



# Synergies en santé

## 1. Cahier enfance

**Synergies statistiques**

Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles

Novembre 2012



# Synergies statistiques

Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles

Les phénomènes sociaux, économiques et environnementaux qui concernent les francophones de Belgique obéissent à des logiques qui dépassent les délimitations institutionnelles fixées par la structure fédérale belge. Forts de ce constat, le Gouvernement de la Wallonie et celui de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont souhaité renforcer leurs synergies statistiques.

Un accord de coopération a été conclu entre les différents acteurs qui produisent des analyses sur les compétences de ces deux entités fédérées. Cet accord dit de «synergies statistiques» est entré en vigueur le 8 octobre 2009 via décret.

Dans le cadre de ce décret, le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles (MFWB), l'Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication et de la Communauté française (ETNIC) et l'Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de

la Statistique (IWEPS) sont amenés à collaborer pour réaliser un programme de travail commun. Ce travail vise, d'une part, à assurer une harmonisation des concepts, des indicateurs et de l'articulation des systèmes d'information entre institutions, et d'autre part, à réaliser des analyses sur des thématiques qui sont transversales aux compétences de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La présente publication s'intègre dans un ensemble dont l'objectif est de présenter le résultat d'analyses réalisées en commun, au fur et à mesure de l'avancement du programme de travail.

Nous vous en souhaitons bonne lecture et sommes évidemment à l'écoute de vos commentaires, demandes ou suggestions.

Monsieur Sébastien BRUNET  
Administrateur général  
IWEPS

Monsieur Frédéric DELCOR  
Secrétaire général  
Fédération Wallonie-Bruxelles

Monsieur Michel POULEUR  
Administrateur général  
ETNIC

# Préface

**C**e premier cahier thématique sur la santé de l'enfant est le fruit d'une étroite collaboration entre l'Observatoire Wallon de la Santé

et la Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, soutenue par une équipe universitaire. Cette association entre institutions partenaires de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Wallonie s'inscrit dans la volonté des gouvernements des deux entités de travailler au renforcement des synergies, notamment statistiques.

Ce cahier s'adresse à toute personne amenée à poser des choix pouvant avoir un impact sur la santé des enfants, qu'ils s'agissent des décideurs politiques, des administrations au sens large, du corps enseignant ou encore des professionnels de la santé.

La nécessité et la volonté de synergies entre entités deviennent nettement palpables. Le thème de l'enfance illustre l'utilité des collaborations entre les entités tant wallonnes que relevant de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'enfance est par ailleurs une étape de la vie très importante dans la construction de la société de demain.

Elle constitue un moment clé où tout doit être mis en œuvre pour lutter contre les inégalités sociales de santé qui ont un effet particulièrement important chez l'enfant.

Différents sous-thèmes essentiels sont présentés dans ce cahier. Chaque sous-thème est illustré par des indicateurs chiffrés qui sont eux-mêmes analysés afin de mettre en lumière les enjeux de santé qu'ils représentent. Cette analyse permet d'aborder les différentes politiques et actions qui en découlent dans le dessein de faire apparaître complémentarités, synergies ou lacunes.

Ce travail, réalisé par l'École de santé publique de l'ULB, a été initié, pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, par la Direction générale de la Santé et, pour la Wallonie, par l'Observatoire wallon de la santé issu de la collaboration entre l'IWEPS et la Direction générale de l'Action sociale et de la Santé en Wallonie. De nombreux experts ont été rencontrés et ont permis de donner du contenu à ce cahier. Nous tenons aussi à remercier les relecteurs pour leur aide.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Docteur Serge CARABIN  
Directeur général  
Direction générale de la  
santé en Fédération Wallonie-  
Bruxelles

Madame Sylvie MARIQUE  
Directrice générale  
Direction générale de l'Action  
sociale et de la Santé en  
Wallonie

Monsieur Sébastien BRUNET  
Administrateur général  
IWEPS

# Sommaire

<b>ACRONYMES</b> .....	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>Quelques indicateurs généraux relatifs à l'enfance</b> .....	<b>6</b>
Nombre de naissances vivantes	
Indice conjoncturel de fécondité	
Proportion d'enfants de 0-14 ans dans la population	
<b>Couverture des services destinés à l'enfance (ONE, SPSE, CPMS)</b> .....	<b>7</b>
<b>Plan d'action droit de l'enfant</b> .....	<b>8</b>
<b>II. THÉMATIQUES</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Autour de la naissance</b> .....	<b>10</b>
I Prématurité	
II Petit poids de naissance	
III Mortalité infantile	
IV Mort subite inexpliquée du nourrisson <sup>5</sup>	
<b>2. Alimentation</b> .....	<b>12</b>
I Allaitement maternel à la sortie de la maternité	
II Allaitement maternel complet lors du premier contact à l'ONE	
III Alimentation des enfants	
III.a. Prise de petit déjeuner	
III.b. Consommation quotidienne de fruits et de légumes	
<b>3. Alcool et tabac</b> .....	<b>15</b>
I Essai tabac	
II Essai boisson alcoolisée	
III Expérience ivresse	
IV Essai alcopop	
V Consommation d'alcool minimum 1 fois par semaine	
<b>4. Activité physique</b> .....	<b>16</b>
I Pratique d'activité physique au minimum une heure par jour	
II Nombre d'heures de sport pratiqué par semaine	
III Pratique d'activité physique et sportive en fonction de l'indicateur d'aisance matérielle	
<b>5. Obésité et surpoids</b> .....	<b>18</b>
I Statut pondéral par niveau scolaire et par sexe	
<b>6. Usage des multimédias</b> .....	<b>20</b>
I Temps passé devant la télévision, vidéos ou DVD les jours d'école	
<b>7. Environnement physique</b> .....	<b>22</b>
I Appréciation de la qualité du quartier en fonction du niveau socio-économique	
II Qualité des infrastructures des établissements scolaires	
<b>8. Environnement familial</b> .....	<b>24</b>
I Configuration familiale	
II Activité professionnelle des parents	
III Bien-être et configuration familiale	

<b>9. Accueil de l'enfant</b> .....	<b>26</b>
I Taux de couverture des places d'accueil 0-2 ans et demi	
II Taux de couverture des 0-3 ans pris en charge par un service d'accueil ou en enseignement maternel	
III Proportion d'enfants de 3-6 ans fréquentant une école maternelle	
<b>10. Dépistage néonatal de la surdité</b> .....	<b>29</b>
I Prévalence de la surdité néonatale	
II Taux de couverture du dépistage	
<b>11. Dépistage visuel</b> .....	<b>31</b>
I Bilan des dépistages visuels	
II Estimation de la couverture	
<b>12. Dépistage des maladies métaboliques et congénitales</b> .....	<b>32</b>
I Fréquence de tests positifs	
II Enfants porteurs de malformations	
<b>13. Santé bucco-dentaire</b> .....	<b>34</b>
I Proportion de polycaries du jeune enfant	
II Brossage quotidien des dents	
III Indice CAO chez les enfants de 12 ans	
IV Contacts avec un dentiste au cours des 5 dernières années	
<b>14. Vaccination</b> .....	<b>36</b>
I Taux de couverture vaccinale des enfants de 18-24 mois	
<b>15. Bien-être</b> .....	<b>39</b>
I Échelle d'appréciation de la vie	
II Sentiment de bonheur	
III Qualité de la communication avec les parents	
<b>16. Maltraitance</b> .....	<b>40</b>
I Évolution de la maltraitance	
II Âge des enfants en difficulté ou en danger au début de la première prise en charge	
III Nombre de cas répertoriés chez les moins de 15 ans	
<b>17. Cancers de l'enfant</b> .....	<b>42</b>
I Nouveaux cancers chez les enfants de 0-14 ans	
<b>18. Enfant porteur d'un handicap</b> .....	<b>43</b>
I Allocations familiales majorées	
II Nombre d'enfants dans l'enseignement spécialisé en Belgique francophone en maternel et primaire	
<b>19. Mortalité</b> .....	<b>44</b>
I Décès par groupe d'âge des enfants de 0-14 ans	
II Premières causes de décès chez les enfants de 0-12 ans	
III Part des décès non-naturels (mortalité accidentelle) sur l'ensemble des décès	
<b>III. CONCLUSION</b> .....	<b>47</b>
<b>COLOPHON</b> .....	<b>48</b>

# Acronymes

<b>ADEPS</b>	Direction générale du Sport de la FWB (anciennement Administration de l'Éducation Physique et des Sports)
<b>APE</b>	Aide à la Promotion de l'Emploi
<b>ATL</b>	Accueil Temps Libre
<b>APAQW</b>	Agence Wallonne pour la Promotion d'une Agriculture de Qualité
<b>AWIPH</b>	Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées
<b>BDMS</b>	Banque de Données Médico-Sociales (de l'ONE)
<b>CEpiP</b>	Centre d'Épidémiologie Périnatale. Centre de référence pour le Programme de dépistage néonatal de la surdité en Communauté française
<b>CERE</b>	Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance
<b>CLE</b>	Coordination Locale pour l'Enfance
<b>CPAS</b>	Centre Public d'Aide Sociale
<b>CPMS</b>	Centre Psycho-Médico-Social
<b>CRIFI</b>	Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure
<b>DGO</b>	Direction générale opérationnelle
<b>EHLASS</b>	European Home and Leisure Accident Surveillance System
<b>FESC</b>	Fonds des Équipements et des Services Collectifs
<b>FWB</b>	Fédération Wallonie-Bruxelles
<b>HBSC</b>	Health Behaviour in School Aged Children
<b>IBGE</b>	Institut Bruxellois de la Gestion de l'Environnement
<b>ICF</b>	Indice Conjoncturel de Fécondité
<b>INAMI</b>	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
<b>MSIN</b>	Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson
<b>NEHAP</b>	Plan National d'Action Environnement Santé
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONAFTS</b>	Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés
<b>ONE</b>	Office de la Naissance et de l'Enfance
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PCO</b>	Plan Communautaire Opérationnel
<b>RAVeL</b>	Réseau Autonome de Voies Lentes
<b>RAWAD</b>	Réseau Wallon pour une Alimentation Durable
<b>SAJ</b>	Service d'Aide à la Jeunesse
<b>SAMI</b>	Service d'Analyse des Milieux Intérieurs
<b>SDER</b>	Schéma de développement de l'espace régional
<b>SPF</b>	Service Public Fédéral
<b>SPJ</b>	Service de Protection Judiciaire
<b>SPP</b>	Service Public de Programmation
<b>SPSE</b>	Service de Promotion de la Santé à l'École
<b>TIC</b>	Technologie Information et Communication
<b>UCL</b>	Université Catholique de Louvain
<b>ULB</b>	Université Libre de Bruxelles
<b>ULg</b>	Université de Liège

**L'objectif de ce cahier consacré à l'enfance est de pouvoir dresser de façon synthétique l'état des lieux de la santé des enfants en Wallonie et dans la Fédération Wallonie-Bruxelles sur une série d'indicateurs socio-sanitaires, dans une perspective dynamique des actions, politiques et programmes des deux entités fédérées.**

# Introduction

**D**ans ce premier cahier consacré à la santé des enfants de 0-12 ans vivant en Belgique francophone, est présentée une sélection de thématiques reprenant les grands enjeux liés à la santé des enfants. Le cahier est scindé en quatre parties distinctes. La première partie introductive dépeint une image générale de la situation actuelle des enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Wallonie sur base des indicateurs socio-démographiques. La deuxième partie est constituée des différentes thématiques concernant la santé –au sens large– des enfants. Ces thématiques ont été sélectionnées pour leur lien direct ou indirect avec la santé des enfants, dans ses aspects généraux comme des facteurs de milieu de vie, des aspects comportementaux, des aspects liés aux services dédiés à la santé des enfants (dont les dépistages) ou des données plus générales de morbidité et mortalité.

La deuxième partie est présentée sous forme de tableaux synthétiques. Pour chaque thématique sont repris les indicateurs, leurs sources et l'entité qu'ils recouvrent (Wallonie ou Fédération Wallonie-Bruxelles) ainsi que des comparaisons internationales ou nationales lorsqu'elles sont disponibles et pertinentes. À ce tableau s'ajoutent une grille de lecture analytique des indicateurs, un résumé des politiques et actions développées par les différentes entités (Fédération Wallonie-Bruxelles et Wallonie) et un aperçu des complémentarités et synergies lorsqu'elles existent. Ce cahier ne prétend certainement pas à l'exhaustivité des initiatives, programmes ou politiques visant la santé et le bien-être des

enfants. Certaines de ces initiatives ont pu ne pas être portées à notre connaissance, tant sont nombreuses les activités réalisées sur le territoire de la Belgique francophone dans ce domaine.

Dans les troisième et quatrième parties, le lecteur trouvera les conclusions, la bibliographie et les annexes.

La méthode utilisée pour la réalisation de ce cahier consiste en premier lieu en une revue de la littérature scientifique, des rapports (publiés ou non), des communiqués, et la mise à plat des informations récoltées lors des entretiens avec les experts sur les différents sujets abordés. Parallèlement, la sélection des thématiques retenues a été effectuée en collaboration avec le comité d'accompagnement.

Certains indicateurs présentés concernent les enfants de 0-14 ans car les données exactes pour la classe d'âge 0-12 ans concernée par ce rapport n'étaient pas disponibles. La plupart des données relatives aux comportements de santé des enfants proviennent de l'enquête 2010 HBSC (Health Behaviour in School Aged Children), enquête placée sous le patronat de l'OMS et réalisée tous les 4 ans dans plus de 40 pays et régions. Les données HBSC concernent les enfants scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles de la 5<sup>e</sup> primaire à la dernière année du secondaire, celles qui seront ici présentées concernent les enfants de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> primaire (n=2 594) ; les résultats complets pour la Fédération Wallonie-Bruxelles paraîtront sous forme de brochures début 2013.

- 1 Source : Direction générale Institution et Population <http://www.ibz.rn.fgov.be/>
- 2 Source : SPF Économie : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/residence/>
- 3 Source : SPF Économie : [http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances\\_fecondite/](http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances_fecondite/)
- 4 Source : SPF Économie : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/>
- 5 Accessible sur le site : Direction générale Statistique et Information économique-Direction thématique Société [http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances\\_fecondite/indicateurs\\_de\\_fecondite/revolu/](http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances_fecondite/indicateurs_de_fecondite/revolu/)
- 6 Pour plus d'informations sur les objectifs spécifiques voir le rapport 2010 BDMS, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, page 15.
- 7 Pour plus d'informations voir le rapport 2010 BDMS, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, page 16.

## Quelques indicateurs généraux relatifs à l'enfance

On parle actuellement beaucoup du vieillissement de la population, il ne faut pourtant pas oublier que la population de jeunes augmente sensiblement elle aussi, particulièrement en Région bruxelloise. Cette augmentation aura des répercussions sur les milieux d'accueil de l'enfant qui connaissent déjà des problèmes d'accès (manque de places dans les crèches, les écoles...). On devra aussi tenir compte des changements de dynamiques familiales (familles recomposées, monoparentales...), des enfants vivants dans des conditions de pauvreté, etc. Trois indicateurs démographiques sont présentés : le nombre de naissances vivantes, le taux de fécondité, et la proportion d'enfants dans la population. Ils permettent de montrer le renouvellement de la population, ainsi que l'ampleur de la population à couvrir et les prévisions à planifier.

### Nombre de naissances vivantes

Le **tableau 1** montre le nombre de naissances vivantes et l'accroissement de la population selon les Régions en 2010 (sur base du lieu de résidence).

Les taux de natalité, calculés selon les données de la Direction générale Statistique et Information économique-Direction thématique

Société, constituent un autre reflet du rajeunissement de la Région bruxelloise : en 2010 ce taux de natalité de 16,6 ‰ est plus élevé qu'en Wallonie (11,5 ‰) ou que sur l'ensemble du territoire belge (11,8 ‰)<sup>2</sup>.

### Indice conjoncturel de fécondité

Le site du SPF Économie<sup>3</sup> définit l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) comme «(...) la somme des taux de fécondité par âge. Il représente le nombre d'enfants qu'une femme aurait au cours de sa vie féconde si elle connaissait à chaque âge la fécondité observée au cours de l'année considérée».

Comme nous le montre la **figure 1**, la fécondité est la plus importante à Bruxelles. On peut supposer que ce taux plus élevé à Bruxelles est dû aux caractéristiques de la population, à savoir une population plus jeune que dans le reste du pays, ainsi qu'une proportion importante de personnes d'origine étrangère connaissant traditionnellement des taux de fécondité plus importants que la population belge.

### Proportion d'enfants de 0-14 ans dans la population

Le **tableau 2** indique la proportion d'enfants de moins de 15 ans –par classe d'âge– dans la population, selon les Régions et sur l'ensemble du territoire de la Belgique.

La population de jeunes est la plus importante à Bruxelles et elle a augmenté sensiblement

**Tableau 1. Nombre de naissances vivantes, de décès et accroissement de la population selon les Régions en 2010**

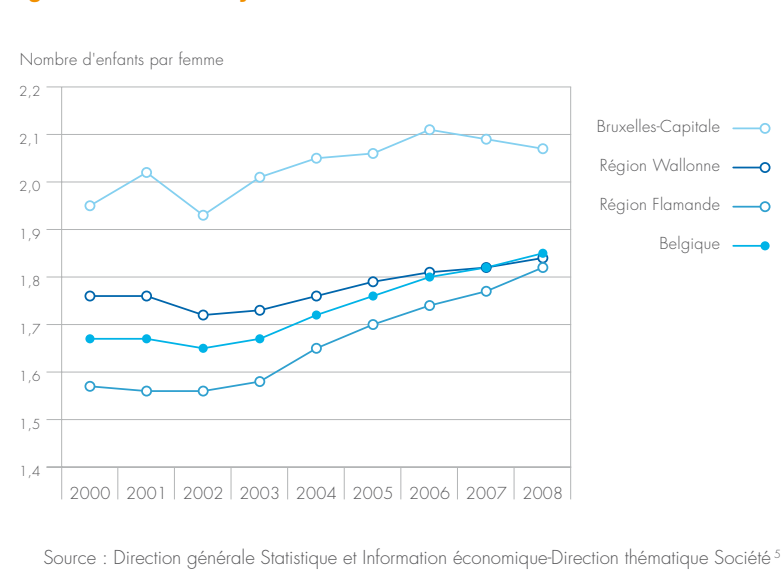
	Nombre de naissances	Nombre total de décès	Accroissement naturel* de la population (Décès - Naissances)
Région de Bruxelles-Capitale	18 100	9 368	8 732
Wallonie	40 383	36 978	3 405
Région Flamande	69 773	58 482	11 291
<b>Belgique</b>	<b>128 256</b>	<b>104 828</b>	<b>23 428</b>

\*Hors migration

Source : Direction générale Institution et Population<sup>1</sup>

entre 1990 et 2008. Ce n'est pas le cas dans les autres Régions où cette proportion a au contraire diminué (1,8 % en moins pour la Flandre et 1,2 % pour la Wallonie). Au total, les enfants de moins de 15 ans représentent actuellement 17 % de la population.

**Figure 1 – Indice conjoncturel de fécondité**



### Couverture des services destinés à l'enfance

Les consultations pré- et postnatales de l'ONE font partie de la médecine préventive et ont pour objectif global d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons<sup>6</sup>. Il existe 46 consultations prénatales à Bruxelles et en Wallonie, dont l'accès est gratuit et organisé en deux types : les consultations dans les structures hospitalières (avec lesquelles l'ONE a conclu une convention de collaboration) et les consultations de quartier. Pour des raisons socio-économiques et historiques, la distribution géographique des consultations n'est pas homogène<sup>7</sup>. Lorsque l'on s'intéresse au taux de couverture des consultations (rapport entre le nombre de femmes inscrites à la consultation et le nombre de naissances), il est à Bruxelles en 2009 de 38,8 %, dans le Brabant Wallon de 1,0 %<sup>8</sup>, dans le Hainaut de 37,9 %, à Liège de 18,6 %, à Namur de 15,5 % et pour la Fédération Wallonie-Bruxelles de 28,7 %.

Les consultations pour enfants de l'ONE ont pour objectif d'accompagner les parents afin d'assurer aux enfants une croissance et un développement physique, psychologique et psychomoteur optimal. Une attention particulière est réservée aux familles les plus vulnérables afin de diminuer les inégalités sociales de santé. En 2010, il y avait 627 structures de suivi de l'enfant de 0 à 6 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles et 159 116 enfants inscrits<sup>9</sup>.

Les services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE) et centres Psycho-Médicaux-Sociaux (CPMS) constituent un instrument communautaire au service de tous (couverture universelle, en principe tous les enfants scolarisés).

Quatre missions prioritaires sont dans leurs attributions :

- Le suivi médical des élèves qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination.

8 Ce chiffre peut apparaître comme anormalement bas ; mais il est dû au fait qu'il n'y a pas de consultation prénatale hospitalière dans le Brabant Wallon et seulement 43 consultations de quartier (pour un total de 4 102 naissances).

