

Des publics spécifiques

1. La santé des enfants

Prof. Perrine Humblet,
Ecole de santé Publique, ULB.

1.1. Introduction

La santé des jeunes enfants représente une préoccupation renouvelée en ce début de 21^e siècle. La variabilité des conditions dans lesquelles l'enfance est vécue, selon les époques et les lieux, a amené de nouvelles questions fortement marquées par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Les enfants doivent-ils être envisagés comme les adultes de demain ? Dans ce cas, le souci de leur santé ne vise en réalité que la population future. Dans le cas contraire où ils sont envisagés comme des êtres au présent, ce que les enfants vivent ici et maintenant dans les sociétés d'aujourd'hui devient central. La représentation des enfants comme un groupe social dépositaire de droits s'oppose alors à une représentation traditionnelle où ils sont fragiles et dépendants. Une autre explication du regain d'intérêt pour la santé des enfants tient à l'introduction récente de la lutte contre les inégalités sociales de santé parmi les grandes priorités des politiques de santé du début des années 2000. La période de la petite enfance est qualifiée de critique dans la genèse du développement des inégalités sociales de santé au cours de la vie. L'enfance constitue ainsi une tranche de vie pour laquelle se développent des exigences d'équité de santé.

Quels indicateurs utiliser et pour quelle tranche d'âge? Selon la CIDE, il s'agit de la période allant de la naissance à 18 ans. Cette tranche d'âge couvrant des situations hétérogènes sur le plan de la santé, nous choisissons ici de traiter uniquement le cas des enfants de moins de 10 ans, les adolescents faisant l'objet du chapitre suivant (I. Godin).

La plupart des indicateurs de santé disponibles en routine pour l'enfance sont centrés sur la première année de vie, et en détaillent les différentes mortalités et les facteurs de risque. Ceux-ci reflètent le combat historique du siècle dernier pour faire diminuer le nombre d'enfants qui décédaient au cours de cette période de vie particulièrement vulnérable. Après cet âge, nous constatons une pauvreté des indicateurs, surtout s'il s'agit de tenir compte de la perspective de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la santé et le bien-être. La santé dans l'enfance ne se réduit pas à l'absence de maladie et concerne également le développement de l'enfant sur le plan physique, social, émotionnel, cognitif et linguistique. La difficulté vient de ce que ce n'est pas un état mais du fait qu'il s'agit d'un processus de maturation dont les manifestations varient selon l'âge et avec une variabilité individuelle. En outre, il n'y a pas de consensus sur les critères d'identification précoce de problèmes dans ce processus. C'est la raison pour laquelle il est très important que les jeunes enfants fassent l'objet d'un suivi longitudinal, régulier, où les professionnels de la santé prennent en compte le contexte familial et social dans lequel ils se développent. Le taux de fréquentation de ce type de consultation représente un indicateur de santé intéressant. Les indicateurs classiques de mortalité et de morbidité sont ainsi complétés par des mesures d'utilisation de services où se réalise un suivi psychosocial et sanitaire des enfants.

La dépendance des enfants vis-à-vis des adultes représente une dernière difficulté pour produire des indicateurs de santé valides. De nombreuses données se réfèrent en réalité aux ménages avec

enfants, et peu de systèmes statistiques utilisent l'enfant comme unité d'observation. Des imprécisions s'en suivent : le nombre de ménages monoparentaux avec enfants diffère du nombre d'enfants vivant dans un ménage monoparental par exemple. D'autres données sont produites par un adulte (proxy), et cela jusqu'à un âge avancé de l'enfant ; c'est par exemple l'âge de 15 ans dans les enquêtes nationales de santé. La philosophie inhérente à la CIDE invite au contraire à développer des outils d'enquêtes affinés, où l'enfant est placé comme sujet à part entière, avec ses spécificités d'âge et de vulnérabilité.

1.2. Les conditions dans lesquelles se passe l'enfance

Les conditions dans lesquelles l'enfance est vécue résultent de la coexistence et de l'interaction de différents milieux de vie, milieux qui sont imbriqués les uns dans les autres : famille, école, milieux d'accueil de l'enfance, mais aussi plaines de jeux, espaces propres au quartier et contexte sociopolitique plus général. Certains facteurs liés notamment à la structure familiale, au niveau de formation des parents et au niveau économique des familles sont des déterminants spécifiques. Ainsi, le niveau d'étude des parents est un facteur positif pour la réussite scolaire des enfants, et il détermine largement l'activité professionnelle et les ressources financières du ménage. Ces dernières déterminent à leur tour la qualité du logement, de l'alimentation, des espaces favorables au jeu et à l'exercice physique. Une structure familiale comme la monoparentalité est par contre associée à un risque supérieur de limitation des moyens financiers.

