

Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance

M N T

Stratégie nationale Prévention
des maladies non transmissibles
(stratégie MNT) 2017–2024

Addictions

Stratégie nationale Addictions,
2017–2024



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Éditeur

© Office fédéral de la santé publique OFSP
Date de publication : août 2018

Informations complémentaires

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique
Division Prévention des maladies non transmissibles NCD
3003 Berne

Téléphone +41 (0)58 463 88 24
ncd-mnt@bag.admin.ch

Direction du projet

Section Promotion de la santé et prévention, Petra Baeriswyl et Tina Hofmann

Expertise externe

P^r Martin Hafen (Haute école de Lucerne)

Conception

Heyday, Berne

**La presente pubblicazione è disponibile anche in italiano e tedesco.
Diese Publikation ist auch auf Deutsch und Italienisch erhältlich.**

Résumé

La première phase de la vie joue un rôle extrêmement important dans le développement physique, psychique et social d'une personne. Un nombre croissant de recherches, menées dans différentes disciplines scientifiques, confirment ce point et incitent de nombreux pays à investir davantage dans le soutien à la petite enfance. Cette évolution gagne également la Suisse, même si c'est avec un certain retard. Les milieux professionnels concernés prennent conscience de l'importance d'aider les familles avec de jeunes enfants en leur offrant des services adéquats dans les domaines de la formation, du social et de la santé. Les familles défavorisées sur le plan socio-économique et les familles issues de la migration devraient faire l'objet d'une attention toute particulière.

L'OFSP est conscient du rôle essentiel de la petite enfance dans le développement ou la prévention de certaines maladies non transmissibles. La promotion de la santé et la prévention durant la première phase de la vie déploient des effets positifs tout au long de la vie et permettent, à terme, de réduire les dépenses du système de santé, du système social et du système pénal. L'OFSP s'efforce, dans le cadre de la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), de soutenir les activités de ses partenaires afin d'améliorer la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance. Cet effort contribue également à la mise en œuvre de la stratégie nationale Addictions et des recommandations formulées dans le rapport sur la santé psychique en Suisse (OFSP et al. 2015).

Le présent document stratégique formule une série de mesures concrètes en s'appuyant sur les champs d'action définis dans la stratégie MNT. Ces mesures ont été élaborées en tenant compte des connaissances scientifiques actuelles et des résultats d'une table ronde qui a réuni les principaux partenaires du domaine de la petite enfance. Une aide à la coopération et à la constitution de réseaux aux interfaces avec le système de santé favorisera la collaboration interdisciplinaire entre les milieux professionnels concernés et l'administration. Une étude de synthèse sera réalisée pour mettre en lumière l'état de santé des enfants au cours des quatre premières années de vie et le lien avec les facteurs de risque des parents. Enfin, les résultats de cette étude et du présent document stratégique seront utilisés pour sensibiliser les décideurs, les professionnels et l'opinion publique à l'importance de cette thématique.

Bases

1.	Contexte.....	8
1.1	La notion d'encouragement précoce	10
1.2	Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance dans le contexte des stratégies nationales MNT et Addictions	11
1.3	Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance en Suisse et en comparaison internationale	14
1.4	Procédure d'élaboration du document stratégique et des mesures de mise en œuvre	17
2.	Perspective scientifique sur la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance	18
2.1	Résultats de la recherche en sciences naturelles	18
2.2	Développement de l'enfant au contact de l'environnement	20
2.3	Le stress chez l'enfant et ses conséquences	22
2.4	Développement de la compétence en matière de santé et d'autres compétences de vie	24
2.5	Situation particulière des familles défavorisées sur le plan socio-économique	26
2.6	Rapport coût-efficacité de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance	28
2.7	Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance en tant qu'éléments d'une politique intersectorielle (globale) de la santé	30

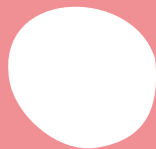
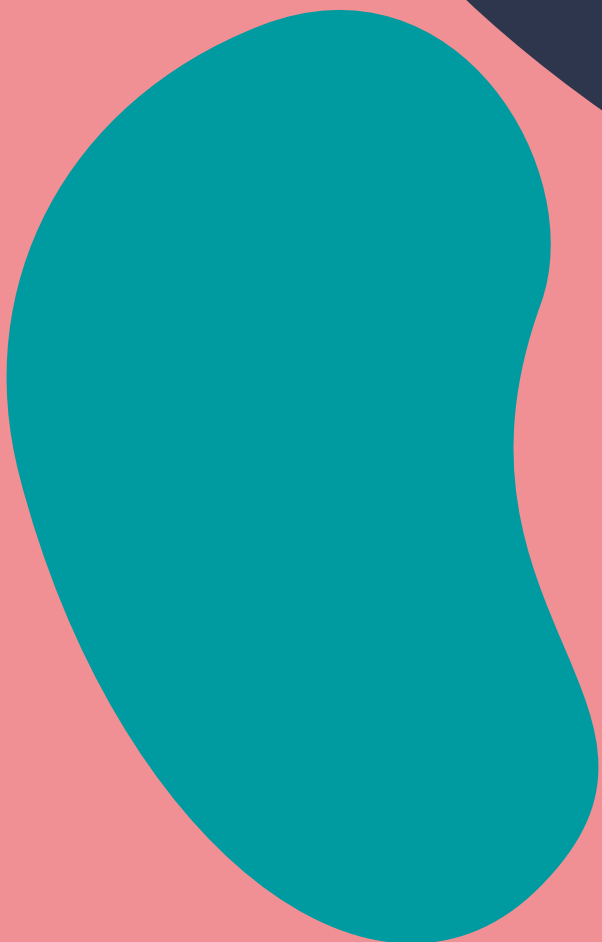
Planification et mise en œuvre

3.	Table ronde sur la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance du point de vue de la politique de la santé	34
3.1	Préparation de la table ronde	35
3.2	Institutions participantes	36
3.3	Résultats de la table ronde	37
3.4	Orientations stratégiques des activités de l'OFSP	38
4.	Objectifs et mesures concrètes de l'OFSP.....	39
4.1	Objectif des champs d'action nos 1 « Repérage précoce, promotion de la santé et prévention » et 2 « Prise en charge coordonnée et intégrée dans le système de santé, en particulier des familles socialement défavorisées »	39
4.2	Objectif du champ d'action no 3 « Mise en réseau des décideurs et des professionnels concernés dans l'administration, l'économie et la société civile »	41
4.3	Objectif du champ d'action no 5 « Monitoring et recherche »	43
4.4	Objectif du champ d'action no 6 « Information et sensibilisation à l'importance de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance »	44
4.5	Vue d'ensemble des mesures	45
4.6	Évaluation	45

Annexe

5.	Bibliographie	48
----	---------------------	----

Bases



1. Contexte

En bref

- C'est dans la première phase de la vie (jusqu'à l'âge de 4 ans) que sont posées des bases essentielles pour le développement mais aussi pour la prévention de plusieurs maladies non transmissibles. Cela fait de la petite enfance une phase essentielle tant pour la prévention des maladies non transmissibles et des addictions que pour la promotion de la santé psychique.
- Le présent document stratégique définit à quels niveaux l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut, dans le cadre de la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), contribuer à améliorer les structures d'intervention dans le domaine de la petite enfance.

Les maladies non transmissibles (MNT) sont la première cause de décès dans notre société et occasionnent près de 80 % des coûts directs des soins de santé. Les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies des voies respiratoires, les maladies musculo-squelettiques et les maladies psychiques. Étant donné les tendances démographiques et le vieillissement des personnes appartenant aux classes d'âge à forte natalité, on peut supposer que la prévalence des maladies chroniques continuera d'augmenter ces prochaines décennies.

En réponse au défi que représentent les maladies non transmissibles, le Dialogue Politique nationale de la santé – plate-forme commune de la Confédération et des cantons pour les questions de politique de la santé – a mandaté en novembre 2013 l'élaboration en partenariat d'une stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024 (stratégie MNT). Cette dernière a été adoptée conjointement par l'OFSP, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la fondation Promotion Santé Suisse sur la base de deux rapports préalablement rédigés par des groupes de travail et de nombreux acteurs (OFSP/CDS 2016). La stratégie MNT constitue une des cinq priorités de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral et un des principaux objectifs du programme de la législature 2016–2019. La division Prévention des maladies non transmissibles de l'OFSP met en œuvre la stratégie MNT et la stratégie nationale Addictions en tenant compte du rapport consacré à la santé psychique (OFSP *et al.* 2015)¹. Avec le présent document stratégique, elle définit un premier axe prioritaire dans le domaine de la petite enfance. Elle s'appuie en cela sur le constat que les déterminants de la santé d'une personne sont posés dès les premières années de vie et que la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance constituent dès lors un champ d'action important – voire le plus important – pour prévenir les maladies non transmissibles et promouvoir la santé en général (Hafen 2014a). La petite enfance fait partie de la phase de la vie « enfance et adolescence », qui est un des axes prioritaires de la stratégie MNT en 2020. Comme c'est le cas des autres phases de la vie, plusieurs aspects pertinents pour la santé, comme l'alimentation, l'activité physique et l'existence de contacts sociaux satisfaisants, jouent un rôle de premier plan durant la petite enfance et constituent la base de la résilience d'une personne en matière de santé. À ce titre, les familles socialement défavorisées doivent faire l'objet d'une attention particulière, parce que leurs enfants, du fait de leurs conditions de vie, n'ont pas les mêmes chances que les autres de vivre en bonne santé.

Le présent document stratégique suit trois principes. Premièrement, les nombreuses initiatives des acteurs étatiques et de la société civile qui visent à améliorer la situation dans le domaine de la petite enfance doivent être soutenues et complétées par la prise en compte de la perspective de la santé.

¹ D'importantes interactions et synergies existent entre ces trois stratégies. Elles sont systématiquement prises en compte dans la suite de ce texte, même lorsqu'il n'est pas spécifiquement fait référence à la stratégie Addictions et au rapport sur la santé psychique.

Deuxièmement, certaines lacunes dans le plan d'action des professionnels peuvent être comblées de manière ciblée. Priorité est donnée dans le présent document à un engagement au méta-niveau, à savoir celui de la mise en réseau, de la recherche et de la sensibilisation à la thématique (voir ch. 1.3). Troisièmement, les mesures de soutien de l'OFSP doivent être conçues avec la participation du plus grand nombre possible d'acteurs issus de l'administration, des milieux professionnels concernés, de l'économie et de la société civile. C'est pourquoi une table ronde a été organisée le 28 septembre 2017 avec des représentants de ces différents domaines. Plusieurs entretiens ont par ailleurs été menés avec d'autres acteurs importants qui n'avaient pas pu participer à la table ronde. Les résultats de ces travaux sont exposés au chapitre 3. Ces mêmes acteurs auront l'occasion, s'ils le souhaitent, de discuter une nouvelle fois du présent document stratégique lors d'une rencontre ultérieure.

De manière générale, il faut tenir compte du fait que les ressources dont dispose l'OFSP pour la stratégie MNT sont limitées.

1.1 La notion d'encouragement précoce

En bref

- L'encouragement précoce comprend un ensemble de mesures en faveur des enfants et de leurs familles au cours des quatre années qui suivent la naissance. Ces mesures relèvent de l'éducation de la petite enfance, mais aussi des secteurs de la santé, du social et de l'intégration. Des mesures d'ordre structurel comme les subventions publiques à l'accueil extrafamilial pour enfants ou les approches urbanistiques en font également partie. Ces différentes mesures doivent avoir une influence bénéfique sur le développement de l'enfant.
 - Afin de souligner l'importance de l'encouragement précoce dans une perspective de politique de la santé et en particulier de prévention primaire, l'expression « promotion de la santé et prévention durant la petite enfance » est utilisée dans le présent document.
 - Les mesures de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance ne s'adressent directement aux enfants que dans des cas exceptionnels. Elles consistent pour l'essentiel à renforcer les familles avec des enfants d'âge préscolaire en mettant plus particulièrement l'accent sur les familles socialement défavorisées, qu'elles soient ou non issues de la migration.
-

La notion d'encouragement précoce est souvent utilisée pour désigner certains aspects de la promotion de la santé durant la petite enfance. C'est pourquoi il est important de préciser ici ce que recouvre cette notion et pourquoi l'expression « promotion de la santé et prévention durant la petite enfance » occupe une place de premier plan dans le présent document. Dans le prolongement de la définition générale qu'en propose Hafen (2014a), la notion d'encouragement précoce est utilisée ici dans un sens large qui tient compte du point de vue de la politique de la santé. La notion décrit tant les mesures fournies par des professionnels que les prestations publiques ou privées (allocations familiales, congés parentaux payés, modèles d'horaires de travail favorables aux familles) qui soutiennent les enfants et leurs familles au cours des quatre premières années de vie et qui ont une influence – directe ou indirecte – sur le développement et la santé de l'enfant. Interprété de la sorte sous l'angle de sa contribution à la santé, l'encouragement précoce est assimilé à l'idée de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance. Il comprend non seulement les activités menées dans le cadre du système de santé, mais aussi les approches suivies dans d'autres champs professionnels qui jouent un rôle important dans le développement de l'enfant. Étant donné le lien bien documenté entre formation, revenu et santé, une attention particulière est accordée aux modèles d'encouragement précoce élaborés dans le contexte de la politique de la formation et de la politique sociale. On pensera notamment à la notion de formation, d'accueil et d'éducation de la petite enfance (FAE-PE), qui porte sur les aspects pédagogiques et les situations éducatives de la petite enfance (Simoni/Wustmann 2012), ainsi qu'à celle d'« aide précoce », mise en avant en Allemagne et en Autriche (Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011, Haas/Weigl 2014), qui se concentre sur l'accompagnement des familles socialement défavorisées, issues ou non de la migration, et sur la mise en réseau des organisations actives dans ce domaine.

