

Novembre 2022



Rapport 8

Promotion de la santé pour et avec les enfants

Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 4.80 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Dans la série «**Rapport Promotion Santé Suisse**», la Fondation publie des travaux réalisés par elle-même ou sur mandat, destinés aux spécialistes sur le terrain et aux scientifiques, ainsi qu'aux médias et aux intervenant-e-s de la politique de la santé. Ces rapports sont soumis à un contrôle de qualité (comité de révision, groupe d'accompagnement). Leur contenu relève de la responsabilité rédactionnelle de leurs auteur-e-s. Les rapports de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Impressum

Édité par

Promotion Santé Suisse

Auteurs et auteurs

- **Chapitre 1 Introduction:** Dr phil. Fabienne Amstad
- **Chapitre 2 Cadres de vie:** Dr phil. Gisela Unterweger, Prof. Dr phil. Anja Sieber
- **Chapitre 3 Principes et méthodes:** Prof. Dr med. Julia Dratva, Matthias Meyer, dipl. SozÖk, Prof. Dr phil. Karin Nordström
- **Chapitre 4 Égalité des chances:** lic. phil. Dominik Weber
- **Chapitre 5 Encouragement précoce:** Prof. Dr phil. hist. Martin Hafen
- **Chapitre 6 Activité physique:** Prof. Dr med. Susi Kriemler, PD Dr phil. Thomas Radtke
- **Chapitre 7 Alimentation:** Dr Sophie Bucher Della Torre
- **Chapitre 8 Santé psychique:** Prof. Edouard Gentaz
- **Chapitre 9 Interactions:** MSc Ronia Schiftan, MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani
- **Chapitre 10 Conclusion et recommandations:** lic. phil. Florian Koch, Dr phil. Fabienne Amstad

Direction de projet Promotion Santé Suisse

- Fabienne Amstad, direction générale du projet Rapports de base
- Florian Koch, direction du projet Rapport de base enfants
- Christa Rudolf von Rohr, publication

Groupe d'accompagnement

- Nina Baldinger, canton d'Argovie, département de la santé et des affaires sociales
- Lucas Gross, canton de Zurich, prévention et promotion de la santé
- Martina Durrer, canton de Nidwald, promotion de la santé et intégration
- Marion Forel, consultante et formatrice en santé publique
- Erika Dähler, Alliance Enfance
- Cornelia Conrad-Zschaber, RADIX Fondation suisse pour la santé
- Unité programmes, Promotion Santé Suisse

Relecture

Christa Rudolf von Rohr

Série et numéro

Promotion Santé Suisse, Rapport 8

Citation

Amstad, F., Unterweger, G., Sieber, A., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Hafen, M., Kriemler, S., Radtke, T., Bucher Della Torre, S., Gentaz, E., Schiftan, R., Wittgenstein Mani, A.-F. & Koch, F. (2022). *Promotion de la santé pour et avec les enfants – Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique*. Rapport 8. Promotion Santé Suisse.

Crédit photographique image de couverture

iStock

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne, Tél. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original

Allemand et français

Numéro de commande

02.0450.FR 11.2022

Cette publication est également disponible en allemand et en italien (numéros de commande 02.0450.DE 11.2022 et 02.0450.IT 11.2022).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, novembre 2022

Éditorial

La santé, un bien essentiel

L'importance de la santé pour nous tou-te-s a été clairement démontrée, notamment au cours de ces dernières années marquées par une pandémie. La santé est un bien précieux, car elle nous donne la capacité d'agir et d'adopter un mode de vie qui nous convient. La pandémie a clairement mis en évidence et renforcé la pertinence de la promotion de la santé pour la société. La Fondation Promotion Santé Suisse souhaite profiter de cette prise de conscience pour faire progresser la promotion de la santé et poursuivre les succès précédents.

Programmes d'action cantonaux – histoire d'un succès

En 2007, la Fondation Promotion Santé Suisse a commencé à planifier et à mettre en œuvre, en collaboration avec les cantons, des programmes d'action cantonaux sur le thème «Poids corporel sain» chez les enfants et les adolescent-e-s. Ces programmes ont déclenché une dynamique positive de promotion de la santé dans toute la Suisse. Cinq ans plus tard, fort de son succès, le Conseil de fondation a décidé de développer les programmes d'action cantonaux et de les ouvrir au groupe cible des personnes âgées, ainsi que d'y inclure le thème de la santé psychique. Désormais, presque tous les cantons mettent en œuvre avec succès des programmes d'action cantonaux.

Basé sur des données scientifiques et orienté vers la pratique

Le présent rapport constitue la base des travaux que Promotion Santé Suisse mène sur ces thèmes auprès des groupes cibles et, donc, des programmes d'action cantonaux. Les bases scientifiques ont été mises à jour et, cette fois-ci, un rapport distinct a été consacré aux trois groupes cibles de la Fondation, à savoir:

- les enfants,
- les adolescent-e-s, les jeunes adultes et
- les personnes âgées.

Ces trois rapports suivent une structure uniforme et sont étayés de nombreuses connaissances spécialisées. Ainsi, différent-e-s expert-e-s ont rédigé des chapitres spécifiques aux groupes cibles sur les mêmes thèmes (santé psychique, activité physique et alimentation).

Le présent rapport sur les enfants montre les opportunités offertes par la promotion de la santé avec ce groupe cible et les interventions possibles basées sur des preuves.

La Fondation remercie les auteur-e-s et les membres du groupe d'accompagnement pour leur excellent et précieux travail et souhaite aux lecteur-trice-s une agréable lecture.



Thomas Mattig
Directeur



Bettina Abel
Vice-directrice

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Management Summary | 8 |
| 1 Introduction | 12 |
| 2 Cadres de vie des enfants | 14 |
| 2.1 Principes et définitions | 14 |
| 2.2 Le concept de cadre de vie | 14 |
| 2.3 Changements et transitions dans le cadre de vie | 16 |
| 3 Principes et méthodes de promotion de la santé chez les enfants | 18 |
| 3.1 Promotion de la santé et prévention | 18 |
| 3.2 Gestion des impacts et évaluation | 21 |
| 3.3 La santé des enfants en Suisse: chiffres actuels | 23 |
| 3.4 Définition de la santé spécifique au groupe cible | 24 |
| 3.5 Objectifs de la promotion de la santé chez les enfants | 25 |
| 3.6 Settings et acteurs | 26 |
| 3.7 Défis, potentiel et approches de la promotion de la santé et de la prévention chez les enfants | 26 |
| 4 L'égalité des chances en matière de santé | 35 |
| 4.1 Promouvoir l'égalité des chances en matière de santé grâce à des mesures d'équité | 36 |
| 4.2 Émergence de différences socialement déterminées en matière de santé | 36 |
| 4.3 Ce que peut faire la promotion de la santé | 37 |
| 4.4 Mesures éprouvées et critères de réussite | 38 |
| 4.5 Définition des groupes cibles | 39 |
| 5 Encouragement précoce | 43 |
| 5.1 Définition | 43 |
| 5.2 Arguments scientifiques en faveur de l'importance de l'encouragement précoce | 43 |
| 5.2.1 La perspective de la promotion de la santé et de la prévention | 43 |
| 5.2.2 La perspective de la théorie des systèmes | 44 |
| 5.2.3 La perspective de la théorie de l'attachement | 45 |
| 5.2.4 La perspective des sciences naturelles | 45 |
| 5.2.5 La perspective des compétences de vie | 45 |
| 5.2.6 La perspective de la théorie sur la pauvreté | 45 |
| 5.2.7 La perspective économique | 46 |
| 5.3 La situation de l'encouragement précoce en Suisse et les pistes d'optimisation | 47 |
| 5.3.1 Policy et information au public | 47 |
| 5.3.2 Interventions et mise en réseau | 50 |
| 5.4 Conclusion | 51 |
| 6 Promotion de l'activité physique régulière | 52 |
| 6.1 Principes et définitions | 52 |
| 6.2 Pourquoi encourager l'activité physique chez les enfants? | 52 |
| 6.3 Recommandations en matière d'activité physique et comportement favorable à celle-ci durant l'enfance | 54 |
| 6.4 Comportement actif et sédentaire des enfants en Suisse | 55 |
| 6.5 Promotion de l'activité physique dans l'enfance | 59 |
| 6.6 Égalité des chances dans l'encouragement de l'activité physique | 61 |
| 6.7 Conclusion | 62 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 7 | Promotion d'une alimentation équilibrée | 64 |
| 7.1 | Pourquoi promouvoir une alimentation équilibrée chez les enfants? | 64 |
| 7.2 | Recommandations nutritionnelles et alimentaires | 64 |
| 7.3 | Que mangent les enfants? | 67 |
| 7.4 | Facteurs influençant la consommation alimentaire | 67 |
| 7.4.1 | Facteurs biologiques | 67 |
| 7.4.2 | Expériences avec les aliments | 67 |
| 7.4.3 | Facteurs intra- et interpersonnels | 67 |
| 7.4.4 | Facteurs sociaux et environnementaux | 68 |
| 7.5 | Interventions possibles et leur efficacité | 69 |
| 7.5.1 | Exemples d'interventions | 69 |
| 7.5.2 | Littératie médiatique | 73 |
| 7.5.3 | Interventions durant la grossesse et soutien à l'allaitement | 73 |
| 7.5.4 | Considérations générales sur les interventions | 73 |
| 7.6 | L'égalité des chances dans la promotion d'une alimentation équilibrée | 74 |
| 7.7 | Conclusion | 75 |
| 8 | Promotion de la santé psychique | 76 |
| 8.1 | La santé psychique chez les enfants (0-12 ans) en Suisse | 76 |
| 8.2 | Le développement psychologique de l'enfant et son environnement | 78 |
| 8.3 | Comment favoriser ou renforcer la santé psychique des enfants? | 79 |
| 8.3.1 | Les ressources internes | 79 |
| 8.3.2 | Les ressources externes | 84 |
| 8.4 | Conclusion | 88 |
| 9 | Interaction entre activité physique, alimentation et santé psychique | 89 |
| 9.1 | Introduction | 89 |
| 9.2 | Interaction entre les thèmes | 89 |
| 9.2.1 | Santé psychique et activité physique | 89 |
| 9.2.2 | Alimentation et activité physique | 91 |
| 9.2.3 | Santé psychique et alimentation | 92 |
| 9.3 | Le jeu: une porte d'entrée essentielle pour soutenir la santé psychique | 94 |
| 10 | Conclusions et recommandations | 96 |
| 10.1 | Arguments en faveur de la promotion de la santé: POURQUOI | 96 |
| 10.2 | Recommandations | 96 |
| 11 | Sources | 99 |

Table des représentations

| | | |
|-------------|--|----|
| Figure 2.1 | Le concept des cadres de vie | 15 |
| Figure 3.1 | La roue du changement de comportement | 20 |
| Figure 3.2 | Modèle d'impact pour un projet | 22 |
| Figure 3.3 | Acteurs dans le domaine de la santé des enfants et des adolescent-e-s | 27 |
| Figure 3.4 | Fenêtres temporelles sensibles pour les interventions | 28 |
| Figure 3.5 | Proportion d'enfants et d'adolescent-e-s en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2017/18, n = 13 916) | 33 |
| Figure 3.6 | Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2018/19, n = 14 531) | 33 |
| Figure 3.7 | Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2019/20, n = 14 197) | 33 |
| Figure 3.8 | Proportion d'enfants en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis), comparaison de quatre périodes | 33 |
| Figure 3.9 | Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents cycles scolaires, de 2018/19 à 2020/21 (Bâle, Berne et Zurich réunis) | 34 |
| Figure 4.1 | Explication des termes égalité des chances et équité des chances | 35 |
| Figure 4.2 | Modèle d'explication des inégalités en matière de santé | 37 |
| Figure 5.1 | L'importance de l'encouragement précoce | 44 |
| Figure 5.2 | L'utilité économique des investissements dans l'encouragement précoce | 46 |
| Figure 6.1 | Domaines de la vie (domains) impliquant une activité physique | 52 |
| Figure 6.2 | Pourcentage d'enfants et adolescent-e-s qui suivent les recommandations en matière d'activité physique, par âge | 55 |
| Figure 6.3 | Probabilité d'avoir un score de risque cardiovasculaire défavorable pour un nombre croissant de facteurs défavorables dans le mode de vie | 58 |
| Figure 6.4 | Différences dans les compétences motrices de base (valeurs moyennes) entre les écoles enfantines ordinaires et celles qui favorisent l'activité physique | 59 |
| Figure 7.1 | Disque alimentaire suisse | 65 |
| Figure 7.2 | Facteurs influençant les choix alimentaires des enfants | 68 |
| Figure 8.1 | Les dimensions (validées par la recherche) sur lesquelles il est possible d'agir pour favoriser et renforcer les ressources internes (propres à l'enfant) et externes (parents, professionnel-le-s) et donc la santé psychique des enfants | 87 |
| Figure 9.1 | Des déterminants de santé aux thèmes transversaux entre alimentation, activité physique et ressources psychiques | 90 |
| Tableau 6.1 | Bienfaits de l'activité physique pour la santé chez les enfants et les adolescent-e-s | 53 |
| Tableau 6.2 | Comparaison des enfants qui ont suivi les recommandations d'activité physique, en 2014 et 2020 selon les facteurs potentiellement influents (en pourcentage) | 56 |
| Tableau 6.3 | Effets d'un programme multimodal de promotion de l'activité physique auprès des élèves du primaire sur une année scolaire | 57 |
| Tableau 6.4 | Exemples de prévention comportementale et contextuelle par la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité des enfants et adolescent-e-s | 60 |
| Tableau 7.1 | Principes d'interventions possibles pour promouvoir une alimentation équilibrée chez les enfants d'âge préscolaire ou scolaire | 69 |
| Tableau 8.1 | Pourcentages de la première manifestation selon le trouble psychique (sélection) et la tranche d'âge | 76 |

Table des encadrés

Définitions

| | | |
|----------------|-------------------------------|----|
| Définition 3.1 | Empowerment et participation | 21 |
| Définition 3.2 | Modèles pour mesurer l'impact | 23 |
| Définition 3.3 | Modèle des deux continuums | 25 |
| Définition 3.4 | Compétences de vie | 25 |

Focus

| | |
|---|----|
| Poids corporel sain chez les enfants – Une évolution positive est visible | 32 |
| Monitoring de l'IMC dans les conditions du coronavirus | 34 |
| Grandir en bonne santé au sein de familles de diverses formes | 41 |
| Comportement en matière d'activité physique pendant la grossesse | 61 |

Connaissances de base, faits & figures

| | |
|---|----|
| La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé | 18 |
| Déclaration de Jakarta | 19 |
| Interaction entre le comportement et le contexte | 19 |
| Le retour sur investissement (ROI) comme variable d'évaluation économique | 29 |
| Une école attachée à la promotion de la santé | 31 |
| Déficiences individuelles et égalité des chances | 40 |

Management Summary

Le groupe cible des enfants est présent dans les programmes d'action cantonaux depuis le début. Il est important d'actualiser régulièrement les données scientifiques, qui servent de base pour des mesures et des interventions efficaces. Ainsi, il est assuré que les programmes et les projets disposent de documents de base à jour. Le présent rapport démontre l'importance de s'engager en faveur de la santé des enfants. En s'appuyant sur des connaissances scientifiques, il montre pourquoi les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique sont des piliers essentiels à la santé des enfants. Il présente en outre différentes recommandations ainsi que des interventions et approches qui ont fait leurs preuves.

Le **chapitre 2** met en lumière le concept de **cadre de vie**. Avec les perspectives de la situation de vie et du mode de vie, ce concept reprend sous un autre angle une subdivision connue (conditions cadres et comportements) des bases classiques de la promotion de la santé. Le fait que chaque personne soit insérée dans son cadre de vie et ait une situation de vie individuelle met en évidence la grande importance du mode de vie pour la santé des enfants. Il convient d'accorder une attention particulière à l'élargissement naturel du cadre de vie des jeunes enfants et de bien gérer ces transitions. Outre la famille et les personnes de référence proches, les lieux d'accueil constituent un cadre de vie central pour les enfants qui les fréquentent et devraient par conséquent être conçus de manière à promouvoir leur santé de manière globale. Les pairs peuvent également avoir une grande influence dès le plus jeune âge. Au niveau des programmes et des interventions, il est crucial de développer une prise de conscience et des connaissances solides quant aux normes et aux routines dans les cadres de vie sociaux importants pour les enfants. Ceci favorise la mise en place de stratégies de promotion de la santé adaptées qui tiennent compte des différences.

Le **chapitre 3** présente les **principes généraux et les méthodes** pour promouvoir la santé des enfants. La promotion de la santé englobe des formes d'intervention qui visent l'amélioration des conditions de vie ayant une incidence sur la santé. Elle a pour but le renforcement des facteurs de protection et des ressources. La prévention consiste quant à elle à éviter l'apparition de maladies, ainsi qu'à réduire leur propagation et leur impact. Pour ces deux approches, la combinaison de mesures au niveau comportemental et structurel est considérée comme efficace, ce qui confirme les explications liées au concept de cadre de vie présenté au chapitre 2. Les mesures structurelles peuvent faciliter un changement de comportement. Elles sont toutefois plus efficaces lorsqu'elles sont combinées à des mesures comportementales. Idéalement, la promotion de la santé intègre différents niveaux: d'une part les facteurs comportementaux et psychiques, et d'autre part, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Les quatre niveaux d'un programme d'action cantonal (intervention, policy, mise en réseau et information au public) correspondent à cette conception. Par ailleurs, l'empowerment et la participation, éléments clés de la promotion de la santé, garantissent des offres adaptées aux besoins des groupes cibles, ce qui favorise la cohésion sociale, l'égalité des chances et l'ancrage à long terme des programmes et projets.

