



## 2. ENFANCE

1. BUDGET .....	84
2. PUBLICS ET ACTIONS DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES .....	86
A) Les enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles .....	86
1. Les enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles .....	86
2. Les mères .....	87
B) Accompagnement et suivi médical .....	91
1. Suivi de la grossesse lors des consultations prénatales (CPN) .....	91
2. Suivi des enfants .....	94
3. La santé chez les enfants .....	96
4. La vaccination .....	104
5. Enfance maltraitée.....	106
6. Personnels des consultations ONE.....	108
C) Les missions d'accueil.....	110
1. De 0 à 3 ans .....	110
2. De 3 à 12 ans .....	112
3. Fonds d'équipement et de services collectifs (FESC) transféré à l'ONE .....	116
4. Accueil spécialisé de la petite enfance .....	117

Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est un organisme d'intérêt public de type B [c'est-à-dire dirigé par un conseil d'administration et disposant d'une autonomie de gestion] depuis le décret de la Communauté française du 17/07/2002 portant réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. L'ONE poursuit deux grandes missions de service public :

- l'accompagnement de l'enfant dans son milieu familial et son environnement social. Cette mission se traduit par l'organisation de consultations prénatales, de consultations pour enfants, d'un accompagnement à domicile, du suivi des équipes SOS Enfants conventionnées par l'Office, ainsi que l'organisation d'ONE adoption ;
- l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial. Dans ce cadre, l'ONE agréée, subventionnée, crée ou gère des institutions et des services, leur fournit de l'aide et des conseils, et les contrôle.

D'autres missions transversales lui sont également assignées : le soutien à la parentalité, l'éducation à la santé, l'information des parents et des futurs parents, la formation et l'accompagnement des acteurs de terrain...

Ces missions sont exercées selon les orientations et modalités définies par le décret de 2002 ainsi que par les contrats de gestion conclus entre le Conseil d'Administration de l'ONE et le Gouvernement :

- un premier contrat de gestion a été signé le 28 février 2003 et portait sur les années 2003-2005 ;
- un deuxième contrat de gestion a été signé en 2008. Portant ses effets jusqu'en 2012, il avait pour objet de rencontrer encore mieux les besoins des enfants, des futurs parents et des parents, notamment en concrétisant les droits des enfants consacrés par la Convention internationale des Droits de l'Enfant [20 novembre 1989] ;
- un troisième contrat de gestion porte sur les années 2013 à 2018. Ce dernier place notamment le soutien aux publics en situation de vulnérabilité comme prioritaire (voir ci-dessous).

Les priorités du contrat de gestion actuel sont les suivantes :

- le soutien aux publics en situation de vulnérabilité :
  - application du refinancement des Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (SASPE) ;
  - soutien aux haltes-accueil et aux lieux de rencontres Parents-Enfants ;
  - développement du secteur des équipes SOS Enfants ;
  - projet « inclusions » ;
  - soutien à la parentalité ;
  - projet mère-enfant en prison.
- le développement de l'offre des missions « accompagnement » :
  - réforme des consultations prénatales ;
  - revalorisation des honoraires des médecins.
- le développement de l'offre des missions « accueil » :
  - mise en œuvre du plan Cigogne III ;
  - développement et soutien de l'accueil temps libre (ATL), des écoles de devoirs et des centres de vacances ;
  - soutien aux services d'accueillantes.
- le soutien aux missions de l'ONE : mise en œuvre d'un plan stratégique du système d'information et développement informatique.

Avec ce troisième contrat de gestion, le Gouvernement et le Conseil d'Administration de l'ONE réaffirment leur volonté de confirmer et de renforcer l'Office de la Naissance et de l'Enfance comme organisme de référence au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la [future] mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité.

Dans la foulée de la sixième réforme de l'État qui accorde plus d'autonomie et de responsabilités aux communautés et aux régions, l'ONE s'est vu confier de nouvelles compétences en 2015. Désormais, la majorité des compétences relatives au suivi préventif de la santé des enfants et des politiques d'accueil touchant tous les enfants, a été regroupée au sein de l'ONE. Outre une meilleure continuité dans les actions à mener au bénéfice des enfants, ces nouvelles matières permettront notamment à l'ONE d'approfondir les synergies existantes avec le monde de l'enseignement.

### 2016 : Vers de nouveaux horizons académiques...

Afin d'améliorer la qualité des services offerts au public et veiller à apporter des réponses aux préoccupations des professionnels de terrain, l'ONE développe depuis de nombreuses années des recherches prospectives dans le champ de ses missions. Cette source d'informations précieuses vise à orienter l'ONE dans ses choix et modalités d'actions.

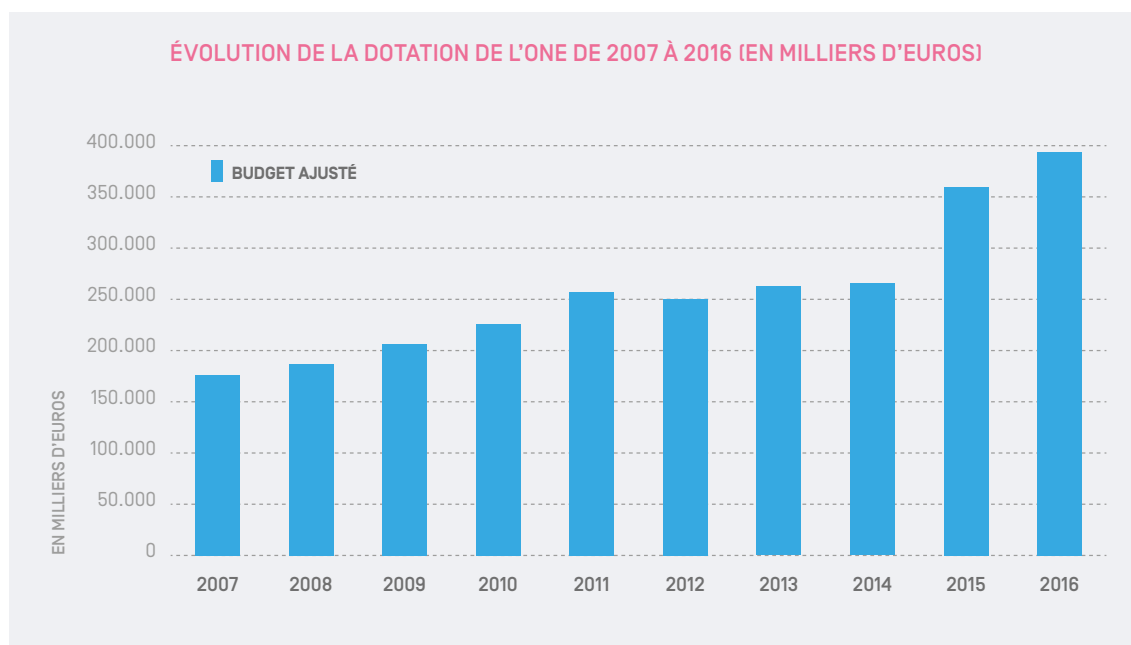
Parmi les principales sources de questionnement en 2016, il y a tout d'abord l'impact du raccourcissement du séjour en maternité pour les nouvelles accouchées. Cette mesure d'économie prise par le Gouvernement fédéral, nécessite de comprendre les différents mécanismes de collaboration et d'envisager de nouvelles modalités de prise en charge du retour précoce de la maternité pour l'ensemble des acteurs du réseau périnatal.

L'adaptation du Carnet de la mère [carnet de bord de la grossesse], la mise en place de l'enquête auprès des usagers et non usagers de nos services - qui participera au grand débat public des états généraux de l'enfance en 2017 - ou encore la recherche sur l'identité professionnelle des TMS, ont été quelques autres sujets qui ont occupés l'ONE durant l'année écoulée.

Mais 2016 constitue aussi un moment phare pour l'ONE puisque ce processus réflexif a été accentué en nouant, avec les six universités francophones du pays, un partenariat inédit visant à susciter au sein même des acteurs académiques, des projets autour de l'Enfance : le dispositif ONE Academy. Ce partenariat a pour mission de faire naître des projets communs entre les équipes de terrain et les équipes de recherches, d'allier la dynamique des universités à celle de l'ONE et de promouvoir une approche novatrice interdisciplinaire et interuniversitaire au bénéfice de l'enfant et sa famille.

## 1. BUDGET

### • ÉVOLUTION DE LA DOTATION DE L'ONE

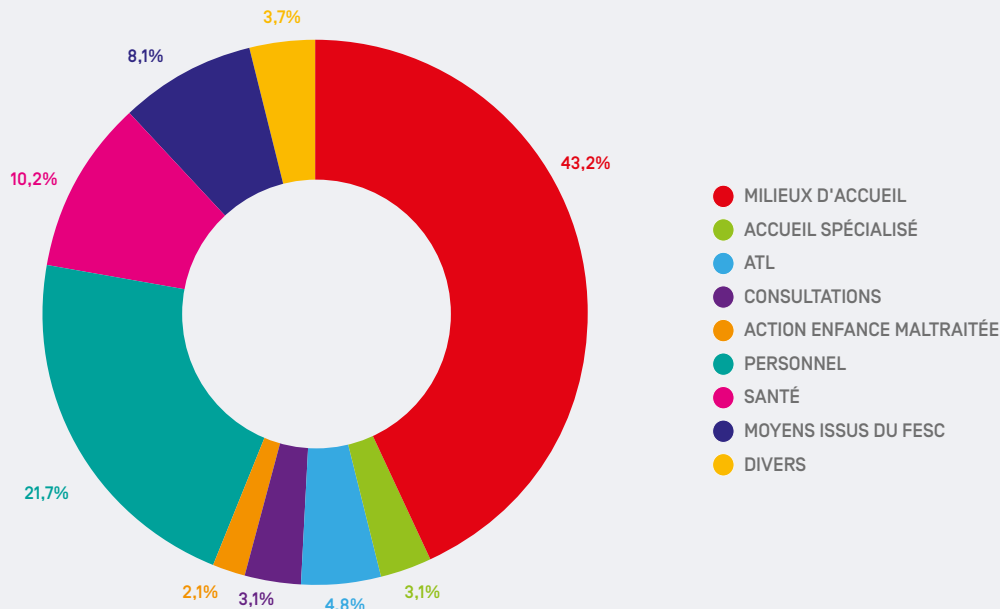


Le budget de l'ONE, qui s'élevait à quelques 265 millions d'euros en 2014, a augmenté de plus d'un tiers de son montant, pour atteindre en 2016 la somme de 393 millions d'euros. Cette augmentation fait suite aux transferts des compétences relatives au suivi préventif de la santé des enfants et des politiques d'accueil touchant tous les enfants. Outre une meilleure continuité dans les actions à mener au bénéfice de ces derniers, ces nouvelles matières permettront notamment à l'ONE d'approfondir les synergies existantes avec le monde de l'enseignement.

Source(s) :  
• ONE  
Calcul(s) : ONE

## • RÉPARTITION DES DÉPENSES DU BUDGET ORDINAIRE

RÉPARTITION DES DÉPENSES DU BUDGET ORDINAIRE DE L'ONE EN % PAR SECTEUR POUR L'ANNÉE 2016



### NOTE(S) :

- Milieux d'accueil : crèches, préguardiennats, maisons d'enfants, services d'accueillantes...
- Accueil spécialisé : services d'accueil de crise (anciennes pouponnières).
- ATL : accueil temps libre, c'est-à-dire les centres de vacances, les écoles de devoirs, l'accueil extrascolaire...
- Consultations : consultations prénatales, pour enfants, cars sanitaires...
- Actions enfance maltraitée : équipes SOS enfants.
- Personnel : personnel de terrain (travailleurs médico-sociaux...) et personnel administratif.
- Santé : politique de vaccination, programmes de santé préventive prioritaires, santé scolaire (PSE).
- Moyens issus du FESC (Fonds d'équipement et de services collectifs) : financement de services d'accueil d'enfants malades, d'accueil flexible, d'accueil d'urgence, d'accueil extrascolaire.
- Divers : formation continue du personnel des milieux d'accueil, lieux de rencontre Enfants Parents, éveil culturel, intervention accueil, recherches et développement...

Le graphique présente les principales rubriques de dépenses pour l'année 2016 selon leur nature et la part qu'elles représentent dans le budget ordinaire. Cette présentation schématique fournit une vue concrète desdites dépenses.

Les subventions aux milieux d'accueil occupent une place particulière avec 43,2% des dépenses totales. L'accueil temps libre, qui recouvre les centres de vacances, les écoles de devoirs et l'extrascolaire, représente 4,8% du budget et les moyens issus du FESC, 8,1%.

Le suivi préventif de la santé des enfants représente quant à lui 10,2% du budget.

Les subventions aux consultations s'élèvent à 3,1% du total. Ce montant couvre essentiellement les honoraires médicaux et les loyers ainsi que les autres frais de fonctionnement des consultations.

Pour avoir une idée plus correcte des dépenses consacrées à ce secteur, il faut ajouter les dépenses du personnel TMS [travailleur médico-social] mis à la disposition des consultations, dépenses qui sont intégrées dans la rubrique « personnel ». Cette rubrique représente un peu moins d'un quart des dépenses [21,7%], mais recouvre tant le personnel de terrain, qui est largement majoritaire, que le personnel administratif.



Source(s) :

- ONE
- Calcul(s) : ONE

## 2. PUBLICS ET ACTIONS DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

### A) LES ENFANTS EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

#### 1. LES ENFANTS EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

##### • NOMBRE DE NAISSANCES

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES ET DU NOMBRE D'ENFANTS  
EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2007 À 2017

	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution sur 10 ans	
									Nombre	en %
<b>Nombre de naissances au cours de l'année écoulée</b>	52.737	56.462	55.768	55.885	54.810	54.606	53.554	52.618	-119	-0,2
<b>Nombre d'enfants :</b>										
de 0 à 2 ans	158.727	169.019	169.858	169.693	167.012	165.509	163.366	160.987	2.260	+1,4
de 3 à 12 ans	510.460	533.196	540.184	546.108	548.168	551.644	556.695	558.999	48.539	+9,5
<b>de 0 à 12 ans</b>	<b>669.187</b>	<b>702.215</b>	<b>710.042</b>	<b>715.801</b>	<b>715.180</b>	<b>717.153</b>	<b>720.061</b>	<b>719.986</b>	<b>50.799</b>	<b>+7,6</b>

##### Note(s) :

- Calcul : les nombres de naissances/d'enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles sont calculés en additionnant le nombre de naissances/d'enfants en Wallonie (duquel on soustrait les naissances dans les 9 communes de la Communauté germanophone) et 90% des naissances/enfants en Région de Bruxelles-Capitale.
- Les données utilisées pour calculer le nombre de naissances proviennent des fichiers « Mouvements » du Registre National. Sont comptabilisées les naissances ayant eu lieu au cours de l'année écoulée, c'est-à-dire entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'année t-1.
- Concernant le nombre d'enfants, les tranches d'âge considérées se calquent sur celles qui correspondent aux axes des politiques menées par l'ONE : les enfants de 0 à moins de 3 ans (les 0-2 ans) et les enfants de 3 à moins de 13 ans (les 3-12 ans).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le nombre de naissances comptabilisées en Fédération Wallonie-Bruxelles au cours des 12 mois précédents est estimé à 52.618. Sur la dernière décennie, le nombre de naissances annuel a régulièrement augmenté jusqu'en 2013, pour diminuer ensuite. Le nombre de naissances comptabilisées au cours des 12 mois précédant le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est ainsi virtuellement identique au nombre de naissances au cours des 12 mois précédant le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

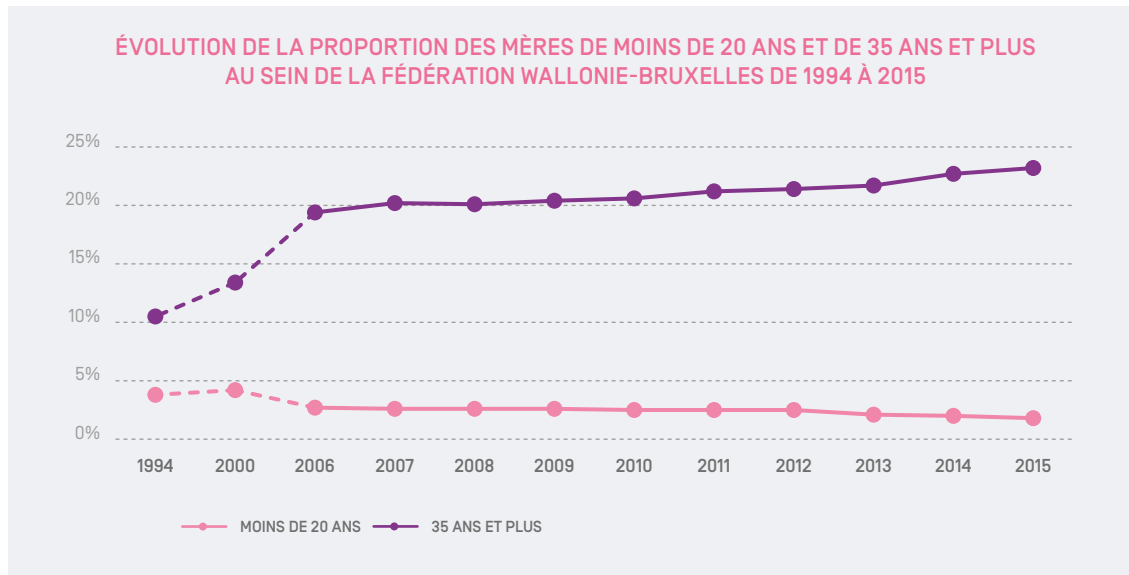
Selon les dernières données disponibles (au 1<sup>er</sup> janvier 2017), le nombre d'enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles peut être estimé, selon le même mode de calcul que précédemment, à 719.986 enfants de 0 à 12 ans, dont 160.987 (22,4%) sont âgés de 0 à moins de 3 ans et 558.999 (77,6%) sont âgés de 3 à 12 ans. Le nombre d'enfants a connu une augmentation de 7,6% au cours des 10 dernières années.

