

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



4 juin 2013

SESSION ORDINAIRE 2012-2013

AUDITIONS SUR LA THÉMATIQUE DES GROSSESSES PRÉCOCES

RAPPORT

fait au nom de la commission des Affaires sociales

par Mme Mahinur OZDEMIR

SOMMAIRE

1. Désignation du rapporteur / de la rapporteuse.....	3
2. Exposé de M. Jules Messinne, coprésident de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse.....	3
3. Exposé de Mme Katty Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'Ecole de santé publique de l'ULB.....	4
4. Exposé de Mme Sonia de Crane, asbl Axado, sexologue et formatrice à l'Ecole de parents et des éducateurs (EPE).....	8
5. Discussion.....	11
6. Exposé du Docteur Patricia Barlow, cheffe de clinique en gynécologie obstétrique à l'hôpital Saint-Pierre.....	13
7. Exposé de M. Samuel Ndamé Ebongue, gestionnaire de projets à la Direction Etudes et Stratégies et chargé de gestion de la Banque de données médico-sociales de l'Office national de l'Enfance.....	15
8. Discussion.....	35
9. Exposé de Mme Katinka in 't Zandt, représentante du centre de planning familial Free Clinic.....	37
10. Exposé de Mme Hélène Vanhaelen, représentante du centre de planning familial Plan F.....	38
11. Discussion.....	39
12. Lecture et approbation du rapport.....	40
13. Annexes.....	41

Membres présents : Mme Dominique Braeckman, Mme Nadia El Yousfi, M. Jamal Ikazban, Mme Marion Lemesre, Mme Gisèle Mandaila, Mme Alain Maron, M. Pierre Migisha, M. Ahmed Mouhssin, Mme Catherine Moureaux, Mme Mahinur Ozdemir, Mme Olivia P'tito, Mme Jacqueline Rousseaux et Mme Fatoumata Sidibé (présidente).

Membres absents : Mme Michèle Carthé (remplacée), M. Vincent Lurquin et M. Gaëtan Van Goidsenhoven (excusé).

Ont également participé aux travaux : M. Michel Colson, M. Emmanuel De Bock et Mme Caroline Persoons (députés).

Mesdames,
Messieurs,

La commission des Affaires sociales a procédé, en ses réunions des 14 février, 6 mars, 15 mai 2012, 26 mars et 4 juin 2013, à des auditions sur la thématique des grossesses précoces.

1. Désignation du rapporteur / de la rapporteuse

Mme Mahinur Ozdemir a été désignée en qualité de rapporteuse.

2. Exposé de M. Jules Messinne, coprésident de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse

M. Jules Messinne, coprésident, informe que le rapport bisannuel de la Commission nationale d'évaluation pour les années 2008-2009, publié en août 2010, a été communiqué à tous les Parlements du Royaume y compris à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

M. Messinne rappelle que la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'IVG a pour mission d'établir des statistiques sur base des données communiquées par les hôpitaux et les centres de planning familial. Ces derniers pratiqueraient plus de 80 % des interruptions volontaires de grossesse en Belgique.

M. Messinne souligne que la Commission n'est pas certaine que les statistiques publiées correspondent à la réalité de terrain dans la mesure où celle-ci ne dispose pas d'un pouvoir de contrôle à l'égard du corps médical et des institutions quant à l'obligation légale de communiquer toutes les IVG pratiquées en milieu hospitalier en Belgique.

Il constate que le nombre d'interruptions volontaires de grossesses augmente de manière relativement constante mais faiblement depuis l'existence de la Commission nationale d'évaluation créée en 1990 suite à la dépénalisation partielle de l'IVG.

Selon lui, les médecins et les autres institutions qui pratiquent l'IVG ont davantage pris conscience de l'importance de la communication du nombre d'IVG à la Commission nationale d'évaluation afin de disposer d'un outil performant d'évaluation.

Il explique qu'au début des années '90, le corps médical était très méfiant à l'égard de la Commission

nationale d'évaluation qu'ils considéraient comme une instance de dénonciation. Cette suspicion venait entre autre d'une mauvaise interprétation de la loi du 3 avril 1990 qui dépénalise partiellement l'avortement et celle du 3 août 1990 qui instaure la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990.

La première loi adoptée le 3 avril 1990 modifiant l'article 350 du Code pénal précise les conditions dans lesquelles l'avortement ne constitue pas une infraction.

1) Les délais légaux

a) Le cas général :

L'article 350 du code pénal précise que l'avortement n'est pas punissable lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- l'interruption est demandée par la femme en situation de détresse;
- l'interruption est pratiquée avant la fin de la douzième semaine suivant la conception;
- l'intervention a lieu six jours au moins après une première consultation auprès du médecin et de la femme a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, « sa détermination à y faire procéder ».

b) Les cas particuliers :

Si la grossesse résulte d'un viol, le délai de douze semaines s'applique. « Lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue eu moment du diagnostic », l'interruption de grossesse peut être pratiquée au-delà du délai de douze semaines. Dans ce cas, l'avis d'un second médecin est sollicité.

2) Les mineures

La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse n'évoque pas l'âge de la femme. Par conséquent, ce sont les dispositions légales régissant l'intervention d'un médecin à l'égard des mineures qui s'appliquent.

En principe, les mineures ne peuvent donner leur consentement à un traitement médical, et le consentement des parents ou des représentants légaux est obligatoire.

Toutefois, le conseil national de l'Ordre des médecins a émis un avis dans lequel il fait une distinction selon que les mineures ont atteint ou non « l'âge de raison ». Ce dernier n'est pas exprimé en années, mais dépend de la faculté de discernement du mineur, qu'il appartient au médecin d'apprécier.

Dans la pratique, en matière d'avortement, si l'accord parental ou celui d'une personne de confiance faisant partie de l'entourage de la mineure est exigé pour les mineures de moins de quatorze ans, aucune autorisation n'est demandée pour les mineures de plus de quatorze ans.

Face à cette augmentation des IVG pratiquées en Belgique, M. Messinne souhaite ne pas en tirer des conclusions hâtives mais il se livre à quelques réflexions :

- La population recensée (citoyens inscrits dans les registres de la population) a augmenté au cours des dernières années. A ne pas confondre avec la population réelle qui vit sur le territoire belge et qui comprend les gens du voyage, les clandestins, les demandeurs d'asile etc.
- Le ratio est stable : entre 141 et 152 IVG déclarées pour 1.000 naissances vivantes entre 2001 et 2008.
- 25 % des IVG déclarées ont lieu en région bruxelloise.
- La moyenne d'âge des IVG varie très peu depuis l'existence de la Commission et est de 27,40 pour 2006 et 27,33 pour 2009.

Concernant les IVG dites « précoces », dans le rapport de la Commission nationale d'évaluation parle des années 2004 à 2009, les statistiques reprennent les femmes par tranche de 5 ans d'âge :

- De 10 à 14 ans : pas d'IVG déclarée entre 10 et 11 ans, à 12 ans : 2 en 2008 et 1 en 2009 (0,01 %), à 13 ans : 0,08 % pour 2008 et 0,06 % pour 2009.

Les IVG représentent pour cette tranche d'âge précoce plus ou moins 0,5 % du nombre total d'IVG déclarées.

Une autre manière de présenter les chiffres est la suivante :

- De 12 à 17 ans, en 2008 : 6,5 % d'IVG déclarées, en 2009 : 6,13 % et en 2010, 5,96 %.

Les IVG représentent pour cette tranche d'âge précoce plus ou moins 6 % du nombre total d'IVG déclarées.

Et enfin, une troisième manière de présenter les statistiques :

- De 12 à 18 ans, en 2008 : 10,40 %, en 2009 : 9,96 % et en 2010 : 9,64 %.

Les IVG représentent pour cette tranche d'âge plus ou moins 10 % du nombre total d'IVG déclarées. Ce n'est pas négligeable mais 18 ans correspond à l'âge adulte.

Selon lui, le phénomène des grossesses précoces n'est pas nouveau et n'est pas explosif.

Les chiffres des IVG pratiquées sur de jeunes adolescentes sont stables.

Une des causes des IVG précoces viendrait d'un phénomène naturel.

La précocité de la puberté auprès des jeunes filles qui seraient de plus en plus aptes à la reproduction.

Les femmes seraient donc de plus en plus mûres sexuellement.

M. Messinne estime que le meilleur moyen de lutter efficacement contre les grossesses précoces est d'éduquer les jeunes adolescents et adolescentes tant à l'extérieur des établissements scolaires (dans la sphère familiale) qu'à l'intérieur des écoles par la dispense d'un cours d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle des élèves.

L'intervenant estime que les professeurs de morale, de religion ou de biologie aussi brillants soient-ils dans leur matière ne sont pas toujours les personnes les mieux placées pour donner des cours d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle à leurs élèves.

M. Messinne suggère qu'une réflexion soit menée à ce sujet et qu'un cours d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle soit donné en milieu scolaire par des professeurs spécialisés en la matière.

3. Exposé de Mme Katty Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'Ecole de santé publique de l'ULB

Mme Katty Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'Ecole de santé publique de l'ULB, communique quelques statistiques du Service public fédéral de l'Economie, des petites et moyennes

Entreprises, des Classes moyennes et de l'Energie concernant des cas de grossesses précoces vécues par des jeunes âgées entre 14 et 19 ans.

Le tableau ci-dessous reprend les statistiques de naissances vivantes selon l'âge et la nationalité en Belgique pour l'année 2008 ⁽¹⁾.

Age (ans)	Belge	Etrangère	Total
< 14	3	2	5
14	12	6	18
15	61	21	82
16	188	35	223
17	355	102	457
18	619	166	948

	Nombre	%
n total	127.205	100
n NV < 18	785	0,62
n NV < / = 18	1.733	1,36

Mme Renard expose ensuite les statistiques d'interruption volontaire de grossesse (IVG) issues du rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse qui sont recensées en Belgique pour l'année 2008.

Les IVG pratiquées sur des jeunes filles âgées entre 10 et 19 ans représentent 2,1 % des naissances vivantes.

Les naissances vivantes, pour le groupe des 10 à 19 ans, représentent 1,36 % de toutes les naissances.

Le tableau ci-dessous reprend les statistiques d'IVG selon le groupe d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans, exprimées en termes de nombre et de pourcentage ⁽²⁾.

IVG 10 – 19 ans		
Age (ans)	Nombre	%
10 – 14	105	0,56
15 – 19	2.588	13,92
Total	18.595	100

(1) Statistics Belgium, Naissances vivantes, SPF, Economie, PME, classes moyennes et Energie; statbel.fgov.be/fr.
 (2) Rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse – Rapport à l'attention du Parlement : 1^{er} janvier 2008-31 décembre 2009.

Mme Renard cite quelques chiffres d'une enquête HBSC 2006 réalisée en décembre 2008.

L'âge médian du premier rapport sexuel serait 17 ans.

51,5 % des élèves âgés de 15 à 18 ans déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle, 10,7 % de ces jeunes déclarent avoir eu une relation sexuelle précoce avant 14 ans et 77,7 % de ces derniers déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel entre 12 et 13 ans.

Cette étude observe que la variation de l'âge pour le premier rapport sexuel pour un garçon dépendrait de la filière de l'enseignement.

L'intervenante cite quelques chiffres relatifs à la contraception :

- 81,5 % des jeunes âgés entre 15 et 22 ans déclarent qu'ils ont utilisé une méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel, soit les deux ou le partenaire,
- 83 % des jeunes filles âgées entre 15 et 22 ans déclarent avoir utilisé la pilule contraceptive lors du dernier rapport sexuel et
- 28 % des jeunes filles (15-22 ans) qui ont déjà eu un rapport sexuel déclarent avoir déjà utilisé la pilule du lendemain.

Parmi ces jeunes filles, 2,3 % ont répondu qu'elles ignorent ce qu'est la pilule du lendemain.

Plus de 95 % des jeunes âgés entre 15 et 18 ans sexuellement actifs ont « déjà vu ou manipulé un préservatif », 69 à 85 % des jeunes de 15 à 18 ans qui n'ont jamais eu de relation sexuelle ont « déjà vu ou manipulé un préservatif » et 56,5 % des jeunes de 15 à 18 ans déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Cette enquête montre que le préservatif est davantage utilisé comme un moyen de protection plutôt que comme un moyen de contraception.

Une grossesse non prévue à l'adolescence ne se résume pas à un problème de contraception et peut être la conséquence d'un rapport sexuel peu fréquent, imprévu, discontinu ou d'une utilisation incorrecte d'un moyen de contraception. Celle-ci peut également s'expliquer par une vie affective et sexuelle généralement précoce avant l'âge de 17 ans.

Le rôle de la sexualité au sein du couple (la communication, le respect mutuel, l'activité sexuelle), la conscience ou non du risque de grossesse et de fertilité, le désir de grossesse ou d'enfant sous-jacent (la

longévité du couple, le désir du partenaire, la volonté de se rassurer sur sa fertilité, de réussir à mener à bien un projet) et/ou le parcours scolaire chaotique sont des facteurs qui doivent également être pris en compte.

L'intervenante donne quelques pistes pour la prévention et cite la qualité et l'accès à l'information, l'identification des services mis à disposition, les méthodes contraceptives (les limites, le fonctionnement et la gratuité) et la connaissance de l'accès à la contraception ainsi que les perceptions, les représentations et les méthodes.

Afin de conscientiser les adolescentes sur le risque de grossesse et le risque de fertilité, l'intervenante plaide en faveur d'une animation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire. Un espace de parole et d'échange avec un adulte compétent permet d'aborder d'autres dimensions, à savoir le respect de soi et de l'autre, l'aptitude à communiquer au sein du couple et la capacité de négociation.

Concernant l'animation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, Mme Renard cite différentes études déjà réalisées, à savoir, l'état des lieux réalisé par l'ULB – Promes de janvier à septembre 2003, l'élaboration du programme VAS d'octobre à décembre 2003 et un projet-pilote et une évaluation réalisés de 2004 à 2005.

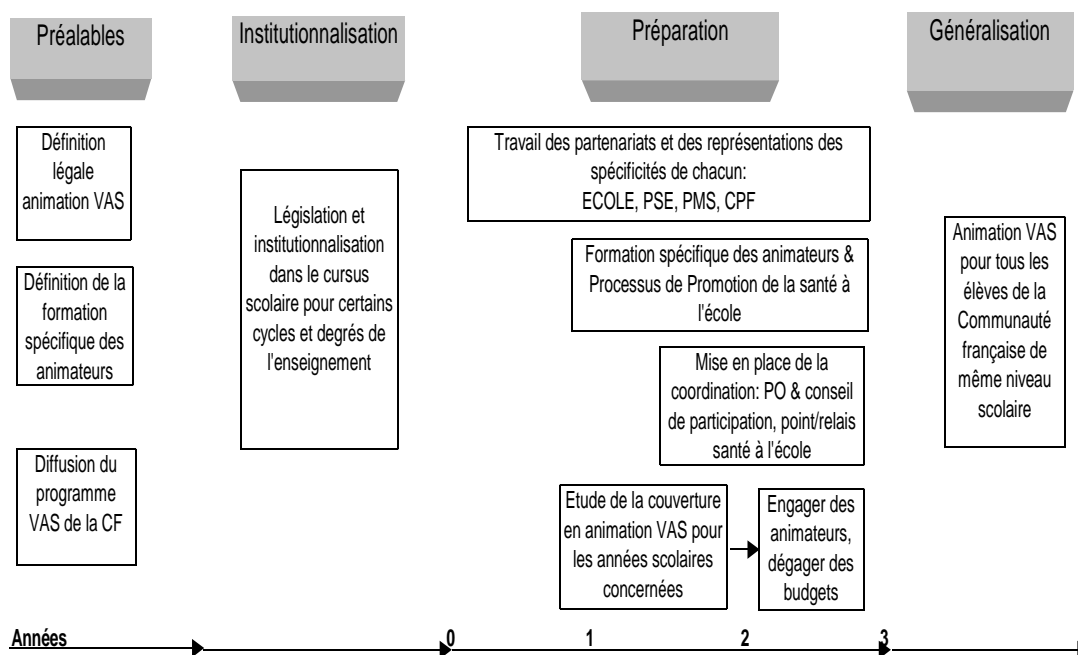
Le programme VAS qui est un programme réalisé en étroite collaboration entre l'Université de Liège, l'Université libre de Bruxelles et les Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur a pour sujet l'animation à la vie affective et sexuelle à l'école et propose une série d'objectifs, de thématiques et de stratégies.