1.2 Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance dans le contexte des stratégies nationales MNT et Addictions

En bref

- Il est possible d'agir tout au long de la vie sur les facteurs qui favorisent ou préviennent le développement des maladies non transmissibles. C'est pourquoi la stratégie MNT s'appuie sur le modèle des phases de la vie.
 - Les facteurs de risque importants pendant la première phase de la vie sont notamment le stress de la petite enfance, la consommation de drogues par les parents, le tabagisme passif, le manque d'environnement stimulant, le manque d'exercice physique et une alimentation déséquilibrée.
 - La promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance fournissent une contribution décisive pour prévenir les maladies non transmissibles, car elles permettent de réduire les principaux facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection.
 - Les facteurs de protection qui améliorent la résilience commencent à se développer dès les premières années de vie et prennent la forme de compétences de vie telles que la compétence en matière de santé, la compétence sociale, la compétence en matière de gestion des risques, l'autorégulation ou l'auto-efficacité.
 - Les mesures de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance peuvent être attribuées au groupe de mesures n° 1 de la stratégie MNT (promotion de la santé et prévention destinées à la population) et au champ d'action n° 1 de la stratégie nationale Addictions (promotion de la santé, prévention et repérage précoce).
-

Les maladies non transmissibles sont la conséquence d'une interaction très complexe entre différents facteurs de risque et de protection tout au long de la vie. Ces facteurs agissent au niveau de l'organisme d'une personne, de son psychisme et de son environnement social et physique (Hafen 2013). Puisque la configuration de ces facteurs change continuellement au cours de la vie d'une personne et puisque toute prévention vise à réduire les facteurs de risque les plus importants et à renforcer les facteurs de protection, des mesures différentes sont nécessaires aux différentes étapes de la vie. C'est la raison pour laquelle la stratégie MNT repose notamment sur l'approche des phases de la vie (OFSP/CDS 2016). Cette approche n'a pas seulement pour objectif la santé d'une personne tout au long de sa vie, mais se concentre aussi sur les conditions générales – ou, pour reprendre l'idée utilisée à l'instant, sur la configuration des facteurs de risque et de protection (Braveman 2014) – propres à chaque phase de la vie. Il faut noter que certains facteurs (comme le régime alimentaire de la mère ou sa consommation de tabac ou d'alcool) sont à l'œuvre dès la grossesse (Barker *et al.* 2016).

Les facteurs pertinents durant la petite enfance n'ont pas seulement un effet sur le développement des maladies non transmissibles, ils s'influencent aussi réciproquement. Ainsi, les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles (à savoir le tabagisme, la consommation excessive d'alcool,

1.2

le manque d'exercice physique et un régime alimentaire déséquilibré) sont étroitement liés au mode de vie d'une personne et à sa compétence en matière de santé à un âge plus avancé (Martin-Diener *et al.* 2014). Ces deux derniers éléments évoluent à leur tour en fonction des innombrables expériences et habitudes d'une personne au cours de son existence et en fonction de ses conditions de vie. Les mesures de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance peuvent donc constituer une base importante pour le développement de la compétence en matière de santé et l'adoption d'un mode de vie favorable à la santé (Hafen 2017).

La « diminution des facteurs de risque liés aux comportements », l'« amélioration des compétences en matière de santé », le « développement de conditions-cadres propices à la santé » et l'« amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention » sont les quatre premiers des six objectifs spécifiques de la stratégie MNT (OFSP/CDS 2016, p. 5).

Dans la perspective de la stratégie MNT (voir figure 1), les activités pertinentes en ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance s'inscrivent principalement dans les champs d'action suivants :

- **Champ d'action n°1** « Promotion de la santé et prévention destinées à la population » : l'objectif est d'aider les individus à adopter un mode de vie favorable à la santé, par exemple en offrant les conditions générales favorables à la santé durant la petite enfance.
- **Champ d'action n° 2** « Prévention dans le domaine des soins » : l'objectif est d'inscrire durablement la prévention dans les soins curatifs et la réadaptation. Les professions médicales apportent une contribution essentielle à la prévention des maladies non transmissibles et jouent un rôle important dans le repérage précoce des principaux facteurs de risque pendant la petite enfance (exposition excessive au stress, p. ex.).
- Les autres champs d'action de la stratégie MNT, à savoir « Coordination et coopération » (n° 3), « Financement » (n° 4), « Monitoring et recherche » (n° 5), « Information et formation » (n° 6) et « Conditions-cadres » (n° 7) sont importants pour la petite enfance comme pour les autres phases de la vie.

Enfin, il faut noter que les mesures destinées à la petite enfance contribuent également à la réalisation des objectifs de la stratégie nationale Addictions de l'OFSP, en particulier ceux du champ d'action n° 1 « Promotion de la santé, prévention et repérage précoce ». En effet, de nombreux facteurs de risque et de protection liés aux addictions sont à l'œuvre dès la première phase de la vie. Le repérage précoce des risques d'addiction et la prise en charge appropriée des parents dépendants constituent en particulier des objectifs importants.

La même remarque s'applique au rapport sur la santé psychique en Suisse et aux champs d'action qui y sont formulés. Dans ce cas aussi, la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance contribuent de manière significative à la réalisation de l'objectif principal, à savoir « promouvoir la santé psychique ainsi qu'améliorer la prévention et le dépistage précoce des maladies correspondantes afin d'en réduire l'incidence » (OFSP *et al.* 2015, p. 5).

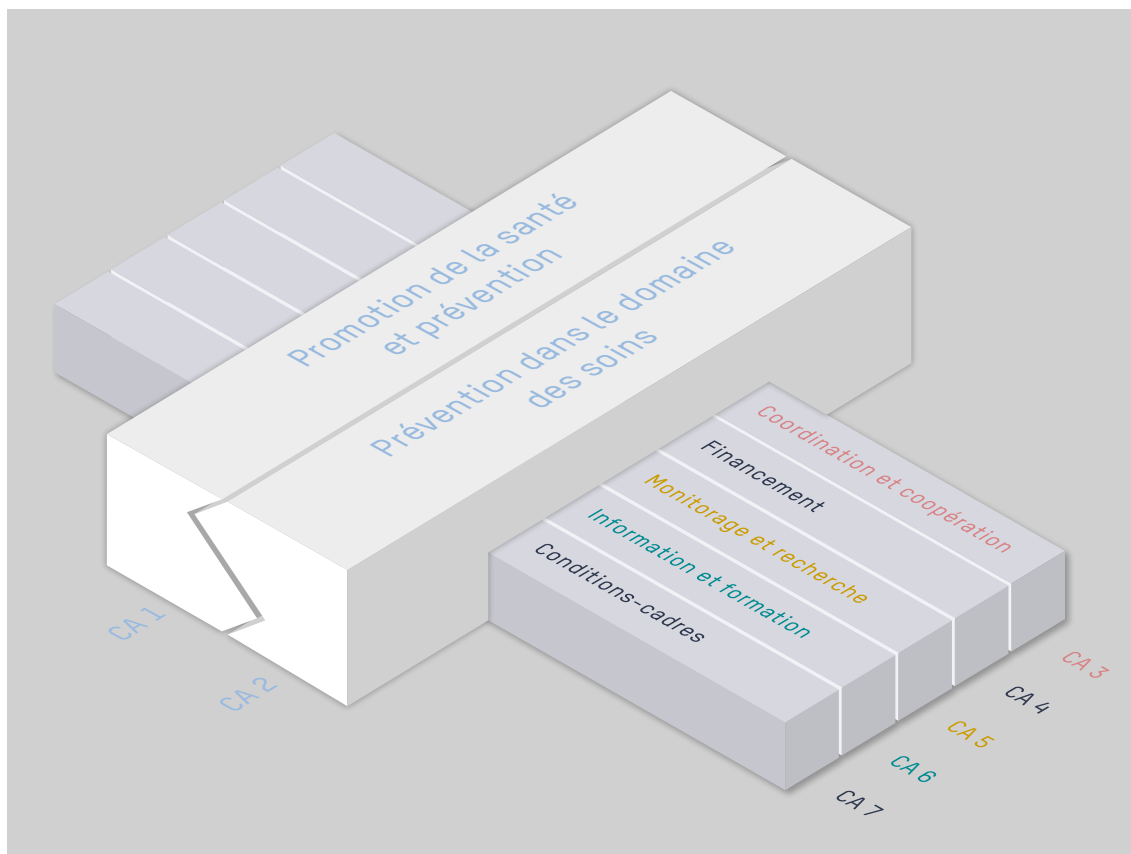


Figure 1 : Champs d'action de la stratégie MNT

1.3 Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance en Suisse et en comparaison internationale

1.3

En bref

- En comparaison internationale, la Suisse investit relativement peu dans la FAE-PE, soit 0,2 % du produit intérieur brut (PIB), alors que la moyenne des pays de l'OCDE se situe à 0,8 %. La participation des parents aux coûts de l'offre d'accueil extrafamilial pour enfants est nettement plus élevée en Suisse que dans d'autres pays. Enfin, la Suisse est également mal placée par rapport aux autres pays de l'OCDE en ce qui concerne le congé de maternité payé. Cela constitue un problème pour toutes les familles, mais plus particulièrement pour les familles défavorisées sur le plan socio-économique.
- La prise en charge médicale des familles avec de jeunes enfants est satisfaisante, car la Suisse possède un des systèmes de santé les plus efficaces au monde. Toutefois ce système de santé est coûteux, et la participation des patients aux frais médicaux est exceptionnellement élevée en Suisse, puisqu'elle est (en parité de pouvoir d'achat) 2,7 fois supérieure à la moyenne de l'OCDE (Kocher 2015). Cet élément est, lui aussi, problématique pour les couches les moins aisées de la population, qui en viennent à renoncer à certains soins médicaux pour des raisons de coût.
- La mise en réseau interinstitutionnelle et interprofessionnelle avec d'autres champs d'action, notamment l'éducation de la petite enfance et le secteur social, est recherchée à plusieurs niveaux. Cette collaboration doit être développée. La mise en réseau des décideurs de la société civile et des milieux politiques, administratifs et économiques présente encore un potentiel d'amélioration.

Ces dernières années, les milieux politiques et l'opinion publique ont accordé une attention toujours plus importante en Suisse à la promotion de la santé et à la prévention durant la petite enfance. Cette évolution s'explique à la fois par le nombre croissant de découvertes scientifiques qui soulignent l'importance de cette phase de la vie dans le développement physique, psychique et social d'une personne, ainsi que par les conséquences d'un développement défavorable pour les personnes concernées et pour la société. En outre, cela fait déjà plusieurs années que des études soulignent, que ce soit du point de vue de la politique de la formation (Stamm 2009) ou du point de vue de la politique de l'intégration (Schulte-Haller 2009), la faiblesse des investissements de la Suisse dans le domaine de la petite enfance en comparaison internationale et la nécessité de remédier à cette situation. Bien que des progrès aient été enregistrés ces dernières années, la situation reste à bien des égards insatisfaisante, du moins sur la question de la FAE-PE (Burger *et al.* 2017). Ainsi, le dernier rapport de l'OCDE sur l'éducation (OCDE 2015a) met en évidence que la Suisse n'investit que 0,2 % de son produit intérieur brut (PIB) dans la FAE-PE, alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 0,8 %. La France, avec 1,4 %, investit sept fois plus, et les pays scandinaves, avec un chiffre qui s'élève à environ 2 %, près de dix fois plus. Il est inquiétant de constater que la part de ces investissements dans le PIB n'a pas changé en Suisse depuis le rapport de l'OCDE sur l'éducation de 2012 (OCDE 2012), alors qu'elle est passée de 0,7 à 1,4 % en France et de 0,9

à 2,2 % en Norvège². Cette faiblesse des investissements fait que la participation des parents aux coûts des offres d'accueil extrafamilial pour enfants est plus élevée en Suisse que dans la plupart des pays, ce qui pénalise plus particulièrement les familles de milieux socio-économiques moins favorisés. Une étude comparative avec les pays voisins (Stern *et al.* 2015) montre que les parents assument en moyenne deux tiers des coûts d'une crèche dans le canton de Zurich contre moins d'un quart dans les communes étudiées en Allemagne, en Autriche et en France. Si la FAE-PE est traditionnellement plus développée en Suisse romande et en Suisse italienne, elle n'atteint pas, même dans ces régions, la moyenne de l'OCDE. Avec 38 %, la part du coût des crèches à la charge des parents est, dans le canton de Vaud, nettement plus basse que dans le canton de Zurich³, mais encore plus élevée que dans les communes considérées dans les pays voisins. En outre, le niveau de formation du personnel éducatif dans les cantons latins est nettement plus élevé qu'en Suisse alémanique. Le faible financement des offres d'accueil extrafamilial pour enfants a également un impact négatif sur le marché du travail. Dans son rapport sur la situation économique de la Suisse, par exemple, l'OCDE (2017) recommande une fois de plus de développer l'offre de places d'accueil extrafamilial pour enfants à des prix abordables de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle et, en particulier, de permettre aux mères d'accroître leur participation au marché du travail. Toujours dans le contexte de la FAE-PE, il faut noter que la Suisse obtient de très mauvais résultats en comparaison internationale sur la question du congé de maternité, du congé de paternité et du congé parental payés. Selon la base de données de l'OCDE⁴, la Suisse n'accorde que quatorze semaines de congé de maternité couvrant seulement 56,4 % du salaire en moyenne. Cela représente une durée de congé nette de 7,9 semaines à salaire complet mise à la disposition des familles pour la période qui précède et qui suit l'accouchement. La Suisse fait ainsi partie des quatre pays de l'OCDE dans lesquels cette valeur est inférieure à dix semaines.

La plupart des études comparatives qui analysent spécifiquement la prise en charge de la petite enfance portent sur le domaine de la FAE-PE. En Suisse aussi, la plupart des stratégies cantonales visent à améliorer la quantité, la qualité et la coordination dans le domaine de l'accueil extrafamilial pour enfants (Stern *et al.* 2017). Les études comparatives consacrées à l'offre de soins analysent généralement le système de santé dans son ensemble, et il est difficile de trouver des données portant spécifiquement sur l'offre de soins durant la petite enfance. En ce qui concerne les soins de santé en général, la Suisse obtient de bons résultats en comparaison internationale, car son système de santé compte parmi les plus efficaces au monde (Kocher 2015, OCDE 2015b). Il n'en demeure pas moins que ce système de santé est aussi le plus cher au monde après celui des États-Unis et que la part des coûts assumée par les patients y est exceptionnellement élevée. En parité de pouvoir d'achat, cette part est 2,7 fois supérieure à la moyenne de l'OCDE (Kocher 2015), ce qui pénalise surtout les couches les plus défavorisées de la population. Un aspect important des soins médicaux prodigués avant et après la naissance consiste en la prise en compte du bien-être de la mère, qui est également décisif pour le bien-être de l'enfant. Une comparaison internationale montre que l'approche médico-technique du suivi postnatal est rarement complétée par une approche salutogénique holistique (Perez-Botella *et al.* 2015).

La collaboration interprofessionnelle avec des disciplines relevant d'autres champs d'action constitue un autre aspect important de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance. Il n'existe toutefois pas d'étude approfondie qui compare la quantité et la qualité de cette mise en réseau dans les différents pays. Une comparaison avec les stratégies de mise en réseau d'autres pays n'est possible qu'en analysant leur politique respective en la matière. Avec leur stratégie d'« aide précoce », les politiques de la petite enfance menées en Allemagne et en Autriche, par exemple, mettent clairement l'accent sur la mise en réseau interinstitutionnelle et interprofessionnelle, ciblant en particulier les familles qui présentent des fragilités multiples (Haas-Weigl 2014, NZFH 2016). Une gestion systématique des interfaces avec la protection de l'enfance (NZFH 2017) et avec le système de santé (par le biais de sages-femmes et d'infirmières ou infirmiers spécialisés dans le suivi familial et pédiatrique) (NZFH 2015) est assurée⁵.