La santé des enfants se mesure dans la capacité d'un individu ou d'un groupe (a) à développer et réaliser son potentiel, (b) à satisfaire ses besoins et (c) à déployer les aptitudes qui lui permettent d'interagir avec succès avec son environnement biologique, physique et social.

Avant 2020, la santé des enfants en Suisse bénéficiait d'une représentation positive: la plupart d'entre elles ou eux étaient en bonne santé et se sentaient bien. Environ un cinquième de la population enfantine souffrait d'une maladie ou d'un problème de santé chronique. Avec la pandémie, la santé subjective s'est toutefois détériorée. Des études montrent

une augmentation des inquiétudes, des angoisses et des problèmes psychiques. Il apparaît aussi que le surpoids est nettement plus fréquent que l'obésité. Le monitoring de l'IMC par les services de santé scolaire montre fort heureusement un recul du surpoids et de l'obésité chez les jeunes enfants. Respecter les recommandations en matière d'activité physique n'est un problème que pour un petit nombre d'enfants, mais cela s'accroît avec l'âge. Il n'existe actuellement aucune donnée suisse sur la résilience et les compétences en santé des enfants. Des données détaillées sur l'activité physique, l'alimentation et la santé psychique des enfants en Suisse – pour autant qu'elles soient disponibles – sont présentées dans les chapitres 6, 7 et 8, consacrés à ces thématiques spécifiques.

Le **chapitre 4** sur l'**égalité des chances** montre que les chances en matière de santé sont inégalement réparties chez les enfants et dépendent de facteurs sociaux. Le niveau d'éducation des parents, le sexe et le statut migratoire sont quelques exemples de déterminants sociaux qui ont un impact négatif avéré sur la santé des enfants. En ce qui concerne la thématique LGBTQIA+, il semble indiqué de renforcer les ressources des enfants à un stade précoce, étant donné un taux de suicide plus élevé parmi les jeunes LGBTQIA+ et qu'il serait donc possible d'intervenir avant. D'autres vulnérabilités peuvent affecter les familles comme des problèmes d'alcool ou de santé psychique chez les parents. La pauvreté qui touche certaines familles monoparentales, mais aussi biparentales à faible statut socio-économique, est importante et doit être abordée de manière non stigmatisante. Concernant les interventions, les critères de succès importants augmentant l'égalité des chances sont la participation du groupe cible, le travail axé sur les relations de proximité, l'adaptation du contenu et de la langue des offres, la facilité d'accès aux prestations, la collaboration multisectorielle et la coordination locale avec les offres existantes. Des approches plus spécifiques à des groupes cibles en situation de vulnérabilité sont présentées dans le focus ad hoc.

Le **chapitre 5** aborde le thème important de l'**encouragement précoce**. Ce sujet a fait l'objet de nombreuses recherches et différentes approches s'accordent pour le déploiement d'interventions

déjà durant cette phase de vie importante qu'est l'enfance. De nombreux recoupements apparaissent clairement avec la thématique de l'égalité des chances. Il est prouvé que les investissements au niveau de l'encouragement précoce sont rentables. Un bon départ dans la vie doit donc être rendu possible pour tous les enfants et les familles doivent être soutenues en conséquence. Différentes options sont présentées – hors de toute considération politique – comme la promotion d'espaces extérieurs adaptés aux enfants, le financement de programmes de proximité pour les familles socialement désavantagées, le renforcement des réseaux interprofessionnels, l'assurance qualité dans les structures d'accueil de la petite enfance et les groupes de jeu, les points de contact pour les familles facilitant l'orientation dans le réseau de la petite enfance et la sensibilisation du public ainsi que des politiques à l'importance de la petite enfance. Ce chapitre fait aussi mention d'un développement encore faible des conditions-cadres structurelles dans le domaine de l'encouragement précoce en Suisse.

Le **chapitre 6** traite de la promotion de l'**activité physique** régulière chez les enfants. Ces derniers ont un besoin naturel de bouger qu'il faut, dans la mesure du possible, éviter de limiter. Si les conditions sont réunies, le respect des recommandations en matière d'activité physique est un objectif réalisable pour chaque enfant. Durant la petite enfance, il s'agit donc d'offrir des possibilités d'assouvir ce besoin naturel de mouvement, d'encourager les parents, ou toute autre personne de référence, à sortir régulièrement et de créer des espaces extérieurs adaptés aux plus jeunes, qui soient sûrs et puissent ainsi être rassurants pour les parents. Les enfants fréquentant des classes de 1^{ère} ou 2^{ème} année HarmoS, où la pratique de l'activité physique est régulière, présentent de meilleurs résultats au niveau des compétences motrices de base: cela témoigne de l'efficacité de telles offres de promotion du mouvement. Si l'on considère que les compétences motrices de base sont importantes pour le développement d'une bonne conscience de son corps et donc d'une pratique sportive tout au long de la vie, c'est un bon investissement. L'importance d'une activité physique régulière pour la réussite scolaire est prouvée; il s'agirait de le prendre davantage en compte dans le système scolaire. Il a en effet été

démonstré qu'un temps d'activité physique supérieur, même au détriment d'autres matières, n'entraîne pas de baisse de performance pour ces dernières. Des offres telles que «Enseigner dehors» ou «L'école bouge» facilitent un enseignement en mouvement de qualité et pertinent en dehors des cours d'éducation physique classiques. Les trajets scolaires doivent être sécurisés de manière à ce que l'accès à pied ou à vélo soit sans danger et que les parents puissent le permettre à leurs enfants dès leur plus jeune âge. Il est en outre indispensable de prévoir suffisamment de places de stationnement pour vélos et d'éviter les interdictions de circuler à vélo. Des projets allant dans ce sens existent, ils permettent aussi d'éviter les parents-taxis. Les salles de gym ouvertes offrent un lieu d'activité physique encadré et à bas seuil pendant le semestre d'hiver. Chaque enfant devrait pouvoir accéder à une telle offre avec ses parents ou d'autres adultes de référence à proximité de son lieu d'habitation. Dans la discussion autour de l'IMC, il convient de noter que l'IMC ne dit pas tout: par exemple, un enfant physiquement actif peut avoir un IMC élevé, mais avec un petit tour de taille.

La promotion d'une **alimentation** équilibrée est présentée au **chapitre 7**. Les facteurs qui influencent le comportement alimentaire des enfants y sont identifiés et discutés. Il existe de bonnes bases pour soutenir les parents et autres adultes de référence en faveur d'une alimentation saine de leurs enfants. Les adultes ont un rôle de modèle important à jouer. En les observant et en les imitant, les enfants adoptent également leurs comportements alimentaires. Il est donc tout à fait légitime de profiter de la période sensible où ces adultes «souhaitent le meilleur pour l'enfant». Il convient d'aborder non seulement l'alimentation des enfants, mais aussi celle des parents ou des autres personnes de référence, et de souligner que les habitudes alimentaires, favorables à la santé ou non, sont souvent transmises involontairement (par imitation des enfants). Le plaisir de manger et le fait de manger ensemble sont importants et doivent être encouragés. Les données montrent entre autres que l'on ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes, mais par contre trop de boissons sucrées. Tous les parents et autres adultes de référence ne semblent pas en-

core conscients des nombreux effets néfastes d'une consommation excessive de sucre. Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires pour transmettre ce savoir de manière compréhensible aux groupes cibles concernés. On peut sensibiliser très tôt les enfants à une alimentation variée et équilibrée en cuisinant avec elles et eux. De telles offres pourraient être créées. Une gamme variée d'aliments équilibrés pour les enfants – à la maison et dans d'autres lieux tels que les structures d'accueil de la petite enfance – est également très importante. L'impact de la publicité sur notre comportement alimentaire ne doit pas être sous-estimé. Il s'agirait donc de réduire les publicités destinées aux enfants et portant sur des aliments sucrés, gras, salés ou trop riches en énergie.

Le **chapitre 8** sur la promotion de la **santé psychique** s'articule autour des ressources psychiques internes et externes d'un enfant. Il commence par faire état des nombreux troubles psychiques qui peuvent survenir durant l'enfance, mais relève aussi qu'il n'existe pratiquement aucune donnée en Suisse sur la santé psychique générale des enfants. Les compétences émotionnelles doivent être encouragées et les enfants devraient avoir la possibilité de jouer de manière variée. Ce qui a trait à la pleine conscience peut également être abordé avec les enfants; il existe différentes mesures allant dans ce sens. Comme pour les deux autres thématiques que sont l'alimentation et l'activité physique, les compétences parentales jouent un rôle important et peuvent être renforcées par des offres de cours, même si la formation des parents, notamment via un cursus obligatoire, reste un sujet tabou. Ceci peut étonner compte tenu de la grande influence des parents ou des adultes de référence sur la santé des enfants. On pourrait estimer naturel de suivre non seulement un cours de préparation à l'accouchement, mais aussi un cours de préparation à la parentalité. De tels cours pourraient être proposés conjointement. Les interventions qui renforcent les ressources sont particulièrement importantes, puisqu'elles favorisent les facteurs de protection pour une bonne santé psychique durant l'enfance. Chez les enfants, le plus grand facteur de risque d'une santé mentale déficiente réside dans la maladie psychique de l'un des parents.

Au **chapitre 9** sont abordés les **interactions entre l'alimentation, l'activité physique et la santé psychique**. Dans les modules des programmes d'action cantonaux, il s'agit principalement de renforcer les facteurs de protection de la santé physique et psychique. Ce chapitre montre que l'alimentation et l'activité physique constituent à la fois des facteurs de protection (et, selon les cas, des facteurs de risque) pour la santé physique et psychique. Inversement, l'auto-efficacité en tant que ressource psychique peut aussi être importante pour changer des habitudes dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Par ailleurs, l'activité physique peut renforcer le bien-être, réduire le stress et favoriser l'auto-efficacité. L'alimentation et l'activité physique contribuent ensemble au développement moteur et psychique. Le stress a une influence néfaste sur le comportement alimentaire. Les émotions influent aussi souvent sur l'alimentation. A contrario, une alimentation déséquilibrée peut également contribuer à l'apparition de dépressions (alimentation et santé psychique). En ce qui concerne plus spécifiquement la prévention du surpoids, la carte Obesity Map montre que ce problème est à considérer de manière globale. Jouer est reconnu comme un phénomène universel important pour que les enfants puissent se développer sainement. Il est rappelé ici que le jeu doit être encouragé dans tous les settings. Les enfants doivent disposer de suffisamment de temps pour jouer. Il est important d'encourager les parents et le personnel éducatif à favoriser l'activité ludique et à ne pas miser uniquement sur des enseignements structurés.

Dans le **chapitre 10** qui conclut le document sont résumés les arguments en faveur de la promotion de la santé chez les enfants. Ce chapitre propose différentes recommandations quant au contenu et aux méthodes de promotion de la santé pour ce groupe cible.

Arguments:

- L'enfance comme fenêtre d'opportunités
- Les événements critiques de la vie touchent particulièrement les enfants
- La découverte de nouveaux cadres de vie représente de réelles opportunités
- Les données sur la santé des enfants sont insuffisantes

Recommandations de contenu:

- L'auto-efficacité comme clé pour la santé
- Promouvoir les compétences de vie = promouvoir la santé psychique
- Une activité physique régulière favorise bien plus que le maintien d'un poids corporel sain
- Le plaisir de manger ensemble
- Jouer, jouer, jouer...

Recommandations méthodologiques:

- Responsabilité intersectorielle pour la santé des enfants
- Parents et adultes de référence en tant que multiplicateur-trice-s efficaces
- L'intégration sociale de toute la famille est importante
- Importance des mesures structurelles
- L'école, un setting important
- Ne pas restreindre les comportements naturels en matière de mouvement
- Intégrer les thématiques plutôt que de les considérer isolément
- Renforcer l'égalité des chances

1 Introduction

• **Fabienne Amstad**, Promotion Santé Suisse

Promotion Santé Suisse travaille avec les cantons pour promouvoir la santé de la population en Suisse. Les projets et programmes d'action cantonaux éprouvés et couronnés de succès favorisent la santé psychique des enfants, des adolescent-e-s et des personnes âgées et les encouragent à faire une activité physique régulière et à adopter une alimentation équilibrée. La fondation publie régulièrement des documents de base à l'appui de ces programmes d'action et projets. Ceux-ci constituent la base scientifique de son engagement. Les rapports de base s'adressent à des groupes cibles spécifiques:

- Les enfants
- Les adolescent-e-s et jeunes adultes
- Les personnes âgées

Le présent rapport traite du groupe cible des enfants.

Définition du groupe cible des enfants

Le rapport de base sur les enfants couvre la phase de vie jusqu'à 12 ans environ ou jusqu'à la fin du niveau primaire. Cela correspond aux phases de vie suivantes: grossesse, nourrisson, enfant en bas âge et en âge préscolaire, école enfantine (âge scolaire précoce), école primaire (âge scolaire intermédiaire).

Objectifs et destinataires des rapports

Les rapports de base résument les preuves scientifiques sur les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique et sont élaborés sur la base de constats réels. Les rapports doivent montrer quels domaines ont besoin de mesures et quelles approches ont fait leurs preuves pour les différents groupes cibles et thèmes. Basés sur des découvertes scientifiques, les rapports de base proposent une aide permettant d'appliquer dans la pratique ces connaissances scientifiques. Le rapport n'est pas conçu comme une aide à la mise en œuvre opérationnelle, cette fonction étant assurée par des

conseils, des listes de contrôle mais aussi d'autres supports pratiques de Promotion Santé Suisse.

Les rapports s'adressent avant tout aux publics suivants:

- Professionnel-le-s des cantons, des communes et des ONG responsables de la stratégie et de la mise en œuvre des programmes et projets de promotion de la santé
- Autres professionnel-le-s praticien-ne-s, issus également du milieu scientifique et de la recherche

Interdisciplinarité du rapport

En raison de la nature interdisciplinaire du rapport, différent-e-s auteur-e-s des domaines scientifiques concernés ont été impliqués (universités et hautes écoles). Un groupe d'accompagnement garantit la conformité des rapports aux exigences du public cible.

Pandémie de coronavirus

La pandémie de coronavirus influe sur la santé et le comportement individuel en matière de santé des personnes ainsi que sur le travail de promotion de la santé. Ses effets sont donc systématiquement examinés dans tous les chapitres du rapport.

Structure du rapport

Le présent rapport sur le groupe cible des enfants commence par un aperçu de la phase de vie de l'enfance, puis traite des bases et des méthodes de promotion de la santé chez les enfants, de l'égalité des chances en matière de santé et de la promotion de la santé durant la petite enfance. Viennent ensuite les chapitres sur l'activité physique, l'alimentation et la santé psychique. Le rapport se termine par un chapitre sur les interactions entre ces thèmes.

Pour les lecteur-trice-s pressé-e-s

Les informations stratégiques sont résumées dans le **Management Summary**. Les principales **conclusions et recommandations** figurent à la fin du rapport dans le [chapitre 10](#).

Instructions de lecture

Dans les trois rapports spécifiques aux groupes cibles, un parallèle est délibérément maintenu au niveau de la structure et parfois du contenu, afin que le lectorat s'y retrouve plus facilement. Ces instructions de lecture ont pour but de permettre aux lectrices et lecteurs d'utiliser les rapports le plus efficacement possible.

Nous tenions à structurer les rapports de manière à ce qu'ils puissent être utilisés comme ouvrages de référence. L'accent a été mis sur des contenus pratiques mais aussi sur la clarté et l'efficacité de la lecture. Chaque rapport constitue un aperçu distinct de la promotion de la santé auprès du groupe cible concerné.

Certains passages sont identiques dans les rapports sur les groupes cibles des enfants et des adolescent-e-s et jeunes adultes. Ils sont indiqués par une ligne orange en marge du texte. Une remarque se trouve également au début des chapitres concernés.

Des définitions, une bibliographie complémentaire, des explications sur la pandémie de coronavirus, des indications utiles pour la mise en œuvre et des informations de fond, mais aussi des notes complémentaires sur d'autres contenus intéressants sont proposées dans des encadrés de couleur.

Encadré: Définition

Les définitions des termes clés se trouvent dans les encadrés de couleur verte.



Encadré: Bibliographie complémentaire

Les références bibliographiques pour de plus amples informations figurent dans les encadrés de couleur orange. Les documents de travail et les brochures de Promotion Santé Suisse sont prioritaires (logo de Promotion Santé Suisse). Pour obtenir l'information souhaitée, il suffit de cliquer sur le produit recherché.



Encadré: Pratique

Une sélection d'exemples pratiques illustre la mise en œuvre des recommandations en Suisse.