9 Rapport 2010 BDMS, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.

**Tableau 2. Proportion d'enfants de moins de 15 ans, 1990 et 2008, par classe d'âge et Région**

	Région Bruxelles-Capitale		Wallonie		Région Flamande		Belgique	
	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008
0-4 ans	6,1 %	7,2 %	6,2 %	5,8 %	5,7 %	5,3 %	5,9 %	5,6 %
5-9 ans	5,7 %	5,9 %	6,1 %	5,9 %	6,1 %	5,2 %	6,1 %	5,5 %
10-14 ans	5,5 %	5,4 %	6,2 %	6,0 %	6,1 %	5,6 %	6,1 %	5,7 %
<b>Total</b>	<b>17,3 %</b>	<b>18,5 %</b>	<b>18,5 %</b>	<b>17,7 %</b>	<b>17,9 %</b>	<b>16,1 %</b>	<b>18,1 %</b>	<b>16,9 %</b>

Source : SPF Économie<sup>4</sup>

10 Source : site de l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse : <http://www.oejaj.cfwb.be/>

11 Voir les travaux de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS, en particulier leur rapport «Closing the gap in a generation» accessible sur le site : <http://www.searo.who.int>.

- La prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles.
- La mise en place de programmes de promotion de la santé et d'un environnement favorable à la santé (incluant les projets de service : chaque SPSE/CPMS développe un projet selon une grille de développement définie par le programme quinquennal et en fonction des besoins prioritaires spécifiques à la population sous tutelle).
- L'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.

Deux caractéristiques essentielles de la Promotion de la Santé à École sont à mettre en avant : leur caractère d'universalité et leur gratuité. Grâce à cela, les services PSE et les centres PMS jouent un rôle primordial et de première ligne dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les élèves fréquentant les établissements organisés par la FWB dépendent des CPMS tandis que ceux des établissements subventionnés par la FWB sont sous tutelle des SPSE.

Les SPSE sont sous la tutelle de la Direction générale de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ils sont organisés par les différents pouvoirs organisateurs (provincial, communal, libre).

Les CPMS quant à eux dépendent de la Direction générale de l'enseignement obligatoire. Outre les missions PSE, ils fournissent des conseils afin d'atteindre le meilleur développement personnel possible de l'enfant. Ainsi dans l'enseignement subventionné (provincial, communal et libre) les deux types de structures (SPSE et CPMS) coexistent (cependant à l'initiative des pouvoirs organisateurs, ils peuvent être rapprochés et travailler ensemble). Ils sont regroupés lorsque le pouvoir organisateur est communautaire (établissement de la Fédération Wallonie-Bruxelles).

Le financement des SPSE va avoir un impact important sur ses capacités à promouvoir la santé. En plus du financement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, certains pouvoirs organisateurs ont la possibilité d'allouer des fonds propres. Un risque d'une médecine scolaire à deux vitesses n'est à ce titre pas à exclure.

## Plan d'action droits de l'enfant

Dans la perspective d'une meilleure coopération entre la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Wallonie, et dans le cadre de l'application de la Convention internationale des Droits de l'Enfant, un Plan d'actions sur les droits de l'enfant a été développé<sup>10</sup>. Il est prévu que cette initiative commune entre les deux entités soit mise en place entre 2011 et 2014.

Il est composé de trois axes principaux :

- i) la gouvernance des droits de l'enfance,
  - ii) l'information, la formation et l'éducation aux droits de l'enfant et
  - iii) la lutte contre les inégalités sociales et les discriminations.
- De nombreux intervenants de la Fédération Wallonie-Bruxelles ou de la Wallonie, entrent en compte dans la réalisation de ce Plan et participent à sa mise en place.

Dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, il faut encore mentionner le projet européen «Equity from the start» qui concerne les inégalités de santé chez l'enfant et permet de coordonner différentes actions tant au niveau fédéral, régional, des organisations issues du monde associatif ou d'autres comme l'ONE ou les services PSE<sup>11</sup>.



## 1

## Autour de la naissance

Indicateurs	I	II	III	IV
	<b>Taux de prématurité</b> sur l'ensemble des naissances vivantes	<b>Proportion de petit poids de naissance (&lt;2 500 g)</b> sur l'ensemble des naissances vivantes	<b>Taux de mortalité infantile</b> sur l'ensemble des naissances vivantes	<b>Proportion de décès liés à la mort subite inexpliquée du nourrisson</b> sur l'ensemble des décès des enfants de moins d'un an (sur l'ensemble des décès, 2008)
Source/Référence	Données CEpiP 2009 <sup>1</sup>	Données CEpiP 2009	ISP - SPMA (2008) <sup>2</sup>	Rapport BDMS 2010, ONE Fédération Wallonie-Bruxelles 2012
Wallonie	7,9 %	8,2 %	3,1 ‰	7,2 %
Région Bruxelloise	7,7 %	7,9 %	4,6 ‰	7,9 %
Comparaisons nationales	Flandre 7,3 %	Flandre 6,8 %	Belgique 3,8 ‰	
Comparaisons internationales	Afrique <sup>3</sup> 9,6 % Amérique du Nord <sup>3</sup> 10,6 % Asie <sup>3</sup> 9,1 % Europe <sup>3</sup> 6,2 %	Afrique <sup>4</sup> 14,3 % Amérique du Nord <sup>4</sup> 7,7 % Asie <sup>4</sup> 18,3 % Europe <sup>4</sup> 6,4 % <i>Dont : Luxembourg<sup>5</sup> : 8 % France<sup>5</sup> : 7 % Royaume-Uni<sup>5</sup> : 8 %</i>	France <sup>6</sup> 3,3 ‰ Angleterre <sup>6</sup> 4,6 ‰ Luxembourg <sup>6</sup> 4,4 ‰	

- 1 Minsart A.-F., Van Leeuw V., Wilen G., Van de Putte S., Englert Y., Données périnatales en Wallonie année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale 2011 et Minsart A.-F., Wilen G., De Spiegelaere M., Van de Putte S., Verdoot C., Englert Y., Données périnatales en Région Bruxelloise année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale 2012.
- 2 Données calculées sur l'ensemble des naissances vivantes, source : ISP SPMA, disponible sur le site : <https://www.wiv-isp.be/>
- 3 Beck S., Wojdyla D., Say L., Pilar Betran A., Merialdi M., Harris Requejo J., Rubens C., Menon R., Van Look P. Incidence mondiale de la naissance avant terme : revue systématique de la mortalité et de la morbidité maternelle, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé (88), janvier 2010.

## Lecture analytique et principaux enjeux

**L'origine des sources de données** relatives à l'état de santé et à la mortalité du nourrisson peut donner lieu à la production d'indicateurs –et donc à des interprétations– différents : certaines données sont basées sur le lieu de survenue de l'événement (lieu de naissance – données de fait), d'autres comme les nombres de naissances ou les données de décès proviennent soit du lieu de survenue soit du lieu de résidence (données de droit). À Bruxelles, près d'un quart des naissances ne concerne pas des résidents bruxellois. Les hôpitaux universitaires bruxellois étant situés en périphérie, ils drainent (entre autres) une population en provenance des arrondissements proches de Bruxelles, mais ils représentent aussi les maternités où viennent accoucher les mères qui ont eu des grossesses à risque. Ceci a par exemple pour conséquence d'augmenter légèrement les taux de prématurité et de petit poids de naissance dans ces maternités. Les données de l'ONE ne sont pas exhaustives (elles proviennent des avis de naissance transmis par une partie des maternités). Pour l'interprétation des données, le lecteur

localisera avec attention la source et le type de données.

**Les données de prématurité** (accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée) sont présentées pour tous les types de grossesse confondus. Or on sait qu'une majorité de prématurés sont issus de grossesses multiples se terminant entre 32 et 36 semaines. Âge gestationnel et poids de naissance sont naturellement liés, seuls 2 % des enfants nés à terme ont un petit poids de naissance. Le taux global reste plus ou moins constant en Fédération Wallonie-Bruxelles malgré une légère diminution des naissances prématurées entre 2000 (8,4 %) et 2010 (8,2 %).<sup>7</sup>

**Petit poids de naissance** : les nourrissons avec un petit poids de naissance (< 2500 g) présentent entre 7 à 8 fois plus de risque de mort subite que les autres<sup>7</sup>. La prévention de la prématurité et des petits poids de naissance reste un enjeu de santé publique, ce sont des indicateurs associés à une morbidité et une mortalité accrues<sup>8,9</sup>. Les naissances prématurées sont responsables de 70 % des décès néonataux et de près de 75 % de la morbidité néonatale<sup>10</sup>. Leur fréquence

est fonction de plusieurs facteurs parmi laquelle l'origine sociale de la mère joue un rôle important<sup>11</sup>. Le petit poids de naissance est aussi un puissant prédicteur de la santé de l'enfant.

### La mort subite inexplicée du nourrisson

(MSIN) est définie comme le décès soudain, inattendu au vu de l'histoire de l'enfant et qui reste inexplicé malgré les examens réalisés post-mortem. Ces décès surviennent principalement avant 6 mois de vie (80 % des accidents surviennent entre 2 et 6 mois). La mort subite du nourrisson résulte d'une accumulation de facteurs. Le tabagisme passif pendant la grossesse et après la naissance en est un facteur de risque important : on estime que 40 % des décès pourraient être évités si les parents arrêtaient de fumer<sup>7</sup>. Le fait de fumer en augmente le risque de 4 à 9 fois. Bien que le taux de mort subite ait sensiblement diminué au cours des deux dernières décennies grâce aux campagnes de prévention, en 2007 en Fédération Wallonie-Bruxelles, près d'un quart des enfants vivait dans un ménage où une personne fume quotidiennement (cette proportion ne donne toutefois pas d'information sur la nature de l'exposition, comme par exemple si les parents fument en présence directe ou non des enfants). La diminution de la MSIN est aussi le résultat positif des campagnes de prévention sur la position de sommeil du nourrisson. En 1989, la fréquence de la MSIN était estimée à 1,8 ‰. En 2000, la prévalence de la MSIN était de 0,80 pour 1000 naissances vivantes. En 2008, ce chiffre est tombé à 0,49 pour 1000. En 2008, en Wallonie, 18 enfants sont morts de MSIN sur un total de 250 décès (soit 7,2 % des causes de décès)<sup>7</sup>.

Si l'allaitement artificiel n'est pas à proprement parler un facteur de risque de la MSIN, l'allaitement maternel est lui un facteur protecteur de nombreuses pathologies. Ainsi, un enfant allaité a deux fois moins de risque qu'un autre d'être exposé à la MSIN<sup>7</sup>.

## Politiques et actions développées

**FWB :** La politique mise en place est essentiellement celle de l'ONE via les consultations prénatales afin d'éviter au maximum les accouchements prématurés. En ce qui concerne la MSIN, les campagnes de l'ONE concernent la position de sommeil, la température de la chambre, la prévention de l'exposition au tabagisme, les consultations pré-conceptionnelles, et la promotion de l'allaitement maternel. Une brochure sur la prévention de la MSIN est disponible<sup>12</sup>.

**Wallonie :** Il n'y a pas de politique directement axée sur la santé des fœtus et des nouveau-nés. Toutefois, des politiques visent à renforcer l'égalité des chances et la cohésion sociale, notamment celles grâce auxquelles les mères les plus exposées sont accueillies (foyers maternels, pour sans-abris, relais santé, résidents permanents dans les campings). Il en va de même dans la lutte contre les assuétudes. Enfin, les politiques de santé environnementale et du logement peuvent contribuer à réduire la MSIN. La Wallonie est responsable de l'inspection des hôpitaux. Ces inspections sont soit générales soit thématiques. Un de ces thèmes peut concerner les naissances et la stratégie de soutien à l'allaitement dans les maternités.

## Complémentarités et synergies

Toutes les initiatives menées par les Régions ou la Fédération Wallonie-Bruxelles visant la réduction des inégalités sociales de santé auront un effet positif sur la réduction de l'incidence des petits poids de naissance, des taux de prématurité, la MSIN (par la réduction du tabagisme maternel entre autres) et par conséquent également sur la mortalité infantile. Plus de synergies sont possibles au niveau de la prévention et de la lutte contre l'exposition à la fumée de tabac, pour l'amélioration des conditions de logement.

- 4 Unicef OMS, Low Birthweight, Country, Regional and Global Estimates, New York, décembre 2004, page 8.
- 5 WHO Global Health Observatory Data Repository : <http://apps.who.int/ghodata/>
- 6 Index Mundi, Taux de mortalité infantile, données 2011 : <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=29&l=fr>
- 7 Rapport 2010 BDMS, ONE Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.
- 8 Goldenberg R., Culhane J., Iams J., Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008 ; 371(9606):75-84.
- 9 McCormick M., The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *New England Journal Medicine* 1985 ; 312(2):82-90.
- 10 Wena S., Smith G., Yanga Q., Walkera M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 2004 9(6):429-35.
- 11 Peacock J., Bland J., Anderson H., Preterm delivery : effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine, *BMJ*, 1995, 311:531-536.
- 12 <http://www.one.be/index.php?id=publications-parents>

## 2

## Alimentation

Indicateurs	I	II	III			
	<b>Taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité</b>	<b>Allaitement maternel complet lors du premier contact à l'ONE</b>	<b>Alimentation des enfants :</b>			
Source/Référence	FWB en Chiffres, éd. 2012	Rapport 2010 BDSM ONE	<b>III.a. Prise de petit déjeuner les jours d'école</b>		<b>III.b. Consommation quotidienne de fruits et légumes</b>	
Fédération Wallonie-Bruxelles	En 2010, le taux était de <sup>1</sup> 82,3 %	2004 65,6 % 2009 69,4 % (voir figure 2.1)	5e et 6e primaires, données HBSC 2010 <sup>3</sup>			
Comparaisons internationales	Taux d'allaitement exclusif à la naissance <sup>2</sup> :		Jamais 10 % Quotidiennement 70 %		Fruits 50 % Légumes 45 %	
	Norvège 99,0 % Danemark 98,7 % Grande-Bretagne 70,0 % France 62,6 %		Moyenne de l'ensemble des pays participant à HBSC international 2010 parmi les 11 ans, quotidiennement <sup>4</sup> : 71 %		Moyenne de l'ensemble des pays participant à HBSC international 2010 parmi les enfants de 11 ans : Fruit 42 % Flandre fruit : Garçons 31 % Filles 38 %	
			Flandre : Garçons 83 % Filles 82 %			

1 Rapport 2010 BDMS ONE FWB 2010, in: La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres, éd. 2012. Disponible sur le site : <http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/>

2 Ibanez G., Martin N., Denantes M., Saurel-Cubizolles M, Ringa V., Magnier A., Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 2012 ; 60(4):305-320.

3 SIPES-ULB, Résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).

4 Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O., Barkenow V. (eds) Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012, No. 6.

### Lecture analytique et principaux enjeux

L'allaitement maternel est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé de manière exclusive jusqu'à l'âge de 6 mois, et mixte jusque 2 ans. Le succès de l'allaitement est entre autres lié à la précocité de la mise au sein et à la qualité du support professionnel et familial. Entre 2004 et 2009, en Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe une augmentation de 3,8 % de l'allaitement maternel à la sortie de maternité<sup>5</sup>.

Parmi les indicateurs présentés pour les enfants plus grands, deux d'entre eux sont particulièrement illustratifs de la présence ou non d'une alimentation équilibrée : la régularité du **petit déjeuner** et de la consommation de **fruits et légumes**, recommandation portée par tous les programmes dans ce domaine. Les données HBSC FWB 2010 indiquent que 70 % des enfants prennent quotidiennement un petit déjeuner les jours d'école. Les enfants francophones belges se situent dans la moyenne européenne (les proportions se situent entre 94 % aux Pays-Bas et 52 % en Slovénie). L'absence de petit déjeuner est associée au surpoids et à l'obésité : 20,8 % des enfants qui ne prennent jamais de petit

déjeuner les jours d'école sont en surpoids (inclus obésité) pour 12,1 % des enfants qui en prennent tous les jours.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) recommande la consommation de 5 portions de fruits et légumes par jour, il se base sur les recommandations de l'OMS selon qui la consommation de fruits et légumes devrait se situer entre 400 et 800 grammes par jour<sup>6</sup>. Seul un enfant sur deux mange au moins un fruit par jour et quasiment la même proportion (45 %) mange une portion de légumes ou plus chaque jour. Cependant, en comparaison avec les autres pays européens, les enfants francophones belges mangent plus souvent des fruits que la moyenne. Alors que dans la plupart des pays ayant participé à l'étude HBSC, d'importantes différences de consommation de fruits et de légumes sont à relever entre filles et garçons (de 5 à 10 % de différence en faveur des filles), elle est quasi pareille en Belgique francophone (1 % de différence).

À côté des consommations recommandées, d'autres le sont moins, en particulier pour les enfants, comme la consommation de **boissons sucrées** ou de **snacks** gras, sucrés et/ou salés, ces calories dites «vides» qu'on regroupe encore sous le terme général de «malbouffe».

Citons le cas particulier des **boissons dites «énergisantes»** sucrées et caféinées. Le Conseil Supérieur de la Santé a publié un avis à ce sujet fin 2009<sup>7</sup> déconseillant la consommation de ce type de boissons chez les jeunes. Malgré tout, en 2010, 7 % des enfants de 10 à 12 ans déclaraient en consommer quotidiennement<sup>8</sup>.

Le rôle de la publicité (magazines, télévision, radio...) pour les aliments dits «de confort» (à haute densité calorique et/ou à forte teneur en graisses saturées ou «trans» et/ou en sel) à destination du jeune public n'est pas à négliger. L'OMS a rédigé dans ce sens en 2010 des recommandations sur la commercialisation de ces aliments<sup>9</sup>.

## Politiques et actions développées

**Belgique :** Le comité fédéral de l'allaitement maternel coordonne les différentes initiatives en faveur de l'allaitement maternel : l'initiative des Hôpitaux Amis des Bébé initiée en 1991 par l'OMS et l'Unicef (650 établissements dans 17 pays d'Europe, dont 22 en Belgique), formations, surveillance de l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel (en lien avec l'inspection des denrées alimentaires)<sup>10</sup>. L'initiative fédérale PNNS a été lancée en 2006 avec l'objectif d'améliorer les habitudes alimentaires, d'augmenter l'activité physique, de réduire les risques de maladie et d'optimiser la santé et la qualité de vie de la population belge. Un des dix axes concerne les jeunes enfants. La prise de bonnes habitudes alimentaires s'acquiert dès le plus jeune âge et devient alors un moyen efficace pour prévenir les maladies associées à une mauvaise alimentation, comme le surpoids et l'obésité, mais aussi la plupart des maladies chroniques qui touchent plus d'un Belge sur quatre<sup>11</sup>.

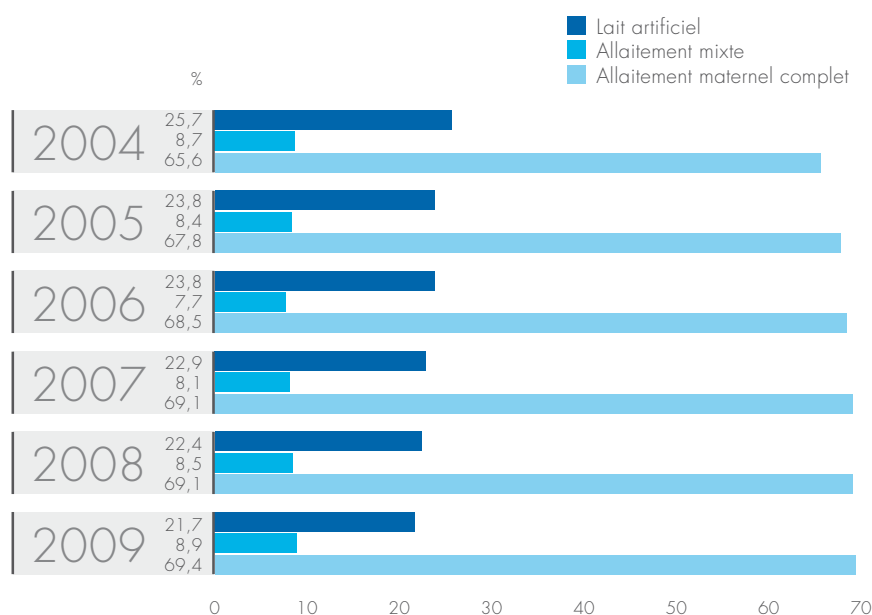
**FWB :** Outre la forte implication des instances de santé en charge de l'enfance (ONE ainsi que les SPSE) qui s'intéressent de près à la qualité de l'alimentation, on relèvera une série d'initiatives complémentaires<sup>12</sup>. La politique de promotion des attitudes saines (PPAS) sur le plan alimentaire et physique de la FWB s'inscrivait en complémentarité du PNNS. Faisant suite à la sonnette d'alarme tirée par le rapporteur de l'ONU sur les méfaits d'une alimentation déséquilibrée résultant de l'offre proposée par les industries agro-alimentaires, une nouvelle collaboration entre les Ministres de la Santé, de l'Enseignement et de la Petite Enfance est en passe de se concrétiser en vue d'améliorer l'offre alimentaire dans les milieux d'accueil des enfants. Le site «mangerbouger.be» (qui est une initiative issue du Plan de Promotion des Attitudes Saines) s'adresse aux différentes catégories de personnes susceptibles d'être intéressées par cette politique, y compris les enfants eux-mêmes, avec par exemple un jeu interactif de reconstruction de la pyramide alimentaire et de l'information générale sur le bien-manger pour les moins de 12 ans<sup>13</sup>. Comme d'autres comportements liés à la santé, l'alimentation équilibrée est également visée au travers des priorités de promotion de la santé déclinées dans le Plan Communautaire Opérationnel mis en place par la FWB. Les centres locaux de promotion de la santé peuvent également soutenir les acteurs qui souhaiteraient mettre sur pied des projets autour de l'alimentation des enfants<sup>14</sup>.

