèse en Sciences de la Santé Publique, ULB, 2015-2016.

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

COURBES DE DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EN PROVINCE DE LIÈGE EN FONCTION DU TYPE DE STRUCTURE



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



Le graphique, ci-dessus, présente la durée et les taux d'allaitement selon le lieu du suivi de l'enfant en 2019-2020. **Les enfants résidant en province de Liège et suivis par l'ONE dans les milieux d'accueil ont un taux d'allaitement exclusif très légèrement supérieur que ceux suivis en consultation pour enfants.** Vers 11 semaines, les courbes se superposent, pour ensuite s'inverser vers 16 semaines en faveur des enfants suivis en consultation. Les taux d'allaitement des enfants suivis en milieux d'accueil étant un peu inférieurs à ceux suivis en consultations pour enfants. Ces résultats sont à mettre en relation avec le niveau socio-économique et/ou le niveau d'enseignement de la mère mais surtout à la reprise du travail de la mère et l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les courbes évoluent de façon très similaire. Si les enfants suivis en milieu

d'accueil (73,8%) étaient plus nombreux à être allaités que ceux suivis en consultation (72,6%), à partir de 12 semaines, la tendance s'inverse, puisque les taux d'allaitement sont plus élevés parmi les enfants suivis en consultation (39,6%) que ceux suivis en milieu d'accueil (38,7%).

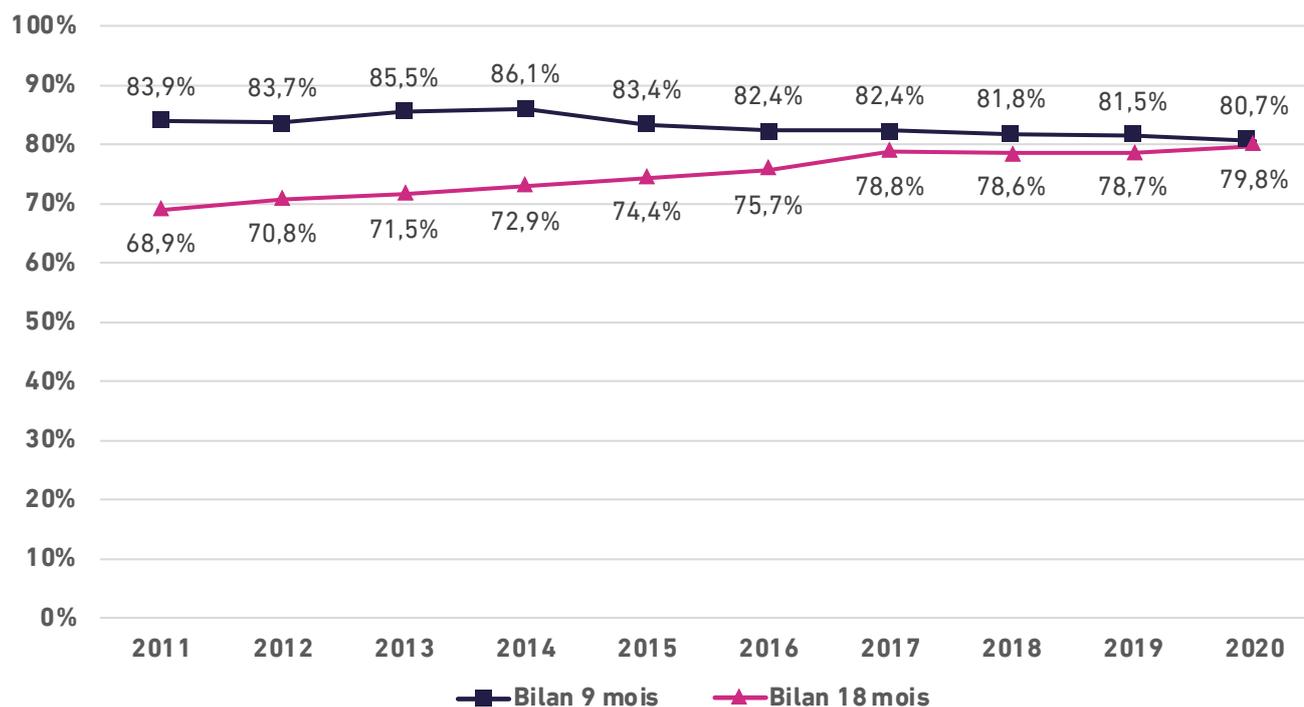
L'allaitement maternel dans les milieux d'accueil

La reprise du travail et l'entrée en milieu d'accueil sont encore trop souvent vécus comme des obstacles concernant l'allaitement maternel. La question de la poursuite de celui-ci se pose alors dans le chef des mères et des familles, mais aussi dans celui des professionnels de l'accueil. Les bienfaits de l'allaitement maternel sont pourtant unanimement reconnus, mais sont encore régulièrement mis en balance avec les difficultés organisationnelles rencontrées notamment par les parents mais aussi par les professionnels de l'accueil.

Le soutien aux familles qui souhaitent poursuivre l'allaitement de leur enfant est au cœur des préoccupations de l'ONE depuis de très nombreuses années. Dans ce cadre et en lien avec le constat précédent, le département accueil, à l'initiative des conseillers médicaux pédiatres, des coordinatrices accueil et des agents conseil, a proposé ces dernières années des séances d'informations très complètes aux milieux d'accueil dans chacune des subrégions.

3.3.4. Lait infantile (Lait modifié artificiellement)

PRISE DE LAIT INFANTILE À 9 ET 18 MOIS EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Le graphique, ci-contre, présente le pourcentage d'enfants prenant du lait infantile au moment du bilan de santé c'est-à-dire à l'âge de 9 et 18 mois. Un lait infantile est un lait artificiel adapté à l'âge et à la croissance de l'enfant.

En province de Liège, en 2011, le pourcentage d'enfants bénéficiant de lait infantile à 9 mois est supérieur à ceux de 18 mois. Cependant, durant ces 10 dernières années, à 9 mois, le taux passe de 83,9% en 2011 à 80,7% pour 2020. Tandis qu'à 18 mois, le pourcentage d'enfants bénéficiant de lait infantile a augmenté de plus de 10% entre 2011 et 2020, passant de 68,9% en 2011 à 79,8% en 2020. Cette augmentation est très positive sachant qu'en l'absence d'allaitement maternel, il est recommandé de donner au nourrisson de moins de 18 mois un lait infantile adapté à ses besoins.

Les enfants ne bénéficiant pas de lait infantile à 18 mois étaient respectivement de 50,7% pour la commune de Pepinster et de 50% pour la commune de Dison, taux parmi les plus faibles.

En 2019-2020, la proportion d'enfants recevant du lait infantile à 9 mois est un peu plus importante parmi les enfants suivis en milieu d'accueil (92,3%) que ceux suivis en consultation pour enfants (79,6%). Même constat à 18 mois où 89,6% d'enfants reçoivent du lait infantile en milieu d'accueil contre 77,4% en consultations pour enfants.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 81,7% des enfants de 9 mois ont bénéficié de lait infantile en 2019-2020, pourcentage également en diminution sur les 10 dernières années, sachant qu'en 2011-2012, il était de 84,2%. Par contre, à 18 mois, la proportion d'enfants bénéficiant de lait adapté a augmenté passant de 71,9% en 2011-2012 à 79,8% en 2019-2020.

En province de Liège, en 2020, les taux d'inconnues concernant le lait infantile avoisinaient les 4% pour les Bilans de santé à 9 mois et à 18 mois. Ces taux sont semblables en FWB (5%).

3.4. L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) est un index calculé afin d'estimer la corpulence d'un individu en reprenant la taille et le poids de celui-ci. Cet index est ensuite rapporté à la population générale afin de savoir si la personne se situe dans la moyenne, en surpoids ou au contraire, en carence de poids.²⁴

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), depuis 1975, le nombre de personnes considérées comme obèses aurait presque triplé à l'échelle mondiale. En 40 ans, le nombre de cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent âgés de 5 à 19 ans aurait été multiplié par 10 à l'échelle mondiale. En 1975, ils étaient 1% de cette tranche d'âge à présenter une obésité, soit 11 millions d'individus. En 2016, le taux d'obésité était de 6% chez

²⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/>

les filles et de 8% chez les garçons représentant 124 millions d'individus. Si on regarde le surpoids et l'obésité ensemble, la prévalence pour cette même population passe d'à peine 4% en 1975 à un peu plus de 18% en 2016. En 2016, 213 millions étaient considérés en surpoids, avec 18% de filles et 19% de garçons.^{25,26}

En 2017, le journal « The Lancet », a publié les résultats d'une étude concernant le surpoids, l'obésité ou la maigreur réalisée par « l'Imperial College London » à partir de données provenant de plus de 2400 études basées sur la population mondiale. Ces différentes études représentent une population totale de plus 128 millions de personnes dont 31,5 millions âgées de 5 à 19 ans, soit la plus grande étude épidémiologique jamais réalisée. L'objectif de cette étude était d'estimer l'évolution de la corpulence des enfants, des adolescents mais aussi des adultes durant la période entre 1975 et 2016.²⁷

Alors que le taux d'obésité chez les enfants et les adolescents dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (Asie, Moyen-Orient, Afrique du Nord) ne cesse d'augmenter, celui des enfants et des adolescents dans les pays à revenus élevés tend à se stabiliser. Par ailleurs, en 2016, 192 millions d'enfants et d'adolescents souffraient d'insuffisance pondérale modérée ou grave, ce qui représente un problème de santé publique majeur. Les auteurs estiment que si les tendances observées depuis 2000 se poursuivent, le taux d'obésité chez les enfants et les adolescents dépasserait le taux d'insuffisance pondérale en 2022. Dans les deux cas, il s'agit d'une malnutrition avec des conséquences sur la santé. Dans le cas d'une insuffisance pondérale, l'enfant/l'adolescent risque des troubles du développement psychomoteur, une déficience immunitaire, des troubles de la fertilité, etc.

En Belgique, en 2016, l'OMS estimait que 59,5% des adultes de plus de 18 ans (67,6% des hommes et 51,4% des femmes) étaient en surpoids ou obèses. L'obésité stricte touche 22,1% des adultes de plus de 18 ans (23,1% des hommes et 21,2% des femmes).²⁸

Selon la dernière enquête de santé réalisée par interview en 2018 par Sciensano, 49,3% de la population adulte est considérée en « surpoids » et 15,9% peut être qualifiée d'obèse. En revanche, 2,9% de la population adulte présente un poids inférieur à la moyenne.²⁹

Toujours selon l'enquête de santé, globalement, en Belgique, 19% des jeunes âgés de 2 à 17 ans présentaient un excès pondéral et 5,8% étaient obèses. Si l'on considère la tranche d'âge des 2-4 ans, 24,4% des enfants étaient en surpoids et 11,7% étaient obèses. En Région wallonne, 20,7% des enfants de 2 à 4 ans présentaient un surpoids tandis que 6% étaient considérés comme obèses. La prévalence de l'obésité (y compris le surpoids) est significativement plus élevée chez les plus petits.

25 <http://www.who.int/fr/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>

26 <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

27 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932129-3>

28 <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A?lang=en>

29 S. Drieskens, R. Charafeddine, L. Gisle : Enquête de santé 2018 : Etat nutritionnel. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/62. Disponible en ligne : www.enquetesante.be - https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NS_FR_2018.pdf

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

31 http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_filles_p_0_2.pdf?ua=1 ou http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/fr/

Cependant, il faut être vigilant quant à l'interprétation de ces chiffres car des différences peuvent être attribuées au mode de calcul selon l'utilisation des courbes de références de l'OMS ou de l'« International Obesity Task Force (IOTF) ». Les seuils de l'IOTF étant plus élevés que ceux de l'OMS, si l'on superpose les courbes IOTF à celles de l'OMS, les références de l'IOTF sous-estiment la proportion d'enfants en surcharge pondérale par rapport à celles de l'OMS. Dans le cas de l'enquête de santé de Sciensano, les références utilisées sont celles qui ont été calculées à partir de l'enquête internationale l'IOTF.

Le surpoids et l'obésité sont en constante augmentation partout dans le monde et constituent tant chez les adultes que chez les enfants l'un des plus grands défis pour la santé publique au 21^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%³⁰. De plus, le surpoids augmente le risque de contracter des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires à un âge plus précoce.

La clé de la prévention de l'obésité est d'agir tôt, idéalement avant même la conception d'un bébé. Une bonne nutrition pendant la grossesse, suivie d'un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et d'un allaitement continu jusqu'à 2 ans et au-delà, recommandé par l'OMS, est la meilleure solution pour tous les nourrissons et jeunes enfants.

Outre la promotion de l'allaitement qui constitue l'un des facteurs de protection contribuant à réduire l'excès pondéral, la surveillance de la croissance staturo-pondérale dès la naissance est un des points d'attention-clé des consultations pour enfants de l'ONE.

Dépister et prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant

En routine, l'ONE établit l'IMC chez les enfants dès l'âge de 18 mois. Il permet d'évaluer la corpulence de l'enfant en tenant compte de la taille et du poids de l'enfant en fonction de son âge, et est exprimé en kg/m².

Chez l'enfant, l'évaluation et l'évolution de la corpulence au cours de la croissance se fait à l'aide des courbes de référence représentant des valeurs d'IMC différentes selon le sexe et l'âge.³¹

La corpulence de l'enfant varie de manière physiologique au cours de la croissance. Elle augmente au cours de la première année de vie puis diminue jusqu'à 6 ans

pour croître à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La courbe d'IMC suit cette évolution. Vers 6 ans, la courbe est à son niveau le plus bas pour effectuer une remontée progressive appelée « rebond d'adiposité ». L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme prédicteur du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce (avant 5-6 ans), plus le risque est élevé.³²

Afin d'évaluer le risque de surpoids ou d'obésité, le poids et la taille de l'enfant doivent être mesurés régulièrement et reportés sur les courbes de référence d'IMC.

Si l'ONE a utilisé les courbes de croissance de Rolland-Cachera entre 2005 à 2009, il a adopté depuis 2010 les courbes de l'OMS. L'indice prend en compte le genre de l'enfant mais également son âge.

Il existe deux courbes de l'OMS, la première pour les enfants de 0 à 5 ans et la deuxième pour ceux de 5 à 19 ans, datant respectivement de 2006 et 2007.³³

Calculer l'IMC et tracer la courbe d'IMC (percentiles) permet de définir la corpulence d'un enfant selon les repères proposés par l'OMS.

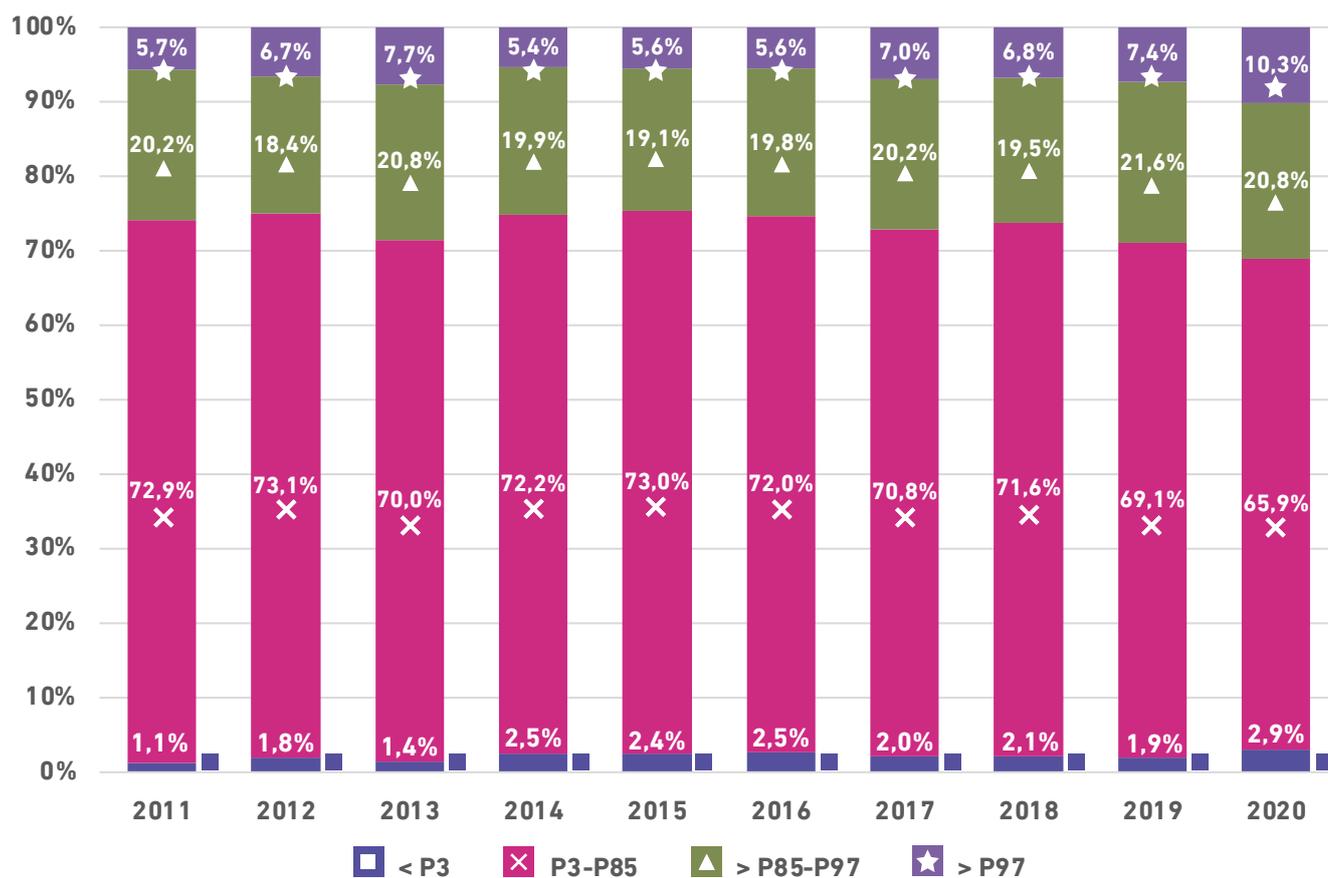
Actuellement, les enfants sont classés sur base de percentiles en cinq catégories³⁴:

- ▶ < P3 : enfants ayant un poids insuffisant (IMC trop bas),
- ▶ P3 à P15 : enfants étant à risque de maigreur (IMC bas),
- ▶ > P15 à P85 : enfants avec un poids normal (IMC normal),
- ▶ > P85 à P97 : enfants étant à risque de surpoids (IMC élevé),
- ▶ > P97 : enfants ayant un surpoids (IMC trop élevé).

Il faut savoir qu'au-delà de l'âge de 5 ans, ces définitions changent : les enfants sont en surpoids dès qu'ils dépassent le P85 et sont considérés comme obèses s'ils dépassent le P97.

D'autres données concernant l'IMC sont récoltées en Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de la « Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) ». Les données relatives aux enfants de 1^{ère} et 3^{ème} maternelle ainsi que ceux de 2^{ème} et 6^{ème} primaire sont présentées dans le chapitre 5 de la Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE).

EVOLUTION DE LA CORPULENCE DES ENFANTS SUIVIS À L'ONE À 30 MOIS EN PROVINCE DE LIÈGE DE 2011 À 2020



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

³² Verdout C, Torres M, Salanave B, Deschamps V, Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006, BEH 13 juin 2017, 234-241.

³³ http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/

³⁴ Le percentile est chacune des valeurs divisant les données en 100 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/100 de l'échantillon de population.

Le graphique, ci-dessus, présente l'évolution de la corpulence des enfants de 30 mois suivis à l'ONE de 2011 à 2020 en province de Liège.

On remarque, au fur et à mesure des années et surtout depuis 2017, que le pourcentage d'enfants ayant un surpoids (>P97) est en augmentation et qu'à contrario, celui des enfants avec un poids normal (P3-P85) est en diminution. Les enfants en surpoids passent de 5,7% en 2011 à 10,3% en 2020. Tandis que ceux de poids normal passent de 72,9% en 2011 à 65,9% en 2020. A ce stade, nous ne pouvons pas savoir si la pandémie de COVID-19 y est pour quelque chose. Néanmoins, il faudra être vigilant sur l'évolution dans les prochaines années.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les tendances sont assez similaires, mais avec des taux légèrement moins supérieurs en 2020. Les enfants en surpoids passent de 6,4% en 2011 à 8,7% en 2020. Tandis que ceux de poids normal passent de 71,8% en 2011 à 68,5% en 2020.

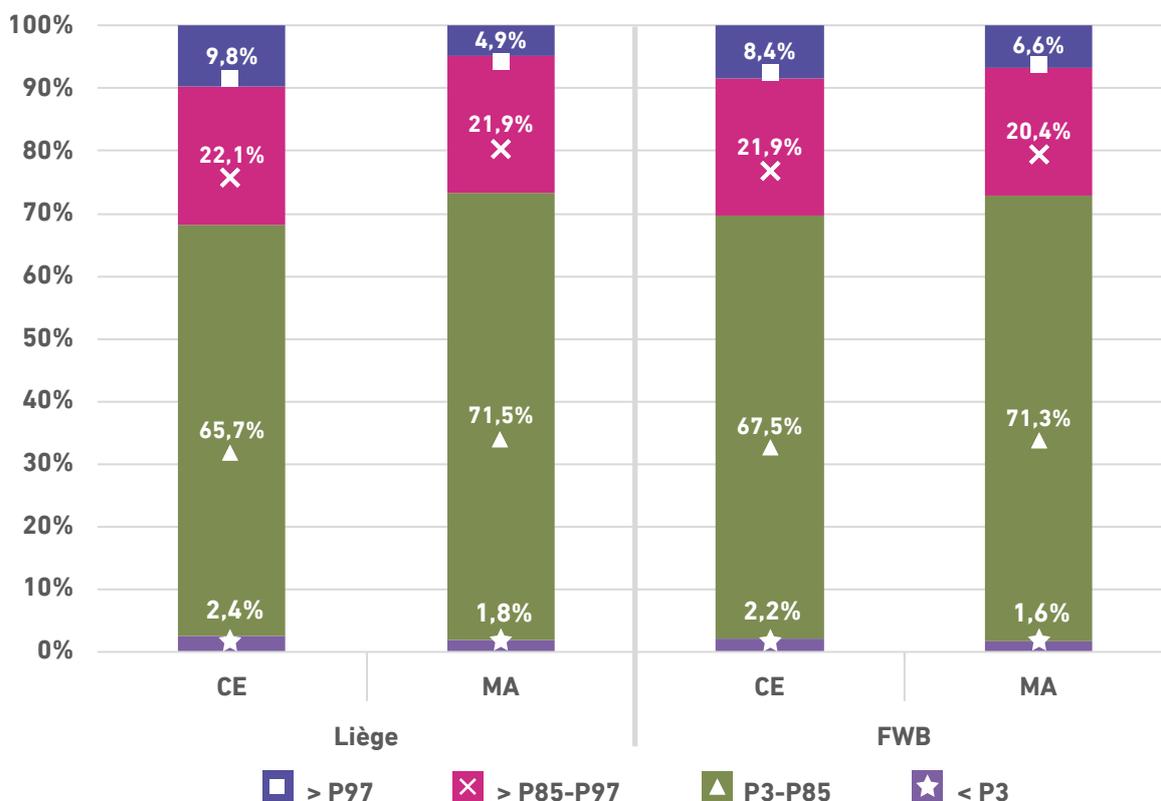
Ces résultats se rapprochent de ceux de l'enquête de Santé Publique³⁵. Cependant, des différences peuvent être attribuées au mode de calcul. En effet, dans l'enquête de Santé publique, les références utilisées sont celles qui ont été calculées à partir d'une enquête internationale l'« International Obesity Task Force (IOTF) » permettant

d'établir une définition standardisée du surpoids et de l'obésité. Un IOTF de 25 correspond au « surpoids » et un IOTF de 30 correspond à une « obésité ». Ce sont donc des notions différentes³⁶. Les seuils de l'IOTF étant plus élevés que ceux de l'OMS, si l'on superpose les courbes IOTF à celles de l'OMS, les références de l'IOTF sous-estiment la proportion d'enfants en surcharge pondérale par rapport à celles de l'OMS.³⁷

Selon l'étude ESTEBAN menée en France en 2017 décrivant l'évolution de la corpulence des enfants et des adultes, la prévalence d'enfants et d'adultes en surpoids ou obèses n'a pas évolué de manière significative entre 2006 et 2015. Chez les enfants de 6 à 17 ans, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont passées respectivement de 14,3% et de 3,3% en 2006 à 13% et 3,9% en 2015 indiquant des taux plus faibles que ceux des enfants suivis à l'ONE. A nouveau, ces différences peuvent être attribuées à la différence du mode de calcul. Notons également que les termes utilisés sont différents.³⁸

En 2019, l'OMS estimait que 38,2 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses. Autrefois considérés comme des problèmes spécifiques des pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité sont désormais en augmentation dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en milieu urbain.³⁹

CORPULENCE DES ENFANTS SUIVIS À L'ONE À 30 MOIS EN FONCTION DU TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

35 Ibidem référence 27 (Enquête de santé 2018, Sciensano).

36 Cole T., Bellizzi M., Flegal K., Dietz W., « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey », *BMJ* 2000 ; 320 : 1240.

37 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf

38 Ibidem référence 30 (Esteban).

39 Ibidem référence 24 (OMS).

En 2019-2020, la proportion d'enfants à risque de surpoids (>P85-P97) ou en excès de poids (>P97) était assez similaire pour la province de Liège et la FWB, mais avec une légère différence de 1,5 à 2% de plus pour la province de Liège. On remarque que les enfants suivis en consultation sont plus nombreux à être en surpoids que ceux suivis dans les milieux d'accueil et, ce, que les enfants résident en province de Liège ou en FWB. Par contre, au niveau des enfants à risque de surpoids, il n'y a pas de différence entre ceux suivis en consultation ou en milieu d'accueil, que ce soit en province de Liège ou en FWB.

Par ailleurs, les enfants présentant un poids insuffisant (<P3) représentaient en moyenne 1,6 à 2,4% des enfants résidant en province de Liège ou en FWB, sans différence significative selon le lieu de suivi.

Vu l'impact que peuvent avoir une surcharge pondérale et/ou le rebond d'adiposité précoce de l'enfant sur le statut pondéral à l'âge adulte, il est important de suivre l'évolution de la corpulence de l'enfant grâce aux courbes de références, et ce, le plus précocement possible. C'est un des objectifs du suivi préventif médico-social de l'ONE, afin, le cas échéant, de mettre en place les moyens de prévention adéquats et d'accompagner les enfants et leur famille dans la recherche d'un nouvel équilibre « apport énergétique – activité physique ».

L'OMS émet une série de recommandations concernant

l'activité physique pour les enfants afin de lutter contre le surpoids et l'obésité mais également pour renforcer le système cardio-vasculaire. Chez les petits, l'activité physique concerne les jeux, les sports, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique que ce soit dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.

A partir de 5 ans jusque 17 ans, les jeunes devraient exercer une activité physique d'une heure par jour d'intensité modérée à soutenue. Cela permet de renforcer le système musculaire et osseux.⁴⁰

Dans le même temps, les pays doivent travailler ensemble pour créer un meilleur environnement alimentaire afin que chacun puisse avoir accès à une alimentation saine et en avoir les moyens.