Encadré: Pandémie de coronavirus

Des informations spécifiques liées à la pandémie sont disponibles dans les encadrés de couleur rouge.



Encadré: Connaissances de base, faits & figures

Des connaissances approfondies et des données pertinentes sur une thématique sont réunies dans les encadrés avec cette icône.



Focus

Des rubriques intéressantes et indépendantes sont proposées dans les encadrés de couleur bleue.



2 Cadres de vie des enfants

- **Gisela Unterweger**, Haute école pédagogique de Zurich
- **Anja Sieber Egger**, Haute école pédagogique de Zurich

2.1 Principes et définitions

L'enfance se construit socialement

Du point de vue de la recherche socio-scientifique sur l'enfance, cette dernière est un terme flou qui, à première vue, englobe une phase de vie clairement définie: aujourd'hui, elle désigne souvent la **tranche d'âge de 0 à 12 ans**. En y regardant de plus près, les choses se compliquent. La définition de l'enfance, les personnes considérées comme des enfants et les caractéristiques, droits et devoirs attribués à cette catégorie sociale varient considérablement d'une culture à l'autre et d'une époque à l'autre. Philippe Ariès l'a expliqué dès 1960 dans son étude fondamentale sur l'«Histoire de l'Enfance» [2.1], réalisée sous un angle historique. En résumé, ce que sont les enfants, ce qu'est l'enfance et ce qui l'accompagne est socialement construit. Selon Helga Kelle [2.2], la recherche sur l'enfance distingue **quatre perspectives**, qui sont brièvement expliquées ci-dessous:

- 1) L'enfance comme situation de vie et catégorie sociale
- 2) L'enfance comme phase de vie
- 3) L'enfance comme mode de vie
- 4) L'enfance comme discours

La perspective de **«l'enfance comme situation de vie»** permet tout d'abord de se concentrer sur les conditions de vie des enfants: elles ou ils sont considérés comme un groupe social à part entière et non comme de futurs adultes à éduquer et à former. Elles ou ils ne sont pas non plus immédiatement classés dans la catégorie «famille». Ainsi, il est possible de mettre en lumière un phénomène tel que la pauvreté des enfants. La deuxième perspective,

«l'enfance comme phase de vie», correspond d'une part à une conception de la psychologie du développement et englobe le développement des capacités individuelles des enfants – que ce soit en termes de cognition, d'émotions, de langage, de motricité, etc. – ainsi que le développement des capacités sociales telles que la compréhension des rôles, le comportement relationnel, les valeurs et les normes sociales. D'autre part, l'enfance en tant que phase de vie est comprise comme une appartenance à l'âge socialement institutionnalisée, que l'on peut par exemple rendre accessible par la recherche biographique. Troisièmement, **«l'enfance comme mode de vie»** met l'accent sur les formes culturelles et les modes d'action des enfants ainsi que sur leur capacité d'agir au quotidien, par exemple dans les cultures de leurs pairs. En dernier lieu, il convient de mentionner la perspective de **«l'enfance comme discours»**. Sous cette rubrique, on examine quelles images, représentations et normes autour de l'enfance et des enfants circulent dans la société et deviennent effectives.

2.2 Le concept de cadre de vie

Considérer conjointement la situation de vie (1) et le mode de vie (3)

Le concept de cadre de vie sociologique selon Schütz et Luckmann [2.3] réunit les perspectives sur la situation de vie et le mode de vie des enfants. Ce **concept de cadre de vie** se concentre sur l'individu et sur la manière dont elle ou il vit, interprète et agit au quotidien. Il considère l'individu comme intégré dans son cadre de vie. **Par «cadre de vie», on entend l'espace d'expérience quotidien** dans lequel les personnes vivent directement et ont un **mode de vie** spécifique (p.ex. au sein de la famille à la maison, à l'école, dans une structure d'accueil de la petite enfance, dans un forum de discussion en ligne ou dans de nombreux autres settings). Le cadre de vie est façonné par les conditions sociétales (économiques, sociales et juridiques) ou, en d'autres termes, par la **situation de vie**. L'enfant d'une femme

divorcée bénéficiant de l'aide sociale vit dans un monde très différent de celui de l'enfant d'une femme divorcée universitaire et aisée. Il faut toujours concevoir l'organisation concrète des cadres de vie, les actions individuelles qui s'y déroulent et les interprétations et appréciations qui y circulent en tenant compte du contexte de ces conditions extérieures. **La situation de vie et le mode de vie sont étroitement liés.** Cela devient pertinent dans le domaine de la santé, par exemple, lorsque des familles vivant dans des conditions précaires développent

des modes de vie qui ont des conséquences négatives sur la santé. Vu sous l'angle du concept de cadre de vie, il n'est guère judicieux d'actionner exclusivement le levier du mode de vie et de l'action individuelle. Il faut toujours tenir compte de la situation de vie et, si possible, la modifier en élargissant les marges de manœuvre dans le sens d'un empowerment. L'approche setting de la promotion de la santé va également dans ce sens [2.4]. La [figure 2.1](#) illustre le concept de cadre de vie.

FIGURE 2.1

Le concept des cadres de vie

- Les cercles blancs illustrent le cadre de vie d'un individu, composé de différents petits cadres de vie sociaux possibles.
- Les cercles orange illustrent les réalités sociales dans lesquelles s'inscrit le cadre de vie individuel et qui se traduisent par une situation de vie particulière – privilégiée ou moins privilégiée.

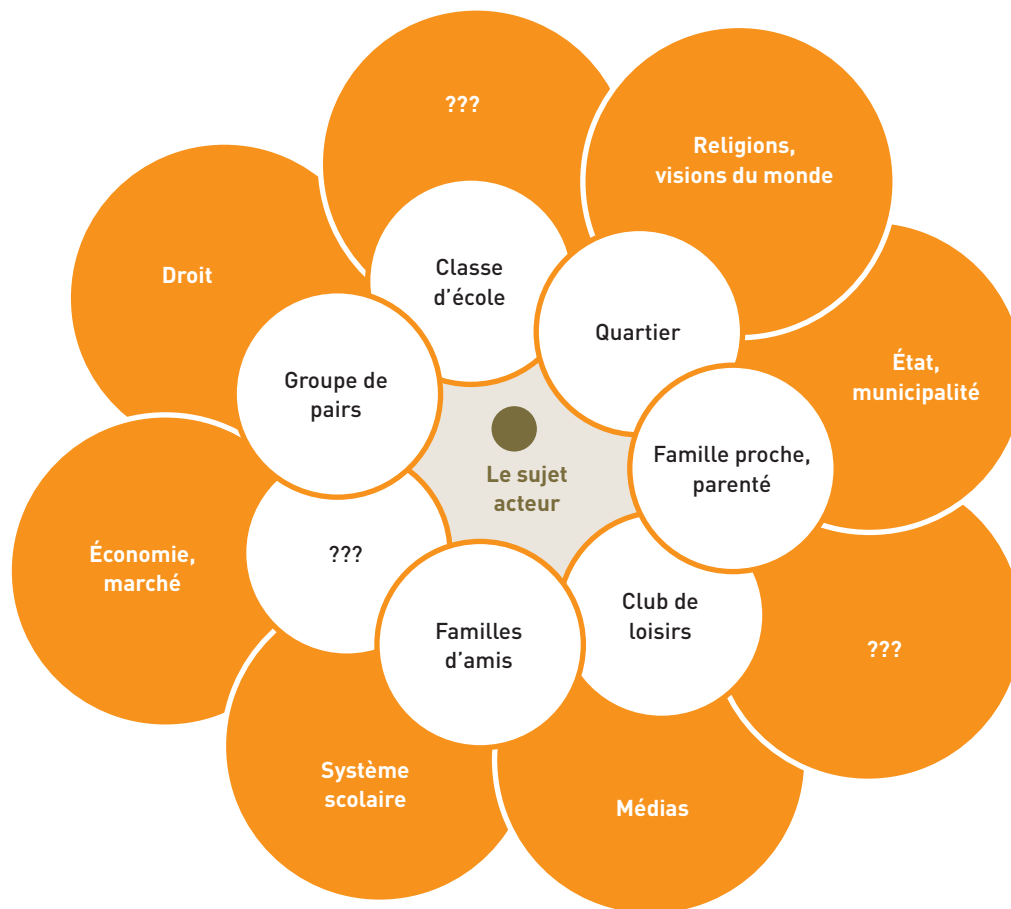


Illustration: Marianna Jäger (exposé non publié sur le concept de cadre de vie, Haute école pédagogique de Zurich)

2.3 Changements et transitions dans le cadre de vie

Cadre de vie et socialisation primaire et secondaire

Le cadre de vie n'est pas immuable, mais en mouvement. Dans le cas des enfants, le simple fait de vieillir entraîne des changements et des élargissements de leur cadre de vie. Elles ou ils franchissent non seulement des étapes de développement individuelles, mais sont également abordés différemment sur le plan institutionnel, par exemple avec la scolarisation obligatoire, qui rend inévitable l'élargissement du cadre de vie de la famille à l'école [2.5]. Tout au long de la vie des enfants âgés de 0 à 12 ans, on assiste donc généralement à une différenciation continue des petits cadres de vie sociaux. Celle-ci comprend également le passage de la socialisation primaire dans la famille à la socialisation secondaire dans les institutions de formation. Comme le terme de socialisation l'indique, il s'agit avant tout de la «transmission d'un savoir-faire social» [2.6]. Ce savoir-faire varie à son tour en fonction des différents petits cadres de vie sociaux. Au cours de la socialisation secondaire, l'enfant se familiarise dans les institutions avec les normes et les valeurs centrales de la société, les manières d'agir et les routines. Ainsi, le petit cadre de vie social qu'est la classe devient un lieu clé significatif pour la société [2.7]. Mais d'autres lieux de socialisation secondaire deviennent également importants pour les interventions en matière de santé et sont également dans l'intérêt de la société dans son ensemble. Dans le cadre de vie de l'école et dans d'autres institutions de formation, on peut établir de nouvelles routines et connaissances. C'est ce qui se passe, par exemple, avec les dix-heures sains durant les deux premières années d'école [2.8].

Le cadre de vie comme patchwork (passionnant)

Le cadre de vie des enfants plus âgés se présente comme un patchwork de différents petits cadres de vie sociaux dans les domaines publics et privés [2.9]. Dans ces petits univers, la vie quotidienne se déroule de manière typique et récurrente. Les règles, normes et valeurs sont différentes dans chacun d'eux. Des routines différentes sont entretenues et des aspects spécifiques sont considérés comme im-

portants (ou non). Il y a des situations où ces différences augmentent et où l'on cultive des règles, normes et valeurs contradictoires, voire exclusives. L'enfant peut alors se retrouver dans un champ de tensions entre ses différents cadres de vie. Cela est particulièrement évident au niveau des opportunités de formation, lorsque l'importance de la formation au sein de la famille est différente de celle véhiculée par l'école. Si les enfants en bas âge savent déjà très bien faire la différence entre les divers cadres de vie et répondre avec souplesse aux exigences de chacun d'entre eux, la recherche scolaire [2.10] a toutefois montré que l'adéquation entre les différents cadres de vie facilite considérablement la transition entre ceux-ci. Examiner de plus près ces transitions et leurs exigences, veiller aux ajustements et les rechercher activement pourrait être utile pour ce qui est des chances de formation, mais aussi pour la promotion de la santé. Il convient alors d'accorder une attention particulière aux transitions institutionnelles. Celles-ci peuvent en effet être à l'origine de grandes tensions, par exemple lorsqu'un enfant passe d'une école «qui bouge» à une classe qui le restreint au niveau du mouvement.



Conséquences des tensions entre différents cadres de vie

De telles tensions peuvent être particulièrement bien illustrées avec un exemple en lien avec l'alimentation. Il est parfois difficile pour les enfants de se conformer dans certains cadres de vie aux différentes normes relatives aux aliments favorables à la santé. Ce manque d'adaptation peut avoir des conséquences indésirables comme la dévalorisation sociale et l'exclusion. Nous pouvons donner ici l'exemple d'un enfant qui, pendant une longue période, apporte à l'école une collation trop sucrée ou trop salée, sans fruits ni légumes [2.11]. Cet enfant n'est pas seulement l'objet d'attention de la part du corps enseignant, elle ou il est aussi jugé par ses pairs comme «l'enfant avec un dix-heures inadéquat». Par la suite, cet enfant cessera de manger pendant la récréation.

Appartenances à des cadres de vie et processus de changement

Considérées au travers du prisme des cadres de vie, les interventions liées à la santé se réfèrent souvent à des routines d'action et d'interprétation qui font partie d'un mode de vie à peine remis en question au quotidien, ce qui peut compliquer le processus de changement. Pour initier un tel processus, il est judicieux d'adopter des approches qui tiennent compte activement et respectueusement des différentes conditions de vie et qui tentent, par exemple par le biais de stratégies participatives, de créer des ponts entre les différents cadres de vie. Dans ce contexte, il convient de prendre conscience de la logique propre des règles, des normes, des interprétations et du savoir-faire dans les cadres de vie sociaux importants pour les enfants. En règle générale, il s'agit de la famille. La culture des pairs devient toutefois également un facteur important dès le plus jeune

âge, comme le montre la recherche sur l'enfance [2.12]. Les routines et les normes que l'on trouve dans ces cadres de vie peuvent sembler contradictoires par rapport aux objectifs d'action visés, comme par exemple une alimentation équilibrée. Cette prise de conscience ainsi que des connaissances solides sur les normes et les routines en vigueur dans les cadres de vie sociaux importants pour les groupes cibles favorisent des stratégies sur mesure et respectueuses des différences, notamment en matière de promotion de la santé. En partant de l'exemple susmentionné de l'enfant qui apporte un dix-heures inadapté pour sa récréation, l'école pourrait investir de manière générale dans une collaboration avec les parents, dans le respect des habitudes alimentaires des familles et un esprit d'ouverture. Il serait ainsi possible de déterminer de manière participative la composition d'une collation qui convienne à toutes les parties.

3 Principes et méthodes de promotion de la santé chez les enfants

- **Julia Dratva**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Matthias Meyer**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Karin Nordström**, Université des sciences appliquées de Zurich

Les parties marquées d'une ligne orange sont identiques à celles dans le chapitre 3 du rapport 9 [Promotion de la santé pour et avec les adolescents et les jeunes adultes](#).

3.1 Promotion de la santé et prévention

Des approches complémentaires avec un objectif commun

La promotion de la santé et la prévention sont deux stratégies complémentaires, mais différentes par leur origine et leur principe d'action. Alors que le concept de prévention (des maladies) remonte aux découvertes scientifiques et médicales sur l'hygiène et les conditions de vie difficiles du 19^e et du début du 20^e siècle, le concept de promotion de la santé trouve son origine dans les récents débats sur les politiques de santé à l'OMS et se réfère aux connaissances des sciences sociales et de la santé.

La promotion de la santé et la prévention sont liées par un objectif commun: le «gain de santé». Il s'agit dans les deux cas «d'interventions ciblées d'acteurs, pour la plupart des personnes ou institutions autorisées publiquement et/ou professionnellement, en vue d'influencer une détérioration naissante ou déjà en cours de la santé d'individus ou de

groupes de population». Ces interventions visent l'amélioration de l'état de santé des individus ou le renforcement des comportements favorables à la santé, notamment dans le cadre d'une «compensation des inégalités de santé liées aux circonstances sociales» [3.1]. Le principe d'action de la prévention est pathogénique, celui de la promotion de la santé est salutogénique [3.1].

La promotion de la santé

Le concept élargi de santé de l'OMS apparu en 1946 est devenu décisif pour la promotion de la santé, définie comme «le renforcement des opportunités de développement sanitaire». La promotion de la santé désigne les formes d'intervention qui servent à améliorer les conditions de vie liées à la santé de la population et vise à renforcer les facteurs de protection ainsi que les ressources internes et externes [3.1-3.4]. Les jalons importants de la promotion de la santé sont la Charte d'Ottawa et la Déclaration de Jakarta.



La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986)

- Définit la santé comme «une partie essentielle de la vie quotidienne»
- Représente un modèle salutogénique et de politique de la santé
- Axe la promotion de la santé sur «la promotion de conditions de vie saines et du bien-être général» [3.5]



Déclaration de Jakarta (1997)

La Déclaration de Jakarta formule les priorités pour le 21^e siècle en référence à la Charte d'Ottawa et met l'accent sur les preuves et la comparabilité des interventions de promotion de la santé. Les priorités sont:

- la promotion de la responsabilité sociale de la société
- l'intensification des investissements dans le développement de la santé
- le renforcement et l'élargissement des partenariats pour la santé
- le renforcement du potentiel de promotion de la santé des communautés
- le renforcement de la capacité d'agir de l'individu
- la mise en place d'une infrastructure pour la promotion de la santé

La prévention

La prévention vise «à éviter l'apparition de maladies et ainsi à réduire leur propagation et à diminuer leur impact» [3.1]. La démarche consiste donc à «anticiper» les maladies [3.6] ou «réduire ou éliminer complètement les facteurs déclenchant des maladies» [3.1]. Elle est basée sur une «estimation de la probabilité d'occurrence» d'une maladie. Les facteurs de risque sont identifiés afin d'intervenir dans la «dynamique de la pathogenèse» avec des actions d'intervention [3.1]. Il existe différentes formes de prévention, classées selon les stades de prévention, les cibles et le niveau des mesures.

