

La santé des futures mères, des nouveau-nés et des femmes enceintes : approche et constats de l'ONE

ÊTRE NÉ QUELQUE PART



La santé de l'enfant,
approche multidimensionnelle

.....
Fort d'une large couverture du terrain par de multiples équipes médico-sociales locales, d'une évaluation permanente à travers sa banque de données médico-sociales, ainsi que de l'apport de sa direction Etudes et Stratégies, l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) est un bon poste d'observation très riche en ce qui concerne la santé des femmes et des jeunes enfants vue sous l'angle de la prévention. L'auteur de cet article nous fait part de différents constats, dont il ressort que les inégalités sociales ont diverses facettes et sont encore trop souvent présentes.
.....

La mission de l'ONE est de veiller au meilleur intérêt de l'enfant à partir d'un accompagnement centré sur la prévention au sens large. Son action s'appuie sur les parents, premiers éducateurs des enfants dont il s'agit de renforcer les compétences, les potentialités et les ressources plutôt que de se centrer sur les risques et les défaillances - sans pour autant les négliger.

L'accompagnement proposé par l'ONE comporte des consultations prénatales (dans 26 sites), une première rencontre post accouchement avec les parents et le nouveau-né dans toutes les maternités francophones de la Fédération Wallonie-Bruxelles, et des consultations pour enfant dans toutes les communes de la Fédération Wallonie-Bruxelles (dans 615 sites et 6 cars sanitaires). Près de mille médecins indépendants, gynécologues, pédiatres, généralistes ainsi que des sages-femmes collaborent avec l'ONE en consacrant une partie de leur temps de travail à la réalisation de ces consultations médicales.

Les familles suivies bénéficient également, selon leurs besoins, d'un accompagnement par un travailleur médico-social de l'ONE pendant la grossesse, à la maternité et pendant les six premières années de vie de l'enfant. Le travailleur médico-social rencontre les familles lors des consultations médicales, d'entretiens dans les locaux, de visites à domicile ou d'activités collectives organisées par chaque structure locale dans le cadre de « projets santé parentalité ». A cette occasion, il peut fournir des explications relatives à la grossesse, donner des informations visant à préparer les parents à l'arrivée de l'enfant, régler en coordination avec le réseau certains problèmes sociaux en lien avec la future naissance, soutenir les familles dans leur rôle de parent. En 2012, 16.400 futures-mères et 160.000 enfants de moins de six ans ont fréquenté une structure de l'ONE, pour un total de 55.000 naissances.

Depuis 1985, l'ONE agréée et subventionnée des équipes pluridisciplinaires appelées « équipes SOS enfants ». Leur rôle est d'intervenir dans les situations de maltraitance, d'abus sexuel ou de négligence grave pendant la grossesse et

Geneviève Bazier,
direction Etudes
et Stratégies et
Marie-Christine
Mauroy,
médecin,
responsable
de la direction
médicale, Office
de la naissance et
de l'enfance

L'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) est l'organisme officiel de référence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française de Belgique) pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité.

Mots clés : enfance, grossesse, naissance, inégalités sociales de santé, accessibilité.

chez tout enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Ces équipes, composées d'assistants sociaux, de psychologues, de médecins et de juristes sont actuellement au nombre de 15 ; elles couvrent l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Progressivement et particulièrement au cours des années 1970-1980, l'ONE a construit un second pilier d'action : l'accueil du jeune enfant pendant la période 0-3 ans et, plus récemment (début des années 2000) l'agrément des initiatives d'accueil extra-scolaire pour les 3-12 ans. Dans ce cadre, l'ONE a développé un suivi médical préventif des enfants de moins de trois ans ainsi qu'un suivi de la santé de la collectivité dans toutes les structures d'accueil collectif non occasionnel.

Enfin, l'ONE fait la promotion des consultations préconceptionnelles^[A], dont l'utilité est largement démontrée^[B] : elles permettent de mettre en place différentes mesures de prévention en période préconceptionnelle (dépistages, vaccination, supplémentation, sevrages). Toutefois la réalisation concrète de ces consultations ne relève pas actuellement de ses missions mais plutôt de celles des médecins traitants, des gynécologues privés, des maisons médicales, des centres de planning.