² Il faut noter que les chiffres de l'OCDE proviennent de sources différentes, ce qui peut affecter la comparabilité des données. L'importance de la participation des parents aux coûts des offres d'accueil extrafamilial pour enfants en Suisse est néanmoins un indice de la faiblesse des investissements dans la FAE-PE.

³ Cette différence s'explique par le fait que le canton de Vaud subventionne 100 % des places de crèche, tandis que le canton de Zurich n'en subventionne que 48 %.

⁴ http://www.oecd.org/els/soc/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf

⁵ Pour les approches concrètes de mise en réseau en Suisse, voir ch. 4.1.

1.3

La mise en réseau des décideurs de la société civile et des milieux politiques, administratifs et économiques pourrait, elle aussi, être renforcée en Suisse. Cette situation s'explique par le fait qu'à la différence de pays comparables (comme l'Allemagne et l'Autriche), il n'existe pas en Suisse de stratégie nationale consacrée à l'encouragement précoce ou à la promotion de la santé et à la prévention durant la petite enfance (Stamm 2009). En outre, l'organisation de l'encouragement précoce et du soutien spécifique aux familles socialement défavorisées présente des différences marquées entre les cantons.

En Suisse, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) joue un rôle important dans la coordination verticale et la mise en réseau des acteurs au niveau fédéral. Ce rôle, défini dans la loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse, est particulièrement précieux pour pallier l'absence de stratégie nationale en matière d'encouragement précoce. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) assure, quant à elle, la coordination horizontale. L'OFSP s'efforce à son tour (précisément au moyen du présent document stratégique) de soutenir la mise en réseau de ces instances et d'autres acteurs pertinents (la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique [CIDP], p. ex.) avec la politique de la santé et le système de santé.

L'étude de Stern, Cammarano et De Rocchi (2016) montre que de plus en plus de cantons élaborent des stratégies visant à développer l'encouragement précoce. En juin 2016, par exemple, dix cantons avaient mis en place une stratégie en ce sens et six autres cantons étaient en train d'en élaborer une. Les mesures destinées à la petite enfance relèvent en partie des politiques cantonales relatives à la famille ou à l'enfance et à la jeunesse. Tous les cantons traitent de certains aspects de la petite enfance dans le cadre des programmes d'intégration cantonaux, notamment l'encouragement précoce à l'apprentissage de la langue. Cette multiplication des stratégies cantonales profite également aux communes. L'étude de Meier Magistretti et Schraner (2017, p. 6) fait apparaître que seulement 10 % des communes suisses ont une stratégie en matière d'encouragement précoce et que 10 % sont en train d'en élaborer une. Les communes se réfèrent pour cette tâche à la fois aux programmes proposés par des organisations de la société civile (Primokiz, p. ex.) et aux stratégies cantonales. Depuis peu, les communes intéressées peuvent également compter sur un guide, publié par l'OFAS dans le cadre du programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté, qui les aide à élaborer une stratégie d'encouragement précoce et à développer ou à mettre en réseau leurs offres (INFRAS 2018).

1.4 Procédure d'élaboration du document stratégique et des mesures de mise en œuvre

Le présent document stratégique se concentre sur trois axes principaux.

Le chapitre 2 expose les principales connaissances scientifiques relatives à la promotion de la santé et à la prévention durant la petite enfance. Il souligne en particulier la nécessité de mieux intégrer les domaines de la formation, du social et de la santé si l'on entend soutenir de la manière la plus efficace possible les familles avec de jeunes enfants.

Le chapitre 3 présente et discute les résultats d'une table ronde organisée par l'OFSP. L'objectif de cette rencontre était de dégager, avec les acteurs et les partenaires travaillant sur le terrain, une vue d'ensemble des activités pertinentes pour la politique de la santé dans le domaine de la petite enfance et d'identifier les lacunes et les besoins d'action. Cette table ronde a servi de base à la compréhension des rôles et à l'élaboration des mesures de l'OFSP.

Enfin, le chapitre 4 formule des objectifs vérifiables et des mesures concrètes que l'OFSP entend réaliser. Un tableau présente clairement le calendrier des mesures.

1.4

2. Promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance : perspective scientifique

Les connaissances scientifiques provenant des disciplines les plus diverses mettent clairement en évidence que la petite enfance revêt une importance décisive dans le développement d'une personne. Le présent chapitre résume de manière très succincte quelques-unes des connaissances les plus importantes de la recherche sur la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance, un champ de recherche caractérisé par une croissance extrêmement dynamique.

2.1 Résultats de la recherche en sciences naturelles

En bref

- Les résultats toujours plus nombreux de disciplines scientifiques comme la neurobiologie ou l'épigénétique contribuent de manière significative à l'importance croissante accordée à la promotion de la santé et à la prévention durant la petite enfance.
- La neurobiologie et l'épigénétique mettent en évidence que le manque d'attention affective et l'expérience de stress chronique ont un impact négatif sur la régulation du stress et sur le développement physique, psychique et social d'une personne.
- Ces résultats confirment sur de nombreux points ce que des disciplines traditionnelles comme la psychologie du développement, la théorie de l'attachement ou la recherche sur le stress suggèrent depuis des décennies.
- L'épigénétique montre en outre l'influence de l'alimentation de la mère (pendant la grossesse et l'allaitement) et de l'enfant dans les premières années de sa vie sur le développement ultérieur de maladies liées à l'alimentation.

La psychologie du développement, la recherche sur l'attachement, la théorie du stress et d'autres disciplines scientifiques soulignent depuis des décennies l'importance de la première phase de la vie dans le développement physique, psychique et social d'une personne. Depuis plus de 20 ans, les sciences naturelles apportent des confirmations toujours plus nombreuses à ces conclusions. Avec ses méthodes d'imagerie, la neurobiologie met en évidence quels facteurs influencent de manière bénéfique ou au contraire préjudiciable le développement neuronal et psychique de l'enfant et quelles en sont les conséquences par la suite (voir Hüther/Krens 2008, Heckman 2008). La théorie des systèmes souligne l'importance des structures cérébrales et psychiques, qui se mettent en place très tôt et qui forment la base du développement structurel ultérieur (Hafen 2014a). Une structuration défavorable de ces systèmes dans la première phase de la vie augmente la probabilité de problèmes de santé et de problèmes sociaux dans les phases ultérieures. À l'inverse, un développement favorable dans les premières phases de la vie pose les bases d'une résilience et accroît la résistance au stress des personnes concernées (Hafen 2014b).

Outre la neurobiologie, l'épigénétique est une autre discipline de sciences naturelles qui confirme l'importance exceptionnelle de la première phase de la vie dans le développement d'un individu (Bauer

2006, Rutter 2007, Kegel 2009, Spork 2017). La recherche épigénétique fait clairement apparaître que des facteurs externes comme le régime alimentaire de la mère pendant la grossesse, l'expérience du stress, l'expérience de sentiments positifs de la mère et de l'enfant ou l'attention affective accordée à un enfant après la naissance influencent l'activation ou la désactivation de certains gènes importants pour la santé. Ainsi, une alimentation équilibrée pendant la grossesse réduit la probabilité de développer à l'âge adulte une maladie liée à l'alimentation comme le diabète de type 2. L'attention affective et la présence ou l'absence d'un stress excessif chronique ont une influence durable sur le développement du traitement du stress dans les phases ultérieures de la vie. La cause de ce phénomène est l'existence d'un gène régulateur du stress (un gène anti-stress) qui est désactivé à la naissance (Bauer 2006, Spork 2017). Ce gène n'est activé que si le nouveau-né fait l'expérience que le monde est un endroit sûr, où il reçoit non seulement de la nourriture mais aussi de l'attention affective. Le gène peut alors aider l'enfant à faire face aux tensions qui déclenchent le stress. Si ce gène reste désactivé au terme de la première année de vie, la probabilité d'une activation ultérieure diminue de façon significative. Cela veut dire que les personnes concernées sont beaucoup plus sujettes au stress plus tard dans la vie, ce qui augmente la probabilité de problèmes de santé et de problèmes sociaux comme une agressivité excessive et la délinquance.

2.1

2.2 Développement de l'enfant au contact de l'environnement

En bref

- La santé d'une personne est le fruit d'une interaction très complexe de facteurs de risque et de protection à la fois physiques, psychiques et sociaux. La réduction des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection augmentent la probabilité d'un développement sain de l'enfant au niveau physique, psychique et social.
- Les conditions structurelles et les offres de soutien dans les domaines de la santé, de la formation, du social et de la migration ont une importance décisive pour le développement physique et psychosocial de l'enfant.
- Puisque la famille est le système social de référence pour un enfant dans ses premières années de vie, la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance visent avant tout à apporter aux familles un soutien interdisciplinaire sur le plan de la santé, de la formation et du social. Les employeurs jouent également un rôle important dans le soutien aux familles.
- Le soutien aux enfants et à leurs familles ne doit pas reposer uniquement sur la pathogénèse et la compensation des déficits, mais viser aussi la salutogénèse et le renforcement des ressources.

La santé est un phénomène à la fois biologique, psychique et social (Engel 1977, Hafen 2009, 2016a). Ce constat déjà ancien gagne lentement mais sûrement du terrain en médecine. Les facteurs pertinents pour la santé relèvent des systèmes tant physiques et psychiques que sociaux, et ils s'influencent mutuellement. L'approche pathogénique, qui se demande ce qui nous rend malades, est de plus en plus souvent complétée par la perspective salutogénique, qui s'interroge sur ce qui nous maintient en bonne santé (Antonovsky 1998). Cela veut dire qu'une attention toujours plus importante est accordée aux facteurs de protection à côté des facteurs de risque. Depuis plusieurs années, la recherche médicale met de plus en plus l'accent sur l'interprétation des facteurs sociaux de risque et de protection pour la santé psychique et physique (Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe 2004). Cette approche systémique trouve également une traduction en psychologie du développement, par exemple avec le modèle écologique du développement humain proposé par Bronfenbrenner (1991). La « prévention systémique » (Hafen 2013), quant à elle, s'intéresse au fonctionnement des systèmes pertinents pour la prévention en prenant appui sur la théorie des systèmes de Niklas Luhmann (1984, 1994). Selon cette théorie, les systèmes sociaux, psychiques et physiques ont la capacité de s'engendrer eux-mêmes (ils sont « autopoïétiques ») et de s'auto-organiser. Cela signifie qu'ils règlent leurs relations avec l'environnement et le développement de leurs structures d'une manière qui leur est propre et qui n'est pas complètement prévisible pour ceux qui n'en font pas partie. Les travaux de la recherche sur la résilience (Werner 1997) mettent en évidence que de nombreux enfants connaissent un développement sain, socialement harmonieux et adapté à leur âge alors même qu'ils grandissent dans un environnement difficile. Du point de vue de la théorie de la prévention, cela signifie que des facteurs de risque importants dans l'environnement social de ces enfants – la violence domestique, la négligence affective ou la consommation de drogues par les parents, par exemple – n'ont pas le même impact négatif sur le développement que chez la majorité des enfants confrontés à des situations très difficiles. Ces enfants résilients possèdent manifestement des facteurs de protection qui réduisent considérablement l'influence des facteurs de risque et qui rendent plus improbable l'apparition de problèmes.

Une analyse systémique des facteurs en jeu suggère que la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance devraient considérer le plus grand nombre possible de facteurs pertinents au lieu de se concentrer sur quelques-uns (Guralnick 2011). La réduction des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection augmentent la probabilité d'un développement physique, psychique et social sain de l'enfant. L'effet n'est toutefois pas garanti, car il y a toujours des enfants qui présentent un développement problématique malgré des circonstances en apparence favorables (Werner 1997). La recherche sur les facteurs (l'étiologie) est donc d'une importance décisive dans une perspective de prévention. Comme la prévention ne fonctionne qu'en réduisant les facteurs de risque et en renforçant les facteurs de protection, elle doit savoir quels facteurs ont un impact, et lequel, sur un développement problématique (Hafen 2013). C'est une étape indispensable si l'on entend concevoir des mesures dont le succès puisse éventuellement être démontré dans une étude d'impact.

La promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance s'inscrivent principalement dans une approche centrée sur les contextes de vie. En effet, l'accent n'est pas mis sur les enfants eux-mêmes, mais sur leur environnement social et physique, en particulier le milieu familial, avec ses personnes de référence, et le milieu de vie, notamment résidentiel. Les systèmes sociaux jouent toutefois également un rôle déterminant. C'est notamment le cas de l'État et des conditions structurelles qu'il met en place (prescriptions légales, congé parental, exonérations fiscales, etc.), des offres de soutien concrètes proposées dans les domaines de la santé, de la formation, du social et de la migration ou des employeurs, qui offrent des conditions de travail plus ou moins favorables à la famille. Pour avoir un effet préventif, les mesures doivent influencer ces systèmes sociaux de manière à rendre l'environnement immédiat de l'enfant plus favorable à la santé. Cela ne se produit généralement pas de manière directe, mais par le biais d'un ensemble complexe et dynamique d'interactions, non seulement durant la petite enfance, mais aussi pendant toutes les phases de la vie. Le lien le mieux documenté est probablement celui qui existe entre la prévention durant la petite enfance, la réussite scolaire et la réussite sur le marché du travail (Barnett 2011, 2012, 2013, CSRE 2014). Ce lien est également essentiel pour les maladies non transmissibles, puisqu'il existe une forte corrélation entre la réussite scolaire, le statut socio-économique et l'incidence de ces maladies (rôle de l'égalité des chances). Une étude récente de l'OCDE sur l'éducation (OCDE 2018) constate que la proportion d'enfants résilients dans le système scolaire suisse a baissé de 30 à 25 % entre 2006 et 2015. Il semble que cette évolution soit imputable à la faiblesse des investissements dans l'éducation de la petite enfance en Suisse en comparaison internationale. Au cours de la même période, la proportion d'enfants résilients est passée de 25 à 32 % en Allemagne (OCDE 2018, p. 6 ss.), période au cours de laquelle d'importants investissements ont été consentis pour mettre en place un réseau national d'aide précoce, qui vise principalement à apporter un soutien aux familles socialement défavorisées⁶.

2.2

⁶ Cette relation présumée repose sur une corrélation et non sur un lien de causalité attesté. Une étude distincte serait nécessaire pour apporter la preuve d'un lien de causalité. L'impact du soutien aux enfants de familles socialement défavorisées sur leur réussite scolaire ultérieure a toutefois été démontré à maintes reprises, de sorte que l'hypothèse d'une relation causale semble plausible en ce qui concerne l'Allemagne.