▲  
**Source(s) :**  
• SPF Économie –  
Direction Générale  
Statistique –  
Statistics Belgium  
• Calcul(s) : IWEPS  
• Base de données :  
Registre National

## 2. LES MÈRES

### a. Population des mères en Fédération Wallonie-Bruxelles

#### • ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MÈRES DE MOINS DE 20 ANS ET DE 35 ANS ET PLUS EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



#### Source(s) :

- ONE ; Banque de données médico-sociales (BDMS) - « avis de naissance » 1994-2015
- Calcul(s) : ONE

L'analyse de l'évolution de la proportion des mères de moins de 20 ans montre que, depuis 2015, ce pourcentage est passé en dessous de la barre symbolique des 2% de mères, avec moins de 1.000 femmes de moins de 20 ans ayant accouché. Sur toute la période décrite (1994 à 2015), une nette diminution des mères de cette catégorie d'âge est observée entre 2000 et 2006. Ensuite, cette proportion est restée relativement stable jusqu'à 2012 pour de nouveau légèrement diminuer par la suite. Par contre, durant ces deux décennies, la proportion des mères âgées de 35 ans et plus est en constante augmentation, passant de 10,5% en 1994 à 23,2% en 2015.

La proportion des mères âgées de moins de 18 ans a également diminué depuis 2012, passant de 0,7% à 0,4% (de 365 à 226 jeunes mères). Plus globalement, ces évolutions illustrent un léger recul de l'âge médian des mères qui se situe à 30 ans et 6 mois environ en 2015. L'âge médian de la mère à l'accouchement, toute parité confondue, était de 30 ans en 2008<sup>1</sup>.

Les données relatives à l'accouchement ici décrites ne doivent pas faire fi des questions liées à la grossesse. Les grossesses n'aboutissent pas toujours à un accouchement et le nombre de femmes enceintes reste très difficile à estimer pour de nombreuses raisons. Les fausses couches restent fréquentes, les difficultés persistent à définir une grossesse, notamment du fait des différences entre le juridique et le médical.

Le nombre d'IVG (Interruptions volontaires de la grossesse) est également à prendre en considération dans les questions liées à la grossesse. La proportion des femmes plus jeunes est plus importante sur base des données relatives aux IVG rapportées par la Commission d'évaluation de la loi du 03 avril 1990. Environ 20.000 IVG sont effectuées chaque année en Belgique, les jeunes femmes de moins de 20 ans représentent environ 13% de ces interventions.

[1] Voir Rapport BDMS 2010 : [http://www.one.be/uploads/tx\\_ttproducts/datasheet/Rapport\\_BDMS\\_2012\\_BD.pdf](http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Rapport_BDMS_2012_BD.pdf)

## • TYPES DE SITUATION FAMILIALE DES ENFANTS NÉS EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

### SITUATION RELATIONNELLE DE LA MÈRE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT DE 2006 À 2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
En couple/en famille	39.102	39.954	42.315	42.528	41.353	42.152	41.733	40.939	41.738	40.735
%	96,4	96,2	96,3	96,1	96,2	95,9	96,1	95,9	96,0	96,2
Isolée/en maison d'accueil	1.460	1.565	1.644	1.707	1.653	1.791	1.694	1.762	1.734	1.631
%	3,6	3,8	3,7	3,9	3,8	4,1	3,9	4,1	4,0	3,8
<b>Total</b>	<b>40.562</b>	<b>41.519</b>	<b>43.959</b>	<b>44.235</b>	<b>43.006</b>	<b>43.943</b>	<b>43.427</b>	<b>42.701</b>	<b>43.472</b>	<b>42.366</b>

#### Note(s) :

- La situation relationnelle mesure l'isolement de la mère, l'existence ou non d'un réseau social proche, d'une aide, d'un soutien. Il s'agit d'une situation de fait, réelle et éventuellement observable par le travailleur médico-social puisque celui-ci se rend au domicile des mères pour des visites. Les types de situations observées varient selon les époques, les cultures, les pays et, au sein des pays ou communautés, selon les conditions sociales. Ainsi, le concept de monoparentalité peut être sous-jacent à cette mesure de l'isolement des mères.
- Isolée : vit seule
- Les données manquantes sont exclues du total.

▲  
**Source(s) :**  
 • ONE ; Banque de données médico-sociales (BDMS) - « avis de naissance » 2006-2015  
 • Calcul(s) : ONE

Quoiqu'en diminution légère ces trois dernières années, la proportion d'isolement des mères reste relativement importante en Fédération Wallonie-Bruxelles (3,8% en 2015). Elle était en dessous des 3% avant les années 2000 (2,7% en 1999).

Ces données sont un reflet d'une potentielle faiblesse du réseau social, mais en aucun cas, un indicateur à prendre seul. Il existe d'autres formes d'isolement des mères, parfois au sein des couples ou encore sur le plan culturel ou lié à sa propre représentation et/ou valeurs.

### NATIONALITÉ D'ORIGINE DES MÈRES DE 2006 À 2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Belges	30.156	29.875	29.435	30.095	29.501	28.948	28.893	29.022	28.870	28.440
%	76,7	74,5	72,3	71,5	69,3	68,2	68,1	67,9	67,9	68,2
Étrangères	9.179	10.246	11.298	11.994	13.089	13.486	13.555	13.700	13.675	13.246
%	23,3	25,5	27,7	28,5	30,7	31,8	31,9	32,1	32,1	31,8
<b>Total</b>	<b>39.335</b>	<b>40.121</b>	<b>40.733</b>	<b>42.089</b>	<b>42.590</b>	<b>42.434</b>	<b>42.448</b>	<b>42.722</b>	<b>42.545</b>	<b>41.686</b>

#### Note(s) :

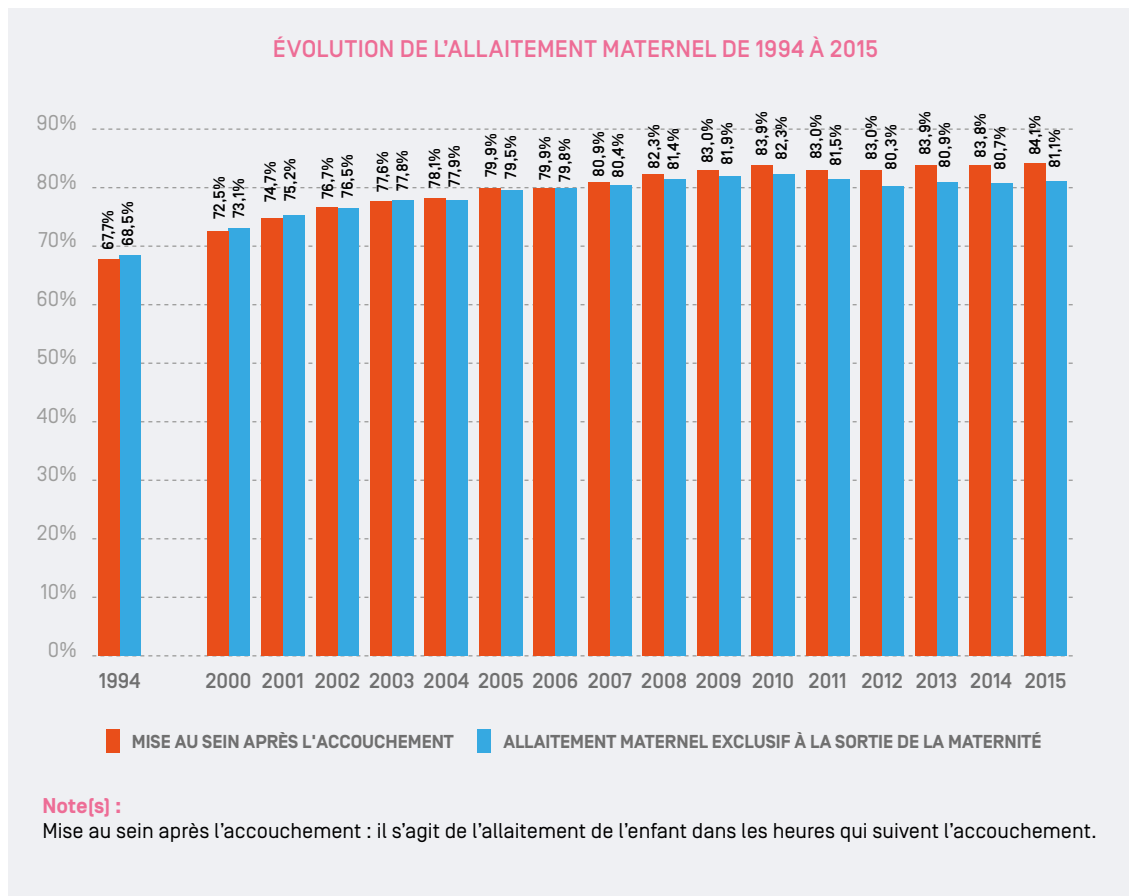
- La nationalité d'origine est la nationalité de la nouvelle accouchée au moment de sa naissance.
- Les données manquantes sont exclues du total.

▲  
**Source(s) :**  
 • ONE ; Banque de données médico-sociales (BDMS) - « avis de naissance » 2006-2015  
 • Calcul(s) : ONE

Entre 2006 et 2015, le pourcentage de mères d'origine belge parmi les nouvelles accouchées a diminué, passant de 76,7% en 2006 à 68,2% en 2015.

## b. L'allaitement maternel en Fédération Wallonie-Bruxelles

### • ÉVOLUTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



Les statistiques « Avis de naissance » [BDMS] montrent que le taux de « mise au sein après l'accouchement » est en augmentation constante passant de 67,7% en 1994 à 84,1% en 2015. Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité ne cesse également de progresser puisqu'il passe de 68,5% en 1994 à 81,1% en 2015.

Ces augmentations des taux sont continues et constantes depuis plus de 30 ans. Ces dernières s'observent dans toutes les provinces de Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale. Le travail de sensibilisation et de soutien expliquerait ces augmentations (le label hôpital Amis des bébés a été octroyé en Belgique en 2005 ; ce dernier provient d'une démarche de l'OMS et de l'UNICEF en faveur de l'allaitement maternel). Les mères qui arrêtent l'alimentation au sein pour leur enfant (sur base des données « Avis de naissance » de l'ONE 2006-2015) sont plus souvent des femmes seules (isolées), des femmes ayant accouché par césarienne, ou encore celles qui fument ou qui sont soit plus âgées, soit très jeunes.



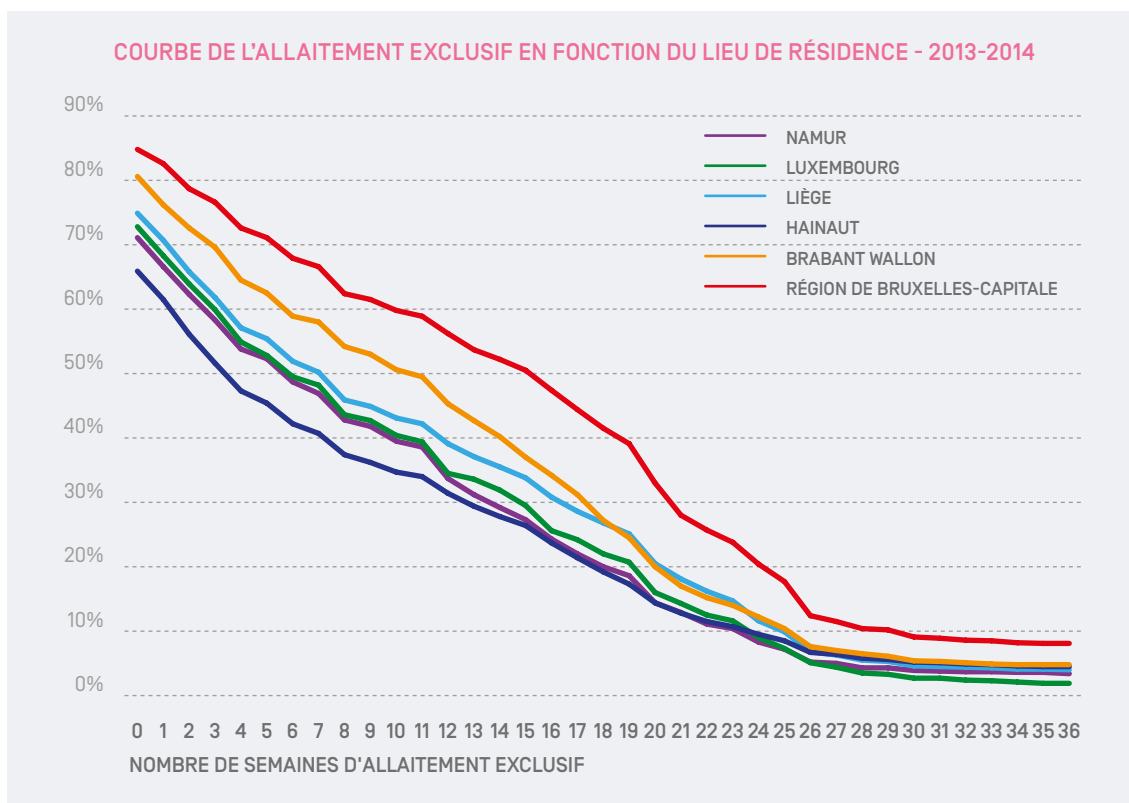
#### Source(s) :

- ONE ; Banque de données médico-sociales (BDMS) - « avis de naissance » 2006-2015
- Calcul(s) : ONE



• L'ALLAITEMENT EXCLUSIF EN FONCTION DU LIEU DE RÉSIDENCE

►  
**Source(s) :**  
 • ONE ; Banque de données médico-sociales (BDMS) - Bilan de santé 9 mois 2013-2014  
 • Calcul(s) : ONE



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

Le graphique ci-dessus présente l'évolution de l'allaitement exclusif selon la région de résidence de l'enfant. La Région de Bruxelles-Capitale et le Brabant wallon sont les deux zones géographiques ayant les taux d'allaitement exclusif les plus élevés. Entre 0 et 1 semaine de vie, 84,8% des enfants bruxellois repris dans les bilans de santé étaient allaités de manière exclusive. Ce taux était de 80,6% dans le Brabant wallon. Le Hainaut avait le taux le plus bas avec 65,9%. Ensuite, les courbes de décroissance évoluent de manière similaire. Dans le Brabant wallon, 64,5% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie, 54,2% à 8 semaines et 45,3% à 12 semaines. En Fédération Wallonie-Bruxelles, les taux étaient de 73,8% lors de la 1<sup>re</sup> semaine de vie et de 57,0%, 46,5 % et 39,6% à respectivement 4, 8 et 12 semaines de vie.

La courbe du Brabant wallon rejoint celle de Liège vers 18 semaines de vie de l'enfant ; l'évolution des courbes est ensuite similaire pour atteindre 12,2% d'enfants encore allaités de manière exclusive à 6 mois.