Une des causes de cette augmentation de surpoids est principalement liée à la commercialisation d'une alimentation saine et nutritive trop chère par rapport à la commercialisation des aliments transformés trop riches en glucides et en lipide. Pour l'auteur de l'étude réalisée par « *l'Imperial College London* », afin de palier à cette problématique, il faut promouvoir l'alimentation saine et nutritive au sein des familles mais également dans les lieux fréquentés par les enfants tels que les écoles mais aussi et surtout dans les familles défavorisées. Augmenter les taxes sur les aliments nocifs pour la santé pourrait être une partie de la solution.⁴¹

3.5. LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Selon l'OMS, les facteurs favorisant une mauvaise santé bucco-dentaire sont similaires aux autres pathologies, à savoir notamment un faible niveau socio-économique.

Les affections bucco-dentaires peuvent avoir un impact tout le long de la vie (gêne, manque de confiance en soi, douleur, ...). De plus, celles-ci sont en grande partie évitable et peuvent être traitées à un stade précoce. En outre, le traitement des affections bucco-dentaires peut rapidement être très coûteux.⁴²

C'est pourquoi il est indispensable de promouvoir une hygiène bucco-dentaire ainsi que le dépistage le plus précocement possible.

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

L'ONE vise à prévenir l'apparition des (poly)caries dentaires, en modifiant les comportements diététiques, en favorisant l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire et en généralisant la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers.

La mise en œuvre du programme de promotion de la santé bucco-dentaire est évaluée à deux moments :

- ▶ Lors du « Bilan de santé à 18 mois », on enregistre le nombre de cas de polycaries, anciennement carie du biberon⁴³, et le brossage des dents ;
- ▶ Lors du « Bilan de santé à 30 mois », on enregistre le nombre de caries dentaires, le brossage des dents et la visite préventive chez le dentiste.



⁴⁰ https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/

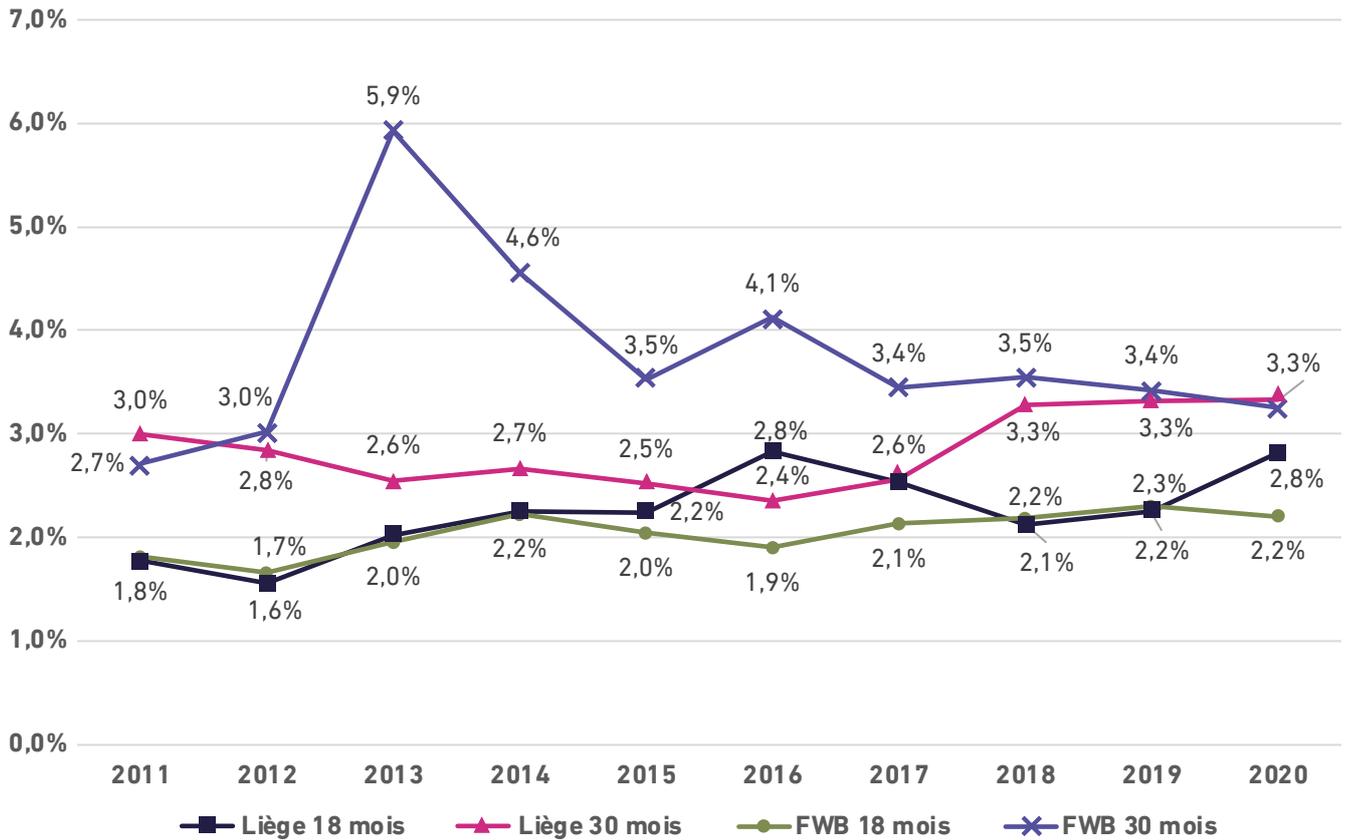
⁴¹ Ibidem référence 25 (*The Lancet*).

⁴² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

⁴³ La carie du biberon ou syndrome du biberon est l'apparition précoce de plusieurs caries sur les dents de lait (les incisives). Elle apparaît généralement suite à un contact prolongé de boissons sucrées avec les dents.

3.5.1. Les polycaries et caries du jeune enfant

PRÉSENCE DE (POLY)CARIÉS À 18 ET 30 MOIS EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

Entre 2011 et 2020, que ce soit à 18 ou à 30 mois, on remarque une très légère augmentation du taux de polycaries et de caries des enfants résidant en province de Liège, ainsi qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

A 18 mois, en province de Liège, le taux d'enfants présentant des polycaries passe de 1,8% en 2011 à 2,8% en 2020. Tandis qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, les proportions évoluent respectivement de 1,8% en 2011 à 2,2% en 2020.

A 30 mois, en province de Liège, le pourcentage d'enfants ayant des caries passe de 3% en 2011 à 3,3% en 2020. En Fédération Wallonie-Bruxelles, les proportions évoluent respectivement de 2,7% en 2011 à 3,3% en 2020.

Cependant, même si les résultats sont assez similaires entre la province de Liège et la FWB sur ces 10 ans, on remarque que les courbes des taux de caries des enfants à 30 mois n'évoluent pas du tout pareillement. On observe d'assez grandes fluctuations au niveau de la courbe de la FWB. Néanmoins, ces résultats sont probablement sous-estimés car ils ne tiennent pas compte des caries naissantes.

En 2013-2014, un pourcentage plus élevé de caries est observé en FWB (5,2%). Cette augmentation est probablement liée à une recherche-action sur la santé bucco-dentaire qui a été menée entre 2010 et 2013 sur base volontaire au sein de certaines consultations de l'ONE à

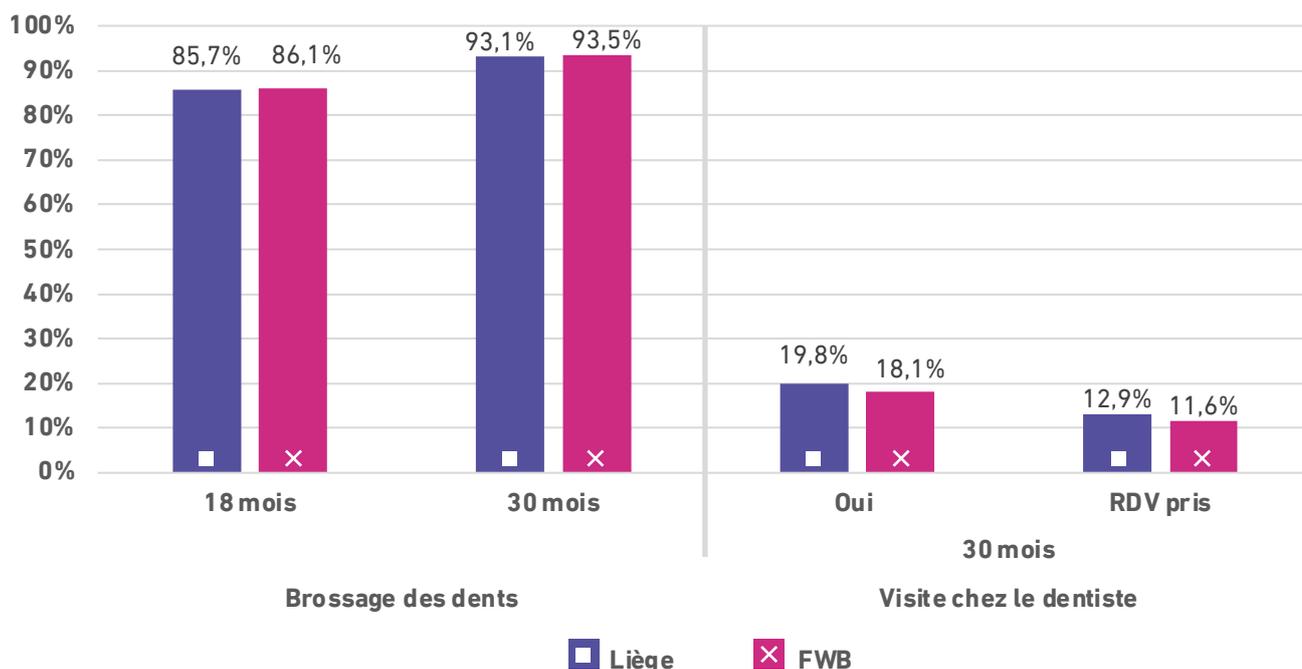
Bruxelles et en province du Hainaut. Lors de cette recherche, des dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire avaient organisé, en 2013, des dépistages dentaires dans les consultations participantes. A Bruxelles, en 2013, pour l'ensemble des consultations, la prévalence de caries était de 19,9% à 30 mois alors qu'elle était de 8,5% en 2012. La prévalence de caries plus élevée en 2013 à Bruxelles influence la moyenne générale et est sans doute en lien avec l'expertise des dentistes de la recherche qui ont pu détecter les caries à un stade plus précoce que les médecins de consultations.

Ces constats ne font que conforter les recommandations de l'OMS et de l'ONE concernant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il est également essentiel de poursuivre le travail de sensibilisation des différents acteurs de terrain auprès des parents grâce aux différentes actions et collaborations, notamment avec Souriez.be.

En province de Liège, entre 2011 et 2020, on observe une augmentation du taux d'inconnues de la « polycarie » à 18 mois de 5,3% à 7,6%. Il en va de même en FWB avec un taux passant de 6,5% à 8,9%. Le taux d'inconnues pour les « caries » à 30 mois en province de Liège est de 5,9% à 7,7% pour la période 2011 et 2020. En FWB, le taux passe de 6,3% à 9,3%. Étant donné le taux élevé d'inconnues par rapport aux taux de caries, il est important de considérer ces résultats avec précaution.

3.5.2. Le brossage des dents et la visite chez le dentiste

BROSSAGE DES DENTS ET VISITE CHEZ LE DENTISTE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

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 province de Liège, 85,7% des parents brossent les dents de leur enfant de 18 mois. Ce pourcentage augmente à 93,1% à 30 mois. Par contre, à 30 mois seulement 32,7% des enfants sont déjà allés chez le dentiste ou y avaient un rendez-vous prévu lors du bilan de santé à 30 mois. En FWB, les chiffres sont semblables.

Les résultats sont en augmentation durant ces 10 dernières années concernant le brossage des dents à 18 mois et également pour la visite chez le dentiste à 30 mois tant en province de Liège qu'en FWB. En 2011, 78,7% des parents liégeois brossaient les dents de leur enfant de 18 mois contre 85,8% en 2020, représentant une augmentation de 7%. En FWB, cette augmentation était de 9% pour la même période.

Les réponses à ces questions sont fournies par la personne qui présente l'enfant à la consultation. Il est possible que les réponses positives soient surestimées ; néanmoins, ces recommandations semblent prises en compte pour la majorité des enfants.

En 2019-2020, en province de Liège, les données manquantes s'élevaient à 6,8% à 18 mois et 6% à 30 mois pour le brossage des dents de l'enfant et à 15,9% pour la visite chez le dentiste. En FWB, pour la même période, les taux d'inconnues sont supérieurs et respectivement de 9,7% - 6,8% et 19,7%.



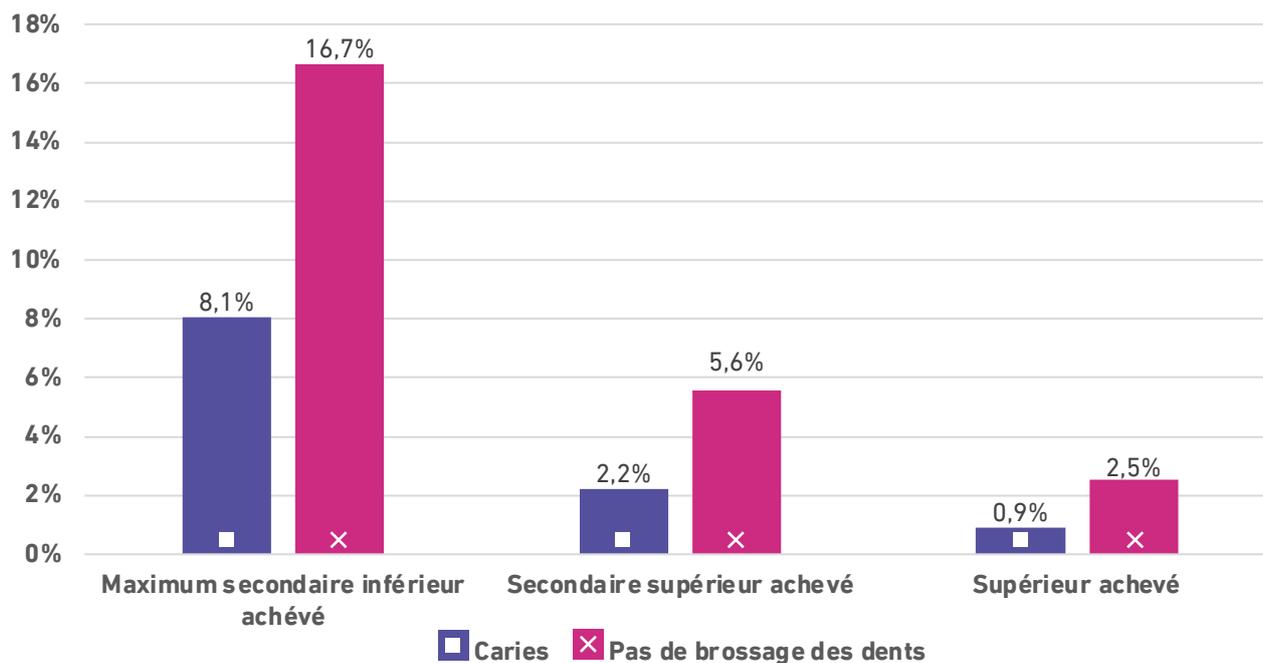
En milieu d'accueil, le brossage des dents est une activité importante et encouragée après le repas. Différentes initiatives sont présentées dans un article du Flash Accueil n°28 : « Pourquoi prendre soins des dents dès leur apparition ? » (https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Milieus_accueil/Flash_accueil/Numero/Flash-accueil-28.pdf).

Selon une étude de l'Agence Inter mutualiste⁴⁴, plus d'un quart des Belges ne se sont pas rendus une seule fois chez le dentiste pendant la période de 2015 à 2017. On y observe des différences géographiques notables. Les résultats sont nettement inférieurs dans les milieux urbains. Et une différence sensible existe entre la Flandre (23,4%) et la Wallonie (29,6%). Les Wallons vont moins souvent chez le dentiste, à l'exception du Brabant wallon et de la région liégeoise.

Ce sont surtout les plus jeunes et les plus âgés qui affichent des scores de visite les plus bas. Un contrôle régulier leur serait pourtant bénéfique. Cette visite prend tout son sens dès l'apparition des premières dents chez les tout-petits. Pourtant, 56% des enfants âgés de 3 et 4 ans ne sont encore jamais allés chez le dentiste, ainsi que 14,5% des enfants de 5 à 14 ans et 13% des 15-17 ans.

44 <https://www.lm-ml.be/sites/default/files/media/files/2021-03/Communiqué%20Presse%20Santé%20Bucco-Dentaires%20CIN%20FINAL.pdf>

CARIES ET ABSENCE DE BROSSAGE DES DENTS EN FONCTION DU NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Le graphique, ci-dessus, indique un lien direct entre la prévalence de caries, le brossage des dents et le niveau d'enseignement de la mère. En effet, les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont plus de risque d'avoir des caries à l'âge de 30 mois que ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur ($p < 0,001$).

On observe également une corrélation entre le brossage des dents et le niveau d'étude de la mère. Les enfants ne se brossant pas les dents au quotidien sont proportionnellement plus nombreux parmi les mères ayant un niveau d'études inférieur ($p < 0,001$).

Malgré les visites gratuites chez le dentiste jusqu'à 18 ans (dentiste conventionné), les inégalités sociales par rapport à cette affection persistent, la carie est plus fréquente parmi les enfants provenant des milieux socialement moins favorisés. Cette association s'observe tout au long de l'existence, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte et ce au sein de toutes les populations quel que soit le niveau de revenus des pays.⁴⁵

Ces constats ne font que conforter les recommandations de l'OMS et de l'ONE concernant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il est également essentiel de poursuivre le travail de sensibilisation des différents acteurs de terrain auprès des parents grâce aux différentes actions et collaborations, notamment avec Souriez.be.



45 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>



Sophie VAN DE WALLE

Coordnatrice accompagnement pour la province de Liège

Comment a commencé la collaboration avec les étudiants hygiénistes en santé bucco-dentaire ?

En 2017, des séances de dépistages dentaires ont été organisées dans certaines consultations de la province de Liège avec le concours du service de pédodontie de l'Université de Liège. Initiée par la recherche d'une doctorante, cette collaboration très fructueuse s'est poursuivie plusieurs années.

Depuis octobre 2021, et dans la foulée de cette première expérience positive, nous avons été contactés par la Haute Ecole de la Province de Liège (HEPL) qui depuis 3 ans formait les futurs Bacheliers Hygiénistes en Santé Bucco-Dentaire (HSBD), une nouvelle profession (Arrêté Royal du 28 mars 2018 relatif à la profession d'hygiéniste bucco-dentaire). Dans le cadre de leur formation, il était demandé aux étudiants de dernière année de travailler au contact de publics spécifiques : personnes âgées vivant en institutions, personnes en situation de handicap, mais aussi de jeunes enfants. Nos consultations semblaient toutes indiquées pour rencontrer ces derniers.

Qu'est-ce que ce projet de collaboration a apporté au sein des consultations de l'ONE ?

Ce projet de collaboration était intéressant à plus d'un titre :

- ▶ *La promotion de la santé bucco-dentaire occupe une place importante dans nos préoccupations de lutte contre les inégalités sociales de santé mais il est difficile de trouver des praticiens qui aient assez de disponibilité pour réaliser au sein des consultations, des séances de dépistages proprement dites.*
- ▶ *Beaucoup de projets de consultations se concentraient sur la promotion de l'hygiène bucco-dentaire, en ce compris les conseils alimentaires favorisant la prévention de carie mais n'étaient pas en mesure d'y associer des séances de dépistage.*

Il y avait donc, dans la proposition de l'HEPL vis-à-vis de l'ONE, une convergence de projet puisque ces étudiants étaient qualifiés pour « aller en bouche » et réaliser du dépistage.

Une concertation s'est organisée entre les professeurs maîtres de pratiques, les enseignants responsables de l'encadrement des stages, une coordinatrice ONE, un agent administratif du département accompagnement de l'ASR et un conseiller pédiatre de la subrégion afin de s'accorder sur le contenu du dépistage (la poursuite du travail de la doctorante de l'ULiège), les messages à transmettre, les documents de références à utiliser (fascicules et brochures EDUS), les sources et ressources communes (Souriez.be) et l'organisation pratico-pratique.

Comment s'est concrétisé cette collaboration ?

Durant l'année scolaire 2021/2022, ce sont 26 stagiaires travaillant en duo qui se sont mis en contact avec les équipes de consultations afin de construire, à la carte, des projets de promotion de la santé bucco-dentaire.

Selon les opportunités, les possibilités et les besoins de chaque structure de consultation, la collaboration a pris des couleurs différentes : séances de dépistages stricto sensu, associées ou pas à des activités collectives de promotion de l'hygiène et la santé bucco-dentaire (atelier brossage des dents, alimentation saine, ...). Quand les locaux le permettaient, certaines consultations ont pu proposer aux familles de se déplacer une seule fois pour bénéficier à la fois d'un dépistage des troubles de la vue et d'un dépistage dentaire : organisation très appréciée des parents.

Durant l'année scolaire 2022/2023, ce sont 35 stagiaires et 202 demi-journées de travail qui pourront être consacrées à ces séances.

Que pouvez-vous conclure de cette collaboration ?

Si des améliorations portant sur des questions d'organisation, mais aussi sur l'importance de soutenir les messages de prévention ont déjà été réalisées après l'expérience de la première année, il conviendrait de récolter des données chiffrées et qualitatives de façon à évaluer l'impact sur notre population. Et qui sait peut-être un jour, avec l'engagement d'hygiéniste en santé bucco-dentaire pouvoir proposer à tous les enfants un dépistage dentaire comme l'ONE le propose pour le dépistage des troubles de la vue ?

En tout état de cause, la mobilisation des PEP's et des équipes de consultations, des stagiaires HSBD, leurs créativité et leurs inventivités au service de la promotion de la santé sont une réalité qui augure de belles évolutions.

3.6. LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

L'acquisition du langage est un indicateur important du développement psychomoteur.

A 12 mois, l'enfant devrait être capable de répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer de 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir en prononcer au moins 10.

A 24 mois, il doit pouvoir dire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle.

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

Une Recherche-Action ONE sur le langage a été menée entre 2012 et 2014 en collaboration avec différents chercheurs universitaires. L'objectif était de mesurer l'impact

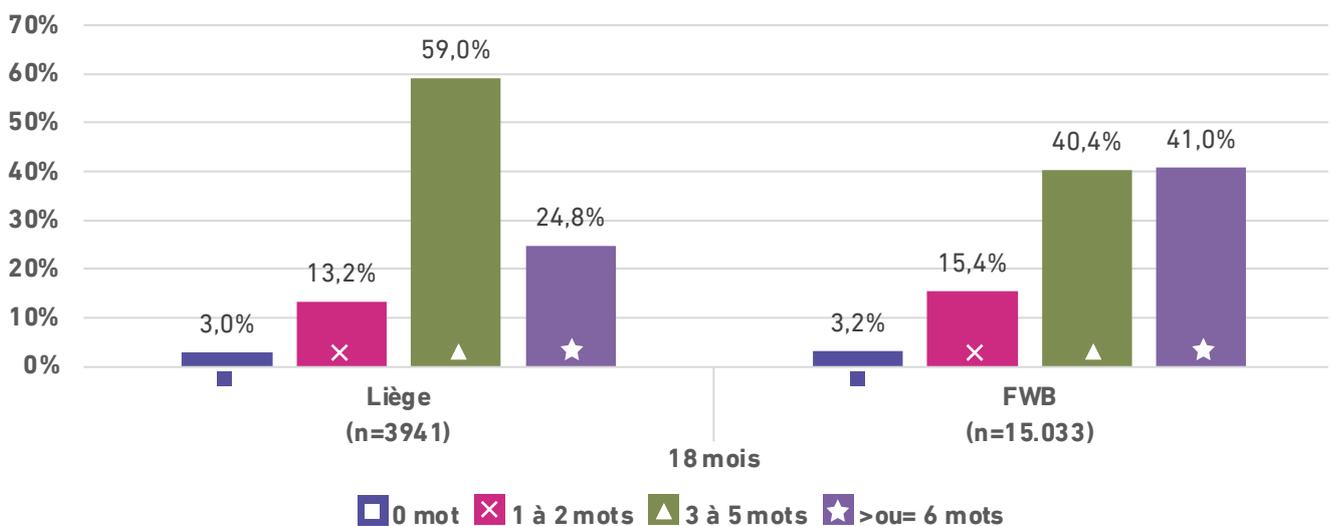
de l'interaction et de la communication entre le parent et l'enfant dans le développement du langage et à terme pouvoir induire des modifications de comportements chez le parent afin de stimuler le langage de l'enfant.⁴⁶

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.

3.6.1. Acquisition du langage au Bilan à 18 mois

NOMBRE DE MOTS QUE L'ENFANT PEUT PRONONCER À 18 MOIS EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

Lors du Bilan de santé à 18 mois, en 2019-2020, 3% des enfants en province de Liège ne pouvaient prononcer aucun mot pour 3,2% en FWB. Pour ces enfants, il importe d'être attentif à l'évolution ultérieure du langage et à leur l'audition.

On remarque que 13,2% des enfants ne prononcent qu'1 à 2 mots, 59% ne prononcent que 3 à 5 mots et 24,8% seulement savent prononcer 6 mots ou plus à l'âge de 18 mois en province de Liège. Les chiffres en FWB ne sont pas identiques, avec 40,4% d'enfants prononçant 3 à 5 mots et 41% sachant prononcer 6 mots ou plus à l'âge de 18 mois.

Les pourcentages sont stables entre 2011 et 2020 en FWB, contrairement à la province de Liège. Dans le graphique ci-dessous, on remarque qu'entre 2017 et 2019, les proportions d'enfants liégeois prononçant de 3 à 5 mots augmentent fortement, tandis que ceux prononçant 6 mots ou plus, diminuent énormément. En 2020, ces taux semblent revenir progressivement aux pourcentages des autres années, avec 47,3% d'enfants prononçant 3 à 5 mots et 37,1% pouvant prononcer 6 mots ou plus à l'âge de 18 mois. Il faudra être attentif à l'évolution de cet indicateur dans les prochaines années ...

