

ONE

100 ans d'Histoire



**L'ONE,
100 ANS
D'HISTOIRE**

L'ONE, 100 ANS D'HISTOIRE

Ouvrage collectif.

Sous l'égide des Co-Présidents des événements du centenaire de l'ONE,
Monsieur Benoît Parmentier, Administrateur général de l'ONE, et
Marie-Christine Mauroy, Administratrice générale du Fonds Houtman,
avec la précieuse collaboration de Magali Kremer
et la supervision éditoriale de Benoît Goffin.



Table des matières

L'ONE, 100 ans d'Histoire

Préface	6
Avant la Première Guerre mondiale	9
Naître au 19 ^e siècle: un combat pour la vie	10
1844, naissance de la crèche.....	24
1897, première Consultation de nourrissons en Belgique.....	35
De 1914 à 1945	43
La Première Guerre mondiale	44
1919, naissance de l'Œuvre nationale de l'enfance.....	48
La Seconde Guerre mondiale.....	62
De 1945 à l'an 2000	69
Les Trente Glorieuses.....	72
Les années 1980 et 1990: des avancées et des réformes pour un nouveau départ.....	92
Depuis l'an 2000	111
Des missions prioritaires pour un nouveau millénaire.....	112
La communication et les relations externes et internationales.....	156
2015, une nouvelle réforme de l'état et de nouvelles compétences pour l'ONE.....	158
2019, réforme des milieux d'accueil	160
Perspectives d'avenir	163

PRÉFACE

Excellences,

Mesdames et Messieurs

C'est un très grand plaisir de fêter avec vous le centenaire de l'Œuvre nationale de l'enfance, dont sont issus l'Office de la Naissance et de l'Enfance, Kind en Gezin et Kaleido. Comme vous le savez, la famille royale a témoigné son soutien à vos organisations tout au long de ces 100 années d'existence. Ce soutien leur reste acquis. Que de chemin parcouru en cent ans, mais aussi combien de nouvelles réalisations en perspective pour l'avenir !

Nous avons peut-être du mal aujourd'hui à nous souvenir que, dans la Belgique du début du 20^e siècle, près d'un enfant sur six décédait avant l'âge d'un an, le risque pour les mères de mourir lors d'un accouchement restait élevé et l'accueil des enfants demeurait aléatoire.

L'Œuvre nationale de l'enfance, créée juste après la Première Guerre mondiale, allait contribuer à modifier profondément cette situation. Son action coordonnée en faveur des enfants a produit une amélioration durable de la santé de l'enfant et de celle de sa mère. Mais cette action a aussi, petit à petit, transformé le regard porté par notre société sur la petite enfance.

« Ne laisser personne pour compte » est devenu un leitmotiv dans les instances des Nations Unies. Ce principe d'universalité, cette volonté d'atteindre tout un chacun caractérise, depuis le début, l'action des organisations belges de protection de l'enfance. Progressivement, c'est pratiquement chaque enfant né en Belgique qui a pu bénéficier d'un suivi régulier, dès avant sa naissance et au cours de ses premières années.

Nous savons désormais combien ces premières années – dès la conception – sont cruciales pour le développement futur de l'enfant, pour sa préparation à la vie. Nous savons aussi combien la santé et l'éducation, y compris des tout-petits, contribuent pour une grande part à la réalisation du potentiel de chacun. C'est dire combien vos métiers sont complexes, combien ils sont exigeants et combien ils sont importants pour chaque enfant, pour chaque famille et pour toute la société. Nous devons tous être conscients de l'ampleur des responsabilités que vous assumez et de

l'engagement dont vous faites preuve.

La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, dont nous fêtons cette année les 30 ans, reconnaît que « l'enfant, pour un épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension ».

Comment, dans cette perspective, assurer l'égalité des chances aux enfants vivant dans la précarité, comment répondre aux inégalités croissantes, comment rassurer les enfants dont les parents peuvent difficilement assumer leurs responsabilités, mais aussi comment mieux écouter et mieux soutenir tous les parents, ceux qui sont issus d'autres cultures, ceux qui s'interrogent sur le temps passé devant les écrans, ceux dont l'enfant refuse de manger ou de dormir ?

Les interrogations sont nombreuses. Chaque famille est différente, avec des besoins particuliers. Vos organisations n'ont cessé de se mettre à l'écoute, d'élargir leurs horizons et leurs collaborations pour mieux répondre aux besoins des enfants et de leurs parents, dans une société qui évolue rapidement. Ceci est allé de pair avec le développement d'une approche plus multidisciplinaire de la petite enfance.

Je voudrais vous faire part brièvement à cette occasion de deux sujets qui me tiennent à cœur : la santé mentale et l'importance de la vaccination.

Er bestaat een heel brede en gevarieerde waaier aan acties die ook een preventieve rol spelen om een goede mentale gezondheid te garanderen, in het bijzonder bij kinderen en adolescenten. De concrete effecten van die preventie zijn misschien nog moeilijk aan te tonen. Maar die dimensie verdient het wellicht nog meer in de verf gezet te worden bij het opmaken van de balans van de acties van uw organisaties. Ook de recent ingevoerde opvolging van zwangere vrouwen en jonge moeders om depressies en de gevolgen ervan te voorkomen, getuigt eens te meer van de wil en de capaciteit van uw organisaties om zich aan de nieuwste uitdagingen aan te passen.



Ik woonde gisteren de ‘Wereldtop over vaccinatie’ bij, die door de Europese Unie werd georganiseerd in samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie en UNICEF. Het doel van die topontmoeting was opnieuw de aandacht te vestigen op het belang van inenting voor iedere mens, maar ook voor elk land en voor de hele internationale gemeenschap. Terwijl Nigeria misschien op het punt staat om poliovrij verklaard te worden, stelt men vast dat mazelen in ontwikkelde landen aan een verontrustende opmars bezig zijn als gevolg van een ontoereikende vaccinatiedekking. Ik wil hierbij de nadruk leggen op de belangrijke bijdrage die uw organisaties hebben geleverd en moeten blijven leveren om vaccinatie te promoten.

De lange weg die de laatste honderd jaar werd afgelegd, is het resultaat van de permanente wil om zich aan te passen aan de nieuwe behoeften van het gezin en van de samenleving. Maar dit was enkel mogelijk dankzij het harde werk van alle medewerkers van Kind en Gezin, van l’Office de la Naissance et de l’Enfance en van Kaleido. De afgelegde weg is ook te danken aan het uitgebreide netwerk van

tussenpersonen, partners en vrijwilligers op wie uw organisaties sinds 1919 kunnen steunen om uw doelstellingen in praktijk te brengen.

Moge deze honderdste verjaardag de gelegenheid zijn om uw actie nog meer zichtbaarheid te geven. Ik wil u allemaal feliciteren en hulde brengen voor het verrichte werk.

Laten we onze inspanningen voortzetten om ervoor te zorgen dat ieder kind over de kansen en troeven beschikt die nodig zijn om een volwaardige plaats in te nemen in de samenleving, om een waardig leven te leiden en om open te bloeien.

Seul le prononcé fait foi.

Discours d’ouverture de Sa Majesté la Reine à l’occasion des « 100 ans d’engagement pour le bien-être des familles et des enfants en Belgique »





AVANT LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

9

Au 19^e siècle, près de 20% des enfants belges meurent avant leur premier anniversaire, alors que 40% du total des décès concernent des enfants de moins de 5 ans. En cause, des maladies infectieuses dévastatrices face auxquelles la médecine du temps est impuissante. Pourtant, à la fin du siècle, les progrès de l'hygiène et de la nutrition infantile ainsi que les débuts de la vaccination moderne, conjugués à une prise en charge de l'accouchement par un médecin ou une sage-femme diplômée, constitueront des avancées déterminantes dans la lutte contre la mortalité infantile.

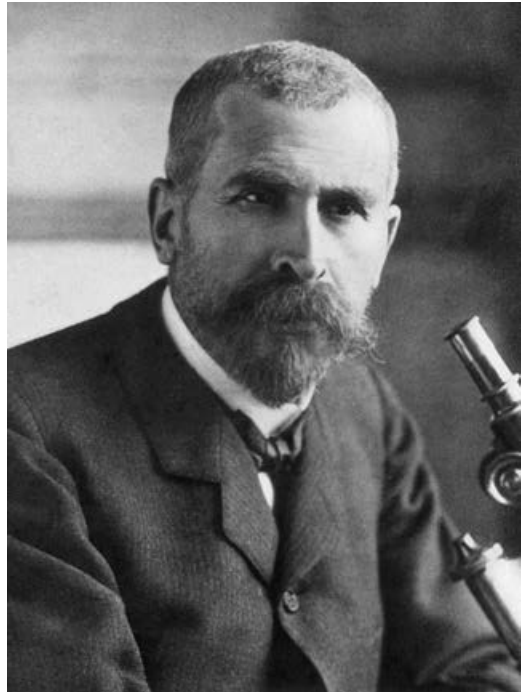
A côté de la médecine, la philanthropie se penche elle aussi, avec sollicitude, sur le berceau de la petite enfance. La crèche, comme alternative à la mise en nourrice étant donné les taux de mortalité particulièrement élevés chez celle-ci, se développe dès 1844, bientôt accompagnée par les premières Consultations de nourrissons et Gouttes de Lait.

NAÎTRE AU 19^e SIÈCLE : UN COMBAT POUR LA VIE

La lutte contre les épidémies

Au 19^e siècle, les maladies de la petite enfance sont synonymes de chiffres de mortalité effrayants¹. Les entérites et les diarrhées comptent pour près de 25 % des décès de nourrissons, les bronchites et pneumonies pour 13 à 14 %. La rougeole et la coqueluche représentent à elles seules 11 % des décès des enfants de moins d'un an et près du quart des décès des un à cinq ans.

Face à cette réalité, le monde médical tente de réagir avec les connaissances et moyens de l'époque. Dès 1894, la diphtérie, autrefois très meurtrière, bénéficie déjà du sérum de Roux et Yersin et tend à régresser. Peu de temps après la mise au point du sérum antidiphtérique, la Belgique s'organise afin d'en bénéficier au plus vite. En 1895, le Gouvernement belge met le sérum de Roux et Yersin, fabriqué à l'Institut Pasteur à Paris, à disposition de tous les médecins afin d'en tester l'efficacité. Fin novembre 1894, l'Institut Solvay entreprend la fabrication du sérum. Peu après, le sérum est aussi fabriqué à Liège et Louvain. Conscient de l'importance d'une intervention rapide



Pierre Paul Emile Roux.

en cas de diagnostic confirmé de la maladie, le ministre des Chemins de fer, Postes et Télégraphes accorde la franchise postale pour l'envoi de tubes destinés à l'examen bactériologique, les demandes de sérum antidiphtérique et l'envoi des doses nécessaires fin mars 1895. Les résultats sont encourageants : on compte alors près de 40 % de décès chez les malades non-traités, contre 15 % chez ceux qui ont bénéficié de la sérothérapie.

Afin de prévenir plus largement les épidémies de variole qui, régulièrement, moissonnent tant de jeunes enfants, la Belgique se dote en 1868 d'un Office vaccinogène pour produire le vaccin en nombre suffisant. Pourtant, la vaccination est encore loin d'être géné-

¹ La rédaction de ce paragraphe intitulé *La lutte contre les épidémies* est extrait d'un texte du Dr Liliane Pirard-Gilbert, conseillère pédiatre ONE, et du Dr. Béatrice Swennen, Chercheur Provac-ULB, membre du Conseil supérieur de la santé.



Travailleurs à domicile, 1909-1910. Collection Musée de la Photographie à Charleroi. © Antony Neuckens

ralisée. Certaines provinces, comme Anvers (1881), Liège (1893) ou le Hainaut (1893) prennent des dispositions tendant à généraliser la vaccination, mais non assorties de sanctions et, à défaut de moyens financiers suffisants, les épidémies continuent de sévir,

comme en témoignent les rapports des Commissions médicales provinciales. En dépit de l'organisation de campagnes encourageant à vacciner tous les enfants nés dans l'année, 71 nourrissons décèdent encore de cette terrible maladie en 1900.

PASTEUR ET LA VACCINATION MODERNE

« Exposer à une forme atténuée de la maladie pour prémunir de la forme grave », c'est en résumé le principe de la vaccination, que Louis Pasteur (1822-1895) présente en 1881 à l'Académie des Sciences.

Le mécanisme de la vaccination est découvert. Il a fallu pour cela franchir plusieurs étapes : isoler les microbes, les maintenir en vie et en contrôler la virulence. C'est la mise au point d'un premier vaccin contre la rage en 1885 qui fournit la preuve de l'efficacité de cette technique. Joseph Meister, un enfant de neuf ans, avait été sévèrement mordu par un chien enragé, Pasteur le vaccine avec succès : l'enfant survit.

12

Quant à Robert Koch, un médecin allemand (1843-1910), il isole le bacille de la tuberculose en 1882 – le *Mycobacterium tuberculosis* aussi appelé *bacille de Koch* ou *BK* – et crée la tuberculine en 1890 avec laquelle des tests de dépistage vont être pratiqués. D'autres innovations de taille vont marquer l'histoire de la vaccination. Ce sont des disciples de Pasteur, Albert Calmette (1863-1933) et Camille Guérin (1872-1961) qui mettent au point le vaccin BCG « le vaccin bilié de Calmette et Guérin » en 1912. Il est testé pour la première fois sur un nourrisson en 1921. Emile Roux (1853-1933) et Alexandre Yersin (1863-1943), deux autres « pastoriens » mettent au point le sérum antidiphthérique en 1894.

A la fin du 19^e siècle, vacciner devient un enjeu de santé publique au niveau international. Deux centres de recherche se partagent alors les innovations : l'Institut Louis Pasteur à Paris, inauguré en 1888, et l'Institut d'hygiène à Berlin, fondé pour Robert Koch en 1891. Ces deux écoles poursuivent des travaux complémentaires. L'école française tente plutôt de comprendre comment les bactéries génèrent des maladies, ainsi que l'ac-



Louis Pasteur, par Félix Nadar.

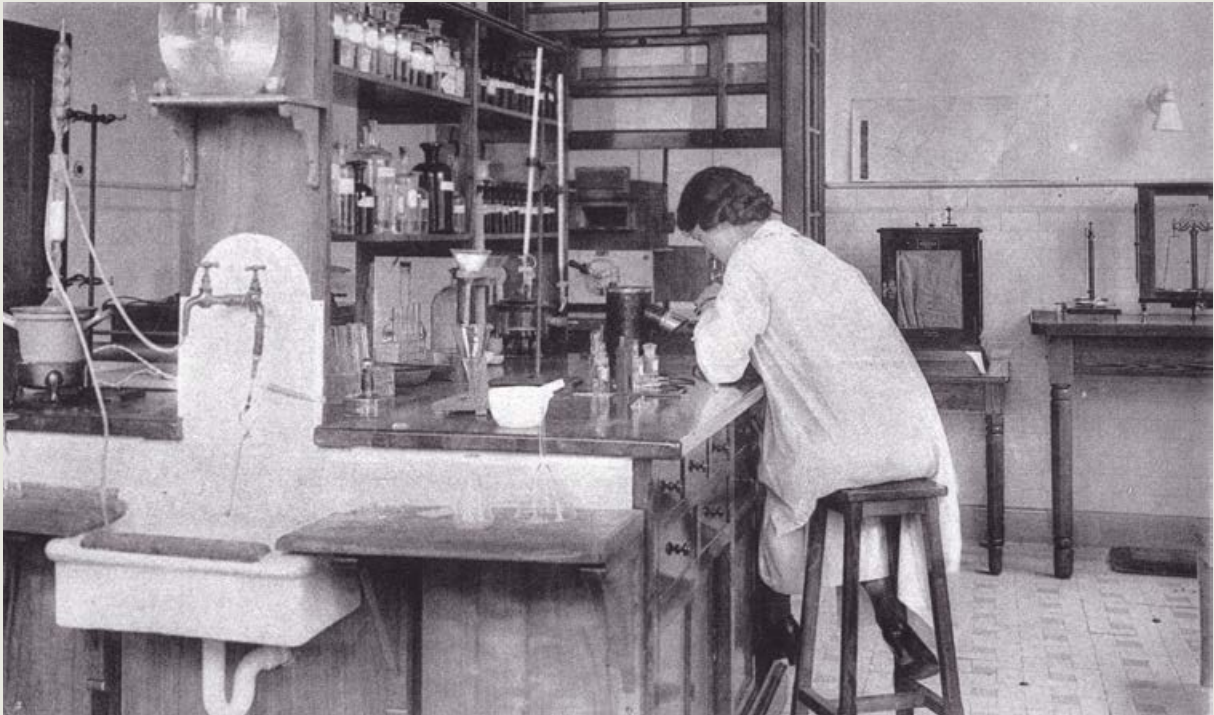
tion de la vaccination et de la sérothérapie dans les mécanismes de résistance à l'infection. L'école allemande s'est davantage spécialisée dans la découverte des bactéries, leurs caractéristiques biologiques et la prévention des maladies infectieuses par le développement de mesures. Forts d'une reconnaissance internationale, des Instituts Pasteur s'ouvrent un peu partout dans le monde. C'est le cas à Bruxelles, en 1900.

Page de droite, en haut, distribution de sérum à Lille en 1906. Dès le début, l'Institut Pasteur de Lille accueille les malades et pratique l'administration du sérum. Calmette, touché par les conditions d'hygiène déplorables des habitants du quartier va créer le premier préventorium antituberculeux qu'il nomme le "dispensaire Emile Roux" accordant une partie importante à l'éducation sanitaire.
© photothèque Institut Pasteur de Lille

En bas, laboratoire de la colonie d'Enfants Débiles de Dondelberg. © ONE



13





The bath, 1902. Leopoldo García Ramón (1876-1948), Espagne. © Peter Horree / Alamy Stock Photo

Et Dieu créa... la sage-femme

Jusque bien tard au 19^e siècle, et en dépit de la publication annuelle de statistiques de décès par âge très précises, la mortalité des nourrissons ne suscite que peu d'intérêt². Un examen attentif de celles-ci révèle que la mortalité diminue à tous les âges au cours de la seconde moitié du siècle, grâce aux campagnes de

vaccination, notamment. Ce n'est pas le cas pour les nourrissons. Fin 19^e siècle, la mortalité reste très importante, en raison des conditions de l'accouchement et des soins périnataux, mais aussi de la capacité à allaiter l'enfant. Pendant tout le siècle, près d'un décès sur quatre est un décès de nourrisson. Jusque 1900, environ, près d'un enfant né vivant sur cinq décède avant de fêter son premier anniversaire. Afin de diminuer ces chiffres impressionnants de la mortalité prénatale, les conditions d'accouchement deviennent une priorité du monde médical.

² La rédaction de ces paragraphes intitulés *Et Dieu créa la sage-femme* et *Sages-femmes, matrones et médecins* est extrait d'un texte de Godelieve Masuy-Stroobant (1948-2017), professeure émérite en démographie de l'UCL et Anna Hernandez, conseillère Sage-femme. ONE.



Panneau sur bois "Mme Kruyens, accoucheuse", 1887. © Province de Liège - Musée de la Vie Wallone

A l'aube de la Révolution industrielle, l'aide entre femmes régit l'accouchement. La fonction d'accoucheuse ou matrone n'est cependant pas dévolue à n'importe quelle femme. Il faut qu'elle ait elle-même eu des enfants, qu'elle soit disponible et légitimée par la communauté en fonction de son savoir-faire, mais aussi de son adhésion aux prescriptions sociales et aux impératifs religieux. Ainsi, elle doit respecter les rituels d'accueil du nouveau-né dans le monde des vivants, mais aussi celui du passage de la vie à la mort et, notamment, ondoyer le nouveau-né au cas où celui-ci vient à décéder. L'art d'accoucher tel que le pratiquent les matrones est un savoir-faire transmis par les aînées aux plus jeunes, sans guère de formation théorique. C'est aussi une fonction d'assistance qui ne s'accompagne pas de rémunération, mais plutôt d'un don en nature, dans la mesure des moyens de l'accouchée et de sa famille.

La nécessité d'une formation des matrones - surtout celles qui exercent à la campagne - apparaît vers la fin du 18^e siècle. A cette époque, les États du Hainaut décident d'organiser des cours afin de former les sages-femmes. Pour se rapprocher des futures étudiantes, les cours dispensés par des chirurgiens-accoucheurs sont décentralisés et donnés de façon occasionnelle à Mons, Ath, Beaumont, Charleroi, Leuze et Enghien. Les « démonstrateurs » font usage d'un « mannequin » ou « machine à démontrer ». Globalement, ces tentatives n'ont que peu de succès. Les causes en sont multiples : la compétence « pédagogique » des démonstrateurs, l'exigence d'un certain niveau d'instruction des candidates – savoir lire et écrire –, le manque à gagner que représente le séjour en ville pour les candidates rurales et aussi la faible rémunération qu'elles peuvent espérer de la formation acquise.

MARGUERITE LE BOURSIER DU COUDRAY, SAGE-FEMME AU SIÈCLE DES LUMIÈRES

En France, Marguerite Le Boursier Du Coudray (1712-1792) est une figure emblématique de l'accouchement et des soins périnataux. Après ses études à Paris, elle revient exercer à la campagne où elle observe dans quelles conditions sont pratiqués les accouchements. Pour dispenser une formation à des matrones illettrées, elle développe une pédagogie particulière combinant l'enseignement de rudiments d'anatomie à la démonstration des manœuvres à pratiquer à l'aide d'un « phantôme » ou « machine à démontrer ». Ce dispositif représente en grandeur nature le fœtus, ses annexes et l'appareil génital de la femme. La façon d'enseigner de Marguerite Le Boursier Du Coudray lui permet de former des groupes d'accoucheuses et d'accoucheurs, mais aussi de futurs « démonstrateurs », censés prendre le relais. Son succès est tel qu'elle se voit attribuer un brevet royal en 1759 qui l'autorise à enseigner dans tout le royaume. Elle entreprend un « tour de France » qui dure quelque 25 années. On estime qu'elle aurait formé jusque 5 000 accoucheuses au cours de son périple. En 1774, elle enseigne à Dunkerque, puis à Lille où les villes de Furnes et de Nieuport envoient des chirurgiens, futurs « démonstrateurs ». Le seul passage documenté de Marguerite Le Boursier Du Coudray en Belgique est le cours qu'elle dispense à Ypres en 1775.



ANCIENNE MARGUERITE DU COUDRAY.
Pensée et envoyée par le Roy, pour
enseigner à pratiquer l'art des Accouche-
ments dans tout le Royaume.



Angélique de Coudray.
In *Abrégé de l'art des accouchemens*,
1777. © Archives.org

Mannequin de démonstration.
Musée des Arts et de l'Enfance,
Fécamp. © Wikipedia

Sous le Régime français, la loi de 1803 est une première tentative d'organiser des formations basées sur la clinique : l'article 30 de la loi du 10 mars 1803 prévoit en effet « l'organisation, dans l'hospice le plus fréquenté », d'un cours théorique et pratique destiné surtout à la formation des sages-femmes. À Liège, un hospice de maternité est ouvert en 1805 au cœur d'un des quartiers les plus misérables de la ville et c'est là que sont organisés des cours théoriques complétés « au chevet des parturientes, par des démonstrations et par l'apprentissage contrôlé des gestes de leur métier ». Ces cours sont gratuits en principe, mais, à nouveau pour les élèves rurales, la barrière est financière : au manque à gagner du fait de leur éloignement, s'ajoutent les frais de leur hébergement en ville.

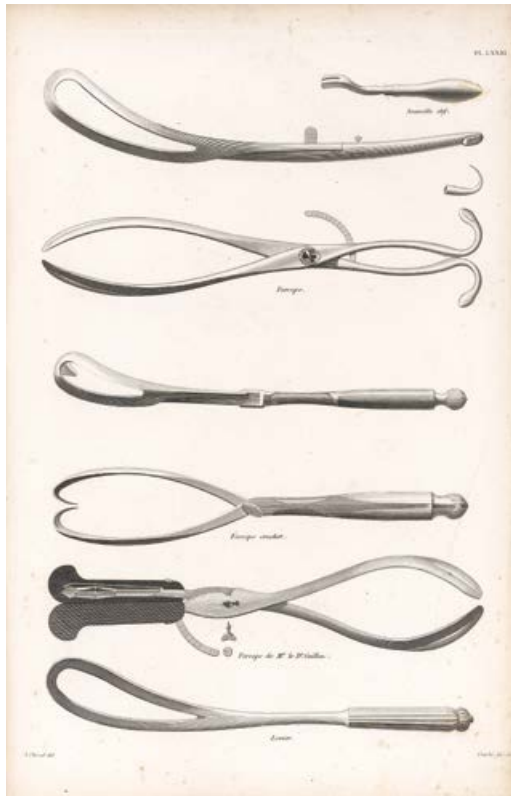
Si la loi du 19 ventôse de l'an XI (10 mars 1803) introduit le diplôme de sage-femme, opérant légalement une distinction entre matrone et sage-femme, la loi du 12 mars 1818, sous le Régime hollandais « réglant tout ce qui est relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir », considérée comme fondatrice de la médecine belge contemporaine, définit et contrôle la légalité de l'art de guérir.

La formation est progressivement organisée dans chaque province et se poursuit après l'indépendance de la Belgique, comme en témoignent les rapports annuels des Commissions médicales provinciales. En se basant sur la loi de 1818 et sur les différents arrêtés royaux qui en déterminent les modalités d'application, on trouve une description de l'organisation de l'école de sages-femmes de Gand. D'une durée de 18 mois à deux ans, cet enseignement est dispensé à l'hospice de maternité par un médecin et une maîtresse sage-femme.

Au milieu du 19^e siècle, chaque province, le Luxembourg excepté, dispose d'une école de sages-femmes localisée dans l'asile ou hospice de maternité le plus fréquenté de la province. Un système de bourses d'études, organisé au niveau provincial, a comme objectif de pourvoir chaque commune d'une sage-femme diplômée au moins. La candidate doit être, soit originaire d'une commune dépourvue de sage-femme diplômée, soit s'engager à s'installer et exercer son art pendant une durée de cinq ans au moins dans une telle commune. Il y a donc là l'intention d'une véritable politique sanitaire visant au remplacement systématique des accoucheuses traditionnelles par des sages-femmes formées par la médecine officielle, mais aussi à doter chaque commune, y compris les communes rurales, de leurs services.

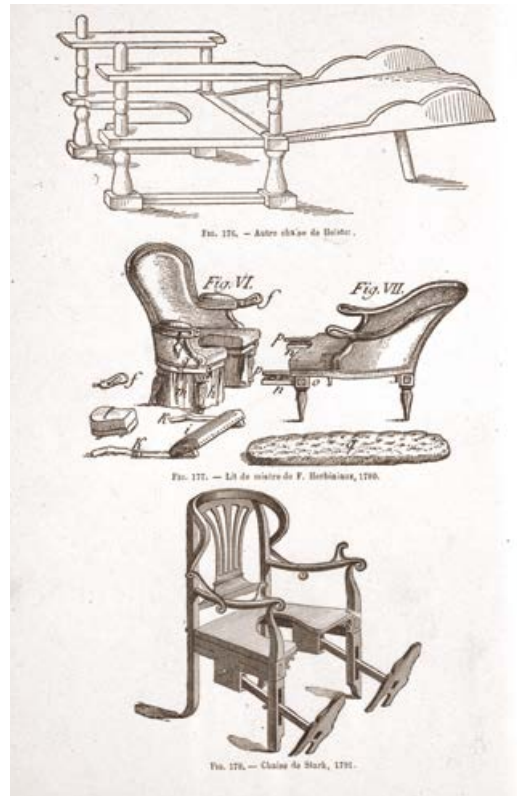
Sages-femmes, matrones et médecins

En dépit de leur formation et de la police exercée par les Commissions médicales à l'encontre de tout praticien exerçant illégalement l'art de guérir, les sages-femmes ont souvent beaucoup de difficultés à pouvoir vivre de leur pratique. Les sages-femmes ont à faire face à une double concurrence. Comme semble le constater la Commission médicale de Flandre occidentale en 1862, les matrones continuent de jouir d'un prestige incontestable, principalement dans les communes rurales : « Les autorités communales négligent complètement la répression de l'exercice illégal de l'art des accouchements (...) si la répartition des sages-femmes n'est pas égale dans toutes les localités (...), la faute en est aux administrations communales. (...) elles sont repoussées par les au-



Instruments obstétricaux fin du 19^e siècle. Gravure.
© Bibliothèque Interuniversitaire de Santé, Paris

torités communales dont les faveurs sont pour des matrones sans titre légal». En ville, les sages-femmes font face à la concurrence des médecins, eux qui progressivement dans la seconde moitié du 19^e siècle, se forment également à l'art d'accoucher. L'adoption de la pratique de l'antisepsie puis de l'asepsie dans les accouchements à partir des années 1885 ainsi que la possibilité de pouvoir pratiquer des césariennes en cas d'accouchement dystocique, confortent les médecins dans la supériorité de leurs compétences. En ville et



Chaises d'accouchement. Gravure. © Bibliothèque Interuniversitaire de Santé, Paris

dans les milieux aisés, c'est à eux qu'on fait appel désormais et, même formée par eux, la sage-femme doit de toute façon faire appel au médecin en cas d'accouchement à problème.

En assurant les accouchements auprès d'une population moins instruite et plus pauvre que celle qui forme la clientèle des médecins, les sages-femmes ont été, en quelque sorte, les ambassadrices d'une médecine devenue plus scientifique et préventive grâce aux dé-



Les Gouttes de Lait, journal *Femina*, Paris. © ONE

couvertes de Pasteur. Mais, faute de pouvoir vivre de leur pratique, les sages-femmes diplômées développent d'autres activités, légales ou non. Ainsi, leurs compétences les amènent à aider les jeunes filles et les femmes présentant un « retard des époques », autrement dit, à pratiquer des avortements. Les annonces qui paraissent régulièrement dans les quotidiens à partir de 1880 jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale sont explicites: Mme N..., accoucheuse diplômée, propose de « rétablir les fonctions

anormalement en retard, même après plusieurs mois », en toute discrétion, bien entendu. Il y est aussi fait mention de « pilules » et de divers remèdes abortifs. La loi du 20 juin 1923 qui élargit la répression de l'avortement, déjà ancienne, à la diffusion et au commerce de moyens abortifs, et qui interdit également toute publicité de moyens anticonceptionnels, met fin à la parution de ces annonces, mais sans doute pas à la pratique des interruptions de grossesse.

Une philanthropie au goût de morale

Si la Belgique de la fin du 19^e siècle se penche sur la mortalité périnatale, c'est également à cette époque que la notion d'enfant en danger, et donc de protection, commence à apparaître. Cette préoccupation nouvelle n'est pas due au hasard et prend sa source dans une industrialisation recourant massivement à une main d'œuvre non qualifiée, y compris infantile. Dans les années 1880, le pouvoir législatif prête une oreille attentive aux récriminations des philanthropes à l'égard de la pénibilité du travail des enfants et des femmes. Le 28 mai 1888, une loi protégeant les enfants employés dans les professions ambulantes est votée. L'année sui-

vante, la loi du 13 décembre 1889 concernant le travail des femmes, des adolescents et des enfants dans les établissements industriels, est votée.

Parallèlement à ces avancées législatives, les philanthropes trouvent un terrain propice à la constitution de sociétés protectrices dédiées à l'enfance. C'est le cas, notamment, de la Société protectrice des enfants martyrs, créée à Bruxelles en 1892. À côté de celle-ci, de très nombreuses sociétés protectrices des enfants voient le jour. Elles ont des objectifs diversifiés couvrant « tous les âges, des nourrissons aux délinquants, aux jeunes prostituées, aux petits vagabonds et mendiants, aux enfants traduits en justice, jusqu'aux enfants arriérés et anormaux ». Des procès retentissants ont lieu, aboutissant à la condamnation des parents tortionnaires



Œuvre du Grand Air pour les Petits, Colonie de Wenduysse/Mer. © Collection privée



Affiche de Arthur Lambrechts, 1897. © AVB 1900-227

ou des proxénètes d'enfants. La création d'institutions d'hébergement permet de déchoir les parents indignes. Pour ces acteurs de la philanthropie, les problèmes sociaux ont peu à voir avec le contexte et les conditions de vie. Ils en attribuent la responsabilité aux défauts de moralité et d'éducation des individus et des familles et, tout au long du siècle, ils se centrent sur la moralisation et l'éducation des classes populaires, ces « classes dangereuses ». Ainsi, intentions philanthropiques et préoccupations morales ne sont jamais éloignées et visent des situations et comportements jugés comme offensants pour l'ordre moral. A côté de la prostitution, parfois juvénile, les aléas et la préca-

rité de la vie favorisent les recompositions familiales aux formes hétérodoxes, ce qui heurte l'ordre social et moral des classes dirigeantes. En réaction, des sociétés de philanthropie se développent. C'est le cas de la Société de moralité publique, en 1881. À l'initiative de Jules Lejeune, une Commission des patronages est également créée en 1894 afin de fédérer de multiples comités de patronage des enfants abandonnés. Les acteurs politiques ne rejoignent les philanthropes que bien plus tard. En 1889 pour ce qui concerne le travail des femmes et des enfants; en 1912 pour la protection de l'enfance; en 1914 avec l'obligation de fréquentation scolaire des enfants de six à quatorze ans.



SOCIÉTÉ PROTECTRICE

DES ENFANTS MARTYRS

La *Société protectrice des enfants martyrs* prie instamment le public de ne pas acheter les produits des petits vendeurs de journaux, d'objets de fantaisie, etc.

Sous prétexte de colportage, ils sont par leurs parents, désertent l'école, vivent de la mendicité déguisée, vagabondage, s'instruisent aux métiers infâmes de la rue et se livrent à des métiers infâmes.

Tout achat fait à ces enfants contribue à perpétuer ce mal et, partant, un mauvais exemple.

Pour la Société protectrice des enfants martyrs

Le Secrétaire général,
HENRI GEDOELST.

Le Président,
A. ANSPACH-PUIS

ASILE : Rue des Capucines

SECRETARIAT : 43, rue Lebeau

Bruxelles — Imprimerie J. E. GOOSSENS, rue du Houblon, 33

Société protectrice des enfants martyrs, affiche. © Carhop

CTRICE
RTYRS

Les Enfants martyrs
ne plus rien acheter aux
allumettes, de fleurs, etc.
ces enfants, exploités
l'école ou l'atelier, font
ent de maraude et de
pratiques les plus
livrent parfois à des

est un encouragement à
service à leur rendre.

Enfants martyrs :
SANT.
Le Trésorier général.
H. MESTDAGH.

omédiens, 25
eau, 43, **BRUXELLES**

L'ŒUVRE DU GRAND AIR
POUR LES PETITS



COLLECTE ANNUELLE
DU 6 JUIN 1897

LES DEMANDES DE CARTES ET LES INSCRIP-
-TIONS DES COLLECTEURS SONT REÇUES AU
LOCAL DU COMITÉ ORGANISATEUR QUI
SIÈGERA TOUS LES SAMEDIS DE 8 À 10h^{1/2} DU
SOIR AU **CAFÉ TENIERS**
83 BOULRD ANSPACK

BRUX. LITH. J.E. BOOSENS.

1844, NAISSANCE DE LA CRÈCHE

«Bercher peu, promener autant que possible, ne pas faire marcher trop tôt, gronder rarement, ne battre jamais, toujours une grande douceur. Coucher l'enfant tantôt d'un côté tantôt de l'autre (...); peu couvrir, et la couverture basse (...). Ne pas laisser l'enfant sur le petit pot. Ne pas gêner l'enfant dans le maillot; ne pas le prendre par les bras. Pieds chauds, tête fraîche, ventre libre (...). Laisser jouer les enfants; les placer à côté de ceux qu'ils aiment. Point de joujoux peints, ni d'épingles, ni rien qui puisse être nuisible aux petits enfants. Grande régularité pour le sommeil, les repas et les jeux.» (*Règlement des crèches, conseils de soins maternels Marbeau, 1863*).

Dans toute l'Europe, les premières initiatives philanthropiques d'éducation de la petite enfance sont imaginées entre la fin du 18^e et le début du 19^e siècle³. En Belgique et en France, les premiers établissements philanthropiques – on parle de salles d'asile – commencent par couvrir la période de la «seconde enfance», par opposition aux enfants dits «du premier âge», c'est-à-dire de moins de deux ans. En France, après quelques tentatives en sens divers, les salles d'asile sont établies pour les enfants de deux à six ans dont les mères travaillent: elles visent à les garder, les éduquer et, indirectement, à diminuer la misère en favorisant le travail des mères. En 1826, à Bruxelles, une société de bienfaisance en

fonde deux, qui partent des objectifs des salles d'asile, en y ajoutant une visée complémentaire: la préparation à l'enseignement primaire. De là leur dénomination «d'écoles gardiennes».

Paris vaut bien une crèche

C'est précisément en réalisant un rapport sur les salles d'asile parisiennes que Firmin Marbeau (1798-1875), adjoint au maire du 1^{er} arrondissement de Paris



Firmin Marbeau. © BNF - Gallica

³ La rédaction des chapitres « Une philanthropie au goût de morale » et « 1844, naissance de la crèche » est extrait d'un texte de Perrine Humblet, directrice du Centre de recherche en approches sociales de la santé, Ecole de santé publique de l'ULB.



Crèche pour enfants d'ouvrières, fin du 19^e siècle, Paris. © BNF - Gallica

et membre de plusieurs sociétés caritatives, constate le manque de système de garde des « enfants du premier âge », ceux qui n'ont pas encore accès à la salle d'asile. Il formule alors un projet en vue de contribuer à un système ininterrompu d'éducation, de la naissance à l'âge adulte. Le 14 novembre 1844, s'ouvre la première crèche à Paris. Elle est financée par des souscriptions et des dons, est dirigée par un comité de dames patronnesses et un médecin, et est tenue par un personnel rétribué pour assurer la garde quotidienne d'enfants âgés de quinze jours à trois ans, dont la mère, pauvre, travaille à l'extérieur de chez elle et « se conduit bien ». Il est demandé aux mères une petite contribution pour sa fréquentation. La mère apporte le linge nécessaire pour la journée et est cen-

sée venir allaiter plusieurs fois par jour. Les enfants admis doivent être en bonne santé et disposer d'un certificat de vaccine (immunisation contre la variole). Ils sont renvoyés à domicile dès qu'ils sont malades. L'initiative poursuit deux buts : diminuer la misère en soutenant le travail des mères et moraliser la société en éduquant dès le berceau. La Société des crèches créée en 1846, le *Règlement des crèches*, le *Bulletin des crèches*, l'ouverture d'une crèche-modèle en 1847 ainsi que le *Manuel des Crèches* publié en 1853, sont autant d'activités développées par Firmin Marbeau en faveur du développement de cette nouvelle institution. Pour ce faire, il obtient le soutien des autorités catholiques, de certains pouvoirs publics et de personnalités culturelles et politiques.

Ce Qui Devrait Etre



Ce qui Arrive trop Souvent



Ce qui Arrive trop Souvent

LE PETIT BETHLÉEM

ŒUVRE DES NOUVEAU-NÉS

SOUS LE HAUT PATRONAGE D'UN COMITÉ MÉDICAL

SOCIÉTÉ EN COMMANDITE PAR ACTIONS, SOUS LA RAISON SOCIALE : Ed. DESFOSSÉS & C^o

STATUTS DÉPOSÉS EN L'ÉTUDE DE M^r ARMAND POTIER DE LA BOUTELLÈRE, NOTAIRE À PARIS

CAPITAL SOCIAL: 600.000 Fr.

DIVISÉ EN 1,200 ACTIONS DE 500 F^r

Siège provisoire, rue de l'Isly, 7, (Gare Saint-Lazare)

OBJET DE LA SOCIÉTÉ

1^o ÉLEVER LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, JUSQU'À L'ÂGE DE DEUX ANS

**2^o RECEVOIR, COMME PENSIONNAIRES, LES PERSONNES FAIBLES DE CONSTITUTION OU DÉLICATES DE POITRINE
DONT LES APPARTEMENTS RECEVRONT LES ÉMANATIONS HYGIÉNIQUES DE LA VACHERIE**

Prix modérés, Nourrices de choix, Soins assidus, Médecins à demeure, Propreté recherchée, Surveillance incessante, Confortable en tout

LE CAPITAL SERA TOUJOURS REPRÉSENTÉ PAR UN IMMENSE TERRAIN BOISÉ, À QUELQUES KILOMÈTRES DE PARIS.

LES CONSTRUCTIONS, BESTIAUX, LINGE, MEUBLES, ARGENTERIE & OBJETS MOBILIERS DE TOUTES SORTES

CHAQUE ACTION AURA DONC AUTANT DE SOLIDITÉ QUE LA PLUPART DES OBLIGATIONS

LES ACTIONNAIRES AURONT DROIT: 1^o À 6 % D'INTÉRÊT — 2^o À 80 % DANS LES BÉNÉFICES NETS

3^o À UNE PART PROPORTIONNELLE DANS TOUT L'ACTIF SOCIAL

Les Actionnaires auront préférence d'admission pour leurs Enfants & ceux de leur Famille

**VERSEMENTS: 50 F^r EN SOUSCRIVANT, 75 F^r À LA RÉPARTITION, LE SURPLUS PAR QUART DE 6 EN 6 MOIS
ON RECEVRA EN PAIEMENT**

1^o Toutes les valeurs facilement négociables, au cours moyen de leur réception, sans autre courtage que celui de l'agent de change

2^o Tous les coupons échéant pendant l'année 1878

LES SOUSCRIPTIONS SONT REÇUES | 1^o AU SIÈGE SOCIAL, RUE DE L'ISLY, 7, (Gare Saint-Lazare)

2^o À L'Administration de tous les Journaux Financiers

LES SOMMES VERSÉES PAR LES SOUSCRIPTEURS SERONT IMMÉDIATEMENT DÉPOSÉES AU CRÉDIT FONCIER JUSQU'À LA CONSTITUTION DÉFINITIVE DE LA SOCIÉTÉ

L'ŒUVRE DES NOUVEAU-NÉS est créée spécialement en faveur des Familles Parisiennes, pour préserver leurs Enfants de la mort qui les attend si souvent lorsqu'elles les envoient au loin en nourrice.

Le PETIT BETHLÉEM est donc tout à la fois une œuvre humanitaire & patriotique, sollicitant le concours de tous ceux qui aiment & pratiquent le bien.