Inégalités sociales à chaque étape

Dès la consultation préconceptionnelle, les prémices des inégalités sociales de santé s'installent déjà : actuellement, la plupart des consultations sont demandées par des patientes déjà sensibilisées et bien informées^[C]. Ainsi, lors d'une enquête réalisée auprès de 1562 femmes en Fédération Wallonie Bruxelles^[D], nous avons pu mettre en évidence que les femmes sans instruction ou d'instruction inférieure consultent moins en préconceptionnel (17 %) que les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (38 %).

Le suivi prénatal

Pour des raisons historiques et budgétaires, la répartition géographique des consultations prénatales n'est pas homogène. Elles sont majoritairement implantées en province du Hainaut (38 %), Liège (18 %) et à Bruxelles (39 %)¹, dans des quartiers défavorisés ou dans des hôpitaux publics. Avec une couverture qui approche 30 % des futures-mères, l'ONE enregistre une augmentation constante du recours à ces consultations gratuites^[E].

L'analyse du profil socio-économique des futures mères qui fréquentent les consultations prénatales de l'ONE montre que ces femmes se distinguent de l'ensemble des femmes accouchées par une série de caractéristiques de vulnérabilité^[F] :

- les futures mères de moins de 20 ans y sont proportionnellement près de quatre fois plus nombreuses : 8,7 % entre 2006 et 2009 pour 2,6 % dans l'ensemble de la population des nouvelles accouchées ;
- la proportion de futures mères isolées est deux fois plus élevée que dans la population générale (7,3 % contre 3,6 %) ;
- deux tiers d'entre elles n'ont pas d'occupation professionnelle ;
- 13 % n'ont pas atteint le niveau d'étude secondaire inférieur ;
- en 2009, 8 % de ces femmes n'avaient pas de couverture en soins de santé ; cette proportion est presque trois fois plus importante à Bruxelles ;
- Deux tiers des consultantes sont belges, un tiers d'origine étrangère. Parmi ces dernières (quelques 140 pays différents), 45 % sont établies en Belgique depuis moins de 5 ans dont 13 % depuis moins de 1 an ;
- Le suivi de la grossesse est tardif, particulièrement chez les femmes de moins de 20 ans : 35 % d'entre elles n'ont pas consulté à la douzième semaine de grossesse.

Malgré ces caractéristiques défavorables et selon les données dont nous disposons (données concernant l'issue de la grossesse pour trois-

1. Banque de Données médico-sociales de l'ONE, données 2009.



La santé de l'enfant,
approche multidimensionnelle

quarts des « volets prénatals » reçus), les indicateurs de santé des nouveau-nés semblent légèrement meilleurs que ceux de la population générale. On peut donc considérer sur base de ces résultats que les consultations prénatales jouent un rôle fondamental de protection médico-sociale pour les populations les plus démunies.

Le séjour à la maternité

Actuellement, les travailleurs médico-sociaux de l'ONE sont présents dans toutes les maternités francophones de Belgique (Région wallonne et Bruxelles). Ils y rencontrent les jeunes parents et posent les bases du suivi préventif du nouveau-né.

Ces travailleurs sont donc aux premières loges pour observer l'augmentation rapide des sorties précoces de la maternité. Ce phénomène est général en Europe ; il se justifie en partie sur le plan médical et est apprécié par des centaines de nouvelles mères. Toutefois, il est particulièrement interpellant en Belgique : en effet, l'organisation du suivi précoce à domicile (essentiellement réalisé par des sages-femmes) est majoritairement laissée aux acteurs privés locaux (services hospitaliers, sages-femmes indépendantes).

L'ONE s'est inquiété de cette situation ; il a, en 2012-2013, confié à l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, à l'Agence intermutualiste et au Groupe interdisciplinaire de périnatalité une analyse de la situation. Les résultats de cette recherche^[6] ne sont pas encore publiés. Néanmoins, il apparaît déjà que si le phénomène de la sortie précoce² ne concernait en 2010³ qu'une mère sur dix, parmi celles-ci une femme sur quatre n'a bénéficié d'aucun suivi médical (médecin et/ou sage-femme) extrahospitalier dans les six semaines qui ont suivi son retour à domicile.

Cette étude pointe des inégalités sociales en la matière : les sorties précoces seraient plus fréquentes parmi les femmes bénéficiant du statut BIM⁴ que parmi celles qui n'en bénéficient pas (14,7 % vs 9,1 %).

Au vu des données très fouillées que va produire cette étude début 2014, il importera que l'ensemble des professionnels de santé en charge du suivi des accouchées et des nourrissons se coordonnent pour organiser un suivi optimal et non discriminant de cette population.