Outre les maladies, la prévention permet également d'éviter les accidents.

Les stades de la prévention

En ce qui concerne les stades de la prévention, une distinction est faite entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces trois catégories ne se distinguent pas toujours clairement, mais se chevauchent parfois [3.6].

- **La prévention primaire** – Mesures pour réduire la probabilité d'apparition de nouveaux cas ou pour réduire les facteurs de risque comportementaux
- **La prévention secondaire** – Mesures pour la détection précoce et le traitement des maladies encore cliniquement peu visibles

- **La prévention tertiaire** – Mesures visant à prévenir l'aggravation ou la progression d'une maladie existante et à prévenir une rechute dans le processus de guérison

Les cibles de la prévention

En ce qui concerne les cibles de la prévention, une distinction est faite entre la prévention universelle, sélective et indiquée (www.addictionsuisse.ch).

- La prévention universelle – Mesures visant l'ensemble de la population ou des segments de la population
- La prévention sélective – Mesures visant les groupes vulnérables par rapport à un risque
- La prévention indiquée – Mesures destinées aux personnes présentant un risque manifeste

Niveau de mesure de la prévention

Une autre distinction est faite entre la prévention comportementale et contextuelle. La prévention comportementale s'adresse directement aux individus pour stimuler des comportements préventifs face aux maladies ou aux accidents et tenter de minimiser les comportements à risque pour la santé. La prévention contextuelle concerne quant à elle les conditions de vie ou les mesures normatives-réglementaires afin d'influer sur les infrastructures et l'environnement [3.6]. Les deux approches jouent un rôle important chez les enfants et les adolescent-e-s.



Interaction entre le comportement et le contexte

Généralement considérée comme efficace, la combinaison de la prévention comportementale et de la prévention contextuelle est appelée «approche setting». Des mesures contextuelles peuvent faciliter un changement de comportement ou le rendre possible, par exemple en faisant en sorte que le choix le plus simple soit aussi le choix le plus sain. Les mesures structurelles sont toutefois plus efficaces si elles sont associées à une prévention comportementale (p. ex. accroître la motivation ou les connaissances des personnes pour qu'elles utilisent certaines offres structurelles ou respectent les règles établies) [3.6].

Comprendre et influencer les comportements de santé grâce aux enseignements de la psychologie de la santé

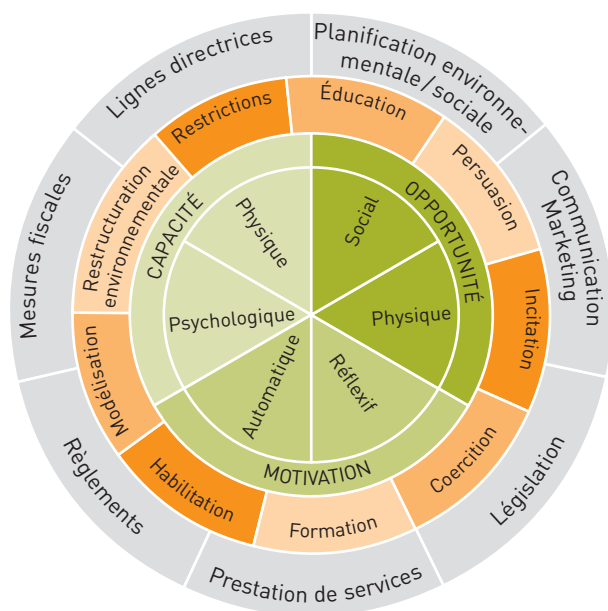
Les modèles et les approches d'intervention en psychologie de la santé deviennent de plus en plus importants pour la prévention. La psychologie de la santé étudie l'expérience et le comportement des personnes en lien avec la santé et la maladie, plus particulièrement les comportements préventifs et à risque, les facteurs psychologiques et sociaux et leurs interactions avec les maladies et handicaps physiques [3.7]. Les théories et concepts du comportement individuel en matière de santé peuvent aider à concevoir des mesures préventives efficaces. Ils présentent les éléments qui peuvent influencer et expliquer le processus de changement de comportement [3.8].

La roue du changement de comportement [3.9] et la taxonomie des techniques de changement de comportement [3.10] sont deux jalons importants en psychologie de la santé.

FIGURE 3.1

La roue du changement de comportement

- Sources de comportement
- Fonctions d'intervention
- Catégories de politiques



Source: [3.9]

Behaviour Change Wheel (BCW):

- Méthode de systématisation et de conception d'interventions pour le changement de comportement
- Au cœur du changement de comportement se trouvent la capacité, l'opportunité et la motivation.
- Autour de ces sources de comportement, neuf formes d'intervention et sept politiques sont identifiées afin de les activer.

Behaviour Change Technique Taxonomy (BCTT):

- Taxonomie des techniques de changement de comportement
- Dans un processus complexe, 93 techniques différentes de changement de comportement ont été identifiées et évaluées.

Approches de promotion de la santé ayant porté leurs fruits

Les mesures de promotion de la santé sont souvent caractérisées par l'approche dite setting (voir [section 3.7](#)), selon laquelle les individus sont compris comme partie intégrante des systèmes sociaux dans lesquels elles ou ils vivent [3.2]. Pour améliorer le développement sanitaire, quatre catégories de facteurs de protection doivent être renforcées [3.1]:

- Facteurs sociaux et économiques
- Facteurs environnementaux
- Facteurs comportementaux et psychiques
- Accès aux services de santé.

Un modèle à plusieurs niveaux, qui classe les mesures de promotion de la santé en fonction de leur relation avec les différents niveaux de la société, a fait ses preuves pour une promotion de la santé efficace. En Suisse, on distingue les trois objectifs clés que sont l'environnement matériel, l'environnement social et les ressources, et les comportements personnels du groupe cible, ainsi que les quatre niveaux des programmes d'action cantonaux:

- Interventions
- Policy
- Mise en réseau
- Information au public



Définition 3.1

Empowerment et participation

Les éléments centraux de la promotion de la santé sont l'empowerment et la participation. L'empowerment consiste en la capacité de mener une vie plus autodéterminée et de représenter ses propres intérêts sous sa propre responsabilité. Chacun-e devrait apprendre à connaître et à utiliser les ressources qui lui sont propres. La participation consiste à impliquer les personnes concernées, à les faire participer tout en les laissant prendre leurs décisions [3.6]. L'empowerment et la participation s'enrichissent et se renforcent mutuellement. La participation engendre de nombreux effets positifs [3.11]:

- Adéquation avec les besoins des groupes cibles et donc plus grande adhésion des groupes cibles aux projets
- Renforcement de la cohésion sociale
- Plus grande égalité des chances, pour autant qu'une attention particulière soit portée aux personnes en situation de vulnérabilité
- Renforcement des processus intersectoriels
- Effets multiplicateurs
- Ancrage à long terme des programmes ou projets



Informations complémentaires sur la promotion de la santé et la prévention

- Document de travail 60: [L'application des approches comportementales aux mesures gouvernementales](#)
- [Argumentaire Promotion de la santé et prévention](#) (Document de travail 53, infographies et vidéos)
- Document de travail 48: [La participation en matière de promotion de la santé](#)
- Brochure: [Soutien financier à des projets consacrés à la promotion de la santé et à la prévention en Suisse](#)



Informations complémentaires de l'OFSP sur la promotion de la santé et la prévention

- [Stratégie nationale pour la prévention des maladies non transmissibles 2017-2024 \(Stratégie MNT\)](#), Résumé
- [Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles \(stratégie MNT\)](#)
- [Guide d'économie comportementale](#)

3.2 Gestion des impacts et évaluation

Les mesures de promotion de la santé et de prévention interviennent le plus souvent dans les cadres de vie des groupes cibles et sont essentiellement financées par des fonds publics. Pour les enfants, le cadre familial et le cadre scolaire revêtent une importance particulière.

Les mesures de promotion de la santé et de prévention doivent donc présenter un excellent rapport coût-efficacité. Leur intérêt réside dans un effet social ou individuel qui doit être un objectif à atteindre. Weare et Nind ont montré que la prise en charge de la santé psychique dans les écoles à l'aide de mesures spécifiques ne produisait statistiquement que des changements mineurs, mais ces petits changements ont entraîné une amélioration majeure de la situation des personnes concernées [3.12]. Il n'est pas facile de prouver un tel effet, car il y a souvent un manque d'indicateurs et de mesures facilement accessibles, contrairement aux organisations à but lucratif qui disposent de résultats financiers [3.13].

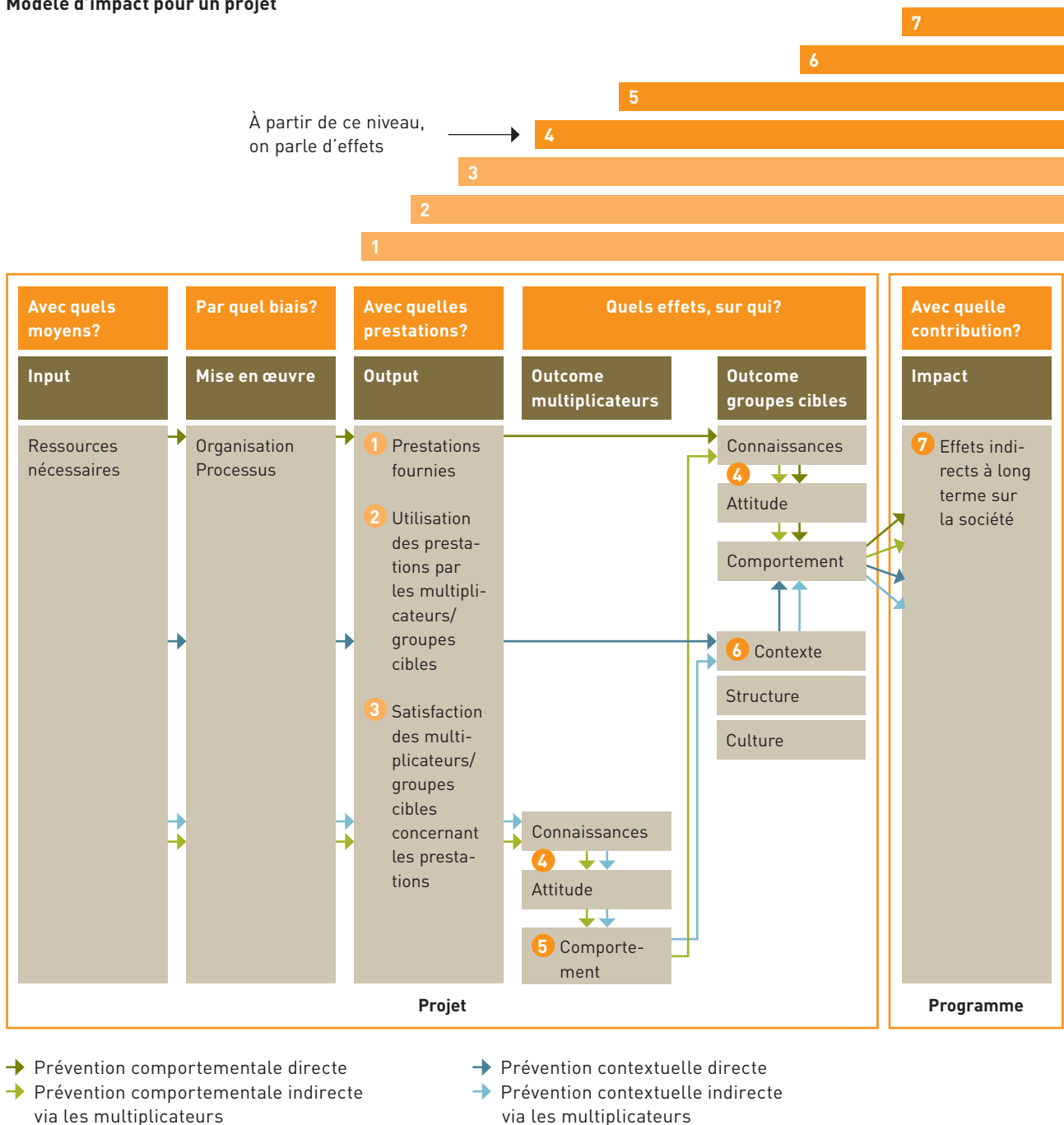
Comme dans d'autres domaines où un impact social doit être atteint, des modèles d'impact sont en cours d'élaboration pour la promotion de la santé et la prévention [3.14-3.16]. Ceux-ci posent d'une part les bases théoriques pour mesurer l'impact et peuvent d'autre part être utilisés pour montrer comment différentes mesures contribuent individuellement ou collectivement à la réalisation d'un objectif d'impact à long terme.

Le modèle d'impact justifie ou non la mise en œuvre de mesures individuelles ou d'une combinaison de celles-ci. Représenter la structure des impacts peut en outre soutenir le développement des mesures existantes ou l'élaboration de nouvelles mesures: des lacunes ou des activités non adaptées peuvent être mises en évidence dans la chaîne des impacts.

Promotion Santé Suisse a abordé très tôt la question de l'impact attendu des programmes et projets qu'elle soutient. Elle a par ailleurs documenté le niveau à atteindre en matière d'impacts, qui fait partie intégrante du développement des programmes et des projets (figure 3.2).

FIGURE 3.2

Modèle d'impact pour un projet



Source: [3.21]



Malgré une bonne base théorique et les modèles d'impact, l'évaluation d'impact reste un défi majeur. Comment mesurer les indicateurs définis et évaluer l'effet sans recourir à des méthodes complexes et souvent coûteuses? Une approche fiable consiste à inclure dès le départ la mesure d'impact dans les projets. De cette manière, les données de processus et surtout les données nécessaires peuvent être collectées en continu. Les données de routine existantes peuvent également être utilisées pour l'évaluation.

Les premières expériences en promotion de la santé ont été faites avec le Goal Attainment Scaling qui provient à l'origine de la psychologie clinique et qui est utilisé en Suisse dans le domaine de la réadaptation ou de la psychiatrie [3.18]. Cette méthode consiste à définir un objectif clair (résultat, output ou impact souhaité), divers scénarios d'attentes vis-à-vis de celui-ci (chacun deux niveaux supérieurs ou deux niveaux inférieurs à l'objectif souhaité) et des indicateurs de réalisation des objectifs avant qu'une mesure ne soit mise en œuvre. L'atteinte de l'objectif peut être évaluée à l'aide d'une échelle à cinq points où 0 correspond à la cible souhaitée [3.17]. Une particularité de la méthode est l'implication du groupe cible et des professionnel-le-s à toutes les étapes [3.17].



Définition 3.2

Modèles pour mesurer l'impact

Le modèle d'impact constitue la base de l'évaluation et de la mesure de l'impact. Ce n'est que si l'on a défini les mesures ou les moyens par lesquels l'impact doit être obtenu que l'on peut mesurer de manière pertinente si l'impact souhaité a finalement été atteint par la mise en œuvre des différentes mesures. L'évaluation et la mesure spécifiques s'appuient sur des objectifs définis d'impact, d'outcome et d'output [3.19-3.21].

Informations complémentaires sur la gestion des impacts

- Document de travail 46: [Évaluation de l'impact des interventions](#)
- Feuille d'information 26: [Promotion de la santé et prévention: Examiner l'efficacité des mesures](#)
- Document de travail 42: [Démontrer et optimiser les impacts de la promotion de la santé](#)

3.3 La santé des enfants en Suisse: chiffres actuels

Les auteur-e-s du [Rapport national sur la santé 2020](#) se sont attelés à décrire la santé des enfants en Suisse [3.22]. Ce rapport présente en détail l'état des connaissances en 2019 sur la santé des enfants, des adolescent-e-s et des jeunes adultes, tout en sachant qu'un tel document, aussi récent soit-il, présente déjà des données «anciennes». La question de la santé des enfants se pose donc en continu: comment se présente la santé des enfants aujourd'hui, comment sera-t-elle demain?

Bien que la santé de l'entier d'un groupe d'âge change rarement du jour au lendemain, la pandémie de coronavirus témoigne de la façon dont des modifications soudaines dans l'environnement de vie des enfants peuvent avoir des effets importants sur la santé en très peu de temps.

Le Rapport national sur la santé des enfants, des adolescent-e-s et des jeunes adultes dresse sur la base des données **d'avant** 2020 un bilan largement positif: la plupart des enfants étaient en bonne santé et se sentaient bien. À ce moment-là, l'évaluation subjective de son propre bien-être différait selon l'âge, le genre et le statut social des parents. Selon l'étude HBSC, qui observe de manière récurrente des enfants et adolescent-e-s de 11 à 15 ans, 10,4% des enfants de 11 ans en 2018 ont déclaré se sentir raisonnablement bien et 1,1% se sentaient mal [3.23]. En 2022, on ne peut que constater la détérioration de la santé subjective dans le sillage de la pandémie. Diverses études et milieux intéressés en Allemagne et à l'étranger soulignent une augmentation significative des inquiétudes, des peurs et des problèmes psychiques chez les enfants et les ado-

lescent-e-s [3.24]. Il est encore trop tôt pour évaluer comment la pandémie affectera à long terme la santé et le bien-être des enfants en Suisse.