2.3 Le stress chez l'enfant et ses conséquences

En bref

- Le stress chronique dans les premières années de la vie, provoqué par des expériences négatives vécues pendant l'enfance (adverse childhood experiences) comme la violence ou la négligence affective, favorise l'apparition ultérieure de maladies psychiques, de comportements sociaux négatifs et de maladies non transmissibles.
- L'objectif de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance est de prévenir ou de repérer le plus tôt possible les situations de stress excessif de l'enfant en apportant un soutien aux jeunes familles en général et aux familles aux prises avec des difficultés multiples en particulier.
- Les experts du système de santé jouent un rôle décisif dans la prévention et le repérage précoce du stress durant la petite enfance.
- Le personnel des établissements de santé entre très tôt en contact avec les familles et joue donc un rôle important dans le repérage précoce. C'est pourquoi la mise en réseau des services de santé et des autres services doit être encouragée.

L'analyse des publications scientifiques consacrées aux facteurs de risque dans la petite enfance fait apparaître un facteur clé qui favorise l'apparition de maladies physiques et psychiques et de problèmes sociaux à l'âge adulte : le stress chronique. Dans la littérature de langue anglaise, la notion d'*adverse childhood experiences*, c'est-à-dire d'expériences négatives, souvent traumatiques, vécues pendant l'enfance est habituellement utilisée pour désigner les causes d'un stress excessif durant la petite enfance, en particulier l'expérience de la violence et d'une forte négligence affective (Brown *et al.* 1998, Danese/McEven 2012, Shonkoff/Garner 2012, Benarous *et al.* 2016, Bartlett *et al.* 2017). Les conséquences d'un tel stress ne sont pas seulement des troubles psychiques graves dans les phases ultérieures de la vie, mais aussi un risque accru de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'obésité, associées à une espérance de vie significativement réduite.

Sans expliquer en détail comment les expériences traumatisantes vécues pendant l'enfance peuvent conduire au développement de ces maladies à l'âge adulte – l'interaction des facteurs sociaux, psychiques et physiques sur de nombreuses années de vie est extrêmement complexe –, les résultats de ces recherches mettent clairement en évidence l'importance de faire tout ce qui est possible pour protéger les enfants du stress chronique et repérer les situations problématiques le plus tôt possible. Afin d'éviter tout malentendu, il faut souligner que le stress occasionnel ne constitue pas un problème. La recherche épigénétique montre qu'un stress modéré pendant la grossesse et durant la première phase de la vie peut même augmenter la capacité d'une personne à faire face au stress et contribuer à sa résilience (Spork 2017). Ce sont les expériences de stress chronique en l'absence de facteurs de protection qui jouent un rôle négatif déterminant. Lorsque c'est le cas, il est important qu'un enfant grandisse au moins en partie dans un environnement différent, où il puisse bénéficier du calme et de l'attention affective nécessaires.

Il ne fait aucun doute que toutes les professions qui s'occupent des jeunes enfants et de leur famille peuvent et doivent apporter une contribution décisive au repérage précoce et à la réduction du stress de la petite enfance (Shonkoff 2011). Cela vaut aussi pour les professions de la santé, en particulier les

pédiatres (AAP 2012) et les sages-femmes. Certes, la prise en charge médicale se concentre principalement sur les problèmes physiques des enfants. Il est néanmoins extrêmement bénéfique, dans une perspective systémique, que les sages-femmes, les pédiatres et le personnel infirmier élargissent cette approche aux aspects sociaux et aux problèmes psychiques des parents et que ces aspects soient abordés dès la formation. En Suisse, le personnel médical constitue, avec le personnel des consultations parentales, l'instance professionnelle qui a le plus de contacts avec les jeunes familles. Il est par conséquent particulièrement bien placé pour repérer, en complément de ses activités de base (soins médicaux, conseils en allaitement, etc.), les influences défavorables sur l'enfant et pour orienter les familles concernées vers des services capables de leur apporter un soutien plus poussé. Cela suppose une mise en réseau de qualité entre les institutions de santé (hôpitaux, sages-femmes, cabinets privés, etc.) et ces services. L'intégration des professions médicales dans des réseaux interdisciplinaires est donc essentielle dans le contexte de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance, d'autant que l'existence de ces réseaux interdisciplinaires et interinstitutionnels correspond aussi à l'attente des familles (Kurth *et al.* 2016). Un exemple de la manière de procéder est fourni par les projets Family Start menés dans les deux Bâle⁷ et à Zurich⁸. Ces projets offrent une prise en charge à domicile après la naissance et entendent contribuer à la constitution d'un réseau durable de sages-femmes, d'hôpitaux, de pédiatres, de centres de consultations parentales et de services de coordination pour la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance. Le rapport du Conseil fédéral (2018) sur la détection précoce des violences intrafamiliales envers les enfants par les professionnels de la santé souligne également l'importance de la mise en réseau des professionnels concernés.

2.3

⁷ www.familystart.ch

⁸ www.familystart-zh.ch

2.4 Développement de la compétence en matière de santé et d'autres compétences de vie

En bref

- La compétence d'une personne en matière de santé comprend différentes compétences de vie (capacité d'autorégulation, compétence sociale, compétence en matière de gestion des risques, capacité à faire face au stress, etc.).
- La plupart de ces compétences de vie se mettent en place dès la première phase de la vie. Plus une personne est âgée, plus elle aura du mal à les acquérir et à adapter son mode de vie en conséquence.
- La promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance contribuent, sous leurs différentes formes, au développement de ces compétences de vie. Elles favorisent ainsi la résistance (résilience) de l'enfant au stress et l'adoption d'un mode de vie favorable à la santé.
- L'encouragement des compétences de vie par la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance ne se fait généralement pas directement avec l'enfant, mais par le biais de son environnement social (famille, accueil extrafamilial, etc.) et de ses conditions de vie (environnement stimulant, possibilité de jouer à l'extérieur, etc.).

La compétence en matière de santé est un facteur de protection auquel la littérature scientifique accorde une grande importance (Schaeffer/Pelikan 2017). La recherche scientifique met toutefois surtout l'accent sur le renforcement de cette compétence au sein de population en général et de certains groupes en particulier, mais pas sur ses conditions d'apparition qui, comme celles des autres compétences de vie, commencent dès la petite enfance (Hafen 2017). Kickbusch (2006, p.69) définit la compétence en matière de santé comme « la capacité des individus à prendre dans leur vie quotidienne – à la maison, dans la société, sur leur lieu de travail, dans le système de santé, sur le marché et au niveau politique – des décisions qui ont un impact positif sur la santé ». Cette définition fait de la compétence en matière de santé une compétence cognitive, puisqu'une décision est un choix conscient pour (ou contre) une certaine option et puisque cette décision – ce point est particulièrement important – intervient dans le contexte d'autres options (Luhmann 2000). Pourtant, nombre de comportements qui sont pertinents pour la santé et qui peuvent être associés à l'idée de compétence (en matière de santé) ne sauraient être attribués exclusivement à des décisions conscientes. Ils reposent plutôt sur un ensemble d'habitudes et se manifestent souvent de manière inconsciente : l'activité physique au quotidien, les habitudes d'achats et d'alimentation, la façon de nouer des contacts sociaux ou d'affronter les défis générateurs de stress. Ce constat conduit à s'interroger sur les conditions d'apparition de ces habitudes et de ces routines et – ces points étant étroitement liés entre eux – sur les possibilités d'agir sur la compétence en matière de santé.

La théorie des systèmes conçoit la compétence en matière de santé, au même titre que les autres compétences, comme une structure de systèmes psychiques et physiques (Hafen 2016b). Les structures définissent les possibilités qu'offre un système dans ses contacts avec l'environnement (Luhmann 1994). À chaque instant, elles forment la base des informations qui résultent de tels contacts. Les informations ainsi obtenues peuvent à leur tour entraîner des changements structurels. De tels ajustements structurels correspondent à des processus d'apprentissage dans les systèmes psychiques. Si ces processus se produisent parfois de manière consciente, nombre d'entre eux ont également lieu de manière inconsciente. Dans des systèmes corporels comme le cerveau, l'adaptation structurelle se produit par la formation et la modification des

réseaux neuronaux, c'est-à-dire sans lien avec la conscience. Ce processus, à savoir l'acquisition d'informations au contact avec l'environnement et l'adaptation des structures du système, commence dès la grossesse. Ainsi, dès l'âge de 19 semaines, les fœtus réagissent à une intervention douloureuse (introduction d'une aiguille lors d'une transfusion sanguine intra-utérine) en sécrétant des hormones de stress; à partir de la 23^e semaine de grossesse, des réactions douloureuses sont perceptibles sur le visage ou dans les gestes (Hüther/Krens 2008, p. 72). La neurobiologie montre en outre qu'un fœtus apprend à distinguer différentes saveurs au contact du liquide amniotique et que cette capacité de différenciation a une influence sur les préférences alimentaires après la naissance (ibid., p. 73). D'innombrables influences environnementales viennent par la suite interagir avec cette condition initiale pour influencer le comportement alimentaire de l'individu : l'allaitement maternel, avec ses effets positifs sur la santé (Belfield/Kelly 2010), les habitudes alimentaires familiales, le comportement alimentaire des pairs, la publicité, l'offre de produits alimentaires dans les magasins, etc. La compétence d'un adulte à manger sainement est donc la conséquence d'innombrables expériences et influences résultant du contact avec l'environnement. Elle ne saurait être comprise comme une décision purement rationnelle pour ou contre un « choix sain ». Cette conclusion est également celle qui découle de nombreuses expériences en économie comportementale (Kahneman 2011).

L'activité physique, la gestion des contacts sociaux, la gestion du stress, la consommation de substances addictives et nombre d'autres facteurs pertinents en matière de santé dépendent eux aussi, au même titre que le comportement alimentaire, d'innombrables expériences conscientes et inconscientes qui sont déjà faites lors de la confrontation avec l'environnement durant la petite enfance et qui ont des conséquences pour le développement physique, psychique et social (Hafen 2017). Outre ces aspects liés au mode de vie, de nombreuses compétences de vie – le sentiment d'auto-efficacité (Bandura 1999), la capacité d'auto-régulation (Moffitt *et al.* 2011), la compétence sociale (Simoni *et al.* 2008) ou la compétence en matière de gestion des risques (Gigerenzer 2013), par exemple – ou des compétences cognitives – comme la capacité de lecture (Schweinhart *et al.* 2005) – ont, elles aussi, une influence directe ou indirecte sur la santé et peuvent être considérées comme des éléments supplémentaires de la compétence en matière de santé. Toutes ces compétences sont, dans une large mesure, déjà formées à l'âge de 5 ans. Bien sûr, elles continuent de se développer par la suite, mais la stabilité du réseau structurel augmente avec l'âge. C'est pourquoi la difficulté à se changer soi-même et à changer les autres (Roth 2012) s'observe aussi en ce qui concerne la compétence en matière de santé.

Il est facile de voir que le développement de cette compétence, avec ses différentes composantes, est en grande partie façonné par l'environnement social du jeune enfant et, en particulier, par sa famille. Le soutien apporté aux jeunes familles revêt à ce titre une importance fondamentale, et il est clair que les professions médicales ont un rôle significatif à jouer sur ce plan, surtout lorsque les professionnels et les institutions concernés travaillent en réseau avec les offres de soutien existant dans les domaines du social, de la formation et de l'intégration. L'environnement physique dans lequel évolue l'enfant est également important. Un environnement stimulant à l'intérieur comme à l'extérieur du foyer favorise le jeu, qui constitue la base de l'acquisition de la plupart des compétences de vie. Les enfants un peu plus âgés (à partir de l'âge de 3 ans environ) bénéficient également de manière significative des occasions qui leur sont données de pouvoir jouer à l'extérieur sans surveillance (Richard-Elsner 2017). La conception d'un environnement résidentiel adapté aux enfants dans le cadre de la politique du logement et des transports revêt par conséquent une importance considérable dans une perspective de prévention (Hüttenmoser 1995). De manière générale, l'exigence d'une « intégration de la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*; voir Kickbusch *et al.* 2008) peut être reformulée pour demander une « intégration de la petite enfance dans toutes les politiques ». Dans le cadre de sa stratégie Santé2020, le Conseil fédéral mentionne, lui aussi, la nécessité d'une politique globale de la santé qui réponde aux exigences de santé publique.

2.5 La situation particulière des familles défavorisées sur le plan socio-économique

En bref

- Les familles défavorisées sur le plan socio-économique sont exposées à davantage de facteurs de risque et bénéficient de moins de facteurs de protection. Cela signifie que leurs enfants ont, en moyenne, des conditions moins favorables que les autres pour leur développement.
- Outre une prise en charge précoce adéquate de toutes les familles durant la petite enfance, des efforts particuliers en faveur des familles défavorisées sur le plan socio-économique sont nécessaires si l'on entend lutter contre l'inégalité des chances en matière de santé.
- La difficulté d'atteindre les familles défavorisées sur le plan socio-économique constitue un défi particulier pour la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance. La qualité du réseau interinstitutionnel et interprofessionnel est un facteur clé pour remédier à cette difficulté.
- Tout indique que plus le soutien aux enfants défavorisés et à leurs familles intervient tôt, plus ses effets escomptés sont importants et permettent aux pouvoirs publics de réaliser des économies substantielles. Les futures dépenses de soutien, d'aide sociale, de santé ou de poursuites pénales seront en effet réduites, et les finances publiques pourront tirer profit des revenus plus élevés des personnes concernées.

Les familles à faible niveau d'éducation et à faible revenu, parmi lesquelles les familles issues de l'immigration sont fortement représentées, forment un groupe cible particulièrement important pour la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance. Les enfants issus de familles défavorisées sur le plan socio-économique ne bénéficient pas de bonnes conditions pour commencer leur parcours de vie. Ils passent leur petite enfance dans un environnement qui leur donne moins d'occasions favorables d'apprentissage que peuvent en avoir les autres enfants (Heckman/Masterov 2007). Ils sont également davantage exposés au stress, ce qui a un effet préjudiciable sur leur développement cérébral et, en conséquence, sur leur développement psychosocial. Tout cela explique qu'ils présentent, plus tard, des risques accrus d'avoir de faibles revenus, de se livrer à des activités criminelles, de souffrir de maladies chroniques, de consommer des substances addictives et de mourir prématurément (Heckman/Masterov 2007). Plus le soutien apporté à ces enfants défavorisés et à leurs familles commence tôt, plus ses effets escomptés sont importants et permettent aux pouvoirs publics de réaliser, à terme, des économies substantielles. Les futures dépenses de soutien, d'aide sociale, de santé ou de poursuites pénales seront en effet réduites, et les finances publiques pourront tirer profit (notamment par le biais des recettes fiscales) des revenus plus élevés des personnes concernées (Barnett 2011). Il ne faut pas oublier que les familles défavorisées possèdent, elles aussi, des ressources et que nombre d'elles arrivent, malgré des conditions difficiles, à donner à leurs enfants un bon départ dans la vie. Ces ressources doivent être reconnues et utilisées (Wilson-Simmons *et al.* 2017).