## B) ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI MÉDICAL

### 1. SUIVI DE LA GROSSESSE LORS DES CONSULTATIONS PRÉNATALES (CPN)

Les structures de consultations prénatales assurent la guidance médico-sociale des futurs parents, le suivi des grossesses, la préparation à l'accouchement, la prise en charge de l'enfant et le soutien à la parentalité.

Les structures de suivi de la grossesse sont de 2 types :

- les consultations prénatales de quartier (CPNQ) : structures d'initiative privée (mouvements féminins, comités indépendants...) ou communale, subventionnées par l'ONE ;
- les consultations prénatales hospitalières (CPNH) : structures organisées en partenariat au sein des hôpitaux, ces derniers assurant le volet médical du suivi tandis que l'ONE assure le volet psychosocial.

#### • LES STRUCTURES DE CONSULTATIONS PRÉNATALES

RÉPARTITION DU NOMBRE DE STRUCTURES POUR LES CONSULTATIONS PRÉNATALES EN 2016  
PAR PROVINCE ET EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

	Consultations prénatales de quartier (CPNQ)	Consultations prénatales hospitalières (CPNH)	Nombre total de CPN
Région de Bruxelles-Capitale	8	6	14
Brabant wallon	1	0	1
Hainaut	1	14	15
Liège	0	3	3
Luxembourg	0	0	0
Namur	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

L'ONE compte 12 CPNQ et 24 CPNH. La majorité de ces structures se situe en Région de Bruxelles-Capitale et dans la province du Hainaut, ce qui s'explique à la fois par la densité plus élevée du tissu hospitalier dans ces secteurs géographiques ainsi que par la vulnérabilité moyenne plus importante enregistrée au sein de ces populations. Comparé à 2015, le nombre total de CPN a diminué de 1 unité [-1 CPNQ dans le Hainaut, -1 CPNQ dans la province de Namur et +1 CPNH dans la province du Hainaut].

Il n'existe aucune consultation prénatale en province du Luxembourg, mais bien un dispositif de suivi dénommé « plate-forme d'accompagnement prénatal ». Son fonctionnement consiste en un accompagnement des situations de grande vulnérabilité par les TMS du secteur prénatal.

Ces situations sont référées par des gynécologues conventionnés avec l'ONE ou par des services sociaux.

En 2015, une deuxième plate-forme a été mise en place en province de Liège dans l'arrondissement de Verviers.



#### Source(s) :

- ONE - Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD)
- Calcul(s) : ONE

## • LES FUTURES MÈRES INSCRITES AUX CONSULTATIONS PRÉNATALES



### Source(s) :

- ONE - Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD)
- Calcul(s) : ONE

### NOMBRE D'INSCRITES EN CONSULTATIONS PRÉNATALES ET NOMBRE D'EXAMENS MÉDICAUX PRATIQUÉS EN 2016 PAR PROVINCE ET EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

	Inscrites annuelles	Nouvelles inscrites	Examens médicaux
Région de Bruxelles-Capitale	12.088	8.941	54.643
Brabant wallon	67	47	268
Hainaut	8.473	5.465	40.216
Liège	3.329	2.263	17.110
Luxembourg	0	0	0
Namur	757	492	3.135
<b>TOTAL</b>	<b>24.714</b>	<b>17.208</b>	<b>115.372</b>

La ventilation des futures mères inscrites par zone géographique est cohérente avec la répartition du nombre de structures, avec toutefois une surpondération pour les structures bruxelloises, dont le volume moyen d'activité est significativement plus élevé que la moyenne générale par structure, toutes zones géographiques confondues. C'est donc en Région de Bruxelles-Capitale que les futures mères suivies en consultation prénatale ONE sont les plus nombreuses. Viennent ensuite le Hainaut et Liège.

Le nombre moyen d'exams par nouvelle femme enceinte inscrite tourne autour de 7. Il reflète les recommandations du Collège des Conseillers gynécologues de l'ONE liées au suivi de la grossesse.

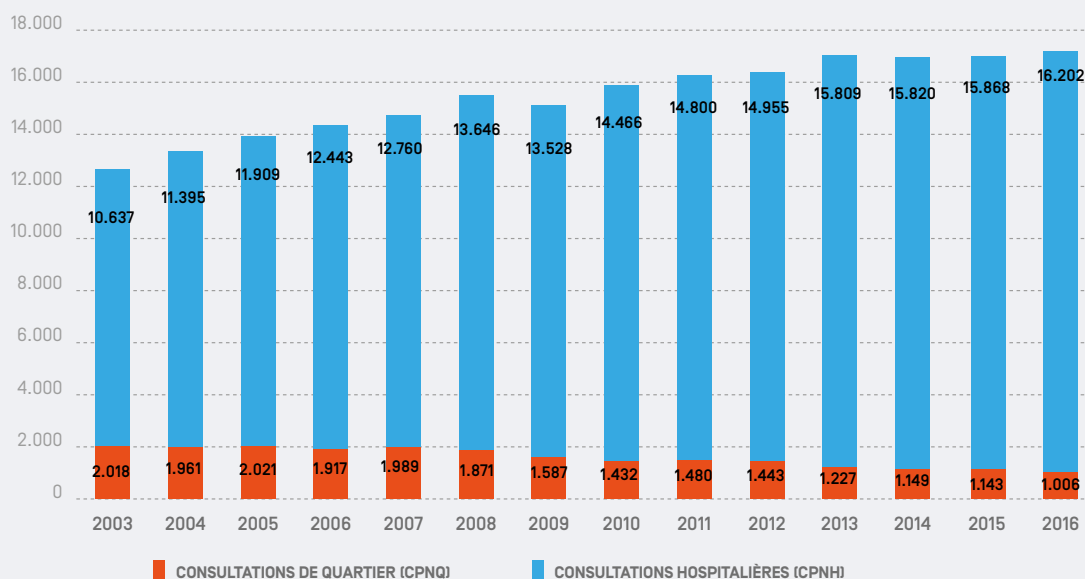
Par ailleurs, le taux de couverture moyen des consultations prénatales en Fédération Wallonie-Bruxelles atteint presque 31%. Ce taux de couverture est le rapport entre le nombre de femmes suivies par l'ONE et le nombre de naissances francophones<sup>2</sup> [Région de Bruxelles-Capitale à 90% et germanophones exclus].



### Source(s) :

- ONE - Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD)
- Calcul(s) : ONE

### ÉVOLUTION DES NOUVELLES INSCRITES AUX CONSULTATIONS PRÉNATALES POUR FEMMES ENCEINTES PAR TYPE DE STRUCTURE DE 2003 À 2016



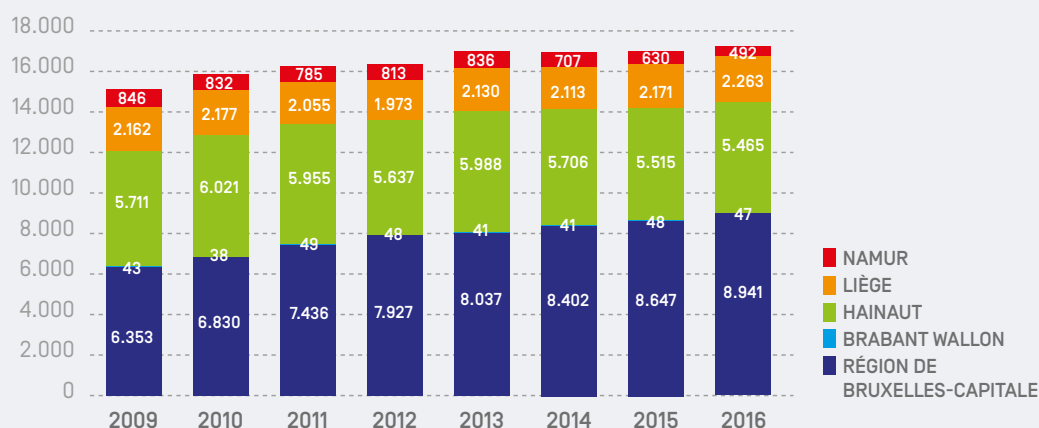
[2] Source : SPF Économie - Direction Générale Statistique - Statistics Belgium

Le nombre de nouvelles inscrites poursuit une tendance à la hausse depuis 2003, avec un effet global de stabilisation entre 2013 et 2015.

L'évolution est toutefois nettement différenciée entre CPNH et CPNQ. Ainsi, l'évolution du nombre de nouvelles inscrites en CPNH représente, entre 2006 et 2016, une augmentation de 30,2%, alors qu'une diminution d'un peu plus de 47,5% est observée en CPNQ.

Cette évolution souligne l'intérêt de mener les activités de suivi prénatal en partenariat avec les infrastructures hospitalières.

#### ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES NOUVELLES INSCRITES EN CONSULTATIONS PRÉNATALES POUR FEMMES ENCEINTES PAR PROVINCE ET EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE DE 2009 À 2016



#### Source(s) :

- ONE - Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD)
- Calcul(s) : ONE

La répartition sur les dernières années des nouvelles inscrites en consultations prénatales selon les zones géographiques où ce suivi est pratiqué permet d'observer une nette augmentation des femmes suivies en Région de Bruxelles-Capitale [+40,7% en 2016 par rapport à l'année 2009], la proportion de futures mères en situation de vulnérabilité y étant plus importante que la moyenne globale.

Dans les autres régions, une diminution des nouvelles inscrites de 2015 à 2016 est constatée pour les provinces de Namur [-21,9%], du Hainaut [-0,9%] et du Brabant wallon [-2,1%]. A contrario, la province de Liège augmente de 4,2%.

## 2. SUIVI DES ENFANTS

### • LES STRUCTURES DE CONSULTATIONS

#### NOMBRE DE STRUCTURES DE CONSULTATIONS POUR ENFANTS DE 2010 À 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 en %
Consultations pour enfants	373	369	365	359	359	358	359	59,9
Maisons de l'enfance	2	2	2	2	2	2	2	0,3
Antennes médico-sociales	159	159	162	162	161	158	155	25,9
Consultations périodiques	89	89	86	81	81	75	77	12,9
Cars sanitaires	6	6	6	6	6	6	6	1,0
<b>Total FWB</b>	<b>629</b>	<b>625</b>	<b>621</b>	<b>610</b>	<b>609</b>	<b>599</b>	<b>599</b>	<b>100,0</b>

#### Note[s] :

Types de structures préventives :

- les consultations pour enfants : consultations d'initiative privée [mouvements féminins, comités indépendants...] ou communale, agréées et subventionnées par l'ONE ;
- les consultations périodiques : organisées directement par l'ONE là où l'initiative locale et/ou privée fait défaut ;
- les maisons de l'enfance : structures ayant les mêmes missions que les consultations pour enfants, mais devant les développer à l'échelle communale en partenariat avec au moins deux autres consultations ;
- les antennes médico-sociales : petites structures décentralisées dépendant d'une consultation ONE plus importante ;
- les cars sanitaires circulent dans les régions à faible densité de population. Les 6 cars sanitaires desservent toute la province de Luxembourg, et partiellement celles de Namur et de Liège.

En 2016, il existe 599 structures de suivi de l'enfant de 0 à 6 ans environ sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La grande majorité de ces structures (85,8%) sont des consultations pour enfants agréées et subventionnées par l'ONE ainsi que les antennes médico-sociales de ces consultations. Le solde consiste en des consultations organisées par l'ONE, qu'il s'agisse de consultations périodiques ou de cars sanitaires circulant dans les villages et hameaux à faible densité démographique des provinces de Luxembourg, de Liège et de Namur.

Depuis 2010, le nombre de ces structures de suivi de l'enfant poursuit une évolution légèrement à la baisse, ce qui s'explique essentiellement par la fermeture de certaines consultations peu fréquentées et/ou le regroupement de certaines d'entre elles avec d'autres structures, sans que ce mouvement ne constitue toutefois une tendance de fond structurelle.

La suppression de certaines consultations pour enfants s'accompagne parfois de leur transformation en antennes d'autres structures principales, ce qui explique l'évolution contrastée du nombre d'antennes. Les consultations périodiques sont proportionnellement davantage touchées par le phénomène de fermeture et/ou de regroupement que les autres types de consultation étant donné qu'elles ont souvent un volume d'activités plus faible. L'ONE est en effet davantage amené à organiser lui-même des structures de consultations dans des zones plus rurales, où l'activité est plus faible.

►  
Source[s] :  
• ONE - Direction  
des Consultations  
et Visites à Domicile  
(DCVD)  
• Calcul[s] : ONE

## • LES ENFANTS INSCRITS ANNUELLEMENT DANS LES STRUCTURES DE SUIVI DE L'ENFANT

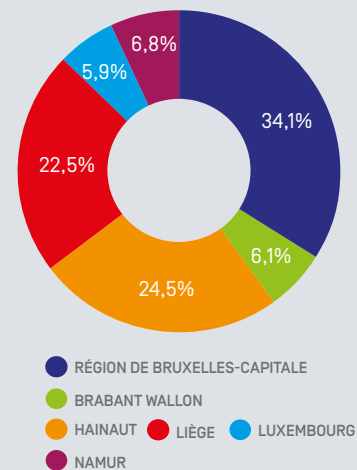
ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INSCRITS ANNUELS DANS LES STRUCTURES DE SUIVI DE L'ENFANT DE 0 À 6 ANS DE 2009 À 2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consultation pour enfants	146.288	151.187	152.676	152.951	152.542	153.105	151.170	149.516
Consultations périodiques	7.385	7.929	7.386	7.714	7.415	6.991	7.942	7.738
Cars sanitaires	-	-	-	9.322	9.452	9.159	9.277	8.773
<b>Total inscrits annuels</b>	<b>153.673</b>	<b>159.116</b>	<b>160.062</b>	<b>169.987</b>	<b>169.409</b>	<b>169.255</b>	<b>168.389</b>	<b>166.027</b>

### Note(s) :

- Les inscrits annuels représentent les enfants inscrits et présentés au moins une fois dans l'année à une consultation ONE. Les statistiques relatives aux inscrits sont comptabilisées à partir du registre des présences tenu par chaque structure. Leur niveau de précision comporte, malgré tout, certaines limites. À la différence des données provenant des registres personnalisés (par exemple la BDMS de l'ONE), ces statistiques fournissent avant tout un reflet des activités des structures. Autrement dit, le total des inscrits annuels donne un relevé précis des activités de chaque structure mais il ne permet pas de différencier les enfants qui auraient, par exemple, fréquenté plusieurs structures au cours de l'année.
- Les informations concernant les maisons d'enfants et les antennes de consultation sont reprises dans les consultations pour enfants.
- Le nombre d'inscrits annuels en cars sanitaires est disponible depuis 2012.

RÉPARTITION DU NOMBRE D'INSCRITS ANNUELS DANS LES STRUCTURES DE SUIVI DE L'ENFANT DE 0 À 6 ANS RÉPARTIS PAR PROVINCE ET EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE EN 2016



Le nombre d'enfants de 0 à 6 ans fréquentant les consultations de l'ONE est en légère diminution depuis 2013 [-2,0%]. Entre 2009 et 2013, le nombre de suivis médico-sociaux en structures ONE (hors cars sanitaires) avait augmenté de 4,1%. Cette croissance était entre autres en lien avec l'augmentation des naissances.

En 2016, la Région de Bruxelles-Capitale représente 34,1% de l'ensemble des enfants suivis dans les consultations pour enfants de l'ONE, suivie par les provinces de Hainaut [24,5%] et de Liège [22,5%], tandis que Namur, le Brabant wallon et le Luxembourg ferment la marche avec environ 6 à 7% d'inscrits annuels.