Les données socioéconomiques collectées dans les certificats de naissance permettent de décrire le milieu de l'enfant à sa naissance. En Wallonie pour l'année 2008 (Tableau 1), deux tiers des mères ont au moins un niveau d'étude secondaire supérieur, 73,7% font partie de la population active et plus de la moitié travaille. Selon cette même source, les mères isolées représenteraient 17,1% du total des femmes ayant accouché. Cependant la proportion de mères isolées à la naissance de leur enfant est mal connue et varie selon l'institution responsable de la collecte des données. Cette proportion tombe à 3,8% dans la collecte établie par les travailleurs sociaux de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE, 2006-07) qui rencontrent la mère au cours du premier mois de l'enfant.

Tableau 1 Caractéristiques des parents à la naissance, Wallonie, 2008 (37380 certificats)

Niveau d'étude	mère	
% niveau d'étude secondaire supérieur (ISCED97 3-4)	31,0	
% niveau d'études supérieures (ISCED97 5-6)	32,2	
Situation professionnelle	mère	père
% actif(ve)	58,0	77,7
% au chômage	15,7	5,8

Source : CEPIP Données périnatales en Wallonie, année 2008, Ministère de la Communauté française, Commission communautaire commune, Région wallonne

Les enquêtes EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) sur les revenus et les conditions de vie permettent d'évaluer le risque de pauvreté de la population âgée de moins de 16 ans. Dans la dernière enquête (2008), ce risque touche un enfant sur quatre (24%) en Région wallonne. Selon cette source, il est largement supérieur dans les familles monoparentales (49%), étant donné que le taux d'emploi maternel y est inférieur à la moyenne.

Outre le milieu familial, une proportion significative des jeunes enfants vit une partie de la journée dans des services d'accueil et d'éducation. Les milieux agréés par l'Office de la Naissance

et de l'Enfance (cf infra) accueillent les enfants de la naissance à l'âge de 3 ans, principalement pour des motifs liés aux obligations professionnelles des parents. L'école maternelle les accueille dès 2,5 ans. Ce niveau d'enseignement est gratuit et ouvert à tous. Dès l'âge de 6 ans, les enfants sont soumis à l'obligation d'instruction et fréquentent l'école primaire. En septembre 2009, la moitié (48,3%) des enfants de moins de 3 ans fréquentait un service d'accueil et d'éducation (une crèche, un service d'accueil à domicile ou une classe maternelle entre l'âge de 2,5 et 3 ans). Cette proportion passait à plus de 95% pour les enfants de 3 ans en classe maternelle et était proche de 100% pour ceux de 4 ans. Les taux de fréquentation de l'école maternelle sont très élevés en Wallonie depuis plusieurs décennies, tandis que pour les enfants plus jeunes la tendance est plus récente.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et le programme de promotion de la santé à l'école (PSE) sont les deux organismes principaux en Communauté française qui sont compétents en matière de suivi de l'enfant et de promotion de la santé, le premier pour les enfants de moins de 6 ans et le second pour les enfants scolarisés. Ils interviennent dans la promotion de certains déterminants sociaux favorables à la santé (la parentalité par exemple), la promotion de facteurs de protection (comme l'alimentation, les vaccinations) ainsi que dans la diminution de la prévalence de facteurs de risque particuliers (comme la surcharge pondérale ou le tabagisme pendant la grossesse). L'ONE organise, parmi d'autres programmes, des consultations pour les futures mères et pour le suivi longitudinal des jeunes enfants. Le programme PSE scolaire a quatre axes d'intervention : le suivi médical des élèves, le recueil standardisé de données sanitaires, la prophylaxie et le dépistage de maladies transmissibles et la mise en place de programmes locaux de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. Les services de PSE couvrent toutes les écoles reconnues par la Communauté française.

1.3. Les indicateurs de santé selon l'âge de l'enfant

1.3.1. Autour de la naissance et pendant la première année

Nous présentons ici les indicateurs de mortalité et de morbidité, suivis d'une revue des déterminants de la santé.

Les derniers chiffres de mortalité disponibles pour la Wallonie se rapportent à 2004. De 1994 à 2004, tous les indicateurs se sont améliorés à l'exception de la mortinatalité (24-40 semaines de grossesse) (Tableau 2). La mortalité néonatale (0-28 jours) et infantile (0-1 an) ont diminué de moitié en 10 ans.