Dans un souci de cohérence et d'équité, Mme Renard recommande une généralisation du programme d'animations systématiques plusieurs fois sur le cursus scolaire et pour la première fois avant l'âge de 14 ans. Ce programme ne doit pas être donné dans un cours mais dans un espace de parole et d'écoute.

Les jeunes doivent pouvoir bénéficier d'un relais quand ils en ont besoin et ce relais doit se trouver dans l'école avec des personnes-ressources.

Il faut avoir une vision positive, accroître les compétences des jeunes dans ce domaine, atteindre les objectifs d'autonomie (relais et connaissance des ressources) et développer une méthodologie participative afin de déterminer les besoins.

Les étapes de la généralisation



Dès qu'un problème de grossesse non désirée et précoce dans une école secondaire hors Bruxelles dans l'enseignement professionnel existe, l'adolescente est mise en contact avec un centre de planning à \pm 20 km. L'intervenante considère que la mise en place d'un relais entre l'école et le Centre psycho-médico-social (CPMS) fut une expérience réussie.

En 1999, le proviseur et le centre PMS ont contacté un centre de planning familial pour réaliser ce type d'animations dans l'école.

Elle souligne le travail en réseau des trois institutions qui organisent des réunions deux fois par an et qui ont pour thème l'organisation et l'évaluation.

Elle relate le succès et la satisfaction de tous les acteurs.

Enfin, elle précise que toute demande d'un élève dans ce domaine est orientée si cela s'avère nécessaire vers un centre de planning familial même pendant l'heure de cours si l'élève ne peut s'y rendre à un autre moment et avec l'accord du proviseur.

4. Exposé de Mme Sonia de Crane, ASBL Axado, sexologue et formatrice à l'École de parents et des éducateurs (EPE)

« Je ne voulais pas lui faire un enfant, juste avoir des relations sexuelles. »

« Je ne voulais pas tomber enceinte, juste faire l'amour. »

« Je ne voulais pas accoucher, juste être enceinte. »

« Je ne voulais pas avoir un enfant, juste un bébé. »

« Je ne voulais pas être parent, juste avoir un enfant. »

L'équipe d'Axado agit dans tout le réseau de la Communauté française dans les domaines de la préadolescence et de l'adolescence, par le biais d'animations d'espaces de parole pour les jeunes (à raison d'environ 2.000 jeunes par an) afin de les accompagner dans toutes leurs questions affectives, relationnelles et sexuelles qui peuvent les préoccuper à l'adolescence, par le biais de la formation de professionnels exerçant une fonction éducative de 1^{re} ligne avec les adolescents ainsi que du soutien à la parentalité par le biais de conférences organisées par l'Institution d'éducation permanente (EPE) ou dans les écoles où l'équipe Axado travaille.

Suite au succès du colloque de 2004 qui avait été organisé par l'EPE sur le thème de la grossesse à l'adolescence (« mineures enceintes, mineures dans l'attente »), l'EPE en collaboration avec le SDJ du Hainaut (Charleroi et Mons) ont proposé des formations pour accompagner toute personne interpellée par la grossesse à l'adolescence.

Pour rappel, les travailleurs du « Service Droit des Jeunes » (SDJ) en tant que service d'aide en milieu ouvert, reçoivent des demandes d'aide de la part de jeunes de moins de 18 ans et de familles. Des professionnels s'adressent également à eux pour obtenir informations et conseils. Ils ont pour particularité d'utiliser le droit comme outil de travail social.

L'idée était d'avoir une formatrice de l'EPE ayant un apport davantage basé sur l'accompagnement et une formatrice du SDJ ayant un apport plus juridique. Au fil des années, le public a beaucoup évolué et les demandes ont changé. Ce n'était plus que des demandes de professionnels pour améliorer l'accompagnement de ces jeunes filles enceintes ayant décidé d'avorter ou de garder leur bébé. L'aspect « formation » des professionnels est important : l'organisation de formation intégrant les aspects juridiques, éthiques, psychologiques, sociologiques liés à ces situations permettrait d'aider les différents profession-

nels concernés à accompagner au mieux ces jeunes, au plus près de leurs besoins et de la particularité de leurs situations, sans stigmatisation, ni banalisation.

Ces situations suscitent des réactions émotionnelles importantes auprès des professionnels de différents secteurs (aide sociale, scolaire, aide à la jeunesse etc.). Les parentalités précoces interpellent, interrogent voire parfois dérangent.

Chez certaines, elles peuvent être attribuées à un comportement déviant. Le désir de grossesse ou d'enfant ne semble pas autorisé à l'adolescence, comme si cela ne pouvait exister que chez les femmes plus mûres. L'âge de la 1^{re} maternité est chaque année plus tardif (autour de 29 ans). Et donc la maternité à l'adolescence induit beaucoup de résistances de la part des familles, de la société et même des professionnels.

C'est comme si il y avait un déplacement de l'interdit : la sexualité précoce est tolérée mais la maternité précoce non. Aujourd'hui, la contraception et le droit à l'IVG permettent aux femmes de contrôler leur fertilité et les grossesses sont programmées.

L'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas pu gérer sa contraception, d'avoir fait une bêtise et de ne pas avoir pu résister au désir ou à la pression. Elle est moralement fautive.

Comme le souligne d'ailleurs très bien le Docteur Patrick Alvin, Pédiatre dans Le Service de médecine pour ados à l'hôpital Bicêtre à Paris « quand on annonce à l'entourage familial, scolaire ou institutionnel qu'une jeune fille adolescente était enceinte, on voit qu'ils reçoivent 3 mauvaises nouvelles : elle a une vie sexuelle, elle est enceinte et de plus peut-être qu'elle l'a voulu ».

En Belgique, près de 3 pour 1.000 mères accouchent avant d'avoir 19 ans et, même si ce chiffre est en augmentation pour la Wallonie et pour Bruxelles, ce n'est pas pour cette raison qu'on peut parler d'un problème ou d'un phénomène. D'ailleurs, globalement, dans le cadre des consultations du SDJ, il n'est pas si fréquent que cela d'être parent à l'adolescence. Cette tendance semble ne pas s'inverser, au contraire.

Il faut se rappeler que le taux de grossesse en Belgique est faible comparativement avec d'autres pays d'Europe comme l'Angleterre (28,6 pour 1.000) par exemple et que les USA où le taux est de (52,8 pour 1.000). C'est un constat, c'est une réalité. De tout temps et à toutes les époques, il y eut des mamans mineures et, dans notre pratique, il n'est pas démontré que ces jeunes parents soient meilleurs ou pires que d'autres parents plus âgés.

Avant d'aborder le volet de l'accompagnement de ces jeunes filles qui deviennent mamans à l'adolescence, l'intervenante développe les points suivants :

A. L'accompagnement des jeunes filles dans leur choix avant l'accouchement ou l'avortement ?

- 1) Ecoute et principe de réalité sachant que l'adolescente enceinte traverse 2 crises de maturité en même temps : celle de l'adolescence et celle de la maternité.

L'enjeu de la crise d'adolescence est de renoncer à l'enfance pour devenir un adulte.

L'enjeu de la 1^{re} maternité, c'est de devenir parents et ne plus être uniquement « l'enfant de », c'est un changement inéluctable de génération.

- 2) Accompagner d'intervenants stables sans multiplier les intervenants.

B. L'accompagnement de la jeune fille après l'accouchement ou l'avortement ?

Après, il y en a une qui se retrouve avec un bébé, l'autre sans, qu'est ce que cela va induire dans leur vie ?

- Celle qui se retrouve sans le bébé, doit faire le deuil du bébé et de n'être pas devenue mère comme elle l'a peut être envisagé un instant.

Comment la jeune fille réintègre cet événement dans son parcours de vie ?

Il existe 2 consultations médicales. Après, il y a aussi la possibilité d'avoir des accompagnements psy facultatifs mais bien souvent elles n'assistent ni à l'un, ni à l'autre car cela remémore l'événement dont elles n'ont pas toujours envie de se souvenir.

L'intervenante suggère d'avoir un relais psy dans un autre lieu que celui de l'événement.

- Celle qui se retrouve avec un bébé, doit faire le deuil de n'être déjà plus jeune fille mais déjà mère et le deuil du bébé imaginé. Le décalage entre le bébé imaginé et le bébé réel est encore plus grand que chez la femme adulte. Le bébé a souvent été idéalisé, imaginé comme valorisant. Cette confrontation au nouveau-né réel est souvent très difficile à vivre pour la mère adolescente. C'est pourquoi, après la naissance, l'accompagnement devient indispensable.

En tant qu'accompagnant, les sources de soutien de l'adolescente et ses rapports avec son entourage

sont à explorer (grands-parents, etc.). Le soutien peut venir aussi des institutions si les rapports sont trop conflictuels avec son entourage.

Par ce soutien affectif, matériel et social, l'adolescente, tout en assurant sa fonction maternelle, doit pouvoir vivre son adolescence, poursuivre sa scolarité, s'intégrer dans la vie sociale.

Le service Tremplin SAIE qui apporte une aide éducative au bénéfice des enfants et des jeunes dans leur milieu de vie ou aux jeunes en logement autonome, et avec qui Axado collabore également, vient de créer une plateforme « Jeunes Parents » pour réfléchir à cet accompagnement indispensable pour ces jeunes filles.

Lorsque la famille élargie ne peut venir en aide aux nouveaux jeunes parents ou que la future mère, encore adolescente se retrouve isolée et démunie, il n'existe que très peu de structures spécialisées pour les accompagner mais finalement pas mal d'acteurs de terrain qui essaient, chacun dans leur réseau, de proposer des solutions adéquates.

Ce n'est pas le nombre de mamans mineures qui pose question mais bien plus la précarité dans laquelle doivent se débrouiller certains jeunes parents. Surtout ceux qui sont en difficultés avec leurs propres familles ou qui ont des parcours déjà fragilisés.

Parmi toutes ces adolescentes qui ont un parcours fragilisés, certaines sont parfois prises dans une ambiguïté telle qu'elles semblent hésiter entre tentative de suicide et tentative de maternité.

L'intervenante constate également que la législation belge place le parent mineur d'âge dans une situation particulière puisqu'il se retrouve coincé entre deux statuts : celui de parent responsable du devenir de son enfant et celui de mineur incapable de gérer sa personne et ses biens. Cela peut être la source de nombreux conflits, notamment intergénérationnels.

Certains « vides » peuvent être aussi constatés.

Si les mineures ayant un enfant à charge peuvent bénéficier du revenu d'intégration sociale (RIS) délivré par le CPAS, il reste la question du logement et des places en crèche trop rares et trop chères. En effet, les crèches sont primordiales pour « aérer » le lien mère-enfant et laisser une place à la jeune maman pour ses projets personnels et ce, afin d'éviter le repli sur soi de la mère adolescente et le décrochage scolaire.

Il est déjà difficile de trouver un logement de manière générale mais lorsque l'on est une jeune ma-

man mineure avec son bébé dépendant du CPAS, c'est encore plus difficile.

L'intervenante propose qu'une priorité soit accordée aux jeunes mamans mineures dans l'accès aux logements sociaux.

Des mesures pour faciliter le quotidien des jeunes mamans mineures sont à prendre avec discernement afin qu'elles n'aient pas pour effet pervers de donner des envies de maternité aux autres jeunes.

Selon elle, des adaptations de différents dispositifs légaux devraient être envisagées notamment en matière de soins de santé et de scolarité :

- En matière de soins de santé, pour bénéficier du remboursement des soins de santé et d'autres avantages proposés par les mutualités, tout enfant doit être inscrit comme « personne à charge » sur le carnet d'un « titulaire ». Habituellement, il s'agit du parent.

Dans le cas d'un parent mineur d'âge, la situation est plus compliquée : en règle générale, une personne mineure d'âge ne peut devenir titulaire d'un carnet de mutuelle.

- La scolarité est un droit pour le jeune consacré par les traités internationaux et une obligation dans le chef des parents en vertu de la loi du 29 juin 1983. Le droit belge ne fixe aucune réglementation spécifique pour les parents mineurs d'âge. La pratique démontre souvent que les adolescentes interrompent leur scolarité en cas de grossesse. Les causes du décrochage : la perte de repères, la crainte du jugement ou d'être exclue du groupe, l'investissement dans un autre projet et/ou la crainte du rejet par les professeurs.

Au niveau de l'approche de la prévention, le mot « Prévention » est déjà empreint de culpabilité puisque qu'on parle déjà de quelque chose qu'on ne veut pas qui arrive. Avec le mot prévention, c'est l'adulte qui répond pour le jeune.

Dans le mot « Responsabilisation », on répond pour soi, on répond de ses compétences personnelles.

Quid concernant l'éducation affective et sexuelle sur le terrain ?

- La prévention liée à l'information est souvent d'ordre médical.
- La prévention liée à la rencontre, l'accompagnement a lieu dans des Espaces de paroles (avec parole d'expertise).

Dans un climat de confiance, il faut établir une vraie écoute. Partir de leurs questions, leurs inquiétudes, les rejoindre là où ils sont, ne pas vouloir absolument qu'ils partent avec des infos.

Etablir un vrai échange. Les jeunes écoutent si on les écoute, accueillent si on établit une vraie relation éthique avec eux et non uniquement informative.

C'est ce qui permet aussi de les mettre en questionnement, de les faire réfléchir sur ce qu'ils vivent dans leur quotidien et dans leurs relations avec les autres et ainsi les aider à se responsabiliser. Travailler sur les connaissances des différents fonctionnements physiologiques et psychologiques garçon-fille.

L'intervenante rappelle certaines dispositions légales du Code civil en la matière.

- **L'article 228 du Code civil** qui prévoit que la reconnaissance peut être faite par un incapable. Les adolescents n'ont donc besoin d'aucune autorisation particulière pour procéder ou consentir à la reconnaissance. En conséquence, la mère mineure d'âge doit seule consentir à la reconnaissance sans que ses propres parents n'aient leur mot à dire.

Le père mineur d'âge peut reconnaître son enfant, même avant la naissance, pour autant que la mère de l'enfant y consente.

En cas de refus de la mère, le père dispose d'un recours devant le Tribunal de première instance.