Cette fondation n'a aucun rapport avec tout ce qui a pu être tenté jusqu'à ce jour.

IMP. J. CHÉRET, 10, RUE DE L'ISLY, PARIS

La crèche rencontre cependant des résistances inattendues. Tous les philanthropes n'adhèrent pas à cette « utopie éducative », ce « renouveau éducatif, comme promesse d'un renouveau social ». C'est que l'initiative touche au statut de la femme et au modèle de la famille, soulève des débats sur le travail, la religion et l'enfant. A l'étranger, néanmoins, l'initiative de Firmin Marbeau séduit immédiatement. En 1845, en Belgique, des philanthropes prennent la décision de fonder une crèche, à l'instigation du ministre de la Justice Jules d'Aethan, pour qui « la crèche, fondation pour les enfants nouveau-nés à Paris (...) ne peut qu'être fort utile aux mères pauvres qui travaillent hors de leur domicile ». C'est ensuite le tour de l'Autriche-Hongrie en 1848, de l'Allemagne, de l'Italie, du Portugal, de l'Espagne et de la Pologne dès les années 1850.

La crèche fait ses premiers pas en Belgique

La Société royale de philanthropie de Bruxelles ouvre la première crèche à la date symbolique du 25 décembre 1845, dans les locaux de l'Hospice des aveugles de la rue aux Laines. Cette première institution se voit désignée par l'expression de « crèche-mère de la philanthropie ». Ces premiers philanthropes ne sont pas les seuls à voir dans la crèche une institution socialement souhaitable. Dans l'enquête sur la condition de la classe ouvrière et le travail des enfants, les rapporteurs de la Commission médicale de la province de Gand regrettent que « l'institution des crèches, cette nouvelle voie de charité, [...] est à peine connue chez nous ». Ce souhait est identique pour la province de Liège.

27



La crèche Clémentine de Laeken. © AVB W-0058



Dispensaire Prince Charles de Belgique. © AVG CARHIF

À Bruxelles, les perspectives sociales sont similaires à celles de la crèche française: «encourager le travail et combattre la misère d'où procède l'immoralité», éduquer la mère et l'enfant et veiller à l'alimentation et à la propreté des nourrissons. Le développement de cette nouvelle œuvre résulte d'initiatives privées et bénéficie d'un financement partiellement public – communal ou provincial –, une conception typiquement belge de

la philanthropie. La crèche est une institution éducative et, comme telle, est immédiatement au centre des enjeux entre catholiques et libéraux. Telle la question de l'admission d'enfants «bâtards» ou d'enfants de «mères honnêtes» en 1846, ou celle de la liberté des cultes en 1847. Selon son règlement, une crèche s'affirme ainsi ouverte «aux enfants de tous les cultes reconnus en Belgique (...), dans le sens de la liberté

des cultes proclamée par la Constitution». Pour les libéraux bruxellois, la crèche est un maillon de l'éducation publique précédant l'école communale. C'est ainsi qu'une variante du modèle se déploie, celle de la « crèche-école gardienne », initié en 1847 à Saint-Josse-ten-Noode. D'autres fondateurs souhaitent le multiplier en créant des crèches annexées aux écoles gardiennes existantes. Les écoles gardiennes ou salles d'asile sont effectivement assez nombreuses, ce qui ouvre la voie vers un développement de grande ampleur. La loi organique de 1842 sur l'enseignement primaire lui offre un contexte favorable puisqu'elle prévoit des subsides pour les salles d'asile, lesquels sont étendus aux crèches et écoles gardiennes par la deuxième loi organique de 1879 : « Encourager, prin-

cipalement dans les cités populeuses et dans les districts manufacturiers, l'établissement de crèches et l'adjonction à l'école communale de salles d'asile ou écoles gardiennes et de cours pour les adultes » (article 37). Une ligne budgétaire est disponible en faveur de ces trois types d'établissements. Dans ce contexte, la ville de Liège prend l'initiative en 1879 de créer un service communal des crèches. Au cours de cette période, douze parmi les seize crèches fondées dans l'agglomération bruxelloise sont des « crèches-écoles gardiennes ». Cependant, cette orientation éducative de la crèche ne résiste pas aux tensions entre catholiques et libéraux lors de la Guerre scolaire. Une fois au gouvernement, le Parti catholique fait disparaître la mention des crèches dans la nouvelle loi de l'enseignement



Classe de puéricultrice, 1905. © ONE

de 1884, rattachant les crèches aux établissements de bienfaisance, sous la tutelle du ministre de la Justice à partir de 1885. Aucune fondation de crèche-école gardienne n'est observée par après.

La fonction d'éducation du peuple n'en disparaît pas pour autant, et celle de normalisation sociale se renforce avec les troubles et révoltes de 1886. Quelques crèches patronales sont fondées sur les sites industriels, par les usines Cockerill à Seraing, de Nayer à Willebroeck et par Raoul Warocqué à Morlanwelz. Au-delà d'une action philanthropique, le patronat soutient également les crèches parce que celles-ci permettent de maintenir la main-d'œuvre bon marché des femmes. La Banque nationale de Belgique, la Société Générale, la Tannerie et Maroquinerie de

Koekelberg et la Grande Brasserie financent régulièrement les crèches bruxelloises. Par contre, en Belgique, peu de crèches semblent avoir été financées directement par des œuvres caritatives liées à l'Église catholique, comme c'est le cas en France.

Au total, une cinquantaine de crèches sont fondées entre 1845 et 1909, date de la première étude exhaustive sur ce sujet. Elles le sont principalement dans les villes d'Anvers, de Bruxelles, de Gand et de Liège où, globalement, on observe 69 places ou « berceaux » pour 1 000 naissances. Les conseils de « soins maternels » formulés par Firmin Marbeau sont encore reproduits dans le règlement d'une crèche fondée à Ixelles en 1906. L'institution a déjà plus de cinquante ans.



Crèche du Val Saint Lambert. © CARHOP



LA CRÈCHE MARY WAROCQUÉ À MORLANWELZ

En 1900, Raoul Warocqué, capitaine d'industrie parmi les plus puissants de Belgique, décide la construction d'une crèche destinée aux enfants de Morlanwelz, commune dont il devient bourgmestre cette année-là. La nouvelle institution est dédiée à sa mère Mary, même si cette dernière, comme le prouve à souhait cette citation, remet en cause l'utilité d'une telle structure. « Est-ce bien utile une crèche à la campagne ? Les femmes y planteront leurs enfants, puis iront bavarder et faire du chocolat avec leurs voisines ».

Bien que laïque et ardent défenseur, notamment, de l'enseignement officiel, Raoul Warocqué confie la direction de la crèche aux oblates de Marie. Plusieurs courriers adressés par sœur Marie-Ambroise, responsable de la crèche, attestent du profond respect et de l'aménité des religieuses envers celui qu'elles considèrent comme leur bienfaiteur. En 1916, à l'occasion de la cure entreprise à Vichy par Raoul Warocqué en raison d'une santé déclinante, sœur Marie-Ambroise écrit que « les prières des enfants de la crèche s'associent à celles des religieuses pour son complet rétablissement ». Raoul Warocqué décèdera quelques mois plus tard des suites d'une longue maladie.

La crèche fondée en 1900 n'est pas le seul établissement philanthropique fondé par Raoul Warocqué. Quelques années plus tard, une maternité puis un orphelinat complètent le dispositif. En 1909, est inauguré à quelques mètres de la crèche l'Athénée du Centre, largement financé par le « seigneur de Mariemont », bientôt rejoint par un Lycée pour jeunes filles. Cet ensemble d'institutions sociales et d'enseignement forme un complexe unique dans le paysage belge, dont l'architecture domine aujourd'hui encore cette commune de la région du Centre.



Crèche Mary à Morlanwelz. © Musée royal de Mariemont

De la crèche à la Consultation de nourrissons

L'avènement de nouvelles perspectives hygiénistes et le renforcement de la lutte contre la mortalité des nourrissons à la fin du 19^e siècle représentent un tournant pour la petite enfance. La lutte passe désormais par l'éducation à la puériculture et la promotion de l'allaitement maternel. Toutefois, l'approche des philanthropes reste inchangée, ciblant la responsabilité familiale des femmes et des mères dans la question de la mortalité infantile. En 1904, est créée la Ligue nationale belge de protection de l'enfance du premier âge, visant à fédérer l'ensemble des «œuvres protectrices de l'enfance» issues du mouvement philanthropique. Elle est inaugurée officiellement le 1^{er} mai 1904, au Palais des Académies à Bruxelles, sous la présidence d'honneur de Jules Le Jeune et d'Auguste Beernaert, tous deux ministres d'État. La Ligue, pour qui la garde des enfants dont la mère travaille en dehors du foyer représente la priorité, cible bien plus la surveillance des enfants mis en nourrice que les crèches. Il faut dire que quelques critiques sévères s'élèvent à propos de l'hygiène et des pratiques de puériculture des crèches. Pour beaucoup, ces institutions favorisent la séparation des enfants de leurs mères, ce qui rend l'allaitement difficile. Les acteurs de la santé publique sont moins critiques. Les Commissions médicales provinciales et la plupart des inspecteurs d'hygiène des provinces sont convaincus que les crèches et les pouponnières d'usine font partie des œuvres favorables à la survie des nourrissons.

Au tournant du 20^e siècle, l'identité de la crèche est ambiguë. Ses missions traditionnelles restent valorisées aux yeux des philanthropes sociaux et sont invento-



Elyse Van de Vyvere-Plasky, 1910. © Collection privée

riées dans les répertoires des œuvres «issues de la charité, de la bienfaisance et de la philanthropie» (1893) puis des «œuvres sociales» entre 1900 et 1910. La première étude systématique sur les crèches est l'œuvre d'une des deux inspectrices nationales chargées de la surveillance du travail des femmes, des adolescents et des enfants, Élisabeth Plasky (1845-1944). Cette fonctionnaire plaide pour que l'État contrôle, organise et finance les crèches en vue d'en faire un service de qualité dépassant les limites de la charité chrétienne. Plasky tient compte des nouvelles perspectives hygiénistes qui s'ajoutent aux missions classiques. Convaincue de la nécessité sanitaire de la consultation des nourrissons, elle note que celle-ci est «de la théorie superbe

mais impraticable» pour la mère ouvrière qui ne peut la fréquenter du fait d'heures d'ouverture pendant la journée. Elle plaide ainsi pour l'intégration de la surveillance des nourrissons en crèches et la création d'autant de places en crèches que dans les écoles gardiennes, considérant le nombre d'inscrits dans ces dernières comme un bon reflet des besoins de garde. Elle n'est pas seule dans son combat. La féministe Marie Parent (1853-1934) partage sa vision sur l'importance des crèches. Pour elles, comme pour la plupart de ses défenseurs de l'époque, la crèche est vue comme une institution nécessaire, en attendant des progrès sociaux qui permettront aux mères de ne plus travailler et d'élever elles-mêmes leurs jeunes enfants.

Les crèches sont également visées par le projet de la première loi sanitaire belge, déposé en 1912 par le ministre de l'Intérieur Paul Berryer. Un chapitre concerne spécifiquement la protection de l'enfance et la lutte contre la mortalité infantile dans une perspective de santé publique. Le texte prévoit l'octroi de subventions publiques aux « consultations de nourrissons et autres œuvres, publiques ou privées, de protection de la première enfance ». Quoiqu'explicitement inspiré par le programme de la Ligue nationale belge de protection de l'enfance du premier âge, ce projet de loi se heurte à la méfiance des différents partis à l'égard des interventions de l'État et n'est même jamais discuté.



1897, PREMIÈRE CONSULTATION DE NOURRISSONS EN BELGIQUE

La Consultation de nourrissons et la Goutte de Lait

Rarement appelés au chevet d'un nourrisson malade, en particulier dans les quartiers populaires et dans les campagnes, les médecins sont peu ou mal formés à ce qu'on appelle alors « l'hygiène de l'enfance »⁴. Et pourtant, les causes de la mortalité exceptionnellement élevée des nourrissons sont connues. Elles ont pour noms entérites et diarrhées ainsi que les autres maladies de la petite enfance, rougeole, coqueluche, scarlatine, bronchite ou pneumonie.

Les découvertes de Louis Pasteur changent la donne, puisque l'origine microbienne des infections qu'il révèle en 1878 à l'Académie de médecine à Paris, connaît de multiples applications. Parmi bien d'autres, la mise en pratique progressive des principes de l'antisepsie, puis de l'asepsie, en obstétrique contribue très largement à la diminution des redoutables épidémies de fièvre puerpérale qui sévissent fréquemment dans les maternités.

Si les nourrissons meurent en grand nombre de maladies aisément curables aujourd'hui, c'est qu'ils souffrent de malnutrition et d'infections répétées dues à une alimentation à la fois quantitativement et qualitativement inadéquate. Culturellement et socialement déterminé, l'allaitement maternel est en effet loin d'être la règle au 19^e siècle. Les informations dont on dispose pour la Belgique font état d'un allaitement régionalement différencié et de très courte durée dans certaines parties du pays. La qualité du lait disponible pour assurer le relais de l'allaitement maternel est surtout problématique dans les grandes villes : la santé des vaches reproductrices n'est pas garantie et rien ne réglemente les conditions de conservation du lait après la traite, le délai entre la production du lait et sa mise en vente, les conditions de transport du lait vers la ville, ni même la composition du lait vendu que des commerçants peu scrupuleux n'hésitent pas à allonger d'eau.

En mai 1881, le lien entre la qualité du lait, sa durée de conservation et la présence de bactéries est établi suite à une analyse minutieuse et répétée des biberons en usage dans plusieurs crèches de Paris. Lors de ces contrôles, les biberons dégagent une odeur nauséabonde, à l'instar des longs tubes de caoutchouc qui permettent au nourrisson d'aspirer le lait.

La question de la conservation du lait et de l'hygiène du biberon s'avère donc cruciale. Franz von Soxhlet (1848-1926) construit en 1886 un appareil permettant la stérilisation du lait destiné aux nourrissons. Cette étape est déterminante. Des études montrent en effet que la mortalité par maladies gastro-intestinale des nourrissons élevés au lait stérilisé diminue considérablement. Un nouveau biberon, à l'embout

⁴ La rédaction de ce chapitre intitulé *1897, première Consultation de nourrissons en Belgique* est extrait d'un texte de Godelieve Masuy-Stroobant (1948-2017), professeure émérite en démographie de l'UCL.



Consultation de nourrissons à la crèche Clémentine, Laeken. © AVB W-00257

très court plus facile à nettoyer, est également proposé. Il oblige la mère ou la nourrice à s'occuper de l'enfant le temps des repas.

D'un point de vue technique, le principe du stérilisateur peut être adapté à un usage domestique. Encore faut-il, qu'à défaut d'allaitement maternel, les règles de ce nouveau mode d'alimentation artificielle puissent être diffusées dans la population et, en particulier, dans la population ouvrière, pauvre ou indigente. C'est dans le contexte de la Consultation de nourrissons que s'organisent les premières initiatives visant à assurer des soins préventifs au nourrisson et à distribuer du lait stérilisé aux mères dans l'incapacité d'allaiter.

A l'instar de l'invention de la crèche, quelques décennies plus tôt, ce sont les initiatives de précurseurs aux idées visionnaires qui opèrent une véritable révolution dans le « mode d'élevage » des nourrissons,

à la fin du 19^e siècle. C'est parce qu'il arrive à sauver davantage de mères dans sa maternité que Pierre Budin (1846-1907), accoucheur à la Charité (Paris) s'inquiète de la survie de leur nourrisson après leur retour à domicile. Il décide alors de créer une consultation à la Charité spécifiquement destinée aux nouveau-nés des femmes qui y ont accouché. La Consultation de la Charité est créée en 1892. Elle est équipée d'une balance pour la pesée hebdomadaire, de bouteilles de lait stérilisé pour les mères incapables d'allaiter et s'attache à « éduquer les mères » aux nouveaux principes. Elle accueille les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans. C'est à coups de statistiques que Budin va prouver l'efficacité de sa consultation et, quand l'allaitement maternel fait défaut, des bienfaits du lait stérilisé.

A la même époque, à Fécamp, le docteur Léon Dufour (1856-1928), médecin-chef adjoint de l'hôpital local, constate les ravages de la gastro-entérite. En 1894, il a l'idée de faire distribuer aux bébés du lait de bonne



Les Gouttes de Lait, journal *Femina*, Paris. © ONE

origine et fraîchement stérilisé. La distribution a lieu tous les jours dans un immeuble de la ville. L'œuvre est appelée Œuvre fécampoise de la Goutte de Lait et se destine à distribuer aux enfants indigents âgés de un jour à un an des biberons de lait stérilisé. Dans cette ville ouvrière, l'allaitement est rare et l'usage du biberon au long tube répandu. Cette œuvre est complétée par la suite d'une mutualité maternelle et d'une consultation de nourrissons ouverte tous les jours de la semaine. On prend prétexte de la distribution de lait pour inviter les mères à présenter périodiquement leur bébé au médecin qui en profite pour examiner l'enfant, renseigner la mère sur son état de santé et sur les né-

cessités du régime alimentaire. Dès son admission, on ouvre pour le bébé un livret individuel où sont consignés ses antécédents familiaux, son état à la naissance, et les observations faites au fil des consultations.

Ce qui distingue la Consultation de Budin et la Goutte de Lait de Dufour d'autres initiatives de distribution de lait stérilisé, tel le dispensaire de Belleville qui reçoit en consultation des enfants malades, c'est que ces deux médecins s'intéressent aux nourrissons en bonne santé et œuvrent dans une optique de prévention et d'éducation des mères. L'histoire nous apprend que ces deux initiatives vont rapidement se rejoindre pour se compléter. La Consultation de nourrissons,



Consultations de la Goutte de Lait. © Michel Sence, Musée de la Rubanerie cominoise

associée ou non à la Goutte de Lait, permet ainsi aux médecins – des hommes – de former les mères aux nouvelles règles de la puériculture, en application directe des règles pastoriennes et en rupture avec un passé séculaire où les femmes, sages-femmes, garde-couches et matrones transmettent leur savoir traditionnel aux nouvelles accouchées. Le fonctionnement des Gouttes de Lait, financé exclusivement par la bienfaisance privée, est le plus souvent assuré par des femmes – épouses des notables locaux – qui se conforment aux prescriptions du médecin quant aux rations de lait à distribuer et à qui les distribuer. La Consultation de nourrissons fonctionne soit seule,

soit en association avec une Goutte de Lait, offrant ainsi un service préventif complet aux nourrissons. Au tournant du siècle, la Belgique fait écho à des initiatives qui s'accroissent un peu partout. Des médecins belges vont eux aussi s'intéresser à la protection de l'enfant, aux soins de santé privés et curatifs ainsi qu'à la promotion de l'hygiène. En Belgique, des Œuvres du bon lait sont signalées à Nivelles (1895) et à Mons (1896) par les Commissions médicales provinciales. La première Consultation de nourrissons, associée à une Goutte de Lait, est créée à Bruxelles en 1897 par le docteur Eugène Lust (1866-1921) dans les locaux de la Société protectrice des enfants martyrs.



The Journal of Hygiene, 1901. © Internet Archive Book Images

EUGÈNE LUST, PIONNIER ET VISIONNAIRE DE L'AIDE À L'ENFANCE

Brillant étudiant de l'Université libre de Bruxelles, le docteur Eugène Lust crée en 1897 la première Goutte de Lait de Belgique, sous les auspices de la Société protectrice des enfants martyrs. Il y associe une Consultation de nourrissons offrant divers services de puériculture pour les mères. Dans un texte publié en 1903, Eugène Lust précise en quoi la Consultation de nourrissons se distingue d'une clinique infantile :

« Une Consultation de nourrissons est un des modes d'action de la puériculture : c'est un organisme qui a pour but de donner des conseils d'hygiène aux mères sur l'élevage des petits enfants, de surveiller et de peser ceux-ci pendant

toute la période de leur première enfance (...). À la clinique, sont apportés des enfants malades pour lesquels on vient demander des soins médicaux ou chirurgicaux en vue de leur guérison (...) à la Consultation de nourrissons sont apportés les petits enfants, bien portants ou malades, au-dessous de 15 mois, afin que la mère et le médecin puissent se rendre compte de la croissance et de l'état de santé du bébé. Le but essentiel d'une Consultation des nourrissons est de prévenir les maladies ou les indispositions si fréquentes pendant la première enfance ».

Plus loin, Eugène Lust précise que la Consultation de nourrissons est une véritable « école des mères ». C'est en effet un moyen de diffuser directement les règles de ce nouveau savoir-faire et de permettre aux mères d'en observer l'action positive sur la santé de leur enfant.

La Consultation de nourrissons s'implante dans le pays

L'idée fait son chemin et des Consultations de nourrissons, associées ou non à une Goutte de Lait, s'installent dans les grandes villes, le plus souvent en dehors de toute structure hospitalière. Le démarrage est lent, mais la trentaine d'œuvres actives en 1904 et leur diversité, rendent nécessaire leur coordination, afin de développer une politique cohérente de lutte

contre la mortalité infantile. Ce rôle est dévolu à la Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge, créée cette année-là, dont Eugène Lust est le secrétaire général. Comme en témoigne ce programme d'action, la Ligue propose une véritable politique de protection maternelle et infantile: « (...) [Assurer] aux femmes pauvres et ouvrières un repos possible pendant les derniers temps de la grossesse et les premières semaines après l'accouchement, encourager l'allaitement maternel, favoriser le développement de Consultations de nourrissons et d'œuvres

40



Comité de secours et d'alimentation. © Archives de l'Etat à Liège

de distribution de bon lait, faire une propagande active en faveur de l'application la plus large possible des mesures d'hygiène se rapportant à l'élevage des nourrissons, empêcher les assurances infantiles mal comprises, dites 'primes à la mort' qui constituent un véritable encouragement à l'infanticide et, enfin, organiser une surveillance efficace sur les enfants mis en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire, dont la mortalité est semble-t-il 'effrayante'». Dès la première année d'existence de la Ligue, des sous-comités ou sections provinciales sont installés dans les neuf provinces du pays pour assurer la

diffusion et la généralisation des Consultations et, plus généralement, des «œuvres de l'enfance». Pour informer les mères des règles élémentaires de la puériculture, une notice intitulée *Instructions aux mères* est publiée en 225 000 exemplaires et envoyée dans toutes les communes afin d'être distribuée lors de la déclaration de naissance. Enfin, une école de puériculture est ouverte à Bruxelles. À la veille de la Première Guerre mondiale, la Ligue compte 90 œuvres de protection de l'enfance. Parmi celles-ci, 43 consultations de nourrissons et 20 Gouttes de Lait.

41



Affiche de l'Œuvre nationale de l'enfance. © One



NE DITES JAMAIS DE MENSONGE

BON LIVRE, BON AMI

DANTE SUPPASSE TOU



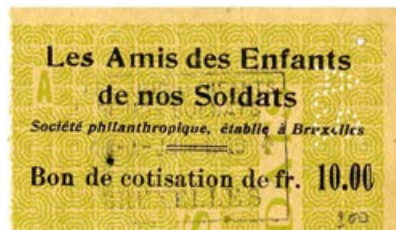
DE 1914 À 1945

La Première Guerre mondiale représente une étape capitale dans la lutte contre la mortalité infantile. Au cœur d'un conflit terriblement meurtrier, qui est loin d'épargner les populations civiles, une mobilisation sans précédent permet une baisse des statistiques de décès et inaugure une ère nouvelle dans la prise en charge des besoins de la première enfance. En 1919, naît dans notre pays l'Œuvre nationale de l'enfance. Très vite, le jeune organisme contribue à faire diminuer drastiquement la mortalité infantile en travaillant sur trois axes principaux : améliorer l'hygiène, favoriser l'allaitement maternel et diffuser des conseils en matière alimentaire.

43

Sac de céréales brodé.
© Hoover Presidential
Library

Bons de rationnement
© Collection de la
Banque Nationale Belge



Comité de secours
et d'alimentation
© Archives de l'État à Liège

LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

L'enfant, victime de la folie des hommes

La Première Guerre mondiale constitue un tournant capital dans l'histoire de l'aide à l'enfance. Dès août 1914, la Belgique occupée s'organise face à l'imminence d'une famine. Avant le conflit, la Belgique dépend de l'étranger pour 75 % de ses besoins alimentaires. L'invasion allemande et le blocus maritime instauré dans la foulée par les Britanniques rendent impossibles ces importations. Afin de faire face à cette situation de crise, le Comité national de secours et d'alimentation (CNSA) est constitué à Bruxelles le 5 septembre 1914. A sa tête, des industriels comme Ernest Solvay ou encore Emile Francqui. Dès sa création, le CNSA assure l'approvisionnement de la population en vivres et ce jusque dans les communes les moins accessibles du royaume. Cette aide salutaire distribuée par la CNSA émane en réalité de la *Commission for Relief in Belgium*, une organisation internationale alimentée par le généreux concours de pays neutres, l'Espagne, les Pays-Bas et, surtout, les États-Unis.

Au cours de la guerre, l'action du CNSA s'étend et se diversifie afin de répondre aux besoins spécifiques de différentes catégories de la population. Le 20 février 1915, le CNSA crée la section Aide et protection aux œuvres de l'enfance afin de « venir en aide aux administrations publiques et aux institutions qui étendent leur action aux enfants indigents, orphelins trouvés, moralement abandonnés, malades, etc., en un mot à



Appel en faveur du Bon Lait pour les Petits, 2106. © AVB 40

tous les enfants qui ont besoin d'une aide matérielle et morale». Très active dans le domaine de l'alimentation, elle importe de grandes quantités de lait condensé, crée des laiteries et importe des vaches laitières de Hollande.



Comité de secours et d'alimentation. © Archives de l'État à Liège

Si, dans un premier temps, la section Aide et protection aux œuvres de l'enfance se borne à venir en aide aux œuvres existantes et s'abstient de créer ou de favoriser la création de nouveaux organismes, elle dépasse cette limite en août 1915. A ce moment, le CNSA donne l'autorisation de créer « dans tout le pays, partout où la nécessité s'en ferait sentir, des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait ». Deux mois plus tard, des « cantines pour enfants débiles » et des « cantines maternelles » accessibles aux futures mères dès le cinquième mois de grossesse et aux mères nourrices jusqu'au neuvième mois après l'accouchement, viennent compléter l'organisation

de l'aide alimentaire à la prime enfance. Celle-ci est systématiquement conditionnée à un examen médical régulier. 231 Consultations de nourrissons sont actives en 1915. En 1918, il y en a 922 dans 768 communes, alors que près de 90 000 enfants de moins de 3 ans bénéficient d'un supplément nutritionnel dans le cadre d'une Goutte de Lait, soit près d'un tiers de la population enfantine de ces âges-là. A l'Armistice, les cantines maternelles desservent la population indigente de 473 localités et viennent en aide à 8830 futures mères et 13 267 mères-nourrices, ce qui, tenant compte des naissances enregistrées en 1918, représente une future mère ou mère-nourrice sur



Distribution alimentaire, *L'Événement illustré*, 1915. © AVB P 406

quatre. Toujours en 1918, 1 178 000 enfants bénéficiaient chaque jour d'un « repas fortifiant » supplémentaire. A Bruxelles, pour 1 000 naissances, le nombre de décès est de 151,2 en 1914, et de 122,7 à la fin de la guerre.

Parallèlement à son action au niveau des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait, la section Aide et protection aux œuvres de l'enfance du CNSA soutient financièrement les crèches à travers leur mission d'alimentation. Peu d'informations sont disponibles sur les autres activités des crèches en cette période de chômage massif. Une œuvre bruxelloise a néanmoins laissé des traces. La crèche de l'Œuvre du nid d'Ixelles, qui organise avant-guerre une pouponnière (0-2 ans), une crèche (3-4 ans), une garderie, un service de layette, des cours de puériculture, une consultation de nourrissons et des consultations de

femmes enceintes et de mères nourrices, déclare les activités suivantes pendant la guerre : distribution gratuite de lait, cantine maternelle, cantine d'enfants débiles, distribution gratuite de denrées et de vêtements. C'est également pendant la période de guerre qu'est élaboré un premier règlement pour les crèches. Celui-ci renforce les mesures d'hygiène collective, l'orientation sanitaire de la direction – qui doit être une infirmière diplômée –, et modifie l'organisation interne des locaux par une spécialisation des espaces réservés aux soins (salles d'isolement et de désinfection ; salles de bains).

Les écoliers ne sont pas oubliés à travers l'Œuvre des repas scolaires Ce dispositif est complété par les « colonies pour enfants débiles » où des enfants gravement sous-alimentés sont envoyés – et suralimentés – afin de prévenir le rachitisme et la tuberculose. À chaque fois, l'enfant bénéficiaire fait l'objet d'un examen médical préalable, d'un suivi de son état de santé et de son statut pondéral. Les enfants primo-infectés ou déjà atteints de la maladie sont pris en charge par l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose

À l'issue de la guerre, le nombre de crèches reste inchangé, à l'exception de la fondation d'une crèche à Dinant pour les orphelins de guerre. Le chômage intense de la période de guerre n'a pas fait s'écrouler cette institution, suite à son inclusion parmi les outils de lutte contre la mortalité infantile, dimension nouvelle après un demi-siècle d'activité d'assistance philanthropique et éducative.

LA RÉGION DU CENTRE DURANT LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

Si l'action du CNSA est surtout visible à travers l'Œuvre des repas scolaires, de nombreuses initiatives privées, aidées ou patronnées par le CNSA, complètent l'arsenal de l'aide à l'enfance⁵. C'est le cas de la Goutte de Lait de Chapelle-lez-Herlaimont, Fayt-lez-Manage ou encore Ecaussinnes, qui accueille les enfants jusque douze ans, les femmes enceintes et les mères allaitant leur bébé. Parallèlement, d'autres œuvres se développent. C'est le cas des Cantines maternelles, des Petites Abeilles et, bien entendu, d'une multitude d'organismes destinés à s'occuper des orphelins de guerre, des enfants de soldats ou civils tués, mutilés ou déportés.

Parmi les œuvres privées d'aide à l'enfance, l'Aide au village - Œuvre des petits villageois est particulièrement active dans le Centre. Affiliée aux Gouttes de Lait locales, l'œuvre confectionne des vêtements et distribue des jouets. Les recettes proviennent de tronc, tombolas et actions diverses. A la lecture du rapport de l'œuvre pour l'année 1917, le Centre apparaît comme un foyer particulièrement actif de l'aide à l'enfance. La commune de Carnières est même citée en exemple du dynamisme et de l'intérêt de l'Aide au village - Œuvre des petits villageois, elle qui vient au secours, pour cette seule localité, à 103 enfants et orphelins de soldats.

47

⁵ Ce paragraphe *La région du Centre durant la Première Guerre mondiale* se base sur : E. Warte, « L'occupation d'une région : le Centre, 1914-1918 », dans *Le Centre 1914-1918*, La Louvière, Ecomusée régional du Centre, 1998, p. 46 et 47.

À Carnières, le comité local applique des mesures d'hygiène. Chaque semaine, les enfants se rendaient aux bains douches du charbonnage du Placard entourés par de nombreux bénévoles. © Fernand Marchand





Colonie de Dondelberg. © ONE

1919, NAISSANCE DE L'ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE

L'ONE sur les fonts baptismaux

La Première Guerre mondiale constitue un tournant capital dans l'attention portée à la maternité et à la première enfance. Poussées par la nécessité, les futures mères et les mères des classes populaires vont se rendre massivement aux Consultations de nour-

rissons, marquant par-là les prémices d'une véritable révolution dans les comportements. En échange d'une aide alimentaire, elles sont amenées à faire suivre la santé de leur enfant dans une optique préventive et reçoivent des conseils quant à la façon de l'élever dans le respect des règles de la « puériculture » et de l'hygiène pastorienne. La Consultation de nourrissons dans sa triple fonction, médicale, éducative et sociale a fait œuvre utile en ces temps de crise. Malgré les privations et conditions extrêmes, au cours de la Première Guerre mondiale, la mortalité infantile poursuit le déclin amorcé en 1900.

Après-guerre, les difficultés du ravitaillement renforcent l'attrait des Consultations. La paix revenue,

il faut assurer leur pérennité. Dans ce contexte, un projet de loi est déposé en février 1919 et aboutit le 5 septembre de la même année à la création de l'Œuvre nationale de l'enfance (ONE). Parmi ses promoteurs Henri Velge sera nommé secrétaire général (1919-1945) et Henri Jaspar nommé ministre des Affaires économiques. La loi de 1919 transforme la section Aide et protection aux œuvres de l'enfance du CNSA en Œuvre nationale de l'enfance (ONE), afin de poursuivre au niveau national, et selon les principes énoncés par la Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge, l'action de protection maternelle et infantile engagée en 1904.

L'ONE, établissement public administré par le Conseil supérieur des œuvres de l'enfance, se donne pour mission de lutter prioritairement contre la mortalité infantile par la protection de l'enfance et de l'hygiène. Elle soutient et crée, si nécessaire, une ou plusieurs Consultation(s) de nourrissons par commune, une Consultation pouvant desservir plusieurs communes. La loi institue aussi la possibilité de créer des Consultations médicales pour les futures mères.

La Loi organique du 5 septembre entend aussi encadrer la surveillance des enfants en garde ou en nourrice. Il s'agit des enfants âgés de moins de 7 ans et, dans cette hypothèse, une autorisation du collège des bourgmestre et échevins est nécessaire; celle-ci est subordonnée à la délivrance d'une attestation de la consultation de nourrissons certifiant que cette nourrice ou gardienne est suivie par le médecin de la consultation et que ce «nourricier ou gardien», selon les textes de la loi, «a souscrit l'engagement de se conformer aux indications qui lui seront données



Affiche de l'Œuvre nationale de l'enfance. © ONE

par le comité de la consultation de nourrissons dans l'intérêt de la santé et de la moralité des enfants».

L'ONE pourra également «agréeer des institutions qui recueillent les enfants âgés de moins de 7 ans. Dans ce cas, l'autorisation préalable du collège des bourgmestre et échevins n'est plus requise».

Dans le règlement organique de l'ONE, est alors établi que crèches et pouponnières sont à présent distinguées entre accueil pour enfant de moins de 18 mois



Consultation Les Berceaux, 1924. © AVB 07424

et celui des enfants de 18 mois à trois ans. Sont admis les enfants vaccinés et en bonne santé « dont la mère se trouve dans l'impossibilité de leur donner tous les soins nécessaires ». Le nombre d'enfants confiés à chaque gardienne ne dépasse pas 10 pour les nourrissons et 20 pour les enfants en crèche.

Le règlement, assez sévère, concernant ces établissements porte sur les conditions d'hygiène, le service médical et le régime alimentaire. En dehors d'une description assez complète de la configuration des lieux requise, il est précisé que le médecin, attaché à l'établissement avec une infirmière sous ses ordres, procède à une visite complète une fois par mois. Il n'est pas encore prévu de subside, à cette époque, à l'exception des consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait.

Enfin, l'ONE est habilitée à instituer ou à agréer « des

colonies d'enfants débiles; leur admission sera gratuite pour les enfants proposés par les comités des repas scolaires et agréés par l'ONE ». Certes, les bienfaits de la consultation de nourrissons ne font aucun doute, mais il y a bien deux axes dans le texte de loi instituant l'ONE: encourager la protection de l'enfance, d'une part, et surveiller les enfants placés en garde, d'autre part. Il convient néanmoins de constater que si les consultations de nourrissons et pour les futures mères sont explicitement citées dans la loi et financées pour leurs activités, il n'en n'est pas encore de même pour les crèches et les pouponnières puisqu'au départ elles sont financées en tant que consultation de nourrissons et non pour l'ensemble de leurs activités. Il faudra attendre encore, pour qu'il en soit autrement, que les crèches ne soient plus considérées uniquement comme un « mal nécessaire ».

A l'origine, le fonctionnement de la Consultation est le suivant. Les enfants de moins de trois ans sont vus très régulièrement : une fois par semaine durant la première année, tous les quinze jours durant la deuxième année et une fois par mois durant la troisième année. Une attention toute particulière est accordée à la vaccination contre la variole et la diphtérie. Un carnet médical est remis aux parents. Des normes existent déjà à propos des locaux ; ceux-ci doivent disposer d'une salle d'attente et de déshabillage et d'un cabinet médical équipé de trois tables pour les dossiers, le pèse-bébé et le médecin. Ils doivent être correctement ventilés et chauffés. L'ONE prend en charge les frais d'installation de la Consultation et fournit le pèse-bébé. Le médecin a également pour mission de donner aux membres du comité les no-

tions nécessaires liées, notamment, à l'allaitement, à l'alimentation ainsi qu'à l'observation de l'enfant, et, aux parents, des conseils sur ces mêmes sujets.

En 1938, l'ONE inaugure les Consultations pour enfants (CE) de trois à six ans, véritable prolongation des Consultations de nourrissons. Elles s'adressent aux enfants qui échappent, dans ces limites d'âge, à une bonne inspection médicale organisée dans les écoles gardiennes. Le même médecin qui a déjà assuré la surveillance préventive de l'enfant, dans le premier âge, qui a pris connaissance de son hérédité, de son milieu familial, de ses réactions personnelles et de son régime alimentaire, continue à protéger sa santé jusqu'à l'entrée à l'école primaire. En 1939, 93 consultations pour enfants de trois à six ans sont en service et plus de 15 500 enfants s'y font inscrire.



Crèche Les Berceaux, 1924. © AVB 7431



Visite médicale. © Rijksarchief Gent

L'ONE se structure pas à pas

Dès sa création, le Conseil supérieur de l'ONE compte parmi ses membres des docteurs en médecine, ceux qui forment le Comité médical consultatif, futur Comité médical supérieur. Les missions de ce comité sont d'étudier les questions d'ordre médical soumises au Conseil supérieur, lui faire toutes les propositions qu'il juge utiles en ce qui concerne l'organisation médicale et hygiénique des œuvres, et de faire sur la situation sanitaire de l'enfance toute enquête qui lui serait confiée. A l'époque, la priorité principale est la lutte contre l'importante mortalité infantile à travers trois grandes actions : la propagande pour l'allaitement maternel, l'apport de suppléments alimentaires et l'information des mères sur les notions d'hygiène essentielles.

Afin d'aider le Comité médical supérieur dans sa tâche de recrutement et de formation des médecins des Consultations, chaque Comité provincial crée un Comité médical provincial. Entre 1926 et 1939, la volonté de l'ONE de s'entourer de médecins spécialisés dans les domaines de prédilection de l'œuvre, la pédiatrie dans un premier temps et la gynécologie dans un second temps, se marque dans différents procès-verbaux. Ainsi la procédure de recrutement des médecins prévoit que le Comité médical établisse la liste des médecins « puériculteurs » qui sont nommés pour cinq ans. Afin que leur mandat soit renouvelé, ceux-ci doivent justifier d'avoir suivi des cours de perfectionnement. Les médecins non-spécialistes sont tenus de faire un stage d'au moins trois séances chez un confrère spécialiste dans une « œuvre-type

désignée par le Comité médical supérieur». En même temps, il est prévu que le médecin fasse partie « de droit » du Comité de direction de la Consultation.

De même, une nouvelle réglementation est adoptée en 1938 pour les lieux d'accueil. Elle exige du personnel qualifié qui "doit être recruté parmi les infirmières, puéricultrices, éleveuses ou équivalent", elle renforce l'encadrement – une puéricultrice pour 5 à 8 enfants selon l'âge –, fixe des normes plus strictes pour les locaux et du point de vue médico-social.

La réglementation différencie désormais la crèche destinée à accueillir les enfants dont les parents tra-

vailent durant la journée et la pouponnière qui reçoit, pour des raisons particulières, des enfants en continu. Pour le Secrétaire général, les crèches restent toujours "un mal nécessaire" tandis que l'existence des pouponnières se justifie car elles abritent des enfants dont les parents ne peuvent s'occuper pour des raisons d'ordre social ou médical. Dès 1940, devant la difficulté des établissements à se conformer à ces conditions réglementaires, l'ONE procède à une inspection médicale dans toutes les régions dont les conclusions aboutissent à une demande, restée vaine, d'adaptation budgétaire auprès du gouvernement.



Salle de consultation à Anvers, carte ancienne. © ONE

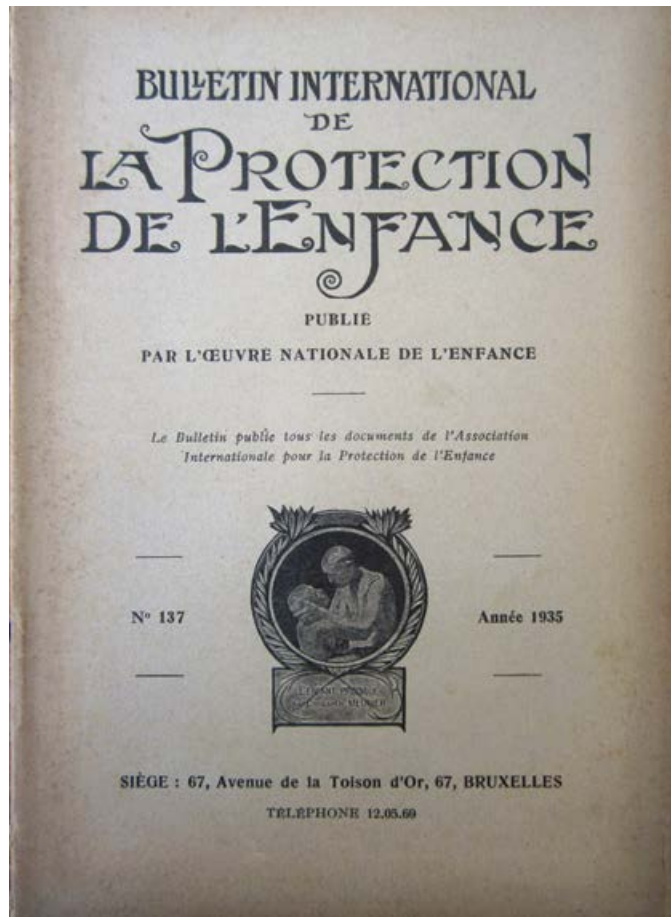


Affiche de l'Œuvre nationale de l'enfance. © AVB 795

Progressivement, avec l'arrivée de nouvelles découvertes médicales, les préoccupations de l'ONE s'étendent. Ainsi, dès 1940, la vaccination antivariolique étant devenue obligatoire, les Consultations de l'ONE collaborent avec les administrations communales pour l'organisation pratique des vaccinations.