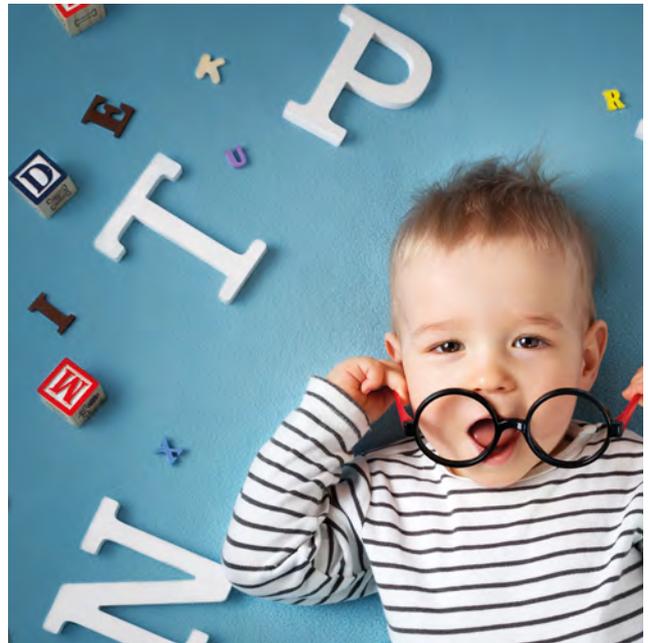
Nous ne pouvons expliquer très clairement cette énorme différence pendant cette période. La recherche-action

⁴⁶ <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/185401/1/Article%20JPB.pdf>

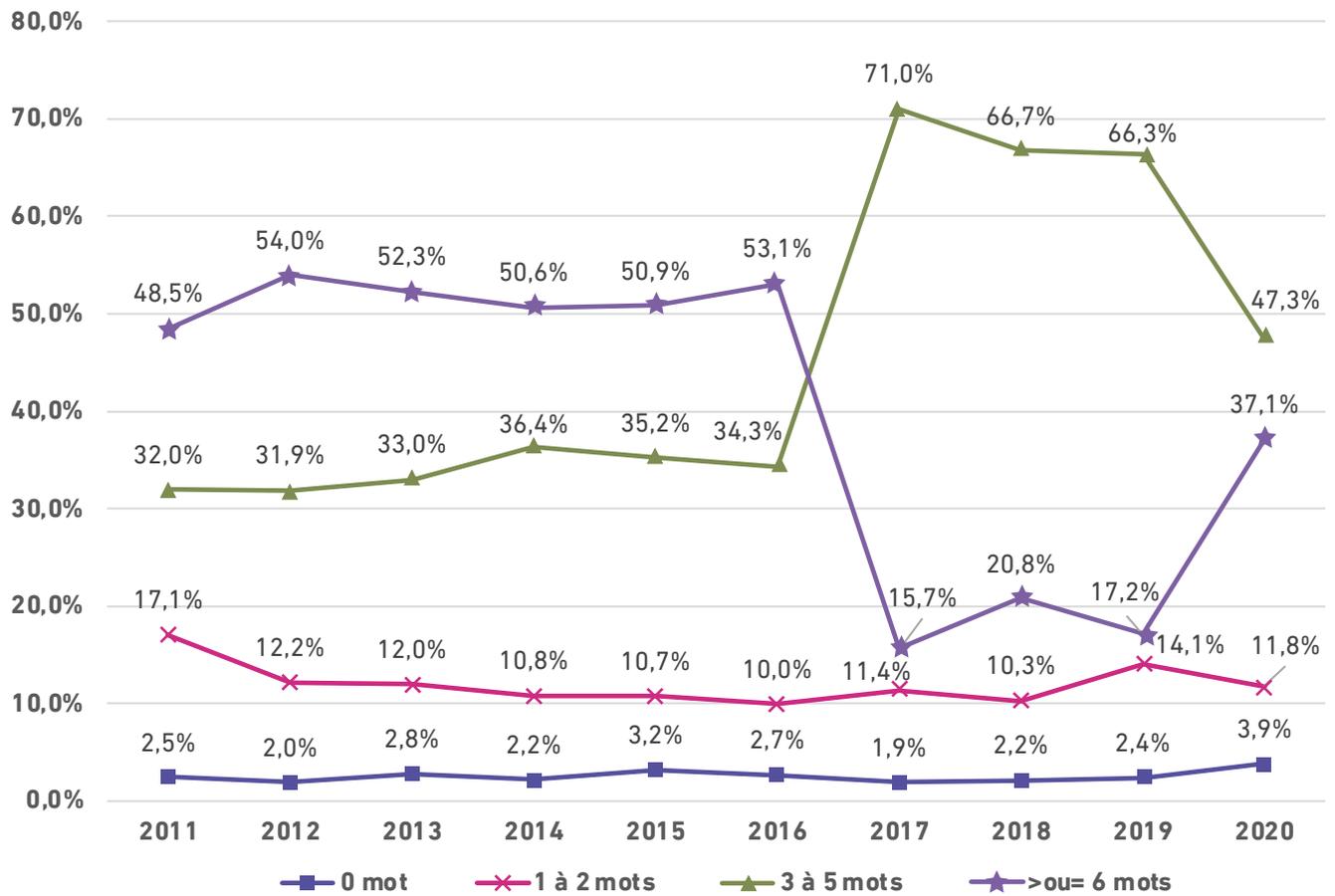
sur le développement du langage, qui a notamment été réalisée dans certaines consultations de Liège, les outils et les formations qui en ont découlé, ainsi que la campagne qui en a suivi, auraient-ils eu une influence sur la perception du langage des enfants, des réponses des parents, ... au niveau du personnel de l'ONE.

Toutefois, il est important d'être vigilant à la façon dont la question a été posée aux parents et à la perception de chacun sur la façon de prononcer un mot. Selon la recherche-action sur le développement du langage menée en 2012-2014 par l'ONE et l'équipe de chercheuses du service de logopédie de l'ULg, à cet âge-là, les inventaires parentaux sont acceptables. On accepte la forme plutôt que la qualité (par exemple : si l'enfant dit « mama » pour « maman » c'est considéré comme un mot).⁴⁷

En province de Liège, entre 2011 et 2020, on observe une moyenne de 7% d'inconnues du nombre de mots prononcé par l'enfant à 18 mois. En FWB, le taux est un peu supérieur avec 10% d'inconnues durant la même période.



EVOLUTION DE 2011 À 2020 DU NOMBRE DE MOTS QUE L'ENFANT PEUT PRONONCER À 18 MOIS EN PROVINCE DE LIÈGE

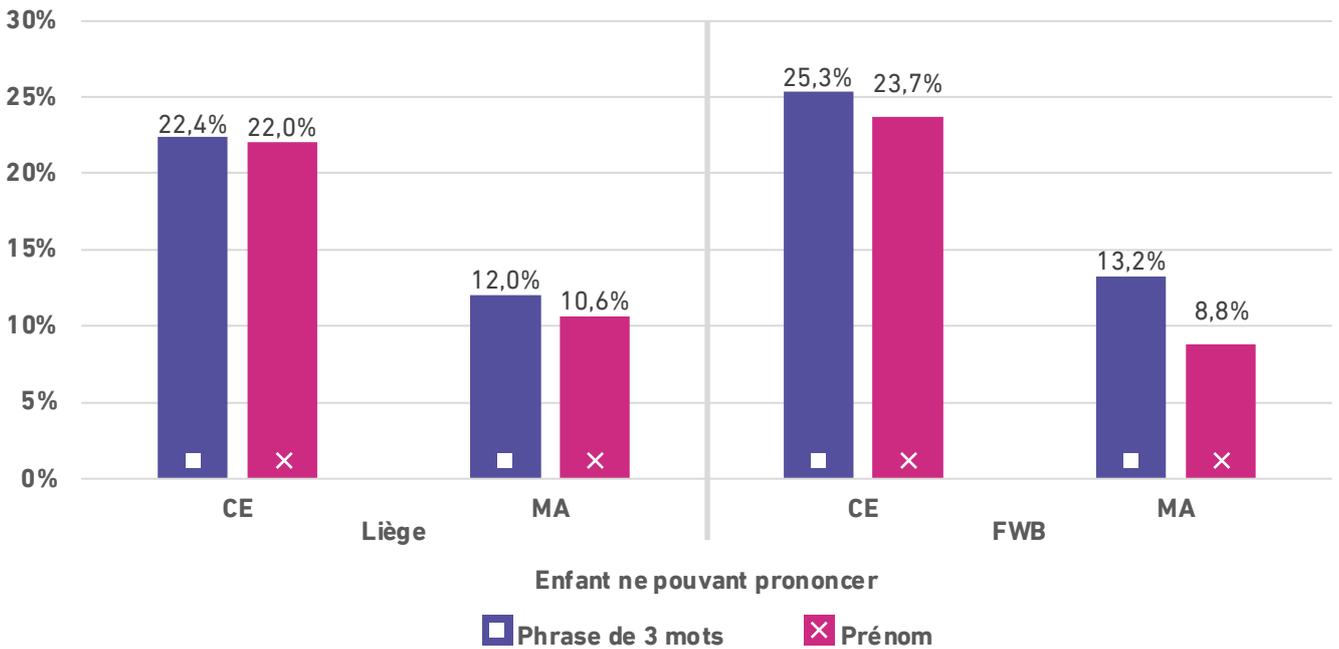


BDMS-ONE, « Bilans de santé à 18 mois », 2011-2020

47 Christelle Maillart, Trecy Martinez-Perez et Anne-Lise Leclercq, « La guidance parentale : un outil pour soutenir le développement langagier », Projet interuniversitaire ULG-UCL - 2012-2014, janvier 2015 : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/rapport_final_recherche_langage_15_janvier_web_ONE.pdf

3.6.2. Acquisition du langage au Bilan à 30 mois

ENFANT NE POUVANT PRONONCER UNE PHRASE DE 3 MOTS ET SON PRÉNOM À 30 MOIS SELON LE TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

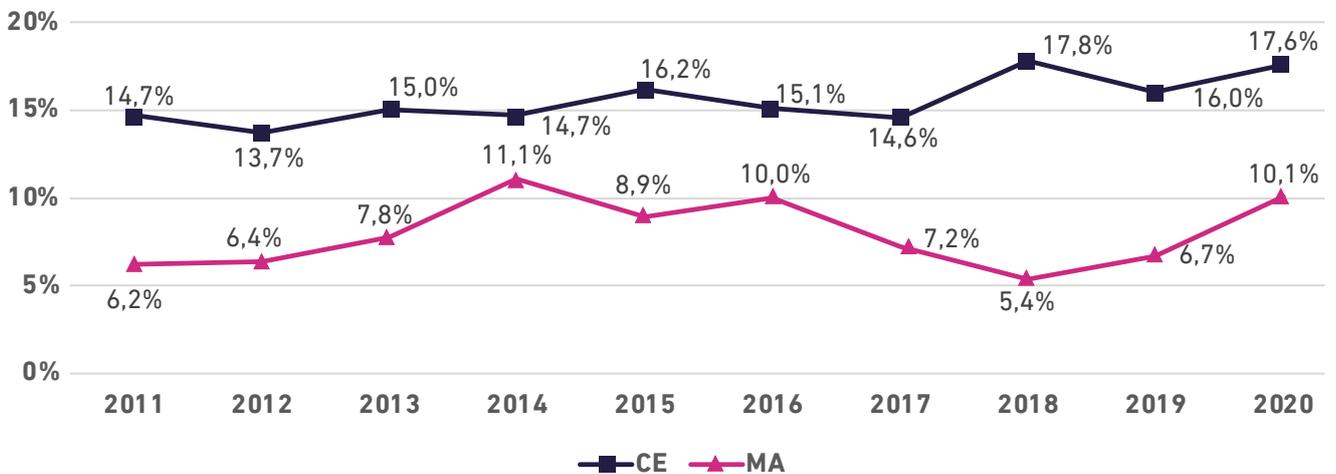
Lors du Bilan de santé à 30 mois en province de Liège, en 2019-2020, 19,4% des enfants ne pouvaient prononcer une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) et 19,3% leur prénom, pour respectivement 20,6% et 17,8% en FWB. Les pourcentages sont stables entre 2011 et 2020 pour les 2 questions en FWB. Alors qu'en province de Liège, ils augmentent légèrement de 4,5 à 5% selon la question.

On peut observer dans le graphique ci-dessus, que selon le type de structure, les taux sont totalement différents. Les enfants suivis en consultation sont plus nombreux à ne pas savoir prononcer une phrase de 3 mots et à dire

leur prénom que ceux suivis dans les milieux d'accueil et ce, que les enfants résident en province de Liège ou en FWB. En effet, à 30 mois, en 2019-2020, dans la province de Liège, 22,4% des enfants fréquentant les consultations ne peuvent prononcer une phrase de 3 mots dans leur langue maternelle et 22% ne savent pas dire leur prénom contrairement à 12% et 10,6% de ceux suivis en milieu d'accueil. Les chiffres sont assez semblables en FWB.

En province de Liège, entre 2011 et 2020, 5% des examens n'ont pas pu être réalisés pour la question sur la phrase et 9% sur le prénom. Il en va de même en FWB avec un taux de 4,5% et de 7%.

RETARD DE LANGAGE CHEZ L'ENFANT À 30 MOIS SELON LE TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Le retard de langage est estimé sur base de 2 critères explorés dans les Bilans de santé à 30 mois. L'enfant qui ne peut prononcer ni son prénom ni une phrase de 3 mots, se retrouve dans la catégorie « retard de langage ».

Le graphique, ci-dessus, confirme que le niveau langagier est plus faible parmi les enfants suivis en consultation que ceux suivis en milieu d'accueil, et ce de 2011 à 2020. En effet, en province de Liège, en 2020, 17,6% des enfants suivis en consultation étaient considérés comme ayant un retard de langage, ne pouvant prononcer ni une phrase de 3 mots ni leur prénom, contre 10,1% des enfants suivis en milieu d'accueil. En Fédération Wallonie-Bruxelles, en 2020, 17,4% des enfants suivis en consultation présentaient un retard langagier contre 8,6% dans les milieux d'accueil. Ces résultats sont en lien direct avec le niveau socio-économique plus favorable des enfants suivis en milieu d'accueil. Mais également avec l'accès à la culture, à la connaissance, aux livres, ainsi qu'avec une moindre utilisation des écrans.

Outre cette différence, en province de Liège le pourcentage d'enfants vus en consultation et présentant un retard langagier tend à augmenter passant de 14,7% en 2011 à 17,6% en 2020. Cette augmentation est également constatée en milieu d'accueil où elle passe de 6,2% en 2011 à 10,1% en 2020.

Vu l'impact d'un retard langagier sur le parcours et la vie d'un enfant et d'un adulte (retard scolaire, manque d'intégration en milieu scolaire, ...), il y a lieu d'être attentif au développement du langage des enfants présentant des retards, mais aussi de leur audition, voire de leur stimulation.

Cette prévalence est préoccupante d'autant plus qu'à cet âge, ils rentrent à l'école maternelle. Il faut donc être particulièrement attentif à ce problème. A ce sujet, la recherche-action établie avec le service de logopédie de l'ULg et l'ONE entre 2012 et 2014 vise à repérer au plus tôt les signes de retard de langage et propose aux parents des techniques simples de soutien à l'apprentissage du langage de leur enfant.

Que ce soit dans le secteur accompagnement ou accueil, différentes activités ont lieu pour soutenir le développement du langage des jeunes enfants.

Dans les consultations pour enfants, des séances d'éveil musical pour les tout-petits mais également des

coins-lecture sont réalisés et proposés à toutes les familles désireuses de participer à ces activités. Nés d'un partenariat avec la Ligue des Familles, les coins-lecture sont des lieux privilégiés qui introduisent le bébé à l'univers du livre ! Les ouvrages proposés sont soigneusement choisis par une équipe de professionnels en littérature de la jeunesse. Régulièrement, cette équipe définit une dizaine de nouveautés littéraires destinées à enrichir et à actualiser le coin-lecture.

Dans le cadre de la « campagne langage » le folder « Accompagner le développement du langage du jeune enfant » a fait l'objet d'une large diffusion auprès des milieux d'accueil de la province de Liège notamment au travers de matinées de présentation/réflexion.

Cette action a notamment été suivie d'un dispositif « langage au quotidien » où les milieux d'accueil participants ont été invités à se mettre en projet autour du langage.

Précédant la campagne et mises en place depuis de façon récurrente, diverses actions autour de la lecture d'album sont organisées : dispositifs « lecture à voix haute aux tout-petits », conférences dans le cadre du festival « Babillage, l'art et les tout-petits », partenariat avec la bibliothèque centrale de la province pour la diffusion et la mise à disposition des milieux d'accueil de sélections d'albums pour les tout-petits... De plus, la question de la lecture avec les tout-petits est régulièrement abordée lors de dispositifs ou d'ateliers dont ce n'est pas l'objet principal. Actuellement un triptyque « Pourquoi lire aux tout-petits » est diffusé par la bibliothèque centrale de la province et un nouveau triptyque « Quel album choisir ? » est en préparation.

Enfin un dispositif « Tous les langages » est en cours. Prévu initialement en 2020, déplacé et remodelé en raison des limitations induites par la crise Covid, ce dispositif a débuté en 2021 avec les interventions de Maya Gratier et de l'« Agence Quand les Livres Relient », des « ateliers sensibles » menés avec le concours d'artistes soutenant diverses formes d'expression. Ce dispositif se prolonge en 2022 avec l'intervention d'Agnès Chauvié autour du chant avec les tout-petits. 2023 devrait voir une exploration des langages plastiques, la reprise des « ateliers sensibles » et une proposition d'ateliers de suivis visant à une mise en projet accompagnée des milieux d'accueil participants.

3.7. LA COUVERTURE VACCINALE

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

Depuis 2002, la FWB a recommandé, en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé (l'instance fédérale), de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes :

poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont administrés gratuitement grâce à un financement conjoint de l'ONE.⁴⁸

⁴⁸ Le financement était conjoint FWB et Etat fédéral jusqu'au 1^{er} janvier 2015. Depuis il a été intégralement transféré à l'ONE.

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

- ▶ la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, l'haemophilus influenzae de type b [Hexavalent],
- ▶ la rougeole, la rubéole et les oreillons [RRO].

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

Les résultats suivants présentent l'évolution des taux de couvertures des différents vaccins et les différences entre les enfants vaccinés en milieu d'accueil et ceux vaccinés en consultations. Pour ces résultats, les inconnues sont incluses dans le total.

COUVERTURE VACCINALE ENTRE 2011 ET 2020 EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB

	Liège					FWB
	2011-12	2013-14	2015-16	2017-18	2019-20	2019-20
Hexavalent 3 doses (9 mois)	96,70%	97,60%	97,80%	97,30%	97,70%	96,70%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	92,70%	93,30%	94,20%	94,20%	94,20%	91,20%
Pneumocoque 2 doses (9 mois)	96,70%	97,80%	97,60%	97,00%	97,60%	96,40%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	91,40%	92,10%	93,30%	94,40%	93,70%	90,80%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	91,20%	92,90%	92,70%	91,20%	92,20%	84,70%
RRO 1 dose (18 mois)	95,90%	95,80%	96,70%	97,30%	96,70%	94,90%
Méningocoque (18 mois)	93,30%	94,20%	95,10%	95,00%	94,60%	91,90%

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

Ce tableau présente les enfants qui ont reçu les doses minimales requises pour une immunisation optimale. Pour les données relatives à la vaccination, les enfants dont les informations sont inconnues sont considérés comme étant « non vaccinés ».

Les taux de couverture vaccinale en province de Liège sont globalement plus élevés que pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles entre 2011 et 2020. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable voire en augmentation pour la province de Liège, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB.

Les vaccins « hexavalent », « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale.

Le Rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec 92,2% en province de Liège pour 84,7% en FWB.

Toutes les couvertures vaccinales en province de Liège, à 9 mois et à 18 mois, sont supérieures à celles de la FWB avec des variations entre 1% à 7,5% selon le vaccin.

COUVERTURE VACCINALE SELON LE TYPE DE STRUCTURE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB

	Liège		FWB	
	CE	MA	CE	MA
Hexavalent 3 doses (9 mois)	98,30%	96,20%	97,30%	94,30%
Hexavalent 4 doses (18 mois)	95,50%	88,40%	93,10%	85,30%
Pneumocoque 2 doses (9 mois)	98,20%	95,30%	97,10%	93,20%
Pneumocoque 3 doses (18 mois)	95,20%	88,60%	92,40%	86,40%
Rotavirus 2 doses (9 mois)	92,50%	91,80%	84,60%	86,10%
RRO 1 dose (18 mois)	97,70%	93,00%	95,60%	93,40%
Méningocoque (18 mois)	96,20%	89,00%	94,00%	85,80%

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

En province de Liège, 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 0,7% à 7,2% selon le vaccin. Les différences de prévalence sont plus importantes aux 18 mois de l'enfant. En FWB, les tendances sont les mêmes mais les différences sont un peu plus prononcées qu'en province de Liège, entre 1,5% à 8,2%.

Notons que même si les taux d'inconnues sont légèrement plus élevés dans les milieux d'accueil, ceux-ci ne justifient pas les différences observées. Les taux de couverture vaccinale sont probablement sous-estimés en milieu d'accueil. En effet, lors de la consultation médicale en milieu d'accueil, les parents ne sont pas toujours présents et l'information pourrait être manquante. Certains parents refusent que leur enfant soit vacciné

en milieu d'accueil avec ou sans leur présence. Un suivi en consultation pour enfants ou en privé doit alors être réalisé. Néanmoins, un retard dans la vaccination est ainsi probable puisque le parent doit prendre congé, par exemple pour pouvoir vacciner son enfant.

Toutefois, la surveillance vaccinale est de la responsabilité du milieu d'accueil, quand celui-ci remarque un non-respect du calendrier vaccinal, il rappelle l'obligation aux parents par le biais de son contrat d'accueil et pourquoi pas un mot du médecin de structure. Si d'autres questions se posent, il peut faire appel à son/sa coordinateur(rice) accueil, à son référent santé et/ou au conseiller pédiatre.

Nous n'avons pas de résultats chiffrés concernant les enfants suivis chez des accueillantes indépendantes mais celles-ci doivent vérifier l'état vaccinal des enfants. Au premier jour de familiarisation, elles doivent avoir en leur possession le certificat d'entrée en milieu d'accueil sur lequel les dates de vaccins déjà reçus doivent être notifiées. Le rôle de l'agent conseil pour accueillantes indépendantes (ACA) sera de vérifier, en visite, si le document est présent et correctement rempli pour chaque enfant, ainsi qu'également le moment venu si le RRO est fait.

3.8. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

En province de Liège, en 2019-2020, à 18 mois, 96,6% des enfants sont capables de marcher (95,5% en FWB), 82,7% peuvent boire seul à la tasse (82,2% en FWB) et 86,6% sont capables de se servir d'une cuillère (87,7% en FWB). Ces données sont en augmentation entre 2011 et 2020.

A 30 mois, 95,3% des enfants ont la capacité de sauter à pieds joints (91,7% en FWB), 86,3% de dessiner un trait (82,3% en FWB) et 84,1% un cercle (78,5% en FWB). Ces données sont également en augmentation sur la décennie.

Cependant, nous constatons des différences entre les enfants suivis en milieu d'accueil et ceux suivis en consultation pour enfants au niveau de l'autonomie et de certaines capacités psychomotrices des enfants. En effet, les proportions d'enfants étant autonomes pour boire à la tasse ou utiliser la cuillère à 18 mois, ainsi que les proportions d'enfants sachant dessiner un cercle ou un trait à 30 mois, sont plus élevées parmi les enfants suivis en milieux d'accueil que ceux suivis en consultation pour enfants. Ces différences sont constatées tant en province de Liège qu'en FWB.

En 2019-2020, en province de Liège, 91,6% des enfants suivis en milieu d'accueil savent dessiner un trait contre 83,5% en consultations pour enfants (respectivement



88,6% et 77,7% en FWB) et 88,7% en MA savent dessiner en cercle contre 81,7% en CE (respectivement 84,2% et 74% en FWB). Néanmoins, pour ces deux derniers tests, plus orientés vers la motricité fine, le nombre d'inconnues approche 40%, ce qui appelle à la prudence dans l'interprétation de ces données. Il faut reconnaître que les conditions de la consultation ne sont pas toujours favorables à la réalisation de ce type de test et demander ce genre d'exercice à l'enfant reste encore quelque chose de difficile à réaliser. De plus, les enfants stimulés à la maison acquièrent d'autres compétences qui ne sont pas toujours mises en exergue.

Investissement des espaces extérieurs.

Depuis de nombreuses années déjà, l'ONE met en avant les bienfaits des sorties en extérieur pour la santé de chacun des enfants, plus particulièrement la santé des tout-petits : le vert aide à grandir et stimule positivement le développement du jeune enfant. Jouer, se promener à l'extérieur stimule les interactions, multiplie les découvertes au travers de chacun des sens de l'enfant. Le vert amène la tranquillité, le vert stimule et renforce l'immunité... impossible de citer tous les bienfaits de « sortir dehors » tant ils sont nombreux.



3.9. LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS À L'ONE

Depuis 2003, l'ONE organise le dépistage précoce des troubles visuels chez les jeunes enfants de 18 à 36 mois.

Les objectifs principaux sont le dépistage des troubles visuels susceptibles de ralentir le développement de l'enfant et la prévention de l'amblyopie fonctionnelle⁴⁹ (diminution et altération de l'acuité visuelle).

Standardisé et réalisé lors de consultations spécifiques dans les structures d'accueil collectif et d'accompagnement de l'ONE, le dépistage est effectué par des orthoptistes, assistants techniques en ophtalmologie ou des médecins spécialement formés à cet effet.

L'examen est gratuit. Si le test est positif, l'enfant est référé vers un ophtalmologue pour confirmation ou non du test.

En 2020, 3.335 enfants ont été dépistés en province de Liège et 13.523 l'ont été en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui représente un taux de couverture⁵⁰ de 29% en province de Liège et de 26% pour la FWB. En revanche, en 2019, 7.807 enfants ont été dépistés en province de Liège et 32.271 l'ont été en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui représente un taux de couverture de 81% en province de Liège et de 66% pour la FWB. En 2009, le taux de couverture était de 53% en province de Liège et 46% en FWB, ce qui représente une augmentation relative respective de 28% et 20% par rapport aux taux de 2019.

Depuis 2013, le programme présente un nombre de dépistages en augmentation relativement constante. En 2019, on constate une augmentation considérable du nombre d'enfants vus lors des dépistages. Cela s'explique, entre autres, par la mise en place du plan opérationnel subrégional, ainsi que par l'organisation de dépistages en grand nombre par les ASR. L'année 2020 a en revanche connu une baisse drastique. En effet, cette année a été marquée par plusieurs changements au sein de l'équipe des examinateurs, mais surtout par la pandémie de COVID-19. Les dépistages ont été par conséquent suspendus sur une durée totale de plus de quatre mois. Néanmoins, les examinateurs, avec leur ASR, ont proposés des alternatives aux dépistages traditionnellement réalisés en consultations et milieux d'accueil en mettant en place de nombreuses initiatives afin d'étendre sa couverture.

Sachant qu'il faut faire face à plusieurs difficultés comme le recrutement du personnel qualifié mais aussi l'organisation des rendez-vous et le nombre conséquent d'absences à ceux-ci, plusieurs actions seront mises en place prochainement pour pouvoir continuer à augmenter le taux de couverture des dépistages et en faire bénéficier un maximum d'enfants.

Il est important de rappeler que le plan opérationnel subrégional prévoit une série d'actions dont une vise à accroître le taux de couverture du dépistage visuel. C'est dans la province de Namur que seront menées les premières actions en collaboration avec les interlocuteurs du secteur.

En 2019, concernant la province de Liège, 64% des dépistages ont été réalisés dans les consultations pour enfants et 36% en milieu d'accueil. En 2020, ils étaient respectivement de 59% et 41%. Pour la FWB, cette proportion s'élevait en 2019, à 57% dans les consultations pour enfants et à 43% en milieu d'accueil. En 2020, ils étaient respectivement de 52% et 48%. On peut remarquer que le pourcentage relevé en milieu d'accueil augmente au fur et à mesure des années que ce soit pour la province de Liège et la FWB. Les milieux d'accueil se sentent concernés et ont été fortement sensibilisés à ce dépistage. Lors de leurs visites de terrain, les coordinatrices accueil reçoivent régulièrement des retours relatant la grande satisfaction des parents par rapport à ce test.