La promotion de la santé durant la pandémie de coronavirus

- Document de travail 56: [Impact de la pandémie de coronavirus sur la promotion de la santé](#)
- Document de travail 52: [Effets de la pandémie du coronavirus sur le stress et les ressources liées à la santé de la population](#)

Les changements sociétaux ont plutôt un impact latent et régulier sur la santé. L'épidémie d'obésité, qui inquiète les professionnel-le-s depuis la fin du 20^e siècle, en est une illustration [3.25, 3.26]. Elle montre également que les interventions de promotion de la santé ont souvent un effet retardé et lent sur l'impact souhaité – dans ce cas une diminution du surpoids.

Le Rapport sur la santé 2020 estime qu'environ un enfant sur cinq souffre d'une maladie chronique ou d'un problème de santé [3.22]. Une estimation actuelle de l'Office fédéral de la statistique suppose que 5% des enfants et des adolescent-e-s jusqu'à l'âge de 14 ans sont atteints d'un handicap [3.1, 3.27]. Pourtant, selon l'Enquête suisse sur la santé (ESS), seuls 3,3% des participant-e-s âgé-e-s de 15 à 75 ans vivaient avec un enfant de 0 à 14 ans en mauvaise ou très mauvaise santé. Cet écart est dû d'une part au fait que l'ESS ne contient pas de données représentatives des enfants en Suisse et d'autre part au fait que tous les handicaps ou maladies chroniques ne sont pas associés à un mauvais état de santé subjectivement perçu.

Parmi les maladies chroniques, les maladies des voies respiratoires ou les maladies associées à une hypersensibilité héréditaire (asthme, névrodermite) sont relativement fréquentes. Les risques cardio-métaboliques, comme l'obésité ou l'hypertension (1 à 5%), sont également fréquents. Ces troubles sont liés à la fois aux circonstances et aux comportements individuels. Le surpoids est nettement plus fréquent que l'obésité. Le monitoring de l'IMC par les services de santé scolaire montre que le surpoids et l'obésité sont heureusement en baisse chez les

jeunes enfants, mais stagnent à un niveau plus élevé chez les adolescent-e-s [3.26]. Au niveau primaire (1-3 HarmoS) 8,7% des enfants sont en surpoids et 3,7% obèses, entre la 5^e et la 7^e HarmoS les chiffres atteignent 13,9% et 3,5%, alors qu'au niveau secondaire (10-11 HarmoS) on en est à 16,6% de surpoids et 4,8% d'obésité. Les recommandations d'activité physique sont aussi significativement moins suivies avec l'avancée en âge [3.28], même si les bases des comportements favorables à la santé sont déjà posées durant l'enfance. Il n'existe actuellement aucune donnée suisse sur la résilience et les compétences des enfants en matière de santé.

3.4 Définition de la santé spécifique au groupe cible

«La santé des enfants est la mesure dans laquelle des enfants ou des groupes d'enfants sont capables ou rendus capables (a) de développer et de réaliser leur potentiel, (b) de satisfaire leurs besoins et (c) de développer les aptitudes qui leur permettent d'interagir avec succès avec leur environnement biologique, physique et social.» [3.29]

Cette définition de la santé de l'enfant et de l'adolescent du National Research Council, Institute of Medicine (États-Unis) est basée sur la définition de la santé figurant dans la Charte d'Ottawa [3.5]. Cette dernière considère la santé comme un élément essentiel de la vie quotidienne et établit que la promotion de la santé vise le bien-être physique, mental et social (voir [section 5.4](#)). La santé durant l'enfance et l'adolescence est donc bien plus que l'absence de maladie. Le «modèle à double continuum» utilisé en santé psychique peut aussi s'appliquer à la santé physique. La santé et la maladie sont donc des états distincts mais simultanés, qui se manifestent avec des caractéristiques différentes à des moments différents [3.30, 3.31].



Définition 3.3

Modèle des deux continuums

Le «modèle des deux continuums» offre une perspective contemporaine sur les troubles et la santé psychique. Il décrit ces deux concepts comme nettement différents mais évoluant parallèlement. Dans ce modèle, la santé psychique est conçue comme des sentiments et un fonctionnement positifs, tandis que le contraire représente la maladie psychique. Un niveau élevé de santé psychique est qualifié de «florissant», ce qui illustre l'effet positif sur le développement de l'enfant et l'effet protecteur vis-à-vis de la maladie psychique. (<https://cspm.csyw.qld.gov.au/>)

Le terme «développement» dans cette conception de la santé mérite une attention particulière. Un développement physique, psychique, intellectuel et social favorable est à la fois l'objectif de la promotion de la santé et un élément fondamental pour le succès de celle-ci. La promotion de la santé doit adapter non seulement ses thèmes et ses contenus, mais aussi ses méthodes au niveau du développement de chacun-e, en fonction des publics cibles.

L'âge et le niveau de développement structurent également la compréhension qu'ont les enfants de la santé dans l'Union européenne. Dans le projet européen «Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)» [3.32] 15 États membres ont défini des «thèmes clés» et un ensemble d'indicateurs de santé qui identifient les besoins ainsi que certains indicateurs spécifiques tout au long du développement et de la progression en âge des enfants et des adolescent-e-s. Les thèmes clés incluent les politiques de promotion de la santé, la santé psychique, le bien-être, l'alimentation et la croissance. Pour la promotion de la santé, il est essentiel de disposer de données sur la santé et le développement des enfants afin d'identifier le besoin d'intervention et la réussite du dispositif.

Cette compréhension dynamique de la santé est mise en exergue par les «théories sociales et écologiques» appliquées à la promotion de la santé [3.33], qui décrivent une interaction continue entre l'individu ou les groupes de population et l'environnement physique, culturel, social et politique. Une compréhension holistique de la santé durant l'enfance

inclut donc toujours les parents et les personnes de référence, mais aussi le quartier, la communauté ainsi que les systèmes sociaux, politiques et éducatifs dans lesquels vivent les enfants.

3.5 Objectifs de la promotion de la santé chez les enfants

Conformément aux explications ci-dessus (voir [section 3.1](#)), la promotion de la santé vise à la fois à instaurer des conditions-cadres favorables à la santé et à permettre à l'individu d'améliorer sa propre santé [3.1, 3.34]. Par rapport à cette seconde option, on parle aussi souvent d'empowerment qui se traduit par des objectifs concrets pour la promotion de la santé durant l'enfance:

- Transmettre des connaissances (qu'est-ce qui est favorable à ma santé, qu'est-ce qui est bon pour moi?)
- Acquérir des compétences de vie (voir [définition 3.4](#))
- Renforcer l'estime de soi



Définition 3.4

Compétences de vie

L'OMS définit les compétences de vie comme les compétences de base suivantes qui favorisent la santé et le bien-être des jeunes [3.35]:

- Résolution de problèmes et prise de décision
- Pensée créative et pensée critique
- Communication et relations interpersonnelles
- Conscience de soi et empathie
- Gestion du stress et des émotions

L'OMS et d'autres ONG attachent une grande importance à l'enseignement des compétences de vie qui peuvent aider les enfants à mieux faire face aux problèmes et/ou à les éviter. Elles permettent aux enfants de traduire les connaissances, les attitudes et les valeurs en compétences réelles (c'est-à-dire que faire et comment le faire) et d'assumer de plus en plus la responsabilité de leur santé.

Dans le même temps, la promotion de la santé vise à créer des conditions-cadres favorables à la santé. Cette approche structurelle de la réalisation des

objectifs était évidente lors de la 9^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Shanghai en 2016 et a mis les législateur-trice-s et la société face à leurs responsabilités [3.36]. Dans le cadre des objectifs de développement durable de l'Agenda 2030 des Nations Unies, trois piliers prioritaires de la promotion de la santé ont été formulés lors de la conférence:

- Villes-santé (healthy cities)
- Bonne gouvernance (good governance)
- Compétences en santé (health literacy)

Ces priorités tiennent compte du fait que bon nombre des conditions affectant les enfants et leurs familles ne peuvent être influencées. Dans le contexte des «villes-santé», il faut également prendre en considération la vulnérabilité accrue des enfants aux expositions biologiques, chimiques et physiques. Les enfants absorbent par exemple relativement plus de polluants atmosphériques en raison de leur rythme respiratoire plus élevé, avec des effets potentiels sur la croissance pulmonaire. En raison de leur taille, elles ou ils sont aussi particulièrement vulnérables face à la circulation routière. Les compétences en santé, la troisième priorité, sont un déterminant pertinent de santé. Durant l'enfance, les compétences en santé sont liées aux capacités des enfants relatives à leur âge (capacité de lecture, de calcul et de compréhension) ainsi qu'aux capacités à faire face aux maladies spécifiques à l'âge et à la situation sociale dans laquelle elles ou ils vivent [3.38]. Les compétences en santé des parents jouent toutefois aussi un rôle important [3.37].

Seules quelques études ont jusqu'à présent traité des compétences en santé des enfants ou de la compréhension qu'ont les enfants de la santé ou de la promotion de la santé [3.39]. Celles-ci montrent que les enfants en âge scolaire disposent déjà d'une compréhension très différenciée de la santé et des comportements liés à celle-ci [3.39-3.41]. Les jeunes enfants en particulier associent le terme santé positivement aux thèmes en lien avec l'alimentation, l'activité physique ou le soleil [3.42]. Plus les enfants grandissent, plus la compréhension devient complexe et polysémique. Almquist et al. soulignent que pour les enfants, la santé est liée à leur participation à la vie quotidienne et aux loisirs ainsi qu'à leurs activités. Cette conception pourrait tout à fait être utilisée en promotion de la santé [3.44].

3.6 Settings et acteurs

La promotion de la santé repose sur l'apprentissage social et cognitif [3.33]. L'apprentissage social est une priorité durant l'enfance. Il se déroule principalement dans la famille durant la petite enfance, puis au niveau des structures d'accueil de la petite enfance, de l'école ainsi que dans les loisirs et les espaces publics. Ces settings offrent des points d'ancrage pour la promotion de la santé (voir [section 3.7](#)) et mobilisent différents acteurs.

Un grand nombre d'acteurs dans différents secteurs sont responsables de la santé des enfants. C'est ce qui s'appelle la responsabilité intersectorielle. La [figure 3.3](#) montre comment pratiquement tous les domaines sont impliqués au niveau national, de la santé à l'éducation en passant par le droit, l'environnement ou les transports. Au niveau des cantons et des communes, les responsabilités relatives au bien-être des enfants peuvent être attribuées à des services spécifiques et liées à des mandats concrets. Ici aussi, le thème de la santé s'étend bien au-delà du domaine sanitaire classique et comprend, entre autres, l'urbanisme, l'éducation et la police. Dans le 3^e cercle, on retrouve les ONG et les organisations privées qui travaillent pour les enfants et les jeunes, en leur donnant la parole et en créant des offres qui leur sont destinées.

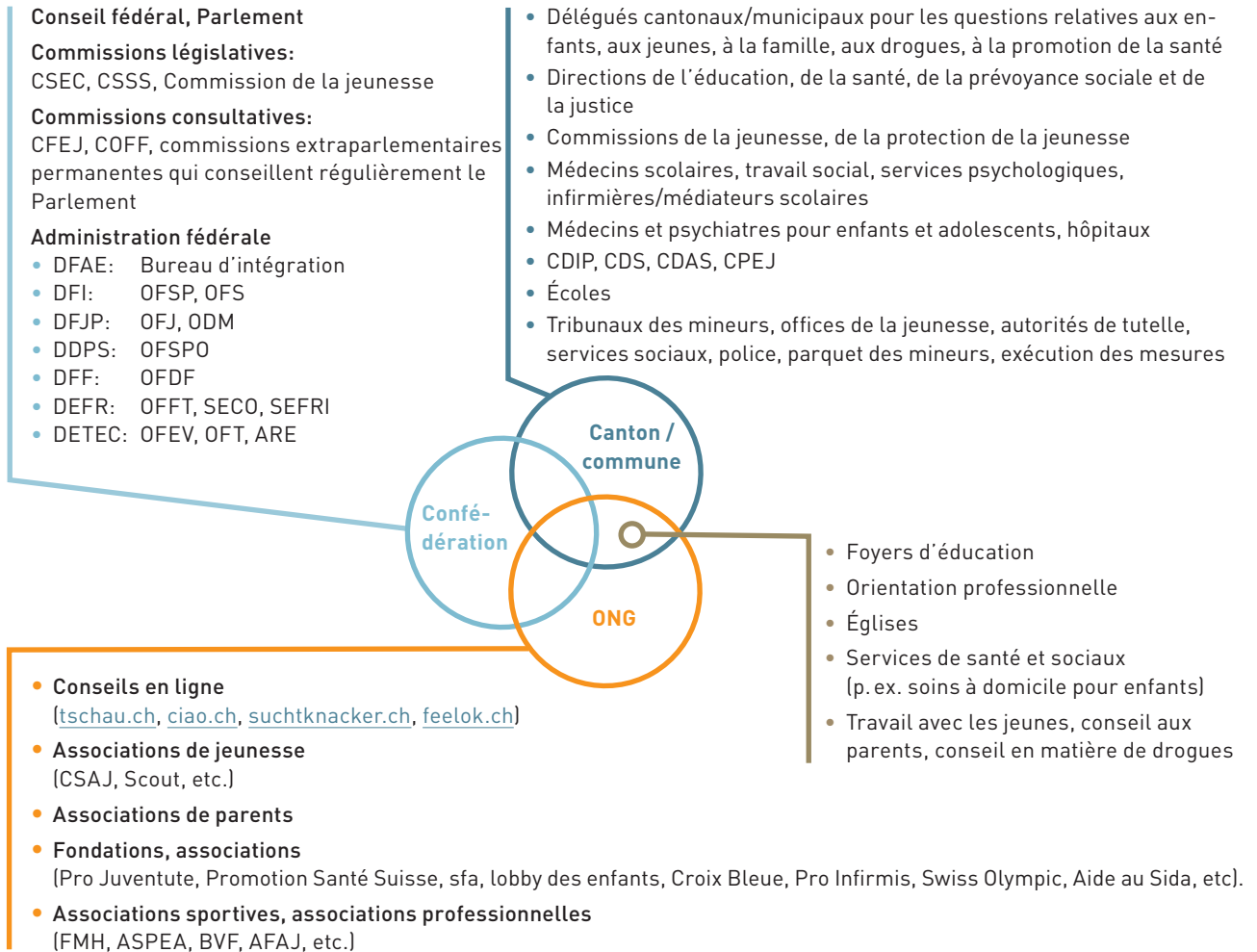
3.7 Défis, potentiel et approches de la promotion de la santé et de la prévention chez les enfants

Les défis peuvent aussi se transformer en opportunités, lorsqu'ils promeuvent un meilleur accès à un groupe cible, une optimisation des méthodes et une allocation pertinente des ressources.

- **Accès aux familles présentant certains facteurs de vulnérabilité** [3.46]

L'un des défis est d'atteindre les familles avec les offres de promotion de la santé. L'encouragement précoce des enfants donne notamment de bons résultats. Les limites de l'encouragement précoce des familles sont 1) une compréhension libérale répandue selon laquelle la famille et les enfants relèvent de la sphère privée, 2) la volonté variable des communautés d'investir dans des services de conseil à bas seuil (p. ex. informations

FIGURE 3.3

Acteurs dans le domaine de la santé des enfants et des adolescent-e-s

Source: adaptation d'après [3.44]

ou conseils aux parents) et 3) des preuves d'efficacité insuffisantes et un manque de vue d'ensemble des offres et de leur contenu.

- **Augmentation des problèmes de santé psychique** [3.47]

Un bon cinquième des jeunes de moins de 25 ans sera victime à un moment ou un autre d'une crise ou d'une maladie psychique. Même à un âge précoce, les enfants peuvent ressentir directement ou dans leur environnement immédiat un stress ou des difficultés psychiques. La pandémie de coronavirus a entraîné une hausse de prévalence, du moins à court terme. Pour contrer ce phénomène, un défi permanent consiste à renforcer la

résilience et les mécanismes d'adaptation des enfants dans les cadres de vie que sont la famille, l'école et les loisirs.

- **Compétences insuffisantes des parents en matière de santé** [3.48, 3.49]

Un niveau élevé de compétences en santé est un facteur de protection pertinent et permet de prendre des décisions éclairées concernant sa santé tout au long de la vie. Les compétences en santé s'acquièrent par la lecture, les médias, les sciences et le monde numérique. Un manque de compétences personnelles en matière de santé peut perturber les parents et amoindrir le potentiel de promotion de la santé.