Le Comité médical supérieur joue un rôle fondamental dans le maintien des bonnes relations avec les médecins indépendants, en veillant notamment à faire respecter l'accord qui prévoit que les Consultations de nourrissons se limitent à la prévention et ne posent aucun acte curatif. L'ONE s'entoure de l'aide de scientifiques et de médecins afin de diffuser « les principales nouvelles des pays du monde entier dans le domaine de la protection de l'enfance ». Pour ce faire, l'ONE édite la *Revue trimestrielle de l'Œuvre nationale de l'enfance*, la *Revue belge de puériculture* à partir de 1938, et le *Bulletin international de la protection de l'enfance* de 1921 à 1927. En 1923, l'ONE décide d'organiser annuellement un congrès national. Les thèmes abordés démontrent déjà la diversité des préoccupations de l'ONE : l'hygiène du lait (1924) ; l'éducation des mères, la mortalité et la mortalité infantile (1928) ; la protection des enfants orphelins (1938) ; la tutelle des enfants naturels (1933) ; la syphilis des nourrissons (1934) ; l'enseignement de la puériculture en Belgique (1939). En 1925, l'ONE crée le Prix Henry Jaspar, destiné à encourager la publication d'ouvrages relatifs à la protection de l'enfance.

Au cours des années 1930, l'idée selon laquelle on intervient trop tardivement dans la lutte contre la mortalité infantile en se limitant à la Consultation



Bulletin International de la Protection de l'Enfance, 1937. © ONE

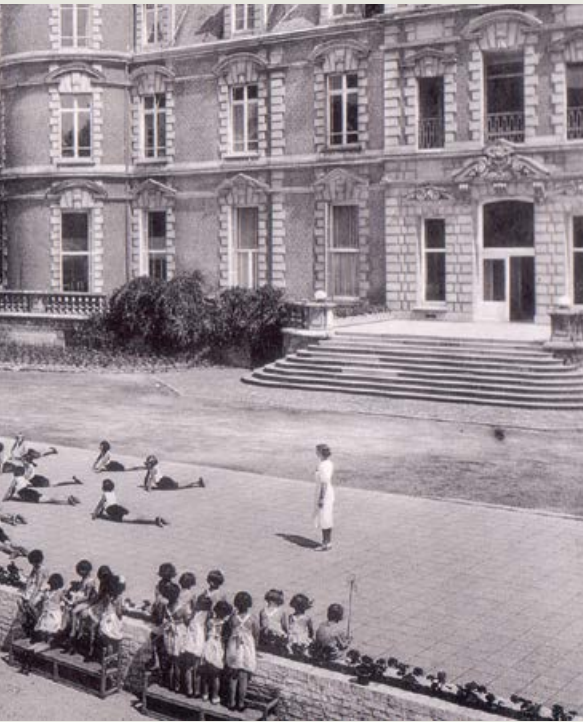
de nourrissons, fait progressivement son chemin. On admet alors qu'il importe d'intervenir plus tôt en s'inquiétant de la santé de la future mère, en développant des Consultations prénatales ou en améliorant l'organisation, l'outillage et la formation des médecins là où de telles consultations existent déjà. Dans ce but, le Comité médical supérieur adopte en 1938 un nouveau règlement des Consultation prénatales.

LES COLONIES DES ŒUVRES NATIONALES DE L'ENFANCE

Les colonies pour enfants débiles et rachitiques se développent entre les deux guerres. Oostduinkerke, Dondelberg, Rixensart, Esneux, Knokke... Plusieurs centres ouvrent sur la côte ou à la campagne pour offrir le bon air et de l'exercice aux enfants victimes de privations. (© ONE)

56





Les infirmières visiteuses

Avant la Première Guerre mondiale, à l'initiative des dispensaires antituberculeux, des infirmières sont engagées pour vérifier l'application des prescriptions médicales. Très vite, les œuvres de l'enfance suivent la même voie. Dès sa création, le 5 septembre 1919, l'ONE décide de recourir à un personnel qualifié et rémunéré pour les Consultations de nourrissons : les infirmières visiteuses. Celles-ci sont recrutées par la Consultation et dépendent à la fois de celle-ci pour les aspects administratifs et du médecin pour le travail médical. Il existe également des inspectrices en chef.

En fixant les conditions de leur formation et en prenant en charge leur salaire, l'Œuvre participe à la naissance et au développement de cette nouvelle profession en Belgique. L'arrêté royal du 3 septembre 1921 réorganise les études d'infirmières et introduit une formation spécifique et un diplôme officiel pour les infirmières visiteuses, permettant ainsi d'uniformiser leur titre. La durée des études est fixée à trois ans. Les élèves doivent suivre deux années d'études communes avec les infirmières hospitalières, avant de se spécialiser au cours d'une troisième année. Cette spécialisation comporte notamment des cours relatifs à la protection de l'enfance et aux soins à domicile, une formation à la mission morale de la fonction, mais aussi à l'assistance sociale. A l'époque c'est le Comité médical supérieur de l'ONE qui fixe le programme et rédige le syllabus des matières à enseigner.

En 1926, l'ONE crée un Service des enquêtes. Celui-ci effectue des investigations sociales par l'entremise des infirmières visiteuses et auxiliaires sociales, à

partir des requêtes communiquées, notamment, par différents organismes d'aide.

A partir de 1928, la surveillance des nourrissons à domicile dans les régions à faible densité de population est effectuée par des infirmières visiteuses ou, à défaut, par des accoucheuses. Elle ne s'étend qu'aux nourrissons âgés d'un an. Des « fiches d'observation » sont soumises au visa périodique du médecin de famille. A cette époque, le rôle de l'infirmière consiste avant à tout à faire connaître dans les familles les règles essentielles de l'hygiène infantile, celles sur lesquelles l'accord est unanime et qui ne peuvent prêter à des contestations entre médecins. L'infirmière recommande l'allaitement maternel et, le cas échéant, guide les mères dans la préparation des biberons prescrits par les médecins de famille.

L'infirmière visiteuse doit expliquer aux mères la raison d'être des conseils donnés par les médecins pendant la Consultation, leur montrer comment les mettre en pratique et éveiller leur conscience à des devoirs trop souvent ignorés. En outre, quand la situation l'exige, elles se mettent en rapport avec toutes les œuvres d'assistance aux mères et aux enfants. L'ampleur de l'aide sociale apportée par l'infirmière visiteuse est très importante. Au niveau local, lorsque l'aide de la Commission d'assistance publique est insuffisante, l'infirmière visiteuse est amenée à s'occuper de tâches qui dépassent sa mission initiale. C'est le cas des questions de logement, de pension invalidité ou de placement des enfants.

ASSOCIATION DES INFIRMIERES VISITEUSES DE BELGIOIVE



EXEMPT DE TIMBRE. ART. 1151 LOI DU 24.4.93. ASS. JANS BUT LUCRATIF.

*Chassonnet
1924*

*Le pays a
besoin d'infirmieres visiteuses*

AIVB ECOLE INTERNAT 33 RUE CAROLY
PROGRAMME OFFICIEL BRUXELLES

APP. ART. J. GOFFIN, FILS, BRUXELLES



Une infirmière visiteuse en service à la campagne. © AVG CARHIF

DANS LA PEAU D'UNE INFIRMIÈRE VISITEUSE (1926)

Dans *La Revue mensuelle ONE* de 1926, on peut lire : « Chaque mois je relève toutes les naissances survenues dans ma section. Je me rends alors chez les jeunes mamans, afin de les mener sur le chemin de la Consultation. Chaque fois que je me trouve en présence d'une primipare, je lui montre la façon de laver son enfant, de l'emballoter et de le nourrir, en lui conseillant la patience quand elle veut cesser d'allaiter son bébé. Lors de ma visite j'ai trouvé une pauvre maman attendant son cinquième bébé, et dont l'aîné n'est âgé que de 7 ans. Le père astreint au chômage depuis plusieurs mois, était nourri de pain et d'eau. J'ai fait inscrire cette famille à la Consultation, où une famille aisée, que j'ai pu intéresser, lui paie son lait toutes les quinze jours, ainsi que la phosphatine nécessaire. J'ai également mené la mère à la Consultation prénatale, ainsi qu'au dispensaire antituberculeux, où elle a été admise avec ses aînés. J'ai aussi intéressé la Ligue des familles nombreuses au sort de cette famille ; elle a procuré un travail au père ». Et la revue de conclure : « Elle [l'infirmière visiteuse] est l'auxiliaire attentive et dévouée du médecin. Elle est sa remplaçante au foyer de l'enfant. Elle est la déléguée des dirigeantes pour des missions parfois difficiles ou confidentielles. Elle est la protectrice et la conseillère dans le chagrin et les privations. Oui, si elle remplit sa mission élevée avec tout le cœur et le dévouement et aussi avec tout le tact et la prudence qu'elle comporte, on peut dire qu'elle sera l'ange de charité de nos mères du peuple ».

L'ONE, référence internationale dans le domaine de la protection maternelle et infantile

Dès 1919, le législateur précise que la création de l'ONE vise à « encourager et développer la protection de l'enfance ». Jusqu'après la Deuxième Guerre mondiale, cette mission se focalise sur la réduction de la mortalité infantile par l'allocation de suppléments alimentaires, la diffusion de conseils de puériculture et d'hygiène, la prévention des accidents et la promotion de l'allaitement. La survie des enfants en bas âge est alors la préoccupation principale. Une attention toute particulière est portée aux futures mères et mères « abandonnées », aux enfants pauvres et aux orphelins, par la création, le subventionnement et la surveillance de multiples structures, telles les consultations, crèches, pouponnières, colonies pour « enfants débiles », cantines scolaires ou encore maisons maternelles. Par ces divers dispositifs, développés dès l'entre-deux-guerres, l'ONE cherche à atténuer les discriminations sociales existant entre les enfants, une position particulièrement marquée chez ses responsables durant la Seconde Guerre mondiale.

61



LA SECONDE GUERRE MONDIALE

L'ONE entre ravitaillement et résistance

Durant l'Occupation, et face à l'ampleur du drame humain qui se joue, l'ONE dépasse largement les missions qui lui sont dévolues. Ainsi, elle supervise le rapatriement d'enfants dispersés par l'Exode, prend en charge le sort des enfants prisonniers de guerre et envoie les infirmières de l'ONE secourir les enfants victimes de bombardements. L'autorité allemande

ayant interdit la présence d'enfants juifs dans les Consultations de nourrissons, l'ONE se charge d'apporter à ces enfants, en accord avec l'Association des Juifs de Belgique, les produits auxquels ils n'ont dès lors plus accès. Pendant la guerre, le Conseil supérieur des œuvres de l'enfance décide de ne plus se réunir. Malgré les pressions exercées par l'autorité allemande pour introduire des personnalités jouissant de sa bienveillance, cette éventualité est toujours écartée. Les années de guerre sont également troublées par les incidents qui opposent l'ONE à une structure créée en 1941, sous l'égide de l'occupant, destinée à se substituer à l'Ordre des médecins et à imposer une fonctionnarisation du corps médical.

62



© ONE



Consultation nourrissons, Œuvre du bon lait Ixelles, Photo Dietens. © ONE

L'ONE AU SECOURS DES ENFANTS JUIFS

A partir de 1943, une activité clandestine est mise sur pied afin d'essayer de sauver les enfants juifs de Belgique de la déportation. A sa tête, Yvonne Feyerick-Nevejean (1900-1987), directrice de l'ONE, contactée quelques mois plus tôt par le Comité de défense des Juifs, des époux Hertz et Yvonne Jospa. Cette entreprise audacieuse et risquée permet de sauver plusieurs milliers d'enfants juifs, en les regroupant sous de fausses identités dans des familles sûres ou à l'abri des Colonies pour enfants débiles de l'ONE.

Yvonne Feyerick-Nevejean supervise également le rapatriement d'enfants dispersés par l'Exode, prend en charge le sort des enfants prisonniers de guerre et envoie toutes les infirmières de l'ONE secourir les enfants victimes de bombardements.

En 1944, elle aide à fonder l'association Aide aux Israélites victimes de la guerre. A la fin de sa vie, Yvonne Feyerick-Nevejean est honorée du titre de Juste parmi les nations par l'Institut Yad Vashem de Jérusalem.

Les travailleurs de l'ONE suivent largement l'exemple de leur directrice et prennent, eux aussi, des risques afin d'assurer la sauvegarde des enfants en danger, indépendamment de toute considération sur leur origine ethnique ou culturelle. C'est le cas notamment des infirmières visiteuses, très actives dans le ravitaillement des enfants menacés par les affres de la guerre.



Yvonne Feyerick-Nevejean.



ASSEZ

d'ENFANTS TRADQUÉS!

Déjà 70 ENFANTS ISRAÉLITES, victimes des honteux pogromes, ont été RECONDUITS en ALLEMAGNE HITLERIENNE par la gendarmerie belge. On exige d'eux{- dérision!- des papiers en règle!

LAISSEZ VENIR A VOUS LES PETITS ENFANTS
ACCUEILLEZ UN ENFANT

ENVOYEZ votre demande au SECOURS POPULAIRE de Belgique

et ASSISTEZ au

GRAND MEETING de PROTESTATION et D'AIDE

LE VENDREDI 20 JANVIER à 20 h.

SALLE DE LA MADELEINE

rue Duquesnoy - Bruxelles

y parleront:

L. DE BROUCKERE Pasteur Teissonniere **F. BLUM**

Président de la Fédération du Foyer de l'Amé Bourgmestre de Schaerbeek

J. LAHAUT **M^{lle} G. HANNEVART** **VERCRUYCE** **Paul NOTHOMB**

Député de Liège

Secrét. du Syndicat des Tramwaymen

Secrétaire du Secours populaire

Sous la présidence de **M^{me} ROSY-WARNANT** *Conseillère communale d'Uccle*

Vous avez dit lactarium ?

Dès 1922, le docteur Pierre Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris, écrit : « L'allaitement maternel est un devoir. Tant dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère, il doit être conseillé ». A la même époque, pourtant, la sous-alimentation et la misère des femmes les empêchent de nourrir leur nourrisson de manière adéquate. Les médecins, confrontés à une forte mortalité infantile, vont essayer de trouver un substitut au lait de femme. En 1937, le docteur Neefs, « voudrait que l'ONE intensifiât sa propagande en faveur de l'allaitement maternel, propagande insuffisamment efficace ». A la même époque, Monsieur

Verbist, conseiller médical, déplore pour sa part que « les visites de propagande [pour l'allaitement au sein] arrivent trop tard : les mères ont déjà arrêté, il n'y a pas assez de personnel à l'ONE ».

Une alternative visant à pallier l'insuffisance de l'allaitement est l'utilisation du lait de vache. La bonne conservation du lait de vache et la propreté des biberons sont des préoccupations majeures pour les hygiénistes. Les travaux de Pasteur démontrent que la pollution du lait de vache est de nature bactérienne et que seule la destruction des microbes par pasteurisation peut réduire la mortalité infantile au moment du sevrage.

En 1922, la revue mensuelle de l'ONE reprend les propos du docteur Pierre Nobécourt : « La qualité du lait



Conditionnement du lait. © ONE



Grande cruche de lait. Lactarium. © Province de Liège - Musée de la Vie Wallonne

de vache doit être rigoureusement contrôlée. Vu les difficultés techniques que demande l'obtention d'un *lait aseptique*, ils constituent des laits de luxe, qui sont à la portée seulement des riches». Quinze ans plus tard, en 1937, un inspecteur vétérinaire, le docteur Geudens, insiste «sur la nécessité de mettre en place un système de contrôle des vaches, du personnel de traite, des vendeurs de lait pour prévenir la tuberculose, la stomatite aphteuse et la contamination bactériologique. L'Office national

du lait, institution d'intérêt public, est créé en 1938. Il établit et fait appliquer les règles nécessaires à la bonne qualité du lait, tant nutritionnelle que bactériologique.

A côté de cette alternative de l'utilisation du lait de vache, la propagande en faveur de l'allaitement maternel reste un point prioritaire dans l'action de l'ONE à la fin des années 1930. Dès avant le conflit, en 1939, le Comité médical supérieur donne son avis sur une proposition faite par le Bureau de l'ONE, relative à la création d'un lactarium, sur le modèle de ce qui se fait à l'étranger. Organisme collecteur et distributeur de lait de femme, le lactarium devient un chaînon important dans les institutions sanitaires de puériculture. Il

permet au corps médical de prescrire du lait humain au même titre que les autres aliments-médicaments dans les cas où son utilisation est indispensable, notamment chez les enfants prématurés. Ces lactariums sont placés sous la direction de médecins. Ils recrutent des mères qui nourrissent leur bébé exclusivement au sein et qui deviennent des «donneuses de lait». De la propagande vers ces mères est également organisée dans les Consultations prénatales «pour les encourager, si les circonstances le permettent, à accorder leur concours au lactarium».

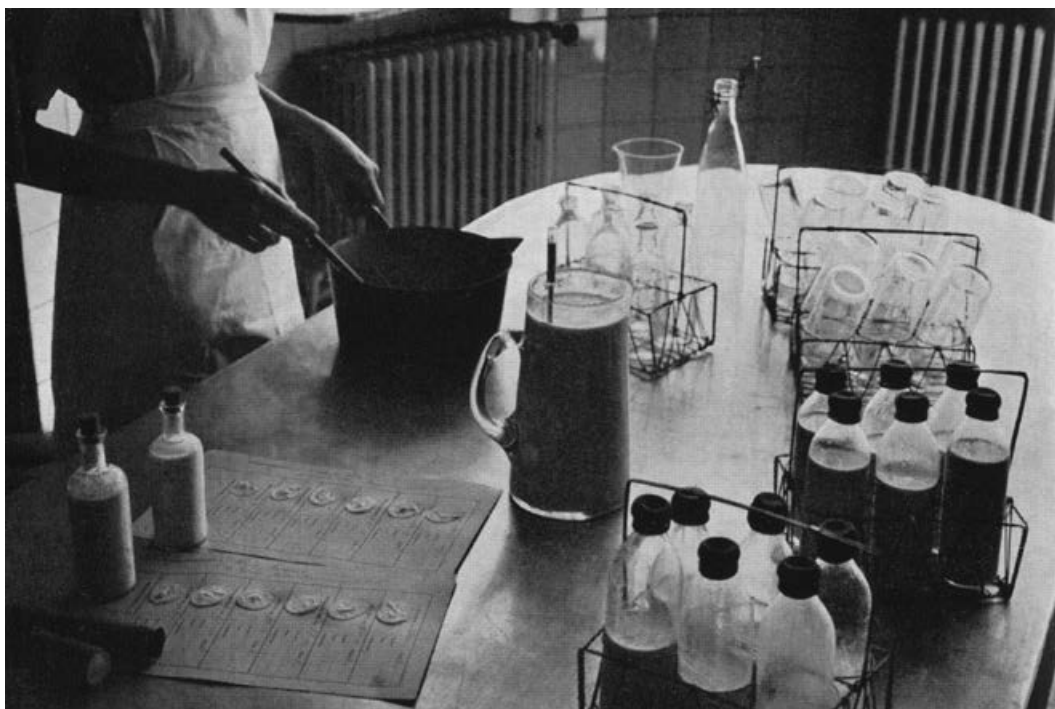
Les lactariums veillent à garantir la qualité du lait qui y est distribué par de multiples analyses avant d'être tyndallisé ou pasteurisé. Le lait est alors congelé en vue d'assurer une conservation optimale lors du transport. Pour répondre à certains besoins spécifiques, le lactarium de Liège diversifie également son offre en se spécialisant dans certains types de lait maternel comme de l'écramé, du concentré ou encore du *colostral*.

Durant l'Occupation, l'ONE obtient auprès du ministère du Ravitaillement qu'une ration supplémentaire d'aliments rationnés (œufs, lait, viande, etc.) soit accordée aux donneuses inscrites au lactarium. En 1941, 2 000 litres de lait sont récoltés, 4 000 en 1942. Toujours en augmentation, on passe de 6 525 litres en 1943 à 7 500 en 1944. Après la guerre, un déclin de l'efficacité des lactariums se fait sentir. Le Rapport sur l'activité de l'ONE de l'exercice de 1952 s'inquiète de la mise en péril des lactariums du fait de l'abandon de plus en plus généralisé de l'allaitement maternel. Dans les années 1980, les lactariums sont définitivement fermés.



67

Conditionnement du lait. © ONE



Préparation des biberons. © ONE





DE 1945 À L'AN 2000

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la baisse de la mortalité reste la priorité de l'ONE. Très vite, pourtant, dans le contexte des Trente Glorieuses, ce combat historique de l'institution s'accompagne de nouveaux défis. Parmi eux, le développement psychomoteur de l'enfant, grâce aux avancées du suivi pédagogique. Les changements sociétaux des années 1960 et 1970, notamment l'égalité d'accès au travail entre les femmes et les hommes, intègrent l'accueil de l'enfant dans une perspective plus universelle.

Le secteur de l'enfance connaît d'importantes mutations institutionnelles. Elles aboutissent à la création de l'Office de la naissance et de l'enfance en 1983. Au sein du nouvel organisme communautaire, une professionnalisation de plus en plus poussée, soutenue par une intégration des avancées technologiques, permet la mise en place de programmes de santé, véritable démarche de santé publique dans le secteur de l'enfance. Ces évolutions de la fin du 20^e siècle s'inscrivent dans des choix de société qui trouvent un premier aboutissement avec l'adoption de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) en 1989, synonyme d'une nouvelle génération de droits émancipateurs.



Colonie de Dondelberg. © ONE



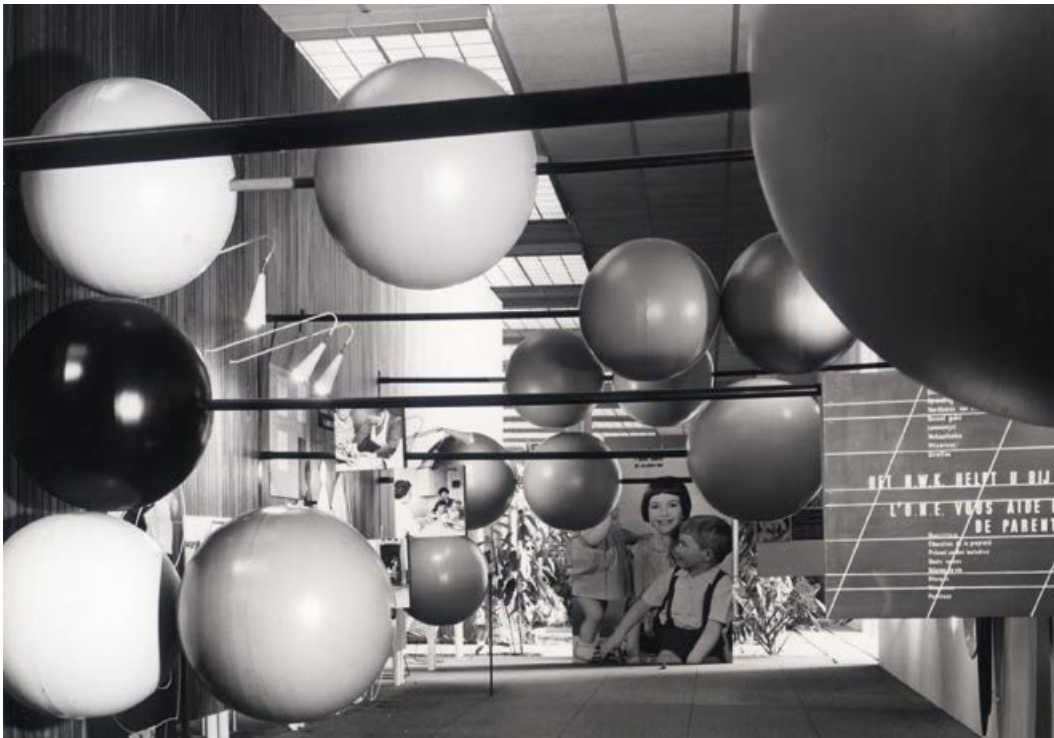
LES TRENTE GLORIEUSES

L'ONE sur tous les fronts

Durant les Trente Glorieuses, période pendant laquelle la Belgique connaît une nette amélioration de son niveau de vie, les avancées de la médecine sont rapidement intégrées par les structures de l'ONE. C'est le cas en 1960 avec la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio, ou encore en 1965 avec la recherche sur le dépistage de la toxoplasmose congénitale.

Chaque année, l'ONE publie un *Rapport du Comité médical supérieur*, reprenant les préoccupations majeures des instances scientifiques de l'institution. Ainsi, en 1951, une demande au ministère de la Santé publique en faveur de la spécialisation d'infirmières en hygiène de l'enfance ainsi que des recommandations concernant le dépistage de la tuberculose. En 1954, reviennent les thèmes de la prévention de la mortalité infantile et la promotion de l'allaitement maternel. Entre 1955 et 1957, le Conseil médical supérieur s'intéresse beaucoup à la surveillance de la femme enceinte et à la création d'un dossier médical de la future mère. En 1956, on parle d'introduire des cours de préparation à l'accouchement.





Stand ONE de l'expo 58. © AVG CARHIF

L'ONE à l'Expo 58

Dans le contexte de l'Exposition universelle de Bruxelles en 1958, l'ONE parvient à organiser en Belgique plusieurs colloques nationaux et internationaux dédiés à l'enfant. C'est le cas du Congrès international des juges d'enfant, du Congrès mondial de l'Union internationale de protection de l'enfance ou encore du Congrès de l'Organisation mondiale de la santé, consacré à la prévention des accidents chez l'enfant. Cette année-là, le congrès de l'ONE est consacré à l'enfant d'un à six ans.

Grâce aux avancées des décennies précédentes, la mortalité n'est plus la préoccupation principale chez l'enfant de cette tranche d'âge né au cœur des années 1950. Selon le docteur Pierre Borremans-Ponthière, président du Comité médical supérieur de l'ONE, ce colloque marque une étape nouvelle dans l'orientation des services médico-sociaux vers une amélioration qualitative de la santé de l'enfant. On y parle de la prophylaxie des maladies contagieuses, de la vaccination contre la diphtérie et la poliomyélite, du dépistage des troubles sensoriels et psychomoteurs et de la surveillance du développement mental et psychique de l'enfant.



Infirmière visiteuse chez les bateliers. © ONE

NAÎTRE SUR UN BATEAU OU DANS UNE CARAVANE

Partie d'une initiative privée en 1909, l'Œuvre des forains avait pour vocation de grouper, d'instruire et de créer un cadre permettant aux forains d'exercer leur profession dans de meilleures conditions hygiéniques, économiques et morales. Une des préoccupations de l'Œuvre est de fournir des éléments d'instruction aux enfants pendant l'hivernage des forains. Malgré le départ des hôtes du camp au printemps, il est décidé que l'instruction des enfants sera poursuivie. A l'instar des familles qui voyagent, les maîtres d'écoles les suivent sur la route.

En parallèle à cet externat où les enfants reçoivent une éducation tout en vivant auprès de leurs parents, une autre formule voit le jour : l'internat pour les enfants qui n'ont pas la possibilité d'être instruits en famille. Le Home forain, une association fondée en 1924, dirige l'ensemble de ces réalisations. L'internat, dont le local

est situé à Schaerbeek, dans une maison bourgeoise spacieuse entourée de jardins, prend en charge des garçons et des filles jusqu'à l'âge de quatorze ans. En plus de l'enseignement dispensé, un service médical scolaire est assuré. Il est également pertinent de relever que « l'œuvre abrite à titre gratuit des enfants moralement abandonnés ou dont les parents sont malades ». Une école gardienne, une école primaire et une cantine d'enfants débiles sont également prises en charge par la commune de Schaerbeek. A la fin de l'hiver, au départ des familles, une grande voiture école prend la route à son tour. En 1925, un projet de voiture dispensaire est évoqué en vue de promulguer des leçons d'hygiène et de puériculture. On rappelle également l'utilité d'y annexer une consultation volante, destinée à jouer le rôle des Consultations de nourrissons, traditionnellement peu fréquentées par les forains.

En 1965, le *Rapport d'activité de l'ONE* fait toujours état de l'action en faveur des familles de « bateliers, forains et ambulants ».



Nouvelles orientations de l'accueil

Alors que jusqu'au début des années 1950, l'opinion publique considère encore majoritairement le modèle de la femme au foyer comme préférable, quelques années plus tard, des voix s'expriment pour inviter à tenir compte de la volonté des femmes de s'émanciper et de dépasser le dilemme « femme au foyer - femme au travail ».

Les crèches ne sont plus seulement fréquentées par des enfants de familles pauvres mais aussi par des familles ayant plus de revenus. Pour ces dernières, le prix de la garde reflète le coût réel, ce qui a pour

effet de la rendre moins accessible. C'est en 1952 par ailleurs qu'une pouponnière organisée par l'ONE ouvre ses portes à La Hulpe. En créant le Home Reine Astrid, l'ONE souhaitait offrir « à titre de modèle une maison réunissant sur base des études et des techniques actuelles les conditions requises pour répondre aux besoins des jeunes enfants ».

Les ministres de la Santé publique et de l'Instruction publique proposent la création d'un brevet de puéricultrice. L'arrêté royal du 17 août 1957 prévoit de confier aux établissements d'enseignement technique la possibilité d'organiser une section professionnelle de niveau secondaire supérieur : ces études durent deux ans, avec au minimum 800 heures de cours généraux et

76



Crèche Alix Bauwens, Bruxelles. © archives ONE



Crèche à Bruxelles dans les années 1960. © archives RTBF

techniques et 400 heures de pratique professionnelle. Dans le rapport d'activité annuel de l'ONE de 1959, les crèches sont considérées comme offrant « une garantie beaucoup plus sûre en ce qui concerne la santé physique, le développement sensoriel, moteur et psychique des enfants, (...) et ne sont pas loin de constituer la solution la plus acceptable à un problème qui nous est imposé par la situation sociale et économique autant que par les us et coutumes des jeunes foyers ». Il s'agit là d'un réel tournant qui marquera les décisions de l'ONE relatives aux institutions d'accueil et une réponse aux défis qui s'annoncent en terme qualitatif et quantitatif. En effet, les recensements de 1947 et de 1961 révèlent une croissance de 70 % du nombre d'enfants âgés de moins de six ans de femmes actives, mariées ou veuves. Ces chiffres expliquent la pression qui s'exerce, dès lors, sur l'offre de places disponibles en crèche.



Pouponnière Reine Astrid, La Hulpe. © archives ONE

Toujours plus de consultations

Durant les années 1950, les Consultations pour enfants permettent d'assurer la vaccination contre le tétanos, la rougeole et la coqueluche. Des médecins acceptent de vacciner tout enfant qui se présente à la consultation et d'autres invitent la mère à s'y rendre avec leur(s) enfant(s). Ces médecins travaillent quasi bénévolement au bénéfice des enfants déshérités de leur quartier. Des pédiatres suscitent l'organisation de consultations multidisciplinaires destinées aux enfants de trois à six ans avec l'aide d'un psychologue, d'un ophtalmologue, d'un oto-rhino-laryngologue et d'un dentiste. En 1953, suite à un congrès de l'Organisation mondiale de la santé, consacré à l'étude de la mortalité périnatale, des mesures sont adoptées

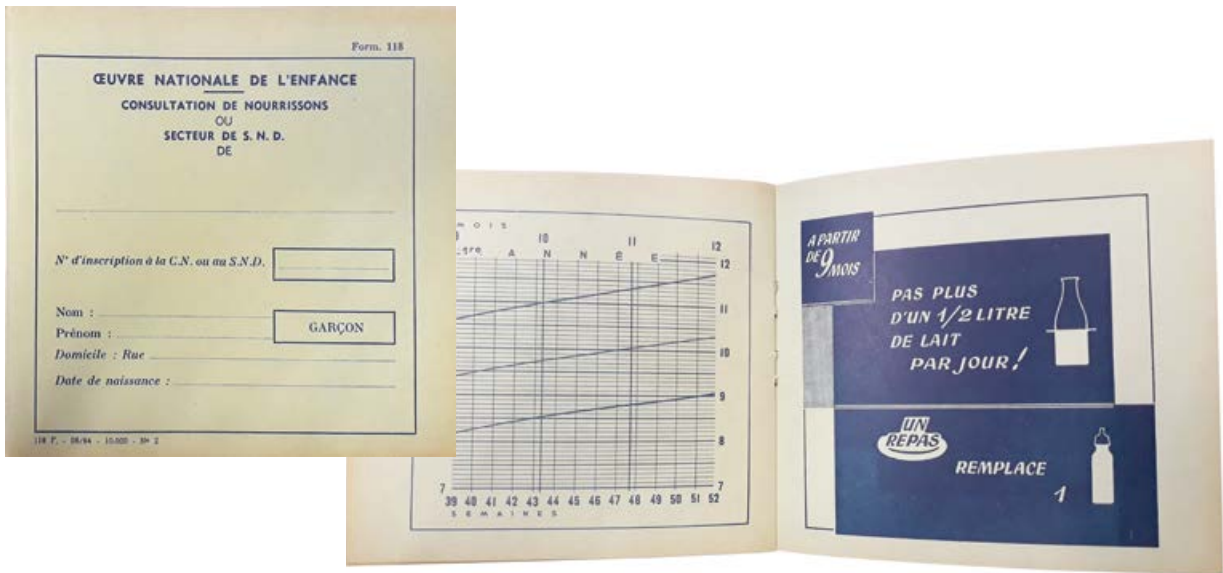


Pouponnière Reine Astrid, La Hulpe. © archives ONE

par l'ONE afin de généraliser le suivi maternel précoce et régulier par l'entremise des Consultations prénatales incluant un suivi médical. L'ONE se veut



Un car sanitaire de l'ONE dans les années 1950. © AVG CARHIF



Carnet de santé de la Consultation de nourrissons. © ONE



Diplôme de la Consultation de nourrissons, 1948. © ONE

pionnière en prenant en compte la détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus chez toutes les femmes enceintes. En 1958, le docteur Jean Snoeck, président du Comité médical supérieur de l'ONE, préconise la préparation à l'accouchement sans douleur dans toutes les Consultations prénatales. Ce faisant, le but est d'améliorer les relations soignants-soignées et notamment de préparer les parents à l'accouchement, mères autant que pères, par l'acquisition de connaissances sur la grossesse et l'accouchement. Outre les séances en Consultations prénatales, le service offert par l'ONE aux femmes enceintes comprend également les visites à domicile, l'entretien au local et les permanences.

Des services de Surveillance des nourrissons à domicile sont également organisés. Dans l'est de la province de Liège, le sud de la province de Namur ainsi que certaines régions de la province de Luxembourg, la faible densité de la population, conjuguée à une accessibilité peu aisée, exigent l'adaptabilité des services proposés par l'ONE. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, en 1946, dans la province de Luxembourg, un ancien camion de l'armée est transformé en premier « car sanitaire » afin d'assurer aux populations vivant en zones rurales peu accessibles un suivi préventif de qualité. Les autorités communales de ces régions font en commun l'acquisition de cars sanitaires qu'elles mettent à disposition de l'ONE. Ces cars parcourent chaque jour un circuit qui les conduit de hameau en hameau et font office de Consultation de nourrissons. C'est également le cas en 1952, dans la région de Malmedy, en province de Liège, où un car sanitaire permet de faire chuter de manière considérable la mortalité infantile.



Consultation prénatale. © ONE

LA CONSULTATION DE NOURRISSONS



LA CONSULTATION DE NOURRISSONS



LA CONSULTATION DE NOURRISSONS



L'ONE à la pointe de la vaccination⁶

L'implication de l'ONE dans la vaccination des jeunes enfants est progressive. Durant l'entre-deux-guerres, déjà, elle assure un rôle de suppléance dans le champ de la vaccination antivariolique des enfants dont l'organisation relève des autorités communales. Dans son *Rapport de l'activité de l'ONE pendant vingt-cinq ans, 1915-1940*, Henri Velge précise que « les œuvres veillent à ce que tous les enfants fréquentant les Consultations de nourrissons soient vaccinés ». Dès l'arrêté du 14 août 1940, la vaccination antivariolique est obligatoire entre le troisième et le huitième mois de la vie. Les bourgmestres sont tenus d'organiser trimestriellement des séances publiques et gratuites de vaccination. Cependant, « dans les localités où l'administration communale ne s'acquitte pas de cette tâche, les séances peuvent être organisées par les Consultations de nourrissons. Le Comité médical (de l'ONE) approuve cette organisation, bien qu'il n'y ait pas lieu de la généraliser ». L'ONE est ainsi pour la première fois amenée à vacciner au sein de ses consultations. Lors de la confirmation de l'obligation de la vaccination antivariolique par l'arrêté du régent de 1946, une circulaire ministérielle précise que « les communes ont la faculté de s'entendre avec les comités locaux de l'ONE en vue de l'organisation de ces séances (de vaccination) ». Cette implication « forcée » dans le processus de vaccination est temporaire et la vaccination contre la variole reste par la suite du ressort des communes.

Pour ce qui est de la vaccination antidiphtérique, le Comité médical supérieur de l'ONE estime en 1938 qu'elle doit être considérée comme un « traitement » et sort de ce fait du rôle préventif de la consultation. Il demande néanmoins que les « consultations organisent la propagande de cette vaccination ».

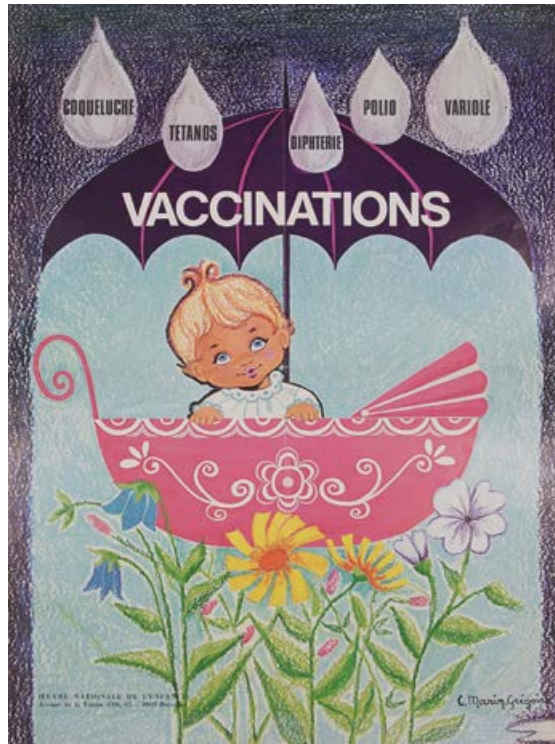
La question de l'introduction systématique de la prévention vaccinale des nourrissons dans le cadre des Consultations de nourrissons semble avoir fait l'objet de longues discussions jusqu'à la fin des années 1950. C'est en effet ce que laisse entendre le vigoureux plaidoyer en leur faveur du docteur Pierre Borremans-Ponthière, président du Comité médical supérieur de l'ONE en 1960 : « On a reproché à l'ONE de sortir de son rôle en introduisant les vaccinations dans la pratique courante des Consultations. Or, c'est en accord avec le ministère de la Santé publique et de la famille et sur l'avis de son Comité médical, que l'ONE a organisé (...) la vaccination antidiphtérique et antitétanique ainsi que, pour les enfants de moins de un an, la vaccination anticoquelucheuse. À la demande d'un certain nombre de médecins, la vaccination antipoliomyélitique peut également être pratiquée (...). Tous ces vaccins sont fournis gratuitement (...). Cette mesure a provoqué des critiques. Aussi paraît-il nécessaire d'exposer les raisons qui ont amené l'ONE à prendre cette importante décision (...) ». Les raisons invoquées sont de deux ordres : la diphtérie exerce encore des ravages et on vaccine encore trop peu et surtout trop tard. On relève également un aspect social dans le recours à cette forme de prévention : « Pour la majorité des enfants belges, la Consultation de nourrissons est la première et la seule œuvre médico-sociale à exercer sur eux une sur-

⁶ La rédaction de ce paragraphe intitulé *L'ONE à la pointe de la vaccination* est extrait d'un texte du Dr Liliane Pirard-Gilbert, conseillère pédiatre ONE, et du Dr Béatrice Swennen, Chercheur Provac-ULB, membre du Conseil supérieur de la Santé.

veillance régulière. Si, pour des raisons économiques ou autres, l'enfant n'a pas pu être vacciné par le médecin ou le pédiatre de famille, c'est l'endroit particulièrement choisi pour le faire». Le Comité médical supérieur de l'ONE ne peut que «recommander» aux médecins chargés des Consultations de nourrissons la vaccination systématique. Ces vaccins ne font en effet pas l'objet d'une obligation légale et certains médecins hésitent encore à proposer systématiquement le vaccin contre la coqueluche.

Le rôle de l'ONE comme premier vaccinateur de la petite enfance s'est progressivement confirmé au cours du dernier quart du 20^e siècle. En 1962, près de 50 % des Consultations de nourrissons organisent des vaccinations et on peut estimer qu'en 1970, soit 10 ans après le lancement de cette nouvelle activité, l'ONE assure une première vaccination à près de 60 % des nourrissons du pays. Une proportion sensiblement équivalente de la population infantile du pays y reçoit également une première dose de vaccin contre la poliomyélite.

83



Séance de vaccination, carnet de santé et affiche des années quatre-vingts. © ONE



Affiche de l'Œuvre Nationale Belge de Défense contre la Tuberculose, 1930. © AVB 1854

LA TUBERCULOSE TUE ENCORE



Traitement par inhalateur. © ONE

La tuberculose aussi appelée « peste blanche », phtisie, consommation, scrofule ou maladie de Pott, est une maladie infectieuse et contagieuse, d'origine bactérienne. Sa forme pulmonaire (phtisie) est la plus connue du grand public – et aussi la plus fréquente –, mais elle peut aussi se manifester sous la forme de méningite, d'affections ostéo-articulaires, uro-génitales ou cutanées.

La mortalité par tuberculose présente, fin du 19^e - début du 20^e siècle, un profil par âge particulier: très élevés chez les moins de cinq ans, les taux diminuent rapidement pour ensuite augmenter à l'adolescence et culminer chez les jeunes adultes.

En Belgique, la mortalité des moins de un an par tuberculose est de 379 décès pour 100 000 nés vivants en 1900, de 233 en 1905, de 202 en 1910 et de 159 en 1920, au lendemain de la Première Guerre mondiale. Le dépistage systématique et obligatoire de la tuberculose dans les écoles date de la loi du 21 mars 1964 qui définit le rôle de l'Inspection médicale scolaire (IMS) et instaure le

dépistage des maladies transmissibles, dont la tuberculose, par un examen annuel des élèves.