Dès le début du programme, il a été possible de réaliser des dépistages visuels en consultation pour enfants et en milieux d'accueil collectifs. Les milieux d'accueil collectifs ont rencontré quelques écueils organisationnels au démarrage. Mais à présent, tout est mis en place pour que, comme le souhaite l'ONE, chaque enfant puisse, si tel est la demande du parent, bénéficier de ce dépistage visuel précoce au sein même de sa structure d'accueil.

Les enfants qui sont chez des accueillantes indépendantes ou dans des petites structures d'accueil et pour lesquels l'examen est réalisé dans la consultation pour enfants même s'ils sont amenés par le personnel d'accueil sont repris dans la catégorie « examinés en consultation pour enfants ».

En moyenne, pour 76% des enfants dépistés, le test est « normal » ; pour 10%, il est « anormal » ; pour 4%, il est « douteux » et pour 10%, il est « irréalisable ». Ces résultats sont exactement les mêmes pour les années 2019 et 2020.

Lorsque le test est anormal, l'enfant est référé vers un ophtalmologue. Dans 82% (en 2020) à 86% (en 2019) des cas, l'anomalie est confirmée par celui-ci ou alors l'ophtalmologue demande de revoir l'enfant 6 mois à un



⁴⁹ Prévention et petite enfance : Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, ONE, 2011. L'amblyopie se définit comme une diminution uni- ou bilatérale de l'acuité visuelle causée par une déprivation de la vision des formes et/ou par une interaction binoculaire anormale sans cause organique, pour laquelle un traitement approprié peut mener à la guérison.

⁵⁰ L'estimation du taux de couverture est calculée sur base du nombre d'enfants examinés par rapport au nombre de naissances recensé 2 ans plus tôt avec pour objectif un taux de 50%. A Bruxelles, on compte 90% des naissances résidentes à Bruxelles.

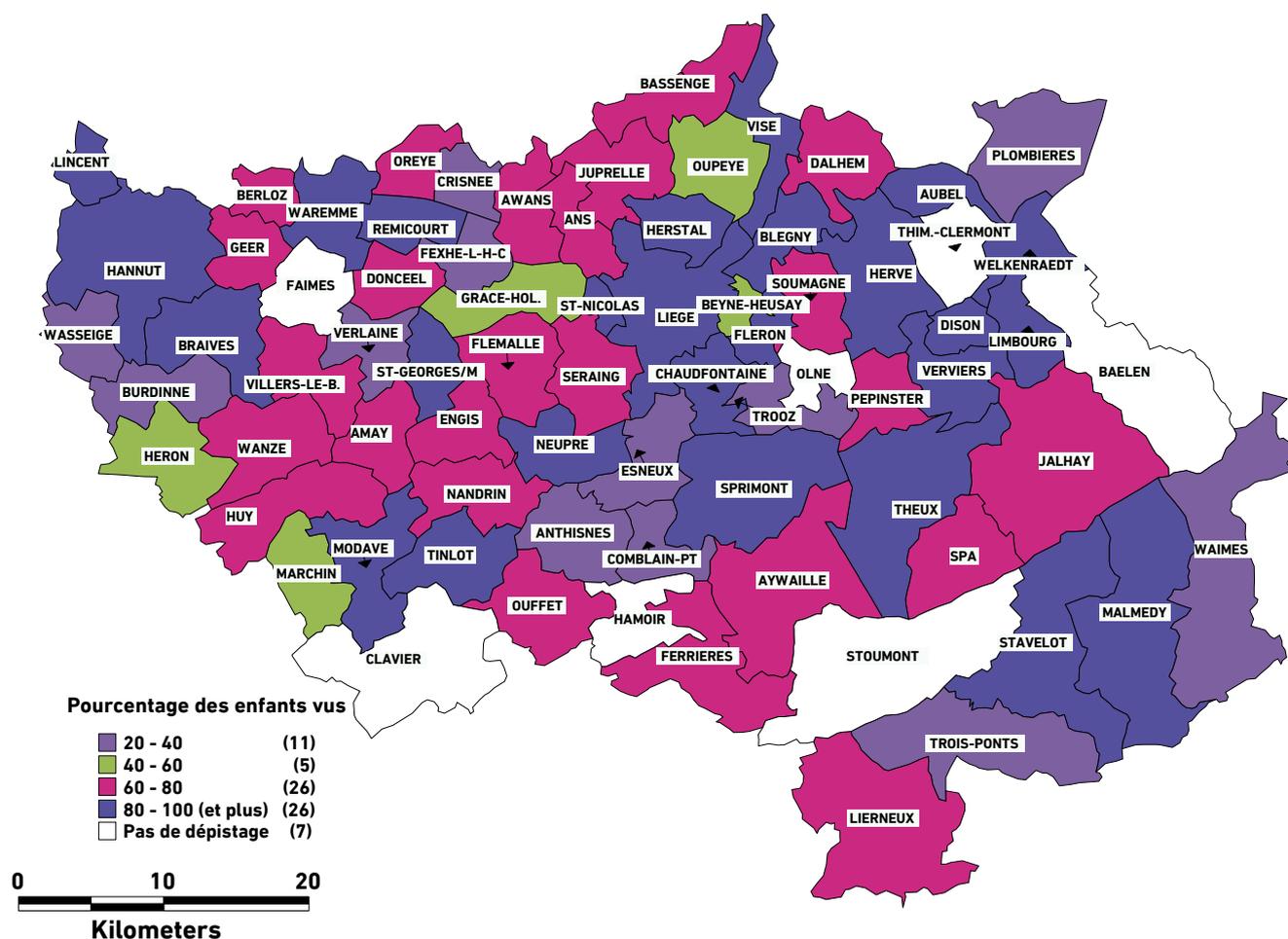
an plus tard. En cas d'examen irréalizable ou douteux, l'enfant est revu plus tard par l'orthoptiste de l'ONE.

Dans la majorité des cas, le traitement consiste à porter des lunettes.

La cartographie suivante indique le taux de couverture du dépistage visuel par commune en 2019 pour la province de Liège. Pour chaque commune, il est calculé en rapportant le nombre d'enfants dépistés en 2019 sur le nombre de naissances en 2017.

Dans certaines communes, les taux de couverture peuvent être très élevés. Cela est dû au fait que le numérateur correspond au nombre de dépistages réalisés dans une commune par rapport au nombre d'enfants résidant dans cette même commune et nés 2 ans auparavant. Les dépistages visuels ne sont pas organisés dans toutes les communes. Par conséquent, certaines consultations peuvent regrouper des enfants de différentes communes d'où des taux plus élevés parmi celles-ci. Les enfants ne résident pas forcément dans la commune où a lieu le dépistage.

TAUX DE COUVERTURE DES DÉPISTAGES VISUELS À L'ONE DES ENFANTS ENTRE 18 ET 36 MOIS PAR COMMUNE EN PROVINCE DE LIÈGE EN 2019



ONE, « Dépistages visuels », Direction Santé, 2019

SYNTHÈSE

Le suivi préventif médico-social des enfants de 0 à 6 ans est organisé dans les consultations pour enfants de l'ONE mais également au sein de certains milieux d'accueil.

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des Bilans de Santé sont complétés à 3 âges clés (9, 18 et 30 mois) représentant les moments importants du développement de l'enfant. Ceux-ci permettent de récolter les informations des différents programmes de santé prioritaires définis par l'ONE comme l'allaitement ou la vaccination. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés. Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins et Partenaires Enfants-Parents (PEP's).

Les résultats présentés dans ce document proviennent des Bilans de santé complétés et encodés de 2009 à 2020.

De manière générale, on constate une augmentation du nombre mais également des taux de couverture pour les 3 Bilans de santé tant en province de Liège qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, en 2020, on observe une forte diminution du nombre de bilans de santé et des taux à la suite de la pandémie du COVID-19, qui a obligé à limiter le nombre d'enfants vu en consultations et à prioriser la vaccination au détriment de la réalisation des Bilans de santé.

En province de Liège, entre 2009 et 2019, les taux sont assez similaires pour les Bilans de santé à 9 mois, et en légère augmentation pour les Bilans de santé à 18 et 30 mois. En 2019, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 27,1% des enfants, 23,8% lors des Bilans de santé à 18 mois et 12,9% pour ceux à 30 mois. Pour malheureusement chuter en 2020, à 17,1% pour les Bilans de santé à 9 mois, 14,7% pour ceux à 18 mois et 6,7% pour les 30 mois.

Globalement, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : la proportion des Bilans de santé complétés en consultations pour enfants diminue progressivement en fonction de l'âge de l'enfant en faveur des milieux d'accueil. En 2019-2020, en province de Liège, 89,3% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants contre 10,7% en milieu d'accueil. A 18 mois, cette proportion reste assez similaire avec 86,9% en consultations et 13,1% en milieu d'accueil ; pour ensuite atteindre à 30 mois, 78,7% en consultations et 21,3% en milieu d'accueil.

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

La plupart des enfants pour qui un Bilan a été dressé, vivent au quotidien avec leurs 2 parents et cette proportion diminue avec l'âge des enfants. En 2019-2020, la situation familiale des enfants dans la province de Liège est assez

identique à celle des enfants en FWB. A 9 mois, plus ou moins 92% des enfants vivent avec leurs 2 parents contre 87% à 30 mois. La proportion d'enfants vivant avec des parents séparés augmente proportionnellement avec l'âge de l'enfant pour atteindre 11% à 30 mois.

Concernant le niveau d'enseignement des mères, en 2019-2020, 42,7% des mères de la province de Liège ont un niveau d'enseignement supérieur, 34,4% ont achevé leur niveau d'instruction secondaire supérieur et 23% détiennent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur au moment du Bilan à 9 mois de leur enfant. A 30 mois, le nombre des mères liégeoises avec un diplôme supérieur est un peu plus élevé avec 46,6%, 33,1% ont atteint le niveau secondaire supérieur et 20,3% le niveau secondaire inférieur.

Si l'on compare le niveau d'enseignement des mères en fonction du lieu où le suivi de l'enfant a été effectué, on constate que les mères d'enfants suivis en milieu d'accueil ont un niveau d'enseignement plus élevé que celles des enfants suivis dans les consultations pour enfants. En 2019-2020, en province de Liège, 74,7% des mères d'enfants suivis en milieu d'accueil par l'ONE détenaient un diplôme d'études supérieures contre 36,8% des mères des enfants suivis en consultation.

La situation professionnelle de la mère est relativement différente selon les régions. En province de Liège, 48,2% des mères sont inactives (au chômage ou sans emploi) en 2019-2020. Tandis qu'en FWB, c'est 41,8%. La proportion de mères inactives tend à diminuer très légèrement au fil des années avec 48,6% en 2011 et 47,4% en 2020 pour la province de Liège. En FWB, la même tendance est observée de façon plus marquée, ce pourcentage passant de 46,5% à 40,9%.

La proportion des mères actives quant à elle n'évolue pas au fur et à mesure des années avec 47,9% en 2011-2012 pour atteindre 47,4% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Liège en 2019-2020. Tandis qu'en FWB, elle augmente passant de 50,3% à 52,6%.

Lors du Bilan de santé à 9 mois, en 2019-2020, 44,1% des familles en province de Liège disposent de deux revenus professionnels, 37,4% de minimum un revenu professionnel et 18,5% de revenus de remplacement. Les résultats pour la FWB sont quasiment identiques, avec cependant 48,1% des familles disposant de deux revenus professionnels, 36,2% de minimum un revenu professionnel et 15,6% de revenus de remplacement.

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

La proportion des enfants suivis en consultation à l'ONE et qui fréquentent un milieu d'accueil a augmenté ces dernières années en province de Liège pour atteindre,

à 9 mois, 38,8% et à 30 mois 58,5% (données de 2019-2020). Ces taux sont inférieurs à ceux des enfants résidant en FWB.

Ces 10 dernières années, les taux d'allaitement exclusif durant les premiers mois de vie de l'enfant ont augmenté considérablement en province de Liège. En 2011-2012, 70,9% des enfants étaient allaités exclusivement à moins d'une semaine de vie pour atteindre un taux de 77,7% en 2019-2020. Les courbes continuent leur progression au fur et à mesure que l'enfant grandit avec en 2019-2020, 59,8% des enfants encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 49,8% à l'âge 8 semaines et 42,4% à 12 semaines. Alors qu'en 2011-2012, ils étaient de 52,4%, 41,7% et 34,9% à respectivement 4, 8 et 12 semaines de vie. Les taux d'allaitement sont directement liés au niveau d'enseignement de la mère et à la situation socio-économique de la famille. Plus la mère a un niveau d'étude élevé, au plus le taux d'allaitement est élevé et plus l'enfant est allaité longtemps.

Concernant la santé bucco-dentaire, en 2020, 2,8% des enfants liégeois de 18 mois présentaient des polycaries et 3,3% des enfants âgés de 30 mois présentaient des caries. Ces taux sont légèrement supérieurs voir identiques à ceux de la FWB. Il est cependant important de garder à l'esprit que le pourcentage d'inconnues pour ces données tend à augmenter ces dernières années, ce qui rend les interprétations plus difficiles. On observe cependant un lien direct entre la prévalence de caries, le brossage des dents et le niveau d'enseignement de la mère. En effet, les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont plus de risque d'avoir des caries à l'âge de 30 mois que ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur ($p < 0,001$).

Toutes les couvertures vaccinales en province de Liège sont supérieures à celles de la FWB. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en province de Liège, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB.

Les vaccins « hexavalent » et « pneumocoque » à 9 mois et celui du RRO à 18 mois, dépassent le seuil recommandé de 95%, valeur associée à une couverture vaccinale minimale pour une protection collective optimale. Le vaccin contre le rotavirus est le vaccin obtenant le moins bon taux de couverture vaccinale avec néanmoins un taux supérieur en province de Liège (92,2%) par rapport à la FWB (84,7%).

On constate également que les taux de vaccination sont supérieurs dans les consultations par rapport à ceux recueillis dans les milieux d'accueil. La gratuité de la vaccination dans les consultations pour enfants incite les parents à fréquenter les consultations pour y faire vacciner leur enfant et faire augmenter de ce fait les taux de couverture.

Globalement, les indicateurs socio-économiques restent stables depuis plusieurs années. Cependant, on constate des différences entre les enfants fréquentant les consultations pour enfants et les milieux d'accueil. Les familles dont les enfants sont suivis en consultation pour enfants sont plus vulnérables socio-économiquement que celles dont le suivi médico-social de l'enfant a été effectué en milieu d'accueil.

L'ONE doit continuer à développer et améliorer son réseautage, déjà particulièrement riche et diversifié en province de Liège, afin de soutenir les familles les plus fragilisées. A cet effet, les acteurs de la subrégion s'avèrent être essentiels à la prise de décision et à la mise en place de nouvelles actions et/ou de partenariats.



CHAPITRE 4



**L'EXPOSITION DU FŒTUS, DES ENFANTS
ET ADOLESCENTS AU TABAGISME
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que des millions d'enfants respirent quotidiennement de l'air pollué par la fumée de tabac. Les enfants sont davantage exposés au tabagisme passif que les adultes non-fumeurs. Contrairement à un adulte, l'enfant ne peut généralement pas quitter volontairement un lieu pollué par la fumée de tabac. Ainsi, les niveaux de nicotine détectés par exemple chez les enfants âgés de 3 à 11 ans sont deux fois plus élevés que ceux d'adultes non-fumeurs.¹

De très nombreuses études ont constaté une relation entre l'exposition à la fumée de tabac ambiante et des effets toxiques chez l'enfant. Le tabagisme représente un problème majeur de santé publique en raison de sa prévalence élevée et de ses conséquences sur la mortalité et la morbidité.

Il est directement lié au décès d'environ 20.000 Belges par

année. La législation belge des produits du tabac a été renforcée, afin de se conformer à la directive européenne de mai 2014 pour décourager et réduire la consommation. Ces mesures portent sur l'avertissement, le texte et l'illustration sur le paquet, l'interdiction des arômes, le système d'identification et de suivi pour la production et la distribution, la vente par internet, etc.

L'enquête tabac 2019 menée en ligne par IPSOS pour la Fondation contre le cancer et portant sur un échantillon pondéré et représentatif de 3174 Belges âgés de plus de 15 ans décrit une proportion de fumeurs se situant à 23% (dont 18% de fumeurs quotidiens). A Bruxelles et en Wallonie, les proportions de fumeurs sont de 27% et 25% respectivement. Les femmes sont 20% à fumer en Belgique et cette proportion augmente avec l'âge, passant de 8% chez les femmes de 15-17 ans à 27% chez celles âgées de 55 à 64 ans.²

4.1. LE TABAGISME DURANT LA GROSSESSE

Effet du tabagisme maternel

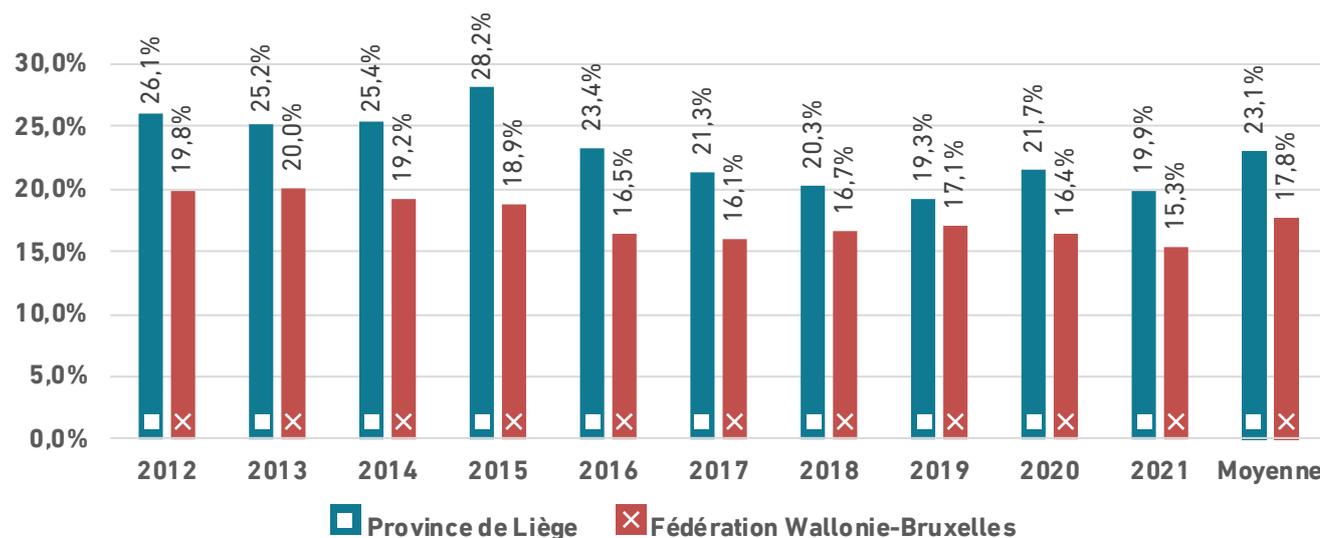
Le tabac nuit à la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né :

- **Grossesse** : risque accru de fausses couches, de grossesse extra-utérine, de décollement placentaire, de prématurité, de rupture prématurée des membranes.
- **Fœtus** : risque important de faible poids de naissance, de décès in utero, risque légèrement accru de malformations.
- **Nouveau-né** : mortalité néonatale accrue, risque accru d'asthme et de sifflement, ...

25% des femmes en âge de procréer fument. Beaucoup de ces futures mères ont le souhait d'arrêter de fumer dès l'annonce de la grossesse. Seulement 1/5 à 1/4 arrête de fumer pendant la grossesse.

4.1.1. La consommation quotidienne de tabac durant la grossesse

EVOLUTION DU POURCENTAGE DE FEMMES FUMANT PENDANT LA GROSSESSE EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



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

1 OMS (World Health Organisation), « International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and child Health », Consultation Rapport, 1999 - Fondation contre le Cancer, Le tabagisme passif chez les enfants, actualisé le 14-07-2017, <https://www.cancer.be/pr-vention/le-r-le-du-tabac/quels-risques-si-je-suis-fumeur-passif/le-tabagisme-passif-chez-les>

2 IPSOS pour la Fondation contre le Cancer, « Enquête tabac 2019 », https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc_-_enquete_tabac_2019_-_def.pdf

Les femmes enceintes suivies par l'ONE, en province de Liège, sont en moyenne 23,1% à fumer (2012-2021). Elles fument environ 10 cigarettes au quotidien en début de grossesse. La proportion de femmes fumeuses durant leur grossesse est de 17,8% pour toute la Fédération Wallonie-Bruxelles.

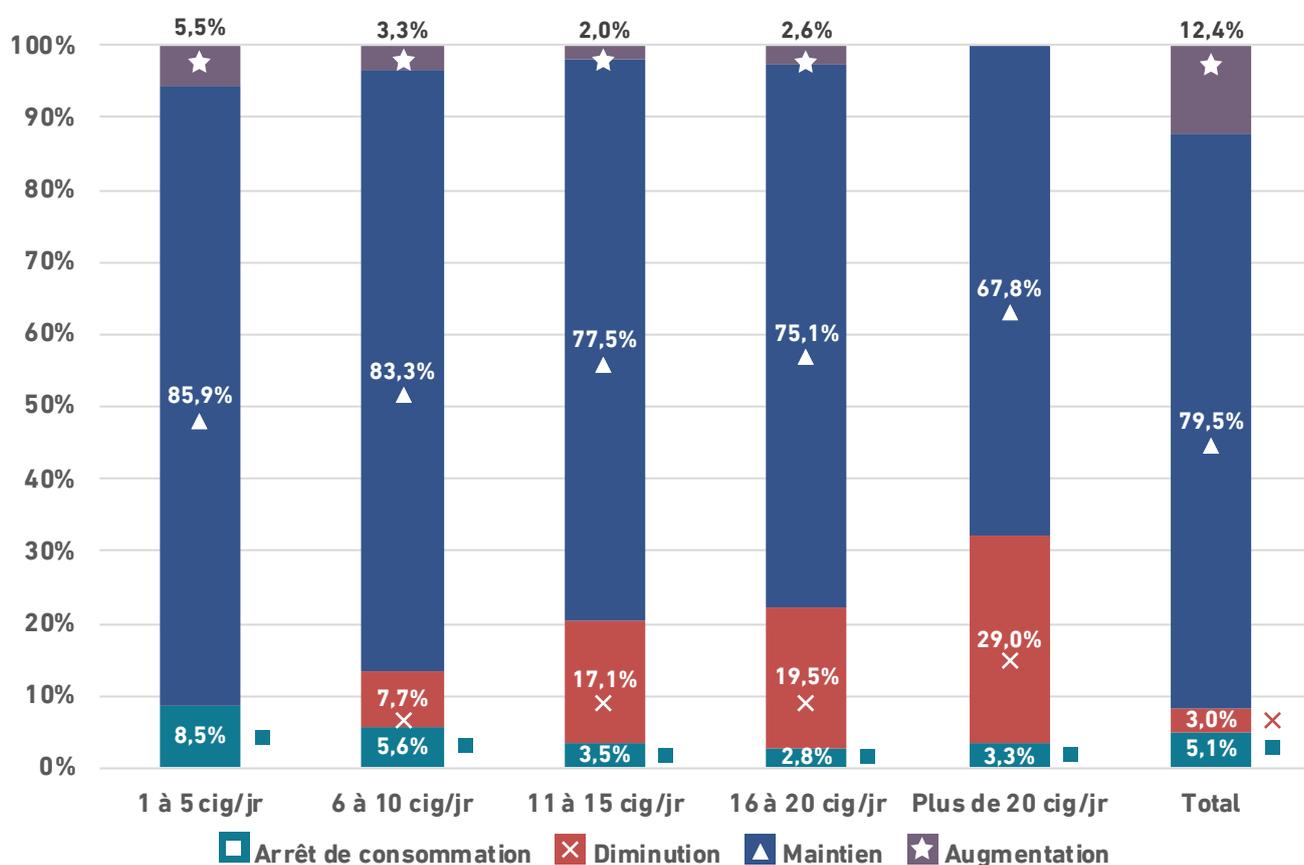
Depuis 2012, on peut observer une diminution relative de la proportion de fumeuses parmi les femmes suivies par l'ONE pour leur grossesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. En province de Liège, la diminution a été observée après 2015 et, on aperçoit un regain en 2020, puis une diminution en 2021. La limitation des déplacements et les confinements du fait de la crise de COVID-19 pourraient en partie expliquer ces augmentations, qui ne sont cependant pas observées pour la population de toutes les femmes enceintes suivies en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ces dix dernières années, on peut globalement observer une tendance à la diminution de la proportion des habitudes tabagiques chez les femmes suivies pour leur grossesse en consultation prénatale ONE implantées en province de Liège, comme pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. La diminution est comparable et est de 23,7% en province de Liège et 22,7% en FWB.

Les femmes enceintes suivies à la plateforme prénatale de Verviers présentent une proportion de 28,8% de fumeuses, montrant ainsi que la plateforme touche une population de femmes enceintes plus exposées au tabac que la moyenne.

4.1.2. La diminution du nombre de cigarettes au quotidien ou l'arrêt de la consommation de tabac durant la grossesse

EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ENTRE LE 1^{ER} ET LE 3^{EME} TRIMESTRE DE GROSSESSE EN PROVINCE DE LIÈGE



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

La grossesse peut être un mobile à l'arrêt de consommation de cigarette. Cependant, ce n'est pas le cas de la grande majorité des femmes enceintes qui fument.

Entre le 1^{er} et le 3^{ème} trimestre de grossesse, on peut observer un arrêt ou une légère diminution de la consommation de cigarettes chez les femmes enceintes fréquentant une consultation prénatale ; 5,1% des femmes enceintes de la province de Liège arrêtent leur consommation de cigarettes et 3% d'entre elles diminuent leur consommation de cigarettes fumées au quotidien. Cependant, pour la grande majorité des femmes enceintes de la province

de Liège, environ 80%, maintiennent le même nombre de cigarettes fumées au quotidien et 12,4% parmi elles vont même augmenter leur consommation quotidienne de cigarettes.

La Fondation contre le cancer considère que les fumeurs occasionnels se distinguent des fumeurs quotidiens par le fait de la consommation d'autres produits du tabac ou de l'utilisation de la cigarette électronique, que nous ne prenons pas en compte dans ces données BDMS. Ces nuances pourraient notamment expliquer la diminution observée de consommation de tabac sous forme de cigarettes.