L'utilisation des médias n'a pas été répertoriée comme un défi explicite, car la récente étude nationale MIKE sur le comportement d'utilisation des médias des élèves du primaire indique que les enfants continuent de préférer les loisirs non médiatiques aux loisirs médiatiques [3.50]. Les activités numériques sont populaires mais ne sont pas les activités de loisirs les plus courantes à l'âge de l'école primaire. Parmi les médias, la télévision en particulier est plus utilisée que les smartphones. Cependant, la disponibilité des médias est élevée et l'évolution de leur utilisation par les enfants doit faire l'objet d'une surveillance continue. Les influenceur-euse-s, mais aussi les entreprises, ciblent les enfants avec leurs campagnes marketing. La promotion de la santé doit donc également investir ce cadre de vie des enfants et renforcer très tôt leurs compétences en matière numérique. Il convient également de s'intéresser à l'utilisation des médias par les parents, qui peut influencer leur interaction avec l'enfant. Les parents ont aussi dans ce domaine un rôle de modèles.

Outre ces défis, la phase de vie entre 0 et 14 ans offre un potentiel considérable à exploiter pour la promotion de la santé.

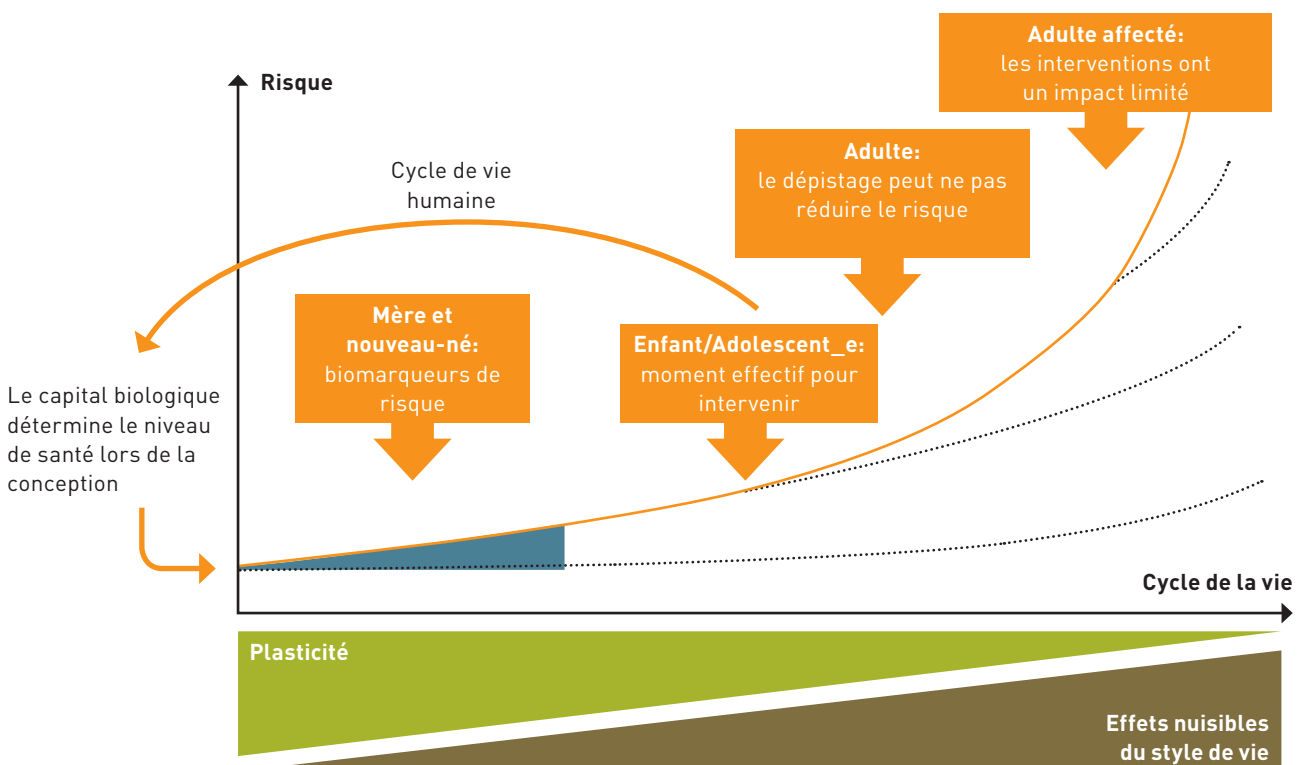
- Un départ en bonne santé et un développement harmonieux produisent des effets durables sur la santé à l'âge adulte [3.51, 3.52].

La perspective d'une vie en santé souligne l'importance et le potentiel d'une enfance en bonne santé pour le reste de l'existence. De la naissance au début de l'âge adulte, les individus traversent diverses phases intensives de développement physique, psychologique, social et intellectuel et font preuve d'une grande plasticité [3.53]. La phase de l'enfance est souvent considérée sous l'angle du risque, comme un moment de vulnérabilité, mais elle offre aussi des «fenêtres d'opportunités» ou un espace temporel sensible, apte à renforcer les comportements favorables à la santé et éviter les comportements à risques.

- Investir dans la santé et dans les conditions-cadres favorables aux enfants rapporte financièrement à la société [3.55].

FIGURE 3.4

Fenêtres temporelles sensibles pour les interventions



Source: [3.54]

Malgré un manque de preuves sur le rapport coût-efficacité de la promotion de la santé et de la prévention dans de nombreux domaines, ou sur un lien de cause à effet direct en raison de l'hétérogénéité des approches, certaines études systématiques récentes soulignent le rapport coût-efficacité des mesures de promotion de la santé et de prévention [3.55-3.58]. Ce rapport est calculé sur la base des coûts sanitaires, mais aussi sociaux. Dans le cas de l'obésité, par exemple, les coûts sociaux dans les pays occidentaux sont considérés comme plus élevés que ceux du tabagisme [3.59, 3.60]. De plus, le risque de surpoids est significativement plus élevé dans les couches économiquement défavorisées de la population que dans les couches aisées de la population [3.60]. En raison des coûts sociaux élevés, on peut supposer que le «retour sur investissement» (ROI) pour les mesures de lutte contre l'obésité est au moins aussi élevé que pour les mesures de prévention du tabagisme (ROI=41) [3.55].



Le retour sur investissement (ROI) comme variable d'évaluation économique

Il existe une forme d'évaluation économique issue du domaine de la gestion commerciale que l'on appelle le retour sur investissement (ROI). Le retour sur investissement montre l'impact monétaire d'un investissement. Il mesure la différence entre les coûts avant et après l'investissement par rapport aux coûts d'investissement eux-mêmes. Un retour sur investissement positif indique qu'un investissement permet de réduire les coûts à long terme. Cependant, d'autres facteurs d'influence qui ne peuvent pas être attribués à l'investissement (p. ex. une mesure de promotion de la santé) ne peuvent généralement pas être entièrement pris en compte. En Suisse, les calculs de ROI ne sont disponibles que pour les accidents de la circulation (ROI=9,4), la consommation d'alcool (ROI=23) et de tabac (ROI=41) [3.55]. Ces valeurs montrent de façon éloquent le potentiel d'économies permis par la promotion de la santé et de la prévention.

$$\text{ROI} = \frac{\text{coût actuel} - \text{coût après investissement}}{\text{coût d'investissement}}$$

Pour la promotion de la santé des enfants, l'espace public, la famille, l'école et les loisirs associatifs sont des cadres de vie particulièrement pertinents.

Potentiels dans le cadre de vie de l'espace public

Les mesures structurelles dans l'espace public visent souvent des conditions-cadres qui renforcent l'ordre et la sécurité. Elles peuvent toutefois également avoir une influence durable et favorable sur le comportement des enfants. De telles mesures sont peu coûteuses à mettre en œuvre et présentent donc un très bon rapport coût-bénéfice.

On peut faire beaucoup grâce à l'aménagement de l'environnement et de l'espace public:

- Les espaces verts et la variété des terrains de sport de quartier augmentent l'activité physique [3.61].
- Les lieux de rencontre publics (centres de loisirs, terrains de jeux) offrent des opportunités d'acquérir des compétences sociales et de renforcer les ressources familiales [3.62].
- Des voies de circulation sûres réduisent le risque d'accidents [3.63].
- L'offre et l'accès à une alimentation équilibrée influencent les habitudes alimentaires [3.60].
- La réduction des émissions de gaz à effets de serre et du bruit favorise la santé respiratoire et cardiovasculaire [3.64].

Ces points ont en commun de réduire le risque de maladie durant l'enfance et à l'âge adulte et de lutter contre les inégalités sociales par une meilleure santé et une charge de maladie moindre pour toutes et tous.

Dans un sens plus large, la société et les conditions qu'elle offre peuvent également être comprises comme un espace public. Les mesures prises à ce niveau peuvent être spécifiques aux enfants (prévention sélective ou promotion de la santé) ou viser la société dans son ensemble (prévention universelle ou promotion de la santé). L'interdiction de la publicité dans les lieux fréquentés par les enfants, l'intégration de thèmes liés à la santé psychique dans le matériel scolaire obligatoire ou l'activité physique et les mesures nutritionnelles dans les écoles sont des exemples de mesures de prévention sélective. Dans leur revue systématique de la littérature, Weare et Nind soulignent à quel point il est efficace d'intégrer des contenus de promotion de la santé dans les enseignements au lieu de les traiter de manière spécifique [3.12].

Des mesures de prévention universelle sont, par exemple, la réduction du sel et du sucre dans les aliments ou les soins dentaires scolaires [3.65]. L'exemple de l'obésité montre, entre autres, que les modifications structurelles sont efficaces. Il a été démontré que l'environnement alimentaire, c'est-à-dire l'offre, le prix et la promotion d'aliments (favorables ou non à la santé), est corrélé à la prévalence du surpoids et de l'obésité [3.60]. Un autre exemple atteste que dès leur plus jeune âge, les enfants et les adolescent-e-s développent leurs propres valeurs et prennent conscience des différentes marques. Dans une étude, 22% des enfants de cinq et six ans ont d'ores et déjà pu identifier Marlboro comme une marque [3.66]. Ces études, ainsi que d'autres, soulignent le pouvoir préventif de la réglementation de la publicité [3.67-3.69].

De plus, les enfants (ainsi que les adultes) ont besoin de soutien en cas de problème ou de détresse. Les interlocuteur-trice-s doivent être facilement accessibles aux enfants et contribuer à réduire le risque de développer des maladies graves, notamment en cas de stress psychique.

L'espace public est un cadre de vie important pour la promotion de la santé. Il permet un accès bas seuil à la promotion de la santé et accroît ainsi l'égalité des chances.

Potentiels dans le cadre de vie familial

Les familles ne forment pas un setting autonome au sens de l'approche setting de l'OMS, mais elles offrent beaucoup de potentiel tant en promotion de la santé qu'en prévention comportementale et contextuelle. La promotion de la santé au sein de la famille comprend également des aspects de renforcement des ressources familiales [3.62]. Reconnaître les besoins et fournir des services sanitaires et sociaux adaptés aux familles au sens large est une tâche importante pour les communes, les ONG et les cantons (voir [figure 3.3](#)).

Le cadre de vie familial a une grande influence sur la façon dont un enfant grandit en promouvant sa santé. Ce sont les consignes et le comportement des parents qui influencent le comportement des enfants et le façonnent aussi à long terme: les petits trajets se font à pied ou à vélo, on ne mange pas devant la télévision, on laisse de la place aux autres pour s'exprimer lors des discussions, etc. C'est pourquoi les parents sont extrêmement importants en tant que multiplicateur-trice-s en promotion de

la santé et en prévention. Elles ou ils ne sont cependant pas toujours faciles à atteindre et, comme le montre l'exigence du port du casque à vélo, il faut de la persévérance, beaucoup d'attention médiatique et de larges partenariats pour faire passer les messages pertinents. Les soirées classiques destinées aux parents et les brochures d'information sont importantes, mais elles ne suffisent pas, car ces initiatives restent ponctuelles. Au cours des premières années de vie, les offres incitatives pour les enfants et éducatives pour les parents, parfois de proximité, ont particulièrement fait leurs preuves (p.ex. [«familystart»](#), [«Zeppelin»](#), [«1001 histoires dans les langues du monde»](#)) [3.46].

Dans le domaine de la prévention des accidents, par exemple, il est possible de travailler avec des messages simples que les enfants et les parents comprennent facilement. Dans des domaines plus complexes, il est beaucoup plus difficile de formuler des messages simples et d'avoir tout de même un impact (voir [10 activités pour la santé psychique](#), [«Take care»](#)). Les parents recherchent de plus en plus d'aide sur Internet, mais elles ou ils sont souvent submergés par les informations qui y figurent [3.49]. Il peut être utile, d'une part, de bénéficier d'un contact personnel avec un-e professionnel-le ou d'autres parents expérimentés, d'autre part, d'effectuer une recherche guidée sur Internet ou de renforcer ses compétences numériques en matière de santé. Les parents trouvent également de plus en plus de contacts personnels via les réseaux sociaux [3.49]. Durant la petite enfance, les membres de la famille sont les premiers modèles, elles ou ils renforcent de manière positive les comportements. À cet égard, les environnements «familiaux» et les espaces dédiés aux enfants sont des settings appropriés pour une promotion de la santé précoce. La numérisation et le volume croissant d'informations sur la santé exigent que les parents aient un haut niveau de compétences en santé numérique.

Potentiels dans le cadre de vie des structures d'accueil de la petite enfance et de l'école

Lorsque les enfants arrivent en structure d'accueil de jour ou à l'école, un nouveau cadre de vie s'ouvre à elles et eux. Dans leurs apprentissages, les enfants acquièrent à la fois des compétences techniques et interdisciplinaires. Le Plan d'études romand (PER) s'est fixé pour objectif de promouvoir également les compétences de vie. Les enfants

passent beaucoup de temps à la crèche, à la garderie et à l'école. Il est donc important que ces environnements soient propices à leur santé.



Une école attachée à la promotion de la santé

Selon l'OMS, une école attachée à la promotion de la santé prend en considération [3.40]:

- l'environnement physique (bâtiments scolaires et salles de classe),
- la nourriture offerte à l'école,
- l'environnement psychosocial (culture scolaire, attitudes et croyances des élèves et du personnel),
- les conditions sociales et psychologiques affectant l'éducation et la santé.

Le Réseau d'écoles21 associe la promotion de la santé et le développement de la qualité dans des «écoles en santé et durables» et crée ainsi des conditions-cadres et des contenus pour un environnement de vie, d'apprentissage et de travail favorable à la santé au sein de l'école (www.reseau-ecoles21.ch). L'école est aussi importante pour le développement social que pour le développement intellectuel.

Une grande partie de l'échange social avec les pairs a lieu à l'école. Hors de la présence des parents, les enfants tissent de nouvelles amitiés avec leurs camarades, s'intègrent dans une classe et peuvent aussi trouver des adultes de confiance supplémentaires parmi le corps enseignant. L'école est toutefois aussi un lieu où de nombreux facteurs de stress peuvent intervenir (p.ex. attente de performance, stress scolaire, pression des pairs) [3.70].

Il existe différentes formes de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire. Les mesures structurelles se sont également avérées particulièrement efficaces dans ce setting (p.ex. règles relatives aux collations saines lors des récréations ou campagne pour les boîtes à collation en milieu de matinée). Il a en outre été démontré que les mesures poursuivies à plus long terme sont plus efficaces. Les interventions en lien avec la cohésion de groupe et les interactions sociales réduisent par exemple le risque d'intimidation et sont également

efficaces en termes de coûts [3.71]. Les actions ponctuelles en classe sans suivi sont largement inefficaces [3.72].

Outre l'école, le milieu associatif constitue le deuxième cadre de vie où les enfants se familiarisent avec les normes sociales et acquièrent des compétences en dehors du foyer familial. Des mesures de promotion et de prévention de la santé peuvent aussi être mises en œuvre en lien avec les associations actives auprès des jeunes. Les actions qui influent sur les structures se sont révélées particulièrement efficaces à ce niveau (p.ex. «Cool and Clean»). Les interventions ponctuelles – analogues aux interventions dans les écoles – sont également peu efficaces dans les clubs et associations.

Les structures d'accueil de jour ou l'école assurent un haut niveau d'accessibilité pour les enfants, ce qui accroît l'égalité des chances. Les contenus de promotion de la santé et de renforcement des compétences sont véhiculés par le personnel d'encadrement ou les enseignant-e-s dans une atmosphère «d'apprentissage commun et ludique» et connaissent un haut niveau d'acceptation sociale et de diffusion (voir encadré [Youp'la bouge](#)).



Youp'la bouge/Purzelbaum

[Youp'la bouge](#) (Purzelbaum en Suisse alémanique) est un projet de promotion de la santé en crèches et garderies ou dans les classes de 1^{re} et 2^e HarmoS. Il comprend un aménagement des locaux favorisant le mouvement ainsi qu'une sensibilisation des parents à la promotion de l'activité physique. Les structures d'accueil et écoles Youp'la bouge encouragent également une alimentation équilibrée. Les éducateurs-trice-s et les enseignant-e-s œuvrant dans ces lieux reçoivent une formation complémentaire et, en tant que multiplicateur-trice-s, peuvent transmettre leurs connaissances au personnel, aux enfants et aux parents. Dans les établissements labellisés Youp'la bouge, les enfants suivent des consignes en lien avec le mouvement et, selon le personnel et les parents, s'amuse davantage grâce à ces activités motrices.