### Source(s) :

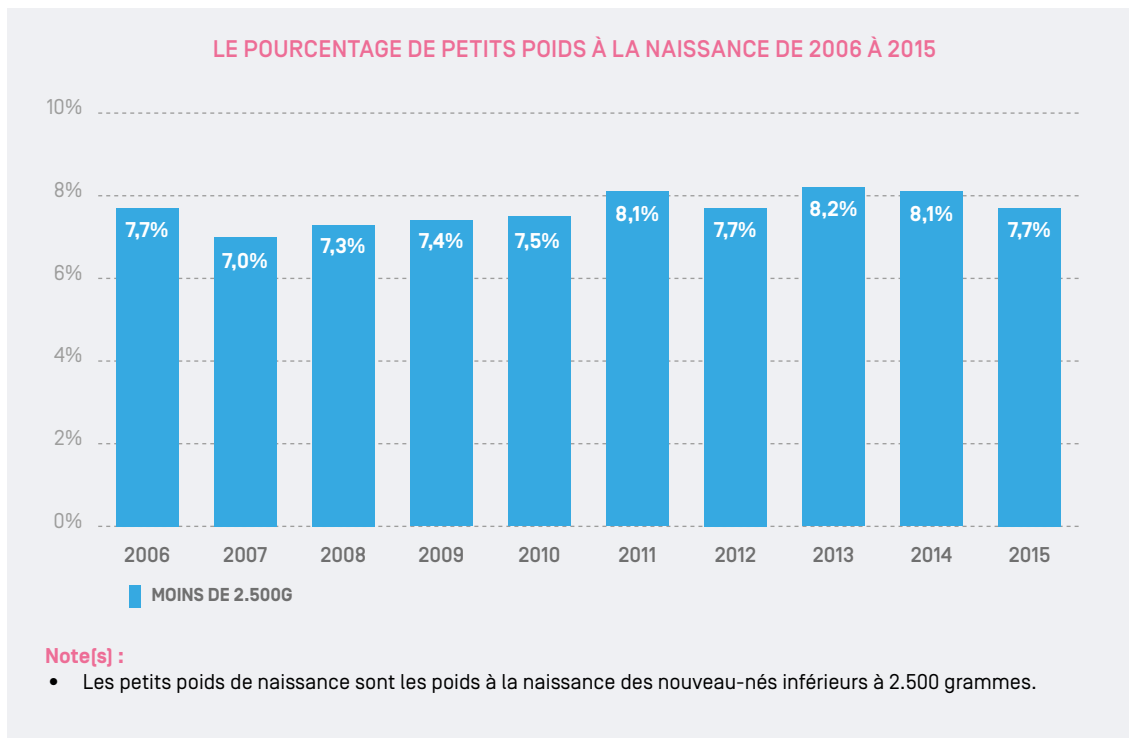
- ONE - Direction des Consultations et Visites à Domicile (DCVD)
- Calcul(s) : ONE

### 3. LA SANTÉ CHEZ LES ENFANTS

#### a. Les petits poids à la naissance et la prématurité

##### • LES PETITS POIDS À LA NAISSANCE

►  
**Source(s) :**  
 • ONE ; BDMS -  
 Avis de naissance  
 2006-2015  
 • Calcul(s) : ONE



Les poids de naissance en dessous de 2.500 grammes se situent globalement entre 7 et 8% ces dix dernières années (7,7% en 2015). Des différences existent selon les régions et de légères fluctuations peuvent être observées.

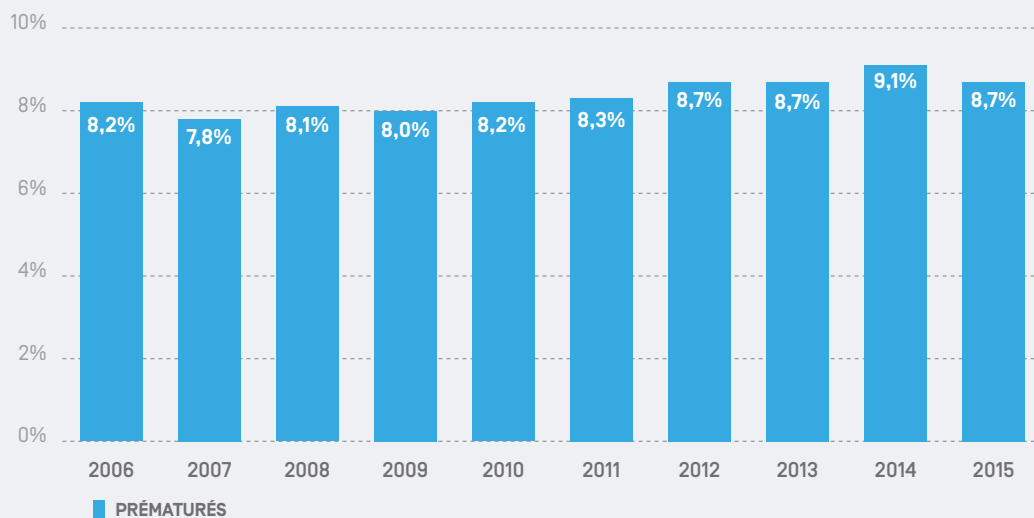
La majorité des enfants avec un faible poids à la naissance (plus de 90%), sont des enfants nés prématurément, c'est-à-dire avant terme (avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse). Les poids à la naissance peuvent également être liés à la gémellarité. Les jumeaux ont plus souvent un poids à la naissance plus petit et naissent plus tôt que la date prévue.

Les bébés nés avec moins de 2.500 g, et donc considérés comme ayant un petit poids de naissance, doivent être plus étroitement surveillés à cause des risques qu'ils encourent pendant la période périnatale.

Sont en cause, essentiellement, les naissances prématurées, les grossesses multiples, des complications pendant la grossesse et la consommation de tabac et/ou d'alcool par la future mère.

## • LA PRÉMATURITÉ

LE POURCENTAGE DE NAISSANCES PRÉMATURÉES DE 2006 À 2015



### Note(s) :

La prématurité constitue toute naissance survenue avant la 37<sup>e</sup> semaine.

La source de ces données est l'« avis de naissance » de la BDMS. 3 classes de prématurité sont à distinguer :

- prématurité moyenne = naissance entre la 33<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine et 6 jours ;
- grande prématurité = naissance entre la 29<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine et 6 jours ;
- très grande prématurité = naissance entre la 22<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine et 6 jours.

En 2015, 8,7% des bébés sont nés prématurément, c'est-à-dire avec un âge gestationnel inférieur à 37 semaines. Chez les enfants nés prématurément, les risques de morbidité, de mortalité ou d'handicap sont bien présents.

La prématurité est généralement subdivisée en catégories de prématurité selon la gravité qui est relative à la maturité des organes de l'enfant et son adaptation à la vie.

### b. Dépistage d'anomalies congénitales chez les nourrissons

#### • DÉPISTAGE NÉONATAL D'ANOMALIES CONGÉNITALES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES ENTRE 2012 ET 2015

Le dépistage d'anomalies congénitales est organisé par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage des anomalies congénitales en Communauté française. Il se réalise au moyen d'un prélèvement de sang sur le nourrisson entre 3 jours et 5 jours de vie. Les maladies dépistées sont au nombre de 13 (cfr ci-après).

Elles sont rares, voire très rares (pour certaines, on ne rencontre qu'un cas tous les 2 ou 3 ans) mais elles sont d'importantes causes de mortalité et de morbidités sévères. Un dépistage néonatal permet une prise en charge précoce qui permet à ces enfants d'avoir une vie proche de la normale.

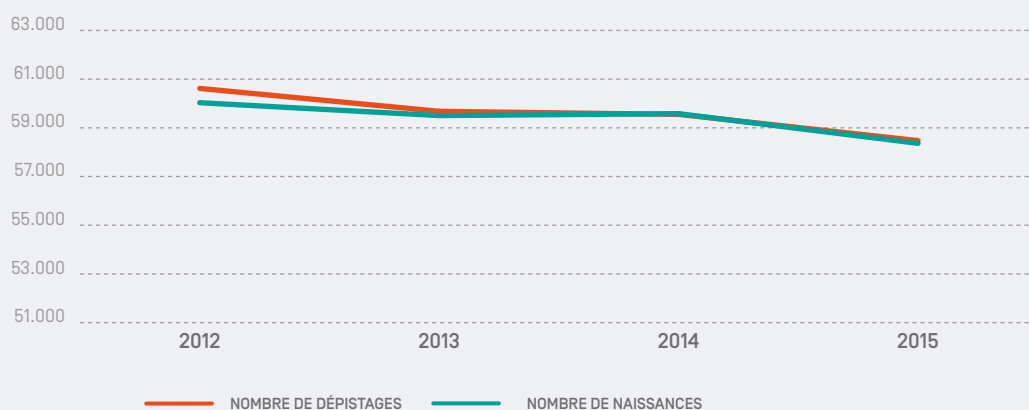


#### Source(s) :

- ONE ; BDMS - Avis de naissance 2006-2015
- Calcul(s) : ONE



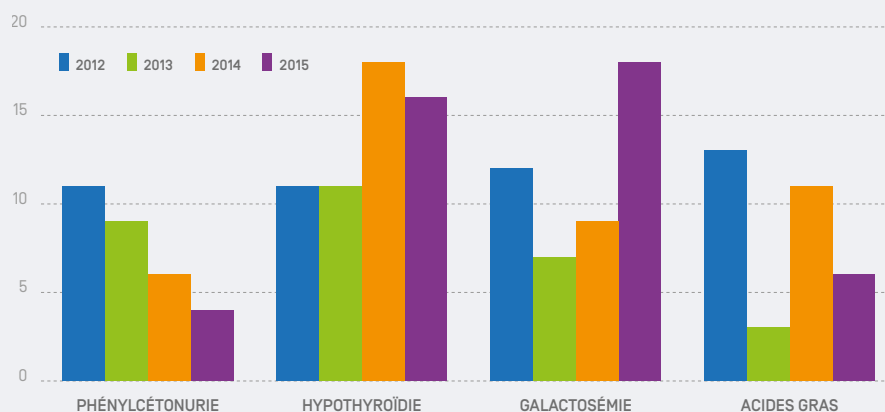
### ÉVOLUTION DU DÉPISTAGE NÉONATAL D'ANOMALIES CONGÉNITALES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES DE 2012 À 2015



#### Note(s) :

- Le nombre de dépistages comptabilise en principe le nombre d'enfants dépistés. Même si un enfant est dépisté plusieurs fois (prématuré par exemple), il ne doit être compté qu'une fois. Toutefois, l'identification de l'enfant à la naissance n'est pas unique puisque l'enfant ne dispose pas tout de suite d'un numéro national. Dès lors, des doublons peuvent apparaître si l'enfant est mal identifié (par exemple une fois avec le nom de la mère et la fois suivante avec le nom du père). C'est pourquoi le nombre de dépistages peut dépasser le nombre de naissances.
- Calcul(s) : le nombre de naissances repris dans le graphique correspond au nombre de naissances survenues dans les maternités de Wallonie et de la Région de Bruxelles-Capitale, à l'exception des naissances de l'UZ-Brussel qui sont prises en charge par le programme flamand. Ces naissances ne correspondent donc pas au lieu de résidence de l'enfant et de sa famille.

### ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DÉPISTÉS ENTRE 2012 ET 2015 POUR QUELQUES-UNES DES ANOMALIES CONGÉNITALES DÉPISTÉES LES PLUS FRÉQUENTES



#### Note(s) :

- Les anomalies dépistées dans le cadre du programme sont au nombre de 13 : la phénylcétonurie, la leucine, l'homocystinurie, la tyrosinémie, l'hypothyroïdie, la galactosémie, l'acidémie méthylmalonique et/ou l'acidémie propionique, l'acidurie glutarique de type I, l'acidémie isovalérique, le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne, le déficit en multiple acyl-CoA déshydrogénase, et le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne très longue.
- Celles reprises dans le graphique ci-dessus sont :
  - la phénylcétonurie ou hyperphénylalaninémie ;
  - l'hypothyroïdie congénitale ;
  - la galactosémie ;
  - les troubles de la beta-oxydation des acides gras et aciduries organiques (qui regroupent 7 anomalies différentes).
- Calcul(s) : le nombre de naissances repris dans le graphique correspond au nombre de naissances survenues dans les maternités de Wallonie et de la Région de Bruxelles-Capitale, à l'exception des naissances de l'UZ-Brussel qui sont prises en charge par le programme flamand. Ces naissances ne correspondent donc pas au lieu de résidence de l'enfant et de sa famille.

[3] Voir le site [www.depistageneonatal.be](http://www.depistageneonatal.be)

[4] *Ibidem*

Le dépistage néonatal suit l'évolution des naissances. S'il n'est pas possible à ce stade de calculer le taux de couverture précis, les estimations portent ce taux à 98%, ce qui représente une excellente couverture pour un programme de dépistage. Ce programme existe depuis les années 1970. Il a progressé dans le temps en ajoutant dans les années 1980 le dépistage de l'hypothyroïdie aux maladies métaboliques initialement dépistées, puis fin des années 2010, les troubles de la beta-oxydation des acides gras et aciduries organiques.

De compétence communautaire depuis 1981, il a été ajouté aux compétences de l'ONE en 2015.

### c. Dépistages des troubles visuels

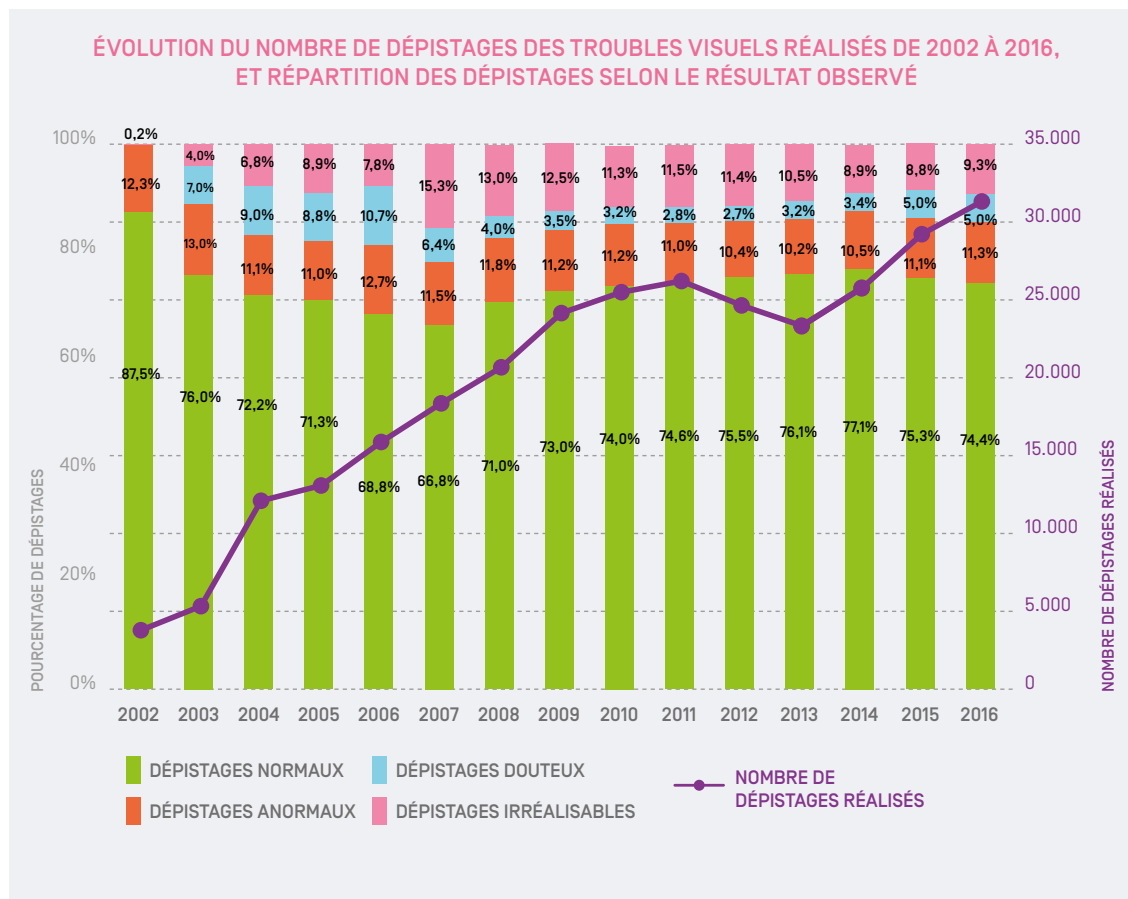
#### • LES DÉPISTAGES DES TROUBLES VISUELS RÉALISÉS CHEZ LES ENFANTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'ONE

Depuis 2004, l'ONE a progressivement généralisé un programme de dépistage précoce des troubles visuels chez les jeunes enfants [de 18 à 47 mois] qui est devenu ainsi l'un des programmes prioritaires de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. En effet, 10% des enfants de 15 mois à 3 ans sont atteints d'un problème visuel. Le traitement est particulièrement efficace si l'enfant est diagnostiqué et traité avant l'âge de 3 ans.

Les objectifs principaux sont de dépister les troubles visuels susceptibles de freiner le développement de l'enfant et de prévenir l'amblyopie secondaire<sup>5</sup>.

Ce dépistage a été standardisé sous la supervision d'ophtalmologues pédiatriques. Il comprend les examens suivants : observation des yeux, reflets cornéens, mobilité, cover-test, biprisme de Gracis et mesure de la réfractométrie.