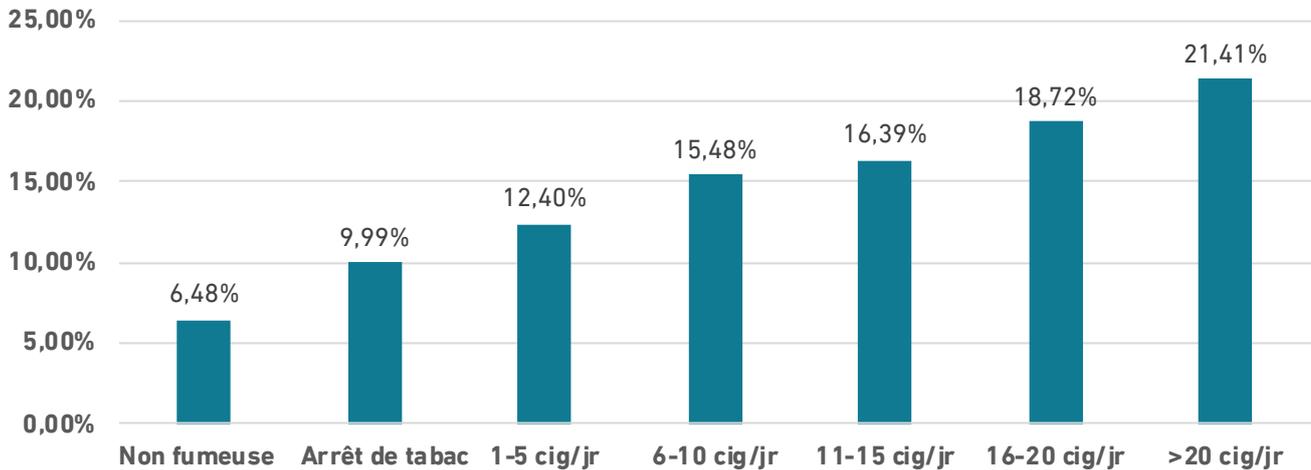
La cigarette électronique sert principalement à réduire sa consommation de produits du tabac ou à arrêter de fumer. Mais elle suscite aussi une certaine curiosité.

Un quart des Belges ont déjà utilisé la cigarette électronique et 10% vapotent de temps en temps, soient 8% de femmes et 12% d'hommes. Dans cette population, 33% des vapoteurs n'ont jamais fumé, 31% constituent des ex-fumeurs et 36% des fumeurs.

4.1.3. Les effets du tabac sur l'issue de la grossesse

Outre un poids plus faible à la naissance, les nouveau-nés exposés au tabagisme passif courent de nombreux risques : mort subite, otite, mauvais développement des poumons, bronchite et infection pulmonaire, asthme, toux et respiration sifflante.³

POURCENTAGE DE PETITS POIDS DE NAISSANCE SELON LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CIGARETTES DE LA MÈRE EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



BDMS-ONE, « Volet épidémiologique prénatal », 2014-2018

Le pourcentage de petits poids de naissance évolue avec le nombre de cigarettes fumées pendant la grossesse. Ainsi, les fumeuses ont 3 fois plus de risque d'avoir un enfant né avec un poids inférieur à 2500 grammes.

Chez les non fumeuses, le pourcentage de nouveau-nés de moins de 2500 grammes est de 6,5%, et celui de fumeuses d'1 à 5 cigarettes au quotidien est de 12,4%. Le risque est donc presque doublé dès la première cigarette.

Les femmes qui ont arrêté entre le 1^{er} et le 3^{ème} trimestre de grossesse ont un bénéfice significatif pour ce qui est du risque de petit poids à la naissance de leur enfant. La diminution de risque est de 20% par rapport aux fumeuses de 1 à 5 cigarettes au quotidien.

Cette évolution en escalier décrit l'importance de la diminution de consommation de cigarettes durant la grossesse. Chaque professionnel de la grossesse (sage-femme, médecin traitant, obstétricien) peut jouer un rôle dans l'accompagnement du sevrage tabagique par un message cohérent et univoque.



³ Ididem référence 2 (IPSOS pour la Fondation contre le Cancer).



Docteur Véronique MASSON

Gynécologue – Obstétricienne – Tabacologue – Conseillère gynécologue ONE pour la province de Liège

Le tabac est-il une drogue ?

Oui et qui dit drogue dit dépendance. Elles sont de 3 types : physique, psychologique et comportementale/habitudes. Il n'est donc pas si facile d'arrêter. Deux étapes sont importantes pour cesser de fumer : comprendre son tabagisme et son propre degré de dépendance, et renforcer sa motivation à l'abandonner.

- *Évaluer la consommation : 2 questions simples permettent d'évaluer le degré de dépendance : combien de cigarettes ? dans quel laps de temps après le lever ? (Test de Fagerstrom simplifié)*

Test de Fagerström simplifié en 2 questions

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? 

≤ 10 **0** 11 à 20 **1** 21 à 30 **2** ≥ 31 **3**

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? 

Moins de 5 minutes **3** 6 à 30 minutes **2** 31 à 60 minutes **1** Après plus d'1 heure **0**

Interprétation selon les auteurs :

0-1: pas de dépendance - 2-3: dépendance modérée - 4-5-6: dépendance forte



- *Après avoir informé la patiente des effets nocifs du tabac pour sa santé, celle de son enfant ainsi que celle de l'entourage, une question très pragmatique doit être posée : « maintenant que vous êtes enceinte, que souhaitez-vous faire de votre tabagisme ? » et informer la patiente que la question lui sera posée à la mi-grossesse et à la maternité.*
- *Rien : informer sur les risques du tabagisme passif pour l'enfant à naître et encourager à ne fumer qu'à l'extérieur (pas sous la hotte, ni à la fenêtre, ni en voiture).*
- *Sevrage avec aide : accompagner la patiente dans sa démarche de sevrage ou renseigner un tabacologue. Financée par les autorités, une nouvelle application « Tabacstop » pour smartphone offre aux patientes une façon très simple de gérer seul son sevrage et d'obtenir aussi, où et quand on le souhaite, du soutien et des infos sérieuses.⁴*
- *Sevrage sans aide : préparer le sevrage avec la patiente (information sur les symptômes de sevrage pendant 5 à 10 jours ; liste des choses à mettre en place pour faire face aux envies⁴, ...). Le sevrage peut être réalisé à n'importe quel moment de la grossesse sans effet délétère pour la grossesse et le fœtus. L'idée reçue qu'un sevrage brutal doit être évité est FAUSSE. L'argument de l'excès de stress en cas de sevrage est faux. C'est la cigarette qui induit le stress par le manque qu'elle crée plusieurs fois par heure. Un arrêt brutal est sans conséquence pour le fœtus.*
- *A chaque consultation prénatale (CPN), s'intéresser au parcours de la patiente face à la cigarette.*

Quel est le rôle du PEP's dans ce processus ?

Pas de moralisme, vive le pragmatisme ! Le/la PEP's a un rôle important à jouer dans l'accompagnement des familles :

- *Informez objectivement sur les effets néfastes de la cigarette ;*
- *« Pour votre santé, celle de votre futur bébé et celle de votre entourage, il vous est fortement conseillé d'arrêter de fumer » ;*
- *« Maintenant que vous êtes enceinte, que comptez-vous faire de votre tabagisme ? » et posez la même question au conjoint fumeur ;*
- *« Je peux vous orienter vers un tabacologue pour parler de votre tabagisme si vous le souhaitez. Ces consultations sont gratuites pendant la grossesse » ;*
- *« S'il vous est impossible d'arrêter de fumer malgré tout, il est extrêmement important de ne pas fumer à l'intérieur, ni sous la hotte, ni à la fenêtre, ni dans la voiture ». Comment comptez-vous faire cela ?*

⁴ L'App Tabacstop est une application officielle belge, non sponsorisée. Elle est gratuite et aide pour arrêter de fumer. Rendez-vous sur www.tabacstop.be/app-tabacstop avec un smartphone ou une tablette, ou tapez simplement « Tabacstop » dans Google Play Store ou dans l'Apple Store.

Il ne faudrait pas oublier qu'à côté des drogues licites s'est développé l'usage de produits (ex : alcool, cannabis à usage récréatif, cocaïne, ...) dont les effets sont moins connus mais probablement non moins problématiques.

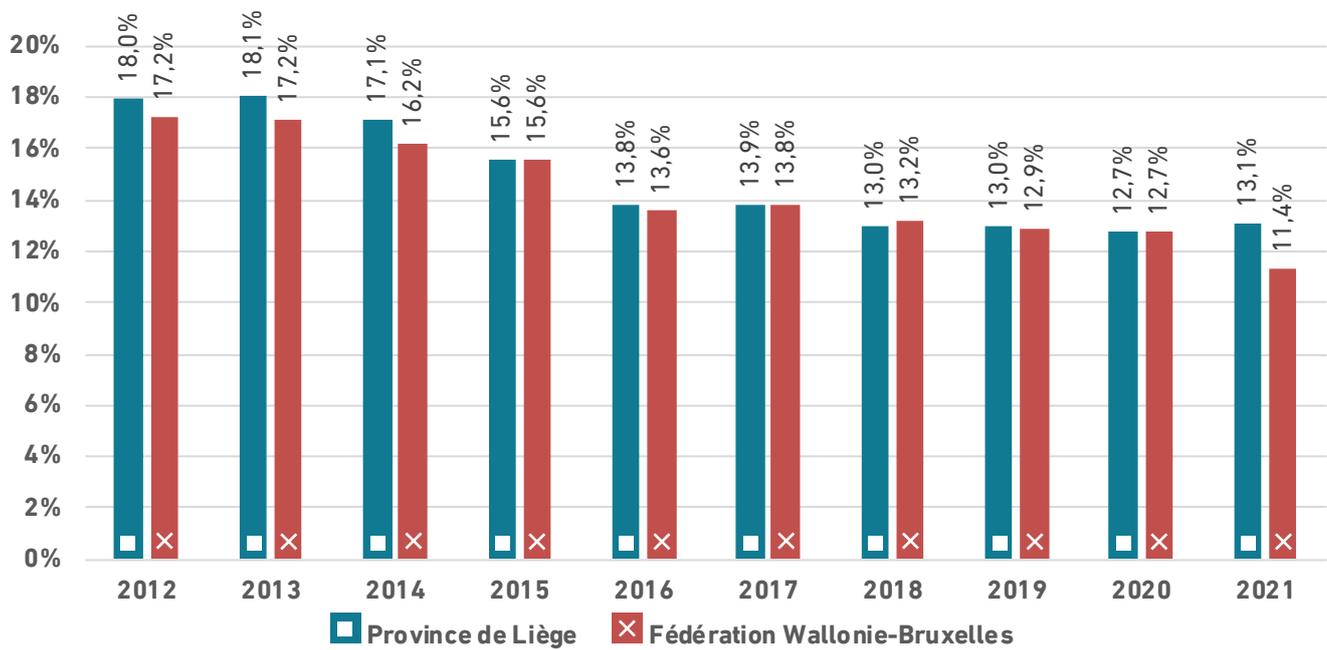
Un dépliant a été mis récemment à disposition des professionnels de la santé pour aborder ce sujet (référence : « Grossesse et consommation » Brochure à destination des professionnels).

4.2. LE TABAGISME DE LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT

Les habitudes tabagiques sont relevées sur base déclarative des mères. Elles concernent uniquement la consommation quotidienne de tabac sous forme de ciga-

rettes, et pas les autres substances ou produits à base de tabac.

EVOLUTION DES PROPORTIONS DE MÈRES FUMEUSES À L'ACCOUCHEMENT EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



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

Autour de la naissance de l'enfant, et pour l'ensemble des mères ayant accouché d'un enfant vivant, en province de Liège et en FWB, plus d'une sur dix déclare fumer.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, pour l'ensemble des mères au moment de l'accouchement, on décrit en 2021, 11,4% de fumeuses. Cette proportion représenterait 5400 mères, si l'on ne prend pas en compte les données manquantes (10,8%) en 2021. Depuis 10 ans, la proportion de mères fumeuses est en baisse de façon quasiment continue. La diminution du tabagisme autour de l'accouchement est ainsi de plus de 30% sur la décennie en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En province de Liège, la proportion de femmes qui fument autour de leur période d'accouchement est dans la moyenne de la Fédération Wallonie-Bruxelles, avec également une diminution du taux au fur et à mesure des années. La diminution a été relativement identique ces 10 dernières années, sauf pour 2021 où on observe un

arrêt de la baisse des taux de tabagisme, contrairement à la Fédération Wallonie-Bruxelles. La diminution de la proportion de fumeuses est passée de 18% à 13,1%. Ce léger rebond en 2021, probablement en lien avec la crise sanitaire et ses conséquences, mais aussi les situations locales et individuelles, interpelle pour continuer la sensibilisation des publics visés.

Les mères de moins de 25 ans sont plus nombreuses à fumer que les mères des catégories d'âge plus élevées. Les habitudes tabagiques augmentent également avec la parité de la mère.

Les mères célibataires fument plus souvent que les autres et la situation d'isolement amplifie les habitudes tabagiques en opposition avec les mères vivant en couple. Des différences régionales sont très marquées et, au sein de la Région wallonne, entre les provinces. Il en va de même des différences entre nationalités d'origine des mères.

Freins au sevrage :

- Manque de support / formation des professionnels de la santé ;
- Environnement de fumeurs ;
- Informations contradictoires sur les effets du tabagisme ou du sevrage ;
- Dépendance physique élevée ou une forte dépendance psychologique ;
- Situations stressantes en cours de grossesse (physique ou mentale).

Aides au sevrage :

- Conseils / Soutien de la part des professionnels de santé ;
- Traitement substitutif nicotinique ;
- Incitants : ils ont un effet positif sur le sevrage tabagique.



4.3. LE TABAGISME PASSIF DES ENFANTS DE 9 ET 18 MOIS



Docteur Jacques LOMBET

Conseiller pédiatre ONE pour la province de Liège

Quelles sont les conséquences sur la santé de l'exposition au tabac pour de jeunes enfants ?

Les méfaits du tabagisme passif et du tabagisme expositionnel sont établis. Ils sont bien souvent connus des fumeurs (et donc des parents) eux-mêmes :

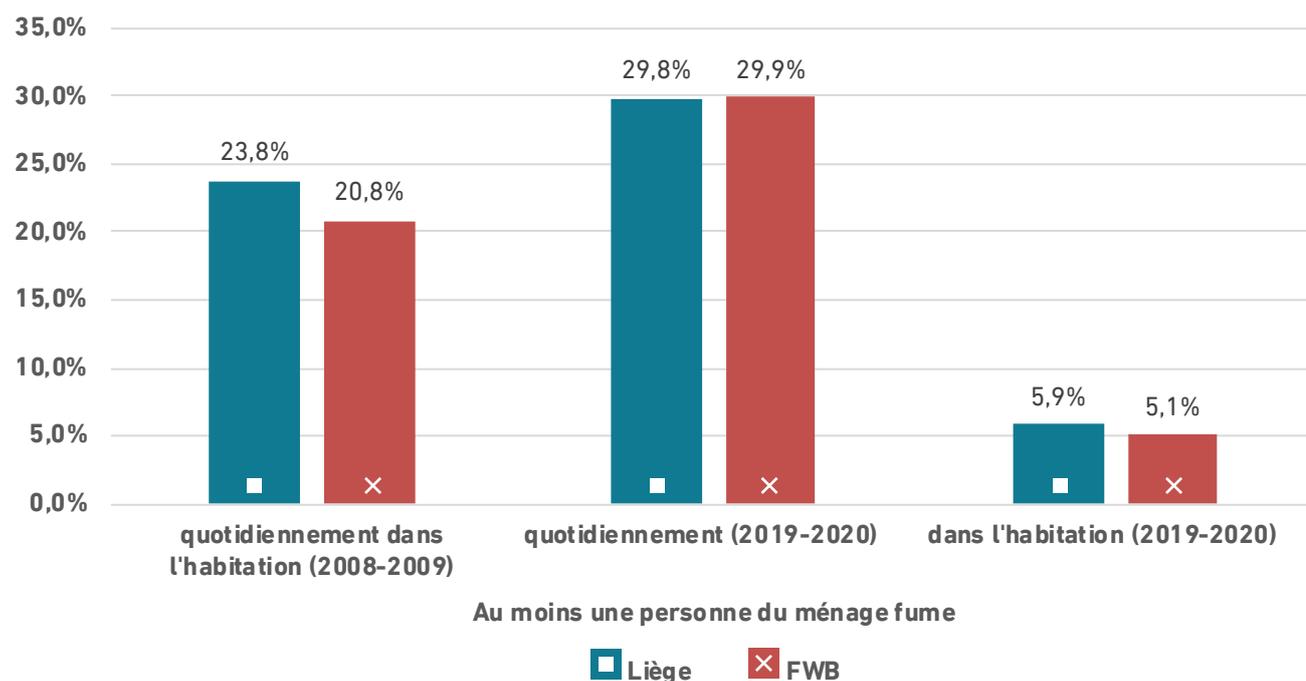
- *Problèmes respiratoires (altération du développement et de la fonction pulmonaire, majoration du risque d'hyperréactivité bronchique, asthme et bronchopathie chronique obstructive),*
- *Troubles du développement du système nerveux central (perturbation des centres de régulation veille-sommeil, augmentation du risque de mort subite du nourrisson, retard de développement psychomoteur, troubles neurocognitifs avec difficultés de concentration, difficultés relationnelles),*
- *Susceptibilité aux infections respiratoires et ORL (oreilles-nez-gorge).*

Les jeunes sont très sensibles au potentiel addictif de la cigarette : la dépendance au tabac s'installe chez eux très rapidement et sera d'autant plus forte qu'elle sera précoce.



4.3.1. Evolution du tabagisme passif au quotidien et au sein de l'habitation

TABAGISME PASSIF ENTRE 2008 ET 2020 EN PROVINCE DE LIÈGE ET EN FWB



BDMS-ONE, « Bilans de santé à 9 mois », 2008-2020

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

Avant 2010, l'indicateur « tabagisme passif » était formulé en une seule question, à savoir si « Au moins une personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation ». A partir de 2010, la question a été scindée en deux par « Au moins une personne du ménage fume quotidiennement » et « Au moins une personne du ménage fume dans l'habitation ». La formulation des questions se veut plus proche de la réalité des familles au vu de l'évolution, ces dernières années, des habitudes tabagiques.

L'exposition au tabagisme passif des enfants résidant dans la province de Liège sont semblables aux enfants résidant dans l'ensemble de la FWB.

En 2008-2009, dans la province de Liège, 23,8% des parents déclaraient fumer quotidiennement dans l'habitation pour 20,8% en moyenne en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Sur base des Bilans de santé à 9 mois, on observe en 2019-2020, que 29,8% des enfants liégeois ont au moins un parent qui fume quotidiennement contre 29,9% en FWB (voir graphique ci-dessus). Cette tendance diminue au cours des dernières années, passant, en province de Liège, de 35,1% en 2011 à 29% en 2020 et en FWB, de 34,4% en 2011 à 30,5% en 2020 (voir graphique ci-dessus). On remarque, également, que de moins en moins de parents fument au sein de l'habitation pour atteindre 5,3% en 2020 contre 13,2% en 2011 pour la province de Liège (5,1% en 2020 et 11,3% en 2011 pour la FWB).

Les résultats sont similaires pour les bilans de santé à 18 mois (voir graphique ci-dessous).

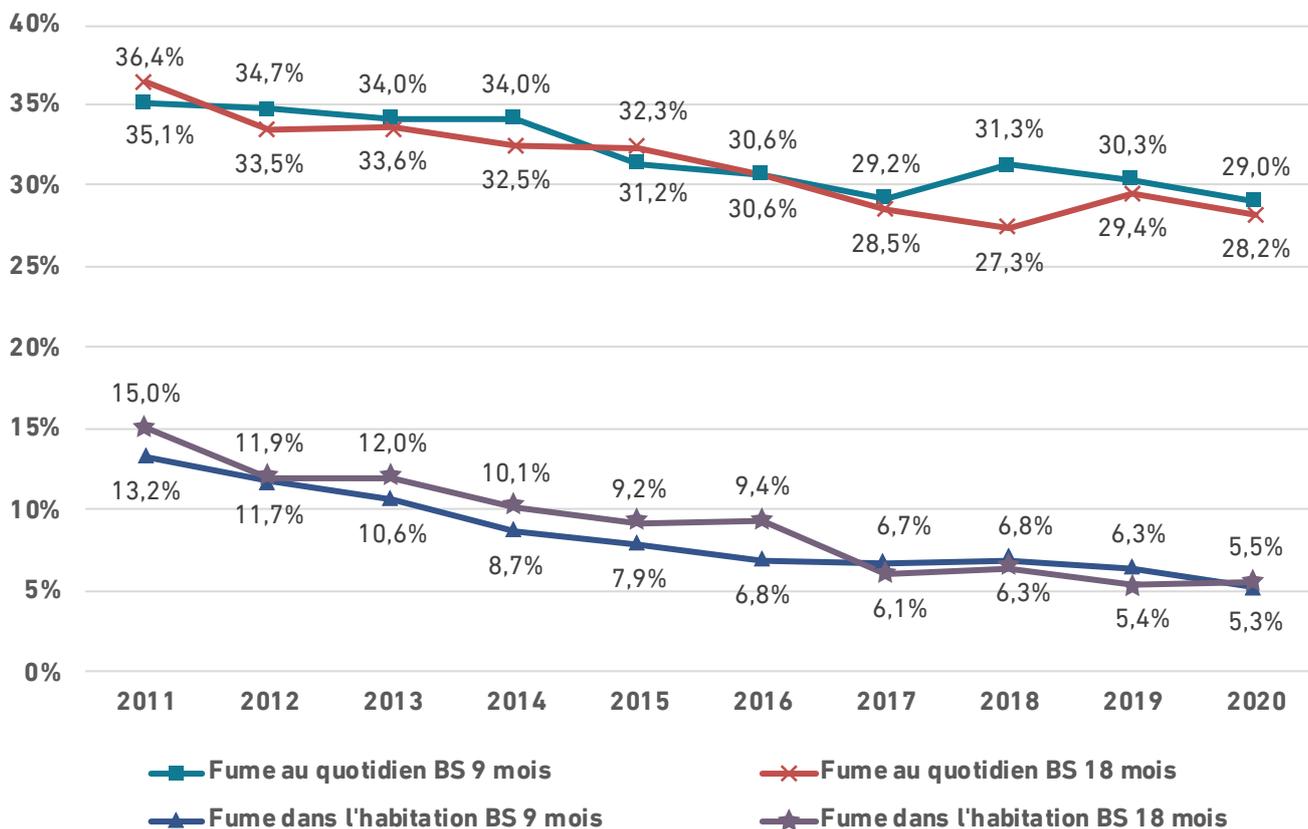
D'après l'enquête de santé par interview, la consommation tabagique de la population belge âgée de plus de 15 ans est passée de 30,3% en 1997 à 19,4% en 2018 soit une diminution de 11% en 20 ans. Cette baisse est liée à la diminution du nombre relatif de fumeurs quotidiens, passant de 25,5% à 15,4% sur la même période, le nombre de fumeurs occasionnels étant resté stable (4%). La diminution du nombre de fumeurs se produit dans les trois régions du pays. Les pourcentages sont similaires en région bruxelloise (22,9%) et wallonne (22,1%), mais moindres en région flamande (17,5%). La proportion de grands fumeurs au quotidien (>20 cigarettes/jour) est de 4,7% soit 1/3 des fumeurs quotidiens. L'enquête de 2018 a permis d'observer que le nombre de fumeurs et de fumeurs quotidiens continue de baisser au fur et à mesure des années, même parmi les jeunes. C'est un quart de fumeurs en moins qu'en 2008 (24,5%) et une baisse relative de 18% par rapport à la dernière enquête (en 2013, 19% de fumeurs quotidiens et 4% des fumeurs occasionnels).⁵

5 L. Gisle, S. Drieskens, R. Charafeddine, S. Demarest, E. Braekman, D. Nguyen, J. Van der Heyden, F. Berete, L. Hermans, J. Tafforeau. Enquête de santé 2018 : Style de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2019/14.440/61. Disponible en ligne : www.enquetesante.be - https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2018.pdf - https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2018.pdf

Une enquête réalisée en 2017 par la Fondation contre le cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique, met, également, en évidence une diminution de la consommation tabagique entre 2013 et 2017 passant de 27% de fumeurs (dont 20% quotidiens) à 20% de fumeurs (dont 17% quotidiens). Ces chiffres sont stables depuis 2015. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est également moins important parmi les personnes avec enfants.⁶

Ces changements de comportement observés tant dans les rapports de la BDMS que lors de l'enquête de santé sont liés notamment à la politique de lutte contre le tabagisme, telle que l'interdiction de fumer dans les lieux publics mais également à la prise de conscience de la population des effets néfastes du tabagisme passif sur la santé, en particulier sur celle de l'enfant.

EVOLUTION DU TABAGISME PASSIF AU QUOTIDIEN ET AU SEIN DE L'HABITATION ENTRE 2011 ET 2020 EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Ce graphique reprend la consommation de tabac au quotidien et dans l'habitation d'au moins un des parents entre 2011 et 2020.

En province de Liège, au fur et à mesure des années, on observe une diminution du nombre de parents fumant au quotidien mais également de parents fumant dans l'habitation, lorsque l'enfant à l'âge de 9 ou 18 mois. Les tendances sont semblables en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce constat est très positif. Les parents sont de plus en plus conscients de la nocivité du tabagisme au quotidien et en intérieur sur la santé des enfants.

Cependant, certaines communes de la province de Liège atteignent plus de 50% de parents « fumeurs quotidiens » : Engis avec 55,2% de parents fumant quotidiennement se place en tête. Les enfants résidant dans les communes de Flémalle (49,2%), Saint-Georges-Sur-Meuse (48,3%), Spa (47,6%), Waremme (46,9%) et Pepinster (45,5%) sont également plus exposés au tabagisme passif.

On observe également la même tendance avec les parents fumant dans l'habitation. Avec 22,8% de parents fumant dans l'habitation, Engis se place en tête suivi par Waremme (18,1%), Stavelot (17,9%), Saint-Georges-Sur-Meuse (17,8%), Pepinster (16,4%), Dison (15,8%) et Saint-Nicolas (15,2%).



⁶ Fondation contre le Cancer, Comportement des fumeurs en Belgique. https://www.cancer.be/sites/default/files/fondation_contre_le_cancer_-_enquete_tabac_2017_0.pdf



Docteur Thierry CARVELLI

Pneumologue-allergologue pédiatre

L'exposition au tabac reste une réalité malgré des années de campagne de prévention. Comment pouvons-nous continuer la sensibilisation ?

Le tabagisme est actuellement la cause principale de mortalité évitable dans nos populations. De récentes études l'ont encore confirmé (Lancet, 08/2022)⁷.

La prévention du tabagisme passif de l'enfant passe par la lutte contre les idées reçues des familles. Voici quelques idées fausses qui circulent abondamment dans notre population :

« Je ne fume jamais en présence des enfants » ;

« Je fume dans une pièce où les enfants ne viennent pas » ;

« Je fume à la fenêtre » ; « Je fume en dessous de la hotte », ...

Les substances nocives provenant de la fumée de cigarette se déposent sur les surfaces, imprègnent vêtements et tissus ou restent en suspension dans les poussières bien après la fin de la cigarette. De ce fait, elles persistent dans une pièce longtemps après que la cigarette ait été consommée. Un nettoyage ou une aération habituelle n'élimine pas les résidus du tabac. L'enfant est ainsi exposé aux substances toxiques lorsqu'il revient dans la pièce, et lorsqu'il entre en contact avec les vêtements d'un fumeur.

Si les patients n'ont pas encore pu prendre la décision d'arrêter de fumer, la meilleure solution est qu'ils fument exclusivement à l'extérieur de la maison, et pas dans la cave, ni à la fenêtre ou dans le garage car la fumée ne s'arrête pas au pas d'une porte. Dans une maison, les fumées passent facilement d'une pièce à l'autre.

« Je fume exclusivement à l'extérieur »

Si fumer à l'extérieur est beaucoup moins contaminant que de fumer à l'intérieur et si c'est la moins mauvaise des solutions pour les parents dont l'addiction est trop forte, il n'empêche que les substances toxiques de la fumée se déposent sur la peau, les cheveux, les vêtements. Elles reviennent ainsi dans la maison et au contact de l'enfant.