Focus

Poids corporel sain chez les enfants – Une évolution positive est visible

- **Florian Koch**, Promotion Santé Suisse
- **Dominik Steiger**, EvaluateScience

Situation initiale

Les graphiques issus du monitoring des villes montrent un recul en ce qui concerne la problématique du surpoids dans le premier degré HarmoS (figures 3.5 à 3.8). On constate également une baisse au 2^e cycle, mais à un niveau de surpoids plus élevé. Toutes les mesures prises ces dernières années pour réduire l'obésité chez les enfants semblent donc plutôt efficaces.

Évolution de l'IMC

Il n'existe qu'une prédisposition génétique limitée à l'obésité. Une méta-analyse montre que seule 5% de la variance de l'IMC peut être expliquée par les variants génétiques trouvés [3.76]. La manière dont les gènes s'expriment dépend beaucoup plus de l'environnement et du comportement d'une personne. La surveillance de l'évolution des facteurs environnementaux favorisant le surpoids et l'obésité («environnement obésogène») doit donc se poursuivre.

Seulement 3% des enfants et adolescent-e-s passent à une catégorie d'IMC inférieure au cours de leur développement, alors que 10,8% passent à une catégorie supérieure. La promotion de la santé et la prévention dès le plus jeune âge et, si nécessaire, l'intervention précoce sont donc cruciales [3.77]. En revanche, 86,2% des enfants et adolescent-e-s restent dans la même catégorie de poids.

La promotion d'une alimentation équilibrée et d'un mode de vie actif ne vise pas principalement à atteindre des valeurs d'IMC spécifiques. Il s'agit surtout d'une sensibilisation à des facteurs de protection importants ayant de multiples influences sur le corps en termes de prévention holistique des MNT [3.76].

Recommandations

- La promotion d'une activité physique suffisante et d'une alimentation équilibrée durant la petite enfance et l'enfance reste de la plus haute importance.
- Le contexte socio-économique et socioculturel a une grande influence et doit être fortement pondéré lors du choix des groupes cibles et de la conception des interventions.
- En ce qui concerne les problèmes d'évolution du surpoids chez les adolescent-e-s, l'intervention précoce est un sujet important: les évolutions de surpoids et d'obésité devraient être identifiées à un stade précoce. L'absence de parcours d'intervention/de traitement constitue un problème majeur à cet égard: les pédiatres constatent par exemple des évolutions de surpoids défavorables, mais ne disposent que de peu d'offres ou de prestations à prescrire aux familles pour y donner suite. Des initiatives de coordination avec le domaine de la prévention dans le domaine des soins (PDS), par exemple avec le projet «[Starke Familie](#)», ou avec tous les acteurs autour des enfants et adolescent-e-s, par exemple avec le projet «A DISPO», existent et devraient être renforcés.
- La sensibilisation des parents et des professionnel-le-s est d'une grande importance.

FIGURE 3.5

Proportion d'enfants et d'adolescent-e-s en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2017/18, n = 13916)¹

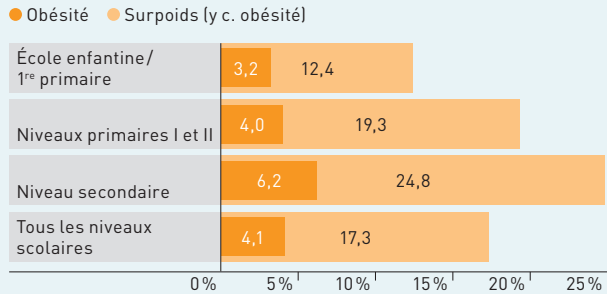


FIGURE 3.6

Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2018/19, n = 14 531)¹

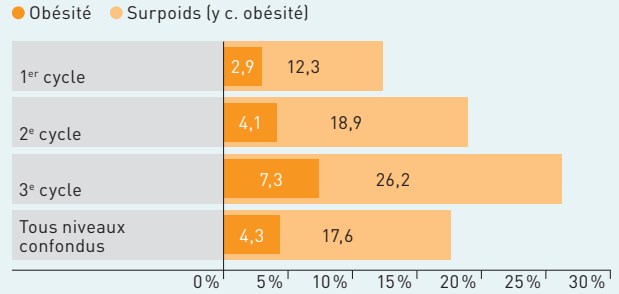


FIGURE 3.7

Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2019/20, n = 14 197)¹

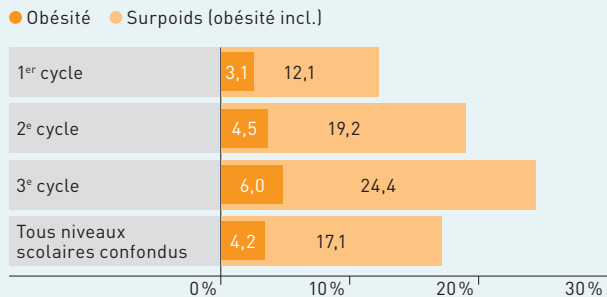
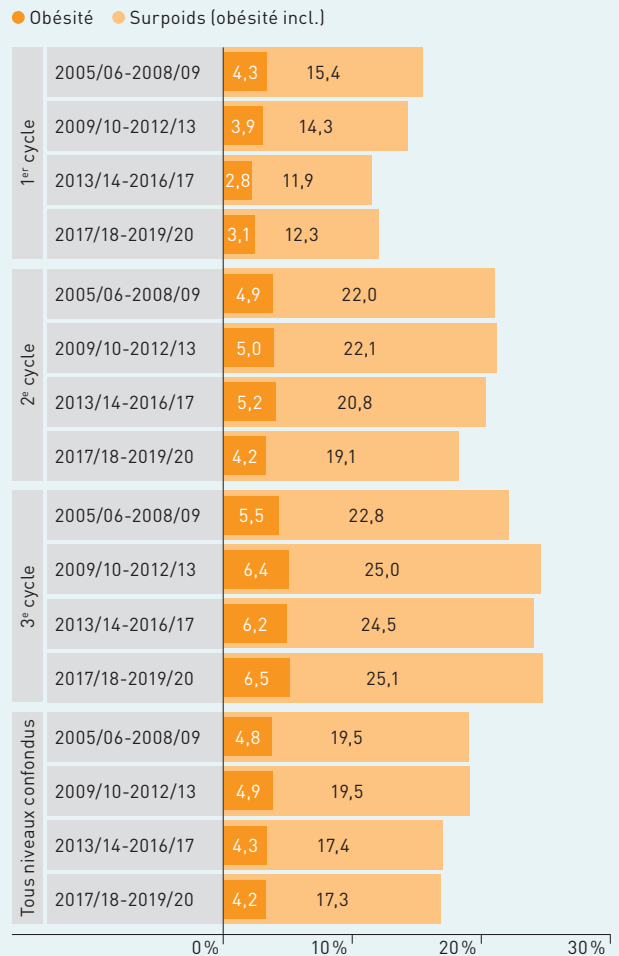


FIGURE 3.8

Proportion d'enfants en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis), comparaison de quatre périodes*¹



¹ Remarque: la catégorie «surpoids» comporte toujours aussi les enfants et adolescent-e-s obèses. Les différences entre les niveaux scolaires sont statistiquement significatifs ($p < .05$) pour le surpoids comme pour l'obésité.

Sources: Monitoring des données pondérales issues de trois villes en 2017/18, 2018/19 et 2019/20; comparaison temporelle et entre les niveaux scolaires de l'évolution du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s [3.73-3.75]

* Les trois premières périodes comprennent chacune quatre années d'études, tandis que la dernière période n'en comprend que trois.



Focus

Monitoring de l'IMC dans les conditions du coronavirus

- **Hanspeter Stamm**, Lamprecht & Stamm
Sozialforschung und Beratung AG Zurich

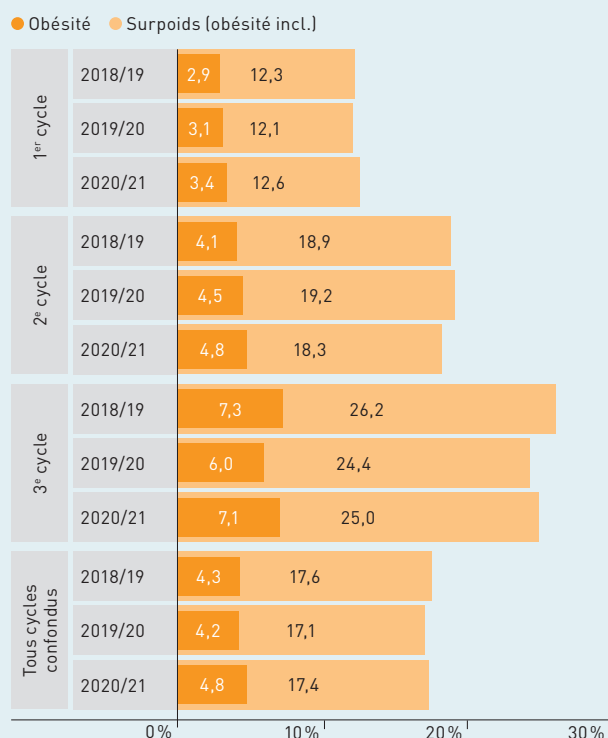
Les analyses du monitoring de l'IMC [3.78] montrent qu'au cours de l'année scolaire 2020/21, la prévalence globale de surpoids et d'obésité de 17,4 % n'est que légèrement supérieure à la valeur de l'année précédente (17,1 %) (figure 3.9).

À première vue, les résultats disponibles n'indiquent pas un «effet coronavirus» sur le surpoids. Cela signifie qu'à priori, ni le confinement, ni les fermetures d'écoles au printemps 2020, ni les opportunités de sport et d'activité physique restreintes pendant la pandémie de Covid-19 n'ont entraîné une augmentation significative de la prévalence du surpoids.

Cependant, une analyse complémentaire suggère un «effet coronavirus» à court terme: dans les écoles où les examens médicaux scolaires ont été effectués peu après les vacances d'été, et donc relativement peu de temps après le confinement, on constate une nette augmentation de la proportion d'élèves en surpoids et obèses. Cela n'est pas le cas dans les écoles où les examens ont eu lieu plus tard. Quoi qu'il en soit, la part d'enfants obèses a nettement augmenté immédiatement après le confinement. Les mesures engagées face au coronavirus semblent donc avoir eu un impact sur les enfants qui étaient déjà en surpoids.

FIGURE 3.9

Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents cycles scolaires, de 2018/19 à 2020/21 (Bâle, Berne et Zurich réunis)



Nombre de cas: année scolaire 2018/19: n = 14 531; année scolaire 2019/20: n = 14 197; année scolaire 2020/21: n = 12 843. Année scolaire 2020/21 sans le 2^e cycle à Bâle. Les différences entre les cycles scolaires sont statistiquement significatives sur les trois années d'enquête avec $p < .05$. Les différences en matière d'obésité sont significatives au 3^e cycle entre les années scolaires 2018/19 et 2019/20 et dans tous les cycles pour les années scolaires 2019/20 et 2020/21. Les autres différences ne sont pas significatives.

Informations complémentaires sur le monitoring de l'IMC

- Site web [Monitoring de l'IMC](#)
- Feuille d'information 69: [Monitoring des données pondérales effectué par les services de santé scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich 2020/21](#)
- Document de travail 58: [Monitoring comparatif des données relatives au poids des enfants et des adolescent-e-s en Suisse](#)
- Document de travail 45: [Poids corporel sain chez les enfants et les adolescent-e-s](#)



4 L'égalité des chances en matière de santé

• **Dominik Weber**, Promotion Santé Suisse

Les parties marquées d'une ligne orange sont identiques à celles dans le chapitre 4 du rapport 9 [Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes](#).

En Suisse, les conditions d'une vie longue et en bonne santé sont meilleures que dans la plupart des autres pays. Cela ne s'applique cependant pas à tous les groupes de population dans la même mesure. Notre disposition à grandir, vivre et vieillir en bonne santé dépend considérablement de caractéristiques sociales, en Suisse comme dans le reste du monde:

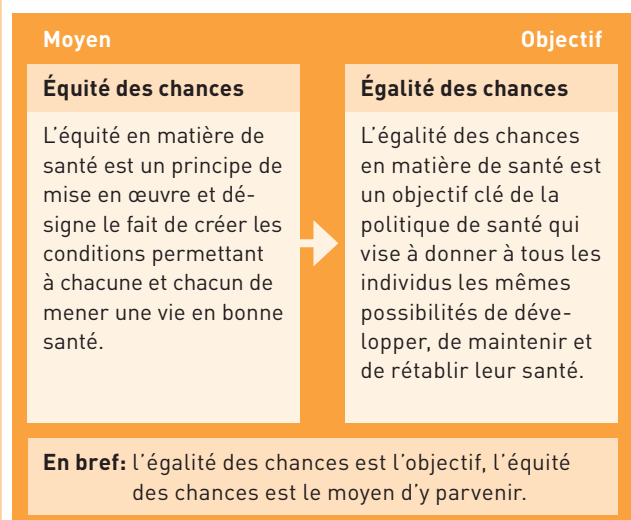
- À l'âge de la 1^e et 2^e année HarmoS, les enfants dont les parents n'ont pas terminé de formation sont environ trois fois plus susceptibles d'être en surpoids que les enfants dont les parents ont suivi des études supérieures [4.1].
- Les filles de 6 à 12 ans observent plus fréquemment les recommandations de consommation de fruits et légumes que les garçons du même âge [4.2]. En revanche, les garçons entre 6 et 16 ans observent plus souvent les recommandations d'activité physique (75%) que les filles du même âge (55%) [4.3].
- Les problèmes de santé sont plus fréquents chez les mères et les bébés issus de l'immigration en Suisse que chez les mères et les nouveau-nés suisses [4.4].
- Les adolescent-e-s homosexuel-le-s sont cinq fois plus susceptibles de développer une dépression et de tenter de se suicider que leurs pairs hétérosexuels [4.5]. Il n'existe pas de données représentatives sur les jeunes enfants. Cependant, il est conseillé d'intervenir dès l'enfance afin de pouvoir renforcer les ressources et réduire le stress à un stade précoce.

Ces différences ne sont dues ni au hasard ni à des raisons biologiques. Elles sont plutôt liées à la socialisation et/ou suivent un modèle social clair: les personnes socialement défavorisées souffrent plus souvent d'une mauvaise santé et ont une espérance de vie plus courte que les personnes mieux loties dans la société. Parce que ces différences sont socialement déterminées, on dit qu'elles sont largement évitables et injustes [4.6, 4.7]. On parle alors d'injustice en matière de santé («health inequities») [4.8].

Les inégalités en matière de santé appellent la société à agir. En effet, l'inégalité des chances en matière de santé est contraire à l'idée que la Suisse se fait d'elle-même et aux principes fondamentaux de l'État (p. ex. l'article 2, paragraphe 3 de la Constitution fédérale, selon lequel la plus grande égalité des chances doit être garantie en général), elle met en danger la cohésion sociale et entraîne des surcoûts inutiles et substantiels [4.8]. Aucun pays ne peut donc se permettre de ne pas lutter contre l'inégalité des chances en matière de santé [4.9].

FIGURE 4.1

Explication des termes égalité des chances et équité des chances





Coronavirus et égalité des chances

La pandémie agit comme une loupe sur les injustices de la société: plutôt que de créer de nouvelles inégalités, elle a grossi les inégalités existantes.

Dans le domaine de la santé, c'est le principe «same script, different illness» qui s'applique: les effets du coronavirus suivent des schémas épidémiologiques communs, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation entre les caractéristiques sociales mentionnées en introduction et l'ampleur de l'atteinte du coronavirus. Empiriquement, nous constatons des différences d'origine sociale, notamment en ce qui concerne les indicateurs suivants:

- Contamination et gravité de l'évolution du Covid-19 [4.28-4.30]
- Compétences en santé à l'égard du Covid-19 [4.31]
- Intérêt pour les effets des mesures de protection [4.32-4.34]
- Volonté de se faire vacciner [4.35-4.38]

De nombreux enfants et adolescent-e-s en âge scolaire ont pris du poids durant la pandémie [4.40]. Au niveau international, les données indiquent que ce sont surtout les enfants qui étaient déjà en surpoids avant la pandémie [4.41-4.43] et les filles et enfants issus de minorités ethniques [4.41, 4.44] qui ont pris du poids.



Informations complémentaires sur le thème de l'égalité des chances

- Rapport de base: [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#)
- Version courte du rapport de base: [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention](#)

4.1 Promouvoir l'égalité des chances en matière de santé grâce à des mesures d'équité

La promotion de la santé et la prévention sont plus susceptibles d'atteindre les groupes de statut socio-économique moyen ou élevé [4.10-4.12]. Par conséquent, les offres de promotion de la santé atteignent rarement les groupes sociaux qui en bénéficieraient le plus [4.13].

Accroître l'égalité des chances en matière de santé est donc l'un des objectifs prioritaires de la promotion de la santé. En Suisse, cet objectif est défini dans la stratégie Santé2030 du Conseil fédéral, la stratégie MNT et la stratégie nationale Addictions. L'égalité des chances en matière de santé ne signifie pas que tout le monde devrait être également en bonne santé: au lieu de résultats égaux («une santé égale pour toutes et tous»), elle vise à l'égalité en termes d'opportunités et de conditions («des chances égales de santé pour toutes et tous»).