- **L'article 372 du Code civil** qui prévoit que l'enfant est sous l'autorité de ses pères et mères jusqu'à sa majorité ou son émancipation. Cette disposition ne fixe aucune restriction pour les parents mineurs d'âge qui exerceront eux-mêmes l'autorité parentale sur leur enfant. Ils devront donc gérer sa personne en l'éduquant, l'entretenant, le représentant dans tous les actes juridiques, en prenant toutes les décisions qui le concernent; tout en étant également placés pour leur propre personne sous l'autorité de leur père et mère.

- **L'article 375bis du Code civil** qui prévoit que les grands parents ne sont pas investis de l'autorité parentale à l'égard de leurs petits-enfants et qu'ils ne disposent que d'un droit aux relations personnelles.

Des droits sont reconnus aux parents mineurs d'âge dans le cadre de différentes législations :

- en matière d'allocations familiales;

- lorsque la solidarité familiale et les allocations familiales ne permettent pas à une personne mineure d'âge enceinte ou déjà maman de subvenir à ses besoins, elle peut introduire une demande de « droit à l'intégration sociale » auprès du CPAS de la commune où elle est domiciliée.

Outre l'absence de ressources suffisantes, la personne doit remplir quatre autres conditions pour pouvoir bénéficier de ce droit : avoir sa résidence effective en Belgique, être belge ou assimilée, être disposée à travailler, avoir fait valoir ses droits aux autres prestations sociales auxquelles elle peut prétendre. Cette aide est secondaire par rapport à la solidarité familiale et résiduaire par rapport à l'ensemble du système de sécurité sociale.

5. Discussion

Mmes Dominique Braeckman (Ecolo) et Gisèle Mandaila (FDF) se demandent si le nombre d'IVG réalisées en région bruxelloise, soit 25 %, concerne toutes les tranches d'âge évoquées lors des exposés.

Mme Braeckman souhaiterait avoir des précisions quant aux causes probables de l'augmentation des pubertés précoces. Parmi les jeunes interrogés, 28 % d'entre-eux ont déclaré avoir déjà pris la pilule du lendemain. Ces jeunes passent-ils ensuite à un moyen de contraception plus traditionnel ? Les jeunes adolescents masculins fréquentent-ils les espaces rencontres ?

Mme Gisèle Mandaila demande si les relations précoces sont plus nombreuses dans l'enseignement professionnel. L'usage du préservatif féminin est-il fréquent ?

M. Pierre Migisha (cdH) s'interroge sur les raisons du pourcentage (25 %) d'IVG réalisées en Région bruxelloise. Quel âge serait le plus approprié pour ces jeunes pour suivre un cours d'éducation sexuelle à l'école ? Lors de la naissance d'un bébé de parents précoces, le rôle du papa adolescent est-il plus compliqué dans la société actuelle ?

Il estime qu'il est important de permettre à ces jeunes mères de vivre leur première maternité dans de bonnes conditions.

Mme Sonia de Crane, asbl Axado, sexologue et formatrice à l'École de parents et des éducateurs (EPE), précise que les séances d'information organisées par Axado mettent les filles et garçons dans une situation de confrontation et scinde ensuite les adolescents en deux groupes féminin et masculin.

Elle précise à Mme Mandaila que le préservatif féminin n'est pas très utilisé car il n'est pas très confortable.

La pilule du lendemain ne peut être prescrite que 5 fois par an au maximum car le dosage hormonal est très puissant.

Mme de Crane précise à M. Migisha qu'elle n'est pas favorable pour donner un cours d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle aux enfants de 6^{ème} primaire où la maturité pour entendre ce genre de discours varie très fortement en fonction des enfants mais plutôt un cours sur les changements pubertaires et d'éducation à la citoyenneté.

Elle préconise plutôt un cursus à l'attention des adolescents âgés entre 13 et 16 ans à partir de la 2^{ème} année de l'enseignement secondaire.

Mme Kathy Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'École de santé publique de l'ULB, confirme que 15-16 ans c'est déjà trop tard car 10,7 % de ces jeunes déclarent avoir eu une relation sexuelle précoce avant 14 ans. Il faut donc un premier contact au plus tard en 2^{ème} secondaire. Le premier contact doit permettre aux jeunes de connaître les ressources mobilisables au moment où il en a besoin. D'où, l'intérêt d'avoir des personnes relais au sein de l'école et une connaissance des services extérieurs.

M. Jules Messinne, coprésident de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, précise que la Commission ne dispose pas de statistiques permettant de ventiler par tranche d'âge le pourcentage de 25 % d'IVG réalisées en région bruxelloise.

Il rappelle qu'1,5 % des IVG sont réalisées à l'étranger.

La Région de Bruxelles-Capitale est certes la région où se pratique le plus grand nombre d'IVG, viennent ensuite la province d'Anvers en région flamande et la province du Hainaut en région wallonne.

Il constate qu'1/3 des IVG pratiquées par des jeunes femmes se trouvent dans une situation matérielle défavorable.

D'après les statistiques, il existerait une corrélation entre le nombre d'IVG déclarées et le lieu « défavorable » où elles sont pratiquées hors milieu hospitalier.

M. Messinne souligne qu'en région flamande, très peu d'IVG sont déclarées par le corps médical.

Mme Kathy Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'École de santé publique de l'ULB, précise qu'il faut instituer des relais à l'intérieur et à l'extérieur de l'école.

Elle rappelle que le gouvernement Wallonie-Bruxelles a prévu dans son accord de majorité en 2009 de généraliser les cours à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans les établissements scolaires.

Il faut, selon elle, renforcer les cours de biologie dans l'enseignement technique et professionnel car ces cours sont d'un niveau très faible par rapport à l'enseignement général.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) demande si le pourcentage de formation est le même dans toutes les écoles. Dans les grossesses précoces, y-a-t-il plus de nourrissons prématurés ?

Elle s'interroge sur les droits de l'enfant d'un parent mineur d'âge ?

Mme Mahinur Ozdemir (cdH) demande s'il existe un suivi prénatal et un suivi psychologique après l'interruption volontaire de grossesse.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) s'interroge sur les IVG pratiquées après le délai légal de douze semaines de grossesse.

Ces jeunes femmes pratiquent-elles l'IVG dans la clandestinité ou se rendent-elles aux Pays-bas où le délai légal pour l'avortement est plus long ?

A la question de Mme Mandaila relative à l'existence ou non de cours d'initiation pour parents de jeune fille enceinte, **Mme Sonia de Crane, asbl Axado, sexologue et formatrice à l'École de parents et des éducateurs (EPE),** précise qu'Axado est une association sans but lucratif qui donne des formations à l'extérieur.

Il n'existe pas d'initiation à proprement parler mais bien des espaces rencontres pour parents : « les cafés parents » sur le temps de midi.

Les animations ne sont pas généralisées dans toutes les écoles qui doivent faire des choix en fonction de leur budget.

Axado donne un cours de minimum trois heures dans un établissement scolaire et demande 3 € par élève et par heure.

Mme Kathy Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'École de santé publique de l'ULB,

précise que dans l'enseignement fondamental, 55 % le propose et dans l'enseignement secondaire, le pourcentage s'élève à 65 %.

Ces chiffres sont à nuancer. En effet, 55 % des écoles primaires et 65 % dans le secondaire, nous ont répondu qu'elles avaient organisé au moins une fois une animation de ce type l'année précédente mais certaines ne l'ont fait que pour une seule classe et parfois même pas dans toutes les classes du même niveau d'enseignement au sein de l'école. La programmation d'animations de ce type est actuellement basée sur des relations interpersonnelles et sur la bonne volonté de chacun.

Entre la 2^{ème} et la 4^{ème} année secondaire, 80 % d'élèves ont bénéficié d'un cours souvent donné à l'occasion d'un cours de biologie.

Un élève sur cinq n'a jamais eu d'animation à la vie sexuelle et affective.

Mme Renard précise à Mme Rousseaux que les écoles bruxelloises ne disposent pas d'un budget spécifique pour les animations de ce genre.

En Région wallonne, un budget est déterminé en fonction du nombre d'heures d'animations réalisées.

Mme Sonia de Crane, asbl Axado, sexologue et formatrice à l'École de parents et des éducateurs (EPE), constate qu'il existe bien un vide juridique pour les parents mineurs qui restent sous l'autorité parentale jusqu'à leur majorité.

Le parent mineur a juste le droit de percevoir ses allocations familiales.

Avant l'adoption de la loi du 3 avril 1990 dépenalisant partiellement l'avortement, toutes les interruptions volontaires de grossesses étaient clandestines.

M. Jules Messinne, coprésident de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, n'a aucune idée du nombre d'IVG pratiquées actuellement dans la clandestinité.

Depuis 1990, toutes les IVG même non déclarées à la Commission sont pratiquées dans un centre médical, un cabinet médical ou un hôpital.

Mme Kathy Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'École de santé publique de l'ULB, précise que la loi est respectée et que le corps médical conseille en général de se rendre aux Pays-Bas lorsque le délai légal belge est expiré.

L'Office national de l'Enfance (ONE) offre un service de suivi prénatal de qualité et est gratuit.

Le CPAS de la commune où vit la jeune mère-enfant peut également donner un revenu minimum garanti si celle-ci vit dans une situation très précarisée et sans aucune aide familiale.

L'intervenante suggère que l'animation à l'EVRAS soit donnée par des acteurs formés qui permettront un relais de l'école vers d'autres structures extérieures où le jeune adolescent pourra puiser l'information qu'il attend au moment où il en a besoin.

Mme Sonia de Crane, asbl Axado, sexologue et formatrice à l'Ecole de parents et des éducateurs (EPE), soutient l'idée d'acteurs formés qui donneraient des animations sur mesure en fonction du public ciblé (l'âge de l'enfant, le type d'établissement multiculturel ou non).

M. Jules Messinne, coprésident de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, rappelle que la Commission nationale d'évaluation des IVG a demandé qu'un cours à l'EVRAS soit donné dans toutes les écoles et de manière uniforme.

A titre personnel, il estime que ce cours doit être obligatoire faute de quoi on crée des inégalités entre les adolescents.

Mme Kathy Renard, experte mandatée par le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'Ecole de santé publique de l'ULB, précise que lors des études réalisées en accord avec les professionnels VAS, il ne peut s'agir en aucun cas d'un cours mais bien d'une animation, d'un espace de parole avec des adultes formés dans ce domaine. Elle soutient cette idée mais elle évoque la réticence de certains plannings familiaux qui donnent ce type de cours depuis plus de dix ans.

Il y a un planning familial en Région wallonne qui organise un cursus de 10 heures pour chaque année primaire. Les enfants de cette école, en fin de 6ème primaire, ont donc bénéficié de 60 heures d'animations VAS. En Région wallonne, les animations sont financées aux prestations, les heures sont converties en points. Au plus le planning en réalise, au plus il sera financé l'année suivante. Cela pose la question de la répartition des ressources et des besoins lors d'une généralisation.

L'objectif d'une animation devrait être que les jeunes, en sortant d'une animation, puissent facilement identifier les personnes relais, les services qui pourraient les informer et les aider en cas de besoin spécifique à la VAS.

Mme Sonia de Crane, asbl Axado, sexologue et formatrice à l'Ecole de parents et des éducateurs (EPE), constate qu'il existe aujourd'hui beaucoup de stéréotypes auprès des jeunes adolescentes autour de la pilule qui serait considérée, selon eux, comme un moyen de contraception néfaste pour leur santé.

Le problème de la pilule est que les jeunes filles oublient parfois de la prendre.

L'asbl Axado propose donc d'autres moyens de contraception aux adolescents qu'ils rencontrent lors de leurs animations comme le stérilet, l'anneau vaginal ou le patch.

6. Exposé du Docteur Patricia Barlow, cheffe de clinique en gynécologie obstétrique à l'hôpital Saint-Pierre

Le Docteur Patricia Barlow précise que la commune de Bruxelles-Ville recense, pour 2011, 3.200 accouchements (2,5 % des accouchements en Belgique).

Les femmes concernées non « belges » d'origine représentent :

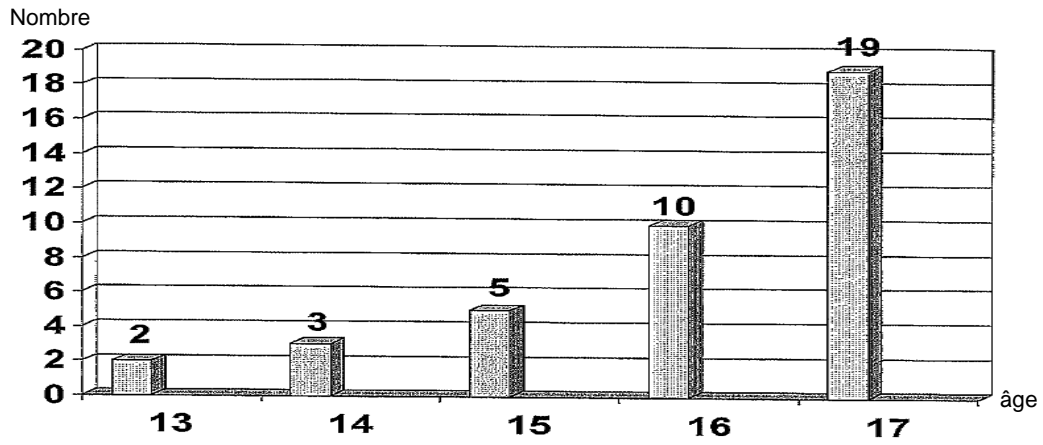
- 82 % des accouchements (66,5 % pour la région bruxelloise),
- 18 % des femmes subissent une césarienne,
- 9 % des bébés pèsent moins de 2.500 grammes (4,9 % pour la région bruxelloise),
- et 4,7 % des patientes ont entre 10 et 19 ans (2,3 % pour la région bruxelloise).

Les accouchements : sommet de l'iceberg ⁽³⁾

Age de la mère	Accouchement	IVG	% d'IVG / grossesses
< ou = 14 ans	23	105	82 %
15 à 19 ans	1.702	2.588	60 %
20 à 24 ans	19.095	4.629	19,5 %
25 à 29 ans	43.282	4.346	9 %

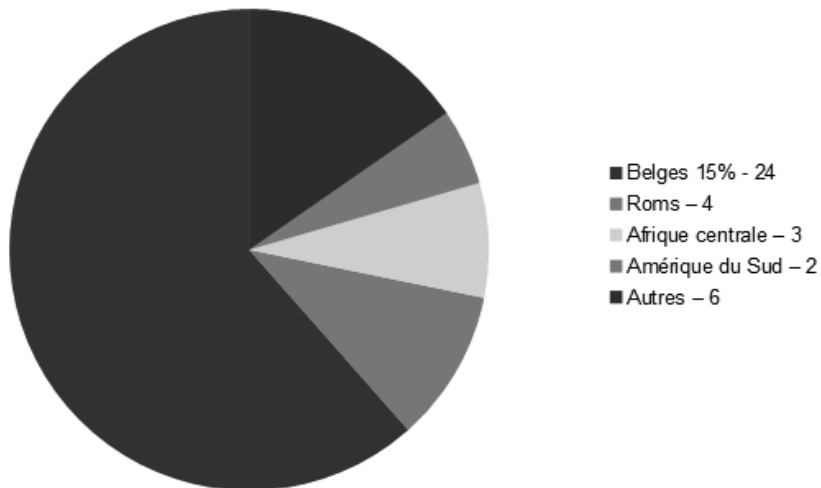
(3) Statistiques belges de 2009.

Le Docteur Barlow signale que, pour 2011, 39 patientes étaient mineures, ce qui représente 1,2 % des patientes (0,6 % en Belgique).