Tableau 2 Taux de mortalité par période spécifique de décès, Wallonie, 1994, 2004

	1994 (pour 1000)	2004 (pour 1000)
Mortinatalité	4,8	5,0
Mortalité périnatale	7,5	6,5
Mortalité néonatale	4,1	2,0
Mortalité infantile	7,7	3,3

Sources : Flash 1. Santé en Communauté française, avril 2008 ; CROSP Naissances mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1993-1995, Ministère de la Communauté française, 2000.

Parmi les décès avant un an, les malformations congénitales sont restées la principale cause de décès en 1994 et 2004 (respectivement 23% et 27% des enfants nés vivants). Le ratio proportionnel

pour la mort subite du nourrisson a diminué pendant cette période, passant de 23% à 15% des décès (le taux spécifique de mortalité est passé de 1,8 à 0,5 pour mille naissances vivantes).

Les déterminants de la santé à la naissance se modifient (Tableau 3). L'âge de la mère augmente régulièrement. En 2008, l'âge moyen de la mère était de 29,4 ans (minimum 13,6 – maximum 48,3 ans). Les taux de prématurité et de faible poids de naissance sont en légère augmentation. Ces deux proportions sont relativement élevées en comparaison avec les pays européens voisins.

Vu la prévalence de la surdité permanente néonatale (1 à 4 ‰) et les conséquences de celle-ci sur les compétences communicatives et le développement cognitif et psychosocial de l'enfant, un dépistage néonatal universel de la surdité est organisé depuis 2006 par les maternités qui souhaitent participer au programme. La couverture est actuellement supérieure à 90%. Parmi les enfants nés de 2007 à 2009 en Communauté française, la prévalence de la surdité bilatérale rapportée par le programme est de 1,1 ‰ et celle de la surdité unilatérale de 0,8 ‰.

Tableau 3. Âge maternel et caractéristiques de l'enfant à la naissance, Wallonie 1994, 2008

	1994	2008
% mère < 20 ans	4,2	4,0
% mère > 35 ans	9,9	15,8
Enfant de poids de naissance <2500g	7,3	7,7
Prématurité (<37 semaines)	6,5	8,2

Sources : CROSP Naissances mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1993-1995, Ministère de la Communauté française, 2000 ; CEPIP Données périnatales en Wallonie, année 2008, Ministère de la Communauté française, Commission communautaire commune, Région wallonne

Les consultations organisées par l'ONE pour les futures mères et pour le suivi du jeune enfant présentent des taux de couverture différenciés selon le public cible, l'âge de l'enfant et la zone géographique. Le taux de couverture des consultations prénatales gratuites organisées par l'ONE en Wallonie était d'environ un tiers (29,8%) des grossesses en 2007. Au moment de la naissance, une prise de contact individuelle est réalisée par un travailleur médico-social de l'ONE pour envisager le suivi médicosocial de l'enfant. La couverture du premier contact avec la famille d'un nouveau-né variait, selon la province, entre un minimum de 77,2% (Liège) et 93,2% (Namur) des naissances en 2007. Pour l'ensemble de la Communauté française, 26% des enfants de la cohorte née en 2006-07 ont bénéficié à l'ONE d'un suivi préventif complet d'une durée de 9 mois, 20,2% d'une durée de 18 mois et 12,3% de 30 mois. Toutefois, la proportion d'enfants ayant fréquenté les consultations ONE au cours de leurs trois premières années de vie est supérieure. En effet, depuis plusieurs années plus de 50% des enfants de moins de 24 mois sont vaccinés par l'ONE (les autres vaccinateurs étant le pédiatre dans un tiers des cas, et le généraliste dans 5%).

La vaccination, l'allaitement maternel et le mode de couchage pendant la première année sont des déterminants protecteurs de la santé. La Communauté française offre la vaccination pour onze maladies infectieuses. L'enquête de prévalence Provac est menée périodiquement sur un échantillon représentatif d'enfants âgés de 18 à 24 mois (échantillon de 512 enfants). Les couvertures observées pour la région wallonne sont toutes supérieures à 90% en 2009, sauf pour les pneumocoques introduits récemment (2007) et le rotavirus dont l'accès n'est pas encore gratuit (Tableau 4).