Les enfants les plus jeunes ne pouvant bénéficier du dépistage systématique organisé par l'IMS, l'ONE décide en 1967 de recommander le dépistage tuberculinique annuel et systématique depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans. Le test (non-obligatoire) se fait au domicile des enfants, trois ou quatre jours avant sa présentation à la Consultation de nourrissons où une réaction éventuelle est constatée. En cas de test positif, l'Assistante médicale de l'ONE est chargée

d'identifier la source de la contamination, d'inciter les familles à se faire examiner au dispensaire antituberculeux ou par leur médecin traitant et à appliquer les règles d'hygiène domestique qui s'imposent pour éviter toute autre contamination.

Le Docteur Dorchy reçoit la Princesse Astrid lors d'un événement dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, 1976. © ONE



Les (jolies) colonies de vacances

Dans l'histoire de l'ONE, le terme « colonie » a couvert deux réalités différentes. La première est la colonie pour enfants débiles, qui s'inscrit dans une optique de médecine préventive, existant dès la fondation de l'ONE. Le terme débile ne signifie nullement que les enfants sont diminués intellectuellement, mais plutôt affaiblis sur le plan physique et en mauvaise santé. L'objectif de la colonie est d'aider l'enfant à recouvrer la santé grâce à une surveillance médicale constante, une guidance éducative et un mode de vie approprié. Elles sont soit organisées soit agréées par l'ONE. A partir de 1960, leur fréquentation baisse continuellement. Les établissements disparaissent progressivement, ne correspondant plus aux besoins de la population. Durant la Seconde Guerre mondiale, un certain nombre de colonies de vacances sont ouvertes, destinées uniquement aux enfants débiles.

Après la période de l'immédiat après-guerre, où les centres de vacances servent surtout à reconstituer la santé d'enfants carencés, l'objectif évolue vers la prise en charge de tout type d'enfants, en veillant particulièrement à leur santé physique. Cette seconde réalité est la colonie de vacances au sens communément admis par le grand public, permettant de respirer « le bon air de la campagne », par opposition à l'air déjà pollué des villes. C'est lors de sa séance du 24 septembre 1946 que le Conseil supérieur décide d'agréer aussi des œuvres de vacances pour enfants non débiles. A partir de l'été 1947, des cures de jour et des centres de vacances organisés par des œuvres, groupements de jeunesse et pouvoirs publics, sont agréés et bénéficient de subsides. Dès 1949, une distinction est clairement établie entre les œuvres pour enfants débiles (colonies permanentes et sections colonies) et les œuvres de vacances (colonies de vacances, camps de vacances et cures de jour). En 1968, des subsides différenciés pour l'accueil d'enfants handicapés sont accordés.



L'ONE effectue également des visites sur le terrain pour soutenir les organisateurs, effectuées par des « déléguées enfants en garde », des travailleurs médico-sociaux (TMS) pour des camps ou plaines situés dans leur secteur, ou par des personnes déléguées par l'administration. Mlle Delvaux est l'une d'elles, et témoigne de ces visites :

« Le principe, c'est qu'on allait les visiter au milieu du séjour, c'est-à-dire en plein été. Au bureau, nous piquions des épingles sur une carte pour nous répartir les points de chute et puis un chauffeur nous amenait sur place. Nous logions souvent à l'hôtel. La visite des camps sous tentes était particulièrement nécessaire.

L'ONE exigeait un certificat médical pour chaque enfant accueilli, mais également une analyse de l'eau qu'ils allaient boire pendant leur séjour. Le retour à la nature présente parfois des risques et toutes les eaux de source ou de ruisseau ne sont pas sans danger. L'ONE accordait alors un tout petit subside aux camps de vacances qui se conformaient aux règles. Presque rien, mais c'était pour eux un certificat de qualité utile et une forme de légitimité. Nous étions donc bien accueillis !».

Durant ces dernières décennies, l'évolution de la société, des besoins et des attentes des jeunes, va provoquer une mutation au sein des centres de vacances. Ceux-ci cessent d'être de simples lieux de «cure» pour devenir des lieux de loisirs et d'éducation. Ils entrent de plus en plus dans le périmètre de l'éducation permanente.



Home Reine Élisabeth, Rixensart. © ONE



"Ne les touchez pas, c'est dangereux. Champignons vénéneux", Home Reine Élisabeth, Rixensart. © ONE



Colonie à Dondelberg. © ONE



Colonie à Dondelberg, Esneux, Cortil-Noirmont. © ONE





1968, l'accueil de l'enfance fait sa révolution

La révolution culturelle qui bouleverse les mentalités à la fin des années 1960 touche également l'accueil de l'enfance. En France et en Italie, notamment, bon nombre d'expériences, de projets originaux, de refontes institutionnelles et législatives bouleversent le paysage existant, sur le modèle de ce qui se passe dans les pays du nord de l'Europe, bien plus avancés en la matière. Ainsi, en 1968, des crèches sauvages fleurissent dans des universités et des usines. Les mouvements étudiants, féministes et ouvriers revendiquent la création de crèches. En 1966, le personnel de la Fabrique nationale (FN) à Herstal est en grève et réclame la création d'une crèche. Elle sera ouverte 10 ans plus tard.

Cette période de bouillonnement sociétal inaugure des pratiques d'accueil novatrices : crèches ouvertes aux parents, participation des parents et du personnel à la gestion de la crèche, partage des tâches, réunions d'équipe et de parents, intégration d'enfants handicapés, ouverture à des psychologues, pédagogues et sociologues. Cette ère introduit une approche nouvelle de l'accueil, ouverte à la dimension psycho-éducative de l'enfant et sensible aux problèmes sociaux. Ces diverses initiatives peuvent être individuelles ou institutionnalisées à l'échelle d'un pays, d'une région. Dans les pays nordiques, la formation initiale du personnel d'accueil est de niveau enseignement supérieur, voire universitaire. Souvent, la question de la spécificité du travail éducatif avec les enfants de zéro à trois ans est au cœur des préoccupations. Dans ce domaine aussi, des pratiques inusitées sont initiées : suivi d'un groupe d'enfants par les mêmes puéricul-



Crèche dans les années 1970. © ONE

trices de leur entrée en crèche jusqu'à leur départ, activité autonome, liberté motrice, prise en compte du rythme de chaque enfant, modules psychomoteurs, réflexion architecturale collective et partagée.

En Belgique, à partir de 1970, on passera progressivement de la garde destinée aux milieux pauvres à la notion d'accueil en tant que service universel. L'accessibilité à des services d'accueil des tout-petits, telles les crèches, est contenue dans la loi du 13 février 1970. Des moyens financiers sont consacrés au secteur de sorte que les crèches se multiplient et que de nouvelles couches de la population les fréquentent. Des modes de subventionnement voient le jour en vue de rétri-

buer un personnel qualifié en nombre suffisant. Le nombre de puéricultrices est fixé par groupe d'âge : 1 pour 5 lits d'enfants de moins de 8 mois, 1 pour 8 lits d'enfants de 8 à 18 mois et 1 pour 10 ou au-delà. Un arrêté du 5 mai 1971 étend les subsides à 100% des rémunérations des infirmières et assistantes sociales et des puéricultrices affectées aux sections pour enfants âgés de 18 mois. Un autre arrêté du 7 juillet 1971 fixe la participation financière des parents proportionnellement à leurs revenus. Enfin, Un arrêté du 14 octobre 1971 consacre la prise en charge du personnel employé dans les crèches pour un montant forfaitaire de 100% calculé sur base d'une journée de 8 heures.

En 1971 également, le Fonds des équipements et services collectifs (FESC) voit le jour au sein de l'ONAFTS, « dans le but de faciliter l'accès des familles de travailleurs salariés à certains avantages d'ordre collectif ». C'est en 1974 que le choix se porte sur les

crèches et les services d'aide familiale. Après plusieurs débats et expériences isolées, dans un premier temps, c'est en 1974 qu'un arrêté royal du 18 février permet l'octroi de subventions aux crèches pour l'organisation de la surveillance de gardiennes d'enfants à domicile. En 1975, les services de gardiennes encadrées sont reconnus par la loi et financés par l'ONE sur base d'un forfait journalier couvrant la différence entre ce montant et la participation financière des parents. A l'instar du système en vigueur en crèche, celle-ci est proportionnée aux revenus des parents. Les gardiennes ne bénéficient pas de couverture sociale, leur rémunération est considérée comme un défraiement et non comme un salaire.

Par la suite, les concepts de qualité, d'accessibilité, d'équité, d'égalité des chances font l'objet de nombreuses études et recherches-actions. Ils prendront place dans les textes légaux et réglementaires ultérieurs.



Travailleurs occupés dans des maisons d'enfants, 1977. © ONE

LES ANNÉES 1980 ET 1990 : DES AVANCÉES ET DES RÉFORMES POUR UN NOUVEAU DÉPART

Communautarisation de l'ONE

Différentes réformes institutionnelles sont mises en place à partir de 1970. Désormais, la Communauté française dispose d'un parlement et d'un exécutif gérant les matières dites personnalisables. C'est le cas des missions dévolues à l'ONE.

Dès 1979, le Conseil supérieur de l'ONE souhaite prendre les devants et préparer la scission dans la douceur et l'efficacité. Il crée ainsi deux sections, l'une francophone et l'autre néerlandophone, qui, progressivement, dessinent chacune leur projet d'avenir. Dans un premier temps, les germanophones et les Forces belges en Allemagne restent attachés à la section francophone. Le 18 mars 1982, la section francophone de l'ONE veut marquer le coup et organise au Palais des congrès à Bruxelles sa première assemblée générale, en présence de la reine Fabiola. A cette occasion, les orateurs rappellent les priorités de l'ONE depuis son origine et détaillent les enjeux principaux du moment, la lutte contre la prématurité et la mortalité périnatale, la recherche concernant la maltraitance de l'enfant, l'action jeune enfant diabétique ou encore la vie d'une gardienne d'enfant.



Sculpture d'Andrea della Robbia (vers 1463). Elle fait partie d'une série représentant les *enfants au maillot* que la République de Florence accueillait et élevait dans l'Hospice ou Hôpital des Innocents. Elles sont toujours visibles sur la façade à portique du bâtiment à Florence.

OEUVRE
NATIONALE
DE
L'ENFANCE



Le médaillon de l'ONE –directement inspiré de l'œuvre de Andrea della Robbia– aura connu plusieurs variations.

Selon Pierre Huvelle, président de la section francophone de l'ONE, cette réunion constitue les premiers « états généraux de la petite enfance », destinés à informer les nouveaux mandataires politiques sur ce qu'a été l'ONE et ce qu'il importe de maintenir, d'améliorer et de créer dans le nouvel ONE. Il plaide pour que « l'ONE de demain... garde son statut d'établissement public qui présente à la fois les garanties de continuité attachées à la fonction publique et en même temps, la souplesse, la créativité ainsi que l'engagement dans la vie associative ». Le 9 mars 1983, un décret de la Communauté française crée officiellement l'Office de la naissance et de l'enfance, dénomination qui garde les trois lettres de l'abréviation ONE. Désormais, cet organisme d'intérêt public gère ces matières dites personnalisables pour la partie francophone du pays, alors que *Kind en Gezin* est compétent pour la partie néerlandophone du pays et que *Dienst für Kind und Familie*, futur *Kaleido*, l'est pour la Communauté germanophone.

En janvier 1987, après un appel à la communautarisation définitive de l'ONE, quatre arrêtés confirment le transfert de certaines matières aux communautés. L'ONE nouvelle mouture est totalement et définitivement opérationnel dès le 1^{er} février 1987. Le décret du 30 mars 1983 est une nouvelle fois modifié par le décret le 12 mars 1990. Divers articles sont adaptés mais les principaux changements concernent les structures internes et l'article 5 qui régit l'accueil de l'enfant. Ce décret modifie en profondeur le décret du 9 mars 1983 en y apportant des améliorations ou des précisions. Cela concerne des aspects financiers, la modification de certaines instances et la transformation des fonctions dirigeantes. Le décret règle aussi définitivement le transfert du personnel de l'Œuvre nationale vers l'Office de la Naissance et de l'Enfance.



Une des premières versions du logo de l'Office de la Naissance et de l'Enfance à sa création en 1983.



Kind & Gezin, organisme de la communauté néerlandophone.



Version actuelle du logo de l'ONE, adapté en 2013.



Kaleido, ex *Dienst für Kind und Familie*.

CHANGEMENT DE NOM : L'ONE DEVIENT... L'ONE !

Si, après la communautarisation des matières dites personnalisables, l'abréviation ONE reste inchangée, le changement de nom de l'organisme est loin d'être anecdotique. Derrière ce changement, l'institution épouse l'évolution institutionnelle du pays en supprimant la référence à l'Etat unitaire. Devenu Office, l'organisme prend également ses distances par rapport à une conception surannée où, derrière le terme Œuvre, fortement connoté, se cache une dimension philanthropique, voire charitable, de l'aide à l'enfance. Lors de l'assemblée générale de la section francophone de l'ONE, le 18 mars 1982, l'avenir de l'institution est envisagé sous l'angle de la communautarisation. Derrière cette mutation institutionnelle, se joue également le devenir d'une institution dont le futur se conjuguera uniquement en français. Pour ce faire, un questionnaire demandant leur avis sur l'avenir de l'institution est remis à chacun des participants. L'une des questions porte sur l'appellation qui semblerait convenir au nouvel organisme. Si le fait de garder le sigle ONE fait largement l'unanimité, les propositions de dénominations sont très nombreuses. Parmi elles, Option nouvelle pour l'enfance, Organisme nouveau d'éducation, Œuvre neutre de l'enfance, Ouvrons-nous à l'enfant ou encore Oasis des nouveaux enfants.

Une réponse à des besoins toujours plus spécifiques : l'ONE face au diabète et à la transmission mère-enfant du VIH

Les enfants diabétiques⁷

En Belgique, le diabète insulino-dépendant (de type 1) concerne près de 3 000 enfants et adolescents. Le but principal de leur traitement est de permettre la meilleure qualité de vie possible, sans hypoglycémies sévères à court terme et sans complications à moyen ou long terme, en maintenant des glycémies proches des valeurs normales.

Dans les années 1950 et 1960, la principale révolution dans le traitement du diabète est diététique. Des pédiatres remettent en question la prescription de régimes hypoglucidiques, hyperlipidiques et hyperprotidiques fixes d'un jour à l'autre, souvent pesés. Ces pédiatres préconisent au contraire une alimentation normale et flexible en fonction de l'activité physique. Ceci nécessite une prise en charge du traitement par les enfants diabétiques eux-mêmes ou par leurs parents, notamment en mesurant plusieurs fois par jour le sucre urinaire afin d'adapter quotidiennement les doses d'insuline, alors que la plupart des médecins prescrivent des doses fixes d'une consultation à l'autre. C'est le début de ce qu'on appellera bien plus tard l'éducation à l'autosurveillance et à l'autotraitements. Pour appliquer sa façon plus physiologique de traiter le diabète infantile, Henri Lestradet, figure de

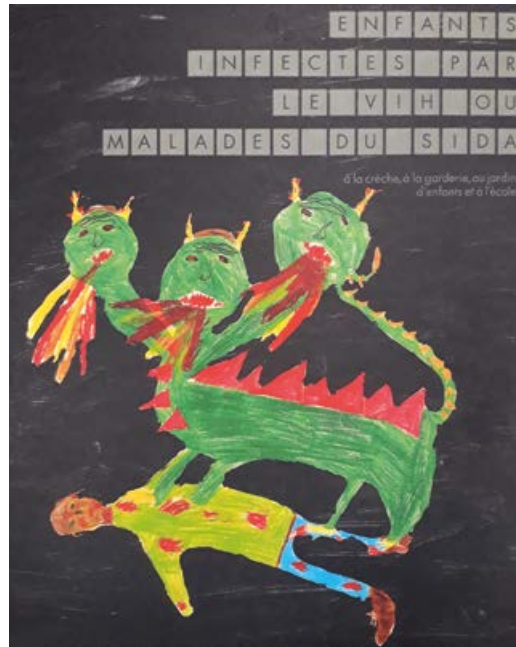
⁷ La rédaction de ce paragraphe intitulé « Les enfants diabétiques » est extrait d'un texte du Pr Dr Harry Dorchy, chef honoraire de la clinique de diabétologie, HUDERF, ULB.

proue de la lutte contre le diabète, recourt dès 1953 à des colonies de vacances éducatives. Durant les années 1970 et 1980, l'ONE permet de développer une action pilote éducative pour un meilleur traitement et une plus grande autonomie des enfants et adolescents diabétiques insulino-dépendants, par l'action d'infirmières spécialisées sur les lieux de vie. Des colonies de vacances éducatives sont organisées. C'est le cas à Saint-Idesbald, à la côte belge, dès 1969. Faute de budget, l'ONE doit se retirer de ces actions pour le mieux-être des enfants diabétiques. Le relais est assuré aujourd'hui par l'INAMI.

La transmission mère-enfant du VIH⁸

Alors que les premiers cas de SIDA chez l'enfant sont décrits en 1983, l'ONE répond dès 1989 à l'appel du service de pédiatrie du CHU Saint-Pierre en détachant un de ses travailleurs médico-sociaux (TMS) pour s'occuper du suivi médico-social des mères et des enfants nés de mères séropositives. A cette époque, le statut infectieux du nourrisson reste une inconnue jusqu'à l'âge de douze à dix-huit mois et cette incertitude peut limiter l'accès de ces enfants aux structures d'accueil ou aux Consultations de nourrissons. Dans les années 1980, le SIDA génère beaucoup de peurs et d'angoisses, à la fois du fait du pronostic vital souvent sombre et du manque de connaissances de la population quant aux mécanismes de transmission du virus. Bien souvent, les parents de ces enfants préfèrent garder le secret autour de la maladie, de crainte d'être mis au ban de la société. L'une des fonctions du TMS de l'ONE est juste-

ment de servir d'interface entre la structure hospitalière et les lieux de socialisation de l'enfant (Consultation de nourrisson, milieux d'accueil, école), afin que les enfants nés de mères séropositives et leurs parents puissent y avoir accès, sans être stigmatisés.



8 La rédaction de ce paragraphe intitulé « La transmission mère-enfant du HIV » est extrait d'un texte des Drs T. Goetgebuer, Conseillère pédiatre ONE et CHU St-Pierre; P. Barlow, CHU St-Pierre, Pr J. Levy, CHU St-Pierre, ULB.

La Banque de données médico-sociales de l'ONE

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, s'impose la nécessité d'une étude scientifique des besoins et comportements de la population cible de l'ONE. Parallèlement au Comité médical supérieur, les missions du service Etudes de l'ONE se trouvent développées. Pionnier de l'informatisation, ce département pose les premières bases d'une future banque de données médico-sociales dans le pays.

Pour l'ONE, le recueil de données de base est un devoir social et scientifique. Il est en effet indispensable que ce parastatal possède un outil d'auto-évaluation

permanente et puisse apprécier l'effet en toute objectivité de ses campagnes et actions d'éducation à la santé. Ainsi, il apparaît aux instances supérieures de l'ONE que l'institution doit se doter d'un outil de haute qualité permettant de répondre à ces demandes et d'offrir un service performant aux équipes médicales, aux TMS et aux chercheurs.

En 1980, les docteurs Pierre Leleux et Pierre Delvoye déposent au Comité médical supérieur une demande de recherche-action en vue de mettre en place une structure de banque de données à l'ONE, cette recherche devant déboucher sur des propositions concrètes et opérationnelles à long terme. La Banque de données médico-sociales (BDMS) de l'ONE est





Le pilotage de l'installation technique. © ONE

en marche. Elle est créée officiellement en 1983 et est constituée d'un ensemble de données médico-sociales relatives au suivi des femmes enceintes, aux naissances et à l'accompagnement d'enfants de zéro à trois ans dans les structures de l'ONE. Ces données sont récoltées par les TMS, les médecins, les sages-femmes, les milieux d'accueil, avant d'être encodées. Rendues anonymes, elles sont ensuite analysées par l'équipe de la BDMS qui en tire des statistiques, telle l'évolution du nombre de naissances, et des bilans sociologiques, comme la situation géographique des inégalités sociales en matière de santé. L'un des objectifs fondamentaux de cette banque de données est une

recherche épidémiologique sur de grands nombres et sur une évolution longitudinale d'année en année. La BDMS permet également le monitoring et l'auto-évaluation de l'action de l'ONE. Elle contribue à orienter les choix de l'institution dans le domaine médico-social. Elle permet également d'interpeler les décideurs au sujet des accents à donner aux politiques de l'enfance. La gestion correcte des moyens mis à la disposition de l'ONE demande des évaluations de couverture sanitaire et la maîtrise d'un instrument d'orientation de sa politique en matière de protection maternelle et infantile.

LE FONDS HOUTMAN

Le Fonds Houtman est né en 1989 suite au legs de feu Herman Houtman en faveur de l'ONE. Depuis lors, le Fonds soutient des actions et des recherches-actions pour l'enfance en difficulté en Communauté française de Belgique. L'enfance en difficulté doit être comprise ici dans son acception la plus large. Ainsi, le Fonds Houtman subventionne des actions (ou des recherches préparatoires à des actions) destinées à venir en aide à l'enfance en difficulté physique, psychique ou sociale, sans distinction de sexe, de race, de nationalité, de religion ou de conception philosophique, pour autant qu'il s'agisse d'enfants résidant sur le territoire de la Communauté française. Bien que disposant de son propre

Comité de gestion, le Fonds Houtman travaille en partenariat avec l'ONE et plusieurs des recherches menées ont été reprises ensuite par l'ONE ou d'autres instances pour être développées à l'échelle de la Communauté française. C'est notamment le cas de la création de la fonction de conseiller pédagogique pour les milieux d'accueil, le développement de la BDMS de l'ONE, la politique de soutien à la parentalité lorsque le parent est en prison, la prévention des mutilations génitales féminines ou encore l'optimisation de l'accompagnement de l'enfant exposé aux violences intrafamiliales ou victime de maltraitance sexuelle.

98



Jeune fille à la balançoire au Petit-Château, Bruxelles, début des années 1990. © ONE

L'ONE face à la maltraitance infantile⁹

Si la loi du 15 mai 1912 est un jalon déterminant pour une véritable protection de l'enfance, en instaurant le juge des enfants et en réprimant particulièrement les mauvais traitements faits aux enfants, la protection de l'enfance en tant que telle entre dans les missions de l'Œuvre nationale de l'enfance dès sa création en 1919. Pourtant, il faut attendre les années 1960 pour qu'une première véritable sensibilisation des milieux professionnels à la maltraitance infantile ait lieu. En 1962, une communication retentissante d'un pédiatre américain, le docteur C.E. Henry Kempe, décrit pour la première fois le syndrome de l'enfant maltraité. En 1970, la maltraitance infantile est au cœur d'un colloque organisé en Belgique, à Charleroi. Mis sur pied par le Centre d'étude de la délinquance juvénile et composé essentiellement d'universitaires et de magistrats, il constitue un des actes fondateurs du système belge de prise en charge des enfants maltraités ou abusés sexuellement.

En 1971, le Conseil national de protection de la jeunesse fait appel au Conseil national de l'Ordre des médecins, au ministère de la Santé Publique et au secrétariat d'Etat à la Famille. Il conclut que les sanctions pénales n'apportent pas de solution aux problèmes qui sont à l'origine même des sévices, ce qui rend leur valeur de dissuasion aléatoire. Dès lors, il convient d'organiser la prise en charge psycho-médicale de

l'enfant et de ses parents et de laisser la possibilité de l'information judiciaire pour la sécurité de l'enfant. En 1976, consciente de l'importance du problème et du rôle déterminant qu'elle peut apporter dans le repérage et la prise en charge de la maltraitance d'enfants, l'ONE met ce problème à l'ordre du jour lors d'une réunion destinée aux consultations agréées auprès des Forces belges en Allemagne, organisée à Weiden. L'orateur qui présente ce sujet est le professeur Fernand Geubelle, interpellé par la sévérité répressive de la Police militaire. Il propose de substituer au modèle répressif la prise en charge psycho-médico-sociale.

99



⁹ La rédaction de ce paragraphe intitulé « L'ONE face à la maltraitance infantile » est extrait d'un texte du Dr M. Dechamps, Conseiller pédiatre ONE et Président du Comité d'accompagnement de l'enfance maltraitée.

Entre 1979 et 1983, l'ONE subventionne une recherche interuniversitaire sur le thème de la maltraitance et de la négligence. Les conclusions soulignent l'importance d'un soutien précoce de l'enfant maltraité et des familles en crise ainsi que la nécessité d'orienter les services dans le sens d'une approche préventive et pluridisciplinaire. Elles tentent à démontrer également que le phénomène de maltraitance se retrouve dans tous les milieux sociaux. L'ONE décide alors de multiplier les équipes pluridisciplinaires sur l'ensemble de la Communauté française. Un service SOS-enfants est constitué dont la mission est d'assurer l'information et la sensibili-

sation du public, la formation et l'encadrement des travailleurs médico-psychologiques ainsi que la prise en charge des cas avérés et à risques. Un Comité d'action enfance maltraitée (CAEM) coordonne l'action des équipes SOS.

En 1998, une révision législative relative à l'enfance maltraitée abonde dans le sens d'une responsabilité de tous les intervenants en contact avec les enfants, en vue d'une meilleure coordination. A côté des équipes SOS-Enfants, l'ONE garde un rôle spécifique, grâce notamment au travail de proximité réalisé par les TMS auprès des futures mères et des jeunes enfants, premières victimes de la maltraitance.



1997, NAISSANCE DE LA BIENTRAITANCE

Depuis sa création, l'ONE pratique la « bienveillance » sans le savoir, puisque ce concept n'apparaît dans la littérature qu'à la fin du 20^e siècle, à la suite de la prise de conscience de l'existence de la maltraitance infantile. De 1995 à 2015, apparaissent en effet trois concepts clés : bienveillance, résilience et parentalité.

En Belgique, l'affaire Dutroux va profondément émouvoir l'ensemble de la société, créant un climat d'angoisse et d'insécurité, et générant surprotection de l'enfant, repli, suspicion vis-à-vis de l'entourage ainsi que parfois une perte de confiance dans l'appareil de l'État. Elle provoque également de nombreux questionnements dans le secteur de l'enfance. Entretemps, la Fondation pour l'enfance (France) et le Fonds Houtman de l'ONE soutiennent activement des rencontres

de chercheurs tels que Boris Cyrulnik, Michel Manciaux, Stanislaw Tomkiewitch et Stefan Vanistendael autour du concept de résilience. Des représentants du Fonds Houtman et de l'ONE y sont régulièrement associés.

C'est dans ce contexte, qu'en 1997, le Fonds Houtman lance un appel à candidature pour des projets de recherche-action « Bienveillance ». Le Comité subrégional ONE du Hainaut est sélectionné pour mener une recherche sur la manière de favoriser la bienveillance dans le cadre de l'institution, donnant naissance à la publication *La promotion de la bienveillance à l'ONE*, fruit de questionnements de TMS, d'inspectrices et de médecins de l'ONE, notamment. L'ONE généralisera cette démarche par la suite et en fera une de ses 5 valeurs phares.



L'ONE et l'adoption

Suite à la communautarisation d'une partie importante de la Protection de la jeunesse, le décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse est voté. Sur cette base, l'ONE crée le service ONE Adoption qui prendra initialement la forme d'une asbl.

Il s'agit d'un service ayant pour mission d'accompagner et de guider des parents de naissance souhaitant confier leur enfant en adoption, ainsi que de recevoir et d'examiner la candidature de parents adoptants. Les enfants confiés doivent être nés ou résider en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ils ne viennent donc pas de l'étranger, même si leurs parents de naissance sont de toute origine.



© ONE

Les programmes de santé, une démarche de santé publique de l'ONE

Les programmes prioritaires de santé préventive constituent le contenu de base des Consultations pour enfants. Ils touchent bien entendu tous les enfants, qu'ils soient suivis à l'ONE en consultation ou en milieu d'accueil, ou hors ONE. Ils ont été développés par le Collège des pédiatres et le service de Coordination médicale de l'ONE, en parallèle à la création du *Carte de l'enfant* et du dossier médical. Ces programmes comprennent notamment la promotion de l'allaitement maternel, la promotion d'une alimentation saine et la prévention de l'obésité, la surveillance du développement psychomoteur et du langage ou encore le dépistage des troubles visuels et auditifs, la vaccination, la promotion d'une bonne hygiène dentaire et la prévention des caries, la prévention des accidents domestiques, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Dans le cadre de l'examen clinique lors des visites en consultation, une attention est également portée au développement orthopédique, au dépistage des pathologies génito-urinaires – dans lesquelles une attention particulière est apportée à la prévention des mutilations sexuelles dans les populations à risque –, à l'auscultation cardio-pulmonaire ou à l'apparition de surdité secondaire. La consultation apporte également une réponse aux inquiétudes des parents quant aux difficultés de sommeil, troubles alimentaires, colères, apprentissage des limites et des repères, ainsi qu'aux multiples questions liées aux possibles toxicités environnementales. Des activités ciblées sur des



1	2	3
4	5	6
7	8	

ENCEINTE
DE DEUX
MOIS?

VISITES MEDICALES REGULIERES!

Pourquoi le 10? Le début d'une grossesse, correspond à une période d'adaptation de l'organisme à son nouvel état.
Certaines causes de prématurité peuvent être évitées très tôt.
Pourquoi également? Cette surveillance permet de suivre l'évolution de la grossesse et de prévenir la prématurité.

l'Œuvre Nationale de l'Enfance

Ménagez-vous ...



populations à risque sont également réalisées en collaboration avec des organismes spécialisés dans le domaine du dépistage du saturnisme ou de la tuberculose. Un suivi renforcé est proposé lors de suspicion de handicap ou de difficultés parentales comme la dépression, l'alcoolisme ou la toxicomanie.



L'ONE à la pointe de la technologie

Depuis sa création, l'ONE veille à intégrer dans ses actions l'apport des avancées scientifiques. C'est particulièrement le cas en matière de suivi des grossesses. Au 19^e siècle, la possibilité d'écouter le cœur foetal au moyen d'un instrument, le stéthoscope obstétrical, constitue le premier pas vers les progrès technologiques. Fin du 20^e siècle, ceux-ci vont se déployer particulièrement dans le domaine obstétrical, levant ainsi progressivement le voile sur ce mystérieux foetus. Se développent ainsi progressivement, l'amniocentèse dans les années 1970, l'échographie ainsi que les analyses sanguines dans les domaines infectieux, immunologiques et génétiques. A la fin du siècle dernier, l'explosion des nouvelles technologies va constituer un nouveau défi pour l'ONE et ce, principalement, pour des raisons budgétaires. Pendant très longtemps, les Consultations pour enfants travaillent avec un matériel assez basique constitué d'une balance, d'un stéthoscope ou encore d'un otoscope. Chaque consultation dispose du frigo indispensable pour garder les vaccins à bonne température et respecter la chaîne du froid, ce qui a constitué un premier défi technique à relever. Par contre, mettre à disposition des structures médico-sociales du matériel de pointe, d'un prix très élevé, nécessitant des entretiens et des remplacements réguliers, implique des budgets élevés. Par ailleurs, la communautarisation des compétences en matière de santé engendre de multiples discussions entre les différents niveaux de pouvoir, au-

tour des notions de médecine préventive et de médecine curative. La prévention est en effet du ressort de la Communauté française pour les francophones, alors que le volet curatif reste fédéral et donc financé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, l'INAMI. Dans ce cadre, l'ONE n'échappe pas à l'art du « compromis à la belge », pourvu que l'objectif commun, la santé de la future mère et de l'enfant, reste prioritaire.

Au niveau de l'ONE, il est difficile d'offrir un appareillage de pointe dans des consultations locales, éloignées des centres hospitaliers. Ainsi, dès les années 1980, afin que les futures mères suivies par l'ONE puissent bénéficier de tous ces progrès technologiques, et afin de répondre aux demandes des futurs parents, les Consultations prénatales « hospitalières » vont de plus en plus se développer, au détriment des Consultations prénatales « de quartier ».

105



Consultation nourrissons, Ixelles. © ONE



Réfractomètres. © ONE



Stereo Test. © ONE

Le dépistage des troubles visuels fait également l'objet de nombreuses évolutions, au point de constituer un des domaines de pointe de l'ONE. Dès 1954, l'ONE s'intéresse à la santé visuelle de l'enfant. On trouve dans ses publications des articles relatifs aux enfants aveugle, aux troubles visuels, au strabisme ou au traumatismes oculaires chez l'enfant. La question du dépistage des troubles visuels de l'enfant se pose dès 1960, même si les tests restent rudimentaires pour les jeunes patients qui ne peuvent collaborer avec l'examineur. En 1981, trois chercheurs, Roger Wolcott Sperry, Torsten Wiesel et David Hunter Hubel, se partagent le prestigieux Prix Nobel de médecine pour leurs travaux de physiologie et neurobiologie portant sur le système visuel. Leurs apports, ainsi que l'émergence de nouvelles connaissances sur la plasticité cérébrale, permettent de comprendre le mécanisme de l'amblyopie secondaire ou fonctionnelle, qui touche près de 5 % de la population, de même que la possibilité de réversibilité lorsqu'une prise en charge précoce est réalisée. Si l'importance de réaliser des dépistages



Appareil de mesure auditif, Amplaid. © ONE

visuels précoces est démontrée, l'examen visuel du jeune enfant reste toujours aussi difficile.

En 1994, une importante évolution technologique – l'arrivée sur le marché d'appareils de vidéo-réfraction portables semi-automatisés ou réfractomètres – va marquer un tournant fondamental dans le dépistage généralisé des troubles visuels du petit enfant. En effet, grâce à cet appareil, l'examen devient rapide, non invasif, très fiable et, surtout, ne demande pratiquement pas de collaboration de l'enfant. En 2003, après une période test de quelques années, convaincu de l'intérêt du programme, le Conseil d'administration de l'ONE décide de généraliser ce dépistage et de l'offrir progressivement à l'ensemble des enfants de 15 à 36 mois de toute la Communauté française. Depuis, des examinateurs spécialement formés à ce dépistage et disposant chacun d'un matériel de qualité, réalisent des consultations itinérantes dans toutes les structures de l'ONE.

A côté du dépistage des troubles visuels, le dépistage de la surdité néonatale est au cœur des préoccupations de l'ONE, puisqu'on estime qu'un enfant sur 1 000 naît avec une surdité sévère, bilatérale, qui a pour conséquences des troubles importants dans la communication orale. Par ailleurs, les connaissances concernant l'acquisition du langage, le développement des compétences communicatives ainsi que le développement cognitif et psycho-social de l'enfant, démontrent l'intérêt de réaliser un dépistage de la sur-



Couveuse au service néonatal. © ONE

dité en période néonatale et de mettre en place avant l'âge de six mois le traitement le mieux approprié.

Pendant longtemps, seule l'observation des réactions du bébé au bruit et au langage chuchoté permet de détecter d'éventuels troubles auditifs. Dans les années 1990, un cap technologique est franchi avec l'arrivée d'appareils de dépistage rapides, faciles d'emploi et en partie automatisés. Ils permettent de pratiquer dès la naissance de l'enfant des otoémissions acoustiques et des potentiels évoqués auditifs automatisés, qui mesurent de manière objective et non plus comportementale l'audition du tout petit. Des conseillers médicaux de l'ONE vont jouer un rôle majeur dans l'élaboration du protocole d'organisation du dépistage néonatal de la surdité qui sera ensuite financé par la Communauté française et mis en place par l'École de santé publique de l'ULB dans toutes les maternités francophones.



L'accueil de l'enfant poursuit sa progression

Le Fonds des équipements et services collectifs (FESC) qui a vu le jour en 1971, élargi ses missions en 1991 avec l'accueil d'enfants malades à domicile et l'accueil des enfants en dehors des heures régulières de travail. A partir de 1994, le FESC financera également l'accueil des enfants entre 2 ½ ans et 12 ans en dehors des heures scolaires ainsi que l'accueil d'urgence. A partir de juin 1999, la cotisation de 0,05% de la masse salariale devient structurelle mais les missions classiques du FESC relatives à l'accueil des

enfants de 0 à 3 ans sont communautarisées. De nombreux projets d'accueil sont alors exclus des subventions FESC. Pour tenter de réduire le déficit, un Fonds de solidarité dans lequel les régions apportent une aide sous forme d'aide à l'emploi est mis en place à l'ONE.

Par ailleurs, un arrêté du 1^{er} avril 1993 coordonne les différents types de milieu d'accueil subventionnés et reconnaît un nouveau type de structure dont le financement est en partie assuré par les régions. Il s'agit des maisons communales d'accueil de l'enfance (MCAE). À la même date, un arrêté fixe un système de péréquation entre services par l'ONE à charge des milieux d'accueil subventionnés dont la contribution



des parents est supérieure à un montant déterminé, alors qu'un troisième arrêté ajuste la participation financière des parents, en particulier pour les bas et les hauts revenus.

Le 31 mai 1999, un premier code de qualité est adopté par le gouvernement sur proposition de l'ONE. Il est applicable à toutes les structures d'accueil des enfants jusque 12 ans. Tous les milieux d'accueil doivent élaborer un projet d'accueil qui décrit les options méthodologiques, leurs objectifs spécifiques et la manière dont le personnel prend en compte le développement global de l'enfant dans toutes ses composantes. Suite à une évaluation, l'ONE délivre – ou non – une attestation de qualité au milieu d'accueil.

La même année, le 30 novembre, un nouveau décret relatif aux centres de vacances est adopté par le parlement. Il concerne les nouvelles modalités d'agrément et de subventionnement pour trois types de structures : les plaines de vacances, les séjours de vacances et les camps organisés par les mouvements de jeunesse.

Ces dernières législations et réglementations prennent également leur inspiration dans les principes de la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée quant à elle le 20 novembre 1989. Comme tout instrument afférent aux droits humains, la CIDE énonce des droits relatifs à la protection des enfants et à l'organisation de services en leur faveur (ce qui était déjà affirmé en 1959 dans la déclaration des droits de l'enfant des Nations Unies), mais elle innove aussi en mettant en exergue une nouvelle génération de droits que sont les droits émancipateurs (droits à la participation, à la prise de parole, à l'accès à la culture, etc.).





IV

DEPUIS L'AN 2000

Dès les années 1990, la dimension psychopédagogique prend une réelle importance dans le champ de l'éducation et de la protection de l'enfance. Au début des années 2000, l'ONE met en œuvre le premier Code de qualité de l'accueil, en vue d'offrir des réponses adaptées à des besoins toujours plus spécifiques. De son côté également, l'accompagnement de l'enfant évolue, passant de l'éducation à la santé proprement dite, à la promotion de la santé. Dans ce registre, les Consultations s'ouvrent de plus en plus à la famille, à travers une prise en compte globale des enjeux de parentalité.

A la suite d'une analyse de l'institution et à un plan de relance, l'ONE voit également ses structures de gouvernance et organisationnelles profondément revues.

A l'aune des préoccupations et des enjeux contemporains, l'ONE se penche volontiers sur ses pratiques et met en exergue cinq valeurs fondamentales portées par l'institution et incarnées par son personnel. Une manière de poser un bilan et de définir des perspectives d'avenir à l'aube de son centenaire...



© ONE

DES MISSIONS PRIORITAIRES POUR UN NOUVEAU MILLÉNAIRE

Des missions renforcées

Les missions de l'ONE sont redéfinies suite à un plan de réforme et de relance initié en 2001. Par le décret du 17 juillet 2002, ces missions s'articulent autour de deux piliers : l'accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social ; l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial. Des missions transversales sont également retenues et concernent le soutien à la parentalité, l'information des (futurs) parents, la promotion de la santé et l'éducation à celle-ci, la formation continue des acteurs des politiques de l'enfance, la réalisation de recherches et l'évaluation des besoins.

Désormais, l'ensemble de ces missions sont mises en œuvre par un contrat de gestion négocié avec le Gouvernement de la Communauté française. Un premier contrat couvre la période 2003-2005. Il sera suivi de deux autres contrats de gestion dont le dernier couvrant la période 2013 à 2018 est encore prolongé jusqu'en 2020. À la suite des difficultés socioéconomiques du début des années 2000, la dimension sociale des activités de l'ONE est réinvestie dans le cadre de ce troisième contrat de gestion. Une attention particulière est donnée à la lutte contre les inégalités sociales, en matière de santé particulièrement, mais aussi au développement d'une réflexion, d'actions et d'outils visant à favoriser le soutien à la parentalité et le développement de l'enfant.

Pour l'accueil de l'enfant, le décret de 2002 renforce le rôle de référent de l'ONE par l'extension de son intervention à la tranche d'âge de zéro à douze ans.

Le Conseil d'administration de l'Office n'est plus composé que de six membres et trois invités avec voix non délibérative (le Président du Conseil scientifique, le Président du Conseil d'avis et le Coordinateur de l'Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse). Parallèlement, il est créé un Conseil d'avis réunissant les différents acteurs parties prenantes des politiques de l'enfance (représentants des pouvoirs organisateurs, des travailleurs, des organismes de formation continue, des observatoires, des écoles de santé publique, des comités subrégionaux, etc.)

Plus récemment, avec le transfert du FESC à l'ONE en 2015, un comité de programmation pour les milieux d'accueil a été créé et son président est aussi invité au Conseil d'administration quand il s'agit de débattre de programmations.

L'ONE en cinq valeurs

Dès ses origines, l'ONE est portée par des valeurs humanistes. Si, dans un premier temps, celles-ci sont sensiblement teintées de bienfaisance, voire de charité ou de moralisme, ces valeurs forment un socle commun fédérateur face aux divergences philosophiques et politiques liées à la forte polarisation de la société belge. Au long d'un siècle d'existence, la préoccupation de l'enfant, de la femme enceinte puis des familles de manière de plus en plus large, reste au centre d'un processus d'innovation constante, en phase avec les évolutions du temps. Le soutien à la parentalité, la lutte contre les inégalités sociales et de santé ainsi que le soutien psychopédagogique impriment progressivement les missions de l'institution. Au cœur de ce travail quotidien, des hommes et des femmes – professionnels ou bénévoles – incarnent ces valeurs. En 2006, l'ONE engage une réflexion sur les valeurs qu'elle se plaît à porter. Ce processus participatif de longue haleine aboutit en 2010 à mettre en avant cinq valeurs cardinales – qualité, bienveillance, équité, continuité et éthique –, une sorte d'ADN institutionnel découlant de son histoire. L'ONE souhaite que ces va-



113

leurs, illustrées tout au long de cet ouvrage, continuent de guider, de donner sens et d'imprégner la réalité professionnelle de son personnel.