**Wallonie :** L'APAQW est l'Agence Wallonne pour la Promotion d'une Agriculture de Qualité. Elle octroie des aides financières aux écoles pour l'organisation de petits déjeuners équilibrés et autres collations santé<sup>15</sup>.

**Autres :** Un programme européen «Fruits et légumes à l'école» octroie pour la troisième année consécutive une aide financière aux

- 5 Pour plus d'informations sur l'allaitement maternel : <http://www.infor-allaitement.be> et le guide de l'allaitement maternel disponible sur le site de l'ONE [www.one.be](http://www.one.be)
- 6 Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique, 2005-2010, décembre 2005, page 40. Disponible sur le site du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement : <http://www.health.belgium.be>
- 7 Avis du Conseil Supérieur de la Santé N°8622 «Boissons énergisantes», 2 décembre 2009.
- 8 SIPES-ULB, Résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).
- 9 OMS Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Publicité et commercialisation des aliments et boissons destinés aux enfants, disponible sur le site : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/marketing-food-to-children/fr/index.html>
- 10 Pour plus d'informations sur ce comité, consulter le site du SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement : <http://www.health.belgium.be/eportal>
- 11 Enquête nationale de santé par interview, Belgique 2008. Rapport 1. État de santé et résultats principaux, page 7. Disponible sur le site de l'Institut Scientifique de Santé Publique : <https://www.wiv-isp.be>.
- 12 Site de l'ONE : <http://www.one.be/>

**Figure 2.1 – Évolution (2004-2009) du type d'allaitement lors du premier contact ONE en Belgique francophone**



Source : Rapport BDMS de l'ONE 2010

13 Site Mangerbouger : <http://www.mangerbouger.be/>

14 Site DG santé : <http://www.sante.cfwb.be>

15 Site de l'APAQW : <http://www.apaqw.be/>

16 Le site de la Leche League : <http://www.l11belgique.org/>

17 Informations sur l'asbl CORDES : <http://www.reseau-idee.be/> dans la rubrique «adresses utiles»

18 Voir par exemple les projets de l'Observatoire de la Santé du Hainaut : <http://www.hainaut.be/sante/osh/template/template.asp?page=accueil>

écoles qui distribuent gratuitement des fruits et légumes à leurs élèves des classes maternelles et primaires. Parmi un grand nombre d'initiatives, on relève notamment le réseau wallon pour une alimentation durable (RAWAD) à l'initiative d'inter-environnement Wallonie qui regroupe des acteurs divers comme l'espace environnement, ou l'asbl Vents d'Houyet qui organise des classes vertes sur la thématique de l'alimentation durable.

Le réseau allaitement maternel : il s'agit d'une asbl qui regroupe toutes les associations impliquées dans la promotion ou l'accompagnement de l'allaitement maternel comme par exemple «infor allaitement», «allaitement info» ou la «Leche League» qui organisent des permanences téléphoniques accessibles aux mères qui allaitent<sup>16</sup>. L'organisme CORDES (Coordination Éducation et Santé) est une asbl qui organise des campagnes pour les écoles primaires autour de la promotion de la santé. On notera un intérêt particulier pour plusieurs de leurs projets liés à l'alimentation comme par exemple le projet «À table les cartables» ou «En rang d'oignons».<sup>17</sup>

Les provinces jouent également un rôle important dans la promotion de l'alimentation en particulier chez les jeunes et les enfants via

les Observatoires de la santé et leurs services de promotion de la santé.<sup>18</sup>

### Complémentarités et synergies

De nombreux programmes existent et sont pour la plupart complémentaires. Il y a parfois des redondances en ce qui concerne l'information sur l'alimentation diffusée tant au niveau de la Fédération que de la Région. Toutefois, ceci ne pose pas nécessairement problème, si cela permet un meilleur accès aux informations concernant une alimentation de qualité. Il faut néanmoins être attentif à la bonne congruence des messages et recommandations délivrés par ces différentes initiatives. La thématique de l'alimentation est aussi très liée à celle des inégalités sociales de santé. En effet, le gradient social de l'alimentation (dés)équilibrée explique en grande partie celui du surpoids, de l'obésité, des caries dentaires ou de la condition physique en général. Travailler pour un accès généralisé (incluant tant l'information, les connaissances, l'accessibilité ou les prix par exemple) à une alimentation équilibrée est également un vecteur de réduction des inégalités sociales de santé.

# 3 Alcool et Tabac

Indicateurs	I	II	III	IV	V
	<b>Essai tabac</b>	<b>Essai boisson alcoolisée</b>	<b>Expérience ivresse</b>	<b>Essai alcopop</b>	<b>Consommation d'alcool min. 1 fois par semaine</b>
Source/Référence	5e et 6e primaires, Données HBSC 2010	5e et 6e primaires, Données HBSC 2010	5e et 6e primaires, Données HBSC 2010	5e et 6e primaires, Données HBSC 2010	5e et 6e primaires, Données HBSC 2010
Fédération Wallonie-Bruxelles	7,2 %	48,6 %	(11,7 % des garçons et 6,5 % des filles) 9 %	En ont déjà consommé 10,5 %	3,4 %
Comparaisons internationales	Finlande, 14 ans <sup>1</sup> : garçons 43 % filles 42 %  France, CM1-CM2 <sup>2</sup> : garçons 15,9 % filles 8,7 %		HBSC France <sup>3</sup> , 11 ans : garçons 9 % filles 4 %		Moyenne de l'ensemble des pays HBSC international 2010, 11 ans : 4 %

## Lecture analytique et principaux enjeux

Dans tous les pays ayant participé à l'enquête internationale HBSC, les garçons consomment plus d'alcool que les filles. La consommation de boissons alcoolisées augmente avec l'âge. Jusqu'à 12 ans, il ne s'agit pas vraiment de consommation régulière ou d'assuétudes, les pré-adolescents qui consomment ces produits sont au stade de l'expérimentation et de l'initiation. Ces essais ne conduisent évidemment pas tous à des comportements de type addictif, mais ils appellent néanmoins à ne pas être négligés par les adultes, car ils peuvent en être les prémisses, surtout s'ils sont conjugués à des difficultés de vie des adolescents (familiales, sociales, scolaires) ou à la consommation d'autres substances (tabac, cannabis)<sup>4</sup>. Parmi les facteurs qui vont influencer la future consommation d'alcool du jeune, la consommation d'alcool des parents joue un rôle très important<sup>5</sup>.

**Belgique :** Il est interdit de vendre du tabac aux mineurs de moins de 16 ans, et de servir de l'alcool aux moins de 16 ans.

## Complémentarités et synergies

De nombreuses initiatives ponctuelles sur ce sujet existent, dont par exemple les projets de service PSE ou projets initiés par les écoles. Parmi les synergies possibles, citons la complémentarité des services comme les SPSE, CPMS, les services et organismes subventionnés par la FWB (CLPS, ONG, ...) et ceux que la Wallonie soutient (services de santé mentale, associations, ...), ainsi que les observatoires provinciaux.

- 1 Barman S., Pulkkinen L., Kaprio J., Rose R. Inattentiveness, parental smoking and adolescent smoking initiation. *Addiction* 2004 ; 99(8):1049-1061.
- 2 Sasco A., Laforest L., Benhaiim-Luzon V., Poncet M., Little R. Smoking and Its Correlates among Preadolescent Children in France, *Preventive Medicine*, 34(2), 2002 : 226-23.
- 3 La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Dossier de presse Septembre 2008.
- 4 Getz J., Bray J., Predicting Heavy Alcohol Use Among Adolescents, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005 (75), 1:102-116.
- 5 Grant B., The Impact of a Family History of Alcoholism on the Relationship Between Age at Onset of Alcohol Use and DSM-IV Alcohol Dependence Results From the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey *Alcohol Health & Research World*22(2), 1998 : 144-147.

## 4

## Activité Physique

Indicateurs	I	II	III
	<b>Pratique d'activité physique modérée à vigoureuse au minimum une heure par jour<sup>1</sup></b>	<b>Nombre d'heures de sport pratiqué par semaine, en dehors des cours de gymnastique<sup>2</sup></b>	<b>Pratique d'activité physique et sportive en fonction de l'indicateur d'aisance matérielle<sup>3</sup></b>
Source/Référence	Données HBSC 2010 <sup>4</sup>	Données HBSC 2010	Données HBSC 2010
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>5e et 6e primaires<sup>5</sup></b> 23,4 % garçons 28,8 % filles 18,2 %	<b>Enfants de 5e et 6e primaires :</b> 4 heures et plus : garçons 33,5 % filles 18,9 % 2-3 heures : garçons 27,3 % filles 27,5 % 1 heure : garçons 18,5 % filles 24,6 % 30 minutes max. : garçons 20,7 % filles 28,9 %	<b>4 heures de sport et plus par semaine (voir figure 4.1) :</b> dans les familles matériellement les plus défavorisées 17,4 % dans les familles les plus favorisées 32,0 %
Comparaisons internationales	<b>moyenne HBSC international 2010 (enfants de 11 ans)<sup>6</sup> :</b> garçons 28 % filles 19 %		

### Lecture analytique et principaux enjeux

L'activité physique et sportive est un déterminant clé de la santé des enfants. Elle intervient dans la lutte contre le surpoids et l'obésité, et au-delà, favorise des processus métaboliques souhaitables. C'est également un élément important de socialisation. Elle participe de façon générale à la santé et au bien-être des enfants<sup>7</sup>.

Dans l'enquête HBSC, deux indicateurs relatifs à l'activité physique sont utilisés. Le premier, basé sur les recommandations de l'OMS, mesure le nombre de jours par semaine où l'enfant pratique au moins 60 minutes d'activité physique définie comme étant («jusqu'à transpirer ou être essoufflé(e)»), incluant les sports organisés et les activités informelles comme faire du vélo, jouer au ballon, nager, danser... Près d'un enfant sur quatre (23,4 %) atteint cette recommandation. Le deuxième indicateur rend compte de la même définition mais en dehors des heures

d'école (temps libre), et est exprimé en nombre d'heures par semaine. Plus d'un enfant sur dix (11 %) déclarent pratiquer 7 heures ou plus de sport et/ou d'activité physique pendant leurs temps libres.

Les enfants de 5e et 6e primaires en FWB se situent tout à fait dans la moyenne internationale pour la pratique d'activité physique modérée à vigoureuse, au minimum une heure par jour. Comme dans les autres pays, les garçons sont toujours nettement plus nombreux à pratiquer fréquemment un sport ou une activité physique intense. Des initiatives dirigées plus spécifiquement vers les filles sont encore à développer.

Des inégalités sociales, mesurées par l'indicateur d'aisance matérielle, sont manifestes en ce qui concerne l'accès à une activité sportive chez les enfants. Plus le score d'aisance matérielle est élevé, plus importante est la pratique d'activité physique intense ou sportive.

## Politiques et actions développées

**FWB :** Le service ADEPS de la FWB est le service public qui soutient et promeut le sport. De nombreux projets et initiatives ont lieu à partir de cette entité, plus d'informations sont disponibles sur leur site internet<sup>8</sup>.

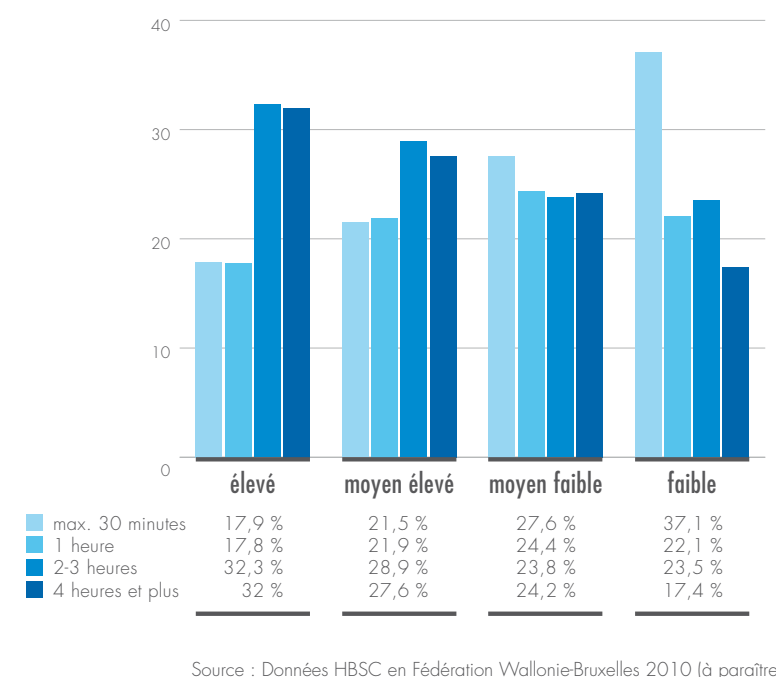
**Wallonie :** La Wallonie joue également un rôle important via la Direction générale de l'aménagement du territoire en matière de sport et d'aménagement d'infrastructures favorisant la pratique du sport. Par exemple, la conception du RAVeL (Réseau autonome de voies lentes)<sup>9</sup> dépend des compétences régionales. La Wallonie subsidie et aide les clubs sportifs à s'équiper via l'organisme INFRASPORT<sup>10</sup>.

**Autres :** Certaines mutuelles encouragent la pratique d'activités sportives en proposant entre autres à leurs affiliés une participation aux frais d'un abonnement sportif.

## Complémentarités et synergies

Il y a une réelle complémentarité entre la FWB qui organise et la Wallonie qui met en place des structures (interventions financières afin de créer des équipements fonctionnels permettant une pratique sportive variée). Des complémentarités sont établies sur une base logique entre comportements de santé liés à l'activité physique et à l'alimentation. L'importance relative dédiée au sport de haut niveau versus à la promotion du sport pour tous fait également débat, au niveau de l'allocation des budgets comme au niveau des familles qui exercent parfois des pressions importantes sur les enfants lors de compétitions.

**Figure 4.1 – Proportion d'enfants de 5e et 6e primaires pratiquant un sport (durée par semaine) en dehors de l'école en fonction de l'indicateur d'aisance matérielle (N=2 444, p< 0.001)**



- 1 Recommandation OMS, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, disponible sur : [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/fr/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/index.html)
- 2 Sans notion de durée ou de la nature de la pratique de cet exercice physique
- 3 Cet indicateur d'aisance matérielle est basé sur les quartiles de la distribution sommant le nombre d'ordinateurs dans la famille, le nombre de véhicules automobiles et le nombre de fois où, au cours de l'année précédant l'enquête, la famille est partie en vacances.
- 4 Question portant sur l'«activité physique qui fait battre ton coeur plus vite et qui parfois te rend essoufflé(e)» (à l'école ou hors de l'école)
- 5 SIPES-ULB, Résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).
- 6 Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O., Barkenow V. (eds) Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012, No. 6.
- 7 Stone E., McKenzie T., Welk G., Booth M. Effects of physical activity interventions in youth : Review and synthesis. American Journal of Preventive Medicine, 1998 ; 15(4):298-315.
- 8 Voir le site de l'ADEPS : <http://www.adeps.be/index.asp>
- 9 Pour plus d'informations sur le RAVeL, voir le site de la Wallonie, Direction générale opérationnelle - Aménagement du territoire, Logement Patrimoine et Énergie : <http://dgo4.spw.wallonie.be/DGATLP/DGATLP/Pages/DAU/Pages/RAVeL/RAVeL01.asp>
- 10 Pour plus d'informations sur Infraspport : <http://pouvoirslocaux.wallonie.be/jahia/Jahia/site/dgpl/accueil/pid/982>

## 5

## Obésité et surpoids

Indicateurs	I	
Source/Référence	Statut pondéral par niveau scolaire et par sexe <sup>1</sup> Base de données médicales scolaires SPSE 2009-2010 HBSC 2009-2010 (rapport international)	
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>1ère Maternelle</b> : 19 793 garçons et 19 102 filles	
	Surcharge pondérale :	garçons 14,8 % filles <sup>2</sup> 16,1 %
	Dont obésité :	4,9 % de l'ensemble des garçons 6,1 % des filles
	<b>2e Primaire</b> : 23 231 garçons et 22 301 filles	
	Surcharge pondérale :	garçons 19,8 % filles 19,2 %
	Dont obésité :	5,5 % de l'ensemble des garçons 6,9 % des filles
	<b>6e Primaire</b> : 20 547 garçons et 20 462 filles	
	Surcharge pondérale :	garçons 24,6 % filles 23,5 %
	Dont obésité :	10,1 % de l'ensemble des garçons 9,8 % de l'ensemble des filles
Comparaisons internationales	France : 5-12 ans (2000) en surpoids, incluant l'obésité (>P97) <sup>3</sup> : 16 %	
	<b>European Childhood Obesity Group/EASO Child Obesity Task Force (enfants 7-11 ans) :</b>	
	Surcharge (incluant l'obésité) :	Pays-Bas 12 % France 19 % Allemagne 16 % Royaume-Uni 4 20 %
	Enfants de 11 ans rapportant être en surpoids ou obésité <sup>5</sup> :	
	Belgique francophone	garçons 11 % filles 11 %
	Pays-Bas	garçons 8 % filles 9 %
	Allemagne	garçons 13 % filles 10 %

## Lecture analytique et principaux enjeux

La lutte contre l'obésité est une des priorités de santé publique dans nos sociétés, comme le montre, par exemple, le grand nombre de programmes pour une alimentation saine ou pour la promotion de l'activité physique. Facteur de risque important pour la santé de l'enfant, elle est en grande partie évitable. Comme pour d'autres thématiques liées entre autres aux comportements de santé, le gradient social est très marqué, en défaveur des catégories sociales les moins favorisées. La comparaison des données disponibles avec celles qui concernent d'autres pays comporte des limites compte tenu des différences de méthodes de recueil utilisées et de la variabilité des seuils de définitions de surcharge et d'obésité, ainsi que de la qualité intrinsèque des données. On notera à cet égard que les données de l'enquête HBSC international reposent sur les déclarations des enfants eux-mêmes (ce qui tend à sous-estimer la prévalence de l'excès de poids) alors que les données des SPSE sont des mesures «objectivées».

La proportion importante d'enfants en surcharge pondérale en fin d'enseignement primaire suggère la mise en œuvre de mesures à la fois préventives et de prise en charge adaptée qui permettent aux jeunes adolescents entrant prochainement dans l'enseignement secondaire d'adopter des modes de vie favorables à leur santé. Par ailleurs, il est regrettable de voir la connotation négative qui accompagne l'embonpoint et la montée de l'intolérance sociale vis-à-vis des personnes en surcharge pondérale. Ce regard n'est pas à passer sous silence ; de

très nombreuses personnes –et les enfants ne font pas exception– sont la cible de moqueries et souffrent de cette discrimination. L'asbl Question Santé a lancé en juin 2012 la campagne «Voyons large» qui vise à changer cette attitude<sup>6</sup>. À nouveau, les modèles véhiculés par les médias jouent un rôle important dans l'idéal de maigreur généralisé. Il n'est pas rare de voir des jeunes de fin d'école primaire, les filles surtout, souhaiter maigrir ou suivre un régime alors qu'elles sont de corpulence normale. Certaines études ont relié l'initiation tabagique au désir de perdre du poids. Les régimes restrictifs entamés au début de l'adolescence peuvent mener à des troubles du comportement alimentaire dont les formes extrêmes (anorexie et/ou boulimie) correspondent à la perte du contrôle sur l'alimentation<sup>7</sup>.

L'alimentation a évidemment un impact très important sur l'obésité : il faut rarement imposer un régime restrictif à un enfant mais au contraire développer une alimentation saine et équilibrée et encourager la pratique sportive et l'activité physique. Mais cet objectif ne pourra être atteint que par des mesures plus globales qui visent également l'accessibilité aux activités physiques en développant notamment les infrastructures nécessaires et en levant les obstacles financiers. En matière de lutte contre l'obésité et le surpoids, une approche multidisciplinaire est nécessaire. C'est en effet par une approche globale, non pas uniquement focalisée sur les comportements individuels mais prenant surtout en compte les facteurs structurels favorisant les comportements propices à la prévention du surpoids qu'une réduction des inégalités observées en la matière peut être espérée.