« Dans la voiture, je fume fenêtre ouverte ou en l'absence des enfants »

Comme dans le logement, les substances nocives se retrouveront dans l'air que l'on respire et se déposeront sur les surfaces (sièges, tapis, plafond, etc.). L'habitacle d'un véhicule est plus petit qu'une pièce et donc la concentration des résidus de fumée y est plus importante. La lumière du soleil, les températures extrêmes et la faible circulation d'air vont favoriser la persistance des substances toxiques sur les surfaces de l'habitacle. Il se pourrait que certains produits persistent plus de trois semaines. Les méthodes de nettoyage classique (aspirer, dépoussiérer, etc.) et l'aération seront inefficaces pour réduire significativement le taux de substances nocives.

Quels conseils donneriez-vous ?

Nous savons tous que le tabagisme actif et passif sont très toxiques.

Donc si nous n'avons pas encore pris la décision d'arrêter de fumer, protégeons notre famille, fumons à l'extérieur et préservons l'air de la maison de nos enfants et de la voiture, profitons de notre grossesse pour tout naturellement nous débarrasser de la cigarette.

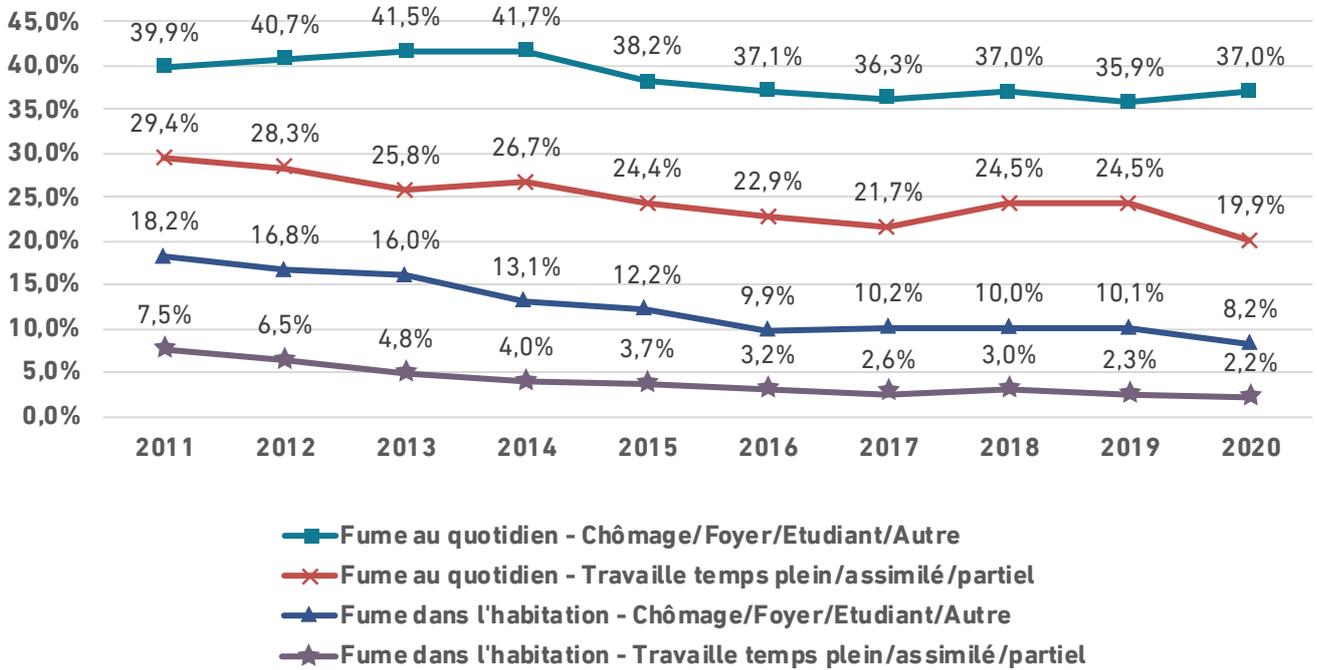
Enfin si vous vous sentez prêt à vous libérer de la cigarette, sachez que votre médecin traitant ou un tabacologue peuvent énormément vous soutenir et vous aider dans votre démarche de santé et de qualité de vie.

⁷ Tran, Khanh Bao et al., « The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 », *The Lancet*, Volume 400, Issue 10352, pages 563 – 591, 20 août 2022.

4.3.2. Evolution du tabagisme passif en fonction d'indicateurs socio-économiques

La consommation et les habitudes tabagiques peuvent être influencées par différents facteurs, tels que l'activité et le niveau d'enseignement de la mère.

EVOLUTION DU TABAGISME PASSIF AU QUOTIDIEN ET AU SEIN DE L'HABITATION EN FONCTION DE L'ACTIVITÉ DE LA MÈRE ENTRE 2011 ET 2020 EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Le graphique, ci-dessus, indique un lien direct entre la consommation de tabac au quotidien, au sein de l'habitation des parents et le niveau d'activité, d'emploi de la mère. En effet, les enfants dont la mère ne travaille pas ont plus de risque d'être exposés au tabagisme passif que ceux dont la mère travaille à temps plein, assimilé ou partiel ($p > 0,01$).

En 2020, en province de Liège, 37% des enfants dont la mère est au chômage, foyer, étudiante ou autre sont exposés quotidiennement au tabagisme passif à l'âge de 9 mois, contre 19,9% de ceux dont la mère travaille à temps plein, assimilé ou partiel. Les tendances sont semblables au niveau du tabagisme au sein de l'habitation ; 8,2% des enfants de l'âge de 9 mois dont la mère ne travaille pas sont exposés au tabagisme passif au sein de l'habitation, contre 2,2% de ceux dont la mère travaille.

Un lien pourrait ainsi être établi entre le niveau élevé de tabagisme et le taux chômage. Selon les données officielles⁸, en 2019, le taux de chômage atteignait 13,8% dans la province de Liège. Certaines communes comme Saint-Nicolas, Huy, Dison, Seraing, Verviers, Liège, ... dont la prévalence du tabagisme était élevée se distinguaient également avec un taux de chômage élevé avoisinant les 17 à 22%. Les revenus moyens et médians sur base des déclarations fiscales étaient également parmi les plus faibles.

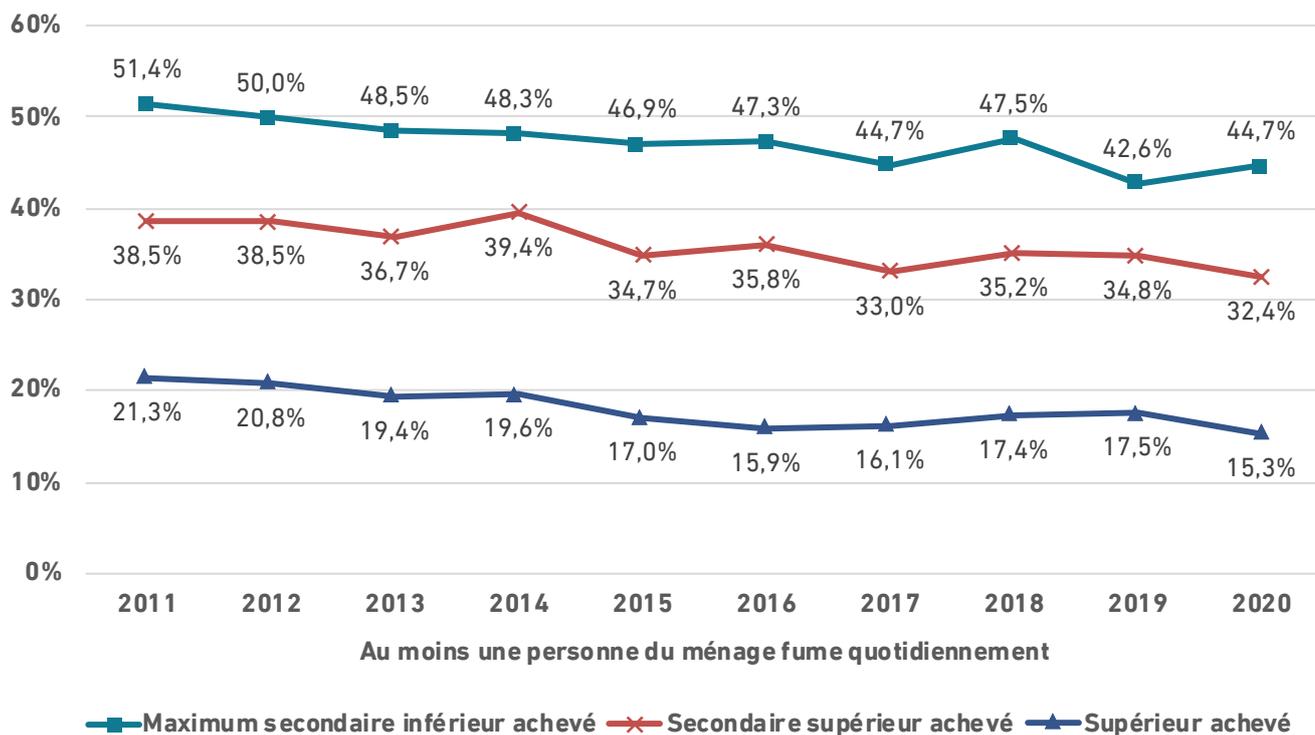
L'enquête de la Fondation contre le cancer sur le comportement des fumeurs en Belgique parue en 2017 montre également une proportion plus importante de fumeurs quotidiens parmi les personnes sans emploi. Parmi les personnes « sans emploi » interrogées, 35% fumaient quotidiennement contre 11% parmi les « employés » interrogés.⁹



⁸ Province de Liège, données statistiques, https://walstat.iweps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=60000

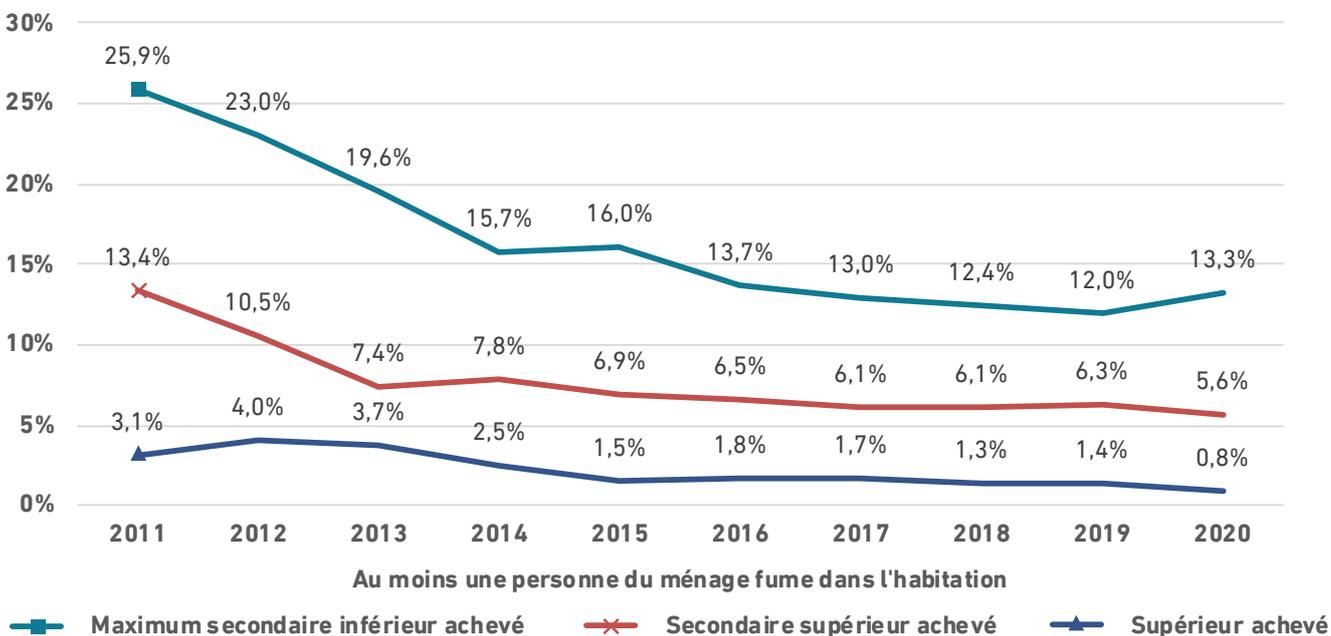
⁹ Ididem référence 3 (Fondation contre le Cancer).

EVOLUTION DU TABAGISME PASSIF AU QUOTIDIEN EN FONCTION DU NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE ENTRE 2011 ET 2020 EN PROVINCE DE LIÈGE



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

EVOLUTION DU TABAGISME PASSIF AU SEIN DE L'HABITATION EN FONCTION DU NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE ENTRE 2011 ET 2020 EN PROVINCE DE LIÈGE



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

Le niveau d'enseignement influence également la consommation de tabac. Les deux graphiques, ci-dessus, indiquent un lien direct entre la consommation de tabac au quotidien, au sein de l'habitation des parents et le niveau d'éducation de la mère. En effet, les enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont plus de risque d'être exposé au tabagisme passif que ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur ($p < 0,01$).

En 2020, en province de Liège, 44,7% des enfants dont la mère a obtenu tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur sont exposés quotidiennement au tabagisme passif à l'âge de 9 mois, contre 15,3% de ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur. Les tendances sont semblables au niveau du tabagisme au sein de l'habitation ; 13,3% des enfants de l'âge de 9 mois dont la mère a obtenu maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur sont exposés au tabagisme

passif au sein de l'habitation, contre 0,8% de ceux dont la mère a achevé le niveau d'enseignement supérieur.

L'enquête de santé de 2018 indique qu'on rencontre également moins de fumeurs (15,3%) et de fumeurs quotidiens (10,1%) parmi les individus ayant un diplôme de l'enseignement supérieur par rapport aux trois niveaux d'enseignement inférieurs qui varient entre 16,8% et 24,4% de fumeurs et entre 14,2% et 22,5% de fumeurs quotidiens.¹⁰

Les populations plus vulnérables sont moins sensibles aux actions de prévention notamment dans la lutte contre le tabagisme. La hausse des prix du tabac n'a que peu d'impact sur la consommation et va diriger les fumeurs vers le tabac à rouler ou vers des marques discount. Pour ces personnes défavorisées, le tabac peut être leur seul plaisir et moyen de socialisation et la seule échappatoire face au stress.

4.4. LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES EN MILIEU SCOLAIRE

Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable à tout âge. Durant l'adolescence, peuvent survenir les premières expériences de consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, ...). La consommation de ces substances peut avoir des effets particulièrement délétères sur le développement du cerveau en perturbant le processus de maturation de celui-ci qui n'est pas encore achevé à cet âge-là. L'altération de certaines parties du cerveau exposerait ainsi l'adolescent à des effets indésirables à long terme (anxiété, impulsivité, ...) et une plus grande sensibilité à l'addiction pour ces substances. Notamment la nicotine, ayant un pouvoir addictif important, le délai entre l'initiation et la dépendance au tabac pouvant être court, y compris dès l'adolescence.¹¹

L'enquête « Comportements, bien-être et santé des élèves » est menée tous les quatre ans, depuis 1986, auprès des élèves scolarisés de la 5^{ème} primaire à la fin du secondaire dans les écoles francophones de Belgique. Elle est le versant francophone belge de l'étude internationale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) à laquelle participent près de 50 pays ou régions, sous le patronage du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe.

L'étude est réalisée en Fédération Wallonie-Bruxelles par le Sipes¹² (le Service d'Information, Promotion, Éducation Santé de l'Université Libre de Bruxelles) grâce au soutien financier de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, de la Commission communautaire française et de la Région wallonne.

Elle répond aux recommandations de l'OMS pour évaluer les consommations de produits psychoactifs. Elle permet ainsi de fournir des données utiles aux acteurs de promotion de la santé œuvrant auprès d'un public d'adolescents, et de contribuer à la mise en place des politiques et interventions de promotion de la santé.

Sur base des données récoltées en 2018, 80,3% des élèves scolarisés en FWB ont déclaré n'avoir jamais consommé de tabac au cours de leur vie, 5,9% des élèves ont mentionné avoir fumé du tabac un à deux jours au cours de leur vie et 5,3% entre trois et 29 jours. Avoir consommé du tabac 30 jours ou plus au cours de sa vie était rapporté par 8,4% des élèves.

On peut observer dans le tableau ci-dessous que la consommation de tabac augmente avec le degré d'enseignement.

Fréquence de consommation de tabac au cours de la vie selon le cycle d'étude	5 ^e -6 ^e Primaire n = 3914	1 ^{er} Secondaire n = 3271	2 ^e -3 ^e Secondaire n = 6801	TOTAL
Jamais	97,7%	90,6%	67,8%	80,3%
1-2 jours	1,5%	4,4%	8,6%	5,9%
3-29 jours	0,6%	2,4%	8,8%	5,3%
30 jours ou plus	0,2%	2,5%	14,8%	8,4%

Pour ce qui est de l'expérimentation du tabac, un élève sur cinq (19,7%) avait déjà consommé du tabac au moins un jour dans sa vie. Cette proportion augmente avec l'avancée dans la scolarité chez les garçons et chez les filles.

En 2018, l'âge médian d'expérimentation du tabac était de 14 ans. Cela signifie que 50% des élèves avaient 14 ans ou moins lorsqu'ils ont consommé du tabac pour la première fois.

¹⁰ Ididem référence 2 (Enquête de santé 2018, Sciensano).

¹¹ Nutt D., King L., Saulsbury W., Blakemore C., « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », *Lancet*, 2007 ; 369:1047-53

¹² Dujeu M., Pedroni C., Lebacqz T., Desnoux V., Moreau N., Holmberg E., Castetbon K., « Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites », *Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone, Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, 2020, 48 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be>*



Au quotidien, dans l'enseignement secondaire, 6,9% des élèves fument. Cette proportion augmente entre la 1^{ère} et la 5^{ème} secondaire chez les garçons et chez les filles. Dans le 2^{ème}- 3^{ème} degré du secondaire, la proportion de fumeurs quotidiens était moins élevée dans l'enseignement général et technique de transition (4,1%) que dans l'enseignement technique de qualification (14,5%) ou professionnel (18,8%), sans différence statistique entre ces deux filières.

Une étude européenne dans le milieu scolaire

Le Professeur Vincent Lorant de l'Institut de recherche santé et société de l'UCL, auteur d'une étude européenne (Silne-R)¹³ sur la consommation de tabac des jeunes dans le milieu scolaire, déclare : « le tabagisme n'est pas une décision individuelle : c'est un comportement social, il y a une responsabilité collective, d'autant plus dans le milieu scolaire ».

L'Etude Silne-R¹⁴ menée entre 2013 et 2016 au sein des écoles de sept villes européennes, dont Namur¹⁵ pour la Belgique, montrait que sur les sept villes analysées, pour l'année 2016, un peu moins d'un tiers des adolescents (moyenne d'âge de 15 ans) avaient déjà essayé de fumer, et 7% étaient des fumeurs quotidiens. En Belgique, un adolescent sur deux a déjà essayé de fumer et 12% fument au quotidien.

13 *Smoking Inequalities – Learning from Natural Experiments Realistic review, étude sur le tabagisme scolaire ayant pour objectif d'évaluer l'impact des politiques menées contre le tabac sur les adolescents. Projet financé par la Commission européenne qui a recruté 24.000 adolescents dans 67 écoles de sept pays européens (Allemagne, Belgique, Irlande, Italie, Finlande, Pays-Bas, Portugal) et mené 56 groupes de discussion avec 319 adolescents.*

14 *Le Journal du Médecin, « Étude Silne-R : la norme n'empêche pas les adolescents de fumer », actualité, 13-09-2018, https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/etude-silne-r-la-norme-n-empêche-pas-les-adolescents-de-fumer/article-longread-35685.html?cookie_check=1664957152*

15 *La ville a été choisie parce qu'elle est dans la moyenne de revenus en Belgique et parce qu'il y a un grand nombre d'établissements scolaire du secondaire. Sept écoles ont participé en 2013 et en 2016. <https://infogram.com/2be979d9-fca4-47ba-a049-999d27fa5571>*

L'enquête étant menée dans la durée, les chercheurs ont néanmoins constaté une diminution du nombre de fumeurs hebdomadaires (de 19% à 14% dans la moyenne des sept villes européennes et de 23 à 18% à Namur).

L'étude met clairement l'accent sur l'inefficacité des réglementations en place, mais aussi, appelle à la réduction de l'accès au tabac et au développement des programmes éducatifs autour du tabac.

Il est d'autant plus difficile d'arrêter la consommation de tabac que celle-ci a débuté à un jeune âge, une consommation précoce mènera donc à plus d'années d'exposition au tabac. Réduire la consommation de tabac est un objectif prioritaire des politiques de santé, et en particulier chez les jeunes.



LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE

Missions

Les missions PSE sont exercées par les Services de Promotion de la Santé à l'École¹ (SPSE) dans l'enseignement subsidié par la Fédération Wallonie-Bruxelles et par les Centres Psycho-Médico-Sociaux dans l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (CPMS-FWB)².

Parmi les missions confiées aux SPSE et aux CPMS-FWB figurent le suivi médical des élèves et l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires. Le recueil³ consiste en la collecte anonyme et informatisée d'une partie des items contenus dans le dossier médical scolaire, tel qu'il est complété lors du bilan de santé. Seules les données du recueil font l'objet d'analyses statistiques. Les indicateurs dérivés sont communiqués annuellement aux SPSE et CPMS-FWB afin de leur permettre de définir les besoins de leur population sous tutelle en matière de promotion de la santé.

Organisé par arrêté⁴, le recueil suit un plan de déploiement progressif. Actuellement, les données sont disponibles pour 9 années scolaires consécutives, couvrant tout d'abord les élèves de 1^{ère} maternelle (depuis 2006-2007), puis de 3^{ème} maternelle (depuis 2007-2008), ensuite de 2^{ème} primaire (depuis 2008-2009), de 6^{ème} primaire (depuis 2009-2010), et enfin de 2^{ème} secondaire (depuis 2013-2014)⁵ et de 4^{ème} secondaire général (depuis 2014-2015).

Statut pondéral des élèves

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)⁶. 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 contrôlées à ce stade.

La province de Liège compte 7 Services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE) : 5 libres, 1 officiel communal et 1 officiel provincial, répartis au total en 27 antennes (dont 7 pour le libre, 1 pour l'officiel communal et 19 pour l'officiel provincial). Lors de l'année scolaire 2020-2021, ces services PSE comptabilisaient 266.449 élèves sous tutelle, soit 102.895 élèves dans le libre, 2.838 dans l'officiel communal et 160.716 dans l'officiel provincial.



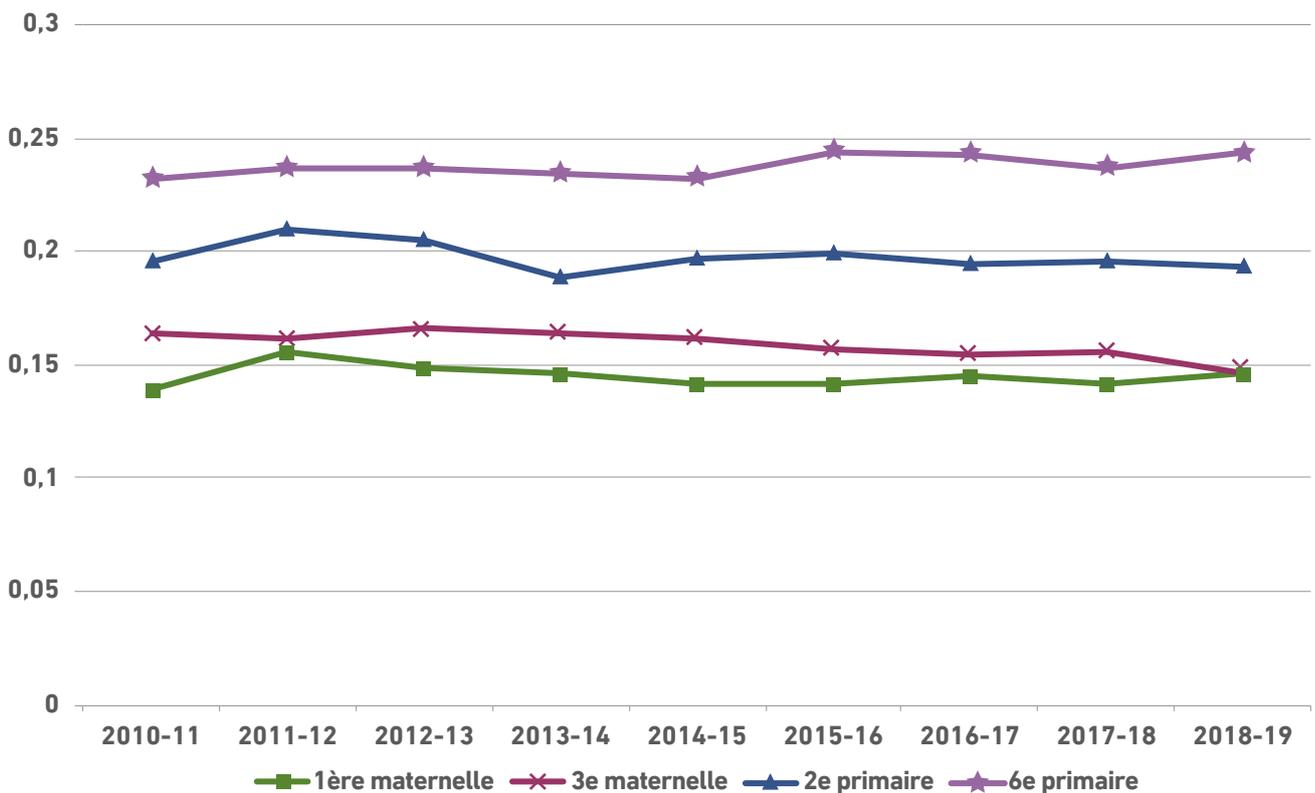
- 1 Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, certaines compétences « Santé » du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées le 1^{er} janvier 2015 à l'ONE notamment la « Promotion de la Santé à l'École (PSE) ».
- 2 La dénomination officielle pour désigner ces centres est « Centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française (CPMS-CF) ».
- 3 Décrets du 20 décembre 2001 « relatif à la Promotion de la Santé à l'École » et du 16 mai 2002 « relatif à la Promotion de la Santé dans l'enseignement supérieur hors universités ».
- 4 Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 3 juin 2004 « organisant le recueil standardisé d'informations sanitaires en application des décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités ».
- 5 Résultats non montrés en l'absence d'exhaustivité des données.
- 6 Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. (2004) Groeicurven Vlaanderen 2004 Laboratorium voor Anthropogenetica, Vrije Universiteit Brussel en Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur : www.vub.ac.be/groeicurven. Les courbes de référence utilisées depuis de nombreuses années par la Promotion de la Santé à l'École diffèrent de celles utilisées par l'ONE en consultations pour enfants et en milieu d'accueil. Les seuils retenus diffèrent également. En revanche, le calcul de l'IMC reste identique (cfr. page 20).