Par ailleurs, toujours selon l'autre enquête citée ci-dessus (ref 6), les femmes seules sont plus nombreuses à sortir précocement de la maternité : 26 % contre 14 % des femmes vivant en couple. Le niveau d'instruction influence également la durée du séjour : les femmes ayant un niveau d'instruction équivalent au primaire restent significativement moins longtemps (18 % restent moins de 4 jours contre 14 % des autres femmes). À l'inverse, les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé sont plus nombreuses à rester 6 jours (9 % contre 6 % des autres femmes).

Le suivi médico-social de l'enfant

Les familles utilisatrices des consultations (qui sont ouvertes à tous) sont globalement issues de milieux plus défavorisés et présentent différents signes de vulnérabilité : ainsi, 30 % des mères n'ont pas dépassé le niveau d'étude secondaire inférieur ; près d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer ; près de 18 % des familles vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe ; 15 % des mères sont « primo-arrivantes » ; une mère sur dix a des difficultés à parler le français.

D'autres inégalités apparaissent à travers différents indicateurs, et le rapport 2006-2007 de la Banque de données médico-sociales^[11] y a d'ailleurs consacré un large chapitre. On observe notamment un lien significatif entre le niveau d'études de la mère et la durée de l'allaitement maternel, l'excès pondéral, les caries dentaires ainsi que le développement du langage. Pour chacune de ces variables, le fait d'avoir un faible niveau d'études est significativement relié aux résultats les moins favorables.

2. Séjour en maternité de moins de trois jours si accouchement par voie basse et moins de 5 jours si césarienne.

3. Analyse des données de 2010 de l'Agence intermutualiste (AIM).

4. Statut BIM : BIM = intervention majorée pour les soins de santé.

Ce code est le meilleur marqueur d'inégalité sociale disponible dans les données de l'Agence intermutualiste.

La proportion de femmes accouchées bénéficiant du statut BIM serait plus élevée en Fédération Wallonie-

5. On a considéré qu'un enfant a un

Ces constats ont amené l'ONE à développer à partir de 2011 deux importantes recherches-action sur la santé bucco-dentaire et le langage du jeune enfant⁵ dont les résultats seront publiés début 2015.

Comme pour le niveau d'études des parents, le revenu familial a un effet significatif ($p < 0,05$) sur le risque de retard de langage. Diverses études indiquent que ces retards sont particulièrement fréquents chez les enfants de familles défavorisées et qu'un statut socio-économique faible est associé à un nombre inférieur d'expériences favorables à l'acquisition du langage à l'âge préscolaire (Rowe 2005, Hoff 2003^[1]). Dès le début, ces enfants présentent un retard de leurs capacités langagières : leur vocabulaire, en particulier, se développe jusqu'à quatre fois plus lentement que celui de leurs pairs plus favorisés sur le plan économique (Feldman 2000)^[1].

L'ONE, un acteur important dans le suivi de la santé de l'enfant mais complémentaire des autres acteurs de santé

En 2011-2012, l'ONE a été maître d'œuvre d'une vaste recherche rétrospective (1562 mères résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles interrogées au départ d'un échantillon tiré de manière aléatoire à plusieurs degrés sur base du registre national.). Celle-ci était consacrée au parcours psycho-médico-social de la femme enceinte et de son bébé pendant sa première année de vie^[K].

Cette étude montre que pendant leurs douze premiers mois, presque tous les enfants ont été suivis médicalement (99,4 %). En moyenne, deux organismes ou professionnels différents ont effectué ce suivi. Les principaux intervenants sont les consultations pour enfants de l'ONE (70 %), qui devancent le pédiatre privé (57 %), les visites à domicile de l'ONE (37 %) et le médecin généraliste (21 %).

Par contre, lorsque l'enfant est malade, c'est majoritairement le pédiatre (61 %) ou le

médecin généraliste (36 %) qui sont consultés. Bien que l'ONE signale clairement qu'elle n'intervient pas lorsque l'enfant est malade et que sauf cas de force majeure des traitements n'y sont pas prescrits, le recours à l'ONE quand l'enfant est malade est signalé dans 17 % des cas. Le recours aux urgences hospitalières vient ensuite dans 15 % des cas avec un taux de 21 % chez les femmes élevant seules leur enfant.