## Politiques et actions développées

**Wallonie et FWB** : il y a une approche transversale de la prévention de l'obésité qui se traduit par les politiques et actions communes sur l'alimentation équilibrée et l'activité physique. Les SPSE, les centres PMS et les centres de santé mentale peuvent aussi intervenir dans le soutien aux enfants en surpoids et travailler à rétablir leur image de soi. Dans une optique «Health in all Policies», il semble important d'associer les départements de l'aménagement du territoire.

## Complémentarités et synergies

Voir les complémentarités et synergies des thèmes alimentation et activité physique.

- 1 Les valeurs de poids et taille des enfants ont été comparées aux valeurs de références spécifiques selon le sexe et l'âge de l'enfant (courbe de croissance de la Région flamande). Source : Roelants M., Hauspie R., Groeicurve 2004 Vrije Universiteit Brussel, voir site : <http://www.vub.ac.be/groeicurve/francais.html>
- 2 Les enfants obèses sont déjà repris dans la catégorie surcharge pondérale ; l'ensemble des enfants en surcharge ou en surpoids est donc de 14,8 % pour les garçons et de 16,1 % pour les filles.
- 3 Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver Expertise opérationnelle (2e éd.), Paris Inserm, 2009.
- 4 Lobstein T., Frelut M.-L., Prevalence in overweight in Europe, Obesity review, 2003 4:195-200.
- 5 Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O., Barkenow V. (eds) Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012, No. 6, page 90. Seuils de l'International Obesity Taskforce.
- 6 <http://www.voyonslarge.be/>
- 7 Neumark-Sztainer D., Wall M., Eisenberg ME., Story M., Hannan P.J. Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. Preventive Medicine 2006 ; 43(1):52-59

## 6

## Usage des multimédias

Indicateur	I
	<b>Temps passé devant la télévision, vidéos ou DVD les jours d'école (par jour)</b>
Source/Référence	Plus de 2 heures – FWB : Données HBSC 2010 (détails sur le temps passé devant les écrans : voir figure 6.1) – HBSC 2010 rapport international <sup>1</sup>
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>5e et 6e primaires<sup>2</sup> :</b>
	garçons 46,5 %
	filles 41,3 %
Comparaisons internationales	Moyenne HBSC chez les 11 ans (ensemble des pays enquête 2009-2010) : 56 %

### Lecture analytique et principaux enjeux

Le fait de rester devant la télévision et autres écrans représente en soi un comportement sédentaire, et est un facteur qui va limiter la pratique d'activité physique. Les comportements sédentaires sont des facteurs de risque d'obésité et de surcharge pondérale (aussi parce qu'ils favorisent le grignotage), de maladies cardio-vasculaires, de l'utilisation de substances nocives pour la santé. Ianotti et al. ont mis en évidence dans la majorité des régions participant à l'enquête internationale HBSC, la relation entre temps passé devant des écrans et le report de plaintes de santé (mal de tête, d'estomac, de dos, irritabilité, se sentir à plat, nervosité, difficulté d'endormissement, vertiges)<sup>3</sup>. Même si disposer de ces nouveaux moyens de communication permet l'inclusion dans des réseaux sociaux virtuels, paradoxalement le risque potentiel d'isolement social est également présent.

On note peu de différences entre filles et garçons pour les longues périodes passées devant la TV, les filles passent cependant moins de temps à jouer sur une console de jeux que les garçons.

Lorsque l'on s'intéresse uniquement à la télévision (et vidéos ou DVD), on remarque

que la grande majorité des enfants passe quotidiennement au moins une demi-heure devant la TV ou plus. Mais plus d'un enfant sur cinq passe au moins 3 heures devant la télévision chez les 5e et 6e primaires (23,5 %)<sup>1</sup>. La Société Canadienne de Pédiatrie recommande de ne pas dépasser 1 à 2 heures devant les écrans par jour<sup>4</sup>.

L'outil informatique, les écrans et internet font de plus en plus partie du quotidien des enfants et l'utilisation des multimédias ne se limite pas à ces aspects de sédentarité : ne pas disposer de ces modes de communication peut aussi exclure certaines catégories de jeunes à l'accès à l'information, et avoir un impact négatif sur l'apprentissage scolaire.

Il y a donc une certaine tension dans les messages concernant l'usage des écrans, à la fois élément de lien social et d'intégration dans des réseaux sociaux virtuels ou «réels» mais aussi élément de sédentarité avec les effets potentiels délétères pour la santé et des éléments de discernement pour une juste utilisation de ces moyens.

Sans les diaboliser, il est important de surveiller l'évolution de ces nouvelles technologies afin de s'orienter vers une utilisation à bon escient par les enfants, tout en gardant à l'esprit que les enfants ont besoin d'une pratique régulière d'activité physique.

### Politiques et actions développées

#### Belgique :

L'État Fédéral assume un rôle dans le domaine d'accès aux multimédias, car il travaille sur la mise en place par le SPP Intégration sociale d'un plan pour lutter contre la fracture numérique<sup>5</sup>. Celle-ci est en train de se déplacer : l'enjeu n'est plus tellement d'avoir accès à Internet ou non mais de pouvoir l'utiliser d'une autre manière que pour le jeu ou pour chatter.

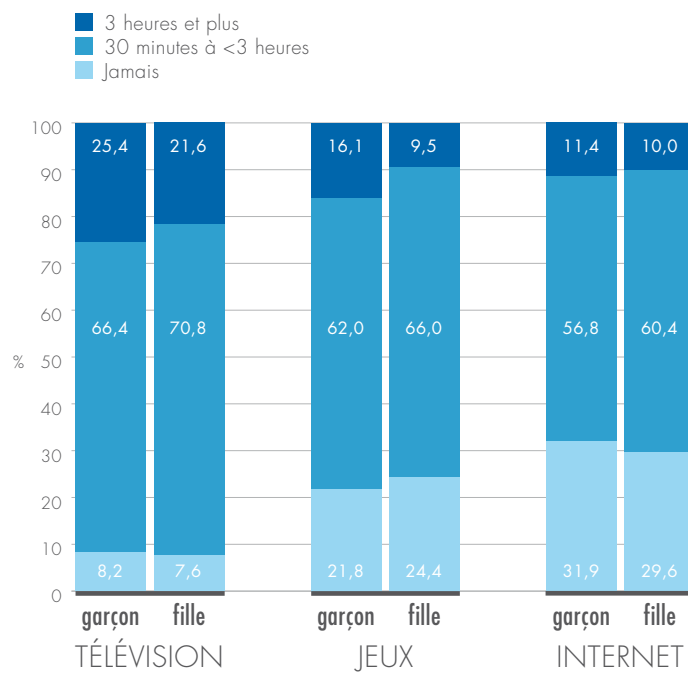
**FWB :** L'organisme PIPSA –centre de référence de jeux et d'outils pédagogiques en promotion de la santé– propose dans le cadre de l'utilisation éventuellement abusive des multimédias, des pistes de réflexion par rapport à la cyberdépendance<sup>6</sup>. Yapaka est un programme de prévention de la maltraitance mené par la coordination de l'aide aux victimes de la maltraitance créé en 1998 au sein de la FWB. Ce programme s'adresse aux parents, aux enfants, aux adolescents et aux professionnels. Yapaka a entre autres consacré une campagne sur les dangers de la télévision pour les petits de moins de 3 ans<sup>7</sup>.

**Wallonie :** La Cyberclasse<sup>8</sup> est un projet de la Wallonie afin de préparer les enfants en âge scolaire à utiliser correctement l'outil informatique en équipant les établissements scolaires en matériel informatique.

## Complémentarités et synergies

Sous la direction des Ministres de l'Enseignement, une initiative conjointe entre la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Wallonie est mise en place, il s'agit du nouveau plan TIC<sup>9</sup> (Technologie Information et Communication) qui a pour but l'introduction et la bonne gestion de l'outil informatique dans le milieu scolaire d'ici 2025. Ces initiatives vont dans le sens de la promotion d'un accès universel à ces modes de communication et visent à ne pas exclure des segments de population qui n'y ont pas accès, mais aussi d'en prôner un usage raisonné et raisonnable.

**Figure 6.1 – Comparaison des heures passées devant la télévision, les jeux vidéo et internet les jours d'école par sexe, en % (n=2 560)**



Source : Données HBSC en Fédération Wallonie-Bruxelles 2010 (à paraître)

- 1 Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O., Bakenow V. (eds) Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 No. 6.
- 2 SIPES-ULB résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître). Sont ici présentées les proportions de «plus de 2 heures» pour les comparer avec l'indicateur utilisé dans le rapport international HBSC. Pour les données FWB, ce sont les proportions ventilées en trois catégories qui sont utilisées.
- 3 Iannotti R, Janssen I, Haug E, Kololo H, Annaheim B, Borraccino A. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. Int J Public Health 2009 ; 54 Suppl 2:191-198.
- 4 Les répercussions de l'usage des médias sur les enfants et les adolescents, Pediatrics and Child Health, 2003, 8(5):301-306.
- 5 Voir le site du Service Public de Programmation <http://mi-is.be/be-fr/doc/fracture-numerique/plan-national-de-lutte-contre-la-fracture-numerique>
- 6 Voir le site Pipsa <http://www.pipsa.be/> dans la rubrique outillthèque.
- 7 Voir le site : <http://www.yapaka.be/campagne/pas-de-tele-pour-les-moins-de-3-ans>
- 8 Site internet : <http://cyberclasse.wallonie.be/>
- 9 Pour plus d'informations sur le plan TIC, voir le portail Wallonie/communauté française

## 7

## Environnement physique

Indicateurs	I	II		
	<b>Appréciation de la qualité du quartier en fonction du niveau socio-économique</b>	<b>Qualité des infrastructures des établissements scolaires</b>		
Source/Référence	Données HBSC 2010 <sup>1</sup>	Données de l'enquête «Écoles» liée aux enquêtes HBSC, FWB 2010 <sup>2</sup>		
Fédération Wallonie-Bruxelles	Lien marqué entre milieu socio-économique et appréciation négative de l'environnement immédiat <sup>3</sup> :	Aménagements des locaux (60 responsables d'établissements interrogés) :		
	enfants provenant de milieu socio-économique élevé	9,1 %	Sportifs : les trouvent «plutôt ou très inadéquats»	18,9 %
	enfants provenant de milieux défavorisés	26 %	Réfectoire : les trouvent «plutôt ou très inadéquats»	21,5 %
	(voir figure 7.1)			

Ces données sont confirmées par celles récoltées lors de l'enquête HBSC en 2010. Près d'un tiers (31,8 %) des enfants de 5e et de 6e primaires évaluait leur quartier comme «riche et agréable», 52,7 % comme «moyennement riche et agréable» et 15,5 % comme «non-agréable». Les enfants ayant un score socio-économique élevé (mesuré par le score d'aisance matérielle) sont quasi deux fois plus nombreux à estimer que leur quartier est agréable par rapport à ceux ayant un score faible. L'environnement physique étant un déterminant important de santé, la relation entre niveau socio-économique et qualité de l'environnement peut être à l'origine d'inégalités sociales de santé.

Une initiative internationale qui serait intéressante à suivre dans ce secteur est «Child in the City»<sup>6</sup> dont le but est l'appropriation de la ville par les enfants, au même titre que les adultes. Cette appropriation se concrétise particulièrement au travers de l'utilisation des espaces de jeux.

### Politiques et actions développées

**FWB :** Dans le cadre du Plan Communautaire Opérationnel, la FWB s'est engagée en matière de santé environnementale dans le Plan National d'Action Environnement-Santé. Dans le domaine de l'enfance, ce cadre visant l'amélioration de l'environnement physique, pourrait avoir un impact positif sur l'incidence des problèmes respiratoires. À l'initiative de l'ONE et des SPSE, une collaboration regroupant diverses instances et/organisations a réalisé une brochure sur la santé des enfants en collectivité ; ce travail a été coordonné par le service communautaire Question Santé et met l'accent sur l'importance d'un cadre de vie sain et sécurisant pour les enfants<sup>7</sup>.

**Wallonie :** la politique en matière de financement d'espaces verts publics laisse

### Lecture analytique et principaux enjeux

Un environnement de qualité est un élément central dans le développement des enfants. Cela ne se limite pas à la qualité de l'air, mais inclut également la promotion d'un environnement favorisant la sécurité, le bien-être et la santé des enfants.

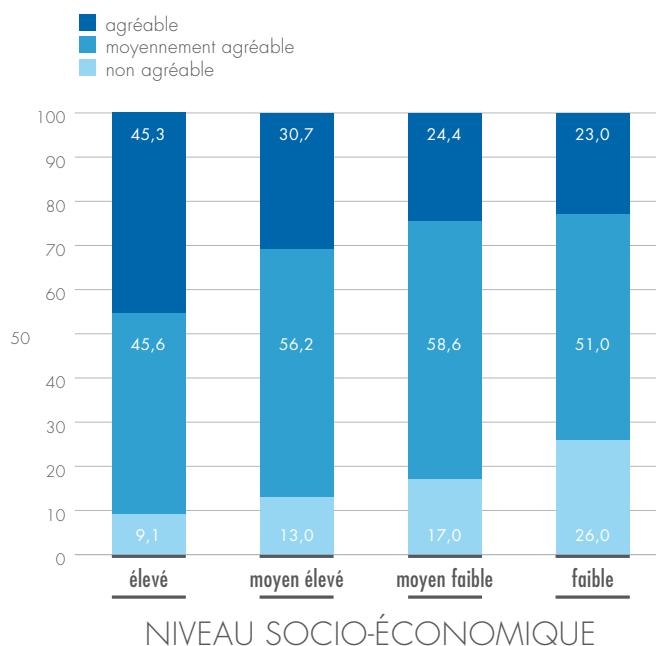
L'aménagement et la mise à disposition de parcs, jardins et espaces verts permettent aux enfants de se dépenser, de pratiquer une activité physique en sécurité et de se socialiser. Les données fournies par les cartes de l'Atlas 2006 de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles indiquent que la répartition des ménages avec des jeunes enfants est concentrée dans des quartiers où la proportion de logements avec jardin privatif est la plus faible. Ce sont aussi des logements où le nombre de pièces disponibles par personne est également le moins élevé<sup>4</sup>. Et il faut relever par ailleurs que la répartition des espaces verts publics est surtout concentrée dans les communes les plus riches, situées au sud-est de la capitale<sup>5</sup>.

- 1 SIPES-ULB résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).
- 2 Enquête «écoles» liée aux enquêtes HBSC, FWB 2010, 2012 (à paraître).
- 3 Réponse négative à la question portant sur l'appréciation du quartier de résidence (je trouve que mon quartier est : «pas riche et pas agréable»)
- 4 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Atlas de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2006.
- 5 Voir les données de l'IBGE sur le site : <http://www.bruxellesenvironnement.be/> et le Rapport Bruxellois 2011 sur l'état de la pauvreté publié par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.
- 6 Plus d'information sur le site : <http://www.childinthecity.com/page/6099>

l'initiative aux pouvoirs locaux. Toutefois, dans le cadre de la procédure d'octroi, des critères d'aménagement durable du territoire sont intégrés, via les plans communaux d'aménagement. La législation est en cours de révision pour une priorisation plus claire à cet égard, comme préconisé dans le SDER. Les Provinces wallonnes offrent par ailleurs un service d'analyse des milieux intérieurs (SAMIs), gratuit sur prescription médicale. La DGO5 Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé a conclu avec les SAMIs provinciaux une convention visant à harmoniser les pratiques et à recueillir de l'information sur les logements ayant donné lieu à une prescription d'analyse. Il existe à Bruxelles un service qui poursuit les mêmes objectifs, basé à l'IBGE : le CRIPI.

**Région bruxelloise :** À Bruxelles, l'IBGE a développé une carte des espaces verts<sup>8</sup>, qui identifie les endroits où une amélioration de l'environnement était prioritairement nécessaire. L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles a compilé dans son «Atlas de la santé et du social» une section sur l'environnement. Les Bruxellois sont interrogés sur leur appréciation de leur environnement sur différents aspects : tranquillité, qualité de l'air et des espaces verts et propreté<sup>9</sup>. L'IBGE travaille également sur de nombreux projets afin d'offrir et redéployer des espaces de détente et des aires ludiques et sportives. Ces stratégies ont pour objectif d'augmenter la valeur ludique des espaces verts. L'Institut veut intégrer dans ces aménagements la dynamique urbaine des enfants et adultes. Une attention particulière est attribuée aux enfants porteurs d'un handicap, aux filles et à l'inter-généralité. À titre d'exemple et dans cette perspective, les contrats de quartier sont élaborés sur base d'un processus participatif entre habitants, acteurs de terrain et monde associatif ayant pour but de revitaliser certaines zones d'habitation dans la capitale<sup>10</sup>.

**Figure 7.1 – Appréciation du quartier en fonction du niveau socio-économique de la famille, chez les enfants de 5e et 6e primaires (n=2 431)**



Source : Données HBS en Fédération Wallonie-Bruxelles 2010 (à paraître)

## Complémentarités et synergies

L'Institut Bruxellois de la Gestion de l'Environnement (IBGE)<sup>11</sup> et la Direction générale opérationnelle – Aménagement du territoire, Logement, Patrimoine et Énergie Aménagement du territoire (DGO4-Wallonie) ainsi que la direction générale opérationnelle de l'Agriculture, des Ressources naturelles et de l'Environnement (DGO3-Wallonie) sont compétents pour l'aménagement du territoire et la préservation de l'environnement<sup>12</sup>.

**Au niveau fédéral,** la Belgique a développé son plan d'action sur l'environnement et la santé baptisé NEHAP (Plan National d'Action Environnement Santé) qui fournit un cadre national pour les différentes entités fédérées. Celles-ci exercent la présidence de la cellule nationale environnement santé à tour de rôle<sup>13</sup>.

- 7 Mômes en Santé. La santé en collectivité pour les enfants de 3 à 18 ans, 2012. Disponible sur le site : <http://www.momesensante.be/>
- 8 Pour voir la carte interactive, <http://www.bruxellesenvironnement.be/Templates/Particuliers/Informateur.aspx?id=1830&langtype=2060>
- 9 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Atlas de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2006.
- 10 Voir le site de la Ville de Bruxelles : <http://www.bruxelles.be/>
- 11 Pour plus d'informations voir le site de Bruxelles Environnement : <http://www.bruxellesenvironnement.be/Templates/Home.aspx>
- 12 Pour plus d'informations voir le site : <http://dgo4.spw.wallonie.be/dgatp/dgatp/default.asp>
- 13 <http://www.health.belgium.be/eportal/>

## 8

## Environnement familial

Indicateurs	I	II	III
	<b>Configuration familiale</b>	<b>Activité professionnelle des parents</b>	<b>Proportion d'enfants au-delà du percentile 75 sur l'échelle de bien-être (de 0 à 10) en fonction de leur configuration familiale</b>
Source/Référence	Données HBSC 2010 <sup>1</sup>	Données HBSC 2010	Données HBSC 2010
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>5e et 6e primaires :</b>	<b>Travail des parents :</b>	<b>≥ P75 :</b>
	vivent avec leurs 2 parents 70,7 %	les 2 parents 71,1 %	Enfants vivant avec leurs 2 parents 50,5 %
	vivent dans une famille recomposée 12,3 %	seulement le père 21,2 %	Enfants vivant dans une famille monoparentale 39,6 %
	vivent dans une famille monoparentale 15,6 %	seulement la mère 4,2 %	(voir figure 8.1)
	autre configuration familiale 1,3 %	aucun des 2 3,4 %	
Comparaisons internationales	<b>HBSC international 2010<sup>2</sup> :</b> Sur l'ensemble des jeunes (11, 13 et 15 ans), vivent avec leurs deux parents biologiques :		
	Arménie et Croatie 88 %		
	Flandre 70 %		
	Belgique francophone 66 %		
	États-Unis 58 %		
	Groenland 49 %		

### Lecture analytique et principaux enjeux

Plus de 7 enfants sur 10 vivent avec leurs parents biologiques (en 5e et 6e primaires) en FWB. Quasiment 1/3 des enfants vivent donc dans d'autres configurations familiales. Parmi ces enfants, 12,3 % vivent dans une famille recomposée et 15,6 % dans une famille monoparentale, c'est-à-dire élevé par la mère seule ou par le père seul (les autres situations –très marginales– sont celles où les enfants ne vivent pas avec leurs parents : élevés par le(s) grand(s)-parent(s) ou en institutions). Dans près de trois quart des familles des enfants en FWB (5e et 6e primaires), les deux parents travaillent (deux revenus du travail). Une très faible proportion d'enfants (3,4 %) signale qu'aucun des deux parents ne travaille. Dans certains quartiers à Bruxelles, c'est cependant la situation de près d'un enfant sur deux<sup>3</sup>. Ces données ne renseignent

toutefois pas sur le volume de travail effectué, la qualification professionnelle, ni sur les montants des revenus générés par ce travail, ni sur la disponibilité d'autres sources de financement. Dans l'enquête HBSC, seuls les revenus des parents sont pris en considération et non ceux des nouveaux partenaires des parents. L'enquête ne peut non plus rendre compte des modalités de garde alternée. Il a été demandé aux enfants d'évaluer, de façon générale, comment se passe leur vie, sur une échelle allant de 0 («pire vie possible») à 10 («meilleure vie possible»). La qualité de la vie perçue par l'enfant évolue de façon très significative en fonction de l'environnement familial : elle est la plus élevée chez les enfants qui vivent avec leurs deux parents. Ce sont les enfants élevés ou confiés à d'autres adultes que leurs parents qui rapportent les scores les moins bons, soulignons que peu d'enfants sont dans cette situation. Une attention particulière de la part des professionnels de l'enfance

mérite néanmoins d'être apportée aux enfants vivant dans des familles monoparentales, plus fragilisées sur le plan social et économique.