En 2011, l'ONE engage une réflexion relative à l'adoption d'un nouveau logo en phase avec les valeurs nouvellement définies. Si le premier logo de l'Œuvre nationale de l'enfance représente un enfant emmaillotté, le logo actuel est beaucoup plus intemporel. À côté d'un «O» lumineux, tel un ballon en mouvement, le «N» et le «E» expriment la stabilité derrière le mouvement. Mouvement et stabilité, deux valeurs clés pour un jeune centenaire.



La Bienveillance



La Qualité



L'Équité



La Continuité



L'Éthique

De la crèche à l'école des devoirs : un accueil toujours plus personnalisé

Nous l'avons vu précédemment, l'activité de l'ONE s'inscrit dans une société en évolution. Lors de sa création, en 1919, ses actions prioritaires étaient liées à la santé des enfants et de leur mère. Les problématiques de l'alimentation et de l'hygiène, à travers l'allaitement maternel notamment, étaient au cœur des préoccupations. Au niveau de l'accueil de l'enfant, la crèche était considérée comme un « mal nécessaire » en réponse à une main-d'œuvre féminine de plus en plus présente dans le monde du travail. Lors des Trente Glorieuses, la dimension économique prend le pas dans la société occidentale. L'égalité d'accès au tra-

vail entre les femmes et les hommes, notamment, nécessite de nouvelles pratiques de l'accueil de l'enfant. Dans ce domaine, l'accueil extra-scolaire se veut une réponse concrète aux contraintes horaires et à la flexibilité professionnelle de plus en plus accrue des mères de famille. Les écoles de devoirs, au sein desquelles des bénévoles très qualifiés sont actifs, centrent leur action sur les populations socialement défavorisées.

À l'aube de l'an 2000, la dimension psychopédagogique prend une réelle importance dans le champ de l'éducation de l'enfant et de l'accueil en particulier. À l'ONE, c'est à cette époque que l'on discute et finalise le premier Code de qualité de l'accueil.

Tout au long de son siècle d'existence, l'ONE a donc développé ou accompagné différentes structures d'ac-

cueil. Si la crèche et l'accueillant(e) restent dans l'imaginaire les lieux d'accueil par excellence, différentes formules répondent à l'exigence, toujours plus accrue, d'un dispositif de plus en plus spécifique aux besoins de l'enfant et de sa famille. C'est ainsi que se développe la Halte-accueil, structure visant principalement l'accueil d'enfants dont les parents se trouvent dans des situations sociales difficiles ou qui ne requièrent qu'un accueil limité dans le temps, quelques jours, voire quelques heures, en réponse à des situations familiales ou professionnelles atypiques.

C'est également le cas des Services d'accueil spécialisés de la petite enfance (SASPE), anciennement Centres



Notre Abri ASBL, créé en 1918 à Uccle pour accueillir les orphelins de guerre. Depuis, la prise en charge des enfants a évolué ainsi que les raisons qui justifient le placement. © Notre Abri

d'accueil et pouponnières et dont la réglementation a été revue en 2004, ayant pour objectif de prendre en charge des enfants dont la famille est en situation de crise.

Selon cette logique de personnalisation de plus en plus accrue de ses dispositifs, l'ONE porte depuis une vingtaine d'années une attention accrue à l'accueil d'enfants en situation de handicap. Dans la foulée de la Convention internationale des droits de l'enfant, l'attention s'est portée sur l'accès des enfants différents aux services d'accueil et d'éducation ordinaires.

Le Code de qualité fixe comme objectif au milieu d'accueil de « favoriser l'intégration harmonieuse d'enfants ayant des besoins spécifiques, dans le respect de leur différence ». Mieux, l'arrêté du 27 février 2003 stipule que « l'accueil d'un enfant porteur d'un handicap est encouragé en vue de favoriser son intégration dans le respect de ses différences, pour autant que le milieu d'accueil remplisse des conditions suffisantes pour garantir la sécurité de l'enfant ». L'article 67 en fait une condition de l'octroi de l'agrément, sauf demande dûment motivée.





Espace rencontre enfants parents. © ONE



Flash accueil n°17, 2013. Laboratoire sur l'usage de la parole dans le théâtre pour bébés. Comédienne; Karine Sauve.
© ONE



La Scientothèque. © ONE



L'école des Devoirs. © ONE



L'accueil à domicile. © ONE

L'accueil des enfants de 0 à 3 ans

Au niveau réglementaire, l'arrêté du 27 février 2003 réunit l'ensemble de la réglementation relative à tous les milieux d'accueil subventionnés ou non subventionnés par l'ONE pour les enfants de zéro à trois ans (et pour certains de zéro à six ans) et intègre les dispositions récentes prises dans le cadre du décret de 2002 portant organisation de l'ONE.

Dorénavant, ce n'est plus le collège des bourgmestre et échevins qui délivre l'autorisation de garde pour les enfants de zéro à six ans mais bien l'ONE après avis du collège. La réglementation de 2003 précise les modalités d'autorisation, d'agrément et de sub-

ventionnement des milieux d'accueil, notamment en vue d'accueillir des enfants nécessitant une attention particulière compte tenu de certains besoins ou situations spécifiques, de favoriser la participation de tout le personnel à des modules de formation continue, de conclure avec les parents un contrat d'accueil, d'organiser les modalités d'inscription garantissant une égalité de traitement des enfants. Le milieu d'accueil est tenu de réserver au moins 10% de sa capacité totale en vue de rencontrer les besoins d'accueil résultant de situations particulières (sauf dérogation).

Parallèlement, un nouveau statut sui generis, appelé statut « social », est négocié en 2003 entre les Communautés et l'Etat fédéral et proposé à l'ensemble des ac-



Crèche Les Farfadets, Louvain-La-Neuve. © ONE

cueillant(e)s d'enfants conventionnés. C'est certes une avancée, mais qui reste insuffisante pour garantir une couverture sociale complète à l'instar d'un travailleur salarié. Des engagements sont pris pour évaluer ce statut social dans les cinq ans et le faire évoluer le cas échéant. Il a fallu encore attendre plus de dix ans pour lancer un projet pilote de deux ans en vue d'entamer le passage au statut de salarié à domicile pour les accueillant(e)s d'enfants conventionnés. Dans ce cadre, les accueillant(e)s disposent d'un revenu fixe, indépendamment de l'absentéisme des enfants, au même barème qu'une puéricultrice en crèche, de

congés payés et d'un pécule de vacances, de jours de congé légaux, extra-légaux liés à leur secteur et à un maximum de cinq jours compensatoires, et enfin d'un accès aux allocations de chômage en cas de licenciement, dans les mêmes conditions que tout travailleur salarié. Près de 400 accueillant(e)s peuvent s'inscrire dans le projet en 2018 et 300 de plus en 2019. Dans le cadre des dispositions prises concernant la réforme du système de l'accueil de la petite enfance, le projet est pérennisé pour le futur. C'est donc un combat de plus de 40 ans pour l'égalité des femmes qui trouve son aboutissement avec cette mesure.

L'accueil temps libre (ATL)

Suite à l'élargissement du champ de compétences de l'ONE, de nouvelles législations sont adoptées pour l'accueil des enfants de plus de trois ans. Trois décrets vont être successivement adoptés ou mis en œuvre. Ils concernent les Centres de vacances (1999) avec un arrêté d'application adopté en 2001, la coordination de l'Accueil temps libre et le soutien à l'Accueil extra-scolaire (2003) ainsi que les Ecoles de devoirs (2004). Certaines caractéristiques sont communes aux trois secteurs de l'ATL couverts par l'ONE, avec des différences sensibles par rapport à l'accueil des enfants de 0 à 3 ans. On peut relever notamment:

- Les décrets n'ont pas une valeur obligatoire : ils ne s'appliquent qu'à ceux qui y adhèrent, sur une base volontaire. C'est le cas de la très grande majorité des communes et des structures d'accueil. Il est donc possible de fonctionner en dehors de ce cadre.
- L'enfant passe la plupart de son temps à l'école. L'accueil n'est pas à temps plein, sauf pendant les congés scolaires. La complémentarité avec l'école s'impose d'elle-même.
- Des exigences sont formulées en matière de formation de base et de formation continue. Pour les écoles de devoirs et les centres de vacances, des brevets sanctionnent la réussite d'une formation, comprenant un volet théorique et un volet pratique. Des assimilations et des équivalences sont possibles.
- Pour l'accueil extrascolaire, un programme de formation continue est adopté tous les trois ans et est sanctionné par un arrêté.
- Les décrets intègrent en leur sein un dispositif d'évaluation, et donc d'évolution, avec le souci de prendre en compte les réalités de terrain. De ce fait,

des adaptations sont régulièrement apportées aux textes.

- Les représentants des secteurs sont associés aux divers processus dans le cadre de commissions, d'agrément dans le secteur extrascolaire, d'avis dans les secteurs écoles de devoirs et centres de vacances. »

Depuis longtemps soutenus par l'ONE, les Centres de vacances ont vu leur législation revisitée en 1999 et poursuivent désormais quatre objectifs : favoriser le développement physique de l'enfant par la pratique du sport, des jeux ou des activités de plein air ; favoriser la créativité de l'enfant et son accès à la culture par des activités variées d'animation, d'expression, de création et de communication ; favoriser l'intégration sociale de l'enfant dans le respect de ses différences, dans un esprit de coopération et dans une approche multiculturelle ; favoriser l'apprentissage de la citoyenneté et la participation.

Le décret du 3 juillet 2003 confie à la commune un rôle de coordination. Elle engage un ou plusieurs coordinateur(s) et leur confie des missions, réunit une Commission Communale de l'Accueil (CCA), en assure la présidence, réalise un état des lieux et une analyse des besoins, puis, en réponse, établit un ou des programmes de coordination locale pour l'enfance (CLE), qu'elle fait agréer par l'ONE. Elle veille à leur mise en application et leur évaluation. Ces différentes étapes se renouvellent tous les cinq ans.

La coordination ATL constitue une originalité : une fonction nouvelle et fondamentale est créée, celle de coordinateur ATL ; tous les acteurs de l'accueil des enfants de 2,5 à 12 ans présents sur la commune se

regroupent dans une commission communale de l'accueil, se mettent en relation et travaillent ensemble dans un objectif commun : harmoniser l'offre d'accueil et la développer tant quantitativement que qualitativement afin de répondre aux besoins des parents, des enfants et des professionnels.

Les enfants sont accueillis dans des lieux d'accueil "extrascolaire", qui fonctionnent avant ou après l'école, le mercredi après-midi et parfois durant le week-end et les vacances scolaires. Si elles sont intégrées dans un programme CLE, moyennant le respect de certaines conditions, ces structures peuvent être agréées, voire subventionnées, si elles en font la demande. Ce décret offre une reconnaissance fondamentale à tout le secteur.

Les Ecoles de devoirs existent également depuis les années 1970 mais n'ont jamais bénéficié d'une reconnaissance et d'un financement structurel. Les Ecoles de devoirs, structures indépendantes des établissements scolaires, participent à la vie d'une commune, d'un village, d'un quartier ou d'un hameau. Loin de se limiter au soutien scolaire, elles contribuent également à l'éducation, l'émancipation et l'épanouissement de l'enfant ou du jeune, par l'organisation d'activités diverses dans le domaine créatif, coopératif, sportif, culturel et citoyen. La première Ecole de devoirs belge est apparue à Bruxelles en 1973, dans le quartier de Cureghem, où vit alors une communauté italienne. Des coordinations régionales vont se mettre



en place à Liège et Bruxelles, puis sur l'ensemble du territoire. En 1998, la Fédération francophone des Ecoles de devoirs est reconnue comme Organisation de jeunesse par la Communauté française.

Depuis le décret du 28 avril 2004, les écoles de devoirs sont reconnues officiellement, leurs missions portent sur le développement intellectuel de l'enfant, son émancipation sociale, sa créativité et l'apprentissage de la citoyenneté et de la participation.

© ONE

La qualité

Parallèlement à ce dispositif législatif, synonyme de l'élargissement des missions de l'ONE, un vaste chantier est entrepris afin d'améliorer autant qu'il se peut les dispositifs d'accueil. En 2003, une nouvelle mouture du code de qualité est adoptée. Désormais, le projet d'accueil doit désormais également décrire la façon dont le milieu d'accueil s'engage à améliorer la qualité



12



© ONE





de l'accueil et la façon dont il s'organise pour garantir une égalité de traitement entre les enfants. C'est cette dynamique que l'attestation de qualité certifie.

Dans la foulée de l'élaboration d'un Code de qualité, un référentiel Accueillir les tout petits. Oser la qualité est publié en 2002. Dans le cadre d'une recherche-action soutenue par le Fonds Houtman, un groupe d'une trentaine de professionnels élabore un référentiel psychopédagogique qui dégage les idées essentielles d'un accueil de qualité destiné aux enfants de zéro à trois ans. L'option proposée s'inscrit dans une conception dynamique de la construction des savoirs et des pratiques. Trois thèmes sont abordés : les liens, la socialisation et l'activité ainsi qu'une réflexion sur l'accessibilité et le soutien à la parentalité. En 2007, le référentiel Viser la qualité pour les trois à douze ans est élaboré selon la même optique.

Entre 2003 et 2005, plusieurs mesures structurelles soutiennent la prise en compte de la dimension éducative de l'accueil. La fonction de conseiller-ère pédagogique est créée en 2003, après une expérimentation en 2001-2002 et une définition de fonction élaborée avec le soutien du Fonds Houtman. La mission du conseillère pédagogique s'exerce au niveau communal et s'ancre au niveau subrégional. Elle se réalise en collaboration avec les coordinateurs-trices accueil. Les missions des coordinateurs-trices accueil portent sur la promotion de pratiques de qualité dans les milieux d'accueil de zéro à douze ans – par un accompagnement des professionnels – et sur le contrôle du respect des normes de fonctionnement. Il convient en effet de préciser que l'inspection, qui devient « la coordination », est désormais spécialisée et porte soit sur le secteur de l'accueil, soit sur le médico-social.

La professionnalisation des métiers de l'enfance est reconnue comme une condition pour améliorer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

C'est également dans cette optique que le décret portant organisation de l'ONE de 2002 place la formation continue des acteurs des politiques de l'enfance dans les missions transversales de l'ONE. L'exigence de formation s'impose également dans le secteur ATL.



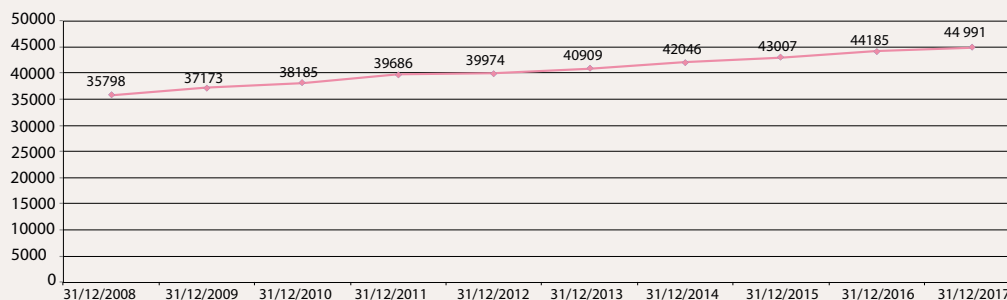
Les Plans Cigogne

L'Union européenne fixe aux Etats membres l'objectif d'offrir – à l'horizon 2010 – des places d'accueil pour au moins 90 % des enfants ayant entre trois ans et l'âge de la scolarité obligatoire, et pour au moins 33 % des enfants de moins de trois ans. Pour répondre à ces objectifs, l'ONE met en place les Plans Cigognes intégrés aux contrats de gestion, avec pour buts d'augmenter la couverture territoriale, le nombre de places d'accueil

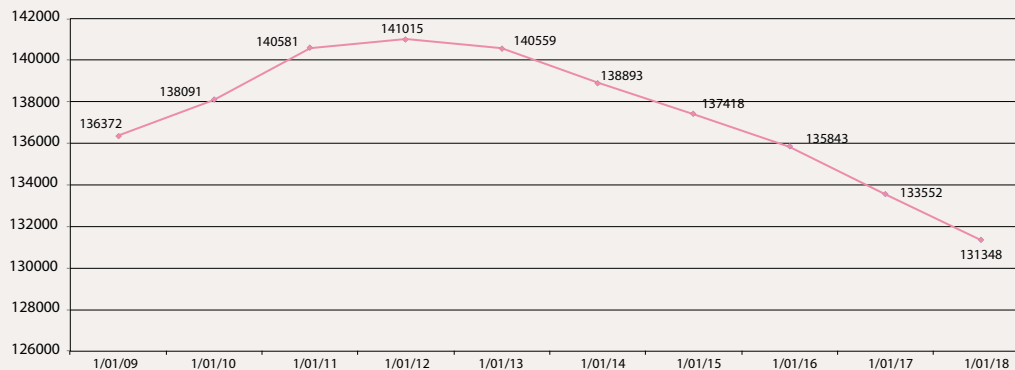
tout en les maintenant à un prix abordable, de développer une offre diversifiée, de permettre une réduction des inégalités entre les différentes sous régions, le tout en respectant les critères fixés dans le Code de qualité. Depuis 2003, trois plans successifs ont vu le jour, comprenant également des volets spécifiques. On est ainsi passé de quelque 28000 places d'accueil début des années 2000 à plus de 46000 places récemment, avec un taux de couverture moyen (en référence aux objectifs de Barcelone) de plus de 49%.

125

Evolution du nombre de places d'accueil sur 10 ans



Evolution du nombre d'enfants de 0 à 2.5 ans sur 10 ans



Accompagner l'enfant et sa famille

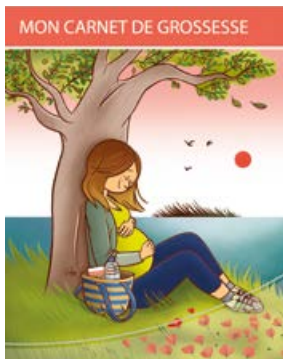
Les Consultations pour enfants (CE), dont la réglementation a été revue en 2004, – près de 550 en Fédération Wallonie-Bruxelles – permettent aux parents de bénéficier d'un suivi psycho-médicosocial préventif

pour leur(s) enfant(s). Les enfants sont pris en charge gratuitement par un médecin pédiatre ou généraliste et un TMS. Au sein des Consultations, des actions spécifiques destinées à des populations plus vulnérables sont entreprises. Récemment, dans le cadre des projets santé-parentalité, des programmes nouveaux sont développés tels que les massages pour bébés, les coins-lecture, le dépistage

des troubles visuels et du langage et le traitement de ceux-ci. Les CE gardent toute leur pertinence au moment où de nombreux travaux de recherche indiquent combien la précocité de l'intervention psychosociale en soutien des familles constitue un élément déterminant pour le développement cognitif et affectif de l'enfant.

Aujourd'hui, les CE sont gérées par près de 4500 bénévoles, officiellement dénommés « volontaires », selon la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires. Leur fonction est primordiale et consiste à accueillir l'enfant et sa famille au sein des consultations alors que le rôle du médecin coordonnateur, quant à lui, est d'assurer un suivi de l'activité médicale au sein de l'ONE et d'intervenir pour toutes les questions d'ordre médical. Cette implication d'acteurs bénévoles est inséparable de l'histoire de l'ONE. À sa création, l'Œuvre fonde son engagement sur l'implication d'« intervenants béné-

126





127

voles», quasi exclusivement féminins. Issues pour la plupart de la bourgeoisie et de la noblesse, ces dames perpétuent une tradition philanthropique, voire charitable, historiquement dévolue à un milieu social privilégié, conscient de ses privilèges, mais aussi de ses devoirs. Progressivement, le bénévolat s'ouvre à une certaine mixité sociale, qui traduit un processus de démocratisation des institutions sanitaires. Durant l'entre-deux-guerres, la consultation est gérée par un comité placé sous le contrôle de l'ONE, composé d'un médecin, des infirmières visiteuses et des bénévoles. À l'image d'une société belge largement basée sur de solides piliers philosophiques, les bénévoles se structurent autour de pouvoirs organisateurs que sont les communes, Vie féminine et les Femmes prévoyantes socialistes.

Au moment du centenaire de l'ONE, l'investissement quotidien des bénévoles, aux côtés des TMS et des médecins, est plus que jamais indispensable. Parallèlement aux Consultations, la visite à domicile consiste en un entretien au domicile de la future mère (prénatal) ou de la mère (postnatal) dans un espace différent



© ONE



de celui de la Consultation. C'est un moyen d'observation, d'information et de communication ainsi qu'un moment privilégié de contact avec la future mère ou l'enfant dans son environnement familial. La visite à domicile permet de répondre aux questions et d'aborder des difficultés très concrètes.

du TMS est centrée sur la promotion du bien-être de l'enfant. Il mène une action de prévention et de soutien à la parentalité au bénéfice de l'enfant et de ses parents. Le TMS propose son offre de services à toutes les familles, sans l'imposer. Il effectue un travail de proximité et développe son action au travers des diverses structures ONE – Consultations prénatales et Consultations pour enfants –, y compris dans les milieux d'accueil, les centres de réfugiés, les consultations mobiles et les visites au domicile des familles.

128

Les TMS et les médecins jouent un rôle central dans le secteur de l'accompagnement. L'ONE emploie 845 TMS et a passé convention avec plus de 1 100 médecins généralistes ou pédiatres, travaillant sur l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, au contact direct des enfants de zéro à six ans et de leur famille. La mission

Avec la réduction du temps de séjour en maternité et l'accompagnement qui en découlent de la part des sages-femmes, l'ONE a récemment expérimenté et évalué une nouvelle offre de service pour l'accompagnement périnatal (avant, pendant et après la naissance).





129



Accompagnement au service Néonatal.
© ONE



Accompagnement prénatal. © ONE



LA CONSULTATION MOBILE

Le car sanitaire, devenu la consultation mobile, depuis que l'ONE a acquis des tracteurs avec remorque, sillonne les routes de la Wallonie depuis les années 1950 et propose les services classiques d'une CE avec l'organisation d'un service universel basé sur le programme d'accompagnement préventif visant le bien-être de l'enfant, pour tous les enfants de zéro à six ans accomplis. Un suivi renforcé pour les enfants ayant des besoins spécifiques correspondant aux situations de vulnérabilité est également prévu. Le car sanitaire/consultation mobile permet éventuellement des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec la commune et d'autres acteurs médico-sociaux. Actuellement, six consultations mobiles circulent en Fédération Wallonie-Bruxelles.

132



La consultation mobile dans les années 1960. © ONE



Dans les années 1970. © ONE



Dans les années 1980. © ONE



La consultation mobile aujourd'hui. © ONE

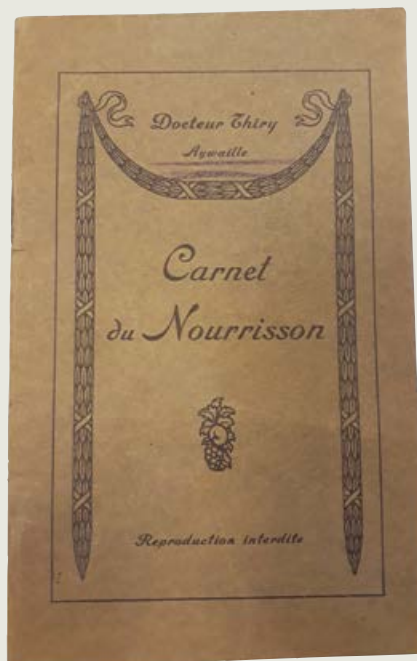
LE CARNET DE L'ENFANT (CARNET DE SANTÉ 0-18 ANS), BIEN PLUS QU'UN OUTIL LORS DE LA CONSULTATION

Le *Carnet de l'enfant* est inséparable de l'histoire de l'ONE. En 1900, déjà, c'est-à-dire avant la naissance de l'Œuvre nationale de l'enfance, les mères peuvent se procurer dans les « bonnes pharmacies » un *Carnet du nourrisson*. Il est largement sponsorisé par un fabricant de farines pour bébé et s'intéresse tout particulièrement aux courbes de poids et de taille. Le Conseil médical de l'ONE adopte officiellement en 1935 un carnet pour le suivi médical de l'enfant de zéro à six ans. Au fil du temps le *Carnet sanitaire* devenu *Carnet de l'enfant* se spécialise en outil de suivi psycho-médico-social du nourrisson. Progressivement, cet outil de communication à l'usage des professionnels de la petite enfance associe plus activement les parents au suivi de leur enfant. Le *Carnet de l'enfant*, véritable journal de bord de la santé de l'enfant, est un document officiel de la Fédération Wallonie-Bruxelles, attribué à la naissance à chaque enfant y naissant ou y résidant.

Une nouvelle mouture du *Carnet de l'Enfant* voit le jour en 1994 à l'initiative du Collège des conseillers médicaux pédiatres, en collaboration avec le service Education à la santé. Des messages précis adaptés à des âges clés, accompagnés d'illustrations évocatrices, en font un outil convivial et participatif. Des espaces de notes sont ouverts aux parents, considérés explicitement comme les acteurs principaux du suivi de leur enfant. En 1999-2000, le *Carnet* subit de profonds remaniements afin d'être utilisé autant dans les structures de l'ONE que par tous les in-

tervenants concernés par le suivi de la santé de l'enfant. Il touche dorénavant les enfants de zéro à douze ans. Enfin, une nouvelle mouture voit le jour en 2017 afin d'élargir la tranche d'âge jusqu'à dix-huit ans et de pouvoir ainsi faire le lien avec les services de Promotion de la Santé à l'Ecole. Le carnet devient le *Carnet de santé 0-18 ans*.

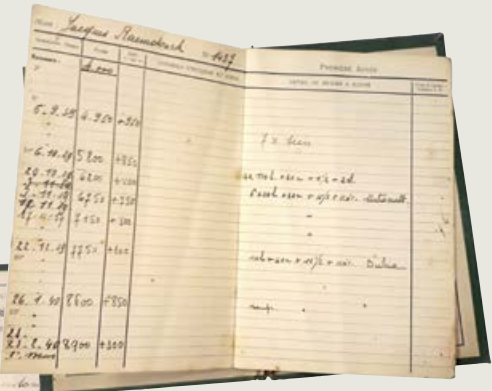
Le *Carnet* s'inscrit dans une longue histoire du suivi de la santé infantile. Il reflète les évolutions psycho-médico-sociales et témoigne du parcours personnel de chaque enfant. A ce titre, le *Carnet* est chargé d'une histoire affective et est souvent gardé précieusement au sein de la famille. Dans un avenir proche, ce précieux outil connaîtra encore de profonds remaniements. Une version électronique de ce document remplacera-t-elle la version papier ? Quoi qu'il en soit, l'usage du *Carnet* semble inscrit dans la durée et se prolongera bien au-delà des 100 ans de l'ONE.



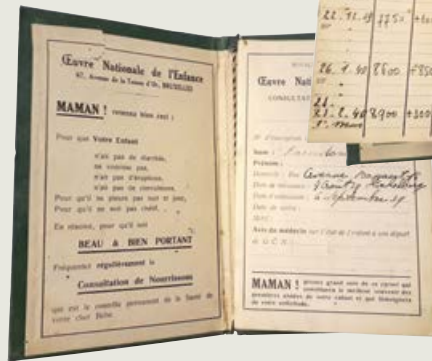
Un carnet de nourrisson dans les années 1920.
© ONE



Dans les années 1970. Version fille et garçon.



135



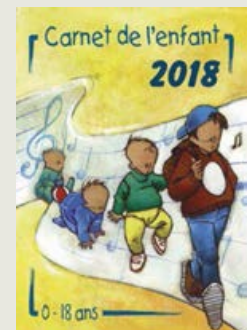
En 1939.



Dans les années 1980



Dans les années 1990





© ONE

Service Adoption

Au-delà de l'accompagnement proprement dit, l'ONE dispose également d'un service Adoption. En 2009, ce service est intégré à l'ONE et rejoint le département Accompagnement.

Cette intégration a modifié de nombreux aspects de sa gestion administrative mais a ouvert également de nouvelles perspectives de collaboration avec des équipes déjà présentes en son sein, tout particulièrement avec les TMS des consultations prénatales.

La loi du 24 avril 2003 réformant l'adoption a profondément modifié la législation afin de souscrire aux principes de la convention de la Haye du 29 mai 1993.

Le décret du 31 mars 2004 relatif à l'adoption vise à mettre en place des mécanismes compatibles avec le prescrit de la loi fédérale et à assurer une continuité avec la politique menée en Communauté française. En 2005, une réforme de l'adoption voit le jour. Celle-ci entraîne pour les organismes d'adoption agréés une implication grandissante au niveau du suivi administratif des dossiers, mais aussi des aménagements dans la structure des entretiens et des rapports pour le suivi des candidats adoptants, des enfants confiés en vue d'une adoption.

Les organismes d'adoption agréés (OAA) sont également investis d'une mission dans le cadre des adoptions intrafamiliales. Enfin, la loi du 18 mai 2006 donne aux couples de même sexe la possibilité d'adop-

ter. Cette loi engendrera pour le service une réflexion profonde et nécessaire sur l'accompagnement et la prise en charge des candidats adoptants.

Le service ONE Adoption propose aussi bien d'accompagner les mères de naissance dans leur réflexion d'adoption pour leur enfant, que les demandes d'adoptions et même les adoptés, en questionnement par rapport à leur identité ou leurs origines familiales.

Le service SOS Enfants, quant à lui, continue d'assurer la coordination de l'action Enfance Maltraitée. En 2004, la fonction de « référent maltraitance » est créée et prend un véritable essor en 2006. Cette fonction assure un soutien et un accompagnement aux TMS et autres agents de l'ONE dans leur travail de prévention de la maltraitance. Les référents maltraitance sont rattachés au service SOS Enfants, et donc au département Accompagnement de l'ONE.

Au cours de cette décennie, l'action « enfance maltraitée » voit le nombre d'équipes SOS Enfants passer de dix à quatorze pour le postnatal. Ces équipes couvrent l'ensemble du territoire. L'ONE veille à assurer le meilleur partenariat avec elles ainsi qu'avec les commissions de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance qui fonctionnent dans les différents arrondissements (divisions) judiciaires.

A partir de 2017, des services d'accompagnement périnatal accompagnent les familles les plus vulnérables tout au long de la grossesse et durant les premiers 36 mois de vie de l'enfant. Ces nouveaux services sont repris dans le décret fondateur de l'ONE le 14 novembre 2018. Et l'arrêté les organisant est adopté par le Gouvernement le 24 avril 2019. Aujourd'hui, c'est ainsi sept services d'accompagnement périnatal qui sont soutenus par l'ONE.



De l'éducation à la santé à la promotion de la santé

L'histoire de l'éducation à la santé est intimement mêlée au développement de la prévention. Celle-ci a pour objectif de protéger la santé et se définit comme un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. Parmi ces mesures, l'éducation à la santé joue un rôle important. Toutefois, dans une perspective plus positive de promotion de la santé, visant à améliorer la santé (et non pas seulement la protéger), l'éducation à la santé a pour but que chaque individu acquière tout au long de sa vie les moyens et les compétences nécessaires pour lui permettre d'agir pour améliorer et/ou maintenir sa santé et améliorer sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Autrement dit, l'éducation à la santé aide l'individu à s'aider !

L'évolution opérée dans la façon de concevoir l'éducation à la santé et d'envisager l'individu comme un

sujet acteur et responsable a modifié les pratiques. Elle se reflète aussi dans la terminologie utilisée : éducation «hygiénique» il y a un siècle, puis éducation sanitaire, et éducation à la santé aujourd'hui.

Depuis sa création, l'ONE fait de l'éducation à la santé son cheval de bataille : «L'Œuvre nationale de l'enfance a pour attributions [...] de favoriser la diffusion et l'application des règles et méthodes scientifiques de l'hygiène des enfants [...]» (article 2 de la loi du 5 septembre 1919).

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'ONE organise de vastes campagnes de propagande afin de répondre à des phénomènes occasionnels ou d'alerter l'opinion publique sur une problématique particulière. C'est le cas d'une campagne sur l'allaitement maternel en 1948-1949, recourant notamment au concours de la presse écrite et radiophonique.

L'éducation à la santé constitue donc une des stratégies de la promotion de la santé au même titre que la communication ou encore le développement communautaire. Elle touche de nombreux secteurs qui l'utilisent. Elle s'adresse à tous de façon individuelle ou collective et part du postulat que chacun possède des savoirs pertinents. En Communauté française, la promotion de la santé a fait l'objet d'un décret en 1997 permettant d'adapter la législation au passage du concept d'éducation pour la santé à celui de promotion de la santé (notamment grâce à l'inscription de la définition de la promotion de la santé de l'OMS à l'article 1^{er}).

Pour mener à bien ces différentes missions, le développement d'une communication efficace envers les usagers (les familles, mais aussi les professionnels) est un enjeu majeur. C'est aussi un défi de taille sachant notamment que des inégalités existent au sein de la

138

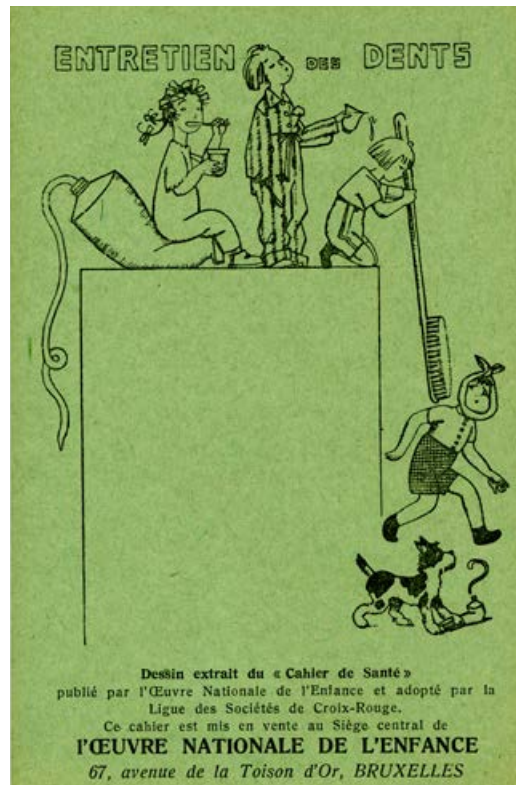


Campagne pour l'allaitement maternel de 1948. © ONE

population fréquentant les structures ONE (consultations, milieux d'accueil, etc.) quant à leur accès à l'information. La diversité des voies de communication développées et des outils utilisés par l'Office pour diffuser les messages d'information (concernant principalement la promotion de la santé et le soutien à la parentalité) témoigne de la volonté de pouvoir toucher chacun des publics cibles. Des brochures (et dépliants, fiches, affiches...) traitant de divers thèmes (grossesse, santé, éveil de l'enfant, soutien à la parentalité, etc.) sont régulièrement éditées à l'usage du

grand public avec une attention particulière à l'accessibilité des informations véhiculées (langage et illustrations, pictogrammes). La plupart des thématiques abordées par les outils d'éducation à la santé relèvent des programmes prioritaires de santé intégrés au suivi médical préventif des enfants. Des outils d'animation (modules) sont à la disposition des travailleurs de première ligne pour la mise en place d'activités collectives. Ces outils présentent l'avantage de pouvoir être adaptés au public visé et permettent des échanges directs avec lui.

139





© ONE





LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES : DE LA CULPABILISATION À LA RESPONSABILISATION

Dès ses débuts, l'ONE élabore des messages et des outils destinés à prévenir les accidents domestiques, même si cette thématique reste largement dans l'ombre de campagnes prioritaires comme la sensibilisation à l'allaitement maternel. En 1958, pourtant, dans le cadre de l'Exposition universelle de Bruxelles, l'ONE propose une « pièce sécurisée ». Celle-ci présente de façon concrète les précautions à prendre dans une pièce afin de garantir la sécurité de l'enfant.

142



À partir des années 1990, la thématique fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'ONE qui lance sa première campagne thématique. Des campagnes de prévention des accidents domestiques sont mises sur pied à travers, d'un côté, la prévention des accidents domestiques dans le domaine de l'aménagement du logement et, de l'autre, la sécurité du contact enfant-chien.

Au-delà des thématiques abordées, les campagnes de l'ONE révèlent également une évolution des registres employés en matière de communication : le registre « scientifique » d'abord, incarnation de la sérénité d'une science conquérante, gage de sérieux et de confiance

afin de lutter ou de prévenir certaines maladies ; le registre de la peur, très utilisé jusque dans les années 1950, synonyme d'une culpabilisation des parents face aux risques pris par leur(s) enfant(s) ; le registre de l'humour, enfin, cherchant dans un premier temps une complicité avec le public ciblé, avant de se noircir au fil du temps. A partir des années 1980, les messages vont véritablement se transformer, avec des notions de sécurité, de bien-être et de confort. Désormais, les campagnes ne parlent plus de survie, mais de prévention et d'accompagnement destinés à préserver le capital santé des citoyens.

Affiches de l'Œuvre nationale de l'enfance.
© Collection Mundaneum, Mons

DENDAL 1932

EXEMPT DU TIMBRE



MÈRES EXIGEZ DU LAIT
PUR ET PROPRE
LA SANTÉ DE VOS ENFANTS EN DÉPEND
ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE
67. AV. DE LA TOISON D'OR BRUXELLES

L'ARGUMENT
PUBLICITAIRE

REPRODUCTION INTERDITE

VOTRE MAISON
EST-ELLE SURE
POUR VOS
ENFANTS ?



ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE

Enseveli du linthe

67, Avenue de la Toison d'Or - BRUXELLES - Téléphone : 38.16.90

H. WEISSBRUCH S.A.
45, rue de Polonois, Bruxelles



© ONE



*Grandir en sécurité
de 18 mois à 3 ans*

Dessins extraits
d'une brochure
de sensibilisation
aux accidents
domestiques.
© ONE



Attention
aux fenêtres et balcons ...



Les portes sont bloquées



Les endroits dangereux
sont isolés



Jamais seul dans la cuisine



Pas d'objet dangereux
à ma portée



On me confie des tâches
à ma portée



Jamais seul avec un chien,
même le mien !



On me montre ce qui est
dangereux, on m'explique

Le soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité est une mission transversale de l'ONE. Il a pour objectif de valoriser les compétences des parents et entend susciter auprès de chacun une réflexion sur la fonction parentale afin de répondre au mieux aux besoins les plus essentiels de l'enfant. Cette préoccupation de l'ONE est relativement récente et suit des changements de mentalités initiés il y a quelques décennies seulement.

Si, jusque dans les années 1970, les actions et orientations insistent principalement sur la nécessité d'« éduquer les parents », en leur indiquant ce qu'ils doivent faire pour être de « bons parents », les années 1980 voient les autorités prendre conscience de l'importance de soutenir et d'accompagner les parents, en reconnaissant à ces derniers un nombre certain de compétences. Les politiques de soutien à la parentalité se développent notamment dans une visée préventive avec, d'une part, l'adoption de la Convention internationale des droits de l'enfant en 1989 et, d'autre part,

le décret relatif de l'Aide à la jeunesse de 1991, reposant sur la volonté de maintenir autant que possible les enfants dans leur milieu de vie.

Au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, durant les années nonante, on remarque une tendance à appuyer l'idée de l'importance de s'adresser à tous les parents sans exception, et non uniquement à certains groupes de parents jugés plus en difficultés. Au sein de l'ONE, la mission de soutien à la parentalité apparaît ainsi de façon de plus en plus affirmée dans le courant des années 1990 et le début des années 2000 et devient en tant que telle une mission transversale. En 2003, le Conseil scientifique de l'ONE décide de créer un outil Devenir parents et d'accompagner les Lieux de rencontre enfants et parents existant en Fédération Wallonie-Bruxelles. Au fil du temps, la notion de soutien à la parentalité s'est adaptée aux divers changements sociétaux et à l'évolution des connaissances. On a ainsi vu apparaître de nouvelles formes familiales avec, notamment, un nombre croissant de divorces et par conséquent de familles monoparentales ou recomposées. Au fil du temps, la place du père est également de plus en plus prise en considération par les professionnels de l'enfance.

Dans le premier Contrat de gestion de l'ONE, pour la période 2003 à 2005, le soutien à la parentalité concerne principalement l'élaboration de campagnes thématiques, l'élaboration du *Carnet des parents* ainsi que le subventionnement et l'accompagnement des Maisons ouvertes, dénommées aujourd'hui Lieux de rencontre enfants et parents, véritable concrétisation du soutien à la parentalité à l'ONE. Par ce dispositif, un des objectifs est de socialiser l'enfant qui n'a pas



l'opportunité d'avoir une place en milieu d'accueil. Les Lieux de Rencontre Enfants et Parents (LREP) et, plus récemment en 2018, les Espaces Parents dans la Séparation (EPS), disposent d'un cadre réglementaire (arrêté du 2 mai 2019). Ces Services de soutien à la parentalité ont pour missions de proposer aux parents de les accueillir et de les accompagner dans l'exercice et la pratique de la parentalité.

Le Contrat de gestion 2008-2012 a pour objet de rencontrer encore mieux les besoins des enfants, des futurs parents et des parents afin, notamment, de concrétiser les droits reconnus aux enfants par la Convention internationale des droits de l'enfant. Dans cette perspective, l'ONE cherche à développer, dans

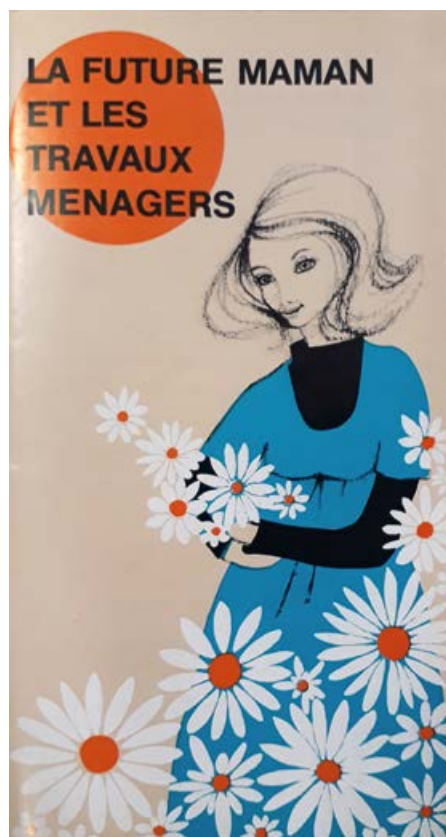
l'intérêt des enfants, le soutien à la parentalité, en encourageant les parents dans leurs compétences respectives ainsi qu'à faciliter chez eux une expression et une réflexion sur leur rôle et leurs actions en réponse aux besoins les plus essentiels de leur(s) enfant(s). Pour ce faire l'ONE met au point en 2012 un référentiel de soutien à la parentalité intitulé *Pour un accompagnement réfléchi des familles*.