Cette même étude pointe d'autres types d'inégalités sociales pouvant avoir des retombées sur le bien-être de la mère et, par assimilation, de l'enfant : par exemple le taux d'activité professionnelle, le type de contrat, le nombre de jours de congés est plus élevé chez les femmes de niveau d'instruction supérieur.

Il y a un biais dans cette étude : les familles des enfants ne figurant pas dans le registre national (notamment les sans-papiers) ainsi que les familles refusant de répondre aux questionnaires (notamment par incompréhension de la langue) ont été exclues de facto. Il serait fondamental de leur consacrer une étude spécifique.

Conclusions

Que ce soit au travers des bilans de santé réalisés dans le cadre de la base de données médico-sociales ou lors des différentes enquêtes et recherches que nous avons réalisées, nous constatons que de nombreuses inégalités sociales de santé persistent.

L'expérience des jeunes enfants à la maison est essentielle à leur bon développement. Les parents ayant davantage de ressources (scolarisation, revenus,...) sont plus en mesure d'offrir à leurs enfants des expériences d'apprentissage positives. Il est prouvé que les différentes difficultés dans le développement psycho moteur de l'enfant présentes au début de la scolarisation interfèrent sur le parcours scolaire ultérieur et le taux de réussite.

Les interventions et les mesures préventives dans les familles doivent dès lors cibler les divers facteurs impliqués dans l'acquisition

retard lorsqu'il ne réussit pas les deux indicateurs de développement du langage testés à 30 mois : « l'enfant construit une phrase de 3 mots » et « l'enfant utilise le "je" » dans sa langue maternelle.



La santé de l'enfant,
approche multidimensionnelle

des compétences et comportements et ce, suffisamment tôt dans le développement de l'enfant.

L'accès à l'information est également un facteur d'inégalités significatif. Malgré les efforts consentis par les professionnels de terrain pour s'ajuster de plus en plus aux besoins des familles, force est de constater qu'une partie de la population n'a pas accès aux documents informatifs, ou du moins les exploite difficilement. Les analphabètes fonctionnels et les primo arrivants constituent des cibles à risque de déficit d'information évident. Il est dès lors important qu'un effort soit consenti par les services afin de rendre l'information accessible à tous les parents.

Selon le rapport annuel 2010 de l'ONE, seulement 28 % des enfants de moins de trois ans vont régulièrement dans un milieu d'accueil en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'accès à un milieu d'accueil de qualité pour tous constitue également un facteur important dans la lutte contre les inégalités.

Enfin, les partenariats effectifs entre tous les acteurs favorisent une meilleure connaissance des besoins des familles et impulsent une dynamique de réseaux favorable à la réduction des inégalités. ●

Références

A. *La santé préconceptionnelle à destination des professionnels de la santé en Fédération Wallonie Bruxelles*, Pr P. Delvoye, 2011, Ed ONE.

B. *Preconception care and preconception health, program and abstracts*, First european congress, Brussel, 6-9 october 2010, one.be.

C. « Show your love » la nouvelle campagne de promotion de la santé préconceptionnelle aux Etats-Unis. Gilles Ceysens et le collège des conseillers gynécologues et sage-femme de l'ONE, 2013, Gunaikeia.

D. *Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil*, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated Research, novembre 2012.

E. *Rapport annuel ONE 2011*, source Direction des

Consultations et Visites à domicile, p 31.

F. *Rapport 2010 Banque de données médico-sociales, ONE, D/ 2011/74.80/84, Comment évolue la population des femmes enceintes suivies à l'ONE*, p 209-210.

G. *Recherche ADELE, Accompagner le retour au domicile de l'enfant et sa mère : organiser les liens et évaluer, recherche actuellement en cours*, N. Moreau, M. Ruttiens, N. Regueras, J. Guillaume, R. Vander Linden, S. Alexander, P. Humblet, ESP ULB, Agence intermutualiste, GIP.

H. *Rapport ONE de la banque de données médico-sociales de l'ONE 2006-2007, les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois*, MC Mauroy, M Sommer, M. Liégeois, S Ndam Ebonge, 2009, p 143-157.

I. Hoff E., « The specificity of environmental influence : Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech » in *Child Development*, 2003, 74 (5) : 1368-1378.

J. Feldman HM., Dollaghan CA. et al., « Measurement properties of the MacArthur communicative development inventories at ages one and two years » in *Child Development*, 2000, 71 (2) : 310-322.

K. *Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated Research, novembre 2012.*