Pour ce qui est de la Suisse, une série d'études montre que ce groupe cible bénéficie moins des offres de FAE-PE que les familles plus aisées (Burger *et al.* 2017). Si les raisons de cette situation sont multiples, on notera que ces programmes s'adressent souvent principalement aux familles de classe moyenne et non aux familles défavorisées. La honte ou le sentiment de ne pas être à la hauteur est parfois aussi une raison qui empêche ces familles de profiter de ces offres. Les familles issues de l'immigration sont par ailleurs confrontées à des difficultés linguistiques et à des problèmes de compréhension interculturelle. Il existe en Suisse un ensemble de programmes et de projets interdisciplinaires qui visent à favoriser la mise en réseau (comme Le lien fait la force, Youp'la bouge, L'intégration des enfants migrants au domaine préscolaire, Integrationsförderung im Frühbereich, petits:pas, Zeppelin, Spielgruppe Plus, Mit ausreichend Deutsch in den Kindergarten, Implementierung des infans-Konzepts der Frühpädagogik in Schweizer Kindertagesstätten, PAT, Zämä ufa Wäg, TIPI) et qui ont surmonté avec succès ces obstacles (Walter-Laager / Meier Magistretti 2016a, p. 51). En outre, un guide des pratiques efficaces, élaboré par l'OFAS en collaboration avec l'Association des communes suisses (Walter-Laager / Meier Magistretti 2016b)⁹ dans le cadre du programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté, favorise le développement d'autres offres efficaces destinées aux familles socialement défavorisées. Le Cadre d'orientation pour la formation, l'accueil et l'éducation de la petite enfance en Suisse représente une autre base pour la collaboration avec les familles socialement défavorisées. Lancée par le Réseau suisse d'accueil extrafamilial, cette initiative est aujourd'hui complétée par une publication thématique rédigée dans le cadre du programme national de lutte contre la pauvreté et intitulée « Prévention de la pauvreté et petite enfance : aspects et éléments constitutifs d'une collaboration réussie avec les parents ».

Enfin, les réseaux d'aide précoce en Autriche font également apparaître l'importance de la constitution de réseaux interinstitutionnels et interprofessionnels pour pouvoir accéder aux familles défavorisées sur le plan socio-économique (Haas/Weigl 2014, Knaller 2013). Ces réseaux régionaux regroupent le plus grand nombre possible d'institutions et d'experts en contact avec les jeunes enfants et leurs familles. Un service spécialisé en assure activement la coordination, ce qui est un élément important pour en garantir le bon fonctionnement (Turrini *et al.* 2010, Kurth *et al.* 2016). Outre la constitution de réseaux, les services spécialisés apportent également un soutien aux familles. Idéalement, cet accompagnement consiste en un premier contact avant la naissance et plusieurs visites à domicile au cours de l'année qui suit la naissance. Ces visites à domicile sont financées par l'assurance-maladie (Haas/Weigl 2014).

2.5

⁹ Les publications sur l'encouragement précoce dans les petites et moyennes communes réalisées par l'Association des communes suisses dans le cadre du programme national contre la pauvreté – l'analyse de la situation avec les résultats de l'enquête auprès des communes et les recommandations ainsi que le guide pratique élaboré en collaboration avec l'OFAS – sont disponibles dans les trois langues nationales sur le site de l'Association des communes suisses (<http://chgemeinden.ch/fr/kampagnen-projekte/index.php>). On y trouve des connaissances professionnelles, des exemples pratiques et des informations complémentaires.

2.6 Rapport coût-efficacité de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance

En bref

- Une série d'études longitudinales montre que les offres de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance ciblant les familles défavorisées sur le plan socio-économique constituent une forme de soutien qui se justifie sur le plan non seulement éthique, mais aussi économique.
- Les enfants des familles ayant bénéficié d'un tel soutien affichent de meilleurs résultats scolaires et de meilleures chances de trouver un emploi que les autres enfants issus de milieux défavorisés. De même, ils présentent moins de risques de tomber dans la délinquance, ont moins recours à l'aide sociale et sont en meilleure santé. Cela permet, à terme, de réduire les dépenses du système de santé, du système social et du système pénal.
- Le retour sur investissement (RSI), c'est-à-dire le rapport entre l'argent investi dans l'encouragement précoce et les coûts économisés, est estimé, selon les études, entre 1:8 et 1:16. Cela veut dire que le coût des « mesures réparatrices » ultérieures est, pour l'État, plusieurs fois supérieur à celui des mesures d'encouragement précoce. Il n'existe toutefois pas de données empiriques claires à ce sujet pour la Suisse.
- Le RSI des mesures destinées à la population dans son ensemble est inévitablement plus faible, mais se situe, là encore, entre 1:1,6 et 1:3,5, un point également confirmé par des études suisses.

Les données relatives au rapport coût-efficacité des programmes de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance présentent un grand intérêt non seulement pour la recherche et la pratique, mais aussi du point de vue politique. Aux États-Unis, le RSI ou le rapport coûts-avantages des programmes de FAE-PE, complétés pour certains d'entre eux par des mesures de soutien aux parents, font l'objet d'études détaillées depuis de nombreuses années. Toutes ces études mettent en évidence les économies réalisées plus tard dans les domaines de l'encouragement scolaire individuel, de l'action répressive, de l'exécution des peines, de l'aide sociale et des coûts de la santé, ainsi que la plus-value significative que représente, sur le plan économique, le revenu moyen plus élevé des personnes concernées tout au long de leur vie. Heckmann et Masterov (2007, p. 486) ont calculé un RSI de 1:9 pour le programme Perry Preschool, ce qui signifie que, pour chaque dollar investi dans le programme, les pouvoirs publics peuvent s'attendre à des économies de plus de 9 dollars. Si l'on considère l'augmentation des revenus tout au long de la vie et les avantages économiques qui en découlent, le RSI du programme Perry Preschool est même estimé à 1:16, les facteurs non quantifiables comme la qualité de vie n'étant pas pris en compte (Schweinhart *et al.* 2005, Heckman/Masterov 2007). En ce qui concerne le Chicago Child-Parent Center and Expansion Program (CPC), Heckman et Masterov (2007) arrivent à un RSI de près de 1:8, tandis que Barnett (2010) fait référence, dans son travail de synthèse, à une étude qui l'estime à 1:10. L'étude de suivi la plus récente sur les effets de ce programme (Reynolds *et al.* 2011), menée sur des participants âgés de 26 ans, fait apparaître un RSI de près de 1:11. Dans leur étude, Heckman et

Masterov (2007, p. 476) soulignent que le rapport coût-efficacité des mesures de soutien est d'autant plus faible que celles-ci interviennent tard. Ainsi, le RSI des mesures de soutien à l'école représente moins de la moitié de celui des mesures de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance. Il est quasiment nul lorsque des mesures sont prises à l'adolescence pour faciliter l'entrée sur le marché du travail.

Plusieurs études ont analysé le rapport coût-efficacité des offres de FAE-PE en Suisse (voir Burger *et al.* 2017). Selon le mode de calcul utilisé, le domaine de recherche considéré et la perspective temporelle adoptée (avantages à court ou à long terme), le rapport coût-avantages se situe entre 1:1,6 et 1:3,5. Il faut néanmoins préciser que les résultats de ces études n'ont pas été publiés dans des revues scientifiques reconnues. Un autre élément à prendre en considération est que ces recherches, en Suisse comme à l'étranger, portent essentiellement sur la FAE-PE, tandis que les autres mesures de promotion de la santé et de prévention durant la petite enfance sont rarement examinées sous l'angle de leur rapport coût-efficacité. Enfin, comme cela a été indiqué précédemment, de nombreux programmes menés aux États-Unis comprennent également un soutien professionnel aux parents. Or, il n'est pas possible en l'état d'isoler les éléments qui ont contribué à l'efficacité de ces programmes (Camilli *et al.* 2010).

2.7 Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance en tant qu'éléments d'une politique intersectorielle (globale) de la santé

En bref

- La pauvreté et l'inégalité des chances en matière de santé sont susceptibles de se transmettre d'une génération à l'autre. La promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance peuvent contribuer à lutter contre ce phénomène.
- Toute politique sectorielle est potentiellement importante dans une perspective de santé publique, car les décisions qui y sont prises peuvent avoir une incidence sur les déterminants de la santé. L'encouragement précoce est un aspect de la politique éducative, sociale, migratoire et économique. À ce titre, il représente un élément important dans une politique globale de la santé. La promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance ont une influence positive sur les déterminants de la santé dans tous les domaines de l'existence.
- Pour disposer d'une offre adéquate, la Suisse devrait investir 2 milliards de francs supplémentaires par an dans les offres de FAE-PE (notamment les crèches), les programmes spécifiques pour les familles socialement défavorisées, le congé parental et les modèles de travail favorables à la famille. Si cela suppose de doubler quasiment les dépenses actuelles, cette somme doit être mise en relation avec les dépenses consenties par la Suisse pour l'éducation et la formation (36,2 milliards de francs en 2015, première position au sein de l'OCDE) ou l'aide sociale (8,184 milliards en 2016)¹⁰.
- Le développement de l'offre, surtout celle destinée aux familles socialement défavorisées, doit toutefois être de nature non seulement quantitative, mais aussi qualitative.

Depuis de nombreuses années, la recherche a mis en évidence l'existence d'un lien étroit entre le statut socio-économique d'une personne et sa santé (Stringhini *et al.* 2017). Marmot (2010) montre qu'en Angleterre, les personnes les plus aisées vivent en moyenne dix ans de plus que les plus modestes, la différence étant même de 18 ans lorsque l'on considère l'espérance de vie sans maladie chronique. La réduction des inégalités sociales est, selon lui, une des stratégies les plus importantes pour la politique de la santé. C'est pourquoi l'exigence de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie figure en tête des six recommandations fondamentales formulées dans l'étude Marmot. Comme indiqué précédemment, cet appel à renforcer la prévention durant la petite enfance est étayé par de nombreuses connaissances scientifiques et ne se limite pas à la FAE-PE, mais s'étend aussi à des mesures dans les domaines de la famille, du social, de la santé, du marché du travail et de la migration. En ce sens, l'exigence ressortant de l'étude Marmot correspond à celle formulée depuis de nombreuses années d'une politique globale (intersectorielle) de la santé (Kickbusch *et al.* 2008). Elle est facile à justifier dans une perspective de prévention : toutes les politiques sectorielles peuvent se révéler importantes du point de vue de la

¹⁰ Source : OFS, Inventaire et statistique financière de l'aide sociale au sens large.

santé publique, parce que les décisions qui y sont prises peuvent affecter les déterminants de santé, soit dans un sens positif en favorisant la santé, soit dans un sens négatif en la menaçant.

La promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance en tant que stratégie de politique sanitaire illustrent parfaitement la nécessité de mener une politique globale de la santé. Veiller à ce que le système de santé garantisse aux familles avec de jeunes enfants un accès optimal aux soins est nécessaire, mais pas suffisant. Le développement d'une personne dépend également de facteurs qui relèvent d'autres aspects de l'existence et, par conséquent, d'autres politiques sectorielles. Les investissements consentis dans ces politiques sectorielles ont dès lors, eux aussi, un impact positif sur la santé publique. Dans leur méta-analyse, Guyer *et al.* (2009) ont examiné plus de 220 études publiées entre 1996 et 2007 et portant sur des programmes relevant principalement de la FAE-PE. Leur angle d'analyse n'a pas consisté à examiner l'impact de ces programmes sur la réussite scolaire ou le comportement délinquant, comme c'est souvent le cas, mais sur quatre facteurs de risque pour la santé : le tabagisme passif, la surcharge pondérale, les maladies psychiques et les blessures non intentionnelles. Il en ressort que, pour chacun de ces quatre facteurs de risque, les enfants et les familles ayant bénéficié d'un soutien présentent de meilleurs résultats que le groupe témoin. Les effets les plus significatifs s'observent sur la réduction du tabagisme passif et des blessures non intentionnelles, tandis que les programmes qui ont tenté de prévenir la surcharge pondérale sont, au contraire, ceux qui ont produit le moins d'effets en moyenne. Les résultats sont jugés significatifs par les auteurs de l'étude, surtout si l'on considère les coûts élevés associés aux problèmes examinés (blessures, problèmes pulmonaires, etc.).

Pour la politique de santé, cela signifie qu'elle doit s'efforcer de sensibiliser les autres politiques sectorielles à l'importance que leurs décisions peuvent avoir sur la santé publique. Ainsi, la faiblesse des investissements de la Suisse dans l'accueil extrafamilial pour enfants en comparaison internationale n'a pas seulement des conséquences sur les résultats de l'étude PISA, mais aussi sur le marché du travail, sur le système de protection sociale et sur la santé publique. Les investissements supplémentaires que la Suisse devrait consentir chaque année dans le soutien à la petite enfance pour atteindre la moyenne internationale s'élèvent à un peu moins de 2 milliards de francs. Cette somme servirait à subventionner des offres de FAE-PE (notamment les crèches), des programmes spécifiques pour les familles socialement défavorisées, le congé parental et des modèles de travail favorables à la famille (Stern/Gschwend *et al.* 2016). Certes, les dépenses actuelles doubleraient quasiment mais cette somme demeurerait toutefois relativement modeste par rapport aux dépenses que la Suisse consacre à l'éducation et à la formation (36,2 milliards de francs en 2015, voir OFS 2017)¹¹. En outre, comme indiqué précédemment, la coopération et la coordination sont nécessaires non seulement au niveau politique, mais aussi entre les milieux professionnels concernés. Des réseaux interdisciplinaires doivent être mis en place si l'on entend influencer aussi efficacement que possible les conditions systémiques qui favorisent la santé ou préviennent les MNT. Des possibilités d'action concrètes existent dans ce domaine dans le contexte de la stratégie MNT. Enfin, il faut souligner que le développement de l'offre, surtout celle destinée aux familles socialement défavorisées, doit être de nature non seulement quantitative, mais aussi qualitative.

2.7

¹¹ Il faut souligner que la Suisse occupe une position de pointe en comparaison internationale pour ce qui est des dépenses d'éducation dans le secteur scolaire formel à partir de l'âge de 5 ans (OCDE 2015a, p. 236), alors qu'elle investit très peu, par rapport à d'autres pays, dans l'éducation de la petite enfance. Par ailleurs, les investissements dans la prévention durant la petite enfance entraînent une réduction des dépenses dans le système formel d'éducation grâce à une baisse des dépenses d'encouragement.

The image features a solid yellow background. At the top center, there is a small dark blue circle. Below it is a larger white circle with a slightly irregular, organic shape. Underneath the white circle is a large, teal-colored shape that resembles a rounded, horizontal oval. The text "Planification et mise en œuvre" is centered within this teal shape. At the bottom of the image is a large, dark blue, irregular shape that occupies the lower half of the frame.