**EVOLUTION DES PROPORTIONS D'ÉLÈVES EN SURCHARGE PONDÉRALE (OBÉSITÉ COMPRISE)
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE**

	1 ^{ère} maternelle		3 ^{ème} maternelle		2 ^{ème} primaire		6 ^{ème} primaire	
	% (ic)	N	% (ic)	N	% (ic)	N	% (ic)	N
2010-11	13,9 (13,2 ; 14,7)	8506	16,4 (15,6 ; 17,2)	9659	19,5 (18,6 ; 20,3)	10003	23,2 (22,3 ; 24,2)	9853
2011-12	15,6 (14,8 ; 16,4)	9125	16,1 (15,3 ; 16,9)	10111	20,9 (20,0 ; 21,8)	9860	23,6 (22,6 ; 24,6)	9592
2012-13	14,8 (14,0 ; 15,6)	9198	16,6 (15,9 ; 17,5)	10067	20,5 (19,6 ; 21,4)	10405	23,7 (22,8 ; 24,7)	9954
2013-14	14,6 (13,8 ; 15,4)	8899	16,4 (15,6 ; 17,2)	10820	18,8 (18,0 ; 19,6)	11119	23,4 (22,5 ; 24,4)	10180
2014-15	14,1 (13,4 ; 15,0)	8693	16,2 (15,5 ; 17,0)	10614	19,7 (18,9 ; 20,5)	10865	23,2 (22,3 ; 24,2)	10096
2015-16	14,1 (13,4 ; 14,9)	9120	15,7 (14,9 ; 16,4)	10714	19,9 (19,0 ; 20,7)	11120	24,4 (23,5 ; 25,4)	10118
2016-17	14,5 (13,8 ; 15,3)	8826	15,4 (14,7 ; 16,2)	10557	19,4 (18,6 ; 20,3)	10642	24,3 (23,3 ; 25,2)	10502
2017-18	14,2 (13,4 ; 15,1)	8187	15,6 (14,9 ; 16,4)	10041	19,6 (18,8 ; 20,5)	10882	23,6 (22,7 ; 24,6)	9909
2018-19	14,6 (13,8 ; 15,4)	8600	14,6 (13,9 ; 15,4)	10095	19,3 (18,5 ; 20,1)	11150	24,4 (23,5 ; 25,4)	10277

« Recueil de données sanitaires PSE », 2010-2019

**EVOLUTION DE LA PROPORTION D'ÉLÈVES EN SURCHARGE PONDÉRALE (OBÉSITÉ COMPRISE) PAR NIVEAU SCOLAIRE
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE**

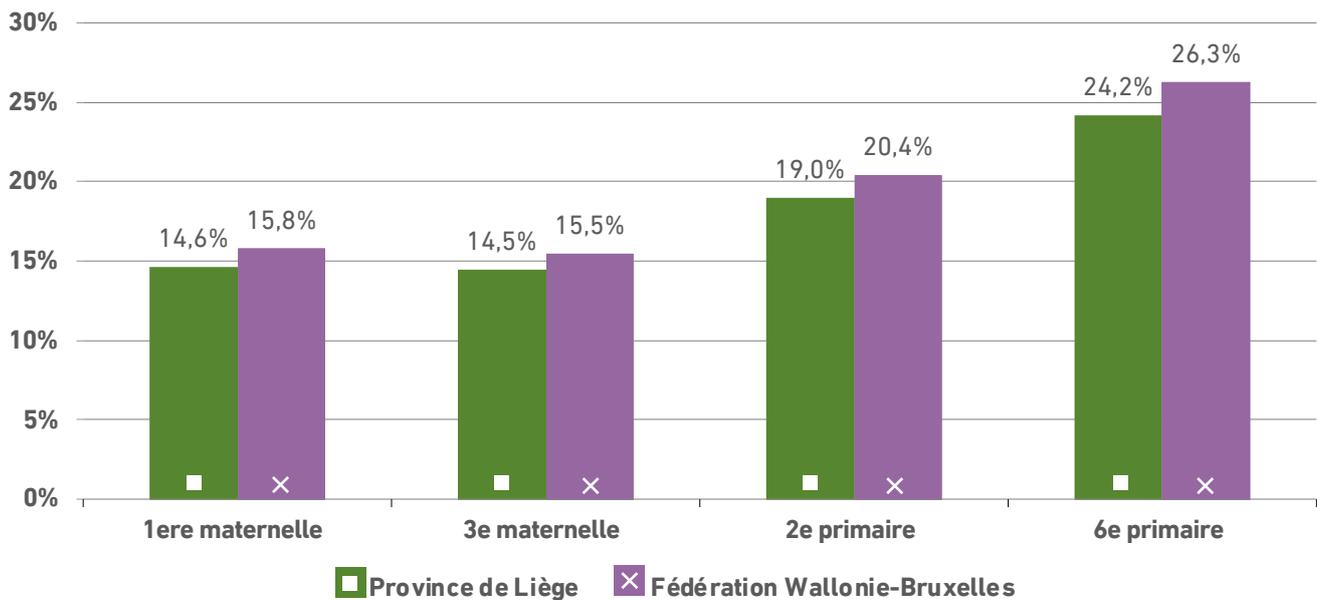


« Recueil de données sanitaires PSE », 2010-2019

Que ce soit en 1^{ère} et 3^{ème} maternelle ou en 2^{ème} et 6^{ème} primaire, la proportion d'élèves en surcharge pondérale (obésité comprise), dans la province de Liège, fluctue légèrement au cours du temps. On observe qu'en 3^{ème}

maternelle et 2^{ème} primaire, la proportion d'élèves en surcharge pondérale diminue légèrement au cours du temps. Tandis qu'en 1^{ère} maternelle et en 6^{ème} primaire, elle augmente très légèrement au fil des années.

PROPORTION D'ÉLÈVES EN SURCHARGE PONDÉRALE (OBÉSITÉ COMPRISE) EN FONCTION DU NIVEAU SCOLAIRE DANS LA PROVINCE DE LIÈGE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES, ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019



« Recueil de données sanitaires PSE », 2018-2019

Dans la province de Liège, près de 15% des enfants en 1^{ère} maternelle présentent un surpoids (obésité comprise). En 6^{ème} primaire, cette proportion augmente pour atteindre près de 25%, c'est-à-dire que près d'1 élève sur 4 est en surcharge pondérale. On observe que la province de Liège est caractérisée par un taux de surcharge pondérale un peu plus bas que la Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'ensemble des années scolaires. De manière générale, lorsque l'on compare les provinces entre elles (résultats non montrés), c'est dans le Hainaut et dans la Région de Bruxelles-Capitale que les proportions d'enfants en surpoids/obèses sont les plus élevées.

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 de la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis la 5^{ème} primaire jusqu'à la fin des secondaires.

Cette enquête a tout d'abord été soutenue pendant de nombreuses années intégralement 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. La onzième enquête a eu lieu en 2018.



CHAPITRE 6



**PROMOUVOIR LA SANTÉ, LE SOUTIEN
AUX FAMILLES ET AUX PEP'S
DANS LA PROVINCE DE LIÈGE**

6.1. DE LA DIVERSITÉ DANS LES ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ SUR LA PROVINCE DE LIÈGE, PARLONS-EN !



<<...>>

Marie-Christine DE TERWANGNE

Référente éducation à la santé pour la province de Liège

Quelles sont les missions des Référentes en éducation à la santé ?

Le service Education à la Santé (EDUS) est un service en appui aux PEP's dans la mise en place de leurs activités de promotion/éducation à la santé. Il produit également des brochures d'information pour les (futurs) parents et participe activement aux campagnes thématiques déployées par l'institution. Ces différentes missions lui confèrent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des programmes de prévention tout en contribuant au soutien à la parentalité. Le service EDUS se révèle ainsi un acteur indispensable au sein de l'institution et de la Direction Santé.

Les Référentes EDUS créent, accompagnent et implémentent des outils thématiques dans le domaine de l'éducation à la santé afin de sensibiliser et informer le grand public. Ses outils (modules d'animation, brochures, affiches, jeux interactifs) sont créés de manière à être compris de tous.

Pour la province de Liège, nous sommes 2 ETP à exercer cette fonction.

Faisons un point sur un des modules d'animation : BAM BAM, de quoi s'agit-il ?

Ce module d'animation vient du service prévention santé de la province du Luxembourg. Un bel exemple de collaboration et de partenariat. Il a été proposé aux enfants de cette province durant 4 ans. La province du Luxembourg souhaitant développer d'autres thématiques, sans pour autant laisser cette expérience aux oubliettes, a légué BAM BAM à l'ONE et il a ainsi été adapté au public de celui-ci.

L'objectif général vise à sensibiliser à la notion de bien-être, de plaisir et d'équilibre. La santé globale est abordée dans ce module, tant physique que psychique. C'est une sensibilisation au respect de soi, des autres, de l'expression de ses émotions, de son corps via l'activité physique. Pour ce faire, 3 thématiques essentielles sont abordées : l'importance d'une bonne estime de soi, les

bases d'une alimentation équilibrée et les effets bénéfiques de l'activité physique. D'où le nom de BAM BAM : B pour bien-être, A pour alimentation et le M pour mouvement.

Cette exposition est déclinée en 3 « escales plaisir » et propose des mises en situation et animations ludiques, interactives et éducatives adaptées aux enfants de 5 à 8 ans, à leur famille et à leurs enseignants.

Sur la province de Liège, ce module d'animation a été animé 5 fois durant ces 5 dernières années et plus de 1680 enfants, parents et enseignants ont pu bénéficier de cette animation :

- ▶ En 2016 : Visé et Hannut
- ▶ En 2019 : Waremme et Romsée
- ▶ En 2021 : Saint-Séverin



Céline MAUROY

Référente éducation à la santé pour la province de Liège

Comment se passe la mise en place d'un module d'animation ?

La mise en place d'un module d'animation peut sembler lourde à porter, il faut s'entourer de partenaires. De manière générale, il faut plusieurs mois voire une année pour mettre sur pied ce projet. C'est le fruit d'un partenariat avec les PMS, les CLPS, les PSE, les foyers culturels, l'AMO, l'ATL, les PEP's, ... Il peut s'agir d'une initiative des PEP's, des échevins, de la commune, du CPAS, ... qui s'adressent à l'équipe EDUS pour la mise en place et la création d'un réseau avec les différents partenaires, et la coordination du projet. Le PEP's de la commune est toujours associé au projet.

L'évaluation est toujours positive pour les enfants, parents et enseignants. Les personnes organisatrices sont, la plupart du temps, enthousiastes pour renouveler cette expérience ... après un petit repos.



Céline TILLIEUX

Partenaire Enfants-Parents pour la province de Liège

Comment s'est passée la collaboration avec les partenaires lors de l'animation BAM BAM ? Quelle expérience en retirez-vous ?

Je suis arrivée sur un nouveau secteur en février 2021 où BAM BAM, module que j'avais déjà animé auparavant, était prévu pour juin à la demande de l'Echevine. Le timing était serré mais la PEP's précédente est restée à nos côtés pour la préparation. Cela m'a permis de me faire connaître de l'Echevine (avec qui le lien s'est créé très rapidement), des écoles (auprès de qui j'ai pu évoquer les autres outils EDUS, les animations en classe), du Bourgmestre, le service ATL, ... L'Echevine m'a ensuite invitée en octobre 2021 à la fête des bébés de la commune, elle défend notre cause pour obtenir un local au conseil communal (notre consultation se déroule dans un car), et m'a demandé que l'on puisse refaire un autre module ensemble dans deux ans ! Comment reprendre un nouveau secteur dans de meilleures conditions que celles-là ? Je souhaite remercier mes collègues qui ont animé le module, le service EDUS qui est un véritable soutien, ma coordinatrice, tous les services qui ont participé et l'Echevine qui nous a fait confiance. Une belle collaboration qui a émerveillé les enfants !



Comment reprendre un nouveau secteur dans de meilleures conditions que celles-là ? Je souhaite remercier mes collègues qui ont animé le module, le service EDUS qui est un véritable soutien, ma coordinatrice, tous les services qui ont participé et l'Echevine qui nous a fait confiance. Une belle collaboration qui a émerveillé les enfants !

De belles dents pour très longtemps ! Mais comment ?

Comme les chiffres de la BDMS peuvent le démontrer, l'hygiène bucco-dentaire et la polycarie du jeune enfant sont des points d'attention sur la province de Liège.

Un grand nombre d'animations sur ce thème sont d'ailleurs abordés par les PEP's en activité collective.

Les PEP's ont fait appel à tous les outils d'animation abordant l'hygiène dentaire auprès du service Education à la Santé.



Sur les 5 dernières années, la mâchoire a été utilisée 20 fois, le jeu de carte 5 fois, le kit bucco-dentaire 44 fois, le tunnel denti-mains propres 3 fois et les roll-up abordant ce sujet 6 fois.

Grâce à la collaboration d'un dentiste ou d'un hygiéniste dentaire, ces animations sont couplées à un dépistage et favorisent le premier contact avec un dentiste. Sur les 5 dernières années, 8520 enfants ont pu repartir avec une brosse à dents et 6891 avec un gobelet. Cela permet de sensibiliser et d'inciter à l'importance du brossage des dents dès le plus jeune âge.

La Maison des Géants, un exemple de partenariat pour lutter contre les accidents domestiques !

2021 a été une année particulière car malgré le COVID, Liège est la première d'une série de villes de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour laquelle la Ligue des Familles a demandé un partenariat avec le service Education à la Santé de l'ONE, la Croix-Rouge, le Centre Antipoisons et l'ASBL Pinocchio autour d'un projet qui s'étale sur plusieurs années.

La « Maison des Géants » est un module qui vise à **aider les jeunes (grands-)parents à adopter les bons gestes dans leur logement**. Car **les accidents domestiques sont la première cause de mortalité**, surtout pour les plus jeunes.

La « Maison des Géants » est une **expérience unique, ludique et instructive** où l'on vit les choses en grand : grimper sur une toilette, porter une poêle, empoigner un méga couteau, etc ...

Durant le mois de septembre 2021, près de 3500 personnes ont pu profiter de cette visite d'une maison **agran-**



die trois fois où l'on découvre les dangers et les conseils de prévention.

Les visiteurs ont pu profiter d'un moment de rencontre avec les PEP's, bénéficier d'une animation autour de la sécurité dans leur logement et disposer des différentes brochures sur ce thème.

6.2. COMMENT SOUTENIR LA PARENTALITÉ : QUATRE PROJETS LIÉGEOIS POUR ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER LES (FUTURS) PAPAS !

« *Tiens, comment moi dans ma pratique, j'inclus les pères ou non dans les entretiens, dans le discours même si le père n'est pas là physiquement, est-ce que j'en parle ?* »¹

Une réflexion sur les configurations familiales

Depuis quelques décennies déjà, les configurations familiales changent et évoluent. Il en va de même pour la parentalité qui se diversifie de plus en plus : chaque mère, chaque père, chaque parent s'investissant auprès de son enfant à son rythme et à sa manière.

Pour s'adapter à ces évolutions sociétales, la tendance est à l'ouverture : ainsi, les activités initialement prévues pour les mères s'adaptent aux pères et aux co-parents. Mais est-ce suffisant ? Les pères ne pourraient-ils pas, eux aussi avoir accès à un accompagnement spécifique répondant à leurs besoins ?

En vue d'adapter ses services aux besoins de toutes les familles, l'Office de la Naissance et de l'Enfance a décidé de poursuivre sa réflexion sur l'accompagnement et la place des pères par les professionnels. L'ONE a ainsi mené différentes recherches sur la question an-

crées dans la réalité des professionnels de terrain. **Une d'entre elles portant sur les initiatives spécifiquement adressées aux pères n'a pu que constater que celles-ci restent rares en Fédération Wallonie-Bruxelles**. En outre, en collaboration avec le Fonds Houtman², l'ONE a soutenu des projets-pilotes développant des activités spécifiques pour les (futurs) pères. Ce faisant, en soutenant et participant à cette réflexion, l'ONE souhaite vivement encourager la prise en compte du genre dans les services de l'enfance et de la parentalité.

Place aux (futurs) papas !

A l'ONE, le Soutien à la Parentalité est une mission transversale qui s'articule autour de trois champs d'action principaux à savoir (1) l'accompagnement des services spécifiques de soutien à la parentalité, (2) le référentiel de soutien à la parentalité et (3) ses déclinaisons parmi lesquelles le site www.parentalite.be ainsi que des campagnes thématiques. Afin de mettre en œuvre ces missions et champs d'action, l'ONE a mis en place une cellule qui s'adresse en priorité aux professionnels exerçant un travail de soutien à la parentalité.

¹ Témoignage recueilli lors d'un focus group réalisé par la Cellule Soutien à la Parentalité de l'ONE autour du soutien à la parentalité en période périnatale en janvier 2022.

² Le Fonds Houtman est né en 1989 suite au legs de feu Herman Houtman en faveur de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. « Les Avoirs du Fonds sont utilisés pour financer des actions (ou des recherches préparatoires à des actions) destinées à venir en aide à l'enfance en difficulté physique, psychique ou sociale, sans distinction de sexe, de race, de nationalité, de religion ou de conception philosophique, pour autant qu'il s'agisse d'enfants résidant dans le ressort territorial de la Fédération Wallonie-Bruxelles ».

Le référentiel de soutien à la parentalité définit en outre 4 grands principes qui sous-tendent toute action d'accompagnement des familles :

- ▶ Le soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents
- ▶ Les parents ont des compétences
- ▶ L'enfant est au cœur du soutien à la parentalité
- ▶ Prendre en compte les contextes de vie est nécessaire

Au regard de ces principes, il paraît évident que l'accueil et l'accompagnement doivent pouvoir se faire auprès de chaque (futur) parent au-delà de ses caractéristiques personnelles et familiales, notamment celles relatives au genre.

Ainsi, pour amorcer la réflexion concernant la place et **l'accompagnement** des (futurs) papas, l'ONE, soutenu par le Fonds Houtman, a mené une recherche entre 2019 et 2020 sur cette thématique. **Cette dernière visait notamment** à étudier la place octroyée aux (futurs) pères et à faire l'état des lieux des dispositifs qui leur sont spécifiquement dédiés dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance. Plus précisément, cette question a été investiguée au sein de l'ONE, dans les maternités et les communes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Outre le manque de dispositif incluant les (futurs) pères, il en ressort que pour mener à bien de tels dispositifs, il est nécessaire de tenir compte des **contextes de vie de ces derniers**, de **les considérer comme des parents à part entière** et non uniquement comme partenaires/ accompagnants de la (future) maman. A cela, s'ajoutent la plus-value d'une **présence équitable entre hommes et femmes au sein de l'équipe** et l'importance d'un homme comme intervenant **en contact direct avec les (futurs) papas**.

Fort de ces résultats et toujours avec le soutien du Fonds Houtman, l'ONE s'est proposé de soutenir financièrement et d'accompagner durant un an³ des projets / initiatives qui mettent en place des dispositifs à destination des (futurs) papas.

Quatre projets liégeois pour accueillir les (futurs) papas

Parmi les 8 équipes retenues, 4 se situent sur le territoire de la province de Liège :

▶ ASBL Monde Solidaire (Verviers)

L'ASBL Monde Solidaire située à Verviers est une association à finalité sociale qui s'adresse à des personnes victimes de différentes formes d'exclusion, fragilisées, de toutes origines, en rupture sociale, culturelle ou scolaire.

L'ASBL Monde Solidaire a mis sur pied un projet visant à impliquer au maximum les parents lors des animations le samedi et le dimanche, de les responsabiliser. Pour ce faire, ce sont les papas eux-mêmes qui doivent pré-

parer des animations et venir animer avec les autres parents. L'équipe accompagne les papas dans la recherche de jeux ou de supports afin qu'ils puissent s'outiller : « *Ça marche super bien. Les papas sont pressés, chacun amène des animations, ils essaient vraiment de voir quelles animations ils peuvent proposer.* »⁴

Tous les mois, à la fin des animations, ils attribuent un prix au parent qui a organisé l'atelier remportant le plus de succès : « *Ça fonctionne par vote. Chaque papa vote pour l'animation qui a fonctionné le mieux. Ils reçoivent alors un petit cadeau, ça les rend heureux et les implique aussi davantage. Au début, il n'y avait que cinq parents et maintenant vingt personnes viennent vraiment régulièrement. Et dix personnes attendent pour intégrer le groupe. Ça marche vraiment super bien.* » ; « *Ça fonctionne quand on les implique, ce sont eux qui préparent les animations, ça donne vraiment de la motivation.* »

Leurs locaux ayant été inondés lors des intempéries de l'été 2021, l'ASBL Monde Solidaire bénéficie de locaux qui leur sont prêtés le week-end. Alors qu'initialement, le projet reposait sur des activités proposées principalement en semaine, l'équipe a dû s'adapter et propose donc des activités le week-end : « *le week-end, il y a plus de papas que d'habitude. Quand les papas animent, on sent vraiment la fierté et l'envie.* »

En plus des activités proposées le week-end, l'ASBL Monde Solidaire prévoit aussi d'organiser des stages avec les parents et les enfants. Depuis qu'ils ont commencé les inscriptions, ils ont au moins vingt inscrits. L'équipe remarque que davantage de papas accompagnent leurs enfants dans leurs devoirs alors qu'avant la mise en place du projet, seules les mamans aidaient les enfants. Ce projet permet aussi d'amorcer la réflexion chez les papas qui s'autorisent de plus en plus à s'amuser avec leurs enfants.

▶ Projet « Babibar » de l'ASBL Les Parents Jardiniers (Liège)

Le Babibar se définit comme un « tiers lieu citoyen » car il émerge d'une démarche citoyenne au sein de laquelle on retrouve également une dynamique de pair-aidance. Il se situe vraiment **dans une démarche d'éducation permanente**, c'est-à-dire que leurs projets sont construits sur propositions du public et des participant(e)s au Babibar. Actuellement, il y a quatre salariées dans l'équipe qui se **définissent avant tout comme parents : ils ne sont donc pas des professionnels**.

Pour cet appel à projets, une proposition audacieuse a été faite : celle d'un projet qui s'étale sur trois ans tout en cadrant trois phases du développement du projet étant donné que les processus participatifs prennent du temps. Rester fidèles à cette philosophie d'avoir un temps d'accroche, de familiarisation avant de permettre aux papas de s'engager plus en avant était très important pour l'équipe : ils veulent vraiment prendre le temps de sonder davantage les pères. Bien que peu nombreux sont ceux qui fréquentent le Babibar, les pères viennent quand même. Ce lieu étant ouvert à tous, l'objectif est

³ Du mois d'octobre 2021 au mois de novembre 2022

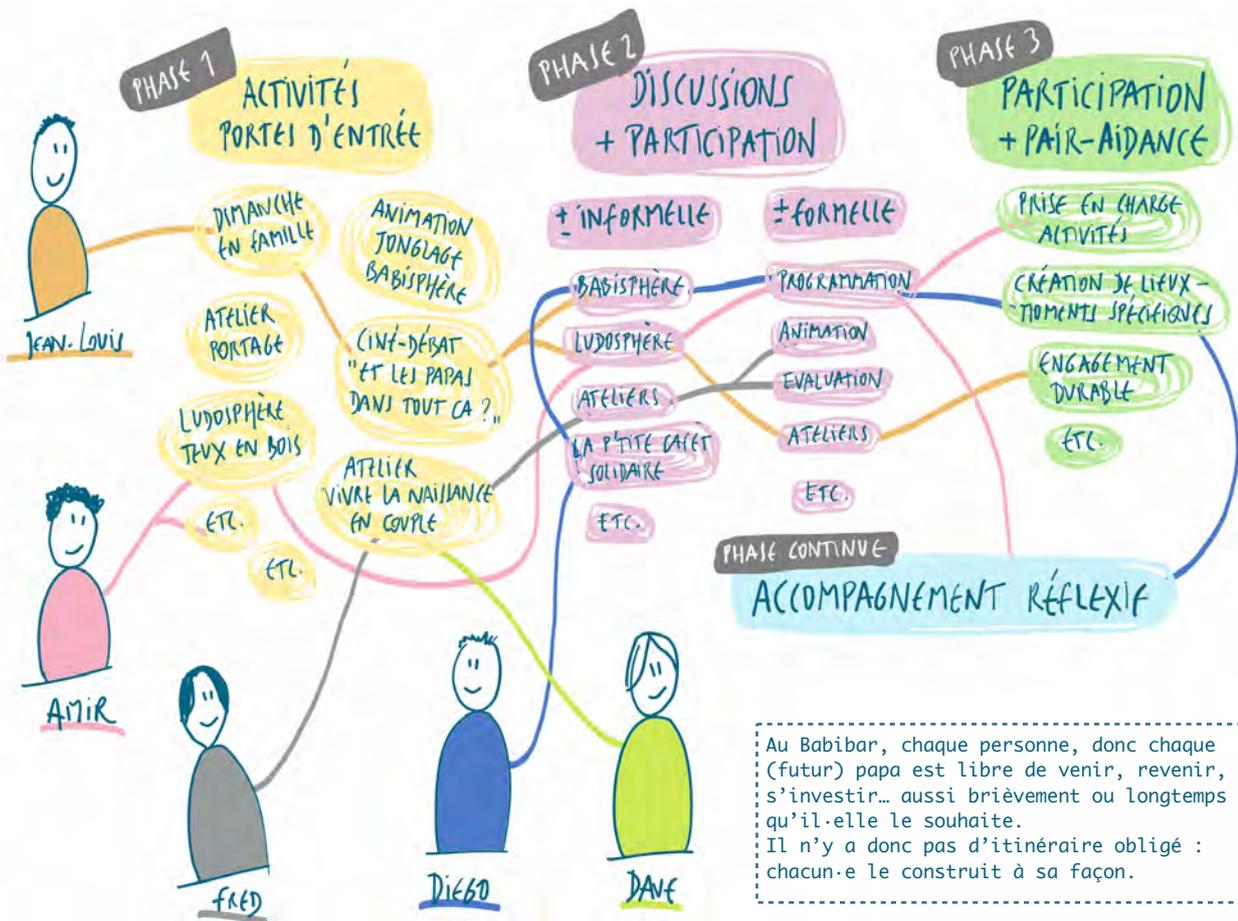
⁴ Témoignage recueilli lors de la rencontre collective du 5 octobre 2021.

de comprendre ce qui les freine à pousser la porte du Babibar et voir avec eux quels seraient leurs réels besoins et envies.

Ainsi, par exemple, une des réflexions de l'équipe concerne « les espaces de parole autour de la parentalité ». Ceux-ci sont appréciés du public fréquentant habituellement le lieu, toutefois, cette activité serait-elle la priorité pour les pères ou répondrait-elle à une envie ?

Le Babibar est un Lieu de Rencontre Enfants-Parents (LREP) ouvert quatre longues matinées par semaine qui

offre différentes portes d'entrée. Il y a une cafétéria solidaire (hors covid), des ateliers périnataux ainsi qu'une ludosphère qui visent les enfants un peu plus âgés. Tout en gardant l'idée que la famille peut vraiment fréquenter à différents moments de la journée le Babibar. Celui-ci est également ouvert un dimanche par mois pour permettre aux familles de profiter de diverses activités : la babisphère en mode matinée-rencontre et la ludosphère cohabitent avec un atelier créatif parent-enfant, ce qui permet une présence plus accrue des papas.



Au Babibar, chaque personne, donc chaque (futur) papa est libre de venir, revenir, s'investir... aussi brièvement ou longtemps qu'il-elle le souhaite. Il n'y a donc pas d'itinéraire obligé : chacun-e le construit à sa façon.