Ces dépistages sont réalisés, lors de consultations spécifiques dans les structures d'accueil collectif et d'accompagnement de l'ONE, par des orthoptistes<sup>6</sup> ou des assistants techniques en ophtalmologie ou des médecins spécialement formés à ces examens.



Source(s) :

- ONE
- Calcul(s) : ONE

[5] L'amblyopie se définit comme une réduction de l'acuité visuelle touchant un œil [rarement les 2] causée par un trouble du développement neuronal durant la petite enfance. Elle peut être secondaire à un problème d'acuité visuelle ou de strabisme.

[6] L'orthoptie est une pratique paramédicale dont l'objectif est le dépistage, la rééducation, la réadaptation et l'exploitation fonctionnelle des troubles visuels.

**Note[s] :**

- Les données sont issues des dépistages réalisés chez les enfants fréquentant les structures de l'ONE et ne sont pas représentatives de la population générale. En 2016, 31.308 dépistages ont été réalisés : 30% en milieux d'accueil et 70% en consultations.
- Dépistages normaux = aucun trouble visuel n'a été détecté chez l'enfant.  
Dépistages anormaux = un ou plusieurs problèmes visuels sont observés. Les parents sont invités à consulter un ophtalmologue.  
Dépistages douteux = les troubles visuels ne sont pas certains, l'enfant peut avoir bougé. Les parents sont donc invités à représenter l'enfant à la séance de dépistage suivante.  
Dépistages irréalisables = l'enfant ne s'est pas montré collaboratif et le dépistage visuel n'a pas pu se faire.

La couverture de ce dépistage est en nette augmentation puisqu'elle passe de 47% en 2014 à 57% en 2016.

À la lecture du graphique ci-dessus, il est à observer en 2016, qu'un peu plus de 11% des tests réalisés indiquent un dépistage anormal, résultat sur base duquel il est conseillé aux parents de consulter un ophtalmologue pour confirmer le diagnostic et si nécessaire, commencer un traitement. Par ailleurs, 9,3% des examens sont rapportés comme irréalisables et 5,0% représentent des résultats douteux.

L'augmentation du nombre de dépistages réalisés est soutenue par l'engagement d'orthoptistes dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles afin de réaliser ces tests. Par ailleurs, depuis 2004, l'ONE enregistre les suivis des enfants dépistés et adressés aux ophtalmologues [cet enregistrement se fait de manière strictement anonyme]. Pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les résultats du suivi par un ophtalmologue sont connus pour 9.888 enfants qui leur ont été adressés suite au dépistage. Ces données sont communiquées soit directement par l'ophtalmologue traitant, soit indirectement par le directeur du milieu d'accueil, par le travailleur médico-social de l'ONE ou encore par les parents.

Parmi ces 9.888 enfants, dans 7.724 cas (78,1%), l'anomalie est confirmée ou l'ophtalmologue demande à revoir l'enfant 6 mois à un an plus tard. Dans 1.752 cas (17,7%), l'anomalie n'est pas confirmée. Dans 4,2% des cas, l'information communiquée est partielle et dès lors inexploitable.

Sur base de ces données actuelles, on constate que 75 à 80% des enfants envoyés chez l'ophtalmologue suite au dépistage voient leur anomalie confirmée. Dans ces cas, un traitement est d'emblée prescrit à l'enfant ou l'ophtalmologue demande à revoir l'enfant dans les 6 à 12 mois.

En 2016, pour 1.163 réponses reçues, 969 (soit 83,3% des anomalies) ont été confirmées par un ophtalmologue et 194 (soit 16,7%) ne l'ont pas été. 363 (soit 31,2%) sont à revoir. Parmi les 969 anomalies confirmées, 720 (soit 74,3% des enfants) se voient prescrire un traitement.

#### **d. Comportements de santé et bien-être des adolescents dans l'enquête HBSC en Fédération Wallonie-Bruxelles**

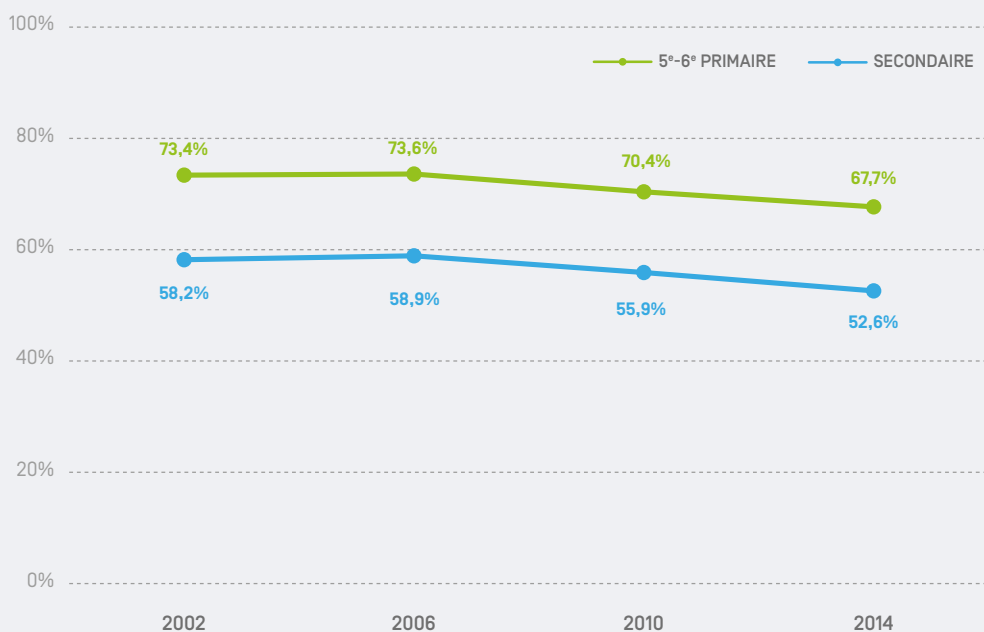
L'enquête « *Health Behaviour in School-aged Children* » (HBSC) porte sur les comportements de santé et le bien-être des adolescents. Cette étude, patronnée par le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe, se base sur un protocole établi au niveau international. Elle est menée tous les quatre ans, dans une quarantaine de pays et régions d'Europe et d'Amérique du Nord. En Fédération Wallonie-Bruxelles, elle est organisée depuis 1986 : la dixième enquête a été réalisée en 2014 et la onzième se déroulera au printemps 2018. Depuis 2015, elle est cofinancée par l'ONE, la Région wallonne et la Commission communautaire française (COCOF).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'enquête HBSC est menée au sein d'un échantillon d'élèves de fin de primaire (5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années) et de secondaire (de la 1<sup>re</sup> à la 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> année). La collecte des données a lieu au moyen de questionnaires auto-administrés par les élèves lorsqu'ils sont en classe, et traités de façon anonyme et confidentielle.

Les résultats présentés ci-après sont issus des données récoltées en 2014 auprès de 14.122 jeunes âgés de 10 à 22 ans scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles<sup>7</sup>. L'ensemble des résultats de l'enquête HBSC 2014 en Fédération Wallonie-Bruxelles et des éléments méthodologiques s'y référant sont accessibles sur le site web du SIPES<sup>8</sup>. À noter que des analyses complémentaires réalisées par le SIPES, sont également disponibles et présentent des informations sur les comportements, le bien-être et la santé selon le statut migratoire des adolescents scolarisés en Région de Bruxelles-Capitale<sup>9</sup>.

## • CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'UN PETIT-DÉJEUNER

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE JEUNES CONSOMMANT UN PETIT-DÉJEUNER TOUS LES JOURS EN SEMAINE



### Note(s) :

Pour des aspects pratiques, les données portant sur les évolutions concernent les jeunes âgés de 10 à 13 ans en 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> primaire et ceux âgés de 12 à 20 ans en secondaire. Le graphique présente les données standardisées pour le sexe et l'âge (ainsi que le type d'enseignement en secondaire) : cette procédure de standardisation permet d'éliminer l'effet potentiel de différences de structure de population en termes de sexe, d'âge et de type d'enseignement entre les différentes années d'enquête.

Le petit-déjeuner est un repas essentiel puisqu'il permet d'apporter de l'énergie après plusieurs heures de jeûne, en fournissant les éléments nutritifs nécessaires au fonctionnement de l'organisme. Cependant, en Fédération Wallonie-Bruxelles, en 2014, seule la moitié [56,3%] des élèves scolarisés en fin de primaire et en secondaire prennent quotidiennement un petit-déjeuner en semaine. Les garçons indiquent significativement plus souvent [59,0%] que les filles [53,6%] avoir une telle habitude. En outre, une diminution de la proportion d'adolescents consommant chaque jour un petit-déjeuner en semaine est observée depuis 2006, tant en 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> primaire que dans l'enseignement secondaire.



### Source(s) :

- Enquête HBSC 2014

[7] Moreau N., Lebacq T., Dujeu M., de Smet P., Godin I., Castetbon K. Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, 2017.

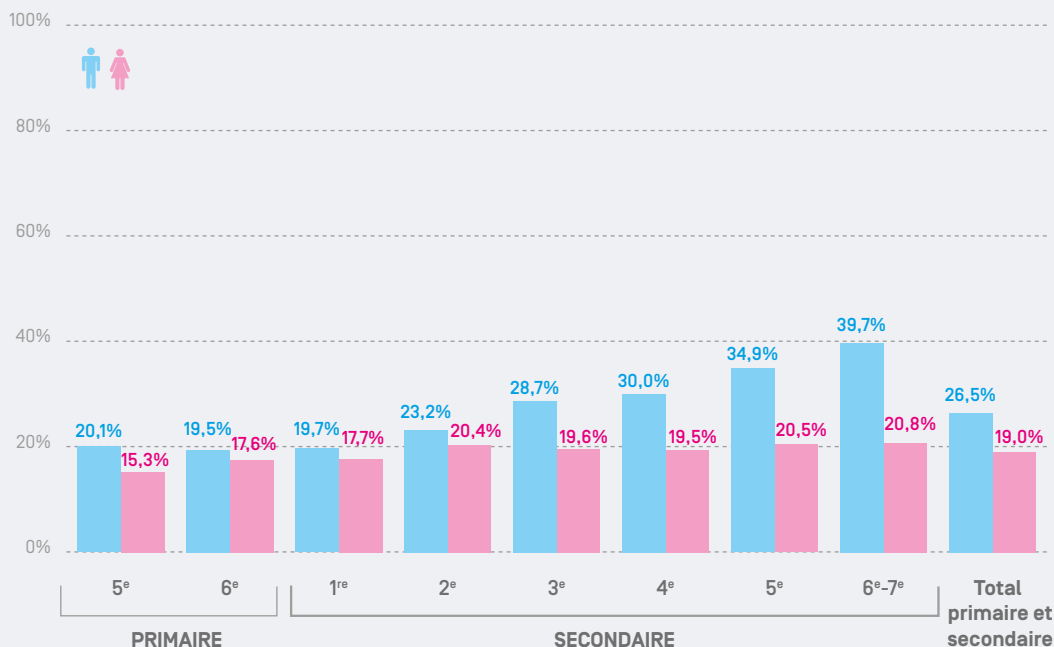
[8] <http://sipes.ulb.ac.be/>

[9] Méroc E., Moreau N., Dujeu M., Lebacq T., Pedroni C., Godin I., Castetbon K. Comportements, bien-être et santé selon le statut migratoire des adolescents scolarisés en Région de Bruxelles-Capitale. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, 2017.

## • CONSOMMATION HEBDOMADAIRE DE FAST-FOOD

►  
Source(s) :  
• Enquête HBSC  
2014

### PROPORTIONS DE JEUNES CONSOMMANT UN REPAS PROVENANT DE FAST-FOOD AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, EN FONCTION DU SEXE ET DU NIVEAU SCOLAIRE (GARÇONS, N=6.840 - FILLES, N=7.121)



Souvent trop gras, trop salés ou trop sucrés, les repas provenant de fast-food peuvent avoir des effets défavorables sur la santé lorsqu'ils sont consommés trop fréquemment. En Fédération Wallonie-Bruxelles, en 2014, 22,7% des élèves de fin de primaire et de secondaire déclarent consommer un repas provenant de fast-food au moins une fois par semaine. Globalement, les garçons rapportent significativement plus souvent (26,5%) que les filles (19,0%) avoir une consommation hebdomadaire de fast-food. Cette différence entre sexe se marque principalement entre la 3<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup>-7<sup>e</sup> secondaire. La proportion de garçons consommant un repas provenant de fast-food au moins une fois par semaine augmente avec le niveau scolaire, à partir de la 2<sup>e</sup> secondaire, tandis que ce pourcentage reste stable chez les filles.

## • TEMPS PASSÉ DEVANT LES ÉCRANS EN SEMAINE

►  
Source(s) :  
• Enquête HBSC  
2014

### PROPORTIONS DE JEUNES PASSANT AU MOINS DEUX HEURES PAR JOUR EN SEMAINE DEVANT LA TÉLÉVISION, SUR INTERNET OU À JOUER À DES JEUX VIDÉO, EN FONCTION DU SEXE, DU NIVEAU SCOLAIRE ET DU NIVEAU D'AISANCE MATÉRIELLE

		Télévision ≥ 2h/j [En %]	Internet ≥ 2h/j [En %]	Jeux vidéo ≥ 2h/j [En %]
Sexe	Filles	54,5	54,5	38,0
	Garçons	60,2	50,5	49,8
Niveau scolaire	5 <sup>e</sup> -6 <sup>e</sup> primaire	46,1	28,3	34,0
	Secondaire	60,4	59,3	46,5
Niveau d'aisance matérielle	Faible	64,2	55,9	47,0
	Moyen	57,8	53,3	45,0
	Elevé	51,3	49,0	39,6
Total		57,3	52,0	43,8

**Note[s] :**

Le niveau d'aisance matérielle est un proxy du niveau socioéconomique de la famille du jeune. Il s'agit d'un indicateur composite, validé au niveau international<sup>10</sup>, calculé à partir de six variables : le nombre de voitures ou de camionnettes de la famille, le fait d'avoir une chambre pour soi, le nombre de fois où la famille est partie en vacances à l'étranger l'année précédant l'enquête, le nombre d'ordinateurs de la famille, le nombre de salles de bain dans la maison et le fait de posséder un lave-vaisselle. Sur base de la distribution de cet indice, trois catégories socioéconomiques ont été créées : « faible », « moyen » et « élevé ».

Les activités sédentaires sont caractérisées par une très faible dépense énergétique durant les heures d'éveil et sont notamment associées au temps passé devant des écrans. De telles activités peuvent avoir un impact négatif sur la santé (corpulence, santé cardiovasculaire...) et le développement.

En 2014, 57,3% des jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles mentionnent regarder la télévision pendant au moins deux heures par jour en semaine, 52,0% passent au moins deux heures par jour en semaine sur Internet et 43,8% jouent à des jeux vidéo pendant deux heures par jour ou plus en semaine. Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à passer au moins deux heures par jour devant la télévision ou à jouer à des jeux vidéo en semaine. En revanche, le pourcentage de jeunes passant au moins deux heures par jour sur Internet s'avère plus élevé chez les filles que chez les garçons. Quel que soit le type d'écran considéré, passer au moins deux heures par jour devant un écran en semaine est plus fréquent dans le secondaire qu'en fin de primaire. Enfin, tant pour la télévision que pour Internet ou les jeux vidéo, la proportion d'adolescents passant au moins deux heures par jour devant un écran a tendance à diminuer lorsque le niveau d'aisance matérielle augmente.

**PROPORTIONS DE JEUNES PASSANT AU MOINS DEUX HEURES PAR JOUR EN SEMAINE  
DEVANT LA TÉLÉVISION, SUR INTERNET OU À JOUER À DES JEUX VIDÉO, AU NIVEAU INTERNATIONAL,  
EN FLANDRE ET EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES**

		HBSC		
		% international	% Flandre	% FWB
<b>TELEVISION &gt;= à 2h/j</b>				
Garçons	11 ans	53	55	48
	13 ans	62	59	60
	15 ans	65	61	64
Filles	11 ans	47	54	43
	13 ans	61	63	58
	15 ans	62	59	55
<b>INTERNET &gt;= à 2h/j</b>				
Garçons	11 ans	36	33	30
	13 ans	50	47	44
	15 ans	59	56	56
Filles	11 ans	31	32	26
	13 ans	55	54	53
	15 ans	67	64	64
<b>JEUX VIDEO &gt;= à 2h/j</b>				
Garçons	11 ans	46	40	40
	13 ans	56	48	51
	15 ans	54	42	55
Filles	11 ans	28	25	25
	13 ans	35	28	44
	15 ans	30	18	44

**Note[s] :**

% international : pourcentage global sur l'ensemble des pays et régions participant à l'enquête HBSC.