Planification et mise en œuvre

3. Table ronde sur la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance du point de vue de la politique de la santé

En bref

- La table ronde organisée par l'OFSP a été l'occasion de procéder à une analyse de la situation des acteurs et des activités dans le domaine de la petite enfance sous l'angle de la politique de la santé. Cela a permis d'identifier des lacunes et la nécessité pour l'OFSP d'y remédier.
 - Le grand nombre d'acteurs œuvrant en Suisse et la diversité de leurs activités ont été mis en évidence. Il apparaît néanmoins que la prise en charge souffre de lacunes importantes; dans de nombreux domaines, les ressources financières sont insuffisantes pour permettre une prise en charge adéquate, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. En outre, la mise en réseau et la coordination entre les professionnels concernés et les décideurs aux différents niveaux présentent encore un potentiel d'amélioration.
 - La situation des familles défavorisées sur le plan socio-économique et confrontées à des difficultés multiples mérite une attention particulière, car ces familles sont plus particulièrement affectées par les insuffisances de la prise en charge et de la mise en réseau.
 - Des recherches et des données supplémentaires sont nécessaires dans le domaine de la petite enfance pour que l'on puisse mettre en évidence les liens de cause à effet ou établir un monitoring de l'état de santé des enfants sur les quatre premières années de vie.
-

Avec le présent document stratégique, l'OFSP entend combler les lacunes et apporter un soutien au travail de ses partenaires, en particulier les cantons. C'est pourquoi une grande importance a été accordée à une approche participative, notamment à l'occasion de la table ronde. Les mesures formulées dans ce qui suit doivent être mises en œuvre en étroite consultation avec les acteurs et les partenaires de l'administration, de la société civile et du secteur privé, ainsi qu'avec les professionnels concernés.

3.1 Préparation de la table ronde

Les travaux préparatoires ont commencé au printemps 2017 avec des ateliers internes à l'OFSP. L'objectif était d'obtenir une vue d'ensemble de l'état actuel des projets et des acteurs les plus importants en Suisse, de connaître les points de vue et les activités de l'OFSP et de ses partenaires, et enfin d'évaluer la marge de manœuvre disponible.

Les champs d'action de la stratégie MNT (OFSP/CDS 2016) ont servi de base pour structurer l'état des lieux des acteurs et des activités. L'intitulé de certains de ces champs d'action a été légèrement adapté pour tenir compte des spécificités de la thématique de la petite enfance.

- **CA 1** : Repérage précoce, promotion de la santé et prévention pour le groupe cible des familles avec des enfants de 0 à 4 ans, en particulier les familles socialement défavorisées
- **CA 2** : Prise en charge coordonnée et intégrée de ces familles dans le système de santé
- **CA 3** : Amélioration de la coordination et de la mise en réseau
- **CA 5** : Renforcement du monitoring et de la recherche dans le domaine de la petite enfance
- **CA 6** : Information et sensibilisation

La vue d'ensemble ne prétend pas à l'exhaustivité, et certains chevauchements entre les champs d'action sont inévitables.

Bien qu'ils présentent également une importance fondamentale pour le soutien à la petite enfance, les champs d'action n^{os} 4 (assurer le financement) et 7 (optimiser les conditions-cadres) de la stratégie MNT n'entrent pas dans le cadre du présent document stratégique et ne font donc pas l'objet d'un examen spécifique. L'impact de la situation financière précaire et de l'inadéquation des conditions-cadres sur les activités destinées à la petite enfance a toutefois été déploré à plusieurs reprises lors des travaux préparatoires et de la table ronde (cf. ch. 2.7).

3.2 Institutions participantes

Un grand nombre d'acteurs contactés ont pris part à la table ronde à Berne ou ont accepté des entretiens bilatéraux lorsqu'ils ne pouvaient pas y participer. La table ronde a été organisée par Petra Baeriswyl et Tina Hofmann, de la section Promotion de la santé et prévention de la division Prévention des maladies non transmissibles de l'OFSP, et dirigée par Gabriela Scherer, de la société *Führen mit Wert-Schöpfung*. Martin Hafen, de la Haute école de Lucerne, était présent pour assurer un accompagnement scientifique. Les institutions suivantes étaient représentées à la table ronde :

- OFSP, division MNT, section Promotion de la santé et prévention
- OFSP, division MNT, section Prévention dans le domaine des soins
- OFSP, division MNT, section Stratégies de prévention
- OFSP, division MNT, section Bases scientifiques
- OFSP, division Stratégies de la santé, section Politique nationale de la santé
- OFSP, division Stratégies de la santé, section Égalité face à la santé
- OFAS, secteur Questions de l'enfance et de la jeunesse
- OFAS, programme national de lutte contre la pauvreté
- Promotion Santé Suisse
- Réseau suisse d'accueil extrafamilial
- RADIX Fondation suisse pour la santé
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
- Association des communes suisses
- Union des villes suisses
- Croix-Rouge suisse
- Secrétariat d'État aux migrations, direction, Immigration et intégration
- Fondation Protection de l'enfance Suisse
- Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé

D'autres contacts existent avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC), la Commission suisse pour l'UNESCO et ses activités dans l'éducation de la petite enfance, la Fondation Jacobs et sa campagne Ready!, Pro enfance, plateforme romande pour l'accueil de l'enfance, et le Réseau suisse éducation+santé.

3.3 Résultats de la table ronde

La première étape de la table ronde a consisté à identifier, pour chacun des champs d'action retenus par l'OFSP, les acteurs et les activités pertinents dans le domaine de la petite enfance. Cela a permis d'identifier les lacunes les plus évidentes. La deuxième étape a pris la forme d'une discussion ouverte visant à déterminer les actions à entreprendre et les besoins des partenaires. La troisième et dernière étape a été consacrée à définir les priorités et l'orientation stratégique des activités de l'OFSP¹².

Orientation stratégique pour les activités futures de l'OFSP

La table ronde a fait apparaître que de nombreux acteurs sont engagés, de près ou de loin, dans la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance et qu'il n'est pas nécessaire de réinventer la roue. Elle a également mis en évidence l'existence de nombreuses offres pour les enfants un peu plus âgés. En raison de la pertinence du groupe des plus jeunes enfants, il faut examiner quelles sont les possibilités de soutenir ou d'animer les activités destinées à ce groupe cible. Puisque la responsabilité de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance incombe aux cantons et aux communes, la question est de savoir dans quelle mesure l'OFSP peut soutenir les responsables cantonaux et communaux et les organisations de la société civile dans l'accomplissement de leurs tâches. Dans l'ensemble, la discussion a permis de dégager les critères d'orientation suivants :

- activités qui ont une pertinence au niveau fédéral ;
- activités qui mettent l'accent sur la santé ;
- activités qui touchent particulièrement le groupe cible des enfants de 0 à 4 ans.

Tâches et compréhension du rôle de l'OFSP

À l'occasion de la table ronde, les affirmations suivantes ont été formulées au sujet des tâches possibles et du rôle de l'OFSP : ce dernier...

- met en relation les différents acteurs du système de santé ;
- facilite les interfaces entre les familles et les soins médicaux dans les régions sanitaires en utilisant et soutenant les acteurs et les offres existants ;
- encourage les activités de mise en réseau en général et les réseaux centrés sur les familles en particulier (à l'instar de ce qui se fait en Autriche et en Allemagne, p. ex.) ;
- met l'accent sur les enfants issus de familles confrontées à des difficultés multiples ;
- encourage le dialogue au niveau de la Confédération, des cantons et des communes de façon à renforcer l'acceptation de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance ;
- élabore et diffuse des argumentaires de politique de la santé dans le but de sensibiliser les décideurs à l'importance de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance ;
- organise ou soutient des conférences interdisciplinaires de spécialistes au niveau de la Confédération, des cantons et des communes ;
- assure la gestion des connaissances sous la forme d'une vue d'ensemble des activités existantes à l'interface entre les domaines de la santé, du social et de la formation ;
- diffuse des exemples de bonnes pratiques suisses et étrangères.

3.3

¹² Le résumé des discussions de la table ronde et la vue d'ensemble des acteurs et des activités dans les différents champs d'action peuvent être obtenus, sur demande, auprès de l'OFSP.

3.4 Orientations stratégiques des activités de l'OFSP

La table ronde a permis de dégager des orientations concrètes pour les activités de l'OFSP dans les champs d'action concernés (cf. ch. 1.2).

Dans le prolongement des champs d'action n^{os} 1 « Repérage précoce, promotion de la santé et prévention » et 2 « Prise en charge coordonnée et intégrée »

- Les exemples de bonnes pratiques de la collaboration et de la constitution de réseaux en Suisse et dans les pays voisins sont diffusés et encouragés de manière ciblée.
- Une attention particulière est accordée aux activités d'encouragement précoce qui sont destinées aux familles avec de jeunes enfants et qui sont situées à l'interface avec la promotion de la santé ou les soins de santé. Sont visés les réseaux centrés sur la famille ou les offres destinées aux familles en difficulté.

Champ d'action n^o 3 « Coordination et mise en réseau »

- L'OFSP s'engage à mettre en réseau et à coordonner les activités liées à la santé durant la petite enfance, de façon à la fois horizontale, c'est-à-dire avec d'autres services fédéraux, et verticale, c'est-à-dire entre la Confédération, les cantons, les communes et les prestataires. Ce travail peut prendre la forme, entre autres, de séances de coordination ou de conférences spécialisées.
- Les résultats des offres de mise en réseau, d'autres initiatives et d'exemples de bonnes pratiques sont diffusés.

Champ d'action n^o 5 « Monitoring et recherche »

- La collecte de données de base et les initiatives visant à instaurer un monitoring sur la santé des enfants et des jeunes sont soutenues, de sorte que les systèmes de monitoring des MNT et des addictions contiennent, dans la mesure du possible, des indicateurs sur les enfants jusqu'à l'âge d'entrer à l'école infantile.
- La réalisation d'une étude de synthèse est confiée à un mandataire externe de façon à mettre en lumière l'état de santé des enfants au cours des quatre premières années de vie et le lien avec les facteurs de risque des parents.
- La diffusion des connaissances est encouragée.

Champ d'action n^o 6 « Information et sensibilisation »

- L'OFSP contribue à l'élaboration d'un argumentaire rigoureux soulignant l'importance et la pertinence de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance dans la perspective d'une politique globale de la santé. Il met cet argumentaire à la disposition des différents acteurs. Les groupes cibles peuvent avoir des besoins différents et être plus ou moins difficiles à atteindre.
- Les activités d'information et de sensibilisation aident les autres services fédéraux, les cantons et les communes à diffuser des messages communs. L'OFSP coordonne ses activités avec d'autres acteurs sur le terrain, par exemple la Commission suisse pour l'UNESCO.

Le chapitre suivant formule des objectifs et des mesures concrètes pour chacun des champs d'action identifiés.

4. Objectifs et mesures concrètes de l'OFSP

Le présent chapitre précise les objectifs et les mesures qui, dans le cadre de la stratégie MNT, contribuent à améliorer la prise en charge de la petite enfance et ainsi à prévenir les MNT. Responsable de la mise en œuvre de ces mesures, l'OFSP collabore pour cela avec les acteurs concernés. La présentation de chaque objectif est précédée d'une description de la situation actuelle dans le domaine correspondant.

4.1 Objectif des champs d'action n^{os} 1 « Repérage précoce, promotion de la santé et prévention » et 2 « Prise en charge coordonnée et intégrée dans le système de santé, en particulier des familles socialement défavorisées »

En bref

- Les offres actuelles qui visent à améliorer la mise en réseau, la coordination et la coopération dans le domaine de la petite enfance sont principalement axées sur la FAE-PE. Une participation accrue des professionnels et des institutions de la santé serait particulièrement bénéfique pour les familles défavorisées sur le plan socio-économique et confrontées à des difficultés multiples.
- L'OFSP apporte son soutien à une sélection d'activités qui visent à mettre en réseau et à intégrer les acteurs de la prise en charge de la petite enfance.

Situation actuelle en Suisse

En comparaison internationale, la Suisse possède un système de santé efficace et de qualité. Cela vaut également pour la prise en charge de la grossesse et des familles avec de jeunes enfants. Il n'en demeure pas moins que les interfaces avec d'autres champs d'action du domaine de la petite enfance, notamment le travail social, les consultations parentales et la FAE-PE, peuvent être améliorées. Si les pédiatres jouent à l'évidence un rôle central dans le repérage précoce de l'exposition au stress des jeunes enfants, ils sont rarement en mesure de tirer pleinement parti de ce rôle, en général pour des raisons structurelles (comme les mécanismes de financement) (AAP 2012). En Suisse, il existe très peu de contacts institutionnalisés entre les pédiatres et les services de consultation dans le domaine social ou les consultations parentales. Ces contacts pourraient être activés sans grande difficulté par les praticiens concernés lorsqu'ils identifient des problèmes psychosociaux dans une famille à l'occasion d'examen réguliers. L'engagement de l'OFSP dans le domaine de la petite enfance, tel que concrétisé dans le présent document stratégique, est axé sur le secteur de la santé. L'objectif principal est de contribuer, dans le cadre de la stratégie MNT, à une meilleure intégration du système de santé dans le champ d'action multidisciplinaire de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance. Compte tenu du lien bien documenté entre les désavantages sociaux et l'inégalité des chances en matière de santé, une attention particulière doit être accordée au groupe cible des familles défavorisées sur le plan socio-économique et confrontées à des difficultés multiples (qu'elles soient ou non issues de la migration).

Mesure 1: encourager la constitution de réseaux centrés sur la famille

À partir de 2019, l'OFSP soutiendra, sur la base d'initiatives existantes et en collaboration avec les cantons concernés, une commune ou une région pour la constitution d'un réseau interinstitutionnel et interprofessionnel qui offre aux familles confrontées à des difficultés multiples un suivi professionnel sur le modèle du *case management* en veillant à l'interface avec la FAE-PE. Les expériences faites avec des projets similaires en Suisse (le projet TIPI au Tessin ou le projet Éducation familiale à Fribourg, p. ex.) ou

4.0

4.1

dans les pays voisins (les projets d'aide précoce en Allemagne et en Autriche, p. ex.) seront examinées au préalable et pourront être prises en compte dans la conception d'une offre de mise en réseau centrée sur la famille (en collaboration avec Primokiz ou dans le cadre des programmes d'intégration cantonaux, p. ex.).

Mesure 2: encourager d'autres offres

L'OFSP encourage et soutient d'autres offres qui visent à améliorer les possibilités d'atteindre les familles désavantagées sur le plan socio-économique et confrontées à des difficultés multiples (repérage et intervention précoces):

- Repérage précoce et prévention de l'obésité de façon à permettre la prise en charge, pendant la grossesse et durant la petite enfance, des familles difficiles à atteindre. L'accent est mis sur le repérage des mères et des familles qui, pour des causes à la fois psychiques et physiques, présentent un risque particulier de surcharge pondérale.
- Un soutien sera apporté à d'autres offres si elles répondent à un besoin avéré, par exemple des guides pratiques ou des formations pour les acteurs du système de santé (médecins de famille, pédiatres, sages-femmes, etc.).