La nationalité des mamans mineures

Le Docteur Barlow décrit le graphique ci-dessous.



En ce qui concerne les grossesses précoces, la littérature constate une mortalité des bébés plus importante, ce qui est controversé et également un nombre plus élevé de bébés de petit poids et de naissances prématurées.

Par contre, le nombre de césariennes est moins important lors d'une grossesse précoce (20 % versus 30 % aux USA).

Le Docteur Barlow signale qu'à l'hôpital Saint-Pierre, les résultats obstétricaux des cas de grossesses précoces sont favorables. Il n'y a pas d'enfant né par césarienne, trois sont nés grâce aux ventouses. Seulement deux bébés sont nés ne pesant qu'entre 2 kg et 2,5 kg. Aucun bébé n'est mort né.

Pourquoi des accouchements précoces ?

Dans la majorité des cas, il s'agit de jeunes filles étrangères vivant en couple ou en famille.

Les grossesses non désirées qui sont parfois la conséquence d'un viol dont l'inceste sont des cas extrêmement rares.

Il peut s'agir également d'un diagnostic de grossesse tardif qui entraîne une interdiction d'IVG et ce, même à l'étranger.

Dans certaines familles, l'IVG est un obstacle éthique et la jeune mère ne peut donc la pratiquer.

Parmi les patientes belges, 50 % des jeunes mères vivent en milieu d'accueil et sont en échec scolaire mais, dans la majorité des cas, les grossesses sont désirées.

Le devenir psychosocial :

- A 4 ans : 57 % de dépression modérée à sévère
- Etude suédoise; plus de mort prématurée :
 - > Suicide
 - > Assassinat
 - > Néo poumon et col
 - > Alcool
 - > Décompensation cardiaque

Le devenir social pour la mère :

- Victime de violence conjugale
- Plus de pauvreté, de dépendance sociale
- Moins d'éducation

Le devenir social pour le père :

- Moins d'éducation
- Plus de pauvreté et de chômage

Le devenir social pour l'enfant :

- Plus de désordres cognitifs
- Moins bonne santé
- Plus d'abus sexuel et de négligence
- Pour les filles : grossesse précoce
- Pour les garçons : plus de prison

A Saint-Pierre – devenir social :

- Déscolarisation / rupture familiale
- Pas de bébé confié à l'adoption
- Avenir aurait-il été meilleur sans bébé ?

En conclusion, l'intervenante rappelle que l'hôpital Saint-Pierre se trouve, en quelque sorte, au sommet de l'iceberg des grossesses précoces.

La fréquence d'accouchements de jeunes femmes mineures est rare et stable et les résultats obstétricaux sont favorables.

Les cas de grossesses précoces restent apparemment culturellement acceptées chez les jeunes filles étrangères.

Dans la majorité des cas, les jeunes filles belges vivent des grossesses désirées.

En matière de prévention, l'intervenante préconise la formation des pédiatres et des généralistes au dépistage des grossesses et l'information des jeunes filles sur le devenir psychosocial particulièrement difficile des jeunes parents et de leurs enfants.

7. Exposé de M. Samuel Ndamé Ebongue, gestionnaire de projets à la Direction Etudes et Stratégies et chargé de gestion de la Banque de données médico-sociales de l'Office national de l'Enfance

La Banque de Données médico-sociales (BDMS) est une base informatique qui contient des données

médico-sociales concernant le suivi préventif de la (future) mère et de l'enfant.

Depuis sa création en 1983, la BDMS de l'ONE s'est donné pour objectif prioritaire de constituer un outil de monitoring et d'autoévaluation à destination des équipes de terrain de l'ONE : médecins, Travailleurs médico-sociaux (TMS), Conseillers Médicaux et Coordinateurs accompagnement et accueil. Outre le personnel de l'ONE, la BDMS diffuse également des données auprès de chercheurs, étudiants, acteurs de santé et responsables politiques.

Les indicateurs de santé sélectionnés (prématurité, petits poids de naissance, etc.) sont toujours en rapport direct avec l'un ou l'autre programme de santé prioritaire (cf. Guide de médecine préventive). Quant aux indicateurs socio-économiques (situation professionnelle, niveau d'étude, isolement, etc.), ils reflètent le souci de l'ONE d'apporter une attention toute particulière aux populations les plus défavorisées, sans négliger pour autant son objectif fondamental de service universel.

Les données sont récoltées à six moments du suivi de la (future) mère et de l'enfant : pendant la grossesse, à la naissance, après le retour à domicile de l'enfant, à 9 mois, à 18 mois et à 30 mois.

A chaque moment de ce suivi correspond une fiche de récolte de données complétée par le Travailleur médico-social (TMS) et/ou le médecin. Il s'agit du « Volet prénatal », de l'« Avis de naissance », du « Premier contact » et des « Bilans de santé à 9, 18 et 30 mois ».

Une fois complétées, ces fiches sont envoyées à l'Administration subrégionale (= provinciale) de l'ONE pour être encodées.

Ces fichiers rendus anonymes sont encodés dans une base de données centrale et accessible (une fois rapatriés) à l'Administration centrale où ils sont vérifiés, traités et analysés par l'équipe d'experts de la BDMS.

Les Consultations prénatales (CPN) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) sont des structures de médecine préventive conçues pour assurer le suivi médico-social des femmes enceintes, la prépa-

ration à l'accouchement et au rôle de parent dans une optique de proximité.

L'objectif global de ce suivi est l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons.

Les objectifs spécifiques sont :

- La réduction de la morbidité et la mortalité maternelles en favorisant l'évolution harmonieuse de la grossesse, et en offrant une information pertinente aux futures mères/parents.
- La diminution de la morbidité, la mortalité périnatale et la mortalité infantile associée aux complications apparues pendant la grossesse et/ou l'accouchement, par la prévention (et le dépistage précoce) des risques.
- La diffusion de l'information concernant la parenté responsable.
- L'échange et le dialogue autour de la grossesse et de la parentalité.

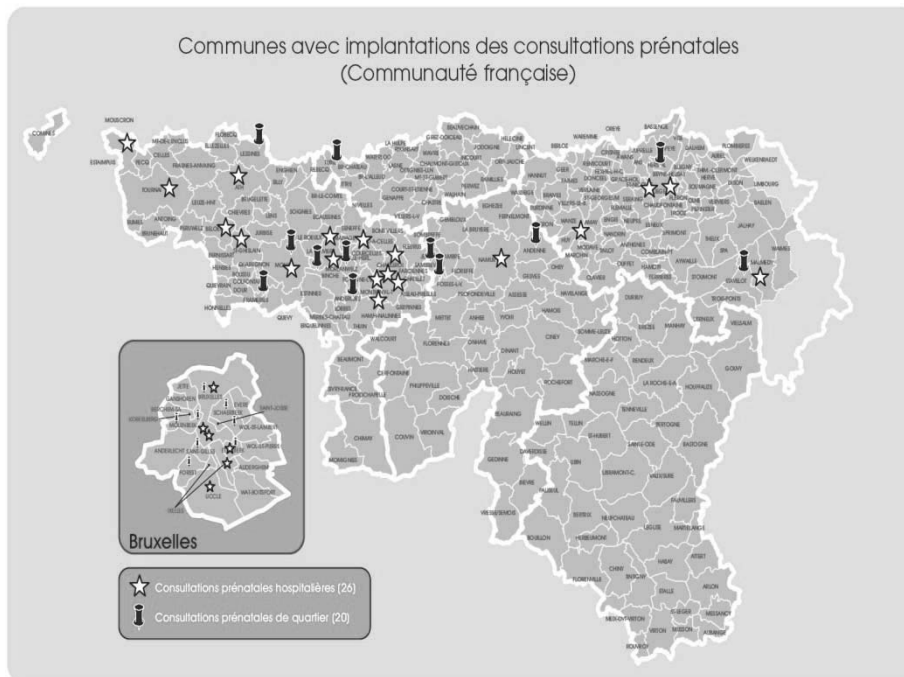
Le service offert par l'ONE aux femmes enceintes comprend les séances en consultations prénatales ainsi que les visites à domicile, les activités collectives d'éducation à la santé, des entretiens lors de permanences dans des locaux ONE adaptés, etc.

L'ONE compte 40 consultations prénatales implantées à Bruxelles et en Wallonie. Ces structures sont importantes en raison de la gratuité des services offerts (sans ticket modérateur) et de la qualité de la relation qui peut s'établir entre les professionnels et les futurs parents.

Les consultations prénatales sont de deux types : les CPN hospitalières et les CPN de quartier.

- a. Les structures hospitalières : sont les CPN implantées au sein d'un hôpital avec lequel l'ONE a établi une convention de collaboration.
- b. Les consultations de quartier : sont des structures de proximité implantées en dehors de toute structure hospitalière dans des zones urbaines (au sein des quartiers) et dans des zones rurales à faible densité de population.

Cartographie : Implantations des structures de suivi de la grossesse⁽⁴⁾



Pour des raisons socio-économiques et historiques, la distribution géographique des lieux de consultation (CPN) n'est pas homogène. Les consultations prénatales sont majoritairement implantées en province du Hainaut et à Bruxelles et dans une moindre mesure dans les provinces de Liège et Namur. En 2009, Bruxelles comptait 13 structures de suivi de la grossesse, le Hainaut 16, Liège 6, Namur 3 et le Brabant wallon 1 seule.

Il n'y a plus de CPN-ONE en province de Luxembourg mais un projet de suivi, spécifique pour cette province, verra le jour en 2012.

(4) Source DCVD, cartographie DES-BDMS, ONE.

Tableau
Nombre de femmes enceintes nouvellement inscrites
dans les consultations prénatales ONE et taux de couverture
par rapport aux naissances de 2006 à 2009 ⁽⁵⁾

		2006	2007	2008	2009
Bruxelles	Quartier	1.527	1.563	1.466	1.218
	Hospitalière	4.161	4.458	5.241	5.135
	TOTAL	5.688	6.021	6.707	6.353
	Naissances	14.593	14.545	15.957	16.358
	Ratio T/N	39,00 %	41,40 %	42,00 %	38,80 %
Brabant wallon	Quartier	34	43	40	43
	Hospitalière	0	0	0	0
	TOTAL	34	43	40	43
	Naissances	4.086	3.932	4.054	4.102
	Ratio T/N	0,80 %	1,10 %	1,00 %	1,00 %
Hainaut	Quartier	127	135	98	95
	Hospitalière	5.468	5.638	5.765	5.616
	TOTAL	5.595	5.773	5.863	5.711
	Naissances	14.986	14.882	15.247	15.055
	Ratio T/N	37,30 %	38,80 %	38,40 %	37,90 %
Liège	Quartier	19	25	15	14
	Hospitalière	2.178	2.063	2.091	2.148
	TOTAL	2.197	2.088	2.106	2.162
	Naissances	11.802	10.833	11.558	11.609
	Ratio T/N	18,60 %	19,30 %	18,20 %	18,60 %
Namur	Quartier	210	223	252	217
	Hospitalière	636	601	549	629
	TOTAL	846	824	801	846
	Naissances	5.387	5.302	5.464	5.438
	Ratio T/N	15,70 %	15,50 %	14,60 %	15,5
Communauté française	Quartier	1.917	1.989	1.871	1.587
	Hospitalière	12.443	12.760	13.646	13.528
	TOTAL	14.360	14.749	15.517	15.115
	Naissances	50.854	49.494	52.280	52.562
	Ratio T/N	28,40 %	29,80 %	29,68 %	28,76 %

(5) *Source* : Données Direction des Consultations et Visites à Domicile – DCVD-ONE 2006-2009.

Les données de naissances dans la Fédération Wallonie Bruxelles (selon la commune de résidence), excluent celles des communes germanophones des cantons de l'Est, de l'arrondissement de Verviers et prennent en compte 90 % des naissances de résidentes à Bruxelles.

Pour le calcul du ratio, les naissances de la province de Luxembourg ne sont pas retenues étant donné qu'aucune structure prénatale n'y est implantée.

Le taux de couverture calculé correspond au rapport entre le nombre de futures mères inscrites en CPN-ONE et le nombre de naissances de l'année.

Globalement, l'ONE veille à ce que le suivi de la grossesse qui nécessite une approche plurielle et interdisciplinaire, prenne en considération les besoins spécifiques locaux notamment à travers une analyse des caractéristiques socio-économiques des populations.

Méthodologie :

Dans les CPN-ONE, un document intitulé « volet épidémiologique périnatal » ou simplement « volet prénatal » est rempli (de manière anonyme) pour chaque femme enceinte fréquentant la structure. Les données récoltées sont encodées par une personne assermentée au niveau des administrations subrégionales et transmises au niveau central où elles sont validées avant d'être incorporées à la BDMS pour analyse. Leur étude permet de décrire la population qui fréquente les CPN-ONE, d'identifier les déterminants principaux du suivi de la grossesse (par exemple, la précocité du suivi de la grossesse ou les inégalités de santé liées au mode de vie) et de disposer d'une meilleure connaissance des variables socio-démographiques pour le développement de nouveaux projets.

Couverture des « Volets prénataux » (6)

	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Nombre de « volets prénatal » BDMS encodés (1)	8.537	8.804	9.703	10.669	37.713
Nombre de femmes enceintes inscrites en CPN-ONE (2)	14.360	14.749	15.517	15.115	59.741
RATIO : (1)/(2)	59,45 %	59,69 %	62,53 %	70,59 %	63,12 %

Le tableau ci-dessus nous montre que la couverture des « volets prénataux » s'est nettement améliorée entre 2006 et 2007, ceci est à mettre en relation avec un effort réalisé ces dernières années dans le retour des données au terrain.

Cette couverture atteint 70 % des femmes inscrites en 2009.

(6) Sources : « volet prénatal » de source BDMS et femmes inscrites issues des données de subsides de source DCVD, ONE.

Les taux de couverture encore relativement bas du volet prénatal par rapport à l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'un suivi de grossesse, peut s'expliquer par plusieurs raisons :

1. la rédaction de documents « administratifs » est encore parfois considérée par le terrain comme secondaire en regard des multiples charges des TMS, et dans certains cas, une partie des documents ne sont pas remplis;
2. une partie des grossesses n'aboutissent pas à un accouchement l'année du suivi et d'autres n'aboutissent pas de tout.

Le profil des femmes enceintes suivies dans les consultations prénatales de l'ONE

L'âge

D'après les données cumulées (2006-2009) du « volet prénatal », l'âge médian des femmes enceintes suivies en CPN-ONE reste stable depuis 2006, il est de 27 ans (minimum : 12 ans – maximum : 49 ans), alors que l'âge médian des mères au moment de l'accouchement a atteint 30 ans en 2009, selon les « avis de naissance ». Cette différence suggère que les femmes qui fréquentent les CPN-ONE sont plus jeunes comparées à l'ensemble de la population des accouchées en Wallonie et à Bruxelles.

Par ailleurs, l'âge médian de la femme enceinte vue en CPN-ONE lors de sa première grossesse (primigeste) se situe quant à elle à 24 ans (minimum : 13; maximum : 49).