Le contrat de gestion 2013-2018 souligne l'importance de mener une réflexion permanente sur cette mission spécifique en partant non seulement des besoins de l'enfant et des familles, mais également des besoins de l'ensemble des professionnels de la Fédération Wallonie-Bruxelles travaillant avec des enfants et des familles.



Le référentiel *Pour un accompagnement réfléchi des familles* (2012) propose aux professionnels de l'enfance, de la famille et de la parentalité des repères éthiques et des principes pédagogiques pour soutenir la réflexion sur leurs pratiques professionnelles et développer davantage de synergies entre acteurs. Une définition du soutien à la parentalité y est proposée, sous forme de deux dimensions indissociables : une dimension pratique d'accompagnement de la parentalité (mise en œuvre par des acteurs de première et de deuxième ligne) et une dimension socio-politico-économique

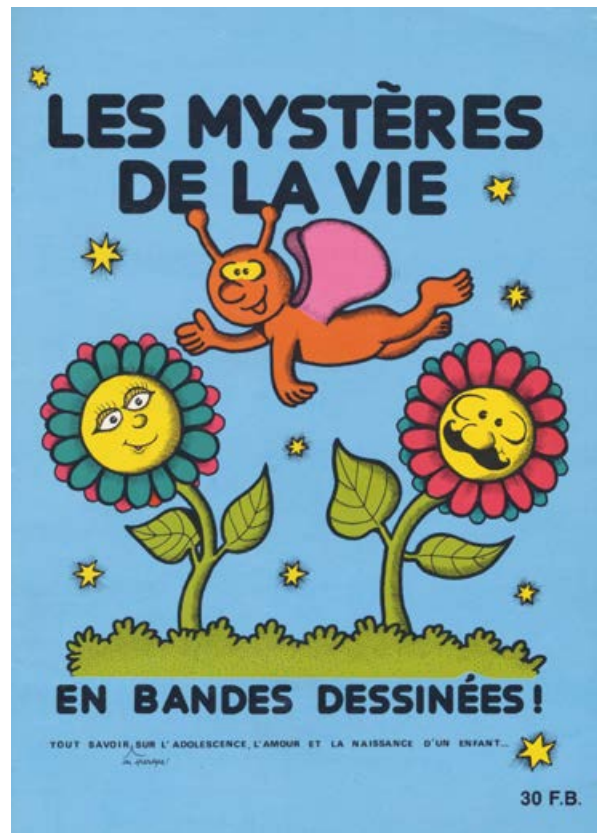
(portée par les pouvoirs publics et les institutions). La politique de soutien à la parentalité telle que défendue par les trois signataires du document (ONE, direction générale de l'Aide à la jeunesse, délégué général aux droits de l'enfant) y est développée sur base de quatre grands principes : l'enfant est au cœur du soutien à la parentalité, les parents ont des compétences, le soutien à la parentalité s'adresse à tous, la prise en compte des contextes de vie est nécessaire. Ce document étant plutôt généraliste, des satellites viennent compléter par une vision plus spécifique la façon dont se décline le



soutien à la parentalité dans une fonction ou un secteur particulier, comme cela a déjà été fait récemment pour les lieux d'accueil par exemple.

Avec le soutien de la coopérative CERA, en 2010, l'Office a créé un outil spécialement conçu pour les familles peu familiarisées avec la langue française : « Images pour accompagner les parents au quotidien ». Il s'agit de fiches illustrées soutenues par des mots-clés et des titres qui abordent divers sujets. L'originalité de ce document tient au fait qu'il a été créé en tenant compte de l'expertise de scientifiques et du

vécu des familles issues des publics cibles. Par ailleurs, l'Office a repris la gestion du site www.parentalité.be initié par l'Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse (OEJAJ). Le site vise notamment à favoriser les échanges de pratiques entre professionnels. La mise en réseau des ressources et des services disponibles par l'intermédiaire de ce site impulsera une dynamique nouvelle pour le partage des connaissances et expériences dans le champ de la parentalité.



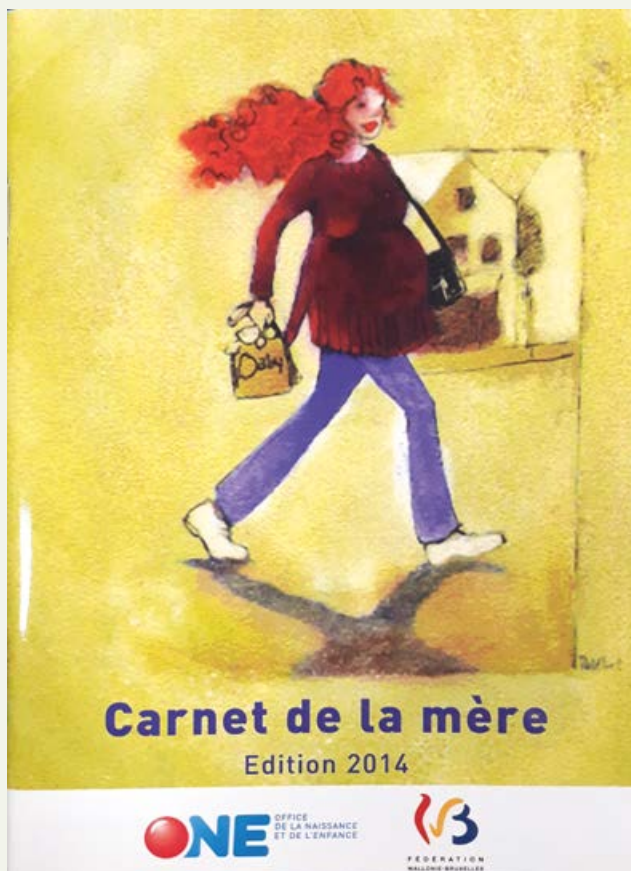
L'OUTIL DEVENIR PARENTS À CÔTÉ DU CARNET DE LA MÈRE ET DU CARNET DE L'ENFANT

Dans le cadre du décret du 17 juillet 2002 et de son premier Contrat de gestion (2003-2005), l'ONE s'engage à réaliser un « carnet » à l'attention des futurs parents. Intitulé *Devenir Parents*, il voit le jour en 2005.

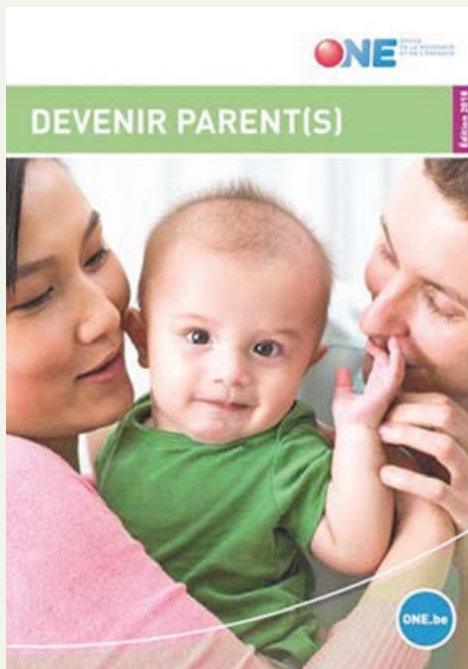
Complémentaire au *Carnet de la mère* (devenu *Mon carnet de grossesse*) et au *Carnet de l'enfant*, *Devenir Parents* souhaite donner une série de réponses aux nombreuses interrogations, parfois très simples, que les parents et, surtout, les futurs parents, peuvent se

poser. A côté des missions des parents, véritable définition du rôle de parent, l'outil propose également une série d'informations concernant les démarches à effectuer autour de la naissance, les services offerts aux familles ou encore les soins de santé. Il aborde également des notions comme la filiation, l'autorité parentale et, bien entendu, les droits de l'enfant. Fruit de l'évolution des mentalités, *Devenir parents* accorde également une place particulière aux pères, acteurs fondamentaux de l'éducation de l'enfant.

150



La philosophie de cet outil est un soutien concret à la parentalité à travers une information claire et structurée, *Devenir parents* souligne un certain nombre de messages prioritaires, misant sur les compétences et les capacités d'apprentissage et de remise en question des parents ou futurs parents. Ici encore, et à l'instar du *Carnet de la mère*, le registre employé est bien celui de la responsabilisation des acteurs concernés.



© ONE

Les campagnes thématiques

Le contrat de gestion de l'Office prévoit ce qui suit : « Par période de deux ans, l'Office organise une campagne thématique à destination des parents d'enfants de 0 à 12 ans et des professionnels. » Les campagnes thématiques menées par l'ONE ont pour objectif de véhiculer des messages à un public précis grâce à un ensemble structuré d'informations et/ou d'activités qui ont lieu dans une période donnée. Elles peuvent se concentrer – en fonction du public cible, parents ou professionnels – sur l'utilisation de médias, le contact personnel, des journées d'étude ou un agencement de ces trois stratégies.

En 2003, la première campagne portait sur « La prévention des accidents domestiques ». En 2004-2005, la campagne se dénommait « Accompagner à l'entrée à l'école maternelle ». En 2005-2006, la campagne avait pour thème « Les limites et les repères ». En 2007-2008, le thème de « La promotion d'une l'alimentation saine et équilibrée pour le jeune enfant et la femme enceinte » a été retenu avec comme axes plus particuliers la prévention de l'obésité, le respect du rythme de l'enfant, l'ambiance des repas ainsi que la promotion de l'activité physique. En 2009-2010, la thématique du « Soutien à la parentalité » a été retenue. En 2010-2011 l'ONE décida de lancer une campagne sur « La visite préconceptionnelle ». En 2011-2012 : « L'air de rien, changeons d'air ». Pour cette campagne, l'ONE a choisi de promouvoir des lieux de vie sains en améliorant notamment la qualité de l'air intérieur. En 2012-2013, la campagne menée par l'Office visait « L'amélioration des connaissances sur les divers services » qu'offre l'ONE auprès des professionnels et des

utilisateurs eux-mêmes. En 2014-2015, l'ONE s'est intéressé aux « Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ». En 2016-2017, le choix de la thématique du « Développement du lan-

gage chez l'enfant » a été retenu. Enfin en 2018, une campagne abordant la problématique des « Violences intrafamiliales » a été entamée. Chaque campagne rencontre les cinq valeurs de l'ONE.

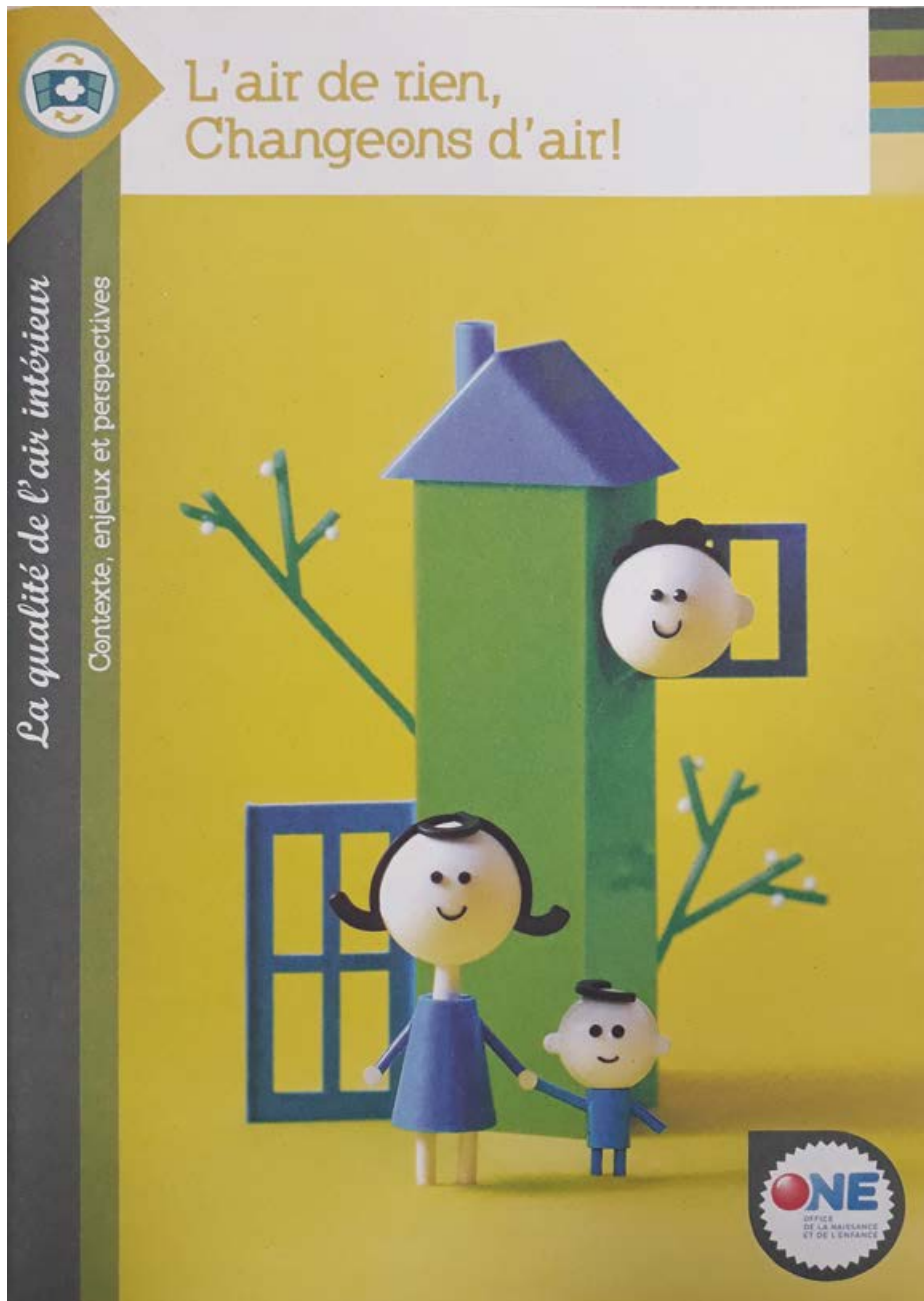
152

ENCEINTE, PROTÉGEZ BÉBÉ FAITES-VOUS VACCINER



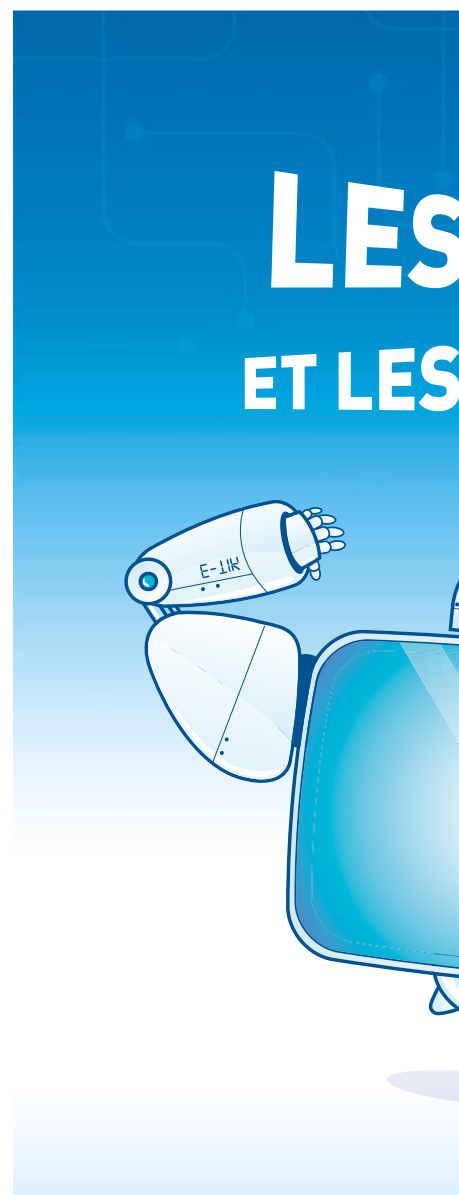
La coqueluche est de retour
Renseignez-vous
auprès de votre médecin

ONE.be

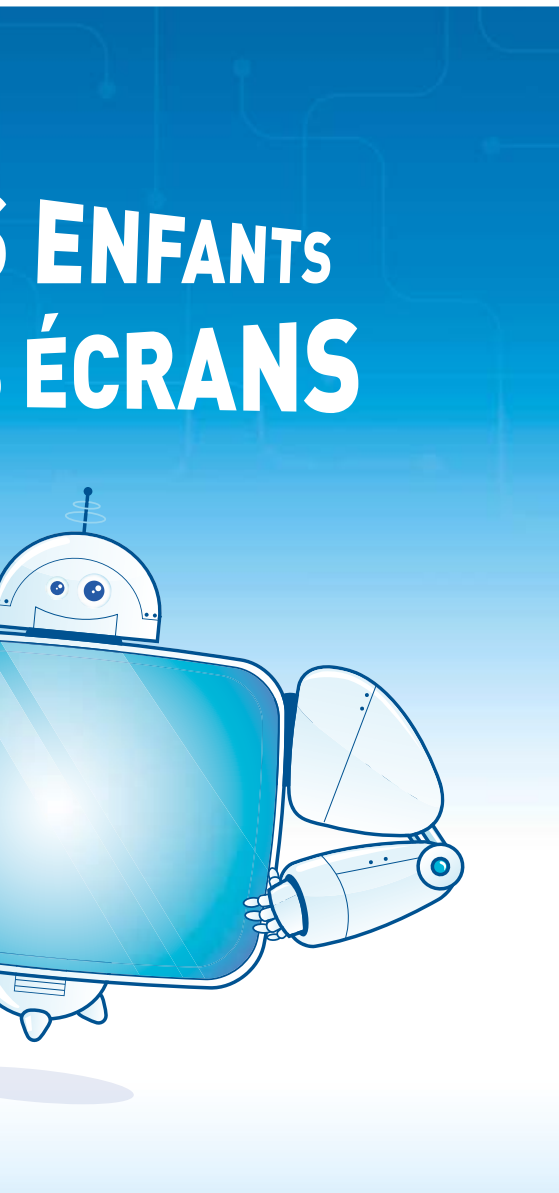




Air de Famille, émission de l'ONE diffusée sur la RTBF et sur internet.



Campagne sur « les enfants et les écrans » avec le Conseil Supérieur de l'Éducation aux Médias, 2014-2015.



LA COMMUNICATION ET LES RELATIONS EXTERNNES ET INTERNATIONALES

L'ONE diffuse depuis sa création un ensemble d'informations destinées à répondre aux besoins des (futurs) parents, tant sur les services offerts par l'ONE que sur des sujets liés au soutien à la parentalité et à la santé globale de l'enfant et de la (future) mère. Afin de répondre aux exigences de chaque époque, l'ONE a adapté ses modes de communication, ses outils et ses messages. Avant-guerre, le mode de communication était axé sur la propagande: l'Œuvre na-

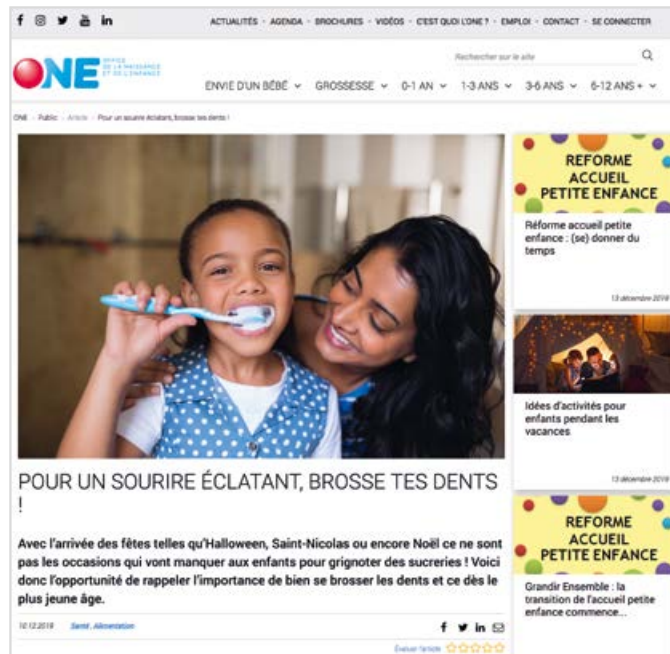
tionale de l'enfance organisait de vastes campagnes en fonction de circonstances régionales ou saisonnières pour répondre à des phénomènes occasionnels ou encore pour alerter l'opinion publique sur un problème d'importance particulière. Au sortir de la guerre, la communication de l'Œuvre nationale de l'enfance vers son public prit de l'ampleur. De grands efforts furent consacrés aux modes de diffusion des informations: des émissions régulières à la radio, et des contacts fréquents avec la presse ont contribué à informer la population dans son ensemble des problèmes qui touchent à la santé de l'enfant. On parle alors de « communication ».

Aujourd'hui, cette communication passe par plusieurs vecteurs. Afin d'échanger avec les (futurs) parents de manière optimale et tout en tenant compte de l'évolution des technologies de l'information, l'ONE a dé-



veloppé au fil des années une série d'outils de communication. Parmi ceux-ci, la communication digitale est un moyen unique pour toucher un large public et apporter du contenu varié. Outre le site web One.be, l'Office est présent sur différents médias sociaux : Facebook, Twitter, LinkedIn ou encore Instagram. À côté de cette communication digitale, l'ONE développe des capsules vidéos «Airs de Familles». Diffusées à la télé (La Une et Bx1) mais également sur YouTube et la page Facebook, ces vidéos visent à apporter aux (futurs) parents des informations relatives à la santé et à l'éducation de leurs enfants. Pour compléter et approfondir l'information relayée via «Airs de familles», l'ONE développe aussi des webdocumentaires éducatifs.

Par ailleurs, l'Office a amplifié sa concertation et sa collaboration avec les autres administrations de la Fédération Wallonie-Bruxelles et des régions dans toutes les matières qu'il partage avec elles, afin d'offrir aux usagers une cohérence d'actions indispensable à la bonne qualité du service au public. L'ONE promeut la concertation avec ses partenaires. Il encourage le partenariat et la mise en réseau avec les opérateurs et leurs représentants concernés par ses actions. Enfin, en vue de valoriser et de développer son expertise, l'ONE renforce son positionnement sur la scène belge et internationale. Les acteurs locaux publics, associatifs ou encore privés, les institutions publiques et le monde scientifique (ONE Academy par exemple) sont considérés comme des partenaires essentiels des politiques menées par l'Office. En vue de maximiser la cohérence et l'efficacité dans les politiques menées, l'Office est engagé dans le développement de conventions, d'accords de partenariat ou de collaborations avec d'autres acteurs au niveau national ou international.



157



Chaîne Youtube et page Facebook de l'ONE

2015, UNE NOUVELLE RÉFORME DE L'ÉTAT ET DE NOUVELLES COMPÉTENCES POUR L'ONE

À l'occasion de la sixième réforme de l'Etat, le budget du FESC est transféré aux Communautés le 1^{er} juillet 2014. C'est l'ONE qui est chargé de mettre en œuvre cette réforme à partir du 1^{er} janvier 2015. Le 17 décembre 2014, le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles adopte des arrêtés mettant ainsi en œuvre la base décrétole déjà prévue en 2009 pour la reprise du FESC.

Ces réglementations portent sur l'accueil flexible et d'urgence pour les enfants de 0 à 3 ans, l'accueil d'enfants malades et l'accueil extrascolaire, et flexible, pour les 3-12 ans. Les opérateurs de cette dernière catégorie sont désormais repris comme opérateurs AES de type 2, complémentaires aux opérateurs initiaux agréés dans le cadre de la législation de 2003 sur le temps libre. Un comité d'accompagnement est mis en place pour soutenir le processus de transfert et est chargé pendant une période de 3 ans (2015-2017) d'évaluer les nouvelles dispositions afin de les faire évoluer si besoin à la fin de ladite période. Les arrêtés ont fait l'objet de modifications en fin d'année 2017 de sorte à assurer la viabilité des opérateurs à la suite de la période transitoire. Aujourd'hui, concernant l'accueil extrascolaire, et flexible, ce sont plus de 80 opérateurs anciennement subventionnés par le FESC qui

sont soutenus par l'ONE. Une période d'adaptation permet encore aux projets les plus en difficulté avec la nouvelle réglementation de se mettre en ordre dans le cadre d'une convention accompagnée par l'ONE.

En ce qui concerne l'accueil d'enfants malades, ici aussi les opérateurs ont trouvé leur nouvelle stabilité. Quant à l'accueil 0-3 ans flexible et d'urgence, les projets sont intégrés dans la réforme plus globale du secteur de l'accueil de la petite enfance.

Dans le cadre du transfert des compétences et des accords intra francophones de 2015, l'ONE a également repris les matières relatives à la Promotion de la santé à l'école (PSE), au programme de vaccination, aux dépistages néonataux, à celui de la surdité congénitale et à la promotion de la santé bucco-dentaire.

L'évolution de la santé à l'école a suivi un chemin parallèle à celui de l'ONE. Si déjà dès 1921, par un arrêté royal du 25 mars, un règlement organique de l'inspection médicale scolaire organise à charge des communes l'inspection médicale gratuite des enfants dans toutes les écoles primaires et gardiennes, c'est à la fin du 20^e siècle et au début des années 2000 que la notion de promotion de la santé prend son essor. Aussi au moment du transfert vers l'ONE, la promotion de la santé à l'école se décline en cinq axes : les visites médicales scolaires, l'établissement de recueils standardisés de données, la prophylaxie et le dépistage de maladies transmissibles, la mise en place de programmes de prévention de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé (projet de service) ainsi que l'organisation de points de santé pour les étudiants du supérieur hors universités. Les services PSE et les centres PMS pour le

réseau de la Communauté, interviennent dans l'enseignement fondamental, secondaire ou spécialisé, dans les CEFA ainsi que dans les hautes écoles et les instituts supérieurs des arts.

Concernant la vaccination, l'ONE est chargé tant de la promotion de la vaccination en général que désormais de la gestion du programme de la Fédération Wallo-

nie-Bruxelles ainsi que de l'achat et de la distribution gratuite aux médecins généralistes et pédiatres (à leur cabinet privé, dans le secteur hospitalier, en consultation pour enfants ou en PSE) des vaccins destinés aux enfants francophones de 2 mois à 18 ans ainsi qu'au femmes enceinte.



2019, RÉFORME DES MILIEUX D'ACCUEIL

Après un siècle de développement, le paysage des milieux d'accueil constitue un millefeuille peu compréhensible de huit types de services d'accueil reconnus par la nomenclature réglementaire, qui diffèrent entre eux par leurs pratiques habituelles, leur mode de financement et d'organisation et les professionnels qui y exercent. Une réforme structurelle réorganisant les structures en les simplifiant est adoptée le 21 février 2019 avec un nouveau décret visant à renforcer la qualité et l'accessibilité de l'accueil de la petite enfance en Communauté française. Le Gouvernement prend ensuite deux arrêtés (l'arrêté du 2 mai 2019 fixant le régime d'autorisation et de subvention des crèches, des services d'accueil d'enfants et des (co)accueillant(e)s d'enfants indépendant(e)s et l'arrêté du 22 mai 2019 fixant le régime transitoire des milieux d'accueil). Enfin le contrat de gestion est amendé pour rendre opérationnelle cette réforme.



La réforme prévoit que l'accueil est désormais effectué dans une crèche pour l'accueil collectif, dans un service d'accueil d'enfants pour l'accueil à domicile ou encore chez un(e) accueillant(e) indépendant(e) pour l'accueil à domicile sous statut d'indépendant.

Deux autres types sont également reconnus, le Service d'accueil spécialisé de la petite enfance (SASPE) organisé pour des enfants vivant une situation de crise dans leur milieu de vie, et le Service d'accueil d'enfants malades à domicile.

Le nouveau système de l'accueil de la petite enfance :

- se fonde sur un consensus institutionnel interne et externe fort reconnaissant la nécessité d'agir à la base en investissant dès la petite enfance pour offrir la meilleure évolution possible des générations à venir en termes de santé, d'éducation, de socialisation et de développement individuel global.
- met en œuvre les droits reconnus par la Convention internationale des droits de l'enfant.
- veille en priorité à assurer l'intérêt des enfants dans une logique de bienveillance.
- s'intègre dans la démarche du Code de qualité européen.
- s'appuie sur le développement des connaissances scientifiques pertinentes et encourage le développement.
- intensifie les actions en vue d'une mise en œuvre effective du code de qualité de la Fédération Wallonie-Bruxelles.
- vise à rencontrer la diversité des besoins des enfants en bas âge notamment en termes de soins (« care »), de développement et d'éducation (« educare »).

- assure l'accessibilité de l'accueil dans une logique inclusive et de service universel.
- contribue à la réduction des inégalités sociales et de santé.
- aborde l'enfant accueilli dans le respect de son contexte familial et dans une logique de soutien à la parentalité.
- fixe un cadre financier, juridique et de fonctionnement permettant de mettre les acteurs du secteur (pouvoirs organisateurs, professionnels des milieux d'accueil, agents ONE) en situation de réaliser adéquatement leurs missions en veillant à la meilleure utilisation possible des moyens disponibles.
- soutient la diversité de l'offre d'accueil.
- se fonde sur une logique de service public délégué et respecte le cadre du secteur non-marchand.
- garantit des stratégies et des outils d'évaluation nécessaires à son pilotage et à son évolution constante.
- encourage les dynamiques de partenariat et de coordination (logique de transversalité et d'attention aux transitions) avec l'accompagnement, l'ATL et l'enseignement.





PERSPECTIVES D'AVENIR

Plus que jamais, l'ambition de l'ONE est de rester en phase avec les attentes et évolutions de la société et les connaissances scientifiques. A l'occasion de son centenaire, l'ONE entend développer une politique visant un universalisme proportionné, une ouverture à l'ensemble de ses publics, tout en accordant une attention accrue aux familles fragilisées par la précarité et la pauvreté. Ainsi, les familles en contexte migratoire, les femmes et enfants ne bénéficiant pas de couverture sociale ou encore les familles monoparentales constituent une priorité pour l'Office.

163

Outre l'accentuation de cette lutte contre la précarité, l'ONE poursuit l'ambition d'adopter une orientation résolument « usager » ou « bénéficiaire » dans ses projets et ses actions. Dans cette logique, l'organisme cherche à simplifier et à rapprocher plus encore les rapports avec les familles mais également les nombreux partenaires privés et publics, afin de renforcer le soutien au travail « de terrain » et de mutualiser les ressources. Ce rapprochement concerne tant les relations humaines que nouent les professionnels que le développement d'interactions numériques facilitatrices et sécurisées.

La qualité, l'accessibilité et l'inclusion, ces principes qui régissent l'action collective de l'institution, orientent une nouvelle fois aujourd'hui de grands projets comme la réforme du système d'accueil de la petite enfance ou l'organisation d'une nouvelle offre

de services au sein des Consultations que l'on identifiera désormais sous la dénomination de Programme « Naître et Grandir ». D'autres grands chantiers se pointent à l'horizon, tel le renforcement de la Promotion de la santé à l'école ou encore celui de l'Accueil des enfants durant le temps libre. Afin de les mener à bien, l'ONE sait qu'il peut s'appuyer sur un personnel motivé et qualifié et qui doit être en nombre suffisant. Nul doute également qu'un des défis à venir sera de pouvoir disposer de moyens budgétaires suffisants pour mener à bien l'ensemble de ces projets.

Par ailleurs, dans le cadre d'un Etat qui fait l'objet d'un découpage institutionnel complexe, l'empreinte de l'ONE sur la société doit être associée à celles des autres acteurs de l'enfance, de la jeunesse, de la santé ou de l'éducation. Chaque enfant, chaque famille, voire chaque professionnel est unique. Afin de ren-

contrer ces unicités, il faut transversaliser l'action des institutions qui partagent ces missions, dans un souci de continuité éducative et dans une logique de partenariat.

Regarder d'où l'on vient et où l'on est pour définir où l'on va, c'est cette opportunité que nous offre le centenaire de l'institution. À nous de la saisir.



BIBLIOGRAPHIE

166

A

AERNOUITS R. (1985). *De kraaminrichting in het Sint-Elisabethgasthuis te Antwerpen en de opleiding van de vroedvrouwen (1804-1909)*. Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux, vol. XXI, pp. 43-71.

ADLER, I. (1912). *Primary Malignant Growths of the Lungs and Bronchi*, London, Green and Co.

ALEXANDER S., BOUVY A.F., DEBIEVE F., DELVOYE P., KIRKPATRICK C., MASSON V. (dir) (2009). *Guide de consultation prénatale*, Bruxelles, De Boeck.

ANAND K.J.S. (2001). *Consensus statement for the prevention of pain in the newborn*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2001;155, pp. 173-180.

ANAND K.J.S., MCGRAWTH P.J. (1993). *Pain in Neonates*, Amsterdam, Elsevier.

ANONYME (1846). *Enquête sur la condition des classes ouvrières et le travail des enfants. Réponses, lettres mémoires et rapports des collèges médicaux*, Volume 3, Royaume de Belgique, ministère de l'Intérieur.

ANSERMET Fr., MAGISTRETTI P. (2011). *À chacun son cerveau, plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob.

AOUBA A., PEQUIGNOT Fr., BOVET M., JOUGLA E. (2008). *Mort subite du nourrisson: situation en 2005 et tendances évolutives depuis 2005*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique: Morts inattendues du nourrisson, janvier 2008, n° 3-4, pp. 18-21.

APPELL G. (1986). *L'éradication de la carence en collectivité: Risques encourus par les soignants de jeunes enfants séparés de leur famille*. In *Les soignants à risque dans les interactions en faveur de la petite enfance*, Paris, ESF, coll. Vie de l'enfant, sous la direction de M. Soulé, pp. 43-58.

APPELL G., DAVID M., DE TRUCHIS Ch. (1987). *Enfants confiés*. In M. MANCIAUX et al. *L'enfant et la santé: aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*, Paris, Doïn Éditeurs pp. 519-532, 545-546.

APPELL G. *Le bébé seul*. Devenir, n° 4, décembre 1990, pp. 104-113.

ARCQ E., BLAISE P. *La décision politique en matière d'accueil de l'enfant*, Courrier hebdomadaire du CRISP, 27/1997 (n° 1572-1573).

ARDOUIN M. (1980). *Dépistage et traitement précoce du strabisme*. Journées parisiennes de pédiatrie, Flammarion médecine sciences, pp. 27-32.

ARNOLD F.A. Jr, DEAN H.T, JAY P., KNUTSON J.W.

(1956). *Effect of fluoridated public water supplies on dental caries prevalence. Tenth year of the Grand Rapids-Muskegon Study*. Public Health reports, vol. 71, n° 7, pp. 652-658.

ATRASH H.K., KEITH L.G. (Eds) (2006). *Preconception care: Science, Practice, Challenges and Opportunities*. Maternal and Child Health Journal, vol. 10, n° 5 (numéro spécial).

AUJOULAT I., HENRARD S., CHARON A., JOHANSSON A.B., LANGHENDRIES J.P., MOSTAERT A., VERMEYLEN D., VERELLEN G. (2016). *Décisions et pratiques en matière de fin de vie dans les situations de grande prématurité en Fédération Wallonie-Bruxelles*. In P. BETREMIEUX (dir) *La démarche palliative en médecine périnatale*, France, Olo. Editions, pp. 525-541.

AUSLOOS, G. (1997). *La compétence des familles*. Toulouse. Erès. 1997.

B

BACKETT E.M., DAVIES A.M., PETROS-BARVAZIAN A. (1984). *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*. OMS, Cahiers de Santé publique, n° 76.

BANTING F.G., BEST C.H. (1922). *The internal secretion of the pancreas. The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, vol. 7, pp. 251-256.

BARLOW, P., CEYSENS, G., EMONTS, P., GILBERT, L., HAUMONT, D., HERNANDEZ, A., HUBINONT, C., JADIN, P. KIRKPATRICK, C., WATKINS-MASTERS, L. (2016). *Guide du postpartum*, Ed. De Boeck Supérieur, Bruxelles.

BARRE-SINOUSSE F., CHERMANN J.C., REY F., NUGREYRE M.T., CHAMARET S., GRUEST J., et al. (1983). *Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*. Science, 20 mai 1983, vol. 220, n° 4599, pp. 868/71.

BARUDY J., MENGEOT M., MARQUEBREUCQ A.P., CRAPPE J.Y., (2000). *La parentalité bienveillante et responsable dans les familles de victimes de la guerre, de la répression politique et de génocides, venues chercher refuge en Belgique*, Rapport de la recherche-action, Bruxelles, Fonds Houtman/ExilASBL.

BARUDY J., CRAPPE J.Y., MARQUEBREUCQ A.P. (2001). *Soutenir la bienveillance des familles en exil. Rencontre d'un destin, destin d'une rencontre*. Thérapie familiale, vol. 22, n° 2, pp. 153-168.

BARUDY J., DANTAGNAN M. (2007). *De la bienveillance infantile. Compétences parentales et résilience*, Fabert.

BAUWENS N. (1919). *L'Œuvre nationale de l'enfance - 1983* l'Office national de la naissance et de l'enfance.

BERGEVIN Y., Dougherty C. Kramer M.S. (1983). *Do infant formula sample shorten the duration of breastfeeding?* Lancet, 321 (8334), pp. 1148-1151.

BETZ-FRESON M.C. (1987). *Le dépistage des troubles de la vision chez l'enfant*. L'Enfant, n° 6, pp. 19-27.

BAUDET Jean C. (2015). *Ovistes et animaculistes in: J.C. BAUDET Les plus grandes controverses de l'histoire de la science*, Paris, La boîte à Pandore. p79-96.

BAUDINE L. (1922). *Discours prononcé lors de la manifestation à la mémoire du Dr Eugène Lust, Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge*, Bruxelles.

BLEVINS S.M., BRONZE M.S. (2010). *Robert Koch and the 'golden age' of bacteriology*. International Journal of Infectious diseases, vol. 14, e744-e751.

BOCKH R. (1887). *Bericht, betreffend der steblichkert der kinder nach der eunährungsweise*. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, Vienne.

BOËNS-BOISSAU H. (1862). *Traité pratique des maladies, des accidents et des difformités des houilleurs*, Bruxelles, Tircher.

BOLSCHER N., HOPPENBROUWERS K., BURGMEIJER R. (2007). *Tuberculose*, Chapter 24. In R. BURGMEIJER, K. HOPPENBROUWERS, F. VAN GOMPEL (eds), *Handboek vaccinaties, infectieziekten en vaccinaties - Deel B*, Assen, Van Gorkum, pp. 401-420.

BONAH Ch. (2007). *Histoire de l'expérimentation humaine. Discours et pratiques, 1900-1940*, Paris, Les Belles Lettres.

BORDET J., GENGOU O. (1906). *Le microbe de la coqueluche*. Annales de l'Institut Pasteur, vol. 20, pp. 731-741.

BORIO G. (1993-2011). *The Tobacco Timeline*, Tobacco.org.

BORREMANS-PONTHIÈRE P. (1922). *Revue mensuelle de ONE*, 3^e année, 8, pp. 635-638.

BORREMANS-PONTHIÈRE P. (1937). *Le lait dans l'alimentation de l'enfant*. L'Enfant 1937/1, pp. 14-23.

BORREMANS-PONTHIÈRE P. (1951). *Contribution à la diététique du nourrisson normal alimenté artificiellement*, L'Enfant 1971/1, pp. 7-11.

BORREMANS-PONTHIÈRE P. (1960). *Aspects médicaux de la protection maternelle et infantile en Belgique*. Rapport d'activité 1945-1959, ONE, pp. 91-100.

BOTQUIN A., HANNOTTE M. (dir.) (2001). *Willy Peers, un humaniste en médecine*, Cuesmes, Éditions du Cerisier.

BOUVE C. (2010). *L'utopie des crèches françaises au XIX^e siècle: un pari sur l'enfant pauvre. Essai sociohistorique*, Berne, Peter Lang.

BOWLBY, J. (1951). *Soins maternels et santé mentale*, Genève, OMS.

BREE S. (2016). *Paris l'inféconde. La limitation des naissances en région parisienne au XIX^e siècle*, Paris, Ined.

BRINK S.J. (2010). *Harry Dorchy et la diabétologie pédiatrique. Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 31 (Suppl.), S 29-36.

BRUYNEEL E. (2009). *Le Conseil supérieur de la santé (1849-2009): trait d'union entre la science et la santé publique*, Leuven, Ed Peeters, pp. 128-134.

BUDIN P. (1905). *Les consultations de nourrissons. Annals of Medicine*, 65, pp. 3-9.

C

CALMETTE A. (1908). *Les voies normales d'infection tuberculeuse*, conférence donnée à l'Université d'Amsterdam le 11 mai 1908.

CAMERON F.J., DE BEAUFORT C., AANSTOOT H., HOEY H., LANGE K., CASTANO L., MOTERSEN H. and the HVIDOERE INTERNATIONAL STUDY GROUP (2013). *Lessons from the Hvidoere International Study Group on childhood diabetes: be dogmatic about outcome and flexible in approach. Pediatric Diabetes*, vol. 14, pp. 473-480.

CAMPBELL A.M. (1936). *The effect of excessive cigarette smoking on maternal health. American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 31, n° 3, pp. 502-508.

CAMUS P., DETHIER A., MARCHAL L., PEREIRA L., PETIT P., PIRARD FI. (2004). *Repères pour des pratiques d'accueil de qualité (0-3 ans)*, Bruxelles, ONE.

CAMUS P., MARCHAL L. (2007). *Accueillir les enfants entre 3 et 12 ans, viser la qualité*, Bruxelles, ONE.

CAMUS P., PIRARD FI. (2011). *Les enjeux d'un accueil de qualité en Communauté française de Belgique. In J. P. FEUTRY (dir.), Respect des droits de l'enfant et pratiques éducatives en Europe*, Paris, L'Harmattan, pp. 219-224.