### Politiques et actions développées

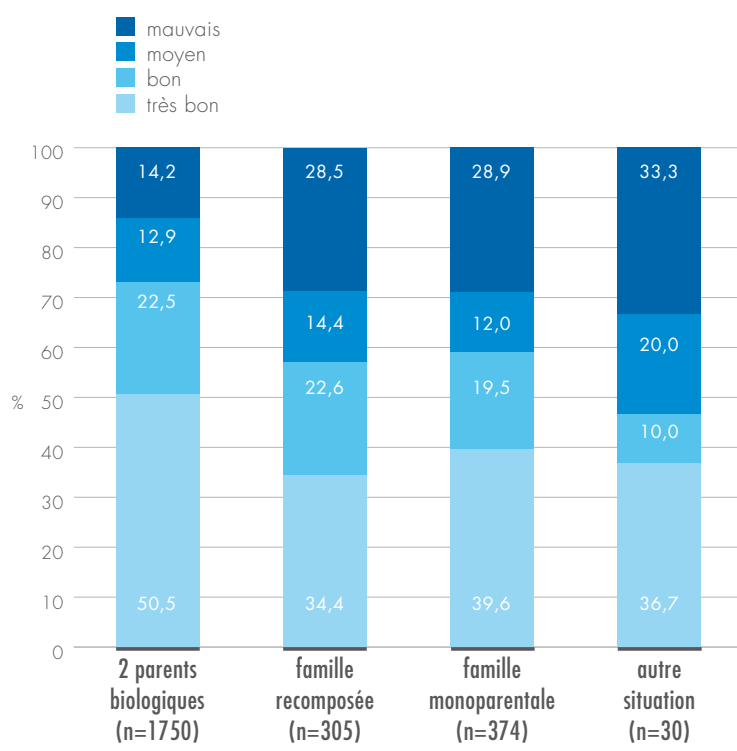
**FWB :** Le soutien à la parentalité est un des axes de travail à l'ONE, la Ligue des Familles, l'asbl Yapaka, l'asbl Françoise Dolto, l'école des parents et des éducateurs. L'Observatoire de l'Enfant et de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ) joue un rôle fédérateur dans le domaine, à travers la création et le suivi d'un site internet dédié au soutien à la parentalité, qui permet de mettre en exergue et de valoriser les bonnes pratiques dans le domaine. Ce site est destiné à tous les professionnels qui travaillent en relation avec les familles<sup>4</sup>.

**Wallonie :** Les Régions prennent la situation familiale en considération dans les différentes politiques, comme par exemple, par la priorité donnée aux familles monoparentales dans l'accès à un logement social.

### Complémentarités et synergies

Le Plan d'action des droits de l'enfant décrit en début de cahier montre une volonté de réduire les écarts ou les inégalités entre enfants. Si les stratégies développées passent en priorité par un accès à une alimentation saine, des logements de qualité, des activités sportives adaptées, des lieux publics conçus et accessibles pour les plus jeunes, ces initiatives peuvent également avoir des répercussions positives sur l'environnement familial matériel. Cet ensemble de dimensions contribue au bien-être des enfants quel que soit l'environnement dans lequel ils grandissent.

Figure 8.1 – Échelle de bien-être en quartiles, en fonction de l'environnement familial (n=2 459)



Source : Données HBSC en Fédération Wallonie – Bruxelles 2010

1 SIPES-ULB résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).  
 2 Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O., Barkenow V. (eds) Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 No. 6, page 229.

3 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2011). Baromètre social 2011. Bruxelles : Commission communautaire commune.  
 4 <http://www.parentalite.be>

## 9

## Accueil de l'enfant

Indicateurs	I	II	III
	<b>Taux<sup>1</sup> de couverture des places d'accueil 0-2 ans et demi en Belgique francophone</b>	<b>Taux de couverture des 0-3 ans pris en charge par un service d'accueil ou en enseignement maternel</b>	<b>Proportion d'enfants de 3-6 ans fréquentant une école maternelle</b>
Source/Référence	Rapport annuel 2010 de l'ONE Comparaisons internationales : The provision of childcare services. A comparative review of 30 European countries <sup>2</sup>	FWB : rapport annuel 2010 de l'ONE	The provision of childcare services. A comparative review of 30 European countries <sup>2</sup>
Fédération Wallonie-Bruxelles	2009 27,8 % 2010 (voir figure 9.1) 27,7 %	2010 (voir figure 9.2) 44,5 %	
Comparaisons nationales	Belgique 40 %		Belgique : à 2 ans et demi à 3 ans presque 90 % presque 100 %
Comparaisons internationales	France 31 %		Espagne : 3 ans 96,0 % République Tchèque 78,3 % Roumanie 73,4 % <sup>3</sup>

### Lecture analytique et principaux enjeux

**Secteur de l'accueil du jeune enfant :** malgré l'augmentation de 7 203 places créées (subventionnées ou non)<sup>4</sup> en FWB entre 2000 et 2008, la couverture n'augmente pas à cause principalement de la croissance démographique, particulièrement marquée à Bruxelles (en moyenne, depuis 1998, près de 1000 naissances en plus chaque année). Ainsi en 2010, il y avait 38 185 places en FWB pour une estimation de 138 091 enfants de 0 à 2 ans et demi. À Bruxelles, où il y a le plus haut taux de natalité, le taux de couverture est relativement bas (23 %) comparativement à l'ensemble du territoire francophone de Belgique ; l'offre ne parvient pas totalement à suivre la demande. La population des enfants prise en compte dans le calcul de la couverture à Bruxelles est égale à 90 % des enfants qui y résident. Pour le territoire de Bruxelles, les structures d'accueil proposées par Kind&Gezin ne sont pas prises en compte. Pour parvenir à améliorer la couverture d'accueil, des plans «Cigogne» successifs ont été mis en place. Trois grands principes sous-tendent ces plans : une répartition équitable de l'offre d'accueil entre les sous-régions, une diversification de l'offre pour répondre aux besoins familiaux de plus en plus divers

et une meilleure accessibilité financière. Le taux de couverture n'est certainement pas le seul indicateur à prendre en considération, il convient aussi de se pencher sur la qualité de l'offre.

Une enquête réalisée par l'hebdomadaire Le Ligueur informe que 73 % des parents éprouvaient des difficultés pour trouver une place dans un milieu d'accueil chez les 0-3 ans (Enquête réalisée auprès de parents vivant à Bruxelles et en Wallonie)<sup>5</sup>. Les parents se plaignent surtout de la qualité de l'accueil chez les plus âgés, moins d'un parent sur trois étant satisfait. Ces résultats sont présentés à titre indicatif, il ne s'agit pas d'une enquête représentative d'une population.

**Secteur 3-12 ans :** le secteur de l'accueil des enfants de 3 à 12 ans est un secteur plus varié que celui des 0-2 ans et demi, car il couvre toutes les activités organisées après l'école, pendant les jours de congé ou les week-ends. La mise en œuvre se fait par la réalisation au niveau des communes de programmes CLE (Coordination Locale pour l'Enfance encadrés par l'ONE). Ce sont des programmes d'accueil coordonnés par les acteurs locaux sur l'ensemble du territoire couvert par l'ONE (Wallonie et Région Bruxelloise). Le but est de mieux structurer l'offre en favorisant une mise en commun des moyens et l'établissement de

synergies en vue d'atteindre une plus grande efficacité. L'ONE a des conventions avec 220 communes qui participent au dispositif ATL (accueil temps libre) avec un programme CLE, à savoir près de 80 % des communes. L'évaluation réalisée sur l'ATL par l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse met en avant une amélioration de l'accueil depuis 2002, en termes de qualité des services et de couverture, même si certains aspects peuvent encore être améliorés, comme la précarité d'emploi des accueillantes, ou l'organisation des temps de midi<sup>6</sup>.

Les écoles des devoirs pour **les enfants de 6 à 18 ans** ont pour mission : l'épanouissement global de l'enfant, le soutien au développement de ses capacités sociales, la communication entre les différents milieux de vie de l'enfant et le soutien scolaire. C'est un service ouvert à tous, et particulièrement aux enfants connaissant des difficultés sur le plan social. En 2010, il y avait 363 écoles des devoirs subventionnées par l'ONE. Elles sont organisées par différents types de pouvoirs organisateurs.

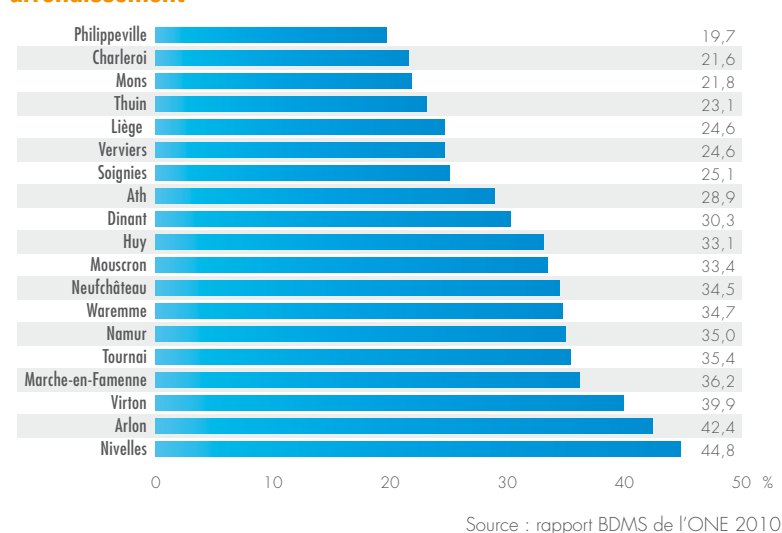
**L'accueil des enfants malades** est également un sujet important, toutefois il est complexe et sera juste mentionné ; pour plus d'informations, voir l'étude du CERE<sup>7</sup>.

En ce qui concerne les centres de vacances, ils sont répartis en 3 catégories : les plaines de vacances organisées dans l'environnement géographique habituel de l'enfant, qui rentre le soir chez lui ; les séjours de vacances organisés dans un cadre en internat ; ou d'autres camps de vacances comme par exemple ceux organisés par un mouvement de jeunesse. Remarquons que certains centres de vacances perçoivent des subventions supplémentaires de la Wallonie.

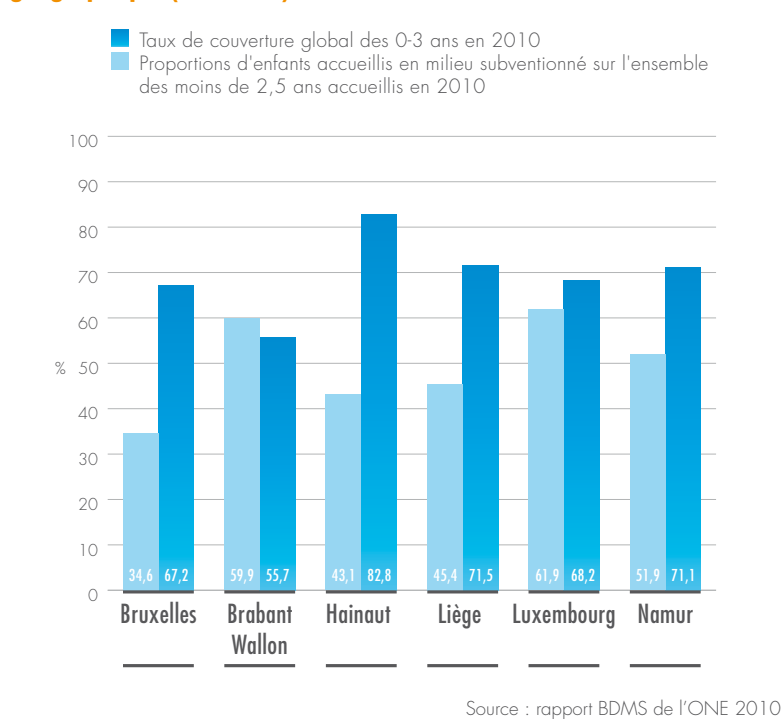
### Politiques et actions développées

**FWB** : L'ONE est l'organisme d'intérêt public de l'accueil de l'enfant hors du milieu scolaire. Il travaille en partenariat avec de nombreux

**Figure 9.1 – Taux de couverture en Communauté française (2010) par arrondissement**



**Figure 9.2 – Taux de couverture global des 0-3 ans en 2010 et proportions d'enfants accueillis en milieu subventionné sur l'ensemble des moins de 2,5 ans accueillis en 2010, par zone géographique (n=73 685)**



autres services sur l'organisation et l'offre d'un accueil de qualité.

**Wallonie** : L'AWIPH a une convention spéciale avec l'ONE afin d'assurer la meilleure prise en charge des enfants porteurs d'un handicap. La Région via sa compétence sur la politique d'emploi a un rôle important à jouer en particulier grâce aux programmes APE (Aide Promotion à l'Emploi) en ce qui concerne l'engagement des personnes encadrant les enfants.

**Autres :** Le secteur privé de l'accueil joue un rôle non négligeable (il représente 30-50 % des places disponibles). Ces structures doivent être autorisées et agréés par l'ONE.

### Complémentarités et synergies

Il existe une vraie synergie entre l'ONE et l'AWIPH en ce qui concerne les enfants porteurs d'un handicap. Des synergies sont encore à mettre en place surtout en ce qui concerne les enfants âgés de plus de 3 ans. La coopération entre la FWB et la Wallonie doit encore être davantage développée afin d'améliorer la quantité et la qualité des services (en ce inclus la qualité des emplois concernés par ces services) destinés à ces enfants. Une convention cadre a été signée le 7 mai 2012 par l'ONE et la Direction générale opérationnelle Pouvoirs locaux, Actions Sociales et Santé (DG05-Wallonie) dans le but d'établir des synergies : en matière de formation et d'information du personnel, d'information et de sensibilisation du grand public, d'études

et statistiques, de soutien à des initiatives communes (guichet unique pour les demandes d'agrément, de subvention et d'intervention dans le financement des infrastructures de crèches non commerciales), de liens entre les centres de santé mentale et les travailleurs médico-sociaux, et globalement de travail conjoint sur des thématiques communes comme par exemple les complémentarités en matière d'abord de la santé mentale des 0-3 ans. Le FESC (Fonds des équipements et des services collectifs) associé à l'organisme fédéral des allocations familiales intervenait dans le financement de l'accueil extrascolaire, l'accueil flexible (en dehors des heures dites régulières de travail), l'accueil d'enfants malades dont les parents travaillent et l'accueil d'urgence des enfants (dont les parents trouvent un emploi ou entrent en formation)<sup>8</sup>. Ce fonds est actuellement supprimé et les montants dégagés sont transférés vers les Communautés avec de possibles réaffectations<sup>9</sup> (déclaration gouvernementale du 1er décembre 2011).

1 Afin de connaître le nombre de places nécessaires et l'évolution de la demande dans le secteur, on utilise couramment le taux de couverture. Il correspond au rapport entre le nombre de places disponibles et une estimation du nombre d'enfants en âge de fréquenter les milieux d'accueil par an.

2 "The provision of childcare services. A comparative review of 30 European countries," European Commission's Expert Group on Gender and Employment Issues, 2009. Disponible sur le site de l'Union européenne: <http://ec.europa.eu>

3 Remarquons que l'objectif fixé par les accords de Barcelone est de 90 %, la majorité de l'Europe de l'Ouest a atteint cet objectif, toutefois les pays de l'Europe de l'Est doivent encore améliorer leurs services. L'indicateur taux de couverture est limité car il ne tient pas compte de la demande réelle en fonction par exemple du taux d'activité professionnelle des parents.

4 IWEPS, Les chiffres-clés de la Wallonie, n°10, 2009.

5 Pour plus d'informations, voir le Liguier des Parents n° 7 – 14 Mars 2012

6 Delvaux D., Vandekerke M., Rossion D., Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, Décret du 3 juillet 2003 relatif à la coordination de l'accueil des enfants durant leur temps libre Évaluation prévue à l'article 44, Décembre 2009 et juillet 2011.

7 Dusart A.-F., L'accueil des enfants malades en Communauté française de Belgique: typologie des services, enjeux pour les familles et pistes d'action pour améliorer l'égalité d'accès à des services de garde d'enfants malades de qualité, Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance, 2008.

8 Dubois A., La défédéralisation du FESC, Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance, 2007.

9 Défédéralisation du FESC: lettre ouverte aux politiques, Badge Info, décembre 2011-janvier 2012.

## 10

# Dépistage néonatal de la surdité

## Lecture analytique et principaux enjeux

La collecte des données du programme de dépistage de la surdité est prévue par le protocole fixé par Arrêtés<sup>4,5</sup> (ce qui n'est pas le cas pour les centres de prise en charge). Le résultat du test de dépistage est inscrit au verso du test de Guthrie (dépistage de la phénylcétonurie) et est envoyé au Centre de dépistage néonatal avec lequel la maternité collabore. Ces données sont ensuite transmises au Centre de référence, agréé et subsidié par la Fédération Wallonie-Bruxelles (dans ce cas-ci, le CEpiP asbl). Depuis 2011 et de manière progressive, les données du programme sont collectées par voie «informatique» dans une base de données centralisée et gérée par le Centre de référence.

La prévalence de la surdité chez les enfants présentant un facteur de risque est de 2 à 4/100. Il est donc vraiment important de faire dépister l'enfant s'il présente un ou des facteurs de risque, dont entre autres les antécédents familiaux de surdité héréditaire, les infections in utero (cytomégalovirus, toxoplasmose, herpès, rubéole, syphilis), les intoxications diverses chez la mère, un score d'Apgar de 0-6 à 5 min, la prématurité (< 36 semaines) et le petit poids de naissance (< 1500 grammes). Toutefois, effectuer un dépistage exclusivement pour ces enfants ne permettrait d'identifier que 50 % des surdités néonatales (à cause notamment des surdités congénitales).

## Politiques et actions développées

**FWB :** Depuis novembre 2006, un programme de dépistage néonatal de la surdité a été mis en place par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce dépistage est effectué dans les maternités participant sur base volontaire, le deuxième

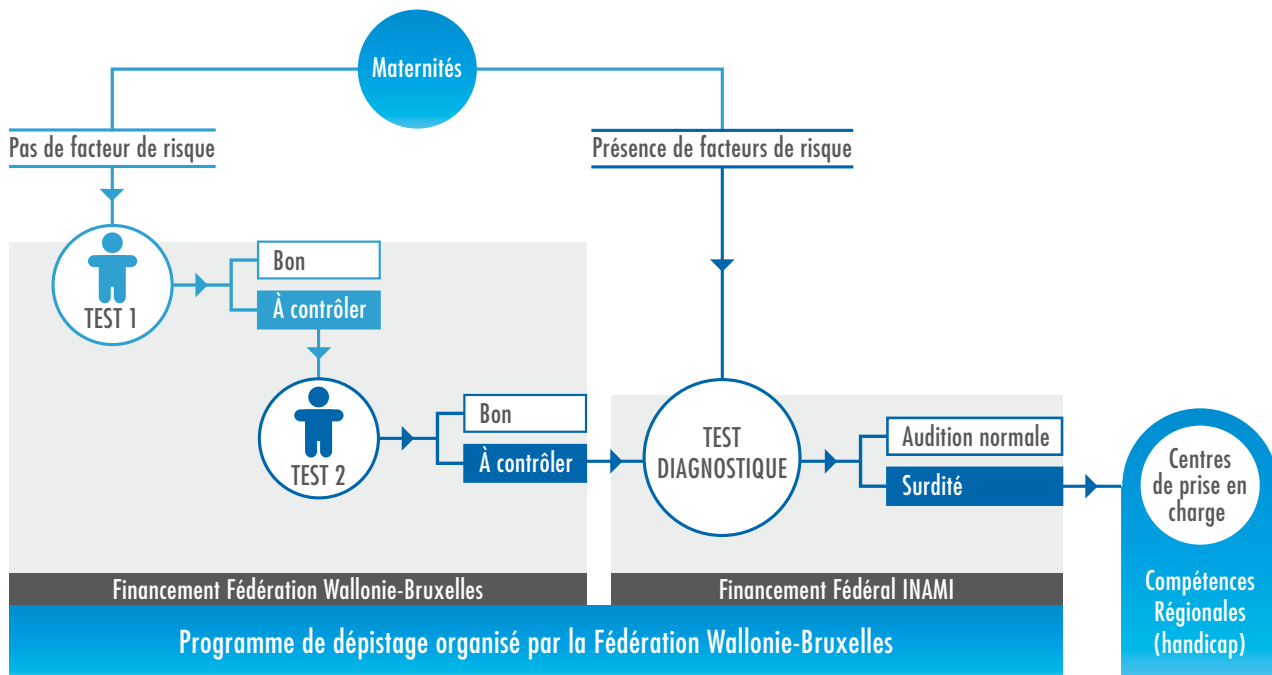
Indicateurs	I	II
	<b>Prévalence de la surdité néonatale</b>	<b>Taux de couverture du dépistage</b> (taux de couverture du 1er test)
Source/Référence	CEpiP données 2010 <sup>1</sup>	CEpiP données 2010
	Rapportée par le programme : 3,18 pour 1000 nouveau-nés	43 maternités sur 46 participent au programme soit un taux de plus de 93 % pour 2010 (au sein des 43 maternités 47 020 enfants ne présentant pas de facteurs de risque)
Autre comparaison	Prévalence globale de la surdité congénitale (dépistage néonatal, critère : la meilleure oreille n'entend pas en dessous de 40 dB HL) : 1 à 4 pour 1000 nouveau-nés <sup>2,3</sup>	

ou troisième jour de vie de l'enfant au moyen d'un test indolore et rapide. Le test de dépistage est subventionné pour un montant de 5 euros indexés par enfant (FWB) et par une participation des parents plafonnée à 10 euros indexés tandis que le test de diagnostic est financé selon le principe du tiers-payant (INAMI). Les maternités peuvent demander aux parents une participation financière maximale de 10 euros (indexés) remboursés par la plupart des mutuelles. Ce dépistage fait partie des priorités du Plan quinquennal de la FWB.