**Source[s] :**

• Enquête HBSC 2014

[10] Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K-A., Schnohr, Ch., Mazur, J., Niclasen, B., Currie, C. (2016). Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: a Latent Variable Approach. *Child Indicators Research*, 9(3), 771-784.

Ce second tableau fournit une comparaison internationale et nationale de ces indicateurs. Il met en évidence que, pour cette thématique, la situation de la Fédération Wallonie-Bruxelles est proche de celle observée au niveau international et en Flandre. Certaines différences peuvent néanmoins être notées :

- en Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de filles de 11 ans qui passent au moins deux heures par jour devant la télévision en semaine est nettement inférieure à celle observée en Flandre ;
- en Fédération Wallonie-Bruxelles, les garçons de 15 ans sont proportionnellement plus nombreux à passer au moins deux heures par jour à jouer à des jeux vidéo en semaine, comparativement à ce qui est observé en Flandre ;
- la proportion d'adolescentes de 13 et 15 ans rapportant passer au moins deux heures par jour à jouer à des jeux vidéo en semaine est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Flandre ou au niveau international.

#### 4. LA VACCINATION

La vaccination est une des priorités de la Fédération Wallonie-Bruxelles<sup>11</sup>. La prévention vaccinale comporte une logique individuelle et collective. Elle vise à protéger l'individu contre les maladies évitables par la vaccination et à réduire l'incidence d'une maladie, voire même, pour certaines d'entre elles, à les éliminer au sein de la population<sup>12</sup>. La protection vaccinale concerne toute la population à différents moments de l'existence : les nourrissons, les enfants et les jeunes en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées.

Le calendrier vaccinal des nourrissons, des enfants et des jeunes en âge scolaire a fortement évolué au cours des dernières décennies. Il est en effet passé d'une protection contre 4 maladies à une protection contre 13 maladies.

Source[s] :  
• ONE -  
PROVAC ; 2017

#### CALENDRIER VACCINAL DE BASE RECOMMANDÉ EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Recommandé par la Fédération Wallonie-Bruxelles

CALENDRIER DE VACCINATION 2018

	Nourrissons			Enfants et adolescents				Adultes				
	8 sem. 2 mois	12 sem. 3 mois	16 sem. 4 mois	12 mois	15 mois	5-6 ans	11-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	♀	tous les 10 ans	65 ans
Poliomyélite	●	●	●		●	●						
Diphtérie	●	●	●		●				●	●	▲	
Tétanos	●	●	●		●				●	●	▲	
Coqueluche	●	●	●		●				●	●		
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	●	●	●		●							
Hépatite B	●	●	●		●							
Rougeole				●			●					
Rubéole				●			●					
Oreillons				●			●					
Méningocoque C					●							
Pneumocoque	●		●	●								▲
Rotavirus [vaccin oral]	▲	▲	[▲]									
Papillomavirus [HPV]								✖				
Grippe [Influenza]												▲

Ce calendrier est susceptible d'être modifié au fil des ans. Votre médecin pourra éventuellement l'adapter à votre enfant, n'hésitez pas à discuter vaccinations avec lui.

Certains de ces vaccins peuvent être conseillés à d'autres âges, en fonction de l'état de santé individuel.

- Recommandé à tous et gratuit
- ▲ Recommandé à tous, remboursé mais pas gratuit
- Vaccin combiné (une seule injection)
- ✖ Recommandé aux jeunes filles et gratuit (2 doses)
- ♀ Femmes enceintes entre 24 et 32 semaines de grossesse

[11] À la suite de la sixième réforme de l'État et du transfert de compétences subséquent rendu effectif le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la responsabilité de la politique en matière de vaccination pour enfants, étudiants et femmes enceintes a été transférée à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE).

[12] Si toutefois les taux de couverture atteignent un seuil déterminé, variable d'une pathologie à l'autre.

Depuis la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, la gestion de la compétence en matière de vaccination de l'enfant, de l'adolescent et de la femme enceinte a été transférée du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles à l'ONE, organisme d'intérêt public.

L'ONE a pour mission d'assurer la gestion, le développement, l'adaptation et l'évaluation du programme de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les couvertures vaccinales sont l'un des principaux indicateurs permettant de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination. Les enquêtes de couverture sont réalisées auprès des enfants âgés de 18 à 24 mois et auprès des élèves d'un niveau scolaire en particulier, soit de 2<sup>e</sup> primaire, 6<sup>e</sup> primaire, 2<sup>e</sup> secondaire et enfin de 4<sup>e</sup> secondaire. Elles permettent d'évaluer le pourcentage de la population vaccinée pour les différentes maladies tel que prévu dans le calendrier vaccinal. Ces enquêtes permettent aussi d'évaluer le respect de l'âge d'administration des doses de vaccin.

### • COUVERTURE VACCINALE POUR L'HÉPATITE B CHEZ LES PRÉ-ADOLESCENTS DE 6<sup>e</sup> ANNÉE PRIMAIRE<sup>13</sup>

Le virus de l'hépatite B (VHB)<sup>14</sup> engendre une infection du foie, dont la forme aiguë peut être symptomatique ou asymptomatique, et conduire à une hépatite chronique. Celle-ci peut entraîner une cirrhose qui évolue vers un cancer du foie. Il est très important de vacciner les enfants en bas âge car le risque de passage à la chronicité est d'autant plus élevé que l'infection survient tôt dans la vie.

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée dans le calendrier vaccinal. Le vaccin combiné (hexavalent) est administré à 2, 3, 4 et 15 mois chez les nourrissons. Si lors du bilan vaccinal en 6<sup>e</sup> primaire, la vaccination n'a pas été effectuée, une vaccination de rattrapage peut être proposée à l'enfant entre 11 et 15 ans. Le rattrapage peut s'effectuer en 6<sup>e</sup> primaire ou en 2<sup>e</sup> secondaire. Le schéma de rattrapage pour cette tranche d'âge est de 2 doses à 6 mois d'intervalle, avec le vaccin adulte. Le vaccin combiné, pour les nourrissons, et le vaccin monovalent, pour les enfants et les adolescents, sont disponibles gratuitement dans le circuit de distribution de vaccins de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'enquête réalisée en 2015-2016 portait principalement sur la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) auprès des élèves de 6<sup>e</sup> primaire. Elle a également récolté des données sur la couverture du vaccin contre l'hépatite B. Elle a été réalisée auprès des Services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE) et des Centres Psycho-Médico-Sociaux (CPMS) de la Fédération Wallonie-Bruxelles exerçant la mission de Promotion de la Santé à l'École. Les informations vaccinales des élèves proviennent de leurs dossiers médicaux disponibles dans les SPSE/CPMS-FWB.

L'échantillon sur lequel est basée l'enquête est un échantillon de classes. Le tirage au sort des classes est effectué proportionnellement à la taille de la population scolaire dans les différentes provinces et en Région de Bruxelles-Capitale. L'échantillon total, représentatif de la population de la Fédération Wallonie-Bruxelles, est constitué de 5.300 élèves de 6<sup>e</sup> primaire dont 2.662 filles et 2.638 garçons. Le sexe-ratio (garçons/filles) est de 0,99.

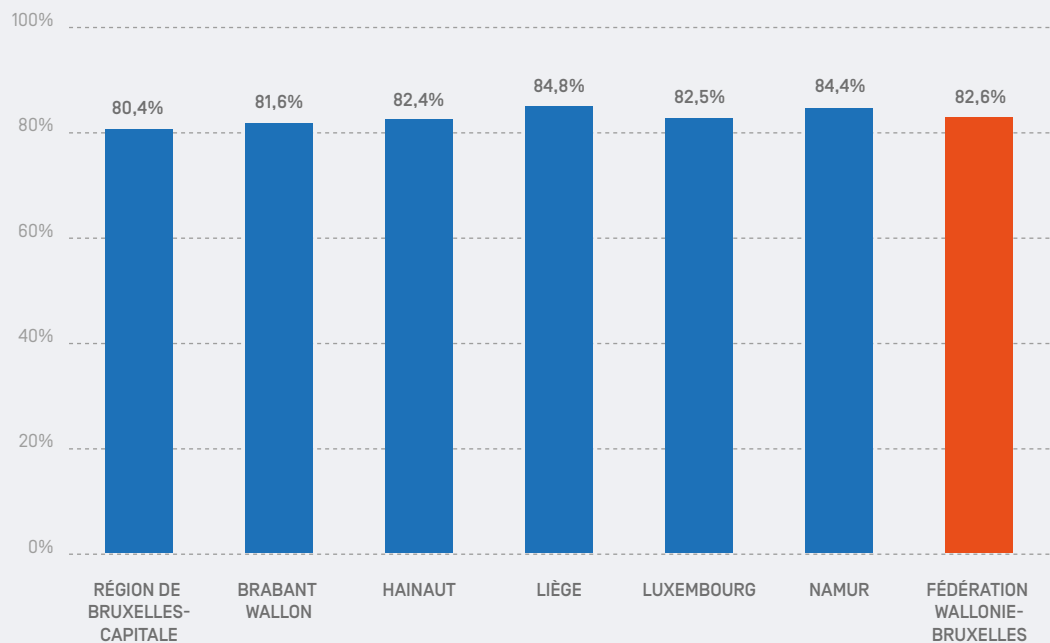
[13] Vermeeren A, Goffin F. Statistique de couverture vaccinale en 6<sup>e</sup> primaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015-2016. Rapport Provac.

[14] Le VHB se transmet par exposition des muqueuses, ou de la peau lésée, à du sang ou d'autres liquides biologiques spécifiques contaminés (salive, sperme et sécrétions vaginales).



►  
**Source(s) :**  
 • Vermeeren A,  
 Goffin F. Statistique  
 de couverture  
 vaccinale en  
 6<sup>e</sup> primaire en  
 Fédération Wallonie-  
 Bruxelles en  
 2015-2016. Rapport  
 Provac

### COUVERTURES VACCINALES DES ÉLÈVES DE 6<sup>e</sup> PRIMAIRE EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES, POUR LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B, PAR PROVINCE/RÉGION, ANNÉE SCOLAIRE 2015-2016



L'enquête montre que 82,2% des élèves de 6<sup>e</sup> primaire sont en ordre de vaccination contre l'hépatite B. Les parents expriment clairement un refus dans seulement 1,3% des cas [soit 69 élèves sur 5.300]. Une enquête téléphonique a été réalisée après l'analyse des dossiers afin de compléter les données non disponibles dans les dossiers. Cette seconde étape a permis d'établir la couverture vaccinale totale à 82,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles. Une augmentation d'environ 7% a été constatée entre 2008-2009 [75%] et 2015-2016 [82,6%].

L'estimation de couverture vaccinale doit être considérée comme minimale car les SPSE/CPMS-FWB ne reçoivent pas l'ensemble des informations sur les statuts vaccinaux.

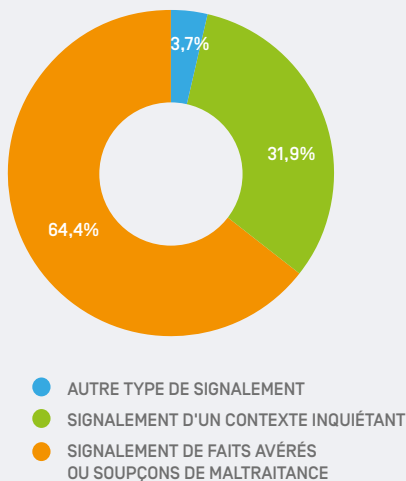
Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a fixé comme objectif de maîtriser l'infection par le virus de l'hépatite B. La vaccination joue un rôle majeur dans la stratégie proposée. L'objectif fixé par l'OMS est d'arriver à une couverture de 95% après le schéma de vaccination complet en 2020. Il est donc important de bien continuer à vacciner les nouveau-nés et d'effectuer le rattrapage entre 11 et 15 ans pour ceux qui ne seraient pas encore en ordre.

## 5. ENFANCE MALTRAITÉE

Depuis le début de l'année 2016, les équipes SOS Enfants bénéficient d'un nouveau programme de recueil de données statistiques, dénommé IMISOS. Bien que les données récoltées par les équipes soient plus fiables à partir de 2016, elles ne représentent pas la réalité de la maltraitance infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles mais bien les situations de maltraitance dont les équipes SOS Enfants ont eu connaissance.

## • LES TYPES DE MALTRAITANCE

CATÉGORIES PRINCIPALES DE SIGNALEMENTS EN 2016 (N=6.398)



### Note(s) :

Maltraitance principale : prise en compte d'un seul type de maltraitance pour un enfant alors que les types de maltraitements peuvent être multiples.

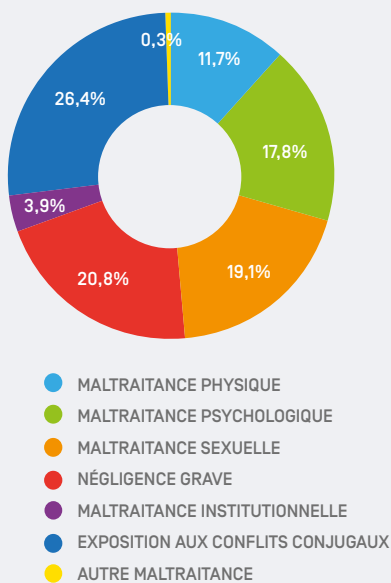
Parmi les 6.398 signalements reçus par les équipes SOS Enfants, 64,4% portent directement sur une situation de maltraitance, suspectée ou avérée. 31,9% concernent un contexte inquiétant, c'est-à-dire une situation où aucune maltraitance n'a été constatée mais le contexte dans lequel les enfants vivent est préoccupant et peut avoir, dans certains cas, des conséquences à long terme sur leur développement : des parents qui, confrontés à leurs propres difficultés (précarité économique, immaturité parentale, toxicomanie...), ne sont pas en mesure de subvenir adéquatement aux besoins de leur enfant ; des parents qui prennent leur enfant à témoin dans le cadre d'une séparation ou lors de violences conjugales... Enfin, 3,7% des signalements concernent une demande d'avis ne portant pas sur une question de maltraitance, comme une demande de suivi thérapeutique, par exemple. Un signalement peut porter sur un enfant victime de plusieurs maltraitements. Il est dès lors difficile de comparer ces pourcentages aux données de l'année passée, où seules les maltraitements principales signalées étaient reprises.



### Source(s) :

- ONE ; Base de données THOPAS
- Calcul(s) : ONE

MALTRAITEMENTS PRINCIPAUX DIAGNOSTIQUÉS EN POURCENTAGE EN 2016 (N=2.717)



La maltraitance diagnostiquée découle de l'évaluation pluridisciplinaire réalisée par les équipes SOS Enfants. Plusieurs maltraitements pouvant être diagnostiqués pour une même situation, 2.717 maltraitements ont donc été diagnostiqués sur les 2.053 interventions.

Au sein des 2.717 diagnostics de maltraitance, la nouvelle catégorie « Exposition aux violences conjugales et conflits conjugaux exacerbés » constitue la maltraitance la plus diagnostiquée [26,4%]. Les négligences graves représentent 20,8%, la maltraitance sexuelle 19,1% et la maltraitance psychologique 17,8%. Enfin, la maltraitance physique représente 11,7% des maltraitements diagnostiqués, et la maltraitance institutionnelle 3,9%.

Finalement, les équipes SOS Enfants ont comptabilisé 476 autres interventions : 357 concernent un contexte inquiétant, 82 aboutissent à un constat de non maltraitance et 37 concernent une maltraitance antérieure qui n'entraîne plus de risque actuel pour l'enfant.