En 2007, 76,2% des enfants résidant en Wallonie bénéficiaient d'un allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité. Cette proportion diminue rapidement. Parmi les enfants suivis

pendant 9 mois dans les consultations de l'ONE, la prévalence était de 36,9% à l'âge de 12 semaines (résultat pour toute la Communauté française).

L'Enquête nationale de santé par interview, effectuée régulièrement en Belgique sur un échantillon représentatif de la population générale, aborde les pratiques de prévention de la mort subite du nouveau-né. L'évolution est favorable. En 2008, 48% des ménages wallons avec un jeune enfant ont déclaré pratiquer le couchage systématique sur le dos pendant la première année alors qu'en 1997 cette proportion n'était que de 28%. La même source indique pour la Wallonie une prévalence du tabagisme pendant la dernière grossesse de 17% en 2008 pour 28,7 % en 1997.

Tableau 4 Taux de couverture vaccinale des enfants de 18-24 mois

Vaccination complète	Taux
Polio	90.4
Diphtérie Tétanos Coqueluche	90.6
Haemophilus	90.2
Hépatite B	90.4
Rougeole Rubéole Oreillons	92.4
Méningocoque	91.2
Pneumocoque	80.7
Rotavirus	77.3

Source : Provac, 2009

1.3.2. Les enfants de plus de un an

Il est frappant de constater la rareté de données concernant la santé des enfants âgés entre 1 et 9 ans révolus. Cela se vérifie tant pour la morbidité, la santé ressentie ou le bien-être que pour les déterminants favorables ou les facteurs de risque. Les enquêtes nationales de santé par interview ont renoncé à traiter la santé infantile. Les nombreuses et riches données collectées par l'enquête internationale *Health Behaviour of school aged children* (HBSC, voir chapitre sur 'La santé des adolescents') concernent les enfants à partir de l'âge de 9 ans. C'est également le cas du Carnet de bord de la santé des jeunes, établi par l'Observatoire de la santé du Hainaut. Ces deux enquêtes présentent toutefois le très grand intérêt d'être adressées aux jeunes eux-mêmes et non à un proxy, dans la nouvelle ligne de recherche recommandant de connaître l'appréciation de leur santé par les enfants eux-mêmes.

Les sources principales de données sont à nouveau l'ONE et le programme de promotion de la santé à l'école (PSE) mais les données sont limitées. L'ONE enregistre des bilans de santé pour les enfants suivis de manière continue pendant 18 et 30 mois ; toutefois les résultats sont limités du fait que la fréquentation des consultations est faible au-delà de 18 mois. Le programme PSE met progressivement en place en 1^{ère} et 3^{ème} maternelle, et en 2^{ème} et 6^{ème} année primaire un recueil standardisé d'informations dans toutes les écoles à propos d'un dépistage visuel et de deux déterminants de la santé, la vaccination et la surcharge pondérale des enfants. La surcharge pondérale est un facteur de risque tant pour la qualité de vie et le bien-être de l'enfant que pour l'état de santé des enfants une fois parvenus à l'âge adulte. Bien que limité dans son envergure, ce recueil occupe une position clé pour évaluer la santé du jeune enfant dans la région et la Communauté française. Les premiers résultats de surcharge pondérale et d'obésité des enfants en 1^{ère} et 3^{ème} maternelle sont disponibles pour les années scolaires 2007-2008 et 2008-2009. Le statut pondéral des enfants est calculé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC) (voir tableau 5).

La mortalité est la plus faible parmi tous les groupes d'âge. En 2002, respectivement 33 et 30 enfants de 1 à 4 ans et de 5-9 ans sont décédés en région wallonne. La prévalence des maladies et traumatismes est peu connue à l'exception de quelques études ponctuelles. Dans la dernière enquête nationale de santé (2008), seuls deux taux de prévalence de maladies déclarées dans l'enfance sont disponibles pour la tranche d'âge des enfants de moins de 15 ans. La proportion d'enfants de moins de 15 ans souffrant d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps est de 8,2% en Région wallonne, et ceux ayant eu un épisode d'asthme dans les 12 derniers mois de 7,4%.

Tableau 5 Proportions d'enfants en 1^{ère} maternelle en surcharge pondérale par province (2007-08)

1^{ère} maternelle	surcharge (sans obésité)	Obésité	surcharge + obésité
Brabant wallon	9,3%	3,6%	12,9%
Hainaut	9,5%	5,5%	15,0%
Liège	9,0%	5,0%	14,0%
Luxembourg	7,8%	3,4%	11,2%
Namur	8,7%	4,7%	13,4%

Sources : Communauté française, 2011, données non publiées

Les explications de cette relative pauvreté des indicateurs reste à expliquer. D'autant plus que les enfants de la tranche d'âge supérieure présentent des problèmes de santé spécifiques (voir chapitre suivant). Il serait intéressant de combler le fossé de connaissances avant la préadolescence.