**Wallonie :** Les centres de prise en charge de la surdité sont sous la coupole des autorités régionales et ont donc un rôle primordial à jouer dans le suivi des enfants dépistés positifs.

- 1 Vos B., Van den Bril C., Lagasse R., Programme de dépistage néonatal de la surdité en Communauté française. Principaux résultats relatifs aux naissances de l'année 2010. Centre de référence pour le Programme de dépistage néonatal de la surdité en Communauté française, Centre d'épidémiologie Périnatale CEpiP asbl, Bruxelles, 2011. Disponible sur le site : [http://www.depistageneonatal.be/pro/articles/surdite\\_depistage\\_rapport\\_2010.pdf](http://www.depistageneonatal.be/pro/articles/surdite_depistage_rapport_2010.pdf)
- 2 Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Disponible sur le site de l'HAS : <http://www.has-sante.fr/>.
- 3 Déficiences auditives Recherches émergentes et applications chez l'enfant, Paris, Inserm, 2010.

**Diagramme 10.1 – Dépistage néonatal de la surdité**



Source : Diagramme réalisé à partir de l'entretien mené avec la coordinatrice du programme

- 4 Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 fixant le protocole du programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française (M.B. 19/10/2009)
- 5 Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française (M.B. 05/11/2009)

### Complémentarités et synergies

Comme le montre le diagramme 10.1, trois niveaux de pouvoir rentrent en ligne de compte dans le dépistage néonatal de la surdité et de sa prise en charge : bien que le dépistage relève de la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'INAMI et les Régions ont également un rôle à jouer. La principale difficulté que l'on observe se situe dans la collaboration entre le programme de dépistage et les structures de prise en charge où sont référés les jeunes enfants sourds et malentendants. En effet, il n'y a, à l'heure actuelle, aucune convention ni réglementation afin de permettre le suivi des données des enfants diagnostiqués avec une surdité suite au dépistage. Les centres de prise

en charge relevant du handicap (dépendant des Régions) n'ont pas de système centralisé de collecte des données et il est actuellement impossible de savoir si un enfant diagnostiqué avec une déficience auditive est pris en charge dans les délais nécessaires (6 mois). Il y a donc une nécessité de la part des entités Fédération Wallonie-Bruxelles et des Régions de se concerter et de travailler à une amélioration du lien entre le dépistage et la prise en charge. En effet, l'objectif est d'avoir un programme cohérent avec une vue d'ensemble du système qui permette un suivi de qualité ainsi qu'une évaluation continue.

## 11

## Dépistage visuel

Indicateurs	I	II
	<b>Bilan des dépistages visuels</b>	<b>Estimation de la couverture</b> (en fonction des naissances)
Source/Référence	Rapport BDMS 2010 ONE FWB, 2012 <sup>1</sup>	Rapport BDMS 2010 ONE FWB, 2012 <sup>1</sup>
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>2005 (n = 13 031) :</b>	2005 29,0 %
	dépistages normaux 71,3 %	2010 48,0 %
	dépistages anormaux 11,0 %	
	dépistages douteux 8,8 %	
	dépistages irréalisables 8,9 %	
	<b>2010 (n = 25 446) :</b>	
	dépistages normaux 74,0 %	
	dépistages anormaux 11,2 %	
	dépistages douteux 3,2 %	
	dépistages irréalisables 11,3 %	

## Lecture analytique et principaux enjeux

La prévalence des troubles de la vision chez l'enfant est loin d'être négligeable, «*les études scientifiques montrent que, en Europe et en Amérique du Nord, 10 % des enfants de moins de 6 ans sont atteints d'une anomalie ou d'un déficit visuel uni ou bilatéral, de très faible à important et qu'environ 5 % de la population souffre d'une amblyopie fonctionnelle*»<sup>2</sup>.

Il faut souligner que dans 15 % des cas, les examens chez les petits enfants sont considérés comme incomplets ou douteux car ils sont parfois difficiles à réaliser.

De plus, on observe en FWB de grandes différences entre les communes elles-mêmes en ce qui concerne les taux de dépistage. En effet, dans certaines zones très rurales, des communes où aucun dépistage n'est réalisé voisinent avec des communes ayant un taux élevé de dépistages. Globalement environ la moitié des enfants de 18 à 36 mois seraient ainsi dépistés dans le cadre des activités de l'ONE.

En l'état actuel, les méthodes de recueil et de consignation des données médicales scolaires (recueil informatisé des données socio-sanitaires des SPSE) ne sont pas suffisamment standardisées entre services PSE. Ceci a pour conséquence qu'il n'est à ce stade pas encore possible d'en extraire des statistiques globales.

## Politiques et actions développées

**FWB :** Le dépistage visuel chez les enfants de 18 à 36 mois est organisé par l'ONE. Ce dépistage n'est pas encore complètement généralisé pour des raisons budgétaires et conjoncturelles. Un autre dépistage visuel est également effectué par les services de promotion de la santé à l'école (SPSE) lors des visites médicales scolaires.

## Complémentarités et synergies

Cette politique de dépistage systématique de l'ONE est en passe d'être mise en place, mais il n'y a pas encore de collaboration établie entre les différentes entités. Il manque encore, chez les enfants d'âge scolaire, des données de dépistage harmonisées et un système assurant un réel suivi de l'enfant (entre la médecine préventive ONE/SPSE et la référence vers un ophtalmologue).

La plupart des problèmes dépistés peuvent heureusement être corrigés ou compensés par le port de lunettes par exemple. Lorsque le problème détecté est plus grave et entraîne un handicap, les instances régionales sont sollicitées.

- 1 Pour plus d'informations : Rapport 2010 Banque de Données Médico-Sociales, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.
- 2 ONE, Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, 2011, in : Rapport 2010 Banque de Données Médico-Sociales, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, page 145.

## 12

# Dépistages des maladies métaboliques et congénitales

Indicateurs	I	II
	<b>Fréquence de tests positifs pour 100 000 tests réalisés</b> (pour 3 maladies, depuis 1975)	<b>Enfants porteurs de malformations dépistées par le Registre Eurocat wallon</b>
Source/Référence	Chiffres communiqués par la DG Santé FWB <sup>1</sup>	Eurocat RA 2011 (données 2010)
Fédération Wallonie-Bruxelles	pour 100 000 <b>Phénylcétonurie</b> : 2 446 525 tests dont 277 positifs : 11,3 <b>Galactosémie</b> : 1 902 140 tests dont 39 positifs : 2,1 <b>Hypothyroïdie</b> : 1 844 593 tests dont 517 positifs : 28,0	349 enfants porteurs de malformations sur 13 070 grossesses prises en compte (prévalence 267 pour 10 000) Problème du système nerveux : 25 pour 10 000
Comparaisons internationales	<b>Luxembourg</b> : plus de 100 000 tests réalisés dont 42 tests positifs (pour hypothyroïdie et phénylcétonurie) au cours des 20 dernières années <sup>2</sup> .	

## Lecture analytique et principaux enjeux

Le dépistage des anomalies congénitales entre dans le domaine de la prévention et en tant que tel fait partie des compétences de la FWB<sup>3,4</sup>. Cependant le bénéficiaire financier est essentiellement l'INAMI ce qui peut poser un problème en termes d'investissement de la part des communautés. Il existe des différences notables entre le programme de dépistage néonatal développé par la FWB et celui développé par la Communauté flamande concernant ce type de dépistage. En Flandre, 11 maladies sont recherchées et un remboursement de 20 euros par dépistage (soit par enfant) est prévu. En FWB, 6 maladies sont recherchées et le dépistage est financé à 12,35 euros indexés par enfant, alors qu'en pratique 16 maladies sont dépistées, sur base volontaire des centres. Cette inégalité trouve sa raison dans une législation existant depuis 1984 en FWB. Même si elles restent heureusement relativement rares, ce n'est pas une thématique à négliger : si le dépistage n'est pas fait suffisamment à temps, ces maladies peuvent engendrer des séquelles irréversibles, voire le décès de l'enfant<sup>5</sup>.

Ce dépistage n'est pas sans soulever des questions d'éthique liées aux choix d'interruption médicale de grossesse en cas de diagnostic prénatal. Les maladies dépistées font partie des maladies dites «rares».

## Politiques et actions développées

**FWB** : Il existe 3 laboratoires de dépistage en FWB localisées à l'ULB, l'ULg et l'UCL. Le dépistage n'est pas obligatoire, les parents ont le droit de refuser. Ce dépistage fait également partie des priorités du Plan Quinquennal de promotion de la santé de la petite enfance de la FWB.

**Wallonie** : Le Registre Hainaut-Namur du Registre européen EUROCAT 6 (European Surveillance of Congenital Anomalies) existe depuis 1978 et est co-financé par la Wallonie. Il détecte toutes les anomalies morphologiques ou autres (chromosomiques, etc.) chez les nouveaux nés, les enfants mort-nés, les fœtus de toutes les grossesses prises en charge dans les maternités de la Province de Namur et de l'Est du Hainaut depuis plus de 20 ans. Le Registre wallon Eurocat est situé à l'Institut de

Pathologie et de Génétique. Ce centre réalise également un dépistage prénatal et du conseil génétique.

### Complémentarités et synergies

Il n'y a pas de synergies ni de complémentarités en ce qui concerne ce dépistage. Il y a toutefois un partage d'informations entre les centres de dépistage, réalisé sur base volontaire, renforcé par l'existence du programme. Dans les circonstances actuelles (notamment économiques), la FWB n'envisage pas de modification à court terme de ce programme. Les maladies rares sont prises en compte dans le plan d'action de l'Observatoire fédéral des maladies chroniques. Le Fonds des Maladies Rares et Médicaments Orphelins a rendu un rapport qui devrait aboutir à une meilleure prise en charge des maladies rares. Certaines malformations congénitales peuvent faire l'objet de campagnes de prévention : la prise d'acide folique en suffisance autour du moment de la conception permettrait d'éviter une bonne partie des déficits de fermeture du tube neural (anencéphalie, spina bifida...).

- 1 Communication personnelle : données communiquées lors des entretiens (Fédération Wallonie-Bruxelles).
- 2 Communiqué de presse, élargissement du screening néonatal à la détection de la déficience en MCAD, Information et actualités du gouvernement Luxembourgeois, Janvier 2008, voir le site du gouvernement luxembourgeois : [http://www.gouvernement.lu/salle\\_presse/actualite/2008/01-janvier/30-di-bartolomeo/index.html](http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2008/01-janvier/30-di-bartolomeo/index.html)
- 3 Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 fixant le protocole de dépistage des anomalies congénitales en Communauté française (M.B. 16/09/2009)
- 4 Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage des anomalies congénitales (M.B. 05/11/2009)
- 5 Voir le site de la Direction générale de la santé de la FWB : <http://www.sante.cfwb.be/>
- 6 Voir le site : <http://www.eurocat-network.eu/>

## 13

## Santé bucco-dentaire

Indicateurs	I	II	III	IV
	<b>Proportion de polycaries du jeune enfant</b> (constatées par l'examen du médecin exerçant dans une structure de l'ONE <sup>1</sup> )	<b>Brossage quotidien des dents</b>	<b>Indice CAO<sup>2</sup> chez les enfants de 12 ans</b>	<b>Contacts avec un dentiste au cours des 5 dernières années</b>
Source/Référence	Rapport BDMS 2010, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012 <sup>3</sup>	Belgique INAMI 2011 <sup>4</sup> Enquête de santé bucco-dentaire 2008-2010 FWB : HBSC 2010 Fréquence quotidienne du brossage des dents chez les enfants <sup>5</sup> :	WHO Oral Health Database <sup>6</sup>	Données INAMI 2011 <sup>4</sup>
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>2009 :</b> 2,0 % des enfants (171 sur 8 374 examinés)	<b>5e et 6e primaires :</b> > 1 fois par jour 58,5 % 1 fois par jour 33,8 % < chaque jour et > 1 fois par semaine 5,3 % <1 fois par semaine 1,1 % Jamais 0,4 %		
Autres comparaisons		<b>Belgique</b> <b>Chez les 5-7 ans (n=70) :</b> 2 x par jour 51,6 % 1 x par jour 46,8 % < 1 x par jour 1,6 % <b>Chez les 12-14 ans (n=95) :</b> 2 x par jour 44,3 % 1 x par jour 49,6 % <1 x par jour 5,3 %	<b>indice CAO</b> Belgique 0,9 (2010) France 1,2 (2006) Allemagne 0,7 (2005) Pays-Bas 0,8 (2002) Angleterre 0,7 (2008-2009)	<b>Belgique (2005-2009) :</b> <b>Chez les 5-7 ans (n=71) :</b> ≥ 1 contact 90 % Contact régulier (≥ 3 prestations attestées) 25 % Consultation d'urgence 37 % <b>Chez les 12-14 ans (n=95) :</b> ≥ 1 contact 93,6 % Contact régulier (≥ 3 prestations attestées) 82,7 % Consultation d'urgence 30,1 %

## Lecture analytique et principaux enjeux

La polycarie du jeune enfant (définie dans le rapport BDMS de l'ONE comme étant la carie sévère du jeune enfant, avant deux ans) peut détruire la dentition primaire des bébés et des enfants d'âge préscolaire. Elle trouve son origine dans l'adjonction de sucre dans l'alimentation du jeune enfant ou l'usage inadéquat du biberon<sup>7</sup>. Les problèmes de santé bucco-dentaire arrivent plus fréquemment et de façon plus prononcée chez les enfants en situation socioéconomique défavorisée. Cependant, le nombre de caries augmente avec l'âge, et ce, dans tous les groupes socio-économiques<sup>8</sup>. La gratuité des soins pour les

enfants est un élément important, mais il ne suffit pas en soi, elle doit être accompagnée de mesures efficaces relatives à la prévention (alimentation, brossage des dents...). La Belgique semble avoir atteint l'objectif de l'OMS concernant les enfants âgés de 12 ans, à savoir un indice CAO inférieur à 1,5<sup>9</sup>. L'étude réalisée en Hainaut en 2006 montre, derrière cette moyenne, la dualité de la situation buccodentaire des jeunes : en 2006, seuls 40 % des enfants sont indemnes de carie dentaire et 20 % ont un indice qui les classe dans un groupe de gravité élevée.

L'association «Sourire pour tous» relève une amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents, visible notamment par la diminution de la prévalence des caries dentaires<sup>10</sup>. Ceci démontre l'efficacité des mesures préventives<sup>11</sup> (brossage des dents, visites chez le dentiste, meilleure accessibilité financière pour les enfants et les adolescents puisque les soins dentaires sont gratuits jusqu'à 18 ans).

Il y a aussi un lien important entre la santé bucco-dentaire et l'alimentation. Une alimentation déséquilibrée, qui contient des aliments riches en sucres ou en amidon (qui se décompose en sucres), une consommation de boissons sucrées comme les sodas (contenant de surcroît des acides qui attaquent l'émail dentaire) va avoir un impact négatif sur l'état des dents des enfants.

## Politiques et actions développées

**Belgique :** La Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie bucco-dentaire est chargée par l'INAMI de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge.

Les soins chez les jeunes de moins de 18 ans sont gratuits depuis le 1er Juillet 2009<sup>12</sup>.

**FWB :** L'enquête HBSC s'intéresse également à la santé dentaire au travers de deux questions portant sur le brossage des dents et les visites chez le dentiste. L'ONE a un plan général qui vise à prévenir l'apparition des caries via la modification des habitudes alimentaires et l'acquisition d'habitudes préservant la santé bucco-dentaire : l'utilisation d'un dentifrice fluoré est conseillée dès l'arrivée des premières dents ainsi que des visites annuelles chez le dentiste à partir de 2 ans et demi<sup>13</sup>.

## Complémentarités et synergies

Dans ce domaine, les aspects préventifs et curatifs sont tout à fait complémentaires et indissociables.

1 Bilans de santé à 18 mois.

2 Carie Absente ou Obturée : indice synthétique d'atteinte carieuse, plus l'indice est élevé, plus la personne a de caries, d'obturations et/ou de dents extraites. Un indice bas est donc favorable.

3 Rapport BDMS 2010, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.

4 Voir le Rapport final du projet : Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie, Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population Belge 2008-2010 à l'adresse suivante : <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study53/pdf/rapport.pdf>

5 SIPES-ULB, Résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).

6 WHO, Oral Health Database, Country/Area Profile project, disponible sur le site de l'université de Malmö : <http://www.mah.se/capp/>

7 Rapport BDMS 2010, ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.

8 Regard sur la santé dentaire des jeunes. Une enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut, Éducation Santé, n° 224, juin 2007.

9 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_NMH\\_NPH\\_ORH\\_03.2\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2_fre.pdf)

10 Fondation pour la santé dentaire, La santé dentaire des enfants en Belgique, Voir [http://www.sourirepourtous.be/media/LasantdentairedesenfantsenBelgique\\_31613.pdf](http://www.sourirepourtous.be/media/LasantdentairedesenfantsenBelgique_31613.pdf).

11 Carvalho J.-C., Van Nieuwenhuysen J.-P., D'Hoore W., The decline in dental caries among Belgian children between 1983 and 1998 Community Dent Oral Epidemiol 2001 ; 29:55-61.

12 INAMI : <http://www.riziv.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/specific/children-dentist/index.htm>

13 Rapport 2010 BDMS ONE, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, page 130.

# 14 Vaccination

Indicateurs	I	
	<b>Taux de couverture vaccinale des enfants de 18-24 mois</b>	
Source/Référence	<b>Wallonie</b> : Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française (Bruxelles excepté) <sup>1</sup>	
	<b>Région Bruxelloise</b> : Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, 2006 <sup>2</sup>	
Wallonie	2009 <sup>3</sup> :	DTP (Hexavalent) 4 doses 90 % Rougeole (RRO) 92,4 %
Région Bruxelloise		DTP (Hexavalent) 90 % RRO 91 % Rougeole (RRO) 91,1 %
Comparaisons internationales	<b>France</b>	couverture estimée DTP 98 % RRO 89 % <sup>4</sup>

## Lecture analytique et principaux enjeux

La vaccination est le cœur de la prévention des maladies évitables chez les jeunes enfants mais elle ne se limite pas à ce public. Elle concerne l'ensemble de la population. Deux logiques majeures vont influencer la vaccination : la logique individuelle qui tend à protéger les personnes vaccinées et la logique collective qui, en fonction du taux de couverture atteint, vise à réduire l'incidence d'une maladie ou encore à l'éliminer au sein de la population. Afin de protéger efficacement la population (en particulier celle des enfants qui représentent une population fragile), un taux de couverture minimal est nécessaire (le seuil critique d'immunité collective dépend des maladies et peut varier pour les vaccins de l'enfance entre 66 % et 95 %) <sup>1</sup>.

De nombreux éléments tels que les caractéristiques épidémiologiques de la pathologie, les caractéristiques du vaccin, le coût, la perception sociale vont influencer les objectifs de couverture fixés par le programme de vaccination <sup>5</sup>. Les couvertures vaccinales sont évaluées par enquête tous les 3 ans pour les enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans dans la population scolaire, alternativement en deuxième primaire et en sixième primaire <sup>6</sup>.