Tableau
Répartition par âge et par subrégion des femmes enceintes suivies en CPN-ONE (7)

	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Communauté française
Moins de 15 ans	0,12 %	0,00 %	0,15 %	0,24 %	0,00 %	0,20 %	0,16 %
15-17 ans	1,55 %	2,77 %	2,80 %	2,82 %	2,60 %	2,86 %	2,54 %
18-19 ans	4,64 %	3,88 %	6,52 %	6,54 %	3,90 %	6,26 %	6,06 %
20-24 ans	23,89 %	16,07 %	24,69 %	27,29 %	22,08 %	24,86 %	24,96 %
25-29 ans	31,48 %	36,84 %	31,54 %	29,75 %	33,77 %	31,83 %	31,25 %
30-34 ans	23,07 %	24,10 %	21,71 %	21,75 %	27,27 %	20,91 %	21,99 %
35-39 ans	12,08 %	14,40 %	10,24 %	9,35 %	6,49 %	10,73 %	10,53 %
40 ans et plus	3,17 %	1,94 %	2,35 %	2,26 %	3,90 %	2,35 %	2,51 %
TOTAL	7.734	361	17.506	7.066	77	2.554	35.298

(7) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

La distribution selon l'âge des femmes enceintes suivies montre des disparités régionales, mais aussi entre arrondissements ou même entre communes au sein d'un même arrondissement (données non publiées mais disponibles sur demande).

Même si leur nombre reste assez limité, 3 % de femmes de moins de 18 ans sont suivies dans les structures prénatales de l'ONE des provinces de Liège, Namur et Hainaut alors qu'à Bruxelles, cette proportion n'atteint pas 2 %. Les proportions de femmes enceintes âgées de moins de 20 ans varient entre subrégions, de 6,3 % à Bruxelles à 9,6 % dans la province de Liège.

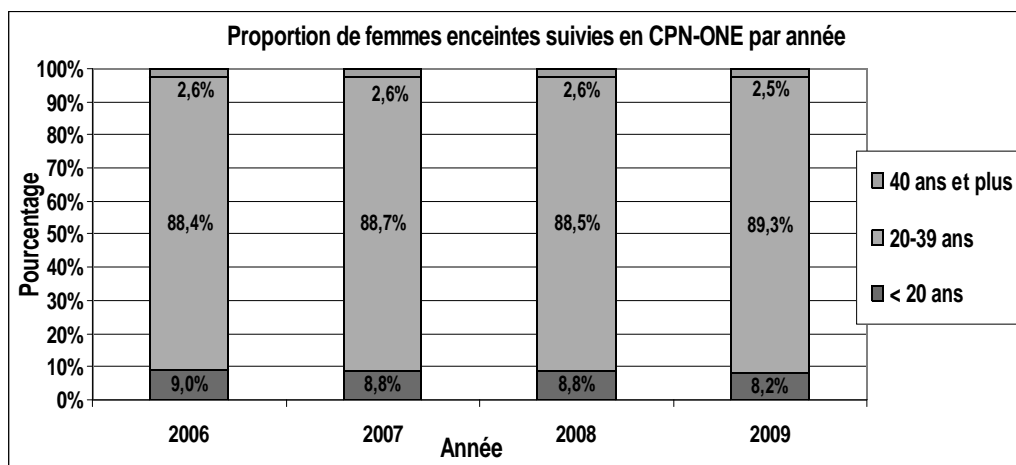
Les catégories d'âge utilisées permettent l'identification des tranches d'âge les plus vulnérables, et d'adapter ainsi les actions menées par l'ONE.

Tableau
Répartition par catégorie d'âge et par année des femmes enceintes suivies en CPN-ONE (8)

	Année d'inscription en CPN-ONE				Total
	2006	2007	2008	2009	
Moins de 15 ans	12 0,14 %	10 0,11 %	17 0,18 %	20 0,19 %	59 0,16 %
15-17 ans	232 2,73 %	214 2,44 %	258 2,67 %	253 2,38 %	957 2,55 %
18-19 ans	525 6,17 %	547 6,24 %	579 5,98 %	601 5,65 %	2.252 5,99 %
20-24 ans	2.060 24,23 %	2.234 25,46 %	2.392 24,72 %	2.644 24,86 %	9.330 24,82 %
25-29 ans	2.722 32,01 %	2.727 31,08 %	2.996 30,96 %	3.275 30,79 %	11.720 31,18 %
30-34 ans	1.873 22,03 %	1.921 21,90 %	2.116 21,87 %	2.382 22,40 %	8.292 22,06 %
35-39 ans	857 10,08 %	896 10,21 %	1.062 10,98 %	1.191 11,20 %	4.006 10,66 %
40-44 ans	206 2,42 %	205 2,34 %	245 2,53 %	254 2,39 %	910 2,42 %
45 ans et plus	16 0,19 %	19 0,22 %	11 0,11 %	15 0,14 %	61 0,16 %
Total	8.503	8.773	9.676	10.635	37.587
<i>Données manquantes</i>	0,40 %	0,35 %	0,28 %	0,32 %	

(8) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Figure 1-03
Répartition par catégories d'âge
de femmes enceintes suivies en CPN-ONE ⁽⁹⁾



Dans l'ensemble des femmes nouvellement accouchées en Wallonie et Bruxelles rapportées dans les « avis de naissance », la proportion de femmes de moins de 20 ans est de 2,6 % alors que dans le « volet prénatal » cette proportion est de 8,8 % pour les mêmes années de référence (2006-2009). Cette différence témoigne de la part importante de jeunes femmes enceintes suivies par les CPN-ONE.

Depuis 2006, la proportion de femmes enceintes de moins de 20 ans diminue mais le nombre absolu reste important et est même en augmentation (tableau 6). Le nombre absolu de jeunes de moins de 15 ans enceintes et suivies à l'ONE est aussi en augmentation, il est passé de 12 en 2006 à 20 en 2009. Même si les grossesses chez de jeunes adolescentes de moins de 15 ans représentent moins de 0,2 % des femmes suivies en CPN-ONE, il est important de surveiller leur évolution car il s'agit d'une population particulièrement vulnérable. Les femmes enceintes âgées de plus de 40 ans sont également peu nombreuses, elles représentent moins de 3 % des femmes enceintes suivies en CPN-ONE.

(9) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

La situation relationnelle

Tableau
Situation relationnelle des femmes suivies en CPN-ONE selon la catégorie d'âge ⁽¹⁰⁾

		Catégorie d'âge des femmes enceintes			Total
		Moins de 20 ans	20-34 ans	35 ans et plus	
En couple	N	1.949	25.153	4.201	31.303
	%	61,37 %	88,36 %	87,34 %	85,87 %
En famille : entourée	N	956	1.242	168	2.366
	%	30,10 %	4,36 %	3,49 %	6,49 %
Vit seule	N	174	1.778	415	2.367
	%	5,48 %	6,25 %	8,63 %	6,49 %
Maison d'accueil	N	83	195	16	294
	%	2,61 %	0,69 %	0,33 %	0,81 %
Autre situation	N	14	99	10	123
	%	0,44 %	0,35 %	0,21 %	0,34 %
Total	N	3.176	28.467	4.810	36.453
	%	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

L'analyse des données cumulées du « volet prénatal » (2006-2009) montre que la majorité des femmes enceintes suivies dans les CPN-ONE ne sont pas en situation d'isolement, elles vivent en couple (86 %) ou sont entourées de leur famille (6,5 %).

Cependant, nous voyons qu'un nombre non négligeable de femmes enceintes vivent une situation d'isolement important. Il s'agit des femmes enceintes vivant seules (6,5 %) ou en maison d'accueil (0,8 %), ce qui correspond à 7,3 % des femmes suivies dans les structures prénatales de l'ONE.

La problématique de l'isolement est la plus marquée dans les tranches d'âge extrême, c'est à dire les futures mères de moins de 20 ans où le taux atteint 8 % et celles de 35 ans et plus avec un taux de près de 9 %.

(10) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE données cumulées 2006-2009.

La situation professionnelle

Le statut professionnel ne peut pas être envisagé comme un indicateur isolé, car il est souvent associé à d'autres aspects socio-économiques tels que le revenu et le logement. Par ailleurs, les données relatives à la situation professionnelle des femmes enceintes suivies en CPN doivent être interprétées avec prudence car la proportion de données manquantes est d'environ 10 %.

Tableau
Situation professionnelle des femmes enceintes suivies en CPN-ONE ⁽¹¹⁾

	Année d'inscription en CPN-ONE				Total
	2006	2007	2008	2009	
Occupe un emploi (temps partiel compris)	2.751 36,51 %	2.952 36,70 %	3.195 36,61 %	3.612 37,07 %	12.510 36,74 %
Etudiante	381 5,06 %	427 5,31 %	467 5,35 %	468 4,80 %	1.743 5,12 %
Chômeuse	2.006 26,63 %	2.023 25,15 %	2.018 23,12 %	2.086 21,41 %	8.133 23,89 %
Sans ressources fixes	394 5,23 %	496 6,17 %	666 7,63 %	688 7,06 %	2.244 6,59 %
Mère au foyer sans allocation sociale	1.170 15,53 %	1.281 15,92 %	1.396 15,99 %	1.675 17,19 %	5.522 16,22 %
Aide sociale, indemnité mutuelle, RIS	753 9,99 %	777 9,66 %	882 10,11 %	1.066 10,94 %	3.478 10,21 %
Autre	79 1,05 %	88 1,09 %	104 1,19 %	148 1,52 %	419 1,23 %
Total	7.534	8.044	8.728	9.743	34.049
<i>Données manquantes</i>	11,75 %	8,63 %	10,05 %	8,68 %	

(11) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Moins de 40 % de femmes enceintes fréquentant les structures ONE ont un emploi (temps plein et temps partiel confondus) alors que selon les données Eurostat publiées pour la Belgique en 2009, 57 % des femmes de 15 à 64 ans occupent un emploi.

Parmi les femmes enceintes suivies à l'ONE, la proportion de celles qui reçoivent une allocation de chômage diminue progressivement et est passée de 26,6 % en 2006 à 21,4 % en 2009. Par contre, la proportion des femmes au foyer sans allocation sociale a augmenté et est passée de 15,5 % en 2006 à 17,2 % en 2009; tandis que la proportion de celles qui ne disposent pas de ressources fixes est passée de 5,2 % à 7,1 % et celle des femmes enceintes suivant des études de 5,1 % à 4,8 %. Moins de 2 % des données correspondent à la catégorie « autre » dans laquelle les TMS peuvent répertorier des situations particulières.

On observe une distribution géographique inégale selon le statut professionnel des femmes enceintes suivies en CPN-ONE. Le chômage est plus fréquent parmi les femmes suivies dans les structures prénatales de communes ou villes moins favorisées. Au sein des structures implantées dans ces communes on peut supposer que l'accessibilité financière des CPN ONE joue un rôle important.

Lorsque des situations de chômage, d'isolement, de jeunesse se cumulent chez une même future mère, la problématique risque d'être amplifiée. Ces femmes font alors l'objet d'une attention particulière de la part des TMS de l'ONE. Le graphique qui suit détaille la situation d'emploi chez les 417 femmes enceintes considérées comme « isolées ».

Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction ou d'éducation atteint par les femmes enceintes est l'un des indicateurs les plus

pertinents en matière de santé, pour la femme enceinte elle-même, mais aussi pour l'enfant à venir car il influence de manière significative l'intégration (ou assimilation) des messages d'éducation à la santé. Le niveau d'éducation atteint est un item sensible, difficile à collecter auprès des populations fréquentant les structures ONE; cela se reflète dans la proportion élevée de données manquantes dans le « volet prénatal » de la BDMS. Aborder ce thème reste ardu pour certaines TMS. Les questions d'équivalence du diplôme des populations étrangères ou du nombre d'années d'études validées ne sont pas faciles à mettre en correspondance avec le système éducatif belge. Par ailleurs, lors des premiers contacts avec la femme enceinte, les circonstances ne se prêtent pas toujours pour aborder cette question.

La nationalité d'origine

On entend par nationalité d'origine, la nationalité au moment de la naissance de la future-mère. Les femmes enceintes d'origine étrangère constituent une population issue des migrations récentes et passées. Elles sont souvent soumises aux limitations « du droit de séjour », et ont besoin d'une attention soutenue ⁽¹²⁾. Ces femmes sont plus vulnérables parce qu'elles cumulent les facteurs défavorables (revenus insuffisants ou absents, isolement, niveau d'éducation bas, etc.) et manquent d'information quant aux structures mises à leur disposition. Une meilleure connaissance des caractéristiques de ces populations s'avère capitale pour mener à bien la mission de l'ONE, notamment pour le suivi de la grossesse.

(12) Nicolas Perrin, Rapport statistique et démographique 2008, Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique, groupe d'étude de démographie appliquée (UCL) & Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

Tableau
Nationalités d'origine des femmes suivies en CPN-ONE ⁽¹³⁾

Origine des femmes enceintes suivies à l'ONE	Nombre de femmes enceintes suivies
Union Européenne (27)	27.355
BELGIQUE	24.586
Pays fondateurs (sauf Belgique) (5) France, Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas	1.390
Autres pays UE Autriche, Danemark, Finlande, Grèce, Irlande, Portugal, Espagne, Suède, Royaume uni	250
Derniers Pays adhérents 2004-2007 (12)	1.129
Bulgarie, Chypre, République tchèque, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie	dont les Bulgarie (262) et Roumanie (434)
Reste de l'Europe	867
Maroc	2.113
Moyen et extrême Orient, reste Afrique du nord	910
Turquie	891
Asie	442
Afrique subsaharienne	2.481
Amérique centrale et latine	526
Autres	332
Total	35.917

La fréquentation des CPN-ONE par les populations d'origine étrangère est surtout observée dans les grandes villes (Bruxelles, Liège et Charleroi). Elle se caractérise bien souvent par un certain nombre de problèmes socio-économiques et administratifs qui sont susceptibles d'entraver un suivi régulier de la grossesse.

Environ la moitié des femmes suivies d'origine étrangère (45 %) sont des « primo-arrivantes » c'est-à-dire établies en Belgique depuis moins de 5 ans. Parmi ces primo-arrivantes, 13 % sont en Belgique depuis moins d'1 an. Il existe une grande variabilité entre les structures CPN quant à la proportion des primo-arrivantes : la quasi totalité des structures de Bruxelles par exemple suivent, en moyenne, plus de 70 % de femmes d'origine étrangère et près de 40 % de primo-arrivantes.

Couverture des soins de santé (assurances, mutuelles ...)

L'affiliation à un organisme assureur en tant que titulaire ou personne à charge donne droit à des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le titulaire d'une affiliation à une mutuelle, en payant des cotisations trimestrielles (par son travail ou par une allocation sociale) ouvre ce droit aux

(13) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

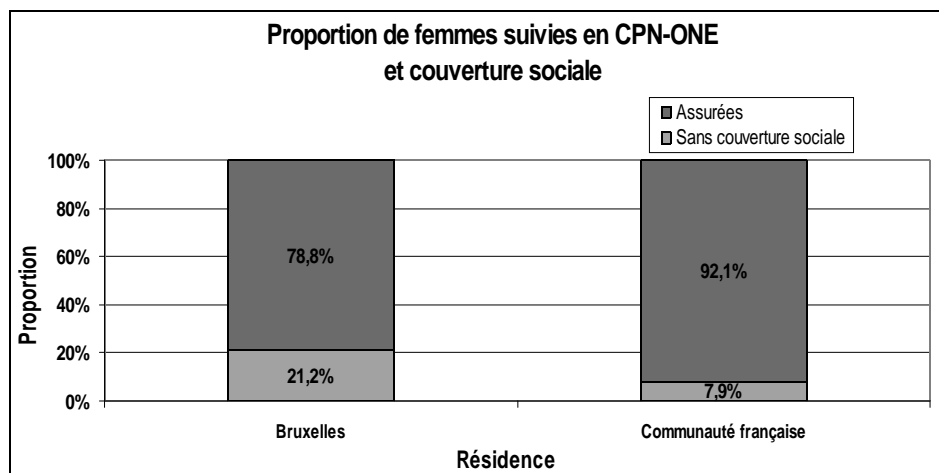
remboursements des soins de santé. Une personne à charge peut obtenir ce droit sur base d'un lien de parenté ou de cohabitation avec le titulaire. Il est à noter que la possession d'une carte SIS (Système d'Information Sociale) n'est pas la garantie suffisante de l'affiliation à une mutuelle et au remboursement des frais de santé, celle-ci peut être périmée.