1.4. Inégalités sociales de santé et enfance

La lutte contre les inégalités sociales de santé devient une priorité sociale et politique. Les inégalités de santé sont observées à la naissance, voire auparavant, ainsi que pendant toute l'enfance. Elles résultent d'une combinaison de déterminants matériels (logement, conditions de vie de l'enfant, environnement, approvisionnement, accès aux soins et aux services de promotion de la santé), de modes de vie (activité physique, alimentation, activités récréatives par exemple) et de facteurs psychosociaux (stress, rapports de pouvoir, statut, réseau social, mécanismes d'exclusion, etc.) variant socialement. Elles se développent ensuite pour finalement déterminer des trajectoires de santé inégales tout au long de la vie. Depuis trois décennies, les évaluations montrent que les inégalités sociales de santé persistent et sont essentiellement le reflet des inégalités socioéconomiques dans la population. Les explications mettent en exergue le rôle de déterminants de la santé qui sont inégalement répartis dans les groupes sociaux : les facteurs favorables et de protection étant plus présents dans les catégories sociales élevées, et les facteurs de risque plus fréquents dans les catégories socio économiquement faibles. Les données collectées à l'ONE dans les consultations à l'âge de 9, 18 et 30 mois permettent d'observer le phénomène. Quelques déterminants présentés ici à titre d'exemple distinguent les groupes sociaux selon le niveau d'étude de la mère, envisagé comme indicateur de position sociale (Tableau 6).

Tableau 6 Inégalités sociales de santé dans la petite enfance, Communauté française, 2006-07

	Niveau 1 : prim.et sec.inf	Niveau 2 : sec. sup.	Niveau 3 : supérieur	Ratio Niv.1 / Niv.3
Facteur protecteur :				
Allaitement exclusif à 12 sem.	33,5%	36,2%	51,5%	0,65
Facteur de risque à 30 mois :				
Excès pondéral	5,2%	6,5%	4,8%	1,09
Retard de langage	21,1%	16,7%	10,8%	1,9
Etat de santé à 30 mois:				
Caries	5,7%	2,6%	1%	5,7

Sources : ONE Rapport Banque de données médico-sociales, données statistiques 2006-2007.

Dans l'étude HBSC, les enfants âgés de 9 à 12 ans qui évaluent négativement leur santé sont 1,7 et 1,79 fois plus nombreux, respectivement lorsqu'ils vivent dans un ménage d'aisance matérielle moyenne et faible par rapport à ceux qui vivent dans un ménage d'aisance élevée. Ces inégalités ne sont pas nées le jour où les enfants ont eu 9 ans, elles se sont au contraire progressivement mises en place jusqu'à cet âge. Il devient important de disposer d'indicateurs de santé propres à la période de la petite enfance, de manière à organiser des programmes de réduction des inégalités dès ce stade et d'en mesurer l'efficacité. Il est politiquement crucial de considérer les inéquités de santé entre enfants pour ce qu'elles sont, c'est à dire des inégalités sociales et économiques des conditions d'enfance qui sont peu acceptables. A plus long terme, c'est de la population de demain qu'il s'agit également puisque l'enfance occupe une place particulière dans la genèse des inégalités sociales de santé à l'âge adulte.

Références

CEPIP *Données périnatales en Wallonie, année 2008*. Ministère de la Communauté française, Commission communautaire commune, Région wallonne.

CROSP Naissances mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1993-1995, Ministère de la Communauté française, 2000.

Direction générale de la santé. *Santé en Communauté française*, avril 2008, septembre 2008, février 2009

GODIN, I, DECANT, P, MOREAU, N, DE SMET, P, BOUTSEN, M. *La santé des jeunes. Résultats de l'enquête HBSC 2006*. Bruxelles, Sipes, 2008.

ISP HISIA Belgian Health Interview Survey - Interactive analysis (accédé le 22 janvier 2011).

ONE *Rapport annuel 2008*. Bruxelles, ONE.

ONE Rapport Banque de données médico-sociales, données statistiques 2006-2007. Bruxelles, ONE.

RIGBY, M J, KÖLHER L I, BLAIR, M E, METCHLER R. Child health indicators for Europe. A