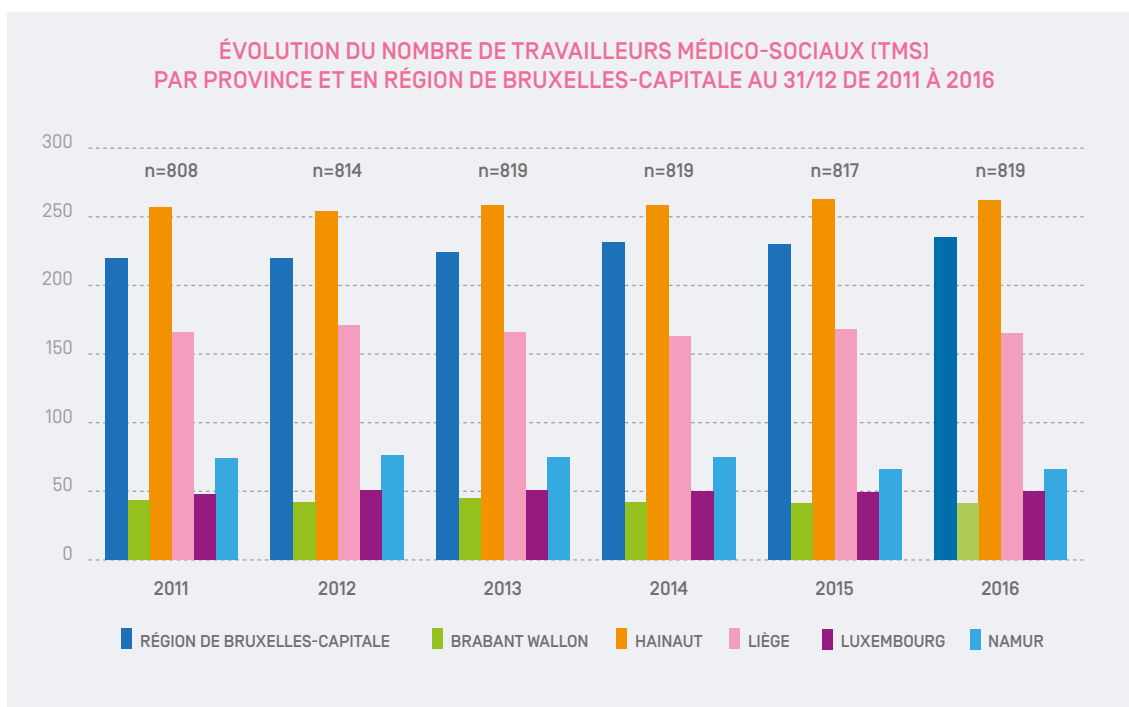
### Source(s) :

- ONE ; Base de données THOPAS
- Calcul(s) : ONE

## 6. PERSONNELS DES CONSULTATIONS ONE

### • LES TRAVAILLEURS MÉDICO-SOCIAUX

►  
**Source(s) :**  
 • ONE - Direction  
 du Développement  
 des Ressources  
 Humaines  
 • Calcul(s) : ONE



L'ONE assure sa mission d'accompagnement par le biais de ses structures de consultation mais aussi par le déploiement de plus de 800 travailleurs médico-sociaux (TMS) sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ils représentent plus de 50% du personnel de l'ONE. La répartition par province montre que 60,7% de l'effectif TMS se situe en province du Hainaut et dans la Région de Bruxelles-Capitale. C'est dans cette province et dans cette région que le nombre de naissances est le plus élevé.

Les TMS sont des agents de première ligne qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins de consultation et les volontaires. Ils sont au contact direct du public et proposent leurs services à toutes les familles pour un suivi de l'enfant dès sa conception jusqu'à ses 6 ans accomplis. Ils ont un rôle de prévention et de soutien à la parentalité. Infirmiers, sages-femmes ou assistants sociaux de formation de base, ils exercent le même métier centré sur la promotion du bien-être de l'enfant. Ce métier revêt des facettes médicales, sociales et relationnelles.

Les TMS développent une approche systémique et globale. Leur accompagnement des futurs parents et des parents est réalisé en prenant en considération les divers aspects de la situation et en y adaptant leur action. Ces professionnels de la petite enfance sont rodés à l'écoute active et à la méthodologie de la bientraitance. Ils veillent à se décentrer de leurs propres représentations et à s'appuyer sur les compétences parentales et sur les ressources familiales. Il s'agit pour eux d'installer un dialogue avec les parents, dans le cadre d'une relation respectueuse des savoirs, du vécu et des compétences de chacun.

C'est en pratiquant l'écoute active que le TMS peut détecter les besoins, les préoccupations et les attentes de la famille et ainsi adapter son intervention et ses objectifs. La famille est toujours considérée comme le premier partenaire. Le TMS veille aussi à accorder une attention particulière à la place du père.

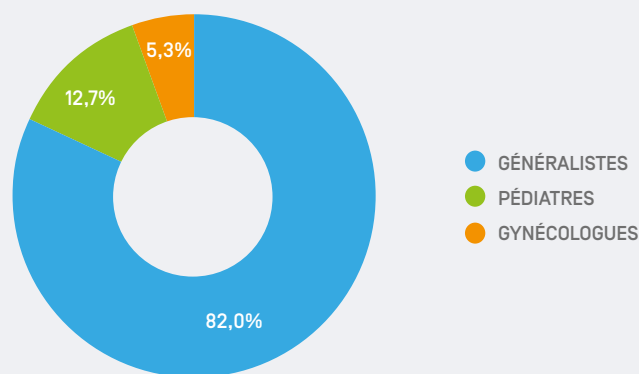
Une formation à l'entrée en fonction les prépare à exercer ce métier aux multiples facettes. Le nouveau TMS est pris en charge dès son entrée en fonction dans le cadre d'un dispositif d'accueil, d'intégration et de formation. La formation théorique est couplée à un apprentissage pratique exercé par un tuteur, TMS expérimenté et formé sur le plan pédagogique.

Au vu de la pyramide des âges, il apparaît que dans les 10 à 15 ans à venir, un tiers du personnel TMS est appelé à être renouvelé. La formation des nouveaux TMS constitue donc un enjeu important. Il demande qu'une attention particulière y soit apportée pour que l'ONE dispose d'agents opérationnels sur le terrain le plus rapidement possible et pour préserver l'expertise engrangée par des générations de TMS. L'informatisation du terrain mettra à disposition du secteur des moyens nouveaux pour répondre à cet objectif. Le développement de l'e-learning est ainsi envisagé pour proposer à chaque nouveau TMS une formation personnalisée et accessible à tout moment.

La formation en cours d'emploi est tout aussi importante pour actualiser les savoirs et développer les compétences de ces professionnels. Le programme de formation comprend des thèmes constants en lien avec le cœur du métier mais s'adapte également aux besoins nouveaux. Ainsi, une demande croissante de formation sur les violences conjugales et sur les psycho-pathologies est constatée.

## • LES MÉDECINS

RÉPARTITION DU NOMBRE DE MÉDECINS DES CONSULTATIONS ONE PAR SPÉCIALITÉ EN 2016



Les séances de consultations organisées dans les structures de l'ONE sont tenues par des gynécologues, des généralistes ou des sages-femmes lorsqu'il s'agit de consultations prénatales et par des médecins généralistes ou par des pédiatres pour les consultations pour enfants, les consultations périodiques ou les cars sanitaires.

En 2016, 1.000 médecins ont contribué au suivi de la santé du public fréquentant les structures préventives de l'ONE (consultations et milieux d'accueil). Parmi ces médecins, la plupart ont une formation de médecin généraliste (82,0%), 12,7% sont pédiatres et 5,3% sont gynécologues ou sages-femmes. Le nombre de médecins était de 965 en 2015.

Les prestataires médicaux actifs au sein des consultations prénatales hospitalières ne sont quant à eux pas comptés dans ce total, leur collaboration étant encadrée par les partenaires hospitaliers.



### Source(s) :

- ONE-  
Direction du Développement des Ressources Humaines
- Calcul(s) : ONE

## C) LES MISSIONS D'ACCUEIL

### 1. DE 0 À 3 ANS

Les milieux d'accueil autorisés par l'ONE fixent librement la participation financière parentale, en tenant toutefois compte des possibilités financières des parents. Plusieurs formules coexistent : forfait invariable, forfait tenant compte du volume théorique de présences, du volume réel de présences, du revenu des parents (barème ONE ou autre)...

Les milieux d'accueil agréés, voire subventionnés, fixent la participation financière parentale sur base des revenus des parents ainsi que des modalités et du barème de l'ONE. Au total, les parents paient en moyenne 15,37 euros par jour et par enfant dans les milieux d'accueil subventionnés par l'ONE (donnée disponible via les demandes de subsides).

#### • LE TAUX DE COUVERTURE SELON LES NORMES EUROPÉENNES

TAUX DE COUVERTURE SELON LES NORMES EUROPÉENNES POUR L'ANNÉE 2016

	Nbre enfants de 0-3 ans au 01/01/2017	Nombre d'enfants recensés			Total du nombre d'enfants recensés	Taux de couverture 2016
		Dans les milieux d'accueil subventionnés [MAS] au 15/01/2016	Dans les milieux d'accueil non subventionnés [MANS] en 2016	À l'école maternelle [de 2,5 à 3 ans] au 15/01/2016		
Région de Bruxelles-Capitale	47.576	7.540	4.763	4.690	16.993	35,7
Brabant wallon	12.084	3.183	2.648	1.654	7.485	61,9
Hainaut	42.763	11.611	1.999	5.697	19.307	45,1
Liège	33.686	7.895	3.591	4.486	15.972	47,4
Luxembourg	9.354	2.820	1.236	1.346	5.402	57,8
Namur	15.524	4.703	2.199	2.066	8.968	57,8
<b>Fédération Wallonie-Bruxelles</b>	<b>160.987</b>	<b>37.752</b>	<b>16.435</b>	<b>19.939</b>	<b>74.126</b>	<b>46,0</b>

#### Note(s) :

- MAS = milieux d'accueil subventionnés (accueillantes conventionnées, crèches, préguardiennats, maisons communales d'accueil de l'enfance).
- MANS = milieux d'accueil non subventionnés par l'ONE (accueillantes autonomes, maisons d'enfants et haltes accueil).
- Les enfants de la Région de Bruxelles-Capitale sont comptabilisés à 90%. Les enfants des communes germanophones ne sont pas comptabilisés.
- Pour les MANS, estimation sur base du nombre de places multiplié par 1,25 (taux de fréquentation des MAS sur base du nombre d'enfants inscrits au 15/01/2016).

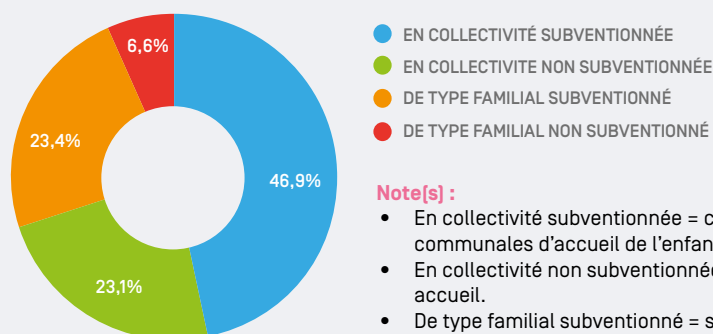
Le taux de couverture selon les normes européennes est utilisé lors de comparaisons européennes ou internationales. Il prend en compte tous les enfants de 0 à 3 ans qui fréquentent une structure d'accueil préscolaire ou scolaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, par rapport au nombre total d'enfants de 0 à 3 ans résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles. En 2016, ce taux atteint les 46,0% (pour 44,3% en 2015).

Pour rappel, les objectifs fixés par l'Europe à Barcelone en 2003 étaient d'atteindre un taux de couverture de 33% des enfants de 0-3 ans.

Source(s) :  
 • ONE  
 • SPF Économie - Direction Générale Statistique - Statistics Belgium  
 • ETNIC  
 • Calcul(s) : ONE

## • TYPE DE PLACES D'ACCUEIL

### RÉPARTITION DES PLACES D'ACCUEIL EN 2016



#### Note[s] :

- En collectivité subventionnée = crèches, pré-gardiennats, maisons communales d'accueil de l'enfance.
- En collectivité non subventionnée = maisons d'enfants, haltes accueil.
- De type familial subventionné = service d'accueillantes conventionnées.
- De type familial non subventionné = [co-]accueillantes autonomes.

En 2016, la majorité des places d'accueil disponibles (46,9%) sont des places en collectivité dans un milieu d'accueil subventionné par l'ONE et dont la participation financière est calculée sur base des revenus des parents.

23,1% des places disponibles le sont dans des structures collectives autorisées et non subventionnées par l'ONE.

Finalement, un tiers des places sont disponibles en accueil familial : 23,4% auprès des accueillantes d'enfants conventionnées et 6,6% auprès des accueillantes d'enfants autonomes.

## • LE TAUX DE COUVERTURE EN TERMES DE NOMBRE DE PLACES

### TAUX DE COUVERTURE EN TERMES DE NOMBRE DE PLACES AU 31/12/2016

	Nombre de places			Taux de Couverture [en %]			Nbre enfants de 0-2,5 ans au 01/01/2017
	Subventionnées par l'ONE	Non subventionnées par l'ONE	Total	Subventionné par l'ONE et assimilé	Non subventionné par l'ONE	Total	
Région de Bruxelles-Capitale	7.680	3.780	11.460	19,4	9,5	28,9	39.653
Brabant wallon	2.954	2.118	5.072	29,5	21,2	50,7	10.005
Hainaut	8.773	1.599	10.372	24,8	4,5	29,3	35.371
Liège	5.841	2.873	8.714	20,9	10,3	31,2	27.919
Luxembourg	2.287	989	3.276	29,6	12,8	42,4	7.730
Namur	3.532	1.759	5.291	27,4	13,7	41,1	12.875
<b>Fédération Wallonie-Bruxelles</b>	<b>31.067</b>	<b>13.118</b>	<b>44.185</b>	<b>23,3</b>	<b>9,8</b>	<b>33,1</b>	<b>133.552</b>

#### Note[s] :

- Les places sous-tutelle SAJ ne sont pas incluses. Les 1.026 places de la Commission européenne ne sont pas incluses (statut spécifique).
- Nombre d'enfants de 0 à 2,5 ans au 01/01/2017 = (les enfants de moins d'1 an) + (les enfants de 1 an à moins de 2 ans) + (50% des enfants de 2 ans à moins de 3 ans). Le nombre d'enfants bruxellois est pris à 90%. La province de Liège ne compte pas les enfants des communes germanophones.



#### Source[s] :

- ONE
- Calcul(s) : ONE



#### Source[s] :

- ONE
- SPF Économie - Direction Générale Statistique - Statistics Belgium
- ETNIC
- Calcul(s) : ONE

Ce taux de couverture est le rapport entre le nombre total de places et une estimation du nombre d'enfants en âge de fréquenter les milieux d'accueil (nombre d'enfants de 0 à 2,5 ans domiciliés en Fédération Wallonie-Bruxelles). Cette méthode tient compte du fait que les enfants ne fréquentent généralement pas un milieu d'accueil avant l'âge de 3 mois et entrent à l'école entre 2,5 ans et 3 ans.

Le taux de couverture est de 33,1% en 2016. Il était de 31,3% en 2015. Cette augmentation est due à la hausse du nombre de places d'accueil disponibles (+1.178 places) mais également à la diminution du nombre d'enfants de 0 à 2,5 ans.

## 2. DE 3 À 12 ANS

### a. L'accueil temps libre

#### • LES COMMUNES ASSURANT UNE COORDINATION ACCUEIL TEMPS LIBRE (ATL)

##### NOMBRE DE COMMUNES ASSURANT UNE COORDINATION ATL EN 2016

Province	Total communes	Subvention de coordination	En %
Région de Bruxelles-Capitale	19	16	84,2
Brabant wallon	27	23	85,2
Hainaut	69	56	81,2
Liège (CF)	75	60	80,0
Luxembourg	44	42	95,5
Namur	38	36	94,7
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>	<b>233</b>	<b>85,7</b>

##### Note(s) :

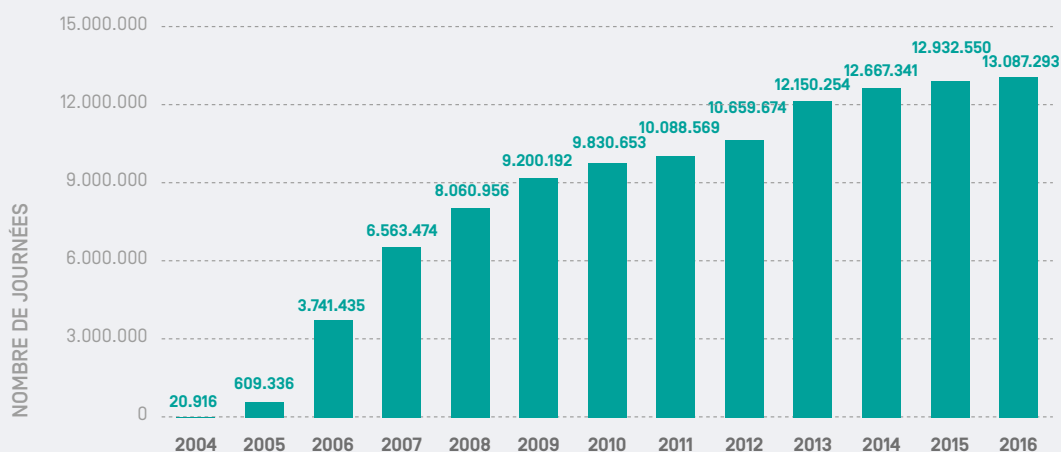
- Total communes = communes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.
- La province de Liège ne comprend pas les communes germanophones.
- L'accueil temps libre concerne l'accueil extrascolaire, les écoles de devoirs et les centres de vacances.