Les personnes non titulaires d'une assurance santé mais répondant à des critères de vulnérabilité précis (demandeurs d'asiles notamment), peuvent bénéficier de l'Aide médicale urgente via les CPAS. La mise en œuvre de ce droit demande cependant la création d'un dossier administratif détaillé, variant d'un CPAS à l'autre et dont l'aboutissement peut prendre des semaines voir des mois.

Un certain nombre de femmes ne bénéficient d'aucune couverture de soins de santé soit parce qu'elles sont en séjour illégal en Belgique soit parce qu'elles sont légalement en Belgique mais sans ressources fixes, c'est notamment le cas des populations tsiganes d'Europe de l'Est.

L'intervention d'une mutuelle ou d'une assurance est nécessaire pour bénéficier de la couverture des soins de santé dans le suivi d'une grossesse. En effet, si l'ONE garantit la gratuité de la consultation médicale, le suivi de la grossesse comprend diverses analyses de sang, d'urines, ultra-sons, ... dont le coût est élevé et n'est normalement pas à charge de l'ONE.

Tableau
Couverture des soins de sante des femmes en-
ceintes suivies dans les CPN-ONE, 2009 (14)



(14) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2009.

Au courant de l'année 2009, 8,0 % des femmes enceintes suivies à l'ONE n'avaient pas de couverture soins de santé et de ce fait elles pouvaient se retrouver dans des situations administratives difficiles avec un risque de précarisation.

Cette problématique est très importante dans les structures prénatales ONE de Bruxelles où 21,2 % des femmes enceintes prises en charge ne bénéficiaient pas d'une assurance ou d'une couverture des soins pour le suivi de leur grossesse.

Les femmes ne disposant pas de cette couverture des soins de santé cumulent souvent des ressources insuffisantes. Une femme sans ressource fixe sur deux est de nationalité étrangère, principalement en provenance d'Europe de l'est ou d'Afrique noire, et en Belgique depuis moins de 5 ans. Elles consultent plus tardivement dans leur grossesse (60 % de femmes bénéficiant d'une assurance ont consulté au 1er trimestre de leur grossesse et seulement 39 % de femmes enceintes non assurées) et changent plus souvent de filière de suivi en cours de grossesse.

Parmi toutes les femmes enceintes « perdues de vue » au cours du suivi par une structure CPN-ONE, une sur cinq n'a pas de couverture des soins de santé.

Précocité du suivi de la grossesse : Age gestationnel à la première consultation

Les recommandations des professionnels stipulent qu'un suivi de la grossesse doit être initié dès que possible durant le premier trimestre de la grossesse. Un suivi de grossesse est considéré comme tardif lorsqu'il est effectué au-delà des 15 premières semaines de gestation.

L'âge gestationnel des femmes suivies en CPN-ONE lors de la première consultation est enregistré dans le « volet prénatal », indépendamment du fait que ce suivi ait lieu dans une consultation ONE ou dans une autre structure.

Tableau

Age gestationnel à la première consultation pour le suivi de la grossesse (tous types de suivis confondus) ⁽¹⁵⁾

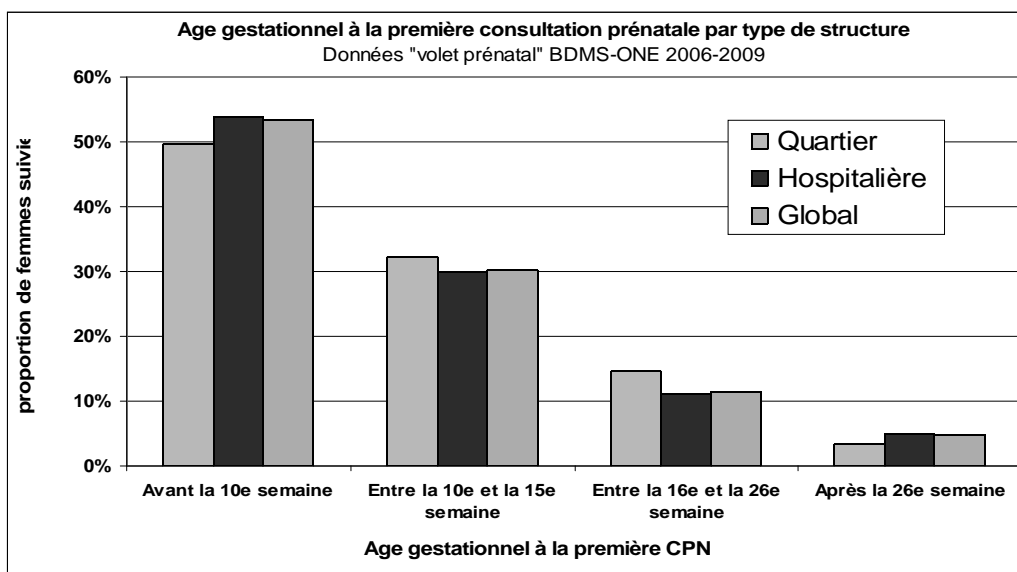
Age gestationnel	Année d'inscription en CPN-ONE				Total
	2006	2007	2008	2009	
Avant la 10 ^e semaine	4.114 53,51 %	4.475 55,69 %	4.542 51,74 %	5.154 52,98 %	18.285 53,42 %
Entre la 10 ^e et la 15 ^e semaine	2.321 30,19 %	2.340 29,12 %	2.718 30,96 %	2.957 30,39 %	10.336 30,20 %
Entre la 16 ^e et la 26 ^e semaine	864 11,24 %	872 10,85 %	1.077 12,27 %	1.135 11,67 %	3.948 11,53 %
Total	7.688	8.035	8.778	9.729	34.230

(15) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Plus de la moitié des femmes enceintes ont commencé le suivi de leur grossesse avant la 10^{ème} semaine, un tiers des femmes entre la 10^{ème} et la 15^{ème} semaine et moins de 20 % ont eu un suivi de la grossesse « tardif » dont 5 % très tard dans l'évolution de leur grossesse (après la 26^{ème} semaine).

L'âge gestationnel médian au moment de la première consultation chez les femmes enceintes, est de 9 semaines. Cet âge est établi pour tout premier contact avec une structure de suivi prénatal, organisé par l'ONE ou pas. Si on considère uniquement le suivi des femmes au sein des consultations CPN-ONE, cette médiane passe à 11 semaines de gestation ce qui suggère que pour une partie des futures mères, le suivi en CPN-ONE est réalisé après un premier contact avec un autre professionnel.

Tableau
Age gestationnel à la première consultation prénatale par type de structure (Q/H/T) (16)



(16) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Interruption du suivi de la grossesse

Les femmes enceintes suivies à l'ONE font le libre choix de la structure où elles souhaitent bénéficier d'un accompagnement prénatal. Il arrive que ce suivi soit interrompu ou que la femme enceinte opte pour une autre filière de soins au sein de l'ONE ou ailleurs.

Les raisons de ces interruptions du suivi peuvent être multiples, par exemple, la nécessité d'un suivi médical renforcé, l'interruption de la grossesse (volontaire ou thérapeutique), le déménagement de la femme enceinte, le choix de faire suivre la grossesse ailleurs, une fausse grossesse ou fausse couche, etc.

Un peu moins de 13 % de femmes enceintes fréquentant les CPN-ONE interrompent le suivi de leur grossesse par la structure ONE initiale.

Tableau
Grossesses dont le suivi a été interrompu par subrégion de résidence (17)

	Résidence de la future mère						Total
	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	
Suivi mené à terme	6.699 86,14 %	324 89,01 %	15.326 87,41 %	6.412 90,42 %	70 89,74 %	2.105 82,26 %	30.936 87,38 %
Interruption du suivi	1.078 13,86 %	40 10,99 %	2.207 12,59 %	679 9,58 %	8 10,26 %	454 17,74 %	4.466 12,62 %
Total	7.777	364	17.533	7.091	78	2.559	35.402

L'interruption du suivi de la grossesse n'est pas répartie de façon égale à Bruxelles et en Wallonie. On observe plus d'arrêt de suivi ONE de la grossesse à Namur qu'à Bruxelles et dans le Hainaut.

Lorsqu'on fait les mêmes comparaisons avec les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans, on observe une amplification des proportions pour la province de Namur, mais aussi, de façon inattendue, en se gardant de toute conclusion hâtive du fait du faible dénominateur, les jeunes femmes suivies dans la province du Brabant wallon.

Le tableau ci-dessous montre que la proportion de femmes de moins de 20 ans fréquentant les CPN de l'ONE dont on n'a pas l'information de l'issue de la grossesse est supérieure à celle de l'ensemble des femmes enceintes suivies. Les provinces de Namur, Brabant wallon et le Hainaut dans une moindre mesure, sont au dessus de la moyenne de 15,5 % d'arrêt du suivi.

(17) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Tableau
Grossesses dont le suivi a été interrompu par subrégion de résidence
chez les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans ⁽¹⁸⁾

	Résidence de la future mère						Total
	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	
Suivi mené à terme	628 85,56 %	23 76,67 %	1.984 83,29 %	909 89,73 %	7 87,50 %	258 75,66 %	3.809 84,49 %
Interruption du suivi	106 14,44 %	7 23,33 %	398 16,71 %	104 10,27 %	1 12,50 %	83 24,34 %	699 15,51 %
Total	734	30	2.382	1.013	8	341	4.508

Le nombre de futures mères « perdues de vue » reste encore trop important. Il représente plus d'une situation sur quatre parmi les interruptions de suivi.

Les TMS nous rapportent qu'on retrouve principalement dans cette catégorie des femmes enceintes en séjour illégal, en incertitude administrative ou encore bénéficiant de l'aide des Centres Publics d'Action Sociale.

Des stratégies visant à diminuer le nombre de femmes enceintes perdues de vue sont envisagées, de façon à leur éviter les risques inhérents à l'absence de suivi de la grossesse. Des réflexions sont menées actuellement dans le cadre d'une recherche destinée à étudier les parcours et trajectoires de soins.

Le tableau ci-dessous représente les principales causes d'interruption de suivi de grossesse prises en compte dans le « volet prénatal » complété en CPN-ONE

(18) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Tableau
Motifs évoqués en cas d'arrêt du suivi de la grossesse par l'ONE ⁽¹⁹⁾

	2006	2007	2008	2009	Total
Suivi non ONE	445 36,60 %	487 37,64 %	463 32,22 %	530 34,96 %	1.925 35,24 %
Perdue de vue	275 22,62 %	323 24,96 %	515 35,84 %	425 28,03 %	1.538 28,15 %
Fausse couche	294 24,18 %	326 25,19 %	294 20,46 %	368 24,27 %	1.282 23,47 %
Interruption volontaire de la grossesse	87 7,15 %	78 6,03 %	79 5,50 %	100 6,60 %	344 6,30 %
Autre suivi ONE	76 6,25 %	49 3,79 %	53 3,69 %	45 2,97 %	223 4,08 %
Fausse grossesse	39 3,21 %	31 2,40 %	31 2,16 %	19 1,25 %	120 2,20 %
Interruption thérapeutique de la grossesse	0 0,00 %	0 0,00 %	2 0,14 %	13 0,86 %	15 0,27 %
TOTAL	1.216	1.294	1.437	1.516	5.463

Les principaux motifs d'arrêt de ce suivi de la grossesse dans les CPN-ONE sont le changement de la filière de suivi (35 %). Les TMS évoquent entre autres motifs le souhait pour la famille d'un suivi spécialisé en cas de grossesse « à risque »; ou la préférence pour un gynécologue obstétricien d'un certain sexe; le désir de poursuivre les soins dans la structure hospitalière où la femme souhaite accoucher, ou encore le choix d'une préparation à l'accouchement « alternatif ».

Les « perdues de vue » représentent 28 % des arrêts de suivi et les fausses-couches 23 %.

Les caractéristiques des enfants nés des femmes suivies durant leur grossesse à l'ONE

Prématurité

Parmi les femmes enceintes suivies dans les CPN de l'ONE et ayant accouché en 2009, 7,1 % des naissances surviennent avant le terme attendu, c'est-à-dire avant la 37^e semaine de gestation.

La prématurité nécessite des interventions à divers niveaux : une prévention orientée vers toutes les futures mères (prévention primaire), l'élimination de risques détectés pendant la grossesse (prévention secondaire), ou l'amélioration des soins au bébé prématuré (prévention tertiaire). Le suivi préventif en consultations prénatales ONE et particulièrement

(19) Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

l'action du travailleur médico-social permettent de repérer ou d'identifier les femmes enceintes à risque, afin de mettre sur pied un accompagnement approprié qui va contribuer à éviter l'accouchement avant son terme.

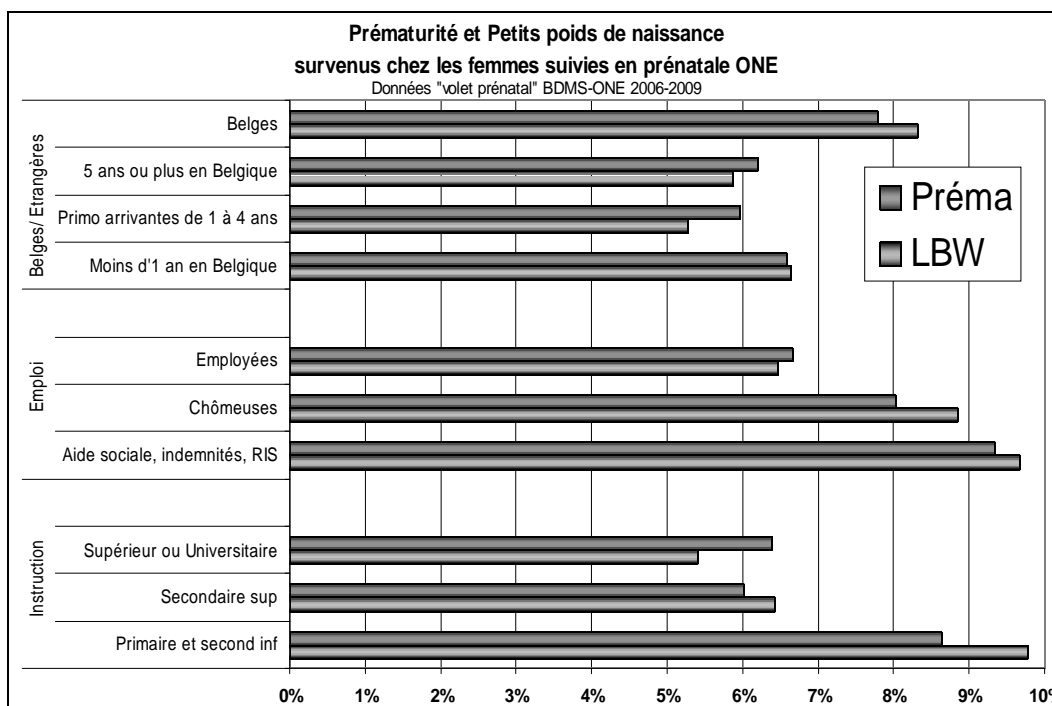
Petits poids de naissance

Le poids de naissance est un indicateur qui est souvent lié à l'âge gestationnel de la grossesse. Les poids de naissance extrêmes sont souvent associés à une morbidité et une mortalité accrues.