Le financement est assuré par la section Prévention dans le domaine des soins (projet Soins prénataux et de la petite enfance, en particulier sur la question de la surcharge pondérale) ou par la section Promotion de la santé et prévention de l'OFSP (Constitution de réseaux centrés sur la famille). Des projets pilotes de prévention dans le domaine de la santé (gérés par l'OFSP et Promotion Santé Suisse) pourraient constituer une autre source de financement.

4.2 Objectif du champ d'action n° 3 « Mise en réseau des décideurs et des professionnels concernés dans l'administration, l'économie et la société civile »

En bref

- La mise en réseau, la coordination et la coopération entre les professionnels et les institutions des domaines de la santé et du social et les décideurs pertinents pour le soutien à la petite enfance constituent un défi majeur dans un système décentralisé comme celui de la Suisse.
- L'OFSP soutient les efforts existants de mise en réseau et prend des initiatives supplémentaires visant à améliorer la coordination des activités menées au niveau fédéral dans le domaine de la petite enfance.

Situation actuelle en Suisse

La recherche sur la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance souligne l'importance cruciale de la mise en réseau, de la coordination et de la collaboration interprofessionnelle dans ce domaine. Ce point a été confirmé par les professionnels qui ont participé à la table ronde.

En Suisse, les réseaux les plus importants dans le domaine de la petite enfance, mis en place à la faveur de projets comme Primokiz¹³, se concentrent pour l'essentiel sur la FAE-PE et les consultations parentales. Les institutions du système de santé (sages-femmes, pédiatres, etc.) n'y sont généralement associées que de façon marginale. Quelques initiatives cherchent néanmoins à encourager la mise en réseau et la coordination des différents champs d'action professionnels de la petite enfance. Outre les projets Family Start, mentionnés au ch. 2.3 et qui assurent la mise en réseau des professionnels après la naissance, le Dialogue sur l'intégration dès la naissance de la Conférence tripartite¹⁴ s'efforce d'améliorer les conditions de vie des jeunes enfants par la constitution de réseaux et par des mesures concrètes à l'interface du système de santé et du domaine de la migration. Un autre exemple est le projet Miapas¹⁵ de Promotion Santé Suisse, qui met principalement l'accent sur le système de santé et l'interface avec les consultations parentales. En outre, l'Association des communes suisses prévoit de mener, à l'automne 2018 et au printemps 2019, des activités de suivi sur la thématique de l'encouragement précoce au niveau communal. Ces activités seront organisées en collaboration avec le Réseau suisse d'accueil extrafamilial, Pro enfance et d'autres partenaires dans le cadre d'un projet Ready! sur la politique de la petite enfance au niveau communal¹⁶. Enfin, la thématique de la petite enfance occupe une place toujours plus significative dans le développement des politiques cantonales de l'enfance et de la jeunesse (Bolliger/Sager 2017), pour lesquelles la CDAS joue un rôle important de coordination au sein des conférences cantonales.

La faiblesse des investissements dans le domaine de la petite enfance en Suisse, en particulier dans la FAE-PE, a été soulignée à plusieurs reprises dans la littérature spécialisée. Ce constat a également été confirmé lors de la table ronde. La mise en réseau des organisations spécialisées dans la petite enfance dépend elle aussi, dans une large mesure, du contexte politique et administratif. L'évaluation de la première phase du programme Primokiz (Stern/Schultheiss *et al.* 2016), par exemple, a souligné les difficultés que rencontre, dans les cantons et les communes, la mise en œuvre des modèles d'amélioration de la prise en charge de la petite enfance élaborés dans le cadre du programme ainsi que les difficultés à ancrer durablement ces modèles dans les structures après la fin du projet. De nombreux exemples, dans le contexte de Primokiz mais aussi d'autres programmes, montrent toutefois qu'un ancrage durable est

¹³ <https://jacobsfoundation.org/fr/activity/primokiz2/>

¹⁴ <http://www.dialog-integration.ch/fr/avant-l-ecole>

¹⁵ <https://promotionsante.ch/programmes-d-action-cantonaux/alimentation-et-activite-physique/enfants-et-adolescents/themes-cles/encouragement-precoce.html>

¹⁶ Information de la directrice suppléante de l'Association des communes suisses dans un courriel du 18.4.2018

possible. C'est le cas, par exemple, des mesures prises par le canton de Berne pour la mise en réseau à l'échelle régionale et l'exploitation du site Portail famille (www.fambe.sites.be.ch).

Une attention particulière doit être accordée à la mise en réseau et à la coordination des acteurs de la Confédération, des cantons et des communes, ainsi qu'avec les initiatives de la société civile et du secteur privé. L'objectif n'est pas de centraliser la mise en réseau, mais de soutenir les efforts existants et d'amener à ce que la perspective du système de santé soit mieux prise en compte. Une amélioration des échanges et de la collaboration entre les régions linguistiques au sujet de la petite enfance doit également être recherchée.

Mesure 1: mettre en réseau les professionnels de la petite enfance par le biais de conférences spécialisées interdisciplinaires

À partir de 2018, l'OFSP organisera chaque année ou tous les deux ans, éventuellement avec des partenaires, une conférence spécialisée interdisciplinaire visant à améliorer l'intégration des activités professionnelles dans le domaine de la petite enfance, en mettant l'accent sur les professionnels du secteur de la santé. L'OFSP recherche à cette fin des synergies avec des organisations partenaires comme le Réseau suisse d'accueil extrafamilial ou Promotion Santé Suisse. Des synergies sont également possibles avec des thématiques prioritaires de la stratégie MNT, par exemple pendant l'année 2020, qui est consacrée à la santé des enfants et des jeunes. Une conférence spécialisée doit répondre aux besoins des professionnels et des partenaires et s'inscrire dans une relation de cohérence avec les activités de l'OFSP.

Mesure 2: participer activement aux réseaux existants

L'OFSP participe activement aux réseaux qui visent à favoriser la connaissance et l'acceptation de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance par les décideurs de l'économie et de la société civile. L'accent est mis sur le réseau Miapas de Promotion Santé Suisse, sur le comité stratégique de l'UNESCO, qui élabore actuellement un modèle de politique éducative pour la petite enfance, ainsi que sur les initiatives des milieux professionnels concernés et de la société civile.

Mesure 3: contribuer à la mise en réseau des acteurs des différents niveaux étatiques

En avril 2018, l'OFSP a organisé une réunion avec des représentants de tous les niveaux étatiques (CDIP, CDS, CDAS, Confédération, communes/villes) pour un échange de points de vue sur la thématique et une discussion sur le document stratégique de l'OFSP. L'objectif est de poursuivre cet échange au sujet de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance. Il serait également souhaitable que les services fédéraux compétents – l'OFAS avec le programme national de lutte contre la pauvreté, le Secrétariat d'État aux migrations et, le cas échéant, d'autres offices fédéraux – maintiennent un échange régulier, avec le soutien actif de l'OFSP. Il faut tenir compte du fait que l'OFAS assure un rôle de coordination dans la politique de l'enfance et de la jeunesse.

4.3 Objectif du champ d'action n° 5 « Monitoring et recherche »

En bref

- Les données sur la petite enfance présentent d'importantes lacunes, en particulier en ce qui concerne l'état de santé des enfants de 0 à 4 ans.
- Les nouveaux systèmes de monitoring de l'OFSP sur les MNT et les addictions comprennent des indicateurs sur les enfants et les jeunes. Des mandats de recherche sur des aspects spécifiques sont également envisageables (de façon limitée).

Situation actuelle en Suisse

Une analyse actuelle de la recherche en FAE-PE fait apparaître des lacunes sur plusieurs points (Burger *et al.* 2017, p. 43 ss): l'établissement de rapports réguliers sur l'éducation et l'accueil de la petite enfance, la mesure de la qualité des établissements (crèches, familles de jour, etc.), l'analyse du pilotage politique (gouvernance) de la prise en charge dans le domaine de la petite enfance, la recherche sur les professions liées à la petite enfance, l'analyse secondaire de données provenant d'études existantes, les analyses coûts-avantages, la mesure des effets des partenariats publics-privés, l'analyse de l'impact des politiques du personnel favorables à la famille, ainsi que l'analyse des facilités ou des difficultés d'accès pour les familles socialement défavorisées. La recherche est encore peu ou pas développée sur ces thématiques. Nombre de ces lacunes en matière de recherche ont également été relevées par les participants à la table ronde.

L'étude de Burger *et al.* (2017) préconise comme objectif primordial la mise en place d'une infrastructure de recherche solide. Dans le cadre de la stratégie MNT, l'OFSP met naturellement l'accent sur la recherche qui se rapporte au développement de l'enfant. Un suivi systématique de la santé des enfants jusqu'à l'âge de 4 ans serait, dans ce contexte, tout aussi souhaitable que des études portant sur les possibilités d'accéder aux familles défavorisées. Une des priorités est l'exposition au stress des jeunes enfants confrontés à la violence familiale ou à la négligence affective. Les études d'intervention menées sur une longue période, par exemple le suivi scientifique du programme Zeppelin, sont extrêmement rares en Suisse. Comme pour la mise en réseau et la coordination, l'OFSP joue un rôle de soutien dans le cadre de la stratégie MNT, mais n'est pas en mesure de fournir un financement global de la recherche.

Mesure 1: mandater un projet de recherche pour une étude scientifique sur la santé, la promotion de la santé et la prévention durant la petite enfance

L'étude doit faire la synthèse des connaissances et des données nationales existantes sur la grossesse et la petite enfance:

- De la grossesse à l'âge de 4 ans, l'accent étant mis sur les informations (médicales) pertinentes pour la santé telles que l'état de santé et l'influence des facteurs de risque des parents (pauvreté, addictions, parcours migratoire, etc.). Identification et énumération des lacunes les plus importantes.
- Aperçu des études et des évaluations de projets sur l'accès aux familles, en particulier celles en situation de vulnérabilité. Identification des facteurs dont l'efficacité a été démontrée, des lacunes et de la nécessité d'agir.
- Estimation de la charge de morbidité des enfants de 0 à 4 ans en Suisse.

Mesure 2: utiliser les systèmes de monitoring des MNT et des addictions et d'autres projets de recherche

Les nouveaux systèmes de monitoring de l'OFSP sur les MNT et les addictions comprennent des indicateurs sur les enfants. Parallèlement, d'autres projets de recherche peuvent être mis en œuvre (de manière limitée).

4.4 Objectif du champ d'action n° 6 « Information et sensibilisation à l'importance de la promotion de la santé et de la prévention durant la petite enfance »

En bref

- Pour obtenir une amélioration durable de la prise en charge de la petite enfance, il est essentiel que l'opinion publique et surtout les décideurs comprennent mieux les raisons pour lesquelles la promotion de la santé et la prévention sont si importantes durant la petite enfance
 - L'OFSP traite les informations tirées du présent document stratégique et de la recherche nationale et internationale en tenant compte des spécificités des groupes cibles, et les diffuse en utilisant les canaux d'information disponibles
-

Situation actuelle en Suisse

Un des objectifs des activités menées dans le cadre de la stratégie MNT est d'informer et de sensibiliser les acteurs concernés et la population en général. L'information et la sensibilisation jouent un rôle important dans l'amélioration des structures de soins dans le domaine de la petite enfance. Ici aussi, l'objectif n'est pas de se substituer aux canaux d'information existants des différentes institutions, mais de les compléter en mettant l'accent sur l'intégration du secteur de la santé dans les activités liées à la petite enfance. Une des priorités est la transmission de connaissances scientifiques en tenant compte des besoins de l'administration, de l'économie privée et de l'opinion publique.

Mesure 1: sensibiliser les décideurs dans l'administration, l'économie et la société civile

L'OFSP extrait les principaux arguments du présent document stratégique en tenant compte des spécificités des groupes cibles.

Mesure 2: diffuser les résultats des recherches soutenues dans le cadre des stratégies MNT et Addictions

À partir de 2019, les résultats des mandats de recherche et des activités des projets seront traités et mis à la disposition des milieux professionnels, des décideurs et du public sous une forme à la fois informative et facilement compréhensible.

Mesure 3: sensibiliser les milieux professionnels et le grand public

L'OFSP utilise et soutient les canaux d'information de ses partenaires. Ainsi, le fil d'information du Réseau suisse d'accueil extrafamilial peut être utilisé pour diffuser des informations ou annoncer le calendrier des manifestations. L'OFSP communique également des informations aux médias spécialisés (magazines et blogs pour parents, etc.) et sur son site Internet.

4.5 Vue d'ensemble des mesures

	2018	2019	2020	2021	2022–2024
Mesure 1.1	Étude préliminaire sur la constitution de réseaux centrés sur la famille	Soutien au projet de constitution de réseaux centrés sur la famille	Projet sur le repérage précoce et la prévention de l'obésité	Autres projets si nécessaire	
Mesure 2.1	Conférence nationale interdisciplinaire du 19.11.2018	Contribution à la conférence, si possible	Contribution à la conférence nationale pendant l'année consacrée aux enfants et aux jeunes	Contribution à la conférence, si possible	Conférences interdisciplinaires
Mesure 2.2	Réunions d'échange entre les différents niveaux étatiques	Réalisation de canaux d'échange d'informations			
Mesure 2.3	Collaboration en réseaux				
Mesure 3.1/3.2	Étude de synthèse	Présentation de l'étude de synthèse	Chapitre dans le rapport de l'Obsan	Autres recherches si nécessaire	
Mesure 4.1/4.2	Arguments du document stratégique : brochure, site Internet	Résultats de la recherche et des projets en cours	Établissement régulier de rapports		
Mesure 4.3	Fil d'information, calendrier, relations avec les médias	Établissement régulier de rapports			

4.6 Évaluation

Un rapport de projet indiquera le nombre, le type et la portée des mesures mises en œuvre ainsi que les objectifs atteints dans les différents champs d'action.

Au terme des stratégies MNT et Addictions, la réalisation des objectifs de mise en œuvre des mesures dans le domaine de la petite enfance sera évaluée.

Annexe



5. Bibliographie

American Academy of Pediatrics AAP (2012). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. Policy Statement. *Pediatrics* 129, 1: e224-e231.

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: dgvt.

Bandura, Albert (1999). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck, 2003.

Barker, Mary; Baird, Janis; Tinati, Tannaze; Vogel, Christina; Strömmer, Sofia; Rose, Taylor; Begum, Rufia; Jarman, Megan; Davies, Jenny; Thompson, Sue; Taylor, Liz; Inskip, Hazel; Cooper, Cyrus; Nutbeam, Don et Lawrence Wendy (2017). Translating Developmental Origins: Improving the Health of Women and Their Children Using a Sustainable Approach to Behaviour Change. *Healthcare* 5, 17; doi:10.3390/healthcare5010017.