► **Projet « Papas et moi » mené par le CRAF (Huy)**

Le Centre régional de recherches et d'action sociales sur les problématiques familiales (CRAF) est une association de droit public qui est constituée de neuf CPAS de la région de Huy.

Au sein du CRAF, il y a une équipe SOS Enfants et une cellule périnatale : Natis, créée en 2018 qui permet l'accompagnement des familles (papa, maman, bébé et fratrie). Natis a comme porte d'entrée la précarité (a minima financière, précarité sociale et intellectuelle). C'est dans ce cadre-là qu'a été réalisé l'appel à projets.

L'équipe en charge du dispositif « Papa et moi », projet destiné aux (futurs) papas d'enfant(s) de moins de 6 ans, est composée d'un assistant social travaillant au CPAS de Huy, qui ne travaille pas dans le domaine de la petite enfance mais papa de deux jeunes enfants et d'une sage-femme dans l'équipe périnatale Natis.

L'équipe en charge du dispositif est accompagnée d'une cellule de suivi et de soutien qui leur permet de se challenger et de réfléchir à l'élaboration du projet et à l'évaluation ensuite.

La démarche de réflexion s'est faite à l'issue des rencontres avec les familles. Il a été constaté que les pères étaient peu sollicités pour participer à la période périnatale et de l'accouchement : « Souvent, le focus est mis sur la maman. Aussi, il y a parfois une implication qui est difficile, on est dans un milieu où tout est mis sur la maman, comme les aides, les droits et allocations familiales qui sont ouvertes chez la maman. Et donc le papa a un peu du mal à s'investir et il y a cette place où il est mis en retrait. »

L'idée est de créer des groupes de parole de trois à dix papas qui se réunissent deux fois par mois pendant une après-midi. Une rencontre préalable sera organisée avec chacun d'eux afin de les rassurer parce que les papas

ne vont peut-être pas faire la démarche si facilement. Cependant, s'il y a des demandes individuelles, l'équipe n'est pas fermée à mettre en place des espaces individuels de parole. En effet, elle tient à ce qu'il y ait une souplesse dans l'engagement. Le groupe serait plus ou moins ouvert : si un papa ne veut pas se présenter, il ne se présente pas. Les rencontres ont lieu sous la forme d'un espace de discussion où les (futurs) papas peuvent échanger entre eux sur leurs expériences.

Des ateliers thématiques ont également été proposés en fonction de la demande du groupe. Initialement, l'équipe avait imaginé parler de thématiques relatives à la période prénatale ainsi qu'à la période postnatale.

Ainsi, les objectifs du projet sont de travailler la représentation que les papas ont de leur rôle et donc de les soutenir dans l'investissement du lien d'attachement qu'ils ont avec leur enfant, de les sensibiliser à l'importance et la spécificité de leur rôle auprès de leur enfant (il y a la maman mais aussi le papa), de les outiller au mieux tout au long de la grossesse et de la vie de l'enfant, de renforcer leurs compétences parentales et leur

donner confiance dans leur rôle, de collaborer avec eux et les orienter en fonction des besoins et problématiques qu'ils pourraient rencontrer chez eux.

Au cours du projet, l'équipe s'est interrogée sur l'énergie déployée pour toucher les (futurs) papas et s'est questionnée pour savoir si elle s'est appuyée sur le « bon » réseau.

► ASBL Form'anim

Le dispositif mis en place par Form'anim s'appelle « Fruits'Hommes ». Le public qui vient à Form'anim est plutôt un public d'origine étrangère et/ou qui vit dans la grande précarité.

Cela fait déjà deux ans que l'équipe met en place des activités de soutien à la parentalité à destination des papas. Ce projet est né du constat que l'équipe était souvent confrontée à des familles qui vivent des situations de violences intrafamiliales. L'équipe s'est donc questionnée sur la manière de pouvoir faire de la prévention et c'est de cette façon qu'est né le projet « Fruits'Hommes » qui se déroule selon 3 volets :



L'équipe en charge de l'animation est exclusivement féminine mais l'idée est de faire des intervisions d'équipe pour réfléchir à ce que l'on met derrière le soutien à la parentalité : volonté d'être suivi par quelqu'un d'extérieur qui va pouvoir amorcer des réflexions plus en profondeur. Il y a en effet très peu d'outils qui mêlent la parentalité et l'interculturalité, la vie affective et l'interculturalité.

Pour aller plus loin ...

Outre la recherche portant sur les initiatives spécifiquement adressées aux pères, la thématique est également abordée dans l'axe « Genre » du projet « ONE Academy ». Deux recherches ont ainsi été réalisées dans ce cadre et des outils à penser ont été créés à destination des professionnels. Plus d'information : www.one.be/professionnel/recherches/one-academy/axes-de-recherche/axe-de-recherche-sur-le-genre

Conclusion

S'il est probablement trop tôt pour parler de « gender mainstreaming »⁵, gageons que l'attention au genre dans les projets et activités de l'ONE sera désormais accrue. En effet, prenant à cœur l'adaptation de ses services à l'évolution des besoins des familles, l'ONE développe des recherches, accompagne des initiatives pilotes et encourage la réflexion des professionnels sur leurs propres pratiques.

Dans un secteur matricentré comme celui de la petite enfance, la prise en compte du genre s'avèrera certainement un défi de longue haleine. Par exemple, les données actuellement récoltées ne permettent pas de

dresser un profil des (futurs) pères en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ainsi, comme recommandé dans les recherches, des efforts seraient à poursuivre pour une collecte de données tant interne à l'ONE (notamment via la BDMS) qu'externe par d'autres services. Mais de la révision des brochures à l'évolution des pratiques de terrain, l'année 2021 aura marqué le début de changements sur les questions de genre. Des questions qui renvoient aussi à celles, chères à l'ONE, de l'accueil et de l'accompagnement de toutes les familles, dans le respect de leurs multiples spécificités.

6.3. LE SOUTIEN DES RÉFÉRENTS MALTRAITANCE AUX PEP'S DE LA PROVINCE DE LIÈGE

Missions

La première mission des référents maltraitance est de soutenir et d'accompagner les Partenaires Enfants-Parents (PEP's) dans leur travail de prévention et de suivi des situations de grandes vulnérabilités, qui sont de plus en plus fréquentes au sein des consultations organisées par l'ONE.

C'est donc un temps d'arrêt, un lieu d'écoute, un espace de réflexion et de prise de recul qu'il paraît important de proposer aux acteurs de l'ONE.

Les référents maltraitance travaillent avec les PEP's tant de manière individuelle qu'en équipe. Ils les accompagnent individuellement par téléphone, en entretien et dans leurs écrits. Ils participent, de manière régulière, à des réunions d'équipe, sous forme d'intervision ou à travers du contenu thématique (tel que le secret professionnel, la violence conjugale, ...). Ces réunions se font en partenariat avec les coordinatrices accompagnement.

La fonction nécessite une connaissance fine du réseau et de son fonctionnement. Les référents maltraitance participent activement à différents groupes de travail au sein du réseau, notamment en assurant le secrétariat des Commissions de Coordination de l'Aide aux Enfants Victimes de Maltraitance (CCAEMV).

Deux référents maltraitance sont présentes sur l'arrondissement judiciaire de Liège (1,7 équivalent temps plein).

Comment aider les Partenaires Enfants-Parents ...

A travers les situations rapportées par les PEP's, les référents maltraitance constatent, au fil des années, que les situations qu'ils(elles) sont amené(e)s à gérer sont de plus en plus complexes. En effet, les situations de vulnérabilité que les PEP's prennent en charge ne sont plus liées à des difficultés dans un domaine, mais sont multifactorielles. On peut ainsi parler de multi-précarité. On observe des familles

en difficulté dans plusieurs domaines simultanément : tant sur le plan économique, social, psychologique, ...

Ces difficultés multiples amènent du stress dans les familles. Ce qui a comme conséquence d'augmenter leur isolement, d'impacter leur quotidien et d'affecter leur parentalité. Ces parents sont, pour certains, dans des questions de survie. Ils essayent de gérer les urgences du quotidien, ce qui entraîne moins de disponibilité psychique pour leurs enfants et les besoins de ceux-ci.

La lourdeur des situations multifactorielles rencontrées complexifie les interventions des PEP's et la mise en place d'aides adéquates. Ces familles ont besoin d'une prise en charge rapide, ce qui peut avoir comme conséquence de « brouiller » les priorités décelées par le professionnel. Les PEP's, souvent premiers (et seuls) intervenants dans une famille doivent, tout en se centrant sur l'enfant, être sur différents fronts simultanément.

Afin qu'ils(elles) ne restent pas seul(e)s dans ces situations complexes, les référents maltraitance les soutiennent dans la prise de contact avec des partenaires du réseau. La mise en place d'un réseau a pour objectif de multiplier les ressources pour la famille et les regards sur la situation, et de garantir que chaque intervenant puisse rester dans ses missions.

Cependant, ils(elles) sont régulièrement confronté(e)s à un réseau qui est lui-même saturé ou face à un manque de services travaillant la périnatalité. Il est de plus en plus fréquent que les services doivent sélectionner les situations qu'ils prennent en charge ou imposer une longue liste d'attente.

Les PEP's peuvent, aussi, être amenés à revoir leur manière de travailler, ou à se questionner sur l'intérêt d'orienter une famille vers un service afin de ne pas créer de fausse attente car celui-ci ne sera peut-être pas en mesure d'y répondre.

⁵ Le gender mainstreaming, ou approche intégrée de la dimension de genre, est une stratégie qui a pour objectif de promouvoir - l'égalité des femmes et des hommes dans la société, en intégrant concrètement la dimension de genre dans les différents domaines des politiques publiques.

« Si j'accompagne la famille au SAJ/ dans un service, sera-t-elle finalement prise en charge ? »

« Qui sera encore là si je perds le lien avec la famille ? Que se passera-t-il pour l'enfant s'il n'y a plus aucun service ? »

Les PEP's restent souvent le seul point d'appui, allant parfois au-delà de leurs missions afin de veiller au bien-être du bébé. Ce qui les conduit à être dans différentes places avec le stress que cela génère et parfois un sentiment d'impuissance.

De plus, ces dernières années, des difficultés extérieures à la volonté des familles sont venues se sur-ajouter : la crise sanitaire et les inondations. Les référents maltraitance ont été fortement sollicités par les PEP's autour de questions de violence conjugale, d'addictions (banalisation et augmentation de la consommation de cannabis, également pendant la grossesse), de fragilité psychique, et de situations sociales qui se dégradent. Cette période a amené des PEP's à faire preuve de créativité pour rester présentes auprès des familles. Par ailleurs, elle a aussi mis davantage en évidence le manque de ressources et la saturation des services de première ligne. Par exemple, plusieurs accueillantes d'enfants ont été victimes des



inondations et ont dû stopper leur activité, ce qui rendait quasi impossible de bénéficier d'une place quelque part pour des parents qui en avaient besoin ...

Ce stress relatif à l'évolution de la complexité des situations et de la saturation du réseau entraîne des réactions différentes chez les PEP's : une plus grande mobilisation, ou au contraire un découragement, de la résignation, voire de l'épuisement. Ils(elles) ont donc besoin de davantage de soutien et de reconnaissance de leur investissement et de moments où ils(elles) peuvent se poser pour réfléchir à leurs interventions dans les familles.

6.4 UN RÉSEAU DE SANTÉ MENTALE ET DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT EN PROVINCE DE LIÈGE

En 2015, l'Etat fédéral et l'ensemble des entités fédérées de la Belgique ont signé un protocole de collaboration instituant un guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.

Concrètement, il s'agit d'éviter de mobiliser des lits psychiatriques dans les hôpitaux en mettant en place un réseau de collaboration entre plusieurs institutions



et pouvant prendre en charge en 1^{ère} ligne des enfants et des adolescents dont la santé mentale est atteinte. Plus on intervient tôt, au plus les chances d'une prise en charge au long cours diminuent. La prévention est donc le maître mot de cette nouvelle politique. Des représentants des principaux hôpitaux de la province de Liège, des institutions actives dans le domaine de la santé mentale se sont regroupés pour former le réseau REALiSM (Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale).

REALiSM est un réseau intersectoriel axé sur la santé mentale et le bien-être des enfants, des adolescents et des familles. Le territoire d'action du réseau REALiSM s'étend sur toute la province de Liège. Il s'inscrit dans le cadre de la nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents.⁶

Il a notamment pour mission de mettre en place l'organisation de la réforme concernant les psychologues de première ligne. L'ONE quant à lui apporte son expertise et ses compétences. Ainsi, pour les parents et enfants fréquentant les consultations, il est prévu que des psychologues puissent accompagner et orienter des parents et leurs enfants s'ils éprouvent des difficultés en matière de santé mentale au travers soit de séances individuelles soit de séances collectives.

⁶ <https://realism0-18.be/>

Collaboration avec les psychologues de première ligne



Juliette ELAERTS

Coordnatrice accompagnement pour la province de Liège

Comment a commencé la collaboration avec les psychologues de première ligne ?

Depuis le 1^{er} septembre 2021, dans le cadre de la réforme plus globale des soins de santé mentale en cours depuis 2009 en Belgique, l'INAMI a renforcé l'offre de soins psychologiques de 1^{ère} ligne de façon progressive et coordonnée dans l'ensemble du pays. L'objectif est de rendre ces soins plus accessibles à la population, tant au niveau des démarches qu'au niveau de leurs coûts.

Concrètement, la réforme PPL (psychologues de première ligne) propose un renforcement de l'offre existante de soins de santé mentale à proximité du milieu de vie des patients (adultes et enfants) et en collaboration avec les acteurs de la première ligne.

L'ONE est un acteur important dans le domaine de la prévention de la santé, et notamment de la santé mentale, en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le contrat de gestion 2021-2025 met l'accent sur le renforcement des activités de prévention de santé mentale au sein de l'ONE. Dans ce contexte, une cellule santé mentale a été créée en 2021. La cellule a notamment pour mission de réfléchir à l'implémentation de la réforme PPL dans les activités déjà existantes de l'ONE.

L'ONE a ainsi choisi d'être partenaire de cette réforme en autorisant des collaborations entre PPL et les consultations ONE (CE/CPN). Il ne s'agit donc pas d'un service de l'ONE, mais d'une offre extérieure proposée au départ de la consultation qui permet de proposer un accès à des prestations et de viser à la mise en place et/ou au développement de partenariats sur le terrain.

Le document « Balise » rédigé en juin 2022 décrit les modalités de l'implémentation des PPL au sein des consultations ONE.

Concrètement comment le dispositif s'est mis en place sur le terrain ? Tout le monde peut-il bénéficier de ces séances ?

Dans le cadre de cette collaboration, les séances PPL peuvent être proposées uniquement aux bénéficiaires fréquentant déjà les consultations ONE : futurs parents, parents et/ou enfants de 0 à 6 ans.

Les soins psychologiques de 1^{ère} ligne proposent des interventions de courte durée et/ou de faible intensité qui permettent de décristalliser une situation problématique ou de retrouver et/ou maintenir un bien-être psychologique satisfaisant (principe de prévention) et au plus près des milieux de vie (principe de proximité).

Ces soins ne nécessitent pas de prescription médicale et peuvent être réalisés en séances individuelles (à raison de 10 séances maximum) ou de groupe (8 séances de groupe et 2 individuelles pour introduire et conclure le suivi).

Dans le cadre des séances individuelles, les PPL, qu'ils soient salariés ou indépendants, sont financés à l'acte et rémunérés en partie par l'INAMI. L'autre partie est payée via une quote-part usager demandée et perçue directement après chaque session (4€ ou 11€ en fonction de leur statut). Celle-ci n'est pas prise en charge par l'ONE.

Dans le cadre des sessions de groupe, l'ONE prend en charge la quote-part usager via le Programme d'Activité Annuel (PAA) de la consultation pour enfants. Par conséquent, aucune quote-part n'est demandée à l'utilisateur. Ces sessions de groupe sont organisées en concertation avec la PEP's et/ou le médecin de la consultation pour enfants et traitent des questions relatives à la santé mentale (les émotions, la question des limites, ...).

Mise en place sur le terrain depuis septembre 2022, cette nouvelle réforme prend peu à peu une forme concrète au sein de nos services. En effet, certains PEP's ont déjà pu proposer aux familles qui fréquentent leur consultation des suivis individuels avec un PPL directement au sein des locaux. La mise en place d'activités collectives abordant des thèmes sur la santé mentale encadrées par des PPL et des PEP's sont également en réflexion pour 2023.

Cette collaboration avec l'INAMI permet ainsi à l'ONE d'élargir son suivi préventif en proposant aux familles et/ou enfants des services de santé mentale en adéquation selon leurs besoins.



CONCLUSION :

« LE SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX ENFANTS : UN SOUCI PERMANENT »

Ce cinquième numéro du rapport de la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est consacré à la province de Liège. Il est le résultat de la collaboration de différents agents : ceux de première ligne chargés de la collecte et en contact avec les familles, mais également ceux chargés de l'encodage et du contrôle de la qualité des données, ceux responsables de l'analyse et de la diffusion des données par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Que toutes les personnes impliquées dans ce travail soient ici remerciées.

Les résultats repris dans ce rapport permettent à l'ONE d'apprécier l'efficacité et l'adéquation de ses actions de terrain et d'orienter en conséquence sa politique dans les champs de la périnatalité et de la petite enfance. Chaque indicateur repris dans la BDMS est issu des indicateurs internationalement reconnus et validés par les organes d'avis scientifiques de l'ONE sur base des programmes de santé prioritaires définis par l'institution.

L'analyse des données collectées dans le cadre de la BDMS pour la province, et au regard de données issues d'autres sources, nous permet de constater que la situation des familles reste interpellante en termes de santé, mais aussi au niveau socio-économique, reflétant des inégalités persistantes.

SUIVI DE LA GROSSESSE

Le suivi de la grossesse par l'ONE en province de Liège concerne 18% des futures mères fréquentant soit une consultation prénatale hospitalière, soit la plateforme prénatale de Verviers. Sur ces dix dernières années, de 2012 à 2021, on observe une diminution des femmes enceintes de moins de 25 ans, passant de 35,3% à 22,4% et à contrario, une augmentation des femmes enceintes de 30 ans ou plus, passant de 37,8% à 48%. La diminution du nombre de femmes enceintes de moins de 20 ans est de plus de 35% entre 2020 et 2021, et de plus de 65% sur la décennie. En 2021, 4,4% des femmes suivies avaient moins de 20 ans en province de Liège. Cependant, en se limitant aux femmes suivies au sein de la plateforme prénatale, cet indicateur grimpe à plus de 20% dans cette catégorie d'âge.

En moyenne, 5,6% des femmes ne disposent pas de couverture soins de santé au moment de leur inscription pour le suivi de la grossesse par l'ONE en province de Liège (20% pour celles suivies par la plateforme). Les femmes isolées quant à elles représentent une moyenne de 10% des femmes suivies en province de Liège sur les 10 dernières années et de 7,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Chez les femmes suivies à l'ONE en consultations prénatales, les proportions de petits poids de naissance et de prématurité sont plus élevées en province de Liège que pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2021, le taux de prématurité en province de Liège était de 9,4% et de 9,7% pour les petits poids à la naissance.

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

Même si l'on constate une diminution des habitudes tabagiques chez la femme enceinte et après l'accouchement, les femmes les plus vulnérables à cet égard sont les plus jeunes et les moins instruites. La diminution de l'exposition au tabagisme passif chez l'enfant se constate également lors des bilans de santé. Malgré l'évolution positive, les efforts et les campagnes menées pour réduire le tabagisme doivent être maintenus, voire renforcés.

ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES

Accorder aux femmes et à leur partenaire un soutien pour se préparer à la naissance et à la parentalité est l'une des principales préoccupations de l'ONE. Elle est mise en évidence dans le programme « Naître et grandir ».

Les données de naissances recueillies au sein de la BDMS, relativement constantes ces dernières années (autour de 10 400 naissances en 2021), permettent une très bonne description de la popu-

lation globale. En effet, elles couvrent 93% des naissances de la province.

Parmi les mères, 97,1% ont accouché dans les maternités de la province de Liège. L'âge moyen des mères se situe à 30 ans et 10 mois en 2021. La catégorie d'âge qui augmente proportionnellement le plus est celle de la tranche d'âge de 30 à 34 ans. Plus globalement, il y a une augmentation des proportions de mères âgées de 30 ans et plus.

Une large majorité des mères vit en couple (93,6%), 4,3% vivent seules ou en maison d'accueil et 2,2% vivent en famille (entourées de leurs proches). En province de Liège, 74,6% des mères sont d'origine belge.

Les données relatives à l'enfant montrent que 7 enfants sur 10 viennent au monde spontanément. Les césariennes représentent 24,3% des modes d'accouchement et l'usage d'instruments (ventouse et forceps) est décrit pour 6,3% des naissances.

Les naissances de la province de Liège montrent des taux de prématurité la plupart du temps supérieurs à ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2021, ils sont de 9,2% de naissances prématurées (naissances avant la 37^e semaine de grossesse) en province de Liège et 8,3% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les causes de prématurité ne sont pas toujours connues. On estime même que c'est le cas pour la moitié des situations de naissances avant terme. Il existe cependant des causes directes (infections, malformations), des causes indirectes (hypertension, diabète) et des facteurs de risque (niveau socio-économique, isolement, tabagisme, etc.) en matière d'étiologie de la prématurité.

En 2021, la proportion de petits poids de naissance est de 8,2% en province de Liège et de 7,2% en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les taux d'allaitement en province de Liège sont relativement stables ces dernières années. La mise au sein se situe à 86,3% d'allaitement immédiatement ou dans les heures qui suivent l'accouchement, en 2021. Et, les jours suivant l'accouchement, le taux d'allaitement est de 79,4%.

En 2021, 85,2% des familles de la province de Liège ont déclaré vouloir faire le suivi médico-social préventif de leur enfant par l'ONE. La visite à domicile fait partie des services que l'Office propose aux familles. Elle permet aux travailleurs de l'ONE de rencontrer la famille chez elle, dans son cadre de vie et de communiquer des informations adaptées à celle-ci. Un suivi renforcé peut également être proposé dans les situations de vulnérabilité vécues par les familles et/ou des actions de prévention spécifiques mises en place en fonction des besoins des familles.

SUIVI DE L'ENFANT

La diversité des offres de suivi de l'enfant en province de Liège répond à la préoccupation de l'Office relative

à l'accessibilité des services à la population. Ainsi, le suivi médico-social préventif de l'enfant est assuré dans les Consultations pour enfants (CE), dans les Milieux d'accueil collectifs (MA) et lors de visites à domicile. Il poursuit divers objectifs dont celui de mettre en œuvre les programmes prioritaires de santé tels que décrits dans le Guide de médecine préventive.

Les consultations « mobiles » sont une particularité de certaines CE présentes en province de Liège (comme il en existe au Luxembourg et à Namur). Ces consultations se font dans des semi-remorques entièrement aménagés pour recevoir les enfants et leurs parents dans des régions à faible densité de population.

Outre le dossier médical de l'enfant complété lors de chaque visite, des bilans de santé sont remplis à 3 âges-clés (9, 18 et 30 mois) représentant des moments importants du développement de l'enfant. Ceux-ci permettent de récolter des informations sur les différents programmes de santé prioritaires de l'ONE comme l'alimentation, la vaccination ou le développement psychomoteur. A cette occasion, des indicateurs socio-économiques sont également récoltés. Les Bilans de santé sont complétés avec l'aide et l'autorisation de la famille par les médecins, les PEP's et les professionnels des milieux d'accueil.

De manière générale, on constate une augmentation du nombre mais également des taux de couverture pour les 3 Bilans de santé tant en province de Liège qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, en 2020, on observe une forte diminution du nombre de bilans de santé et des taux à la suite de la pandémie du Covid-19, qui a obligé à limiter le nombre d'enfants vus en consultations et à prioriser la vaccination au détriment de la réalisation des Bilans de santé.

En province de Liège, entre 2009 et 2019, les taux sont assez similaires pour les Bilans de santé à 9 mois, et en légère augmentation pour les Bilans de santé à 18 et 30 mois. En 2019, les données des Bilans de santé à 9 mois étaient disponibles pour environ 27,1% des enfants, 23,8% lors des Bilans de santé à 18 mois et 12,9% pour ceux à 30 mois. Pour malheureusement chuter en 2020, à 17,1% pour les Bilans de santé à 9 mois, 14,7% pour ceux à 18 mois et 6,7% pour les 30 mois.

Globalement, la provenance des documents varie selon l'âge de l'enfant : 89,3% des Bilans de Santé à 9 mois ont été complétés dans les consultations pour enfants, et 10,7% dans les milieux d'accueil. A 18 mois, 86,9% proviennent des CE et à 30 mois, 78,7%.

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

Le niveau d'éducation des mères tend à augmenter ces dernières années. En effet, en 2019-2020, 42,7% des mères liégeoises détenaient un diplôme de l'en-

seignement supérieur contre 39,9% en 2011-2012. En revanche, la situation professionnelle de la mère est relativement différente selon les régions. En province de Liège, 48,2% des mères sont inactives (au chômage ou sans emploi) en 2019-2020. Tandis qu'en FWB, c'est 41,8%. La proportion de mères inactives tend à diminuer très légèrement au fil des années pour la province de Liège. La proportion des mères actives quant à elle n'évolue pas au fur et à mesure des années avec 47,9% en 2011-2012 pour atteindre 47,4% des mères travaillant à temps plein ou partiel en province de Liège en 2019-2020.

La proportion d'enfants vivant avec leurs 2 parents était de 92% à 9 mois et de 87% à 30 mois, ces taux sont assez identiques à ceux de la Fédération-Wallonie Bruxelles.

Ces 10 dernières années, les taux d'allaitement exclusif durant les premiers mois de vie de l'enfant ont augmentés considérablement en province de Liège. En 2019-2020, le taux d'allaitement exclusif était de 77,7% à moins d'une semaine de vie et de 59,8% à un mois de vie. Aussi, les taux d'allaitement sont directement liés au niveau d'enseignement de la mère et à la situation socio-économique de la famille.

Concernant la santé bucco-dentaire, en 2020, 2,8% des enfants liégeois de 18 mois présentaient des polycar-

ies et 3,3% des enfants âgés de 30 mois présentaient des caries. Ces taux sont légèrement supérieurs voire identiques à ceux de la FWB.

Toutes les couvertures vaccinales en province de Liège sont supérieures à celles de la FWB. L'évolution de la prévalence vaccinale reste stable en province de Liège, tandis que les taux sont plus fluctuants en FWB.

Globalement, les indicateurs socio-économiques restent stables depuis plusieurs années. Cependant, on constate des différences entre les enfants fréquentant les consultations pour enfants et les milieux d'accueil. Les familles dont les enfants sont suivis en consultation pour enfants sont plus vulnérables socio-économiquement que celles dont le suivi médico-social de l'enfant a été effectué en milieu d'accueil.

Les données de la BDMS confirment assurément les besoins en matière prévention et d'accompagnement spécifiques des femmes, des enfants et des familles consultant les structures de l'ONE. L'ONE doit continuer à développer et améliorer son réseautage, déjà particulièrement riche et diversifié en province de Liège, afin de soutenir les familles les plus fragilisées. A cet effet, les acteurs de la subrégion s'avèrent être essentiels à la prise de décision et à la mise en place de nouvelles actions et/ou de partenariats.



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 : Laurent MONNIEZ
N° d'édition : D/2023/74.80/03
DOC/RA0016

Rejoignez-nous sur