Pour améliorer le suivi du schéma vaccinal, relevons qu'un système informatisé des données est actuellement en train d'être mis en place afin que les données de vaccination soient disponibles dans une base de données sécurisée et non plus uniquement dans le carnet de vaccination.

## Politiques et actions développées

**FWB** : C'est la Fédération Wallonie-Bruxelles qui organise et finance partiellement les vaccins (payés en partie par l'INAMI également). En ce qui concerne les nourrissons, en Wallonie et à Bruxelles, ce sont les médecins de l'ONE qui sont les principaux acteurs de la vaccination avec les pédiatres privés. Chez les enfants d'âge scolaire (5-6 ans), les médecins privés (pédiatres et généralistes) sont les premiers vaccinateurs alors que la médecine scolaire (SPSE) joue un rôle de rattrapage lors de la visite médicale en deuxième primaire. Le rôle de la médecine scolaire concernant la vaccination ne s'arrête pas là car elle est l'un des acteurs principaux de la vaccination des 11-12 ans (43 %) avec les médecins privés (57 %) <sup>7</sup>. La vaccination représente elle aussi une priorité du plan quinquennal de la FWB.

## Complémentarités et synergies

Il existe des accords financiers entre la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'État fédéral. Les compétences concernant la vaccination se trouvent partagées entre le niveau fédéral qui finance 2/3 du coût d'achat, et la Fédération Wallonie-Bruxelles qui organise la promotion et l'organisation de la vaccination (ONE et SPSE) et qui finance le tiers restant. Les vaccins recommandés sont donc accessibles gratuitement pour tous les bénéficiaires lorsqu'ils entrent dans le cadre du programme de vaccination.

Provac, est l'association interuniversitaire (ULB, ULg et UCL) reconnue par la Communauté française pour la promotion de la vaccination. Provac réalise aussi les enquêtes épidémiologiques sur la vaccination<sup>9</sup>.

- 1 Robert E., Swennen B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française (Bruxelles excepté), Provac-ULB, novembre 2009.
- 2 Robert E., Swennen B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, Provac-ULB, décembre 2006.
- 3 Ces deux vaccins ont été choisis car ils font partie des indicateurs européens de base (voir le site Echim [http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object\\_document/06117n29138.html](http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/06117n29138.html))
- 4 Voir le site Mesvaccins.net : [http://www.mesvaccins.net/home/news.php?id\\_news=2782](http://www.mesvaccins.net/home/news.php?id_news=2782)
- 5 Plus d'information sur le schéma vaccinal recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé peuvent être trouvées sur le site : [http://www.vaccination-info.be/charger/CSS\\_8559\\_FR.pdf](http://www.vaccination-info.be/charger/CSS_8559_FR.pdf).
- 6 Voir le site de la Direction générale de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles : <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=programme>
- 7 Références : Godin I., De Smet P., Favresse D., Moreau N., Parent F. (eds), Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique SIPES ESP-ULB, 2007, p.62.
- 8 Pour en savoir plus voir le site de Provac : <http://www.provac.org/>

# 15 Bien-être

Indicateurs	I	II	III
	<b>Échelle d'appréciation de la vie (0 «pire vie possible» à 10 «meilleure vie possible») catégorisée en quartiles</b> (calculés sur base de l'ensemble de la population HBSC 2010, jeunes de la 5e primaire à la dernière secondaire, n=10 710)	<b>Sentiment de bonheur</b>	<b>Qualité de la communication avec les parents</b> (facile avec les deux / difficile avec un parent / difficile avec les deux ou ne les voit plus)
Source/Référence	Données HBSC 2010 <sup>1</sup>	Données HBSC 2010	Données HBSC 2010
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>Répartition des enfants de 5e et 6e primaires :</b> dans le quartile supérieur 46,6 % dans le quartile «bon» 22,0 % dans le quartile «moyen» 13,2 % dans le quartile le plus faible 18,2 %	<b>5e et 6e primaires :</b>  s'estiment (très) heureux 84,0 %	<b>5e et 6e primaires :</b>  trouvent qu'il est facile de communiquer avec ses deux parents 50 %

## Lecture analytique et principaux enjeux

La notion de bien-être de l'enfant, fréquemment utilisée tant dans le langage usuel que dans les textes scientifiques, revêt des accents multiples. L'état actuel des connaissances n'a pas permis l'émergence d'une définition unique du bien-être des enfants. La notion de bien-être et celle de qualité de vie peuvent être distinguées. On remarque que chez les enfants, on applique souvent ou on confond fréquemment la notion de bien-être et le concept de qualité de vie. On peut aussi déplorer qu'en ce qui concerne le bien-être des enfants, les indicateurs de bien-être soient encore trop souvent des indicateurs *négatifs* (par rapport à la maladie, aux risques de maladies, à la violence scolaire, aux taux de décrochage scolaire etc.) et que trop peu d'indicateurs *positifs* soient nouvellement développés et utilisés. L'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ) a étudié ce que les enfants entendent par bien-être. L'analyse de l'OEJAJ a mis en évidence 5 dimensions clés composant cette notion : (i) la disponibilité positive (ii) le bien-être «reçu» (iii) le bien-être culturel et social (iv) le bien-être psychologique et moral (v) le droit d'exprimer sa propre vision des choses et de revendiquer ce à quoi on estime avoir droit.<sup>2</sup>

Les résultats HBSC du versant FWB présentés ci-dessus indiquent une meilleure **appréciation de la vie** chez les plus jeunes comparativement aux plus âgés. En effet, la catégorisation en quartiles de cette échelle est effectuée sur l'ensemble de l'échantillon des élèves de la 5e primaire à la dernière secondaire de l'enquête. Cette catégorisation regroupe dans chacun des quartiles, par définition, 25 % de la population totale francophone belge. Or, l'analyse porte ici sur les enfants de 5e et 6e primaires uniquement. Près de la moitié (46,6 %) de ceux-ci se retrouvent dans le quartile le plus élevé, signifiant par là une meilleure appréciation de leur qualité de vie que celle de leurs aînés, les élèves du secondaire.

On pourrait ici aussi aborder la thématique de la (grande) **prématurité**, qui selon les chiffres de l'ONE, est en augmentation<sup>3</sup>. Les enfants prématurés présentent des risques de troubles du développement psychologique, psychomoteur, cognitif et psychoaffectif. Chez ces enfants, des troubles relationnels de l'attachement peuvent plus facilement apparaître. Ils se traduisent par des plaintes psychosomatiques telles que des troubles alimentaires, du sommeil, du comportement ou encore des allergies. On retrouvera également des enfants qui développent des infections banales de façon récurrente, qui sont «toujours malades».

Une collaboration de recherche-action est initiée par l'ONE, la Fondation Roi Baudouin et CAP 48 pour le suivi des grands prématurés (nés entre 25-32 semaines)<sup>4</sup>.

La **fréquentation scolaire** a un impact majeur sur l'enfant, son bien-être et son développement. Cette fréquentation lui permet de prendre progressivement de la distance par rapport à son milieu familial, de découvrir un milieu inconnu et de développer ses capacités sociales et d'autonomie. Toutefois des **troubles cognitifs précoces**, comme les troubles du langage ou encore des troubles plus graves tels que les troubles dysphasiques (trouble structurel, primaire et durable de l'apprentissage et du développement du langage oral) peuvent s'avérer de réels handicaps s'ils devaient être négligés.

Les enfants souffrant d'une **maladie chronique** doivent être soutenus spécifiquement, car ils risquent de passer une partie de leur temps dans une structure de soins.

Les acteurs de terrain, en particulier les enseignants et éducateurs doivent être sensibilisés à la problématique de la santé mentale et du bien-être. Ils ont à leur disposition les centres psycho-médico-sociaux qui ont une vocation préventive et travaillent en relais avec des services comme les centres de guidance, les services de santé mentale ou les offres de services privés.

La prise en considération globale de la santé mentale va donc demander la coopération d'acteurs de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Direction générale de l'Enseignement, de la Santé (dans son acception large incluant le bien-être global de l'élève) mais également de la Wallonie. Tous les acteurs œuvrant dans le domaine de l'enfance sont évidemment concernés en première ligne par le bien-être des enfants.

## Politiques et actions développées

**FWB** : L'Observatoire de l'Enfance et de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse travaille actuellement sur la notion du bien-être, et constitue un acteur essentiel en ce qui concerne la collecte et la diffusion de connaissances et des données sur ce sujet. Les amis de Zippy, programme de promotion de la santé mentale en milieu scolaire, est un outil pédagogique qui tend à développer chez les enfants de 1re et 2e primaires les facteurs de protection –visant à terme à la prévention du suicide– et commence à s'implanter dans les écoles en Belgique francophone<sup>5</sup>.

**Wallonie** : Sur ce thème précis, on pourrait citer l'ensemble des acteurs répertoriés dans ce cahier comme «acteurs de la santé de l'enfant», et être cependant encore loin d'un recensement exhaustif de toutes les initiatives existant dans ce domaine.

## Complémentarités et synergies

Le bien-être des enfants est déjà pris en charge ponctuellement à différents niveaux (école, santé, sécurité, etc.) mais il n'y a pas encore réellement d'approche globale systématique. Depuis l'année scolaire 2011-2012, un nouveau projet pilote «Cellules Bien-être» a vu le jour dans plusieurs écoles<sup>6</sup>. Ces cellules bien-être sont composées de l'ensemble des acteurs de première ligne (CPMS, SPSE, enseignants, centre de planning, services de santé mentale...) et travaillent de façon transversale, par une approche pluridisciplinaire. C'est une des initiatives allant vers le développement du concept de bien-être de l'enfant dans une approche globale et multisectorielle. À côté de ces cellules bien-être, de nombreuses initiatives, plus informelles sont déjà initiées soit par les établissements scolaires, soit par les SPSE, les services de santé mentale ou les plannings familiaux et travaillent dans cet esprit en regroupant différents intervenants dans ce domaine.

- 1 SIPES-ULB, Résultats de l'étude HBSC 2010 (à paraître).
- 2 Pour plus d'informations voir le site de l'Observatoire : <http://www.oejaj.cfwb.be/index.php?id=4340>
- 3 Rapport BDMS 2005-2006, Dossier spécial : La prématurité. Évolution de la prématurité de 1994 à 2005.
- 4 Pour plus d'informations sur l'opération cap 48 : <http://www.rtbf.be/cap48/>
- 5 Pour plus d'informations : <http://www.zippy.uqam.ca/>
- 6 Voir la description du dispositif sur le site de l'enseignement de la FWB : [http://www.enseignement.be/index.php?page=23827&do\\_id=9151&do\\_check](http://www.enseignement.be/index.php?page=23827&do_id=9151&do_check)

# 16 Maltraitance

Indicateurs	I	II	III
	<b>Nombre de cas et évolution des principaux types de maltraitance entre 2006 et 2010</b>	<b>Âge des enfants en difficulté ou en danger au début de la première prise en charge</b>	<b>Nombre de cas répertoriés chez les moins de 15 ans</b>
Source/Référence	Rapport annuel de l'ONE 2010 <sup>1</sup>	Aide à la jeunesse : chiffres de 2010 <sup>2</sup>	INSERM 2006
Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>Nombre de cas signalés :</b> 2006 4 795 2010 5 297 (pour un total de 25 093 plaintes de 2006 à 2010) <b>Sexuelle :</b> 2006 1 447 (30,2 %) 2010 1 353 (27,7 %) <b>Physique :</b> 2006 808 (16,9 %) 2010 973 (19,9 %) <b>Psychologique :</b> 2006 280 (5,8 %) 2010 525 (10,7 %) (voir figure 16.1)	Chez les < 1 an 1 135 cas Chez les adolescents de 16 ans 1 187 cas (voir figure 16.2)	
Autre comparaison			<b>France</b> Chez les < de 15 ans en 2006 <sup>3</sup> 13 496 cas

1 ONE Rapport annuel 2010 : <http://www.one.be/index.php?id=rappports-d-activites>.

2 Aide à la jeunesse les chiffres 2010 : Analyse des statistiques de l'Aide à la Jeunesse dans la Fédération Wallonie Bruxelles, <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=3469>

3 INSERM <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/enfants-maltraites.-les-chiffres-et-leur-base-juridique-en-france> (Attention chiffres bruts, taille de la population très différente).

4 Fédération des équipes S.O.S. Enfants : <http://www.federationsosenfants.be/definition.html>

5 Aide à la jeunesse les chiffres 2010 : Analyse des statistiques de l'Aide à la Jeunesse dans la Fédération Wallonie Bruxelles, Novembre 2011, page 61.

## Lecture analytique et principaux enjeux

Les données relatives à la maltraitance sont difficiles à appréhender. Il n'existe pas dans la littérature internationale une seule définition de la maltraitance et celle-ci recouvre des réalités qui peuvent être extrêmement différentes (en fonction de leur fréquence, de leur sévérité, de leur durée, etc.). La Convention Internationale des Droits de l'Enfant définit la maltraitance comme : *«Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.»*<sup>4</sup>

Dans les définitions internationales, la négligence est reprise dans la maltraitance et partant de cette définition, 1/3 des enfants pris en charge par les services d'aide à la jeunesse le sont aussi pour cause de maltraitance<sup>5</sup>. Le décret de la FWB du 12 mai 2004 définit

la maltraitance comme «toute situation de violences physiques, de sévices corporels, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui compromettent le développement physique, psychologique ou affectif de l'enfant ; une attitude ou un comportement maltraitant peuvent être intentionnels ou non»<sup>6</sup>.

Le graphique 16.1 indique que si le nombre de cas de signalements de maltraitements auprès des équipes sos enfants a légèrement augmenté entre 2006 et 2010, il est intéressant de constater que tous les types de signalements n'évoluent pas de la même façon. Sans s'avancer sur les raisons de ces augmentations, pointons l'augmentation continue des signalements de maltraitements psychologiques qui restent cependant moindres que les signalements d'enfants à risque qui évoluent dans des contextes inquiétants ou les signalements de maltraitements physiques. On peut voir deux pics importants en fonction de l'âge de l'enfant. Le premier lors de période postnatale et le second vers le milieu de l'adolescence, sans pouvoir les imputer soit à un effet de diagnostic ou à une réelle augmentation au cours de ces deux périodes.

## Politiques et actions développées

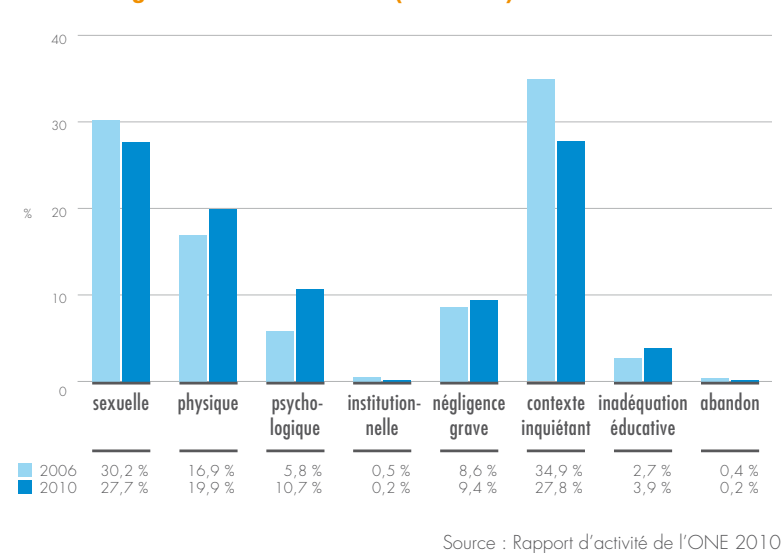
**FWB :** La prévention et la prise en charge de la maltraitance est une compétence communautaire prise en charge par l'ONE, les services d'aide à la jeunesse, les CPMS et les SPSE. L'ONE supervise le travail des équipes SOS Enfants. Ces équipes ont pour mission de prévenir et prendre en charge les victimes de maltraitance physique, psychologique, sexuelle, institutionnelle ou de négligences. Il s'agit d'équipes multidisciplinaires (qui comportent des médecins, psychologues, assistants sociaux et juristes) disponibles gratuitement pour tout public et en toute confidentialité. Il existe 14 équipes postnatales et 3 équipes anténatales.

Yapaka est un programme de prévention de la maltraitance mené par la coordination de l'aide aux victimes de la maltraitance créé en 1998 au sein de la FWB. Ce programme s'adresse aux parents, aux enfants, aux adolescents et aux professionnels. Son site internet<sup>7</sup> comporte des sections spécifiques pour les enfants et les parents. Yapaka rappelle que la maltraitance résulte de situations de souffrance, de fragilité au sein des familles.

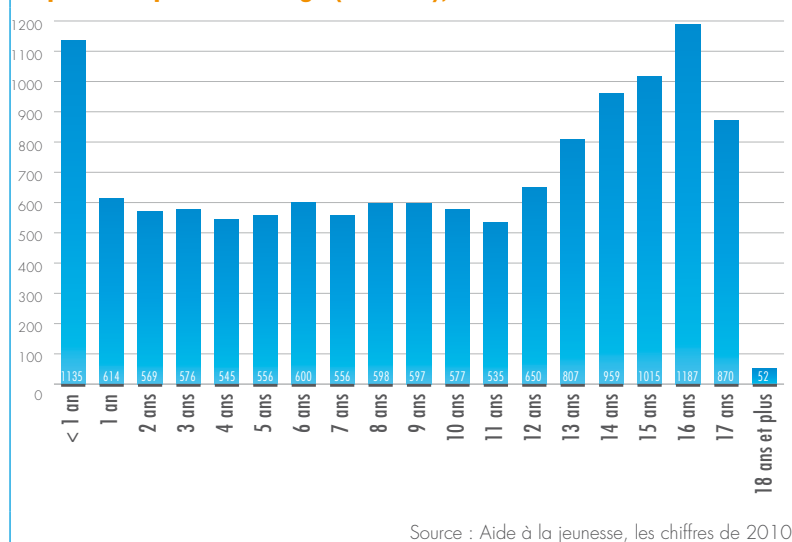
**Wallonie :** Des programmes non spécifiques comme celui de l'aide aux familles permet à des intervenants (aides familiales, assistants sociaux...) de rencontrer les familles chez elles et de pouvoir être attentifs à ce genre de problème. Les plannings familiaux, les centres de soins intégrés sont d'autres lieux grâce auxquels peuvent être détectées des situations de détresse. Les communes, via leur centre public d'aide sociale (CPAS) sont également concernées.

**Autres :** Les services d'aide à la jeunesse sont divisés en deux types : les services d'aide à la jeunesse (SAJ) et les services de protection judiciaire (SPJ). Au cours de l'année 2010, 38 947 jeunes ont été pris en charge au moins un jour par les services (SAJ ou SPJ ou IPPJ),

**Figure 16.1 – Évolution des types de maltraitance entre 2006 et 2010, total des signalements 2006-2010 (n=24 252)**



**Figure 16.2 – Âge des enfants en difficulté ou en danger au début de la première prise en charge (effectifs), 2010**



ils représentent 4 % de la population des jeunes de moins de 18 ans de la Fédération Wallonie-Bruxelles<sup>8</sup>.

## Complémentarités et synergies

Existence de synergies au sein de la FWB entre les différentes Directions Générales (Aide à la Jeunesse, Enseignement et Santé) et la justice au niveau fédéral. Il existe un protocole de collaboration entre l'ONE, les conseillers de l'aide à la jeunesse et les directeurs de l'aide à la jeunesse<sup>9</sup>.