Parmi les femmes enceintes suivies dans les CPN de l'ONE et ayant accouché en 2009, on recense 7,0 % de nouveau-nés de moins de 2.500 g.

Le tableau 20 présente quelques données croisées mettant en exergue la vulnérabilité des femmes suivies dans les CPN-ONE et le terme estimé de leur grossesse.

Tableau
La prématurité et le faible poids à la naissance selon l'origine, la situation d'emploi et le niveau d'éducation (20)



(20) Préma : enfants nés prématurément.
LBW (low birth weight) enfants nés avec moins de 2.500 g.
Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009.

Prématurité et Petits poids de naissance au regard des indicateurs tels que l'instruction, l'emploi et les primo arrivantes :

1. Globalement, le **niveau d'instruction** de la mère est corrélé à la survenue du petit poids de naissance ou encore la naissance avant terme de l'enfant.

Le risque de prématurité ou de faible poids à la naissance d'un enfant est plus important lorsque le niveau d'instruction de la mère est bas. Un gradient entre les femmes ayant atteint un niveau d'instruction de secondaire inférieur par rapport à celles qui ont suivi une instruction de niveau supérieur est observé avec une différence statistiquement significative entre ces deux catégories, alors que dans la catégorie de femmes enceintes ayant un niveau d'instruction universitaire, on observe une prématurité comparable à celle des femmes ayant atteint le secondaire supérieur, essentiellement du fait de l'âge des mères.

2. La **situation d'emploi** des femmes suivies à l'ONE est également significativement associée à la survenue de la prématurité ou d'un faible poids à la naissance de leur enfant.

Les femmes occupant un emploi ont moins de risque de prématurité et de petits poids à la naissance que celles qui perçoivent une allocation de chômage, lesquelles présentent à leur tour moins de risque pour ces deux indicateurs de santé que les femmes qui bénéficient d'aide sociale, d'indemnité sociale ou du revenu d'intégration sociale.

3. Les **primo-arrivantes** sont définies comme les femmes arrivées depuis moins de 5 ans en Belgique. Les femmes d'origine étrangère ont été réparties en trois catégories : celles qui sont en Belgique depuis moins d'1 an et celles qui sont installées depuis 1 à 4 ans, et celles en Belgique depuis 5 ans ou plus.

Chez les primo arrivantes, les risques de prématurité et de faible poids à la naissance de leur enfant sont plus importants lorsqu'elles sont en Belgique depuis moins d'un an, puis ceux-ci diminuent au fur et à mesure que les années de vie en Belgique augmentent.

Pour les femmes ayant résidé 5 ans ou plus en Belgique, les taux de prématurité et de petits poids de naissance sont plus bas que ceux des femmes belges, probablement en partie du fait du mode de vie, mais aussi à cause des habitudes tabagiques de ces dernières.

Plus généralement, il est à noter que l'on observe des différences d'incidence, tant pour la prématurité

que pour le petit poids de naissance, selon les régions et l'origine des mères.

Pour résumer

Cette analyse des données prénatales issues de la BDMS nous offre un aperçu de points forts et de ceux à améliorer dans le cadre du suivi prénatal organisé par l'ONE.

La distribution géographique des CPN-ONE n'est pas homogène, celles-ci sont majoritairement implantées en province du Hainaut et à Bruxelles.

La proportion des femmes enceintes âgées de moins de 20 ans suivies en CPN reste stable aux environs de 8,7 %. 40 % des futures-mères vues en CPN en sont à leur première grossesse, ces femmes bénéficient d'un suivi prioritaire par les TMS.

Si parmi les femmes enceintes suivies par l'ONE, une majorité vit en couple ou est entourée par la l'isolement concerne toutefois plus de 7 % d'entre elles.

La proportion de celles qui reçoivent une allocation de chômage diminue progressivement alors que celle des femmes au foyer sans allocation sociale et de celles qui ne disposent pas de ressources fixes a augmenté.

En ce qui concerne l'instruction, la proportion de femmes enceintes vues en CPN-ONE suivant des études a diminué alors que celle des femmes n'ayant pas atteint un niveau « primaire » ou n'ayant pas été scolarisées, a presque triplé en 2009. La proportion de femmes ayant achevé le niveau primaire a augmenté de 50 % entre 2006 et 2009. Un tiers d'entre elles ont terminé le niveau secondaire inférieur et un autre tiers le niveau secondaire supérieur. Une femme sur cinq a effectué des études de niveau supérieur (universitaire ou autre).

Un tiers de femmes enceintes suivies en structures prénatales ONE est d'origine étrangère. Environ la moitié de celles-ci sont établies en Belgique depuis moins de 5 ans et une sur dix depuis moins d'un an.

Les données de la BDMS montrent qu'environ un quart de femmes enceintes suivies à l'ONE consomment du tabac durant leur grossesse. Plus de 10 % de celles-ci fument plus de 20 cigarettes par jour alors que la moyenne globale est de 11,4 cigarettes par jour.

Les enfants de mères fumeuses ont deux fois et demi plus de risque de naître avec un poids inférieur à 2.500 grammes.

En 2009, 8,0 % des femmes enceintes suivies en CPN-ONE à Bruxelles et en Wallonie n'avaient pas de couverture en soins de santé, cette proportion était presque 3 fois plus importante à Bruxelles.

Parmi les femmes sans ressource fixe, une sur deux est de nationalité étrangère, principalement originaire d'Europe de l'Est ou d'Afrique noire. Le fait de ne pas avoir de ressources semble retarder le début du suivi de la grossesse et favoriser le changement de filière de suivi en cours de grossesse.

Un peu moins de 15 % de femmes enceintes ne terminent pas le suivi de leur grossesse débuté dans les CPN-ONE.

La grande majorité des femmes suivies bénéficient d'au moins 5 consultations prénatales ONE au cours de leur grossesse.

En 2009, les naissances prématurées représentent 7,1 % des accouchements enregistrés parmi les femmes suivies en CPN-ONE et les naissances des bébés avec des petits poids de naissance (< 2.500 g), 7,0 %.

Les femmes belges sont plus susceptibles d'accoucher avant le terme de leur grossesse et d'avoir des bébés avec moins de 2.500 g à la naissance que celles d'origine étrangère, indépendamment du temps de séjour sur le territoire.

L'activité professionnelle de la mère semble aussi jouer un rôle protecteur, puisque un gradient est observé entre les femmes ayant un emploi et celles au chômage et entre ces dernières et les femmes n'ayant pas de revenus fixes.

Les femmes n'ayant pas atteint le niveau secondaire supérieur ont plus de risque d'accouchements prématuré et/ou de nouveau-nés avec un faible poids, comparées aux femmes ayant un niveau plus élevé d'instruction. Cette différence n'est pas observée entre les femmes ayant atteint les études secondaires supérieures et celles qui ont atteint l'enseignement supérieur.

L'ONE tente de s'adapter à cette réalité plurielle, à ces nouvelles formes familiales, aux différences culturelles en développant des modèles d'intervention basés sur la relation empathique et le principe de bien-traitance.

Il est à noter par ailleurs que le secteur des prénatales ONE connaît une réforme structurelle dont les bases légales sont actuellement en phase d'analyse auprès du Gouvernement de la Communauté française.

8. Discussion

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) demande s'il existe des liens entre l'ONE et Kind&Gezin ? Dispose-t-on de chiffres précis en ce qui concerne le taux de mortalité de l'enfant ? Une grossesse précoce annonce-t-elle de facto une famille nombreuse ? Après l'accouchement, l'ONE assure-t-il un suivi particulier auprès des jeunes femmes qui résident dans des centres d'accueil ?

Mme Gisèle Mandaila (FDF) demande si les jeunes mères engendrent des bébés à faible poids. L'ONE assure-t-il un accompagnement auprès des futurs parents ? Une aide spécifique à destination des jeunes femmes d'origine étrangère existe-t-elle à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles ?

Mme Mahinur Ozdemir (cdH) demande si l'hôpital Saint-Pierre dispose de fiches thématiques comme l'ONE ? L'accouchement sous X existe-t-il en Belgique à l'instar de la France ? Parmi les cas de grossesses précoces, quel est le pourcentage de jeunes filles subsahariennes ?

Le Dr Patricia Barlow, cheffe de clinique à l'hôpital Saint-Pierre, précise que la majorité des jeunes femmes d'origine étrangère sont des Roms, des gens du voyage qui viennent de pays de l'Europe de l'est (Roumanie, Bulgarie, ex-Yougoslavie, ...), une population, selon elle, rejetée par l'Europe.

Ces jeunes femmes n'ont plus droit à l'aide médicale urgente car elles sont issues de pays adhérent à l'Union Européenne.

En général, elles viennent accoucher en milieu hospitalier et ensuite elles quittent l'hôpital car elles ne savent pas payer les soins médicaux. La communication entre ces jeunes patientes et le corps médical s'établit grâce aux traducteurs excepté lorsqu'elles arrivent aux urgences à deux heures du matin, dans ce dernier cas on recourt au langage des signes.

En France, l'accouchement sous x existe mais cette faculté est remise en question aujourd'hui par le monde politique qui parle de la supprimer.

En Belgique, lorsqu'une jeune fille mineure accouche, ses parents sont automatiquement informés de la situation. Parfois, ces jeunes filles préfèrent passer la frontière et accoucher en France dans l'anonymat.

M. Samuel Ndamè Ebongue, collaborateur au service d'Etudes et Stratégies à l'ONE, précise que Kind&Gezin dispose de moyens informatiques importants : toutes les informations sont encodées par les travailleurs médico-sociaux dans les tablettes pc et ensuite centralisées vers une banque de données.

L'ONE propose un accompagnement postnatal jusqu'à l'âge de 6 ans par le biais notamment des visites à domicile.

Ce travail sur le terrain est difficile en région bruxelloise dû à la présence d'un large public d'origine étrangère sans domicile fixe.

Le problème du logement et plus particulièrement de l'accès au logement en région bruxelloise complique le travail de l'ONE dont 20 à 25 % des visites à domicile sont infructueuses.

Il faut adapter l'accompagnement en fonction des besoins, chaque situation est particulière et il faut également tenir compte de l'origine des femmes.

Le Dr Patricia Barlow, cheffe de clinique à l'hôpital Saint-Pierre, précise que l'arrivée de populations étrangères est souvent la conséquence de guerres dans d'autres pays dans le monde.

Les structures existantes telles que l'asbl Aquarelle en région bruxelloise qui dispose de trente places dans des centres d'accueil sont financées exclusivement par des fonds privés.

L'intervenante précise qu'il n'y a malheureusement pas assez de places dans les centres pour accueillir toutes ces jeunes femmes et que d'autres alternatives doivent être trouvées.

Elle suggère la piste du placement de la jeune mère avec son enfant dans une famille d'accueil sous la responsabilité du service d'aide à la jeunesse (SAJ) afin de bénéficier de certains droits en faveur des mineurs qui peuvent se rendre notamment dans les centres psycho-médico-sociaux (PMS).

Mme Nadia El Yousfi (PS) demande s'il existe un partenariat avec des associations de terrain dans l'accompagnement postnatal afin d'aider ces jeunes femmes à éduquer leur enfant.

M. Michel Colson (FDF) précise qu'au sein des CPAS de Watermael-Boisfort, il existe une grande majorité de jeunes femmes qui revendiquent leur grossesse et qu'il ne s'agirait pas d'un phénomène nouveau comme l'a d'ailleurs confirmé le ministre Emir Kir.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) se demande pourquoi les travailleurs de l'ONE ne disposent pas des mêmes outils de travail que leurs collègues néerlandophones de Kind&Gezin.

La procédure d'adoption est-elle toujours aussi compliquée ?

L'hôpital AZ-VUB communique ses statistiques à Kind&Gezin, cela signifie-t-il une communautarisation du traitement des données ?

Comment s'organise l'accueil des jeunes femmes de population d'origine étrangère ? Le recours aux traducteurs est-il fréquent et onéreux ?

M. Pierre Migisha (cdH) s'interroge sur une éventuelle collaboration avec le centre d'épidémiologie périnatale (CEPIP). Dispose-t-on de statistiques en matière d'assuétudes aux drogues et à l'alcool ? Le suivi socio-médical est-il de meilleure qualité dans les zones socio-économiquement défavorisées telle que la Province du Hainaut ?

Dispose-t-on de statistiques sur l'origine des populations d'origine étrangère ?

Le Dr Patricia Barlow, cheffe de clinique à l'hôpital Saint-Pierre, précise que le milieu hospitalier pratique le test osseux pour les jeunes filles de moins de 18 ans qui consiste en une radio du poignet.

Les pathologies obstétricales les plus graves concernent plus particulièrement les populations d'origine subsaharienne dites grossesses plus à risques dont l'origine doit se trouver dans les habitudes de vie : l'alimentation.

Quant aux assuétudes, l'addiction s'inscrit souvent dans le temps.

L'hôpital Saint-Pierre a engagé des interprètes mais l'intervenante précise que tout le personnel participe pour faciliter la communication avec les jeunes patientes d'origine étrangère.

Le Dr Barlow informe que l'hôpital Saint-Pierre travaille en réseau avec Médecins du Monde, Médecins Sans Frontière, la cellule d'Action Sociale Urgente (CASU), les banques alimentaires, les squats légalisés, les structures pour toxicomanes et les centres pour prostituées.

Elle propose que chaque famille concernée par une grossesse précoce soit prise en charge par un travailleur médico-social.

M. Samuel Ndamè Ebongue, collaborateur au service d'Etudes et Stratégies à l'ONE, confirme que des partenariats existent entre l'ONE et le milieu hospitalier.

A titre d'exemple, l'ONE a souvent recours au service d'interprètes de l'hôpital Saint-Pierre lors des visites à domicile.

Il observe que certaines jeunes femmes désirent avoir un enfant pour être socialement reconnues comme personne.

Dans la majorité des cas, ces jeunes filles ont un passé douloureux : rupture familiale, échec scolaire etc.

Le Dr Patricia Barlow, cheffe de clinique à l'hôpital Saint-Pierre, précise que l'accès aux données privées est rendu difficile par la législation stricte en la matière.

En matière d'adoption, **M. Samuel Ndamè Ebongue, collaborateur au service d'Etudes et Stratégies à l'ONE**, observe que la demande est plus importante que l'offre et par conséquent, tous les enfants adoptables de l'ONE sont adoptés.

Le CEPIP fait une lecture de droit des naissances et non de fait à l'inverse de l'ONE qui établit ses statistiques sur base d'un recensement des naissances de fait sur base des visites à domicile, dans les centres d'accueil, sur les parkings, etc. et ce, dans les trois régions du pays.

La cartographie reprend aussi bien des jeunes femmes belges que celles issues d'origine étrangère.

Il constate que la situation est plus préoccupante dans le croissant du Hainaut qui s'étend de Mons à Liège et également en région bruxelloise dans certains quartiers.