CARELS M.L., MANNI G., PENOY D. *Des conditions de base pour assurer la stabilité et la continuité des interactions adulte-enfant: Enquête auprès des institutions qui accueillent de jeunes enfants séparés de leur famille (pouponnières et centres d'accueil, institutions AAJ)*, Liège, Service de pédagogie générale et de méthodologie de l'enseignement de l'ULg, juin 1995.

CARELS M.L., MANNI G. (Eds) (1996). *Grandir malgré tout. L'éducation en institution des jeunes enfants, un défi à relever*, Éd. Fonds Houtman, Bruxelles.

CARELS M.L., MANNI G. (1996). *Le projet « Grandir malgré tout », expérience de counseling pédagogique en Commu-*

nauté française de Belgique. In Grandir malgré tout. L'éducation en institution des jeunes enfants, un défi à relever, Éd. Fonds Houtman, Bruxelles.

CARELS M.L., MANNI G. (1996). *Les conditions et la qualité de vie en institution. In Les droits de l'enfant et les politiques de l'enfance en Europe: de nouvelles approches?*, Leipzig.

CARPENTER R.G., SHADDICK C.W. (1965). *Role of infection, suffocation and bottle-feeding in cot death: an analysis of some factors in the histories of 110 cases and their controls. British Journal of Preventive and Social Medicine*, vol. 19, n° 1, pp. 1-7.

CARVALHO, J.C., VAN NIEUWENHUYSEN J.P., D'HOORE W. (2001). *The decline in dental caries among Belgian children between 1983 and 1998. Community Dental and Oral Epidemiology*, vol. 29, pp. 55-61.

CARVALHO, J.C., DECLERCK D., VINCKIER F. (1998). *Oral health status in Belgian 3- to 5-year-old children. Clinical Oral Investigations*, vol. 2, pp. 26-30.

CELIS K. (1996). *Abortus in België, 1880-1940. Revue belge d'histoire contemporaine*, vol. XXVI, n° 3-4, pp. 201-240.

CHANDRA R. (1979). *Prospective studies of the effect of breast-feeding on incidence of infection and allergy. Acta paediatrica Scandinavica*, 68(5); pp. 691-94.

CHARAFEDDINE R. (2014). *Santé sexuelle. In L. GISLE, S. DEMAREST (éds), Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*, Bruxelles, WIV-ISP.

CHARLES N. (1880). *Notice programme. Journal d'accouchements*, 1^{re} année, n° 1, pp. 1-2.

CHEN A., Rogan W. (2004). *Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. Pediatrics*, 113: pp. 435-439.

CHOUARD C. (2014). *Histoire du rôle de la France dans la mise au point industrielle de l'implant cochléaire multiélectrodes*.

COCQ V. (1909). *À propos des nouvelles instructions qui réglementent l'exercice de la profession de sage-femme. La Clinique*, vol. XXIII, pp. 645-654.

COHEN-HEMERIQUE M. (1993). *L'approche interculturelle dans l'intervention dans le processus d'aide. Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 1, pp. 71-91.

COLE T., BELLIZZI M., FLEGAL K., DIETZ W. (2000). *Establishing a standard definition for child overweight and obesity: international survey. British Medical Journal*, 320: 1240-3.

COMSTOCK G.W. (1994). *The International Tuberculosis Campaign: a pioneering venture in mass vaccination and research. Clinical Infectious Diseases*, vol. 19, n° 3, pp. 528-540.

CONNOR E.M., SPERLING R.S., GELBER R., KISELEV P., SCOTT G., O'SULLIVAN M.J., et al. (1994). *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. New En-*

gland Journal of Medicine, 3 nov 1994, vol. 331, n° 18, pp. 1173-1180.

COPPEZ L. (1954). *Le strabisme, maladie de l'enfance. L'Enfant*, n° 5, pp. 421-434.

CORDONNIER M. (2001). *Contribution au dépistage des anomalies amblyogènes chez l'enfant en âge préscolaire: intérêt de la réfractométrie sans cycloplégie par le Rétinomax*, Thèse d'Agrégation sous la direction de A. ZANEN, CHU Érasme-ULB, Bruxelles.

CORDONNIER M. KALLAY O. (2001). *Non-cycloplegic screening for refractive errors in children with the hand-held autorefractor Retinomax: Final results and comparison with non-cycloplegic photoscreening. Strabismus*, vol. 9, n° 2, pp. 59-70.

CORDONNIER M. (2013). *Dépistage, ch. 2. In A. PÉCHE-REAU, D. DENIS, C. SPEEG-SCHATZ (dir.) Strabisme*, Paris, Elsevier Masson, pp. 5-23.

CORDONNIER M. (2010). *Dépistage des anomalies réfractives chez l'enfant préscolaire, Saarbrücken*, Éditions universitaires européennes.

CORVOL P. (2010). *Éditorial. La lettre du Collège de France, Hors-série 3, Le Tabac*, pp. 3-4.

COURTMANS I., MANCILLA V., LIGNY C., BELHADI B., DAMIS E., MAHILLON P. (2005). *Hearing screening of newborns. Preliminary results. Revue médicale de Bruxelles*, 26 (1), pp. 11-16.

CRAHAY M. et al. (1998). *Grandir en l'an 2000: Les parents et l'école maternelle, Université de Liège, service de pédagogie expérimentale in Point sur la recherche en éducation*. 1998. p.6

CROUZET A., Pr. DEROT (1972). *Les laits dits maternisés, thèse pour le doctorat de médecine, faculté de médecine Saint-Antoine-Paris*.

CUNNINGHAM A. (1977). *Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. Journal of Pediatrics*, 90(5), pp. 726-729.

CUNNINGHAM A. (1979). *Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. Journal of Pediatrics*, 95(5), pp. 685-689.

CYRULNIK B. (DIR) (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup, coll. Hommes et perspectives*, Patrick Conrath.

CYRULNIK B. (2001). *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.

CYRULNIK B., LEMAY M., MANCIAUX M., TOMKIEVITCH S., VANISTENDAEL S. (1999). *In M.P. POILPOT (dir.), Souffrir mais se construire*, Fondation pour l'Enfance, Erès.

CYRULNIK B., LEMAY M., MANCIAUX M., TOMKIEVITCH S., VANISTENDAEL S. (2001). *In La résilience: réalisme de l'espérance*, Fondation pour l'Enfance, Erès.

- D
- DAMASIO A.R. (2010). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, Paris, Odile Jacob.
- DARQUENNE R. (1971). *L'obstétrique aux XVIII^e et XIX^e siècles. Pratique. Enseignement. Législation. In Écoles et livres d'école en Hainaut du XVI^e au XIX^e siècle*, Mons, Éditions universitaires de Mons, pp. 183-307.
- DAVID M. (1989). *Le placement familial: de la pratique à la théorie*, Paris, ESF.
- DAVID M., APPELL G. (2008). *Loczy ou le maternage insolite*, Paris, Scarabée-CEMEA, 1973. Réédition préfacée par B. GOLSE, Erès, 1001 Bébés n°94, Toulouse.
- DAVIS R.M. (1997). *Passive smoking: history repeats itself*. *British Medical Journal*, 18 October, vol. 315, n°7114, pp. 61-962.
- DEAN H.T. (1942). *The investigation of physiological effects by the epidemiological method*. In F.R. MOULTON (ed.), *Fluorine and dental health*, Washington D.C., American Association for the advancement of Science, pp. 23-31.
- DE BROCA A. (1999). *La prévention de la mort subite du nourrisson en France: évolution historique*. *Bulletin d'éducation du patient*, vol. 18, n°1, pp. 11-14.
- DE CAPUA B., COSTANTINI D., MARTUTI C., LATINI G., MANNI G., DE FELICE C. (2007). *Universal neonatal hearing screening: the Siena (Italy) Experience on 19700 newborns*. *Early Human Development*, 83(9), pp. 601-606.
- DEDET J.P. (2007). *La microbiologie, de ses origines aux maladies émergentes*, Paris, Dunod.
- DEGUIRAL R. (dir) (1954). *L'hygiène sociale, principes, méthodes, organisation*. *Population*, 9^e année, n°3.
- DELAISI DE PARSEVAL G. (1979). *L'art d'accueillir les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris, Éditions du Seuil.
- DELAUNAY, P. *La maternité à Paris, 1909, cité dans Beauvallet-Boutoyrie S. Faut-il supprimer les maternités ? L'Heureux événement*, Paris 1995, Eds APHP
- DELFORGE B., DEROITTE B., MAUROY M.C (2003). *Vers la bientraitance de l'enfant et des familles. Travailler le social*, n°34-35, 2003.
- DELCOURT A. Dr (1912). *Hygiène infantile*. *Journal médical de Bruxelles*, n°8, 72-81.
- DELIVORIA-PAPADOULOS M., SWYER P.R. (1964). *Assisted ventilation in terminal hyaline membrane disease*. *Arch. Dis. Childh.*, 1964 /39, pp. 481-484.
- DELVOYE P. (2011). *La santé préconceptionnelle à destination des professionnels de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles*, Bruxelles, FWB, p. 3.
- DEMAEYER Ph. (2016). *Histoire de la pneumologie dans l'Antiquité*. *Revue médicale de Bruxelles*, vol. 37, n°1, pp. 52-56.
- DENAYELLE F., PARODI M., MARLIN S. (2012). *Dépistage de la surdité néonatale*. *Médecine et enfance*, novembre 2012, pp. 384-387.
- DE ONIS M., ONYANGO A., BORGI E., SIYAM A., NISHIDA C., SIEKMANN J. (2007). *Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents*. *Bulletin of the World Health Organisation*, 85: 660-7.
- DESPRET F.C. (1851). *De l'organisation des crèches-écoles gardiennes*, Bruxelles, Librairie Universelle.
- DEVAUX Dr (1904). *Discours prononcé lors de la séance solennelle d'inauguration de la Ligue le 1^{er} mai 1904*. *Bulletin de la Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge*, n°1.
- DE VOS E., VANOBBERGEN J. (2006). *Caries prevalence in Belgian children a review*. *Archives of Public Health*, vol. 64, pp. 217-229.
- DEVRIESE M. (2008). *Discodent... pour fluokids*. *Le Point, Société de médecine dentaire ASBL*, n°206.
- DE WAAL F. (2010). *L'âge de l'empathie. Leçons de la nature pour une société solidaire*, Paris, LLL - Les liens qui libèrent.
- DOLL R., HILL B. (1950). *Smoking and carcinoma of the lung*. *British Medical Journal*, September 30, vol. 2, n°4682, pp. 739-748.
- DOLL R., HILL B. (1954). *The mortality of doctors in relation to their smoking habits*. *British Medical Journal*, June 26, vol.1, n°4877, pp. 1451-1455.
- DOLL R., GRAY R., HAFNER B., PETO R. (1980). *Mortality in relation to smoking: 22 years' observations on female British doctors*. *British Medical Journal*, April 5, vol. 280, n°6219, pp. 967-971.
- DOLL R., PETO R., BOREHAM J., SUTHERLAND I. (2004). *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, parts 1 and 2*. *British Medical Journal*, vol. 328, n°7455, pp. 1519-1528.
- DONALD P.D. (2016). *A brief history of childhood tuberculosis, Chapter 1*. In J.R. STARKE, P.R. DONALD (eds), *Handbook of Child and adolescent tuberculosis*, Oxford, Oxford University Press, pp. 1-11.
- DORCHY H., LOEB H., MOZIN M.J., LEMIERE B., ERNOULD Ch. (1982). *Vacation Camps: goals and needs*. *Pediatric and Adolescent Diabetes*, vol. 10, pp. 161-165.
- DORCHY H. (1989). *Le diabète insulino-prive de l'enfant (fiche pédiatrique)*. *L'enfant, ONE*, pp. 74-78.
- DORCHY H., ERNOULD Ch. (1990). *Les colonies de vacances pour enfants diabétiques*. *Diabète & Métabolisme (Paris)*, vol. 16, pp. 513-521.
- DORCHY H., ROGGEMANS M.P., WILLEMS D. (1997). *Glycated hemoglobin and related factors in diabetic children and adolescents under 18 years of age: a Belgian experience*. *Diabetes Care*, vol. 20, pp. 2-6.
- DORCHY H. (2000). *Insulin regimens and insulin adjustments in diabetic children, adolescents and young adults: personal experience*. *Diabetes & Metabolism (Paris)*, vol.26, pp. 500-507.
- DORCHY H. (2010a). *(R) évolution de la diabétologie pédiatrique*. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 31 (Suppl.), S9-19.
- DORCHY H. (2010 b). *Stratégie thérapeutique dans le diabète de type 1 (insuline, alimentation, sport): «Dorchy's recipes»*. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 31 (Suppl.), S37-53.
- DORCHY H. (2013). *Diabète des enfants et adolescents*. In *Guide du Diabète*, Association Belge du Diabète (ABD), Bruxelles, pp. 227-274.
- DORCHY H. (2015a). *Diabétologie pédiatrique: bilan des années 1994-2014*. *Percentile*, vol. 20, n°2, pp. 7-11.
- DORCHY H. (2015 b). *One center in Brussels has consistently had the lowest HbA1c values in the 4 studies (1994-2009) by the Hvidoere International Study Group on Childhood Diabetes: what are the «recipes»? World Journal of Diabetes*, vol. 6, pp. 1-7.
- DRAMAIX M., MIAKALA N., TONGLET R., BRASSEUR D., HENNART Ph. (1990). *Étude prospective de la prévalence de l'allaitement maternel dans la province du Hainaut (Belgique)*. *Archives of Public health*, 48, pp. 99-108.
- DUBOIS-MANNE R. (1974). *Évolution des problèmes de vaccination dans le cadre des préoccupations de l'Œuvre nationale de l'enfance*. *L'enfant n°2*, pp. 93-137.
- DUBOS R. (1961). *Mirage de la santé*. Éditeur Denoël.
- DUBRU J.M., COLLIGNON J.L., KAHN A. (1999). *Aperçu des campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson menées en Communauté française de Belgique*, *Bulletin d'éducation du patient*, vol. 18, n°1, 21-27.
- DUBRU J.M., MAUROY M.C. (1994). *Dépistage des troubles visuels*, Note au conseil d'administration de l'ONE, 9 septembre 1994, Bruxelles.
- DUCHATTEL François (1982). *L'auscultation obstétricale de Philippe Le Goust au monitoring foetal*. *Histoire des sciences médicales 1982* (16), fascicule 1, p37-47.
- DUGRAVIER R., GUEDENEY A. *Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence des soins maternels*. *La psychiatrie de l'enfant*, 2006/2 (vol. 49), pp. 405-442.
- DUPONT-BOUCHAT M.S. (2004). *Les origines de la protection de l'enfance (1830-1914)*. In G. MASUY-STROOBANT, P.C. HUMBLET (dir.), *Mères et nourrissons*. De la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945), Bruxelles, Labor, 13-40.
- DUSART A.F. *L'accueil extrascolaire financé par le FESC en Communauté française*, École de santé publique ULB, mai 1998.
- DUTHOIT R. (1919). *La protection de l'enfance contre la tuberculose*. *ONE, Revue mensuelle*, n°3, pp. 114-122.

E

EADP (2009). *Guidelines on the use of fluoride in children: an EADP policy document*. European Archives of Paediatric Dentistry, vol. 10, n° 3, pp. 129-135.

EAST CE, BEGG L, COLDITZ PB, LAU R. *Fetal pulse oximetry for fetal assessment in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD004075.

ECCLES J.C. (1992). *Évolution du cerveau et création de la conscience*, Paris, Fayard.

EGGERS H.J. (1999). *Milestones in Early Poliomyelitis Research (1840-1949)*. Journal of Virology, June 1999, pp. 4533-4535.

ELLIOT R. (2001). «*Destructive but sweet*»: cigarette smoking among women 1890-1990, PhD Dissertation, University of Glasgow, Centre for the History of Medicine.

ERNOULD Ch., DORCHY H., FRANÇOIS B., GEUSSENS H., LOEB H., MOZIN M.J. (1973). *Guide du jeune diabétique*, Liège, Revue médicale de Liège.

ERNOULD Ch., DORCHY H. (1987). *Le diabète des Jeunes. Comment l'intégrer dans la vie quotidienne*, Rotary Club de Bruxelles-Est.

ERNOULD Ch. (1989). Éducation. In P. CZERNICHOW, H. DORCHY, *Diabétologie pédiatrique*, Paris, Doin, pp. 397-426.

F

FALK, J. (1996). *Comment en institution répondre aux besoins des jeunes enfants séparés de leur famille*. In *Grandir malgré tout. L'éducation en institution des jeunes enfants, un défi à relever*, Éd. Fonds Houtman, Bruxelles.

FALK J., PIKLER E. (1972). *Data on the social ajustement of children reared in our institute*, Hongrie, Magyar Pszichologiai Szenile.

FALKNER F. (1980). *Prévention in childhood of health problems in adult life*. World Health Organization, Genève.

FERLAND C. (2007). *Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XV^e siècle à nos jours*, Drogues, santé et société, vol. 6, n° 1, pp. 17-48.

FIELD T.M. (2003) *Stimulation of Preterm Infants*. *Pediatrics in Review*, 24,1, pp. 4-10.

FILIANO J.J., KINNEY H.C. (1994). *A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model*. *Biology of the Neonate*, vol. 65, n° 3-4, pp. 194-197.

FONAGY P., STEELE M., STEELE H., HIGGITT A. TARGET M. (1994). *The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of résilience*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 35, n° 2, pp. 231-257.

FONTANEL B., WOLFROMM D. (2009). *Petite histoire du préservatif*, Paris, Stock.

FRITH J. (2014). *History of Tuberculosis. Part 1 -Phtisis,*

consumption and the White Plague. Journal of Military and Veterans Health, vol. 22, n° 2, pp. 29-35.

FROGATT P. (1970). *Epidemiological aspects of the Northern Ireland study*. In A.B. BERGMAN, J.B. BECKWITH, C.G. RAY (eds). *Sudden infant Death Syndrome. Proceedings of the Second International Conference on Causes of Sudden Death in Infants*, University of Washington Press, pp. 32-46.

FROST W.H. (1939). *The age selection of mortality from tuberculosis in successive decades*. *American Journal of Epidemiology*, 1995 (reprint) vol.141, n° 1, pp. 4-9.

G

GABEL M., JESU F., MANCIAUX M. (dir.) (2000). *Bien-traitances, mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Fleurus.

GABEL M. (2003). *De la maltraitance à la bientraitance*. Bulletin d'informations du CREAI Bourgogne, n° 223, février 2003, pp. 5-10.

GALET O. (1931). *Essai de détermination de quelques moyennes staturales et pondérales correspondant à diverses étapes de développement infantile*. Analyse sommaire de l'influence de certains facteurs sociaux sur l'évolution de la croissance. *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Bruxelles*, 46, pp. 138-316.

GAROT L. (1946). *Médecine sociale de l'enfance et œuvres de protection du premier âge*. Éditions Desoer, Liège: 1-374.

GAROT L. (1962). *Un nouveau type de consultation préventive pour enfants d'âge préscolaire*. L'Enfant, n° 2, pp. 89-108.

GAROT (1952). *Le self-demand feeding*. L'Enfant 1952/4, pp. 365-366.

GAROT L. (sd). *Un enfant vient de naître*, notice, ONE.

GARRULUS Dr (1895). *Le sérum antidiphtérique en Belgique*. Journal d'accouchements, 24 février 1895, p. 76.

GELIS J. (1988). *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard.

GERMANAUD D., FURELAUD G. (2002). *Des pilules pour la contraception d'urgence et l'avortement: lévonorgestrel et RU-486 (mifépristone)*. Planet-vie.

GEUBELLE, F. Pr (1999). *Le patrimoine social de l'ONE*. In *Génération ONE (n° 8 - 80 ans de protection maternelle et infantile de l'Office de la Naissance et de l'Enfance)*.

GILBERT R., SALANTI G., HARDEN M., SEE S. (2005). *Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002*. *International Journal of epidemiology*, vol. 34, pp. 874-887.

GILBERT L., DURBU J-M. (Septembre 1998). *Dépistage*

précoce des troubles de l'audition dans les consultations de nourrissons de l'ONE. *Présentation au Conseil scientifique de l'ONE*.

GISCARD D'ESTAING A.A. (2001). *Ouverture*. In *La résilience: le réalisme de l'espérance*, Fondation pour l'enfance, Paris, Erès, pp. 7-8.

GISLE L. (2014). *La consommation de tabac* in L. GISLE, S. DEMAREST (eds), *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*, WIV-ISP, pp. 165-284.

GISLE L. (2010). *La consommation de tabac*. In L. GISLE, E. HESSE, S. DRIESKENS, S. DEMAREST, J. VAN DER HEYDEN, J. TAFFOREAU, *Enquête de santé, 2008. Rapport II - Style de Vie et Prévention*, Bruxelles, Institut scientifique de santé publique, 181-303.

GODDING V. et al. (2010). *Tabagisme prénatal. Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens*, Bruxelles FARES ASBL.

GOLDSMIT, L. (1973). *Dépistage des troubles de l'audition dans le cadre des consultations de l'ONE*. L'Enfant, n° 6, pp. 453 -472.

GRAFFAR M., ASIEL M., EMERY-HAUZEUR CI. (1962). *La croissance de l'enfant normal jusque trois ans*. Analyse statistique des données relatives au poids et à la taille. *Acta Paediatrica Belgica*, 16 (1), pp. 5-23.

GRAFFAR M. (1959). *Les principes de l'alimentation artificielle du jeune nourrisson*. L'Enfant, 1959/2, pp.107-110.

GRAFFAR M. (1959). *Les vaccinations recommandées chez le jeune enfant*. L'Enfant, n° 4, pp. 293-304.

GRAFFAR M. (1965). *Le programme des vaccinations du jeune enfant*. L'Enfant, n° 4, pp. 297-311.

GRAFFAR M., CORBIER J. (1965). *Comparaison des enfants belges normaux à des critères adéquats de poids et de taille*. *Acta Paediatrica Belgica*, vol. 19, pp. 235-274.

GREMY F., MANCIAUX M. (1987). *Pédiatrie et prévention: protection et promotion de la santé*. In MANCIAUX, LEBOVICI, JEANNERET, SAND, TOMKIEWICZ, L'Enfant et sa Santé, Doin Éditeur, pp. 1165-1185.

GRMEK M.D. (1996). *Les premières étapes de la vaccination. Entre mythe et histoire*. In A.M. MOULIN (dir.) *L'Aventure de la vaccination*, Fayard, pp. 41-56.

GROTBORG E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: strengthening the human spirit*. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, n° 8, Den Hague, Bernard van Leer Foundation.

GRULEE G.G., Heyworth N.S., Herron P.H. (1934). *Breast and artificial feeding: Influence on morbidity and mortality of 20.000 infants*. *Journal of the American medical Association*, 103 (10), pp. 735-739.

GUBIN E., PIETTE V. (2004). *Femmes et mères au travail 1830-1914*. In G. MASUY-STROOBANT, P.C. HUMBLET (dir.), *Mères et nourrissons. De la bienfaisance à la pro-*

tection médico-sociale (1830-1945), Bruxelles, Labor, 43-64.

H

HAMILL P., DRIZD T., JOHNSON C., REED B., ROCHE A., MOORE W. (1979). Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 32, pp. 607-629.

HAMILL P., DRIZD T., JOHNSON C., REED R., ROCHE A. (1977). NCHS growth curves for children birth-18 years: United States. *Vital Health Statistics*, 11; 165: i-iv, 1-74.

Hanson L., Winberg J. (1972). Breast milk and defense against infection in the newborn. *Arch. Dis. Child*; 47, pp. 845-848.

HART P.D., SUTHERLAND I. (1977). BCG and vole bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life, Final report to the Medical Research Council. *British Medical Journal*, n° 2, pp. 293-295.

HAUSPIE R., WACHHOLDER A. (1986). Clinical standards for growth velocity in height of Belgian boys and girls aged 2 to 18 years. *International Journal of Anthropology*, Vol 1, n. 4, pp. 339-348.

HAUSPIE R., WACHHOLDER A., VERCAUTEREN M. (1993). Normes de croissance staturale et pondérale et de vitesse de croissance staturale de garçons et de filles belges de 3 à 18 ans. *Archives françaises de pédiatrie*, 50: 763-769.

HAUSPIE R. (2005) Courbes de croissance de la population flamande (Belgique). www.vub.ac.be/groecurven (référence du 21 novembre 2017).

HAVELANGE C. (1990). Les figures de la guérison (XVIIIe-XIXe siècles). Une histoire sociale et culturelle des professions médicales au pays de Liège, Paris, Société d'édition « Les belles lettres ».

HAVELANGE C. (1991). Pour une histoire à long terme de l'art de guérir dans la région liégeoise (XVIIIe-XXe siècles). In Société belge de démographie (ed.) *Historiens et populations. Liber amicorum Étienne Hélin*, Louvain-la-Neuve, Académia, pp. 669-682.

HENNART Ph. (1990). Indicateurs de santé dans une optique de santé publique. *L'Enfant*, n° 1, pp. 4-7.

HENNART Ph. (1990). Dix programmes de santé publique. *L'Enfant*, n° 1, pp. 9-14.

HENNART Ph. (2008). Le socle scientifique et les programmes de santé publique, Éthique, Bien-être et Santé autour de la naissance, actes du colloque, ONE, pp. 37-40.

HERNANDEZ A., NDAMÈS S., MAUROY, M.C., ALEXANDER S., CEYSENS G. (Under submission). The impact of ONE's integrated antenatal care programme on perinatal outcomes in french-speaking Belgium.

HENNEBERT D. (1964). Le dépistage précoce de la surdité chez l'enfant. *L'Enfant*, n° 5, pp. 365-372.

HERSHKOVITZ I., DONOGHUE H.D., MINNIKIN D.E., BESRA Gurdial S., LEE O.Y.C., GERNAEY A.M. et al. (2008). Detection and Molecular Characterization of 9000-Year-Old Mycobacterium tuberculosis from a Neolithic Settlement in the Eastern Mediterranean. *PLoS ONE*, vol.3, n° 10: e3426.

HINDLEY C., FILLIOZAT A., KLACKENBERG-LARSON I., MEISTER D., SAND EA. (1965). Some differences in infant feeding and elimination training in five European longitudinal samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, pp. 179-202.

HIRAYAMA T. (1981). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, vol. 282, n° 6259, pp. 183-185.

HOGART J. (1977). Vocabulaire de la santé publique, Copenhagen, OMS, Bureau régional de l'Europe.

HOLLOWAY, K.L., STAAUB, F., RÜHLI F., HENNEBERG, M. (2014). Lessons from history of socioeconomic improvements: a new approach to treating multi-drug-resistant tuberculosis. *Journal of Biosocial Science*, vol. 46, pp. 600-620.

HORWITZ O., KNUDSEN J. (1960). Comparison between attenders and non-attenders at the Danish Mass Tuberculosis Campaign, 1950-52. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 23, pp. 669-681.

HOUDÉ O., MAZOYER B., TZOURIO-MAZOYER N. (2002). *Cerveau et psychologie*, Paris, PUF.

HOUZEL, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse: Erès, 1999.

HOVINE, A. (2009). Enterré le stage parental. In *La libre Belgique*, 4 août 2009.

Howarth W.J. (1905). The influence of feeding on the mortality of infants. *Lancet* 166 (4273), pp. 210-213.

HOYOIS C.: « Espaces gratuits: quelques secondes de 'Pub santé' » in: *Question Santé*, 2014 (annuel)

HUART F. (2004). La Société protectrice des enfants martyrs de Bruxelles (1892-1912). In G. MASUY-STROOBANT et P.C. HUMBLET (dir.) *Mères et nourrissons. De la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945)*, Bruxelles, Labor, 141-158.

HUART P., LAPLANE R. (1979). L'alimentation et la nutrition (du XVIIIe siècle au XIXe siècle). *Histoire illustrée de la puériculture*, Paris, Éditions Roger Dacosta, pp. 91-114.

HULPIAU Chantal (1988). Le métier des chirurgiens-barbiers à Namur au XVIIIe siècle. *Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux*, vols XXIII-XXIV, pp. 35-47.

HUMBLET P.C. (1998). Analyse et évaluation de la mise en œuvre du programme de l'Œuvre nationale de l'enfance pour les milieux d'accueil de jeunes enfants. Une contribution à l'évaluation de programmes sociosani-

taires permanents, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en Sciences de la Santé publique, ULB.

HUMBLET P.C. (2004). La crèche, naissance d'une institution (1845). In G. MASUY-STROOBANT G., P.C. HUMBLET (dir.), *Mères et nourrissons. De la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945)*, Bruxelles, Labor, 67-88.

I

ICHOK, G. (1929). Réunion internationale d'experts pour l'étude du BCG, par la section d'hygiène de la Société des Nations, Paris, 15-18 octobre 1929. *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, vol 51, pp. 50-65.

ILLICH I. (1975). *Némésis médical; l'expropriation de la santé*. Paris, Seuil.

INSERM Expertise collective (2004). *Tuberculose. Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie*, Paris, INSERM.

J

JASPAR H. (1919). Allocation tenue à l'assemblée générale des médecins des œuvres de l'enfance, tenue le 27 juillet 1919, compte rendu, ONE, *Revue mensuelle*, n° 1, 49-59.

JASPAR H. (1919). Séance d'installation du Conseil supérieur des œuvres de l'enfance, 17 octobre 1919, ONE, *Revue mensuelle*, n° 3, pp. 107-113.

JEANNERET O. (1987). Indicateurs de risque. In MANCIAUX M., LEBOVICI S., JEANNERET O., SAND E.A., TOMKIEWICZ S. *L'Enfant et sa santé*, Doin Éditeur, pp. 731-736.

JENICEK M., CLEROUX R. (1982). *Épidémiologie: principes, techniques, applications*, Edisem, Saint-Hyacinthe.

JONES F.G., MOSS J.M. (1936). Studies on tetanus toxoid. I: The antitoxic titer of human subject following immunization with tetanus toxoid and tetanus alum precipitated toxoid. *Journal of Immunology*, vol. 30, pp. 115-125.

K

KAHN A. (1999). Consensus sur les mesures de sécurité du sommeil et prévention de la mort subite du nourrisson. *Bulletin d'éducation du patient*, vol. 18, n° 1, pp. 16-20.

KIRSCH M. (2010). Genèse d'une épidémie. La lettre du Collège de France, Hors-série 3, *Le Tabac*, pp. 5-14.

KIRSCH M. (2010). La lutte contre le tabagisme: un cas d'école de la relation entre l'industrie, la science et l'État. La lettre du Collège de France, Hors-série 3, *Le Tabac*, pp. 111-129.

- KNIBIEHLER Y. Nous les Assistantes Sociales, recueil de témoignages, 1980, cité dans Knibiehler Y. La médicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970. L'Heureux évènement, Paris 1995, Eds APHP
- KOHL J. (1984). Is tandariés in regressie ? Revue belge de Médecine dentaire, vol. 39 n°4, pp. 218-220.
- KOHL J., BUTTNER M. (1984). Épidémiologie de la carie dentaire parmi les écoliers liégeois âgés de 7 à 12 ans, Revue belge de Médecine dentaire, vol. 39 n°4, pp. 119-123.
- KÖHLER L., STIGMAR G. (1978). Visual disorders in 7-year-old children with and without previous vision screening. *Acta Paediatrica*, vol. 67, n°3, pp. 373-377.
- Kramer M.S., Chalmers B., Hodnett E.D., Sevkovskaya S.Z., Dzikovich I., Shapiro S., Collet J.P., Vanilovich I., Mezen I., Ducruet T., Shishko G., Zubovich V., Mknuiik D., Gluchanina E., Dombrovskiy V., Ustinovitch A., Kot T., Bogdanovich N., Ovchinkova L., Helsing E. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT: a randomized trial in the Republic of Belarus). *Journal of the American Medical Association*, 285(4), pp. 413-420.
- KRAUSE A.C. (1955). Blindness in Premature Babies - Retrolental Fibroplasia. *Medical Times*, vol. 83, 213, résumé in *L'Enfant*, 1955, n°5, pp. 467-469.
- KUCZMARSKI R., OGDEN CL., GUO S., GRUMMER-STRAWN L., FLEGAL K., MEI Z., WEI R., CURTIN L.R., ROCHE A.F., JOHNSON C. (2000). CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Statistics*, 11 ; 246:1-190.
- L
- LACROIX É. (1922). Discours prononcé lors de la manifestation à la mémoire du Dr Eugène Lust, Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge. Bruxelles.
- LAMBOY, B. (2009). « Soutenir la parentalité: pourquoi et comment ? différentes approches d'un même concept ». In *Devenir*, vol. 21, n°1.
- LAMOUR P., BRIXI O. (2015). Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives. E
- LARON Z. (2010). Développement des organisations internationales de diabétologie pédiatriques. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 31 (Suppl.), S 25-28.
- LARUELLE (1903). Consultations de nourrissons et cliniques infantiles. Discussion. *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, vol. 13, n°4, 64-72.
- LAURENCE KM, Carter CO and David P.A (1968), major central nervous system malformations in South Wales. II. Pregnancy factors, seasonal variation and social class effects. *Brit. J. Prev. Soc. Med* 22, 212-222.
- LAURENT A., NIZETIC B., SAND E.A. (1992). Protection et prise en charge de la santé visuelle chez les enfants d'âge préscolaire. In *Le Management des handicaps sensoriels*, ULB-ESP, Convention FNRS n°3.4586.01, Ed p 75-82.
- LEBACQ E. (coord.) (1992). Dépistage précoce des troubles de la vue, essai clinique d'efficacité, étude multicentrique, protocole SNPC 115, Association professionnelle des médecins scolaires
- LEFEVRE J, Gautier M, Turpin R, étude des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens. *C.R. Acad. Sci* 248 : 1721-1722, 1959.
- LELEUX P. (1990). Apports de la banque de données médico-sociales de l'ONE. *L'Enfant*, n°1, pp. 15-23.
- LELEUX P. (1981). La parenté responsable. *L'Enfant*, n°4, pp. 331-359.
- LEMAY M. (1999). Réflexions sur la résilience. In M.P. POILPOT (dir.), *Souffrir mais se construire*, Toulouse, Érès, pp. 83-105.
- LEMAY M. (1983). L'éclosion psychique de l'être humain, Paris, Fleurus.
- LE NAOUR J.Y., VALENTI C. (2003). Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècles, Paris, Seuil.
- LEPAGE P., Muniakazi C., Hennart Ph. (1981). Breast-feeding and hospital mortality in children in Rwanda. *Lancet* 2 (8243), pp. 409-411.
- LEPAGE P., VAN DE PERRE P., CARAËL M., NSENGUMUREMYI F., NKURUNZIZA J., BUTZLER J.P. et al. (1987). Postnatal transmission of HIV from mother to child. *The Lancet*, vol. 2, n°8555, p. 400.
- LEUNG A.K.C (1996). Variolisation et vaccination dans la Chine prémoderne (1570-1911). In A.M. MOULIN (dir.) *L'Aventure de la vaccination*, Fayard, pp. 57-70.
- LEROY Fernand (2001). Histoire de naître: De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Ed. De Boeck Supérieur.
- LEROY CH, VAN LEEUW V, ENGLERT Y, ZHANG W.H. (2017) Santé périnatale en Wallonie - Année 2015, Centre d'Épidémiologie périnatale.
- LESTRADET H. (1953). Le problème du régime chez les diabétiques. Évolution des conceptions physiopathologiques. Incidences thérapeutiques. *Presse Médicale*, vol. 61, pp. 792-796.
- LESTHAEGHE R.J. (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*, Princeton, Princeton University Press.
- LEVEQUE M., SCHMIDT P., LEROUX B., DANVIN J.B., LANGAGNE T., LABROUSSE M., CHAYS A. (2007). Universal newborn hearing screening: a 27-month experience in the French region of Champagne-Ardenne. *Acta Paediatrica*, 96(8), pp. 1150-1154.
- LICKINT F. (1939). *Tabak und Organismus*, Stuttgart, Hippokrates Verlag.
- LINCÉ M., DIERCKX P., BROECKEART I. (1994). Le long combat contre la tuberculose. *Semper* n°182, avril 1994.
- LOEB H. (2010). Lutte pour le développement de la diabétologie pédiatrique en Belgique. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 31 (Suppl.), S 21-24.
- LORENZO R., WINKLER M. (1999). Dépistage des troubles de l'ouïe dans les hôpitaux du réseau IRIS à Bruxelles, Note du Collège des CP aux administrateurs généraux de l'ONE.
- LORIAUX F. (2005). *L'enfant au travail, d'hier à aujourd'hui*, Bruxelles, CARHOP.
- LORIAUX F. (2006). La prise de conscience au 19ème des causes de la mortalité infantile en Belgique, Bruxelles, CARHOP.
- LUC J.N. (1997). *L'invention du jeune enfant au XIXe siècle. De la salle d'asile à l'école maternelle*, Paris, Belin.
- LUST E. (1895). *Recueil de types de bandages*, Bruxelles, Lamartin.
- LUST E. (1897). L'allaitement artificiel. Stérilisation du lait. Nouveau lacto-stérilisateur. *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, vol. 7, n°4, 161-176.
- LUST E. (1897). Alimentation des enfants. *Journal médical de Bruxelles*, vol. 2, n°41, 510.
- LUST E. (1898). Utilité des pesées régulières pendant la période d'allaitement. *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, vol. 8, n°1, 23-24.
- LUST E. (1903). Consultations de nourrissons et cliniques infantiles. *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, vol. 13, n°1, 38-40.
- LUST Eugène (1903). Contribution à la puériculture. Protection de la première enfance. Conférence donnée à l'ambulance de Saint-Josse-ten-Noode de la Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles, Vanden Acker-De Greef.
- LUST E. (1905). Le développement des Gouttes de Lait en Belgique. Communication au Congrès international des Gouttes de Lait, Paris, 20-21 décembre, 57-63.
- LUST E. (1909). De l'utilité des opiacés et de leur innocuité relative en médecine infantile. Communication au XVI^e Congrès international de médecine de Budapest. *La Clinique*, vol. 23, 605-624.
- M
- MASSON P. et al. (1920). Œuvre nationale de l'enfance, *Revue mensuelle*, septembre 1922 n°12, 908-926 par Y. NEVEJAN.
- MACMAHON B., PUGH T.F. (1970). *Epidemiology: Principles and Methods*, Little Brown.
- MAGOS V. (dir.) (2004). *Procès Dutroux, Penser l'émotion*, coll. Temps d'arrêt, Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance, ministère de la Communauté française.
- MANNI G. (coord.) (1999). *Accueillir les tout-petits, oser la qualité. Un référentiel psychopédagogique pour des*