- 6 Plus d'information sur le site de la FWB : <http://www.dgde.cfwb.be/>
- 7 <http://www.yapaka.be/>
- 8 MFWB – Direction générale de l'Aide à Jeunesse SPF Économie et Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE), in : La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres, 2012.
- 9 Le document est disponible sur le site de l'ONE <http://www.one.be/> et <http://www.dsb-spc.be/doc/pdf/protocole-intervention-06.pdf>

## 17

## Cancers de l'enfant

Indicateurs	I
Source/Référence	Fondation Registre du Cancer 2009 <sup>1</sup>
Wallonie	<p><b>N=105 : Garçons</b> (n= 67, dont 34 chez les &lt; 5 ans) :</p> <p>leucémies n= 22</p> <p>tumeurs du cerveau 12</p> <p>tumeurs des yeux et annexes 5</p> <p><b>Filles</b> (n=38, dont 26 chez les &lt; 5 ans) :</p> <p>leucémies 9</p> <p>tumeurs du cerveau 10</p> <p>maladies de Hodgkin 3</p>
Région Bruxelloise	<p><b>N=36 : Garçons</b> (n=21, dont 13 chez les &lt; 5 ans) :</p> <p>leucémies 7</p> <p><b>Filles</b> (n=15, dont 4 chez les &lt; 5 ans) :</p> <p>leucémies 3</p> <p>tumeurs du cerveau 3</p> <p>lymphomes (non-hodgkiniens) 3</p>
Autres comparaisons	<p><b>Belgique</b></p> <p><b>N=288 : Garçons</b> (n=172, dont 81 chez les &lt; 5 ans) :</p> <p>leucémies 42</p> <p>tumeurs du cerveau 28</p> <p>tumeurs des yeux et annexes 12</p> <p><b>Filles</b> (n=116, dont 52 chez les &lt; 5 ans) :</p> <p>leucémies 29</p> <p>tumeurs du cerveau 24</p> <p>lymphomes (non-hodgkiniens) 8</p>

**Wallonie :** La Wallonie est impliquée dans le soutien lorsqu'un cancer survient. Par exemple, les services de santé mentale peuvent être impliqués dans l'accompagnement psychologique des jeunes patients ou de leurs parents. La Wallonie<sup>3</sup> exerce par ailleurs en matière de soins un rôle dans le soutien à la coordination et à la concertation de structures impliquées au domicile des jeunes patients : coordinations des soins à domicile, des plateformes de soins palliatifs. La Wallonie subventionne la Fédération wallonne de soins palliatifs, asbl de concertation, formation, information des professionnels, dialogue avec d'autres instances ou projets comme par exemple le centre du cancer, etc. Il existe au sein de cette asbl un groupe de travail «enfant et cancer», des brochures destinées aux enfants et à leurs parents ont été éditées et largement diffusées<sup>4</sup>. Enfin, la qualité des soins hospitaliers est une préoccupation importante du service des inspections des hôpitaux. Le soutien aux aidants proches des enfants cancéreux est également crucial : leurs aidants proches sont souvent jeunes eux aussi et extraits de la vie active pendant la durée de la maladie. Il existe des associations de soutien aux aidants proches.

### Complémentarités et synergies

L'organisation de l'enseignement de type 5 représente une synergie entre la FWB et la Wallonie, il permet aux enfants malades (pour des pathologies lourdes comme le cancer, mais pas uniquement) de poursuivre leur scolarité. Les cours se déroulent en hospitalisation classique ou en hôpital de jour. Les synergies entre la Région et le Fédéral sont également cruciales pour la qualité des soins offerts. Enfin, tous les niveaux de pouvoirs contribuent au financement de la Fondation Registre du cancer. Ce registre ne vise pas seulement à compter les nouveaux cas de cancer avec rigueur et précision mais réalise aussi des études afin de mieux comprendre et mieux prendre en charge ces derniers. Cette partie de l'outil semble relativement peu sollicitée par des instances du sud du pays.

- 1 Fondation Registre du Cancer : <http://www.registreducancer.org/default.aspx?Pageld=344>
- 2 Informations et brochure disponibles sur le site : [www.palou.be](http://www.palou.be)
- 3 <http://socialsante.wallonie.be>
- 4 [www.soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be)

### Lecture analytique et principaux enjeux

Les cancers observés chez l'enfant sont différents de ceux que l'on peut rencontrer chez l'adulte. Les principales localisations des cancers de l'adulte sont les suivantes : pulmonaire, sein et organes génitaux féminins, tube digestif et peau. Ces cancers ne se retrouvent que très rarement chez l'enfant. Les principales tumeurs observées chez l'enfant sont les leucémies et les tumeurs du cerveau.

### Politiques et actions développées

**Belgique :** C'est l'INAMI qui couvre la prise en charge des enfants cancéreux. Ils sont pris en charge dans 7 centres majoritairement universitaires en Belgique.

**FWB :** La prévention des cancers constitue une priorité du Plan quinquennal de la FWB. La prévention du mélanome fait l'objet en particulier d'une campagne «Palou, le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil»<sup>2</sup>.

## 18

## Enfant porteur d'un handicap

Indicateurs	I	II
Source/Référence	Allocations familiales majorées (nombre de bénéficiaires de moins de 21 ans recevant une allocation familiale majorée <sup>1</sup> ) Communiqué semestriel de l'ONAFST <sup>2</sup>	Nombre d'enfants dans l'enseignement spécialisé en Belgique francophone en maternel et primaire Administration générale de l'enseignement et de la recherche : Enseignement en Chiffres 2008-2009 (Etnic) <sup>3</sup>
Fédération Wallonie-Bruxelles		Maternel : 958 enfants (0,53 % de l'ensemble des inscrits en enseignement maternel) Primaire : 15 389 enfants (4,78 % de l'ensemble des inscrits en primaire)
Autres comparaisons	Belgique 2011 : 39 867 bénéficiaires d'allocations majorées (sur un total de 2 199 444 bénéficiaires des allocations familiales, soit 1,8 %)	

## Lecture analytique et principaux enjeux

Tous les enfants fréquentant l'enseignement spécialisé ne sont pas porteurs d'un handicap, et à l'inverse, l'enseignement non spécialisé accueille des enfants handicapés. Cet indicateur n'est donc pas idéal pour rendre compte de cette réalité, mais peu sont disponibles. Il est difficile de produire des indicateurs généraux sur la situation des enfants porteurs de handicap. En effet, les situations personnelles sont fortement influencées par le type, la gravité du handicap et la situation familiale et environnementale. L'enjeu principal est donc de faire connaître aux parents les différents outils et services mis à leur disposition. Un dossier relatif à la législation en faveur des personnes handicapées est disponible sur le site du Service Public Fédéral Sécurité Sociale, Direction générale des personnes Handicapées<sup>4</sup>.

## Politiques et actions développées

**Belgique** : le niveau Fédéral propose de nombreuses allocations supplémentaires pour les personnes porteuses d'un handicap via le SPF Sécurité sociale, la Direction générale Personnes handicapées. Pour les enfants (entre de 0-21 ans), des allocations familiales majorées sont octroyées aux familles<sup>5</sup>. Il s'agit donc d'aides financières générales octroyées à toute personne concernée tant pour les enfants que pour les adultes.

**FWB** : la prise en charge et les politiques concernant les personnes porteuses d'un handicap sont du ressort du niveau Fédéral mais gérée également au niveau régional car il s'agit

d'une matière personnalisable<sup>6</sup>. L'ADEPS propose des subventions pour l'achat de matériel sportif (y compris adapté) ou lors de l'organisation de stages sportifs<sup>7</sup>. En ce qui concerne la scolarité, le Conseil Supérieur de l'enseignement spécialisé-intégration scolaire encadre des projets de partenariat entre l'enseignement spécial et l'enseignement ordinaire (Décret du 3 mars 2004, modifié le 5 février 2009)<sup>8</sup>.

**Wallonie** : l'AWIPH<sup>9</sup> (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées) est l'organisme de référence. De nombreuses aides sont fournies aux enfants porteurs de handicap et à leurs parents. Il s'agit non seulement de proposer des solutions pratiques aux problèmes rencontrés par les familles mais également d'intégrer les demandes et besoins spécifiques de ces personnes dans le développement des politiques régionales<sup>10</sup>.

## Complémentarités et synergies

Plusieurs synergies existent dans le domaine des enfants porteurs d'un handicap. Premièrement, un partenariat a été établi entre l'ONE, PHARE (l'administration bruxelloise de l'aide aux personnes handicapées) et l'AWIPH. La Fédération Wallonie-Bruxelles et les Régions collaborent également au niveau de l'orientation des personnes vers les différents services. Il manque encore probablement une harmonisation des catégorisations des types de handicap entre niveau fédéral (pour les allocations), le niveau communautaire (pour l'enseignement spécialisé) et le niveau régional (pour des aides financières).

- 1 Indique le nombre d'enfants recevant des allocations familiales majorées car atteints d'une affection (ici uniquement chez les familles de travailleurs salariés)
- 2 Voir <http://www.onafst.be/Fr/Documentation/Publication/Statistics/CommuniqueSemestriel-144.pdf> page 40.
- 3 Voir sur le site de la FWB : <http://www.statistiques.cfwb.be/index.php?id=510>
- 4 Les mesures pour les personnes handicapées en un clin d'œil, disponible sur le site : [http://www.handicap.fgov.be/docs/voordelen\\_vogelvlucht\\_handicap\\_fr.pdf](http://www.handicap.fgov.be/docs/voordelen_vogelvlucht_handicap_fr.pdf)
- 5 Pour plus d'informations sur les barèmes voir le site de l'ONAFST : <http://onafst.fgov.be/Fr/Handicaped/howmuch.php>
- 6 Site de la FWB sur le handicap : <http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?id=554>
- 7 Voir le site de l'ADEPS pour plus d'informations : <http://www.adeps.be/index.asp?m=page&i=757>
- 8 Voir le site de la FWB, DG enseignement : <http://www.enseignement.be/>
- 9 Site de l'AWIPH : <http://www.awiph.be/>
- 10 Pour plus d'informations sur les objectifs de l'AWIPH : [http://www.awiph.be/AWIPH/missions\\_fonctionnement/contrat\\_gestion/contrat+gestion.html](http://www.awiph.be/AWIPH/missions_fonctionnement/contrat_gestion/contrat+gestion.html)

# 19 Mortalité

Indicateurs	I	II	III
	<b>Décès par groupe d'âge des enfants de 0-14 ans (nombre d'événements)</b>	<b>Premières causes de décès chez les enfants de 0-12 ans</b>	<b>Part des décès non-naturels (mortalité accidentelle) sur l'ensemble des décès</b>
Source/Référence	ISP SPMA 2008 (données de droit)	Wallonie : DG Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles (données de fait) Région Bruxelloise : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles (données de fait)	Belgique : SPF Économie PME Classes Moyennes et Énergie <sup>1</sup>
Wallonie	<b>Total : 178 décès</b> < 1 an n= 124 1-4 ans 22 5-9 ans 15 10-14 ans 17	<b>2010</b> < 1 an : affections dans la période périnatale et malformations congénitales 1-4 ans : causes externes 5-9 ans : causes externes 10-12 ans : causes externes	<b>2010</b> < 1 an 3 % 1-4 ans 39 % 5-9 ans 43 % 10-12 ans 50 %
Région Bruxelloise	<b>Total : 108 décès</b> < 1 an n= 85 1-4 ans 8 5-9 ans 9 10-14 ans 6	<b>2009</b> < 1 an : affections dans la période périnatale et malformations congénitales 1-4 ans : causes externes et malformations congénitales 5-9 ans : tumeurs 10-12 ans : tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire	<b>2009</b> < 1 an 2 % 1-4 ans 35 % 5-9 ans 8 % 10-12 ans 7 %
Autres comparaisons	<b>Belgique</b> <b>Total : 687 décès</b> < 1 an n= 487 1-4 ans 86 5-9 ans 55 10-14 ans 59	<b>Belgique 2008</b> < 5 ans : malformations ou anomalies congénitales 5-9 ans : causes externes et tumeurs 10-14 ans : causes externes et tumeurs	<b>Belgique 2008</b> décès < 5 ans 8 % décès 5-9 ans 31 % décès 10-14 ans 56 %

## Lecture analytique et principaux enjeux

Comme pour les données de naissance, la lecture des données de mortalité appelle à quelques précautions d'usage en ce qui concerne la source et l'interprétation des données présentées. S'il s'agit de données ayant trait au lieu de l'accident ou de l'événement, il est évident que les comparaisons par Région ont des limites (des enfants domiciliés en FWB peuvent décéder en Région Bruxelloise comme en Flandre). Le choix a donc été fait de ne présenter que les données les plus «comparables» possibles ainsi que les plus récentes, dans la limite de leur disponibilité. Il ne faut pas non plus perdre de vue que les données relatives aux décès

dans une population d'enfants couvrent aussi de petits chiffres absolus, rendant hasardeuses les comparaisons de proportions entre Régions. Lorsque l'on s'intéresse à l'évolution au cours du temps, on peut voir une diminution de la mortalité dans presque toutes les catégories de causes entre 1998 et 2008. De plus, on observe une diminution en 10 ans de près de 50 % de la mortalité pour les classes d'âge supérieures à 5 ans.

Chez les petits de moins d'un an, les causes externes de décès sont attribuables essentiellement à l'ingestion d'aliments, l'inhalation ou l'obstruction des voies respiratoires. Chez les 1-4 ans et les 5-9 ans,

ce sont surtout les accidents de transport et les noyades, et à nouveau les accidents de transport chez les 10-12 ans. Ces chiffres montrent que même si les mesures liées à la sécurité routière ou aux activités de loisirs comme les normes et consignes de sécurité pour les baignades se sont améliorées, il reste encore des progrès à accomplir.

Comme pour la plupart des indicateurs de santé étudiés, un gradient social est manifeste en ce qui concerne les accidents domestiques<sup>2</sup>. Ils sont aussi étroitement liés à la qualité de l'environnement et aux possibilités matérielles de sécuriser le logement. Cependant, peu de données actualisées existent en Belgique : la Belgique ne participe plus au recueil EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System)<sup>3,4</sup>.

## Politiques et actions développées

C'est par la mise en place d'un système de santé efficient, de politiques et de législations concertées et adaptées que la prévention de la mortalité chez les enfants pourra être un objectif atteignable et réaliste.

**FWB :** Une politique de prévention de la mort subite du nourrisson est développée par l'ONE (voir carte «autour de la naissance») et des projets de prévention des traumatismes et promotion de la sécurité<sup>5</sup> sont soutenus par la Fédération. La prévention des traumatismes et des accidents représente une priorité du Plan quinquennal de la FWB.

**Wallonie :** L'aménagement du territoire, des infrastructures routières (comme les feux de signalisation aux passages pour piétons), l'aménagement de plaines de jeux et de parcs entre dans la compétence de la Wallonie et constitue une politique visant à prévenir les décès accidentels.

## Complémentarités et synergies

Certaines communes ont testé / testent en phase pilote la distribution de trousse de prévention des accidents domestiques. Plus de détails sur cette initiative peuvent être trouvés sur le site de l'asbl Éduca Santé<sup>3,5</sup>.

La collecte, le traitement et la publication des données d'état civil, et ici particulièrement les données de mortalité, suivent des flux de transferts différents selon les entités. La lisibilité et l'interprétation de ces données seraient plus aisées si elles suivaient un flux unique, d'autant plus que le territoire concerné est relativement restreint.

- 1 SPF Économie PME Classes Moyennes et Énergie, Direction générale Statistique et Information économique
- 2 Voir le dossier thématique consacré à ce sujet et réalisé par l'asbl Cultures et Santé : Focus Santé n°1, novembre 2011.
- 3 Bantuelle M., Sznajder M., Van Bastelaer M.C. Prévention des traumatismes survenant chez des jeunes enfants Évaluation d'un processus d'implantation d'une trousse de sécurité, Éducation Santé, n°191, 2004.
- 4 Rogmans W. Les accidents domestiques et de loisir des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union Européenne : défis pour demain. Santé Publique 2000 ; 12(3):283-298.
- 5 Voir le site d'Éduca Santé : <http://www.educasante.org/>



# Conclusion

**C**omme nous l'avons vu au travers des différentes thématiques abordées dans ce cahier, il existe de nombreuses politiques et actions menées concernant les enfants, que ce soit de la part de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région Bruxelloise ou de la Wallonie (Dépistages, Vaccination, Services d'aide à la jeunesse, ONE, Intégration personnes atteintes d'un handicap, Agriculture de Qualité, etc.). Cependant il y a encore trop peu de synergies ou d'actions conjointes entre les entités. Cette tendance semble néanmoins évoluer positivement pour toute une série d'aspects touchant de près ou de loin à la santé de l'enfant. De plus en plus d'initiatives communes voient le jour, il s'agit d'une tendance générale à coordonner et communiquer l'information qui influencera positivement les décideurs à davantage d'efficacité dans les actions et les entreprises communes<sup>1</sup>. On assiste également à davantage de facilitation dans le flux de données au niveau fédéral (comme la plateforme e-Health), permettant éventuellement le chaînage individuel, et on peut espérer que le même type de système d'information sanitaire se développe en ce qui concerne d'autres entités.

Ce sont parfois des initiatives locales, qui après un certain temps remontent réellement au niveau du pouvoir politique tel que nous avons pu le constater au travers des entretiens. On observe que sur le terrain de nombreuses collaborations existent déjà. Toutefois ces coopérations sont surtout le fruit de la motivation et du réseau des acteurs de terrain. Elles seront donc tout à fait contingentes aux secteurs concernés et seront fonction des ressources qui y sont disponibles. Au travers des différents entretiens menés auprès des spécialistes, une tendance

dominante se dégage sur la thématique générale de l'enfance : c'est un sujet sensible qui touche à l'affectif de l'individu, les personnes rencontrées ont tendance à s'investir particulièrement afin d'offrir les meilleurs services possibles.

C'est un exercice difficile que d'aborder une thématique aussi large que celle de la santé des enfants en un nombre restreint de pages. De nombreux sujets, événements, actions et politiques n'ont pas pu être évoqués dans ce cahier. De plus, il existe beaucoup d'initiatives locales et/ou privées, qui n'auront probablement pas été signalées ; on pense par exemple particulièrement aux initiatives locales des communes (qui varient en fonction de la volonté politique et des ressources mises à disposition).

Une remarque générale par rapport à l'accessibilité aux sources de données doit encore être faite. En effet, à part pour les nourrissons et la petite enfance pour lesquelles les données de l'ONE sont facilement disponibles, tout en n'étant ni exhaustives ou représentatives de l'ensemble de la population des enfants, il n'y a que peu, voire pas de collectes de données en routine sur la santé spécifiquement des enfants et en particulier celle des enfants de 3 à 12 ans. Les données HBSC ont les limites particulières à toutes les informations auto-déclarées. Les données des SPSE sont disponibles mais souffrent encore d'un manque (absence) de standardisation. De nombreux écrits sont disponibles pour les adolescents, mais en ce qui concerne les enfants plus jeunes, il y a des lacunes. La base de données informatique des vaccinations, mais aussi l'amélioration de la base de données médicales scolaires sont des pistes à exploiter pour le futur.

1. Voir à ce titre le Plan d'Action Droit de l'Enfant.

# Colophon

## Auteurs

Isabelle GODIN (ESP-ULB)  
Clément BRASSEUR (ESP-ULB)  
Yves COPPIETERS (ESP-ULB)

## Comité d'accompagnement

Malvina GOVAERT (OEJAJ)  
Annalisa TANCREDI (DG FWB)  
Véronique TELLIER (OWS-DGO5-SPW)  
Annick VANDENHOOF (OWS-IWEPS).

## Experts

Nous voudrions également spécialement remercier les différents experts interrogés pour l'aide substantielle dans la production de données et d'informations :

Gaëlle AMERIJCKX (ESP-ULB)  
Anouck BILLIET (OWS-DGO5-SPW)  
Francis BRANCART (DGO3-SPW)  
Pascale DECANT (ESP-ULB)  
Murielle DEGUERRY (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles)  
Myriam DE SPIEGELAERE (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles)  
Christine DEVALCK (HUDERF)  
Claire DEVRIENDT GOLDMAN (pédopsychiatre-psychanalyste)  
Michel DEVRIESE (Société de Médecine dentaire)  
Philippe GOYENS (Huderf)  
Fabienne HENRY (SPSE)  
Perrine HUMBLET (ESP-ULB)  
Alain LEVÉQUE (ESP-ULB)  
Céline MAHIEU (ESP-ULB)  
Marie-Christine MAUROY (ONE)  
Déogratias MAZINA (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles)  
Marie MOZIN (Huderf)  
Emmanuelle ROBERT (Provac-ULB)  
Béatrice SWENNEN (Provac-ULB)  
Christine VERELLEN (Institut de Pathologie et de Génétique)  
Bénédicte VOS (ESP-ULB)

## Relecture

Étienne ROUARD (IWEPS)

## Veillez citer ce document de la façon suivante :

Godin I., Brasseur C., Coppieters Y., Synergies en santé : 1. Cahier enfance. Synergies statistiques Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles, Novembre 2012.

## Maquette

Polygraph' – www.polygraph.be

## Mise en page

Nathalie DA COSTA MAYA (CDCS asbl)

## Impression

Imprimerie AZ Print, Grace-Hollogne

## Éditeur responsable

Sébastien BRUNET, IWEPS,  
Route de Louvain-la-Neuve 2  
5001 Belgrade

## Dépôt légal

D/2012/10158/4

## Où se procurer ce document

IWEPS  
Route de Louvain-la-Neuve 2  
5001 Belgrade  
Tél.: 081 46 84 11



## COORDONNÉES DES PARTENAIRES

---



**Université Libre de Bruxelles**  
École de Santé Publique  
Route de Lennik, 808 – 1070 Bruxelles  
igodin@ulb.ac.be  
www.ulb.ac.be



**Observatoire wallon de la Santé**  
Direction Générale des Pouvoirs locaux,  
de l'Action sociale et de la Santé  
Avenue Gouverneur Bovesse, 100 – 5100 Jambes  
observatoire.sante@spw.wallonie.be  
<http://socialsante.wallonie.be>



**Fédération Wallonie-Bruxelles**  
Direction Générale de la Santé  
Boulevard Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles  
donnees.sante@cfwb.be  
www.sante.cfwb.be