Le Dr Patricia Barlow, cheffe de clinique à l'hôpital Saint-Pierre, répond à Mme Gisèle Mandaila, en ce qui concerne le pourcentage des infections mégalocytoses, sur 400 patientes examinées hebdomadairement en milieu hospitalier, 50 % représentent une population d'origine subsaharienne qui cumule souvent une infection au virus du sida.

Les centres psycho-médico-sociaux (CPMS) intègrent bien sur le terrain la problématique de la sensibilisation des jeunes filles aux cas de grossesses précoces.

Le Docteur Barlow précise qu'il existe une convention entre l'ONE et les hôpitaux afin d'améliorer la visibilité de ces derniers.

Les structures de quartier accueillent un public plus spécifique alors que les hôpitaux ont un public beaucoup plus varié.

Elle souligne le travail remarquable des sages-femmes qui ont intégré les structures de quartier en région bruxelloise. Elles ont notamment pour mission d'aider les jeunes femmes enceintes et de les diriger

vers des hôpitaux spécialisés lorsque la grossesse s'annonce à risques.

Le Docteur Barlow précise que la jeune femme porteuse du gène de la drépanocytose, principale maladie génétique et gynécologique en région bruxelloise, ne sera pas malade.

Mme Fatoumata Sidibé, présidente, se demande si les cas de grossesses précoces sont culturellement admis dans les populations d'origine étrangère.

Le Dr Patricia Barlow, cheffe de clinique à l'hôpital Saint-Pierre, fait état d'un cas de grossesse précoce au sein d'un couple marié d'origine tchadienne. La femme enceinte est âgée de 16 ans et son époux, un homme de 35 ans, ont tous deux bien accueillis la grossesse.

9. Exposé de Mme Katinka in 't Zandt, représentante du centre de planning familial Free Clinic

Mme Katinka in 't Zandt travaille depuis 21 ans au sein du centre du planning familial la Free Clinic.

Elle précise que ce centre a pour mission d'accueillir toute personne en situation de détresse et deux gynécologues y travaillent à temps plein.

Dans le cadre des activités de prévention, le centre a procédé, en 2011, à 484 avortements et depuis le 1^{er} janvier 2012 à 137 avortements dont 13 concernent des jeunes filles de moins de 20 ans.

Statistiquement, ce nombre peut être ventilé comme suit :

- une fille de 14 ans et deux filles de 15 ans (2 %);
- deux filles de 17 ans (1,5 %);
- quatre filles de 18 ans;
- et quatre filles de 19 ans.

L'intervenante souligne que les cas de grossesses précoces représentent une minorité. Il arrive que certaines jeunes filles décident de garder leur enfant.

Elle rappelle le cas d'un couple de 12 et 13 ans qui avait décidé de garder leur enfant. Le futur grand-père, âgé de 27 ans, était fier d'être le plus jeune futur grand-père de Belgique.

Mme in 't Zandt précise que le premier contact avec la jeune adolescente est une prise de contact par télé-

phone avec le centre qui lui propose un rendez-vous avec un de leurs psychologues qui aura un ou deux entretiens avec elle.

Ensuite, la jeune fille sera invitée à se rendre à une visite médicale pour procéder à un examen gynécologique et à une échographie.

A la suite de cet examen et au plus tôt le 7^{ème} jour qui suit l'échographie, l'avortement est planifié.

L'intervenante précise qu'il y a deux types d'avortements, à savoir l'avortement médicamenteux et l'avortement par aspiration.

L'avortement médicamenteux n'est autorisé que si la grossesse déclarée n'a pas encore atteint les 7 semaines. Il s'effectue par deux prises de médicaments sur une période de deux jours.

L'avortement par aspiration est nécessaire si la grossesse déclarée a dépassé les 7 semaines et ne peut être pratiqué légalement, en Belgique, que jusqu'à la 14^{ème} semaine.

A la suite de l'avortement, une séance de discussion est organisée entre le médecin et la jeune adolescente concernée.

Deux semaines plus tard, la jeune fille doit se rendre à un contrôle médical et une assistance psychologique lui est proposée.

Pour Mme in 't Zandt, la meilleure prévention contre les cas de grossesses précoces est l'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école. Elle ajoute qu'il faut aller plus loin et proposer aux jeunes adolescentes de se faire prescrire la pilule et de leur signaler que la pilule du lendemain existe.

10. Exposé de Mme Hélène Vanhaelen, représentante du centre de planning familial Plan F

Mme Hélène Vanhaelen, représentante du centre de planning familial Plan F, travaille au centre depuis plus de 25 ans, et sans vouloir accabler les commissaires avec des chiffres, parmi les 4.565 dossiers de demandes d'IVG traités entre 2007 et 2011, soit 5 ans, seulement 151 (3,3 %) concernaient des mineures de moins de 18 ans. Parmi ceux-ci, 27 dossiers (– de 0,6 %) concernaient des jeunes filles de moins de 16 ans et 4 (– de 0,01 %) des jeunes filles de moins de 15 ans.

C'est dire, si Mme Vanhaelen ne se considère pas comme une experte en matière de grossesses précoces.

Le centre de planning familial Plan F voit donc peu d'adolescentes enceintes lors de ses consultations mais les voit le plus souvent lorsqu'une mineure fait une demande d'IVG.

Le centre la reçoit comme il reçoit chaque personne dans le respect de son individualité. Il aborde l'histoire de la grossesse, sa contraception. Il l'interroge sur son désir de grossesse, son désir d'enfant, la décision qu'elle a éventuellement déjà prise, les ressources dont elle dispose pour faire face à une situation qui n'est jamais facile. Le centre évalue les réactions du géniteur et des parents s'ils connaissent la situation et les éventuelles pressions exercées sur la jeune fille.

Si sa décision d'avorter est claire, le centre lui explique comment les choses vont se passer. Le centre est attentif à préparer la jeune fille à la consultation gynécologique (c'est souvent la première fois et les jeunes filles ont peur). On envisage avec elle la contraception de l'après IVG. Le centre l'invite à prendre contact si les choses sont difficiles. Si les parents ne sont pas au courant, le centre respecte ce choix mais essaye, pour les moins de 16 ans, que la jeune fille puisse être accompagnée par une adulte qui la soutient.

Si sa décision n'est pas encore prise ou qu'elle est ambivalente, le centre essaye de l'aider à voir plus clair dans ce qui lui arrive, à tenir compte de sa situation personnelle, de celle du couple, de la réaction de ses parents, ... Le centre la questionne aussi sur sa manière d'envisager l'avenir.

Le plus souvent les très jeunes filles (moins de 16 ans), qui ne sont pas soutenues par leurs parents, finissent par demander une IVG quand on les confronte à la réalité.

Si la jeune fille envisage plutôt de garder sa grossesse, le centre l'oriente le plus souvent vers une consultation spécifique qu'il a ouverte en 1999, la consultation ISIS, qui a pour objet l'aide et le soutien psychosocial des femmes enceintes et en difficulté.

Si ces adolescentes sont soutenues par leur famille, le plus souvent, le centre ne les revoit plus.

Mme Vanhaelen explicite ce que comprend la consultation ISIS.

Si la jeune fille est seule (ou en couple), quelque soit l'attitude des parents, et qu'elle a décidé de gar-

der sa grossesse ou qu'une IVG n'est plus envisageable (délai), le centre propose :

- un suivi médical : ces grossesses non prévues sont considérées comme « à risque » (irrégularité au niveau des rendez-vous et des examens médicaux);
- et un suivi psychosocial : le centre s'assurera que les besoins de base soient assurés. Il faudra peut-être envisager une maison maternelle.

Au point de vue psychologique, le centre travaillera le lien avec les parents, le géniteur et le bébé. Le centre vérifiera l'attachement, la filiation et l'investissement du géniteur avec lequel le centre doit le plus souvent également travailler aussi.

En ce qui concerne l'école, souvent les adolescentes enceintes imaginent qu'elles doivent arrêter leurs études car elles seraient marginalisées.

Du point de vue projet de vie, si les jeunes filles laissent tout tomber, le risque de dépression est important et le couple est menacé.

Au niveau de la vie sociale, il arrive que ces jeunes filles se désocialisent. Le centre organise, ponctuellement, des activités communes notamment en collaboration avec « l'article 27 » qui concerne la culture.

L'équipe du projet ISIS travaille en lien avec l'équipe pluridisciplinaire si des problèmes juridiques se posent ou si un suivi thérapeutique est nécessaire.

Au point de vue social, l'équipe aidera, si nécessaire, la jeune fille à chercher un logement et/ou à faire les démarches auprès d'un CPAS.

Le Centre procure à la maman le matériel nécessaire et des vêtements de bébé. Le Centre travaille également avec d'autres asbl pour l'obtention de colis alimentaires ou de dons.

Si ces jeunes ont un dossier au Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ), le centre collabore avec les éducateurs de ce service.

Si l'adolescente ne se sent pas capable d'assumer une maternité, le centre prend contact avec un service spécialisé tel le service d'adoption Thérèse Wante ou le service ONE adoption.

Les choses peuvent se compliquer, quelle que soit la décision de la jeune fille, si sa famille ou le géniteur font pression sur elle pour qu'elle change d'avis. Le plus souvent, ceux-ci n'acceptent pas que, tout en essayant de ne pas les exclure et de préserver le lien, le centre tente avant tout de permettre à la jeune fille d'exprimer ses sentiments, son souhait ou son avis.

L'équipe ISIS a suivi, ces cinq dernières années, 48 mineures, soit 10 % des dossiers.

11. Discussion

Mme Gisèle Mandaila (FDF) remercie les intervenantes pour leur exposé.

Elle confirme que la meilleure prévention contre les cas de grossesses précoces reste l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ainsi que la prise de la pilule pour les jeunes adolescentes.

Dans le cadre de la prévention des jeunes, existe-t-il des statistiques sur l'origine des populations étrangères qui fréquentent les centres de planning familial ?

La fréquentation des centres de planning familial est-elle plus féminine que masculine ?

Dans le cadre d'une grossesse précoce déclarée et/ou d'un avortement, le centre de planning familial apporte-t-il un suivi post-avortement dans la structure familiale ?

Elle s'interroge également sur les causes majeures de grossesses précoces. Le syndrome post-IVG existe-t-il réellement ?

Lors de leur première visite, les jeunes adolescentes sont-elles en général accompagnées de leur petit ami.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) précise que le monde politique soutient les initiatives en matière d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Dans le cadre de l'organisation de ces cours sur l'EVRAS, les centres de planning familial recommandent-ils de mettre les jeunes filles et jeunes garçons dans des groupes mixtes ?

Lorsqu'une jeune fille décide de garder son enfant, les centres de planning familial ont-ils également pour mission d'accompagner les jeunes filles qui laissent leur enfants à d'autres parents (famille d'adoption ou d'accueil) ?

Suite aux différentes auditions menées au sein de la commission, **Mme Olivia P'tito (PS)** constate qu'il faut relativiser le phénomène des grossesses précoces et qu'il faut par contre renforcer les cours dans le domaine de l'EVRAS en milieu scolaire.

Mme Katinka in 't Zandt, de la Free Clinic, précise à Mme Gisèle Mandaila que la Free Clinic a comme public d'origine étrangère principalement des jeunes filles d'origine africaine. Cela est dû à la situation géographique du Centre qui se situe en plein quartier Matongé.

Elle précise que les cas de grossesses non désirées concernent toutes les populations étrangères toute origine confondue.

La Free Clinic offre la possibilité d'un suivi psychologique pour rétablir le lien avec la famille qu'il s'agisse de cas d'IVG ou de grossesses précoces.

En ce qui concerne l'accompagnement des jeunes adolescentes, l'intervenante précise que ces dernières ne sont pas toujours seules : soit elles viennent avec leurs parents, soit avec les parents du géniteur, soit avec leurs copines, soit avec l'éducateur du home, soit avec l'infirmier de l'école ou avec le géniteur dans 50 % des cas.

Pour Mme in 't Zandt, le syndrome post-IVG n'existe pas.

La Free Clinic organise des animations à l'EVRAS : au début, le cours donné à l'école s'adresse aux jeunes filles et jeunes garçons. Ensuite, si l'animateur constate des tensions au sein du groupe, il organise alors un cours séparé au groupe des filles et au groupe de garçons.

L'adoption reste une exception. Elle rappelle la situation d'une jeune fille n'ayant pas pu avorter, vu le délai légal pour l'IVG dépassé, qui s'est vu contrainte de garder l'enfant.

Dans le cadre des procédures d'adoption, la Free Clinic a privilégié de travailler avec l'association Thérèse Want et non avec l'ONE et cela, afin de continuer le travail psychologique, médical, juridique et social avec la mère de l'enfant.

Mme Hélène Vanhaelen, représentante du centre de planning familial Plan F, précise que le Plan F est situé près de la place Saint-Josse.

Les populations étrangères qui fréquentent le centre sont d'origines subsaharienne, turque et européenne.

Le centre a déjà eu l'occasion de s'occuper d'un jeune couple dont la jeune fille était toujours en obligation scolaire et qui continue à fréquenter le centre dans le cadre d'une thérapie prolongée.

Le centre a également suivi le cas d'une jeune fille en couple avec un ancien SDF ainsi qu'un couple de fonctionnaires européens qui rencontrait des difficultés liées à la prise de drogue et d'alcool.

L'intervenante soulève la question de la responsabilisation des jeunes garçons concernant les maladies sexuellement transmissibles.

La présidente demande si les jeunes filles qui subissent une IVG dans les centres de planning familial sont suivies en consultation ISIS.

Ont-elles en général un parcours de vie chaotique ? Existe-t-il une alternative à l'adoption ?

Mme Hélène Vanhaelen, représentante du centre de planning familial Plan F, répond que les jeunes adolescentes sont souvent issues de familles à grandes difficultés sociales et économiques où la violence est monnaie courante.

Elle pense que ces jeunes filles considèrent que leur grossesse peut leur apporter une relation affective qu'elles n'ont pas eue dans leur enfance.

L'intervenante précise également que ces jeunes filles sont déjà connues des centres.

Par rapport à l'alternative à l'adoption, elle rappelle le cas d'une jeune adolescente d'origine maghrébine qui avait demandé une IVG. Sa grossesse étant trop avancée, elle s'est vu contrainte de garder l'enfant. Dans un premier temps, elle a demandé au centre d'entamer la procédure d'adoption. Ensuite, elle a demandé de placer son enfant dans une pouponnière. Et finalement, elle a décidé de garder l'enfant. Ce cas démontre bien que le suivi psychologique apporté par les centres est très important et leur permet de prendre le temps de la réflexion et de faire leur chemin.

12. Lecture et approbation du rapport

En sa réunion du 4 juin 2013, la commission a adopté le rapport à l'unanimité des 12 membres présents.

13. Annexes

Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles sur le thème « Adolescentes : sexualité & santé de la reproduction », publié par la Communauté française en février 2006 : http://pmb.santenpdc.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=14032

Présentation de la banque de données médico-sociales de l'ONE : http://www.one.be/uploads/tx_tproducts/datasheet/RA_BDMS_2002-2003_complete.pdf

Ces annexes ont été transmises par M. Samuel Ndamé Ebongue, gestionnaire de projets à la Direction Etudes et Stratégies et chargé de gestion de la Banque de données médico-sociales de l'Office national de l'Enfance.

La Rapporteuse,

Mahinur OZDEMIR

La Présidente,

Fatoumata SIDIBE