En date du 31 décembre 2016, 233 communes se sont engagées dans le processus de coordination ATL (pour 231 communes en 2015).

Chacune de ces communes perçoit une subvention de coordination qui lui permet de couvrir les charges salariales et les frais de fonctionnement du ou des coordinateurs ATL.

#### • LES JOURNÉES DE PRÉSENCE D'ENFANTS SUBVENTIONNÉES

##### ÉVOLUTION ANNUELLE DU NOMBRE DE JOURNÉES DE PRÉSENCE D'ENFANTS EN DEHORS DES HEURES SCOLAIRES SUBVENTIONNÉES PAR L'ONE DE 2004 À 2016



Source(s) :  
 • ONE ; Bases de données Direction ATL  
 • Calcul(s) : ONE

Source(s) :  
 • ONE ; Bases de données Direction ATL  
 • Calcul(s) : ONE

Le nombre de journées de présence réalisées par les opérateurs d'accueil extrascolaire agréés est en augmentation de 1,2% en 2016 par rapport à 2015, ce qui représente un total de 13.087.293 journées.

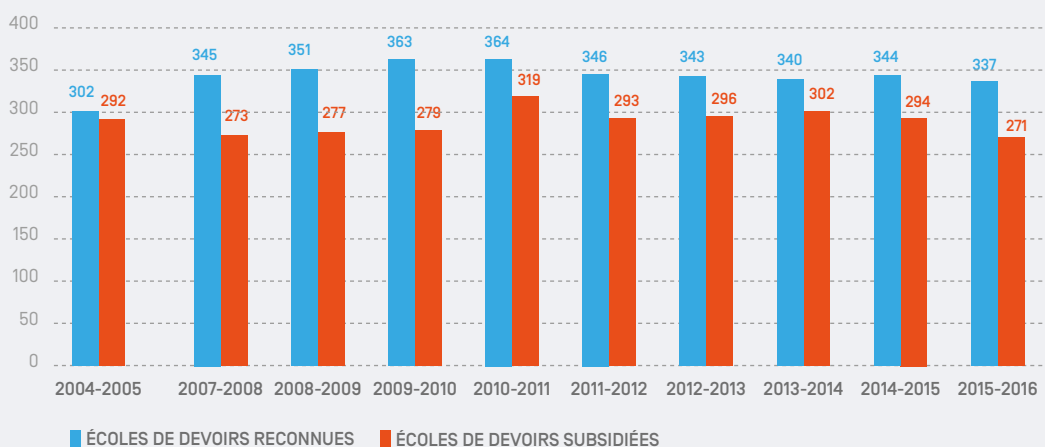
Les opérateurs d'accueil qui répondent aux critères d'agrément et de subventionnement de la réglementation ATL perçoivent une subvention de fonctionnement et, pour certains d'entre eux, une subvention de différenciation positive.

Le montant de la subvention de fonctionnement s'élève à 0,49 euros par journée de présence (en légère augmentation par rapport à 2015).

## b. Les écoles de devoirs

### • LES ÉCOLES DE DEVOIRS RECONNUES

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCOLES DE DEVOIRS DE 2004-2005 À 2015-2016



#### Note(s) :

Les écoles de devoirs doivent répondre à une série de critères pour être reconnues. Si ces dernières répondent à des critères complémentaires, elles peuvent également être subsidiées.

Le nombre d'écoles de devoirs reconnues reste stable depuis 2011-2012 mais a cependant subi une légère diminution pour l'année 2015-2016. Le nombre d'écoles de devoirs subsidiées a, quant à lui, diminué par rapport aux deux dernières années.

Plus d'un tiers des écoles de devoirs sont situées dans la Région de Bruxelles-Capitale. En Région wallonne, la plupart d'entre elles sont réparties dans les zones urbaines de la dorsale wallonne.



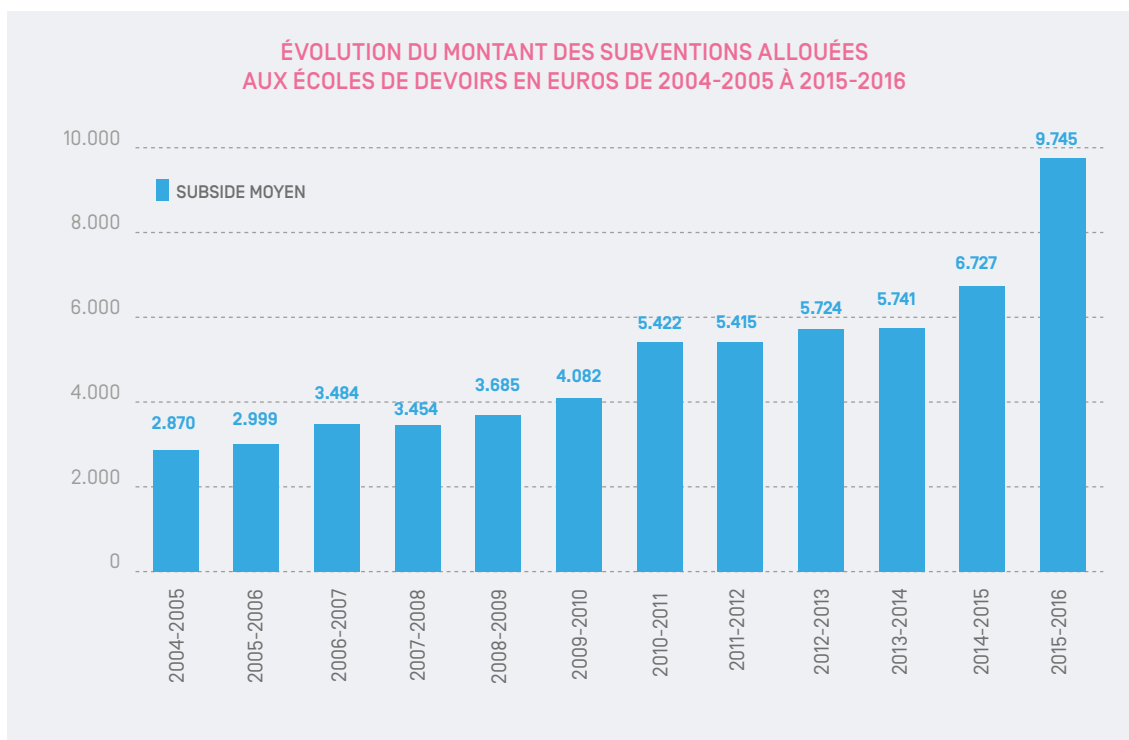
#### Source(s) :

- ONE ; Bases de données Direction ATL
- Calcul(s) : ONE



## • LE MONTANT DES SUBVENTIONS

►  
**Source(s) :**  
 • ONE; Bases de données Direction ATL  
 • Calcul(s) : ONE



Si une légère diminution du nombre d'EDD subsidiées est constatée, le budget a augmenté de manière importante (+ 271.573 euros, soit +16%).

En 2016, le montant moyen de la subvention s'élève à 9.745 euros, soit une augmentation de 44,9% par rapport à 2014-2015.

### c. Les centres de vacances

Il existe trois types de centres :

- le camp de vacances est un service d'accueil résidentiel d'enfants, organisé par un mouvement de jeunesse reconnu par la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre du décret du 26 mars 2009 fixant les conditions d'agrément et d'octroi des subventions ;
- le séjour de vacances est un service d'accueil résidentiel d'enfants, souvent organisé dans un cadre dépaysant comme la mer ou la campagne. Cette initiative se déroule en internat, à l'initiative de mutualités ou d'autres organismes ;
- la plaine de vacances est un service d'accueil non résidentiel d'enfants, souvent proposé par des communes. Cette initiative est généralement organisée dans l'environnement géographique et social habituel des enfants.

• MONTANT DES SUBVENTIONS ET JOURNÉES DE PRÉSENCE SUBVENTIONNÉES D'ENFANTS ET DE PERSONNELS QUALIFIÉS

ÉVOLUTION DU MONTANT DES SUBVENTIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES DE PRÉSENCE SUBVENTIONNÉES D'ENFANTS ET DE PERSONNELS QUALIFIÉS DE 2002 À 2016

	Nombres de centres		Centres subventionnés					
	Déclarés	Dont Subventionnés	Nbre d'enfants inscrits au moins 1 jour	Nbre de journées de présence d'enfants	Nbre de journées coordinateur breveté	Nbre de journées animateur breveté	Subvention octroyée en euros [ONE]	
<b>Camps</b>								
2002	653	515	15.747	170.877	-	-	209.628,0	
2012	2.172	802	25.015	291.833	9.792	13.863	455.309,0	
2013	2.215	887	27.858	325.558	10.693	15.231	512.671,0	
2014	2.158	970	26.253	307.129	10.049	14.073	500.474,7	
2015	2.145	859	27.323	319.259	10.283	14.663	518.099,4	
2016	2.216	1.024	27.217	316.714	10.134	14.187	554.246,0	
% des centres de vacances	57,5	41,4	14,4	19,8	34,2	14,6	16,0	
<b>Séjour</b>								
2002	217	187	15.327	170.215	2.638	10.626	370.468,0	
2012	274	229	14.219	136.748	3.396	11.239	358.553,0	
2013	276	220	12.495	119.811	3.011	9.752	320.392,6	
2014	268	231	12.376	118.941	3.096	10.113	329.489,7	
2015	260	212	12.342	120.091	3.037	9.670	327.804,3	
2016	259	216	11.400	107.012	2.750	9.400	324.590,0	
% des centres de vacances	6,7	8,7	6,0	6,7	9,3	9,7	9,4	
<b>Plaine</b>								
2002	731	654	96.724	982.983	8.925	59.613	1.699.944,0	
2012	1.336	1.152	167.704	1.409.223	18.609	86.903	2.673.744,0	
2013	1.318	1.177	167.592	1.379.635	17.845	85.689	2.677.109,2	
2014	1.402	1.305	167.888	1.350.445	18.875	86.434	2.725.235,4	
2015	1.404	1.273	165.963	1.321.962	19.498	85.899	2.700.284,6	
2016	1.382	1.236	150.503	1.176.032	16.732	73.478	2.578.435,0	
% des centres de vacances	35,8	49,9	79,6	73,5	56,5	75,7	74,6	
<b>Total Centres de vacances</b>								
2002	1.601	1.356	127.798	1.324.075	11.563	70.239	2.280.040,0	
2012	3.782	2.183	206.938	1.837.804	31.797	112.005	3.487.606,0	
2013	3.809	2.284	207.945	1.825.004	31.549	110.672	3.510.172,8	
2014	3.828	2.506	206.517	1.776.515	32.020	110.620	3.555.199,8	
2015	3.809	2.344	205.628	1.761.312	32.818	110.232	3.546.188,3	
2016	3.857	2.476	189.120	1.599.758	29.616	97.065	3.457.271,0	

**Note(s) :**

- Les centres subventionnés constituent une catégorie des centres déclarés.
- En 2002, le nombre de journées « animateur » et « coordinateur » sont nulles car non encodées.



**Source(s) :**

- ONE ; Bases de données Direction ATL
- Calcul(s) : ONE

Les centres de vacances se caractérisent par la diversité des organisateurs : pouvoirs publics, asbl, organisations de jeunesse... qui amènent chacun leur approche spécifique des objectifs pédagogiques de la structure.

Depuis l'entrée en vigueur du décret, les initiatives n'ont pas cessé de se multiplier. Le nombre de structures (communales, associatives ou autres) subventionnées n'a pas cessé d'augmenter jusqu'en 2015 où une diminution a été observée.

En 2016, le nombre de Centres de vacances déclarés a augmenté [+48 Centres, soit +1,3%] ainsi que ceux subventionnés [+132 Centres, soit + 5,6 % par rapport à 2015], et ce malgré une baisse du nombre de journées de présence d'enfants

### 3. FONDS D'ÉQUIPEMENT ET DE SERVICES COLLECTIFS (FESC) TRANSFÉRÉ À L'ONE

Jusqu'à sa disparition le 31 décembre 2014, le FESC subventionnait de l'accueil flexible et d'urgence d'enfants de 0-3 ans, de l'accueil extrascolaire, de l'accueil extrascolaire flexible, des Coordinations ainsi que de l'accueil d'enfants malades (0-12 ans). Le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les moyens budgétaires du FESC ont été transférés à l'ONE. Cela correspond dans la pratique à la prise en charge par l'ONE du financement de 130 projets et 443 lieux d'accueil.

#### RÉPARTITION DES OPÉRATEURS EX-FESC 2016 SELON LE TYPE D'ACCUEIL RÉALISÉ

	2016
Accueil extrascolaire	75
Accueil extrascolaire + Service d'accueil d'enfants malades à domicile	2
Accueil extrascolaire + Accueil flexible 0-3 ans	7
Accueil extrascolaire + Accueil d'urgence	4
Accueil extrascolaire + Service d'accueil d'enfants malades à domicile + Accueil flexible 0-3 ans	1
Accueil extrascolaire + Service d'accueil d'enfants malades à domicile + Accueil flexible 0-3 ans + Accueil d'urgence	3
Service d'accueil d'enfants malades à domicile	13
Service d'accueil d'enfants malades à domicile + Accueil d'urgence	2
Service d'accueil d'enfants malades à domicile + Accueil flexible 0-3 ans	1
Accueil flexible 0-3 ans	8
Accueil d'urgence	10
Coordination	4
<b>Fédération Wallonie-Bruxelles</b>	<b>130</b>

Le total des subventions octroyées en 2016 par l'ONE s'élevait à 32.006.189,12 euros et se répartissait entre des subventions structurelles (29.269.062,93 euros) et des subventions exceptionnelles (2.737.126,19 euros). 130 opérateurs ont bénéficié de ces subventions.

►  
Source(s) :  
• ONE  
• Calcul(s) : ONE

## 4. ACCUEIL SPÉCIALISÉ DE LA PETITE ENFANCE

### • NOMBRE DE PLACES DES SERVICES D'ACCUEIL SPÉCIALISÉS (SASPE)

ACCUEIL SPÉCIALISÉ : NOMBRE, PLACES ET DÉPENSES DE 2011 À 2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Nombre de services autorisés, agréés et subsidiés par l'ONE (hors SASPE ONE)</b>	14	14	14	14	14	14
<b>Capacité autorisée (en nombre de places)</b>	391	391	391	391	391	391
<b>Capacité agréée et subventionnée (en nombre de places)</b>	340,5	340,5	340,5	340,5	340,5	340,5
<b>Dépenses en euros</b>	10.957.891	11.093.187	11.272.414	11.370.175	11.471.650	12.029.191

**Note(s) :**

SASPE ONE : il s'agit de deux services organisés directement par l'ONE à savoir le SASPE Reine Astrid à La Hulpe (56 places) et La Nacelle à Mons (14 places).

Les services d'Accueil Spécialisé de la Petite Enfance (SASPE) accueillent, de jour et de nuit, des enfants de 0 à 7 ans (voir 12 ans, en cas de fratrie). Cet accueil concerne des enfants dont les parents connaissent de graves difficultés qui les empêchent momentanément de s'en occuper.

Au 31 décembre 2016, 14 services autorisés, agréés et subventionnés comptabilisaient 391 places autorisées, dont 340,5 agréées et subventionnées. La situation est identique aux années antérieures.

Par contre, les dépenses ont augmenté de 557.541 euros par rapport à 2015, dans le cadre du refinancement progressif du secteur.



**Source(s) :**

- ONE ; Bases de données Direction Accueil
- Calcul(s) : ONE

**Pour approfondir**

- Le site de l'ONE : [www.one.be](http://www.one.be)
- ONE, « Rapports d'activités »
- ONE, « Rapports BDMS »
- Le site du SPF Économie – Direction générale Statistique : [statbel.fgov.be](http://statbel.fgov.be)