Barnett, W. Steven (2011). Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science* 333: 975-978.

Barnett, W. Steven (2013). *Getting the Facts Right on Pre-K and the President's Pre-K Proposal*. Policy Report. New Brunswick: National Institute for Educational Research.

Barnett, W. Steven et Masse Leonard N. (2007). Comparative Benefit-cost Analysis of the Abecedarian Program and its Policy Implications. *Economics of Education Review* 26: 113-125.

Bartlett, Jessica D.; Smith, Sheila et Bringewatt, Elizabeth (2017). *Helping Young Children Who Have Experienced Trauma: Policies and Strategies for Early Care and Education*. New York: National Center for Children in Poverty.

Bauer, Joachim (2006). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. 8. Auflage. Francfort: Piper.

Belfield, Clive R. et Kelly, Inas R. (2010). *The Benefits of Breastfeeding across the Early Years of Childhood*. Working Paper 16496. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Benarous, Xavier; Raffin, Marie; Bodeau, Nicolas; Dhossche, Dirk; Cohen, David et Consoli, Angèle (2016). Adverse Childhood Experiences Among Inpatient Youths with Severe and Early-Onset Psychiatric Disorders: Prevalence and Clinical Correlates. *Child Psychiatry and Human Development*. DOI 10.1007/s10578-016-0637-4.

Bolliger, Christian et Sager, Patricia (2017). *Constitution et développement des politiques cantonales de l'enfance et de la jeunesse: état des lieux de l'octroi d'aides financières par la Confédération en vertu de l'article 26 LEEJ*. Rapport de recherche de la série « Aspects de la sécurité sociale ». Berne: Office fédéral des assurances sociales.

Braveman, Paula (2014). What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? *Maternal Child Health Journal* 18: 366-372.

Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brown, David W.; Anda, Robert F.; Tiemeier, Henning; Felitti, Vincent J.; Edwards, Valerie J.; Croft, Janet B. et Giles, Wayne H. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14: 245-258.

- Burger, Kaspar ; Neumann, Sascha et Brandenburg, Kathrin (2017). *Studien zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz*. Eine Bestandsaufnahme erstellt im Auftrag der Jacobs Foundation. Fribourg/Sion: Universität Fribourg, Université de Genève (section Valais).
- Camilli, Gregory ; Vargas, Sadako ; Ryan, Sharon et Barnett, W. Steven (2010). Meta-Analysis of the Effects of Early Education Interventions on Cognitive and Social Development. *Teachers College Record Volume 112*, 3 : 579-620.
- Conseil fédéral (2018). *Détection précoce des violences intrafamiliales envers les enfants par les professionnels de la santé: rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 12.3206 Feri Yvonne du 15 mars 2012*. Berne.
- CSRE (2014). *L'éducation en Suisse: rapport 2014*. Aarau: Centre suisse de coordination pour la recherche en éducation.
- Danese, Andrea et McEwen, Bruce S. (2012). Adverse Childhood Experiences, Allostasis, Allostatic Load, and Age-related Disease. *Physiology & Behavior* 106 : 29-39.
- Engel, George L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196 : 129-136.
- Fachverband Sucht (2016). *Die Bedeutung der Frühen Förderung für die Suchtprävention. Haltungspapier des Fachverbands Sucht*. Zurich : Fachverband Sucht.
- Gigerenzer, Gerd (2013). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. Munich : Bertelsmann.
- Guralnick, Michael J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants Young Child* 24, 1 : 6-28.
- Haas, Sabine et Weigl, Marion (2014). *Frühe Hilfen - Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur*. Vienne : Gesundheit Österreich GmbH; Bundesministerium für Gesundheit.
- Hafen, Martin (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. 2. Aufl. Heidelberg : Carl Auer.
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage, Heidelberg : Carl Auer.
- Hafen, Martin (2014a). «Better Together» - Prävention durch Frühe Förderung. *Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren*. 2., überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Lucerne : Haute école spécialisée de Lucerne, Travail social.
- Hafen, Martin (2014b). Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention 01/2014* : 2-7
- Hafen, Martin (2016a). Of what use (or harm) is a positive health definition. *Journal of Public Health* 24 : 437-441.
- Hafen, Martin (2016b). Selbst- und Sozialkompetenzen in Ausbildungsgängen der Sozialen Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit* 18 : 7-23.
- Hafen, Martin (2017). Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in der frühen Kindheit. *Public Health Forum* 25, 1 : 81-83.
- Heckman, James J. (2008). *Schools, Skills, and Synapses*. IZA-Discussion Paper No. 3515. Bonn : Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit IZA.

Heckman, James ; Masterov Dimitryi (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economic* 29, 3 : 446-493.

Hüther, Gerald et Krens, Inge (2008). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen*. Weinheim et Bâle : Beltz.

Hüttenmoser, Marco (1995). Children and Their Living Surroundings: Empirical Investigations into the Significance of Living Surroundings for the Everyday Life and Development of Children. *Children's Environments* 12, 4 : 403-413.

INFRAS (2018). *Encouragement précoce. Guide à l'intention des petites et moyennes communes*. Berne : Office fédéral des assurances sociales / Programme national contre la pauvreté.

Kahneman, Daniel (2011). *Système 1 / Système 2 : les deux vitesses de la pensée*. Paris : Flammarion, 2012.

Kegel, Bernhard (2009). *Epigenetik – Wie Erfahrungen vererbt werden*. Cologne : Dumont.

Kickbusch, Ilona (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg : Verlag für Gesundheitsförderung.

Kickbusch, Ilona ; McCann, Warren et Sherbon, Toni (2008). Adelaide Revisited: From Healthy Public Policy to Health in All Policies. *Health Promotion International* 23, 1 : 1-4.

Kocher, Gerhard (2015). Grosse nationale Unterschiede. *Bulletin des médecins suisses* 96, 40 : 1454-1458.

Knaller, Christine (2013). *Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen*. Vienne : Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG.

Kurth, Elisabeth ; Krähenbühl, Katrin ; Eicher, Manuela ; Rodmann, Susanne ; Fölml, Luzia ; Conzelmann, Cornelia et Zemp, Elisabeth (2016). Safe Start at Home: What Parents of Newborns Need After Early Discharge From Hospital – A Focus Group Study. *BMC Health Services Research* 16, 82. DOI 10.1186/s12913-016-1300-2.

Lanfranchi, Andrea et Neuhauser, Alex (2013). ZEPPELIN 0 – 3 : Theoretische Grundlagen, Konzept und Implementation des frühkindlichen Förderprogramms „PAT – Mit Eltern Lernen“ . *Frühe Bildung* 2, 1 : 3-11.

Luhmann, Niklas (1994). *Systemes sociaux: esquisse d'une théorie générale*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2011.

Luhmann, Niklas (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main : Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden : Westdeutscher Verlag.

Marmot, Michael (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. www.ucl.ac.uk/marmotreview.

Martin-Diener, Eva ; Meyer, Julia ; Braun, Julia ; Tarnutzer, Silvan ; Faeh, David ; Rohrmann, Sabine et Martin, Brian W. (2014). The Combined Effect on Survival of Four Main Behavioural Risk Factors for Non-communicable Diseases. *Preventive Medicine* 65 : 148-152.

Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2011). *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«*. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen. Cologne : Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH.

Meier Magistretti, Claudia et Schraner, Marco (2017). Encouragement précoce dans les petites et moyennes communes. Les communes comme plateforme stratégique et réseau d'encouragement précoce : analyse de la situation et recommandations, sur mandat de l'Association des communes suisses avec le concours de Natalie Benelli (HSLU-SA), Claudia Hametner (ACS) et Norbert Graf (ACS). Lucerne : Haute école spécialisée de Lucerne, Travail social ; Association des communes suisses.

Moffitt, Terry E. ; Arseneault, Louise ; Belsky, Daniel... et Caspi, Avshalom (2011). A Gradient of Childhood Self-Control Predicts Health, Wealth, and Public Safety *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108, 7 : 2693-2698.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2015). *Qualifizierungsmodule für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger*. Cologne : NZFH en coopération avec le Felsenweg-Institut der Karl Kübel Stiftung für Kind und Familie.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Mit Empfehlung zur Weiterentwicklung Früher Hilfen*. Bericht 2016. Cologne : NZFH.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (2017b). *Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz – Frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Empfehlungen an die Politik zur weiteren Ausgestaltung der Frühen Hilfen vom Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Cologne : NZFH.

OCDE (2012). *Regards sur l'éducation 2015 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.

OCDE (2015a). *Regards sur l'éducation 2015 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.

OCDE (2015b). *Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.

OCDE (2017). *Études économiques de l'OCDE : Suisse 2017*. Paris : OCDE.

OCDE (2018). *Erfolgsfaktor Resilienz. Warum manche Jugendliche trotz schwieriger Startbedingungen in der Schule erfolgreich sind und wie Schulerfolg auch bei allen anderen Schülerinnen und Schülern gefördert werden kann. Eine PISA-Sonderauswertung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Kooperation mit der Vodafone Stiftung Deutschland*. Düsseldorf : OECD und Vodafone Stiftung Deutschland, <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/pisa-2015-resilienz.htm> (consulté le 5.3.2018).

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Fondation Promotion Santé Suisse (2015). *Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Berne : OFSP

Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Office fédéral de la statistique (OFS) 2017. *Dépenses publiques d'éducation, évolution*. Berne : OFS, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/education-science/indicateurs-formation/systeme-formation-suisse/degre-formation/tous-degrees/depenses-publiques-education.assetdetail.4182696.html> (consulté le 10.9.2018).

Perez-Botella, Mercedes ; Downe, Soo ; Meier Magistretti, Claudia ; Lindström, Bengt et Berg, Marie (2015). The Use of Salutogenesis Theory in Empirical Studies of Maternity Care for Healthy Mothers and Babies. *Sexual and Reproductive Healthcare* 6 : 33-39.

Réseau suisse d'accueil extrafamilial et Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté [éd.] (2016). *Prévention de la pauvreté et petite enfance : aspects et éléments constitutifs d'une collaboration réussie avec les parents. Approfondissement thématique du Cadre d'orientation pour la formation, l'accueil et l'éducation de la petite enfance en Suisse*. Berne.

Reynolds, Arthur J. ; Temple, Judy A. ; White, Barry A. B. ; Ou, Suh-Ruu et Robertson, Dylan A. (2011). Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development* 82 : 379-404.

Richard-Elsner, Christiane (2017). *Draussen Spielen. Lehrbuch*. Weinheim : Beltz.

Roth, Gerhard (2012). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rutter, Michael (2006). *Genes and Behavior: Nature-nurture Interplay Explained*. Malden : Blackwell Publishing.

Schaeffer, Doris et Pelikan, Jürgen M. (éd.) (2017). *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Göttingen : Hogrefe.

Schulte-Haller, Mathilde (2009). *Développement précoce. Recherche, état de la pratique et du débat politique dans le domaine de l'encouragement précoce: situation initiale et champs d'action. Documentation sur la politique de migration*. Berne : Commission fédérale pour les questions de migration (CFM).

Schweinhart, Lawrence J. ; Montie, Jeanne ; Xiang, Zongping ; Barnett, Stephen ; Belfield Clive ; Nores, Milagros (2005). *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age*. Ypsilanti, MI 48198 : High/Scope Press.

Shonkoff, Jack P. (2011). Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science* 333 : 982-983.

Shonkoff, Jack P. et Garner, Andrew S. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 129 : e232-e246.

Simoni, Heidi ; Herren, Judith ; Kappeler, Silvana et Licht Batya (2008). Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. S. 15-34 in: Tina Malti & Sonja Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.

Simoni, Heidi et Wustmann, Corinna (2012). *Cadre d'orientation pour la formation, l'accueil et l'éducation de la petite enfance en Suisse*. 2^e édition réalisée par l'Institut Marie Meierhofer pour l'enfance sur mandat de la Commission suisse pour l'UNESCO et du Réseau suisse d'accueil extrafamilial. Zurich : Réseau suisse d'accueil extrafamilial.

Spork, Peter (2017). *Gesundheit ist kein Zufall. Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neusten Erkenntnisse der Epigenetik*. Munich : Deutsch Verlags-Anstalt.

Stamm, Margrit (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Fribourg : Université de Fribourg.

Stern, Susanne ; Schultheiss, Andrea ; Fliedner, Juliane ; Iten, Rolf et Felfe, Christina (2015). *Analyse des coûts complets et du financement des places de crèche en Allemagne, en France et en Autriche, en comparaison avec la Suisse*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 3/15. Berne : Office fédéral des assurances sociales.

Stern, Susanne ; Gschwend, Eva ; Iten, Rolf ; Bütler, Monika et Ramsden, Alma (2016). *Whitepaper zu den Kosten und Nutzen einer Politik der frühen Kindheit*. Zurich : Jacobs Foundation.

Stern, Susanne ; Schultheiss, Andrea ; Schwab Cammarano, Stefanie et Angst, Vanessa (2016). *Evaluation Primokiz. Schlussbericht*. Zurich : Infrac.

Stern, Susanne ; Schwab Cammarano, Stefanie et De Rocchi, Ariane (2016). *Stratégies cantonales et coordination dans le domaine de l'accueil et de l'éducation de la petite enfance. Un état des lieux dans les cantons*. Zurich : Jacobs Foundation en partenariat avec l'OFAS et le Secrétariat d'État aux migrations.

Stringhini, Silvia; Carmeli, Cristian; Jokeli, Marcus... Kivimäki, Mika (2017). Socioeconomic Status and the 25x25 Risk Factors as Determinants of Premature Mortality: A Multicohort Study and Meta-analysis of 1.7 Million Men and Women. *The Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(16)32380-7.

Turrini, Alex; Cristofoli, Daniela; Frosini, Francesca et Nasi, Greta (2010). Networking Literature about Determinants of Network Effectiveness. In: *Public Administration* 88, 2 : 528-550.

Walter-Laager, Catherine et Meier Magistretti, Claudia (2016a). *Literaturstudie und Good-Practice-Kriterien zur Ausgestaltung von Angeboten der frühen Förderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 16. Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

Walter-Laager, Catherine; Meier Magistretti, Claudia (2016b): *Guide: Critères de bonnes pratiques pour l'encouragement précoce. Aménagement d'offres d'encouragement précoce fondé sur l'analyse de données empiriques, avec un accent particulier sur les enfants de familles socialement défavorisées*. Berne: Office fédéral des assurances sociales / Programme national contre la pauvreté.

Werner, Emmy E. (1993). Risk, Resilience and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology* 5: 503-515.

Wilson-Simmons, Renée; Jiang, Yang et Aratani, Yumiko (2017). *Strong at the Broken Places: The Resiliency of Low-Income Parents*. New York: National Center for Children in Poverty.