- accueils de qualité, Bruxelles, Fonds Houtman/ONE.
- MARC C. (1829). « De l'hygiène publique à l'éducation sanitaire ». In Sciences de l'éducation et santé, 2006, vol. 39, (n° 1).
- MARCHANDISE Dr (1907). Mesures prises en Belgique pour lutter contre la mortalité infantile, Section I.3a. Ite congrès international des Gouttes de Lait, Bruxelles, 1-21.
- Marfan A.B. (1903). *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*. Chapitre 1 : 239-258. Paris, Steinheil G. Eds.
- MARISSAL Cl. (2014). Protéger le jeune enfant. Enjeux sociaux, politiques et sexuels (Belgique 1890-1940), Bruxelles, Éditions de l'ULB, Collection Histoire.
- MARTI-HENNEBERG C. (1987). La croissance post-natale chapitre 13. In M. MANCIAUX., S. LEBOVICI, O. JEANNERET, E.A. SAND, S. TOMKIEWICZ, L'enfant et sa santé, Doin Éditeurs, pp. 205-235.
- MARTIN N. (2000). Les parents et les professionnels face à la mort subite du nourrisson: résultats d'enquêtes en Communauté française de Belgique. Bulletin d'éducation du patient, vol. 19, n° 4, pp. 6-10.
- MARTIN, C. (2003). La parentalité en questions, perspectives sociologiques: rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille. 2003.
- MASTEN A.S., BEST K.M., GARMEZY N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, vol. 2, pp. 425-444.
- MASUY-STROOBANT G. (1983). Les déterminants de la mortalité infantile. La Belgique d'hier et d'aujourd'hui, Louvain-la-Neuve, Ciaco.
- MASUY-STROOBANT G. (1988). Santé de l'enfant et inégalités sociales. Louvain-la-Neuve, Ciaco.
- MASUY-STROOBANT G. (2004). Le choc de la guerre de 14-18: une avancée pour les œuvres de l'enfance. In G. MASUY-STROOBANT G. (1983). Les déterminants de la mortalité infantile. La Belgique d'hier et d'aujourd'hui, thèse de doctorat, Louvain-la-Neuve, Ciaco.
- MASUY-STROOBANT G., HUMBLET P.C. (2004) Mères et nourrissons: de la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945), Bruxelles, Labor.
- MASUY-STROOBANT G. (1998). La mortalité infantile en Belgique, histoire et prévention. *Génération ONE* 2: pp. 4-8.
- MATHIEU P.L. (1958). Comparison study: silver nitrate and oxytetracycline in newborn eyes. *American Journal of Diseases in Childhood*, vol. 90, 135, résumé in L'Enfant, 1959, n° 3, p. 285.
- MAUROY M.C., DUBRU J.M., CORDONNIER M., DECONINCK H., FRESON-BETZ M.C., PARIS V., PUTTEMANS A., SPIRITUS M. (1997, revu en 2004 et 2011). Dépistages des troubles de la vue. In ONE, Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Bruxelles, pp. 177-195.
- MCKAY Frederick S. (1928). Relation of mottled enamel to caries, *Journal of American dentistry*, vol.15, pp. 1429-1437.
- MCKEOWN Th. (1976). *The Modern rise of Population*, London, Edward Arnold.
- MC LAREN A. (1996). Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours, Paris, Agnès Vienot.
- MELICE N. (2011). Dépistage des troubles de l'audition. In Guide de médecine préventive de l'ONE. Bruxelles, ONE, pp. 181-188.
- MELICE N., EYMAEL P. (septembre 2003). Projet de dépistage systématique de la surdité à la maternité du CHR de la Citadelle à Liège. Présentation au Collège des conseillers gynécologues.
- MELICE N. DESCHAMPS M., EYMAEL P. (2004). Dépistage des troubles auditifs. In Guide de médecine préventive, pp. 179-189.
- MENARD J., KIRSCH M. (2010). Entretien avec Joël Ménard. La lettre du Collège de France, Hors-série 3, Le Tabac, pp. 74-83.
- MESSAAOUI A., TENOUTASSE S., DORCHY H. (2016). Diabète MODY: il faut y penser. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 37, pp. 95-100.
- MESURE, S., DE SINGLY F. (2001). Le lien familial. Paris. Editions Rue d'Ulm. 2001.
- Meyer H.F. (1958). Breastfeeding in the United States Extent and possible trend. *Paediatrics* 22 (1), pp. 116-121.
- MEYNCKENS-FOUREZ M. (2006). Recension de: J. BARUDY, A.P. MARQUEBREUCQ, SOLAL, Les enfants des mères résilientes. La parentalité bien traitante dans des situations extrêmes: violences de genre, guerre, génocides, persécutions et exil, Marseille, Solal, coll. résiliences, 2005. *Thérapie familiale*, vol. 27 n° 1, pp. 93-94.
- MILLIS, M. [s.d.] Éducation sanitaire.
- MONTANDON, A. (1953). Le diagnostic précoce des surdités congénitales chez l'enfant et son importance médico-sociale. *L'Enfant*, n° 1, pp. 5-8.
- MOREL M.F., Lett D. (2006). *Une histoire de l'allaitement*, Paris, éditions La Martinière, pp. 131-136.
- MOREL M.F., Rollet C. (2000). *Des bébés et des hommes: traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel.
- MOULIN A.M. (1996). La variolisation en Occident. In A.M. MOULIN (dir) *L'Aventure de la vaccination*, Fayard, pp. 71-81.
- MOURAUX Th., DORCHY H. (2010). Pré diabète de type 2 et MODY: l'avenir de la diabétologie pédiatrique. *Revue Médicale de Bruxelles*, vol. 31 (Suppl.), S 113-123.
- MUNTEN J., PETRY A.M. (1997). Elaboration d'un guide pratique et théorique explicitant les conditions de mise en œuvre d'un accueil de qualité à l'école maternelle. Etude préalable, service de pédagogie générale, éducation préscolaire et primaire.
- N
- NELSON J.H. (1959). Eye injuries in children. *American Journal of Diseases in Childhood*, vol. 97, 219, résumé par Dr BITTNER, in L'Enfant, 1959, n° 6, pp. 555-557.
- NELSON L.B. (1983). Diagnosis and management of strabismus and amblyopia, *Pediatrics Clinics of North America*, vol.30, n° 6, pp. 1003-1014.
- NIFFLE J.M. (1960). La prévention des troubles oculaires chez l'enfant. *L'Enfant*, n° 1, pp. 5-13.
- NOBÉCOURT P.A.A. (1920). Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons, 3e édition, vol.1, 320.
- O
- OLESKE J, MINNEFORA, COOPER R. (1983). Immune deficiency syndrome in children. *Journal of the American Medical Association*, vol. 249, pp. 2345-2349.
- OUVRAGE COLLECTIF (2001). Nouveau Guide du jeune diabétique, Novo Nordisk Pharma.
- P
- PALERMO G., JORIS H., DEVROEY P., VAN STEIRTEGHEM A. (1992). Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *The Lancet*, July 4, vol. 340(8810), pp. 17-18.
- PANOSSETTI E., SHI B.X., ELOY J.P. (1999). Otoémisions provoquées à la naissance: l'expérience luxembourgeoise. *Archives of Pediatrics*, n° 6, Suppl. 2, pp. 253-255.
- PARIS V. (1991). A new technique for the early detection of functional amblyopia, VIIth International Orthoptic Congress, Nürnberg (Germany), Tillson G., 126-129.
- PARMELEE A.H. Jr (1955). The developmental evaluation of the blind premature infant. *American Journal of Diseases in Childhood*, résumé in L'Enfant, 1956, n° 3, pp. 280-283.
- PAULESCO N. (1921-1922). Recherche sur le rôle du pancréas dans l'assimilation nutritive. *Archives Internationales de Physiologie*, vol. 17, pp. 85-109.
- Pecher M. (1924). Les maisons maternelles: leur portée sociale. *Revue mensuelle de l'ONE*, 5e année, 10, p.653.
- PERELEUX A., ZANEN A. (1987). Les troubles de la vue chez le jeune enfant, leur prévention et leurs traitements. *L'Enfant*, n° 6, pp. 12-17.
- Perez-Escamilla R., Pollitt E., Lönnerdal B., Dewey K. (1994). Infant feeding policies in maternity ward and their effects on breast-feeding success: an analytical

- overview. *Am. J. Public Health*, 84: 89-97.
- PERIER O. (1994). Développement du langage et intégration de l'enfant à audition déficiente: 30 ans d'action concertée associant le travail sur le terrain et la recherche. *Génération ONE*, 1994, pp. 5-9.
- PERROD A. (2013). Sage-femme: de la distinction à l'autonomie en passant par la dépendance. *Santé conjugulée*, n° 64, disponible sur: <http://www.maisonmedicale.org/Sage-femme-de-la-distinction-a-l.html>.
- Petros-Barvazian P. (1975). Maternal and child health and breast-feeding. *Mod. Prob. Paediatr.* 1975; 15:155-68
- PIETTE D. (1990-1991). Education pour la santé, première partie, Bruxelles, ULB, notes de cours, inédit.
- PIETTE, V. (1994-95). Des « infirmières » avant les infirmières. Le personnel soignant laïque dans les hôpitaux bruxellois au XIXe siècle. *Sextant*, vol. 3, pp. 39-59.
- PIKLER E. Manifestations actuelles du syndrome d'hospitalisme dans les pouponnières. *Le Coq-Heron*, n° 53, 1975, 4-10.
- PIKLER E. (1979). *Se mouvoir en liberté dès le premier âge*, Paris, PUF.
- PINEAULT R., DAVELUY C. (1986). La planification de la santé, Montréal, Agence d'ARC.
- PIRARD-GIBERT L. (1998). Le dépistage visuel en Brabant Wallon, données 1997-1998. *Génération ONE*, n° 2, pp. 30-37.
- PIRARD FL, CAMUS P, BARBIER J.M. (2018). Professional development in a competent system: an emergent culture of professionalization. In M. FLEER, B. VAN OERS (Eds.), *International Handbook on Early Childhood Education*, vol. I: Western-Europe and UK section editors D. Whitebread and B. van Oers, (p. 409-426). Dordrecht: Springer.
- PIRARD FL. (2016). L'accompagnement curriculaire: un care professionnel? In G. BROUGÈRE et S. RAYNA (dir.) *Le care dans l'éducation préscolaire* (p. 157-175), Bruxelles, P.I.E. Peter Lang.
- PIRARD FL, DETHIER A., HOUSEN M. (2016). Accompagnement de la mise en œuvre des recommandations de la recherche sur les formations initiales: vers la mise en place d'un nouveau système. *Rapport d'activité soutenu par l'Office de la Naissance et de l'Enfance*, Liège, PERF.
- PIRARD FL, DETHIER A., FRANÇOIS N., POOLS E. (2015). Les formations initiales des professionnel-le-s de l'enfance (0-12 ans) et des équipes d'encadrement: enjeux et perspectives. *Rapport de recherche Article 114 - suites/1336 - DES - VD soutenu par l'Office de la Naissance et de l'Enfance*, Liège, PERF.
- PIRARD FL. (2014). Oser la qualité, un référentiel en Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique et son accompagnement. In S. RAYNA, C. BOUVE, P. MOISSET (dir.), *Un curriculum pour un accueil de qualité de la petite enfance* (p. 121-145), Toulouse, Ères.
- PIRARD FL. (2014). La qualité d'accueil fait débat. *Petite Enfance*, 113, 13-19.
- PIRARD FL. (2013). De la production de référentiels à l'accompagnement des pratiques éducatives dans les services de la petite enfance. In S. RAYNA, C. BOUVE (dir.), *Petite enfance et participation* (pp. 259-274), Toulouse: Ères.
- PIRARD FL., BARBIER J.M. (2012). Accompaniment and quality of childcare services: the emergence of a culture of professionalization, *Early Years*, 32, 169-182.
- PIRARD FL. (2011). From the curriculum framework to its dissemination: the accompaniment of educational practices in care facilities for children under three years. *European Early Childhood Education Research Journal*, 9(2), 253-266.
- PIRARD FL. (2010). Pour une évaluation participative de la qualité effective de l'accueil. In M.P. THOLLON-BEHAR (dir.), *La qualité de l'accueil, quel défi aujourd'hui?* (pp. 37-68), Toulouse, Ères.
- PIRARD FL. (2007). L'accompagnement professionnel face aux enjeux de qualité de services. In G. BROUGÈRE, M. VANDENBROECK (dir.), *Repenser l'éducation des jeunes enfants* (p. 225-243), Bruxelles, Peter Lang.
- PIRENNE H. (1975). La Commission for Relief in Belgium et le Comité national de secours et d'alimentation. *Histoire de la Belgique des origines à nos jours*, Bruxelles, La renaissance du livre.
- PLANK S.J., MILANESI M.L. (1972). Infant feeding and infant mortality in rural Chile. *Bulletin of the World Health Organisation*, 48(2), pp. 203-210.
- PLASKY É. (1909). *La protection et l'éducation de l'enfant du peuple en Belgique*. 1. Pour les tout-petits, Bruxelles, Société belge de librairie.
- PLUVINAGE G. (2004). Pour l'histoire des sages-femmes en Belgique au XIXe siècle [1830-1914], mémoire de licence en histoire, ULB.
- POIRIER P., FAUCHER L. (eds) (2008). *Des neurosciences à la philosophie. Neurophilosophie et philosophie des neurosciences*, Paris, Syllepse.
- POPOVIC M., SARNAGADHARAN M.G., READ E., GALLO R.C. (1984). Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. *Science*, 4 mai 1984, vol. 224, n° 4648, pp. 497-500.
- PROCTOR R.N. (2001). Tobacco and the global lung cancer epidemic. *Nature Reviews. Cancer*, vol. 1, October 2001, pp. 82-86.
- PROD'HOM L.S., CALAME A., STEINHAUER J. (1972). The outcome of low-birthweight infants of less than 1500g. In *Perinatal Medicine, Third European Congress*, April 1972.
- PURANEN Bi (1989). La tuberculose et le déclin de la mortalité en Suède. *Annales de démographie historique*, pp. 79-100.
- Q
- QUÉTELET A. (1831). *Recherches sur les lois de la croissance de l'homme*, Nouveaux mémoires de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles, Bruxelles: 7-27.
- R
- REESE C.N., REESE J. (2013). Reflections on the Early Years of Neonatology: Paul R. Swyer. *e-Journal of Neonatology Research*, 3 (2), Spring 2013.
- REICHEN M.J. (1996). L'Opération pouponnières en France. In *Grandir malgré tout. L'éducation en institution des jeunes enfants, un défi à relever*, Éd. Fonds Houtman, Bruxelles.
- REINECKE D.R. (1983). Ophthalmic examination of infants and children by the pediatrician. *Pediatrics Clinics of America*, vol. 30, n° 6, pp. 995-1013.
- REHM P. (1922). *Croissance des nourrissons*. Nouvelle encyclopédie pratique de médecine et d'hygiène, tome 3, Librairie Aristide Quillet, Paris 7, pp. 26-27.
- RENAUT, A. (2002). *La libération des enfants*. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance. Paris. Calmann-Lévy. 2002.
- RENIER M., PEETERS R., MEHEUS A. (1983). Breast-feeding in the industrialized world: Review of the literature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 31 (4), pp. 375-407.
- RICARD M. (2013). *Plaidoyer pour l'altruisme. La force de la bienveillance*, Paris, NiL.
- RIFFLET M. (1974). *Le planning familial en Belgique*. Les Cahiers du GRIF, n° 3, pp. 80-82.
- RIZZOLATTI G., SINIGAGLIA C. (2008). *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.
- ROBERT E., SWENNEN B. (2015). Enquête de couverture vaccinale en Fédération Wallonie-Bruxelles (Bruxelles exceptée), Bruxelles, ULB Provoc.
- ROBERT E., COPPIETERS Y., SWENNEN B., DRAMAIX M. (2015). Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en Région bruxelloise. *Revue médicale de Bruxelles*. n° 36, pp. 69-74.
- ROELANTS M., HAUSPIE R., HOPPENBROUWERS. (2009). References for growth and pubertal development from birth to 21 years in Flanders (Belgium). *Annals of Human Biology*; vol. 36, n° 6, pp. 680-694.
- ROLLAND-CACHERA M., SEMPE M., GUILLOUD-BATAILLE M., PATOIS E., PEQUIGNOT-GUGGENBUHL F., FAUTRAD V. (1982) Adiposity indices in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36, pp. 178-184.
- ROLLET-ECHALIER C. (1990). *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*, travaux et do-

- cuments de l'Ined, Cahier 127, Paris, PUF.
- ROLLET C. (2001). La santé et la protection de l'enfant vues à travers les congrès internationaux (1880-1920). *Annales de démographie historique*, vol. 2001/1, n° 101, pp. 97-101.
- ROLLET C. La politique à l'égard de la petite enfance sous la troisième république 1990, PUF.
- ROLLET C. (2000) Les débuts de la médecine néonatale au XIXe siècle. *Bull Acad Natle Med*, 184,(9), pp. 1853-1865.
- ROLLET C. (1996). Pierre Budin: l'Obstétricien Pédiatre ou le début de la médecine périnatale. *Devenir*, 8, (3), pp; 61-75.
- Rollins N., Bhandari N., Hajejebboy N., Horton S., Lutter C., Martines J., Piwoz E., Richter L., Victoria C. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 387 (10017): 491-504.
- ROSS C., PIOTROW P.T. (1975). Abstinence périodique. *Population reports, Series 1*, n° 1.
- ROSTAND Jean, les chromosomes, artisans de l'hérédité et du sexe. Librairie Hachette Dix - septième mille - 1933.
- ROUCOUX M., CULÉE Ch., WIJNS-HODRU M. (1987). Les performances visuelles du nourrisson. *L'Enfant*, n°6, pp. 4-9.
- ROUSSEY M., ROSSIGNOL C. (1980). Épidémiologie des troubles de la vision. *Journées parisiennes de pédiatrie, Flammarion médecine sciences*, pp. 33-41.
- RUTTER M. (1993). Resilience, Some conceptual considérations. *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, n° 8, pp. 626-631.
- S
- SAND E.A. (1966). *Contribution à l'étude du développement de l'enfant, aspects médico-sociaux et psychologiques*, Bruxelles, Éditions de l'Institut de sociologie de l'ULB.
- SAND E.A., Emery-Hauzeur C.L. (1973). Prévalence de l'allaitement maternel en Belgique. *Archives françaises de Pédiatrie*, 30, pp. 363-380.
- SAUVEUR M.H. (1998). Promouvoir une alimentation saine et agréable du nourrisson et du jeune enfant. Une action de prévention, un programme de santé publique. *Génération ONE*, 1998/3, pp. 4-6.
- SAUVEUR M.H. (1998). L'alimentation du nourrisson, 10 objectifs concrets. *Génération ONE*, 1998/3, pp. 37-39.
- SELLENET, C. (2007). La parentalité décryptée: pertinence et dérive d'un concept. Paris. L'Harmattan. 2007.
- SENECAL J., ROUSSEY M. (1980). Évaluation de l'acuité visuelle de 0-6 ans. *Journées parisiennes de pédiatrie, Flammarion médecine sciences*, pp. 18-26.
- SENTERRE J. (1982). Quelques conseils concernant l'alimentation du nourrisson, *L'Enfant* 1982/5, pp. 343-350.
- SIMPSON W.J. (1957). A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 73, n° 4, pp. 808-815.
- SHAPIRO-SHAPIN C.J. (2010). Pearl Kendrick, Grace Elderling and the Pertussis Vaccine. *Emerging Infectious Diseases*, vol. 16, n° 8, pp. 1273-1278.
- SLOOT F, HOEVE H.L., DE KROON M.L., et al. (2015). Inventory of current EU paediatric vision and hearing screening programmes. *Journal of Medical Screening*, vol. 22(2):55-64. doi: 10.1177/0969141315572403.
- SOMMER M. (2009). Histoire de l'ONE.
- SOMMER M. Les infirmières visiteuses, document PowerPoint, janvier 2018.
- SONDERVORST F.A. (1981). Histoire de la médecine belge, Zaventem, Séquoia.
- SOULE M. La carence des soins maternels dans la petite enfance. La frustration précoce et ses effets cliniques. *Psychiatrie de l'enfant*, n° 1, fasc. 2, 1958, pp. 523-540.
- SOYER T., MAUROY M.C., CORDONNIER M. (2015). Dix années de dépistage visuel préscolaire en Belgique. *Revue francophone d'orthoptie*, n° 8, pp. 13-16.
- SPITZ R. Genèse des premières relations objectales. *Revue française de psychanalyse*, 18 (4), pp. 479-575, 1954.
- SPOCK B. Dr (1972). *Comment soigner et éduquer son enfant*, Marabout.
- STEWART A.L., REYNOLDS E.O.R. (1974). Improved prognosis of low birthweight. *Pediatrics*, 54, p. 724.
- STIEVENARD J. (1987). *Naitre dans une ville hainuyère: Ath (1700-1814), mémoire de licence en histoire, UCL, Louvain-la-Neuve*.
- STOPES M.C. (1918). *Wise Parenthood: A Treatise on Birth Control or Contraception*, London, Rendell & Co.
- STOPES M.C. (1923). *Contraception (birth control) its theory, history and practice*, London, J. Bale, Sons & Danielsson.
- STRAUSS P. (1901). *Dépopulation et puériculture*, Paris, Charpentier-Fasquelle
- STUART H., STEVENSON S. (1959). *Physical growth and development in Textbook of Pediatrics*, 7th edition, W.E. Nelson. Londres et Philadelphie, W.B., Saunders.
- SUDDICK R.P., HARRIS N.O. (1990). Historical perspectives of oral biology: a series. *Reviews in Oral Biology and Medicine*, vol. 1, n° 2, pp. 135-151.
- T
- TAMMY Y. Euliano, Shalom Darmanjian, Minh Tam Nguyen, John D. Busowski, Neil Euliano, and Anthony R. Gregg. "Monitoring Fetal Heart Rate during Labor: A Comparison of Three Methods," *Journal of Pregnancy*, vol. 2017, Article ID 8529816, 5 pages, 2017.
- TANNER J. (1981). *A history of the study of human growth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TANNER J.M., WHITEHOUSE R.H. (1982). *Atlas of children's growth: Normal variation and growth disorders*. London: Academic press.
- TERRISSE, B. (1998). *La taxonomie des objectifs d'éducation et de soutien parental*. St-Sauveur. Les éditions du Ponant. 1998.
- THÉRY, I. (1998). *Couple, filiation et parenté aujourd'hui: le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*. Paris. O. Jacob. 1998.
- THIERY M. (1997). *Pioneers of the intrauterine device*. *European Journal of Contraception and Reproductive Health care*, vol. 2, n° 1, pp. 15-23.
- THOMPSON D.C., MCPHILLIPS H., DAVIS R.L., LIEU T.L., HOMER C.J., HELFAND M. (2001). *Universal newborn hearing screening: summary of evidence*. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, pp. 2000-2010.
- THORNE C., PATEL D., FIORE S., PECKHAM C., NEWELL M.L. (EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY) (2005). *Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy*. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 3, pp. 458-65.
- TOMKIEVITCH S. (1999). *L'adolescence volée*, Paris, Calmann-Lévy.
- TONGLET R. (2003). La « médecine basée sur les preuves » peut-elle servir un projet de santé publique? *Rev Epidemiol Santé publique*, 51, pp. 543-51.
- TRICOT A. *Accueil des enfants: l'avenir n'attend plus, Chronique féminine*, septembre/octobre 1997.
- TUYNS A., LANDRAIN J. (1950). *L'allaitement maternel dans les maternités en 1949. Bulletin de Santé publique*, n° 10-12.
- TWIESELDMANN F. (1969). *Développement biométrique de l'enfant à l'adulte*. Presses universitaires de Bruxelles.
- V
- VAHLQUIST B. (1981). *Introduction, Les modes actuels de l'allaitement maternel, rapport d'une étude collective de l'OMS sur l'allaitement maternel*.
- VANAKKER O., Vilain C, Janssens K, Van der Aa N, Smits G, Bandelier C, Blaumeiser B, Bulk S, Caberg JH, De Leener A, De Rademaeker M, de Ravel T, Desir J, Destree A, Dheedene A, Gaillez S, Grisart B, Hellin AC, Janssens S, Keymolen K, Menten B, Pichon B, Ravoet M, Revencu N, Rombout S, Staessens C, Van Den Bogaert A, Van Den Bogaert K, Vermeesch JR, Kooy F, Sznajer Y, Devriendt K. *Implementation of genomic arrays in prenatal diagnosis:*

- the Belgian approach to meet the challenges. *Eur J Med Genet*. 2014 Mar;57(4):151-6.
- VAN DE CALSEYDE P.J.J. (1964). La tuberculose ne désarme pas, *L'Enfant*, n°2: 129-131.
- VAN DE PERRE P. (2013). Allaitement et VIH: vers un risque zéro de transmission, *La Recherche*, décembre 2013, n°483, p. 46.
- VAN DEN BRANDEN S., VAN DEN BROUCKE S., LEROY R., DECLERCK D., HOPPENBROUWERS K. (2013). Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient. *European Journal of Pediatrics*, vol. 172 n°2, pp. 231-237.
- VAN DEN BRANDEN S., VAN DEN BROUCKE S., LEROY R., DECLERCK D., HOPPENBROUWERS K. (2014). Effect evaluation of an oral health promotion intervention in preschool children. *European Journal of Public Health*, vol. 24 n°6, pp. 893-898.
- VANDENBROECK, M. (2006). Globalisation and privatisation. The impact on childcare policy and practice. Working paper in: *Early Childhood Development*. The Hague. Bernard Van Leer Foundation. 2006.
- VANDENBROECK M. (2003). De kinderopvang als opvoedingsmilieu tussen gezin en samenleving. Onderzoek naar een eigentijds sociaal-pedagogisch concept voor de kinderopvang, proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van Docteur in de Pedagogische Wetenschappen, UGent.
- VANISTENDAEL S. (1996). La résilience ou le réalisme de l'espérance. Blessé, mais pas vaincu, *Les Cahiers du BICE*, Genève.
- VANHEES B., avec la collaboration d'A. MARUT et J. ZOONS (2016). Het sanatorium van Bokrijk. Van kniepp-inrichting tot TBC-behandeling, *Retroscoop* n°103.
- VAN HULST (1907). Rapport sur la situation de la section brabançonne de la Ligue. *Bulletin de la Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge*, n°4, 208-215.
- VAN LEEUW V, LEROY CH, ENGLERT Y, ZHANG WH. (2017). Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2015, Centre d'épidémiologie périnatale.
- VARIOT G., FLIMIAUX M. (1914). Tables de croissances comparées des nourrissons élevés au sein et au biberon durant la première année de vie. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences (Paris)*, 158, pp. 1361-1364.
- VELGE H. (1924). Rapport de médecine. *Revue mensuelle de l'ONE*, 5e année, 10: 627.
- VELGE H. L'Activité de l'Œuvre nationale de l'enfance pendant vingt-cinq ans (1915-1940). Bruxelles, Œuvre nationale de l'enfance.
- VELGE H. (s.d.). L'activité de l'Œuvre nationale de l'enfance pendant la guerre (1940-1945).
- VELGE H. (1923). Rapport sur les activités de l'Œuvre nationale de l'enfance au cours de l'année 1922, ONE, pp. 4-24.
- VELGE H. (1919). L'activité du département de l'enfance du Comité national de secours et d'alimentation pendant la guerre, ONE, *Revue mensuelle*, n°2, pp. 92-101.
- VELLE K. (1990). De vroedvrouw in de 19de eeuw. Een beroep in de verdrukking? *Oostvlaamse Zanten*, vol. LXV, n°2, pp. 75-92.
- VENNEMAN M., Bajanowski T., Brinkmann B., Jorch G., Yücasan K., Sauerland C., Mitchell E. and the GeSID S Victoria C.G., Barros A., Franca G., Horton S., Krasevec J., Murch S., Sankar M., Walker N., Rollins N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*;387 (10017): 475-490.
- VERCAUTEREN M. (1984). Évolutions séculaires et normes de croissance chez les enfants belges. *Bulletin de la Société royale belge d'Anthropologie et de Préhistoire*, 95, pp. 109-123.
- VERELLEN G. (1977). Le devenir du prématuré. *L'Enfant*, 1977, 2, pp. 176-185.
- VERMEERSCH A., MÜLLER A. (1909). *Manuel social. La législation et les œuvres en Belgique*. Louvain, Paris, Uystpruyt, Alcan.
- VILLERS S. (2009). L'avortement et la justice, une répression illusoire? Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940), Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain.
- VINCENT J.D. (2007). *Voyage extraordinaire au centre du cerveau*, Paris, Odile Jacob.
- VINCZE M. Quelques problèmes sur l'éducation des très jeunes enfants vivant en institution. In *Cours post-scolaire pour pédiatres sur l'éducation des jeunes enfants en collectivité*, Loczy, Budapest, Institut national méthodologique des foyers de tout-petits, 1969 (cours non publié).
- VIS H.L. et Hennart Ph. (1978). Decline in breast-feeding: About some of its causes. *Acta Paediatrica Belgica*. 32: 195-206.
- W
- WACHHOLDER A., HAUSPIE R. (1987). Clinical standards for growth in height of Belgian boys and girls, aged 2 to 18 ans. *International Journal of Anthropology*, 1, pp. 327-338, 351-374.
- WEAVER L. (2011). How did babies grow 100 years ago? *European Journal of Clinical Nutrition*, 65, pp. 3-9.
- WERNER E.E. (1989). Children of the Garden Island. *Scientific American*, vol. 260, n°4, pp. 106-111.
- WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. (2006). WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization.
- WIBO (1904). Discours du 15 mars 1904 à la séance de constitution de la Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge.
- WILLAME, M. (2010). Les valeurs, pas seulement des mots. In *InfONE* (n°3 spécial Valeurs).
- WILLEM V., MIELE Ad., DUPUREUX, A. (1905). L'extension de la « Goutte de Lait », congrès international des Gouttes de Lait, Paris, 132-141.
- WINNICOTT, D.W. (2010). La famille suffisamment bonne. Paris. Payot et Rivages. 2010.
- WOODBURY B. (1922). The relation between breast and artificial feeding and infant mortality. *American Journal of Epidemiology*, 2 (6), pp. 668-687.
- Y
- YENI P. (dir) (2010). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Rapport 2010, Recommandations du groupe d'experts, Paris, La Documentation française, ministère de la Santé et des Sports.
- YOMBI J.C., OLINGA U.N. (2015). La tuberculose, épidémiologie, aspect clinique et traitement. *Louvain Médical*, vol.134, n°10, pp. 549-559.
- YOSHINAYA ITAROL C. (1999). Benefits of early intervention for children with hearing loss. *Otolaryngologic Clinics of North America* 32(6), pp. 1089-1102.
- YOSHINAYA ITAROL C., SEDEY A.L., COULTER D.K., MEHL A.L. (1998). Language of Early and later Identified children with hearing loss, *Journal of Pediatrics*, n°102(5), pp. 1161-1171.
- YOUF, D. (2002). *Penser les droits de l'enfant*. Paris. Presse Universitaires de France. 2002.
- Z
- ZEMPSKY W.T., SCHECHTER N.L. (2003). What's New in the Management of Pain in Children. *Pediatrics in Review*, 24,(10), pp.337-347.
- ZIMMERMAN M.R. (1979). Pulmonary and osteous tuberculosis in an egyptian mummy. *Bulletin of the New York, Academy of Medicine*, vol. 55, pp. 604-608.

Textes intégraux à consulter sur le site « Tout sur le centenaire »

* UNE LIGNE DU TEMPS DES CRÊCHES DEPUIS 1844 :

Perrine Humblet, directrice du Centre de recherche en approches sociales de la santé, Ecole de santé publique de l'ULB, Myriam Sommer, Directrice honoraire du Service Etude et Stratégie de l'ONE.

* L'ACCOMPAGNEMENT :

Contribution de Jean Luc Agosti, responsable du département Accompagnement, Muriel Lombaerts, rédactrice, Marie-Christine Mauroy, administratrice générale du Fonds Houtman, Marc Willame, ancien juriste à l'ONE.

* LES MISSIONS TRANSVERSALES :

Sous la coordination de Geneviève Bazier, responsable de la direction recherches et développement, Céline Tilleul, secrétaire à la direction recherches et développement, Antoine Borighem, gestionnaire de projet de soutien à la parentalité, Aurélie Dupont, gestionnaire de projet de soutien à la parentalité, Béatrice Piron, référente en éducation santé, Cedric De Jonghe, gestionnaire de projet à la direction santé, Eleonora Bianchi, gestionnaire de projet de soutien à la parentalité, Héloïse Papillon, éco-conseillère, Marc Parent, docteur en médecine ancien responsable du Service Education à la santé, Marie-Thérèse Minne, infirmière ancienne responsable du service Education Promotion à la santé, Marina Lapeira, référente en éducation santé, Marine Noel, gestionnaire de projet de soutien à la parentalité, Martine Bantuelle, licenciée en politique économique et sociale directrice d'Educa Santé, Mireille Delestrait, référente en éducation santé, Myriam Sommer, directrice honoraire du Service Etude et Stratégie de l'ONE, Olivier De Bock, gestionnaire de projet à la direction recherches et développement, Pascale Camus, responsable de la cellule accessibilité inclusion recherches et nouveautés au sein de la direction recherches et développement, Perrine Peeters, ancienne collaboratrice à la direction recherches et développement, Sarah Trillet, ancienne gestionnaire de projet à la direction recherches et développement, Sylviane Zaragoza, gestionnaire du centre de documentation, Anne-Françoise Bouvy, gestionnaire de projets à la direction recherches et développement.

* L'ACCUEIL DE L'ENFANT :

Sous la coordination de Jean-Paul Delporte, Emile Pirlot

- L'ONE et l'accueil de l'enfant ; Contribution de Jean-Paul Delporte, ancien responsable de la direction Accueil Petite Enfance, de Gentile Manni, anciennement chercheuse et chargée de cours au département des Sciences de l'Education de l'Ulg, de Florence Pirard, professeure en Sciences de l'éducation à ULiège, de Laurence Marchal, responsable de la direction psychopédagogique, d'Isabelle Vanvarebergh, responsable de formation et de Jacqueline Delbart, Michèle Robson et Anne Fortemps, coordinatrices accueil.
- Une innovation, la crèche de 1844, par Mme Perrine Humblet, directrice du Centre de recherche en approches sociales de la santé, Ecole de santé publique de l'ULB.
- L'accueil durant le temps libre (ATL) Contribution de Emile Pirlot, ancien responsable de la direction Accueil Temps Libre, Vincianne Charlier, gestionnaire de projet Accueil Temps Libre, Annick Cognaux, responsable de la direction Accueil Temps Libre, Laurent Didier, responsable du service inspection comptable pour l'Accueil Temps Libre.
- L'accueil spécifique ou spécialisé : Jean-Paul Delporte, ancien responsable de la direction Accueil Petite Enfance, Emile Pirlot, ancien responsable de la direction Accueil Temps Libre.

* LES AVANCEES SCIENTIFIQUES :

- Eugène Lust et la lutte contre la mortalité infantile, Godelieve Masuy-Stroobant, professeure émérite en démographie de l'Université catholique de Louvain.
- La première consultation de nourrissons date de 1897 en Belgique, Godelieve Masuy-Stroobant, professeure émérite en démographie de l'Université catholique de Louvain
- Le rôle des instances scientifiques de l'ONE, Dre Marie-Christine Mauroy, pédiatre, directrice de la santé ONE honoraire
- À partir de 1980, l'ONE s'engage dans une démarche de santé publique, Pr Philippe Hennart, conseiller pédiatre honoraire, professeur émérite ULB, président honoraire de l'École de santé publique.
- Le Fonds Houtman, Dre Marie-Christine Mauroy, administratrice générale du Fonds Houtman
- Allaitement maternel, Dre Liliane Pirard-Gilbert, présidente du Collège des conseillers pédiatres ONE ; Pr Philippe Hennart, conseiller pédiatre honoraire, professeur émérite ULB, président honoraire de l'École de santé publique.

- Courbes de croissance, Pr Philippe Hennart, conseiller pédiatre honoraire, professeur émérite ULB, Cédric De Jonghe, ONE, Pre Michèle Dramaix, professeur honoraire ULB.
- Alimentation du nourrisson, Nathalie Claes, diététicienne spécialisée en pédiatrie – cellule Diététique de l'ONE, Anne Van der Borgh, diététicienne spécialisée en pédiatrie, Dre Laurence Waroquier, conseillère pédiatre à l'ONE, Dre Marie-Christine Mauroy, pédiatre, directrice honoraire de la Santé ONE.
- Vaccinations, Dre Liliane Pirard-Gilbert, conseillère pédiatre ONE, Dre Béatrice Swennen, médecin, Provac, membre du Conseil supérieur de la Santé.
- La tuberculose, Dre Maryse Wanlin, directrice du Fonds des affections respiratoires (FARES)
- Dre Thérèse Sonck, conseillère pédiatre de l'ONE
- La mort subite du nourrisson, Dr Jean-Marie Dubru, président honoraire du Collège des conseillers pédiatres ONE.
- Le tabagisme maternel, Pascale Neiryck, sage-femme tabacologue, chef de service, responsable projet à la maternité d'Ixelles, Godelieve Masuy-Stroobant, professeure émérite en démographie de l'Université catholique de Louvain.
- Le diabète chez l'enfant, Pr Dr Harry Dorchy, agrégé, docteur honoris causa, chef de la clinique de diabétologie, Hôpital universitaire des Enfants reine Fabiola, Université libre de Bruxelles.
- La santé buccodentaire, Michel Devriese, président, Fondation pour la santé dentaire
- Marianne Winkler, présidente honoraire du Collège des conseillers pédiatres ONE.
- Transmission mère-enfant du VIH, Dr Tessa Goetghebuer, pédiatrie, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, conseillère pédiatre ONE, Dr Patricia Barlow, gynécologie-obstétrique, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, Pr Jack Levy, pédiatrie, CHU Saint-Pierre.
- La prévention de la maltraitance, Dr Michel Dechamps, conseiller pédiatre ONE, président du Comité d'accompagnement de l'enfance maltraitée (CAEM)
- La promotion de la bientraitance, Dre Marie-Christine Mauroy, pédiatre, directrice honoraire de la Santé ONE
- Les troubles visuels, Dre Marie-Christine Mauroy, pédiatre, directrice honoraire de la Santé ONE
- Le dépistage des troubles auditifs, Dre Nathalie Mélice, conseillère pédiatre, ONE ; Dre Pascale Eymael, ORL pédiatrique CHR Liège et médecin référent pour le dépistage auditif des nouveau-nés.
- La néonatalogie, Gaston Verellen, chef du département de pédiatrie aux Cliniques universitaires Saint-Luc.
- La contraception, Dr Antoine Colin, conseiller gynécologue honoraire ONE ; Dr Roland Fivet, conseiller gynécologue ONE.
- La consultation préconceptionnelle, Dr Gilles Ceysens, gynécologue, président du Collège obstétrical ONE ; Dr Xavier Denoo, conseiller médical gynécologue ONE
- Plus de 100 ans de consultation prénatale, Godelieve Masuy-Stroobant, professeure émérite en démographie de l'Université catholique de Louvain Dr Sophie Alexander, gynécologue, présidente honoraire du Collège obstétrical ONE
- Sages-femmes et gynécologues, des rôles complémentaires ; Godelieve Masuy-Stroobant, professeure émérite en démographie de l'Université catholique de Louvain, Anna Hernandez, conseillère sage-femme ONE.
- Comment le fœtus a perdu son mystère, Gilles Ceysens, gynécologue, président du Collège obstétrical ONE, Christine Verellen-Dumoulin, généticienne, Institut de pathologie et de génétique, Charleroi
- Plus de 1000 ans de repos après l'accouchement : hospitalisation, alitement, relevailles, soutien Sophie Alexander, Professeur ESP de l'ULB, gynécologue, présidente honoraire du Collège obstétrical ONE ; Tessa Goetghebuer, pédiatrie, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, conseillère pédiatre ONE

La rédaction de ce livre s'inscrit dans un large projet collectif initié au sein de l'ONE, dès 2014. D'emblée, l'envie de célébrer dignement les 100 années d'existence de l'ONE s'est imposée mais le projet ne se voulait pas que festif. Il y avait surtout le désir de transmettre aux générations futures de parents, d'enfants et de professionnels de l'enfance une histoire riche, l'histoire d'une société et de personnes qui au cours du XX^{ème} siècle se sont préoccupées de l'avenir des enfants, à travers, deux guerres mondiales, des périodes plus ou moins fastes, les progrès de la médecine, de la psychologie et des sciences de l'éducation, l'évolution sociale et politique de la Belgique. Et, en ce début de XXI^{ème} siècle, de se projeter dans l'avenir. C'était aussi l'occasion de rappeler les valeurs (universalisme, équité, bienveillance, qualité, continuité et éthique) qui ont guidé l'ensemble des travailleurs dans l'administration, les TMS, les médecins indépendants et les bénévoles de l'ONE au cours de ces 100 ans afin que ces valeurs continuent à éclairer notre chemin.

Ce livre est donc le résultat d'un vaste travail collectif et vient compléter deux autres réalisations intimement complémentaires. Un documentaire vidéo « Deux cent seize mois » réalisé par Patrick Paulo (coproduction Mediares / RTBF) ainsi qu'un site Internet. Le site Internet reprend une « ligne du temps » très riche et l'histoire détaillée de l'ONE en quatre chapitres, l'accueil, l'accompagnement, les missions transversales et les avancées scientifiques. Il s'inspire largement des nombreux textes scientifiques dont l'intégralité peut être retrouvée et téléchargée sur le site <https://100one.be>

Le centenaire a été également l'occasion d'une journée festive et de rencontre organisée conjointement le 13.09.2019 par l'ONE, Kind & Gezin et Kaleido. Elle a réuni plus de 2500 membres du personnel actuel et anciens, mais également certains partenaires privilégiés, ainsi que différentes personnalités politiques et académiques. Sa Majesté la Reine Mathilde a, par ailleurs, rehaussé l'événement de sa présence, son discours d'introduction se retrouve en préface de ce livre. L'année 2019 a été également ponctuée de divers moments de rassemblements autour des 100 ans.

Sous l'égide des Co-Présidents des événements du centenaire de l'ONE, Monsieur Benoît Parmentier, Administrateur général de l'ONE, et Marie-Christine Mauroy, Administratrice

générale du Fonds Houtman, avec la précieuse collaboration de Magali Kremer, de nombreuses personnes se sont investies pour rendre possible ces différents projets autour des 100 ans de l'ONE. Ils ont donné de leur temps, de leur savoir et de leur énergie pour retracer la riche histoire de notre institution.

Nous tenons particulièrement à les en remercier. Des centaines de pages ont ainsi été écrites par de nombreux auteurs bénévoles, sous l'impulsion initiale du Professeur Godeleive Masuy Stroobant, malheureusement décédée prématurément en 2017. Nous adressons nos remerciements tout particuliers à Mr Benoit Goffin qui a accepté de réaliser l'écriture finale de ce livre à partir de la masse de documents rassemblés. Merci aussi à Mr Daniel Brouyere pour la gestion du partenariat avec la RTBF ainsi qu'à Mr Damien Rocour de la société La page pour l'accompagnement éditorial et la recherche iconographique.

Merci également à Alexander Sophie, Bantuelle Martine, Barlow Patricia, Bauwens Nadine, Ceysens Gilles, Colin Antoine, de Sauvage Anne, Debuisson Marc, Dechamps Michel, Delbart Jacqueline, Delporte Jean-Paul, Denoo Xavier, Devos Isabelle, Devriese Michel, Dorchy Harry, Dramaix Michèle, Dubru Jean-Marie, Eggerickx Thierry, Eymael Pascale, Fivet Roland, Fortemps Anne, Fransolet Guy, Goetghebuer Tessa, Hennart Philippe, Hernandez Ana, Huart France, Humblet Perrine, Levy Jack, Manni Gabriella, Manni Gentile, Marissal Claudine, Masuy Amandine, Masuy-Stroobant Godelieve, Mélice Nathalie, Minne Marie-Thérèse, Neiryck Pascale, Parent Marc, Pirard Florence, Pirard-Gilbert Liliane, Pirlot Emile, Robson Michèle, Sanderson Jean-Paul, Schaaps Jean-Pierre, Smiets Jean-Marie, Sommer Myriam, Sonck Thérèse, Swennen Béatrice, Van der Borgh Anne, Verellen Gaston, Verellen-Dumoulin Christine, Wanlin Maryse, Waroquier Laurence, Willame Marc, Winkler Marianne.

Merci enfin pour l'aide apportée à l'iconographie: L'Institut Pasteur de Lille, Le Service d'histoire de la santé de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé à Paris, Le Musée royal de Mariemont, Le Musée de la Rubanerie cominoise, Fernand Marchand, Jacques et Christiane Leva Crickx, Notre Abri ASBL, Sylviane Zaragoza du Centre de documentation (ONE).

Malgré tout le soin apporté à la réalisation de cet ouvrage, des erreurs ou oublis peuvent s'y être glissés. L'ONE prie les personnes lésées et les ayants droit de bien vouloir les excuser et de prendre contact avec l'Office.

Supervision éditoriale

Benoît Goffin

Coordination

Magali Kremer

Conception éditoriale, recherche iconographique et graphisme

La Page – www.lapage.be

Imprimerie

Graphius, Gand

Achévé d'imprimer en janvier deux mille vingt

Co-production ONE / RTBF



Éditeur responsable

Benoît Parmentier

Office de la Naissance et de l'Enfance
Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles

Dépôt légal: D/2020/7480/1

La rédaction de ce livre s'inscrit dans un large projet collectif initié au sein de l'ONE. Il y avait le désir de transmettre aux générations futures de parents, d'enfants et de professionnels de l'enfance une histoire riche, l'histoire d'une société et de personnes qui au cours du XX^{ème} siècle se sont préoccupées de l'avenir des enfants, à travers, deux guerres mondiales, des périodes plus ou moins fastes, les progrès de la médecine, de la psychologie et des sciences de l'éducation, l'évolution sociale et politique de la Belgique. Et, en ce début de XXI^{ème} siècle, de se projeter dans l'avenir. C'était aussi l'occasion de rappeler les valeurs qui ont guidé l'ensemble des travailleurs dans l'administration, les TMS, les médecins indépendants et les bénévoles de l'ONE au cours de ces 100 ans afin que ces valeurs continuent à éclairer notre chemin.