4.2 Émergence de différences socialement déterminées en matière de santé

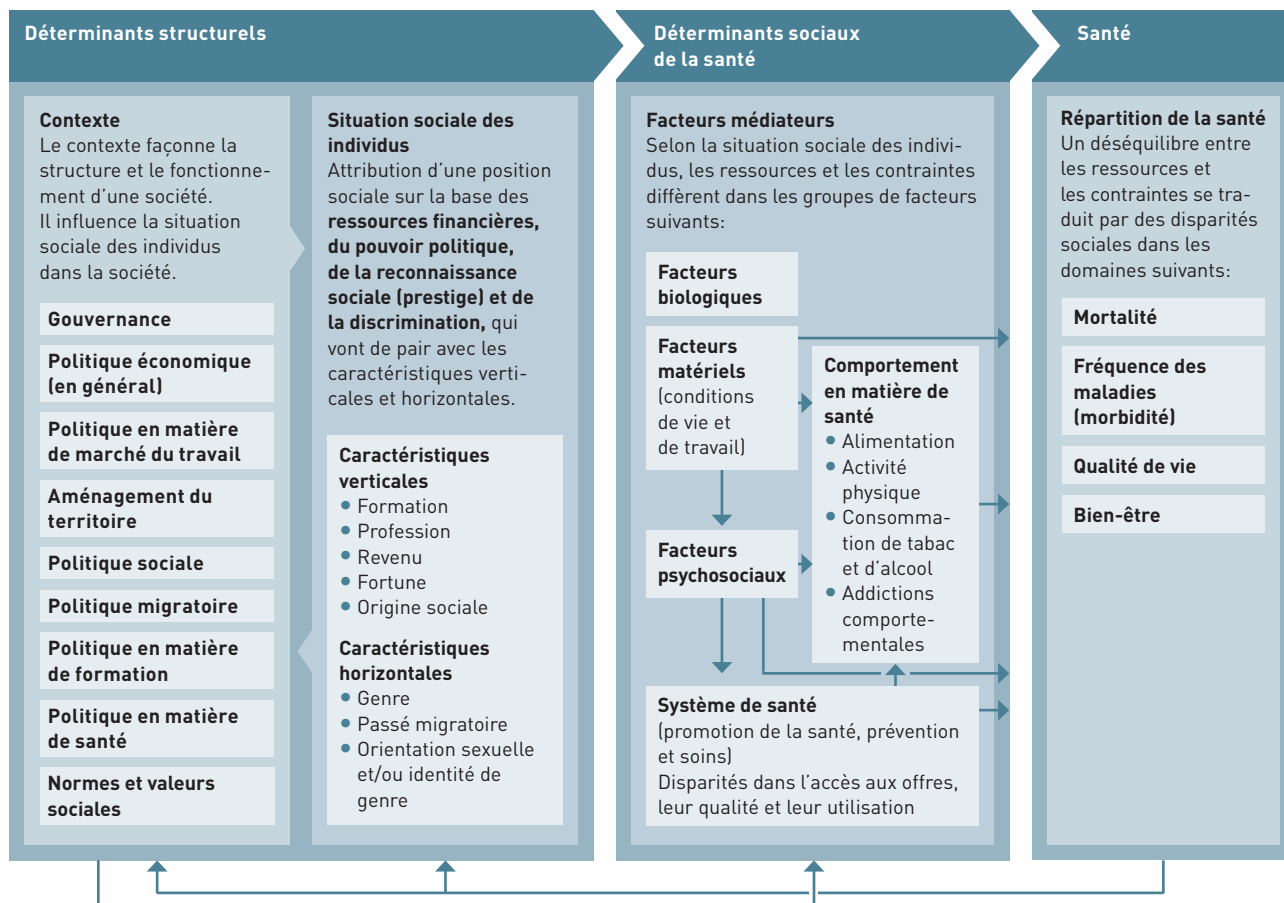
Pour établir les champs d'intervention de la promotion de la santé et de la prévention et réduire les inégalités en matière de santé, nous devons d'abord comprendre comment elles surviennent et se reproduisent. Un modèle explicatif général – c'est-à-dire adapté à tous les groupes cibles – est présenté ci-dessous.

Par exemple, un revenu élevé ne nous rend pas automatiquement en meilleure santé. Au contraire, les inégalités économiques ont un impact complexe – et pas toujours clairement explicable – sur notre vie et donc sur notre santé. Le modèle suivant (figure 4.2) tente d'expliquer en quatre étapes comment les inégalités en matière de santé surviennent (pour une discussion approfondie, voir [4.8]).

Il démontre que l'inégalité sociale – c'est-à-dire la répartition inégale des ressources matérielles et immatérielles dans une société – affecte clairement la santé. L'injustice en matière de santé n'est donc pas seulement un problème individuel, mais aussi et surtout un problème social. Le comportement en matière de santé – souvent cause directe des maladies – ne dépend pas seulement d'une volonté forte, les conditions-cadres contribuent considérablement à le façonner.

FIGURE 4.2

Modèle d'explication des inégalités en matière de santé



Le modèle présente uniquement les interactions déterminantes qui contribuent à instaurer l'iniquité en santé. On trouve en parallèle de nombreuses autres interactions (p. ex. entre les facteurs biologiques et le comportement sanitaire ou entre le comportement sanitaire et les facteurs psychosociaux).

Source: [4.8]

Bien sûr, la responsabilité personnelle est également au cœur des questions de santé et doit donc être renforcée de manière ciblée. En même temps, nous devons reconnaître qu'un problème social ne peut pas être résolu uniquement par des mesures qui ne s'adressent qu'aux individus (niveau comportemental). Il faut surtout réunir certaines conditions pour permettre à toutes et à tous d'être, de devenir et de rester en bonne santé (niveau structurel).

4.3 Ce que peut faire la promotion de la santé

Une promotion durable de l'égalité des chances en matière de santé nécessite, premièrement, une réduction des inégalités sociales dues à des caractéristiques telles que le revenu, l'éducation, le sexe, l'origine migratoire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Les mesures correspondantes se situent généralement en dehors de la politique de santé et relèvent de la sphère d'influence de la politique du marché du travail, de la politique sociale et de la politique de l'éducation. Cependant, il incombe aux acteurs du secteur de la santé de sensibiliser d'autres domaines politiques en conséquence («agenda setting») et d'initier une coopération ciblée (multisectorielle).

Deuxièmement, il est recommandé de rendre les déterminants sociaux de la santé – c'est-à-dire les conditions dans lesquelles nous grandissons, vivons, jouons, travaillons et vieillissons – favorables à la santé pour toutes et tous. Les mesures correspondantes relèvent également de la sphère d'influence de la promotion de la santé et de la prévention. Il est important de promouvoir à la fois les ressources et la capacité d'agir des personnes socialement défavorisées et d'alléger leurs charges. Cela peut être fait dans les domaines suivants [4.8]:

- Conditions matérielles de vie et de travail
- Facteurs psychosociaux
- Comportement et compétence en matière de santé
- Système de santé

Le repérage précoce de facteurs de stress particuliers et les interventions précoces correspondantes jouent un rôle important. Sur son site web, l'OFSP propose des connaissances pratiques et des guides pour l'intervention précoce chez les enfants et les adolescent-e-s.

4.4 Mesures éprouvées et critères de réussite

En raison des schémas d'évolution variables du vieillissement et de l'inégalité des chances en matière de santé, les mesures universelles destinées à l'ensemble de la population doivent tenir compte de la diversité sociale et des différentes exigences d'action («ouverture des offres»). En outre, il peut être opportun de concevoir et de mettre en œuvre des mesures spécifiques aux groupes cibles.

Les approches d'intervention qui améliorent de manière avérée les opportunités de santé pour les personnes défavorisées sont présentées plus loin dans le rapport et en particulier pour les thèmes suivants:

- Activité physique [chapitre 6]
- Alimentation [chapitre 7]
- Santé psychique [chapitre 8]

Le succès de ces approches dépend dans une large mesure de la manière dont elles sont conçues, mises en œuvre et évaluées. La [version courte](#) du rapport «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse» résume les critères de réussite qui déterminent l'efficacité des mesures auprès des groupes socialement défavorisés. Les

critères de réussite suivants sont particulièrement importants:

- La **participation** du groupe cible à toutes les phases d'intervention ou de projet (de la conception et planification à la mise en œuvre et l'évaluation) [4.13, 4.14].
- **Le travail basé sur les relations:** les personnes et institutions de liaison professionnelles et informelles se révèlent être des «bâisseurs de ponts» et simplifient l'accès aux groupes défavorisés [4.15, 4.16]. Il est crucial que ces relais aient une relation de confiance avec le groupe cible (p. ex. spécialistes de la santé et de la médecine, ONG telles que la Croix-Rouge suisse, Caritas et l'EPER, associations et personnes clés ainsi que membres de la famille et voisin-e-s). Il est important que les services des médiateur-trice-s formels et informels soient récompensés matériellement ou symboliquement [4.17].
- Des **offres variées** et l'**adaptation de leur contenu et de leur langue** au groupe cible et à son cadre de vie socioculturel sont prometteuses. Cela comprend, par exemple, du matériel d'information dans une langue compréhensible ou dans différentes langues de migration, un contenu orienté vers le cadre de vie, des formateur-trice-s issus de l'environnement socioculturel des participant-e-s («éducation par les pairs») et la mise en œuvre dans les settings des communautés spécifiques (p. ex. églises et associations de migrant-e-s) [4.13, 4.18-4.22].
- Il est plus facile d'utiliser les offres si elles sont **aussi concrètes et faciles d'accès que possible**, c'est-à-dire si les informations sont pratiques et simples à mettre en œuvre, comme des instructions étape par étape visant un changement de comportement [4.21, 4.22].
- Les mesures structurelles – par exemple dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique – n'ont généralement d'effets que lorsqu'elles sont associées à des interventions au niveau individuel, par exemple sous forme d'information et de sensibilisation (**combinaison de mesures structurelles et comportementales**) [4.23-4.27].
- Afin de promouvoir l'égalité des chances en matière de santé de manière durable et efficace, l'engagement de différents domaines politiques est nécessaire. Il convient donc de consolider tout autant le principe «**Health in All Policies**»

(santé dans toutes les politiques) que la **collaboration multisectorielle** et la **coordination à petite échelle** [4.14].

- Pour mieux comprendre l'évolution des inégalités de santé et promouvoir des mesures efficaces, le **monitoring** et l'**évaluation** des mesures et des progrès réalisés sont importants.



Exemples pratiques en Suisse

«Mamamundo» (CH); «petits:pas» (CH); «Miges Balù» (CH); «Femmes-Tische» et «Hommes-Tische» (CH); «Geschwisterkinder» (CH); «Kinder im seelischen Gleichgewicht» (CH); «Plateforme de soutien: enfants et adolescents de parents souffrant de troubles psychiques» (CH); «PAT – Apprendre avec les parents» (CH); «Ponto – Parrainages pour enfants de parents souffrant de troubles psychologiques» (CH); «MiniMove» (CH); «OpenSunday» (CH)



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

4.5 Définition des groupes cibles

L'objectif de la promotion de la santé est toujours d'améliorer la santé de l'ensemble de la population – mais dans l'idéal, son engagement est d'autant plus intensif que les populations individuelles sont défavorisées (principe de **l'universalisme proportionné**) [4.9].

Les caractéristiques qui entraînent des désavantages particuliers dépendent de la thématique et peuvent différer selon qu'il s'agit d'un comportement concernant l'activité physique, le suicide ou le recours à un dépistage médical précoce.

Les statistiques suisses montrent que l'analyse de l'inégalité des chances en matière de santé doit accorder une attention particulière aux caractéristiques suivantes liées aux inégalités [4.28]: le statut socio-économique (SSE), c'est-à-dire l'éducation, le statut professionnel, les revenus, les actifs et l'origine sociale (foyer parental), mais aussi le sexe, une éventuelle origine migratoire et l'orientation sexuelle et l'identité de genre (communauté LGBTQI+).

Les éléments suivants doivent être pris en compte lors de la définition des groupes cibles:

- La situation de vie, les ressources et les charges d'une personne ne peuvent généralement pas être attribuées à une seule caractéristique. Si l'on prend l'exemple de la population migrante, il est évident que la situation de vie d'une écolière française diffère fondamentalement de celle d'un adolescent qui a fui la Syrie. La santé d'une personne n'est pas seulement ou principalement influencée par les caractéristiques de «l'origine migratoire», mais aussi par l'éducation, le revenu, le genre et le statut migratoire. Par conséquent, la dénomination «population migrante» suffit rarement à définir la cible d'un projet. En règle générale: Plus une personne possède de caractéristiques pertinentes pour les inégalités, plus les maladies sont probables et plus l'espérance de vie est courte. Les caractéristiques sociales qui se chevauchent doivent donc faire l'objet d'une attention particulière lors de la définition du groupe cible (**intersectionnalité**).
- Les données sur la santé démontrent un lien entre les caractéristiques pertinentes pour les inégalités et la santé (p. ex. «des parties de la population migrante sont plus fréquemment touchées par les maladies»), mais ne l'expliquent généralement pas. D'autres analyses sont donc nécessaires pour déterminer ce qui est réellement responsable d'un risque accru de maladie. Est-ce que – dans l'exemple de la population migrante – la méconnaissance d'une langue nationale, un manque d'intégration sociale et économique ou un statut de séjour précaire sont déterminants?

Les mesures sont d'autant plus efficaces que notre image du groupe cible est différenciée et que les ressources et les charges concrètes du groupe cible sont prises en compte avec plus de précision.



Informations complémentaires sur le thème de l'égalité des chances

Le rapport [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#) [4.8] aborde les sujets suivants plus en détail:

- Arguments en faveur du renforcement de l'égalité des chances en matière de santé
- Clarifications terminologiques et conceptuelles sur ce sujet complexe – et souvent vague
- Contributions pour la planification systématique d'une promotion équitable de la santé
- Approches d'intervention fondées sur des données probantes et critères de réussite pratiques

Version courte du rapport de base:

[Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention](#)

Autres publications sur le sujet:

- Feuille d'information 19: [Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention](#)
- Document de travail 59: [Comment recueillons-nous des informations sur le sexe, le passé migratoire et le statut socio-économique?](#)
- Rapport: [Les compétences en santé dans des contextes difficiles](#)
- Feuille d'information 62: [Évaluation 2019-2021 «Femmes-Tische et Hommes-Tische](#)
- Document de travail 48: [La participation en matière de promotion de la santé](#)



Déficiences individuelles et égalité des chances

Les personnes peuvent être vulnérables sur le plan de la santé pour deux raisons: un désavantage social et/ou une déficience individuelle [4.8]. Ce chapitre se concentre sur les personnes dont la santé est vulnérable en raison d'un désavantage social (p. ex. en raison de l'éducation, du revenu, d'une origine migratoire, de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle). La vulnérabilité en matière de santé due aux déficiences dites individuelles est tout aussi importante. Par exemple, des troubles physiques (tels qu'une maladie ou un handicap existant) ou psychologiques (tels qu'un traumatisme ou la prise en charge de proches) peuvent favoriser la survenue de (nouvelles) maladies et incapacités [4.8]. Il convient de noter que les déficiences individuelles (comme les handicaps) peuvent également aller de pair avec un désavantage social. Prenons l'exemple des handicaps physiques: l'[Office fédéral de la statistique](#) estime qu'en 2019, pas moins de 22 % des personnes en Suisse vivaient avec un handicap et qu'environ 5 % présentaient même un handicap sévère. Ces pourcentages sont plus faibles chez les jeunes et augmentent avec l'âge. Les personnes en situation de handicap présentent un risque accru de restrictions et de troubles (supplémentaires) mentaux, physiques, cognitifs et sensoriels (OMS). Les parents de jeunes en situation de handicap font souvent face à des défis supplémentaires. Un texte d'introduction sur le sujet [«Inclusion et promotion de la santé»](#) est accessible sur le site web du Centre fédéral allemand d'éducation pour la santé.



Focus

Grandir en bonne santé au sein de familles de diverses formes

- **Heidi Simoni**, Institut Marie Meierhofer pour l'enfant

Les enfants grandissent au sein de différentes formes de famille qui peuvent également évoluer au cours de leur vie. Selon les statistiques démographiques, parmi les ménages familiaux avec enfants de moins de 25 ans actuellement enregistrés en Suisse, près de 74 % sont des familles non recomposées, 10 % sont des familles recomposées et 16 % sont des ménages monoparentaux [4.45]. Dans le cas des enfants qui ont deux foyers, un seul est cependant enregistré comme ménage familial. Or 18 % de tous les enfants ont des parents séparés [4.46]. Selon une enquête représentative menée dans toute la Suisse, environ 70 % d'entre elles et eux vivent régulièrement chez les deux – bien que les proportions de temps passé chez l'un-e ou l'autre soient encore très variables [4.47]. Il y a donc plus de «ménages monoparentaux» que ne l'indiquent les chiffres. Toutefois, ils ne doivent pas être assimilés à des «familles monoparentales»: les différents types de ménage et de famille ont des contraintes et des ressources spécifiques.

Les enfants peuvent se développer en bonne santé dans des familles avec un ou plusieurs parents, quels que soient leur sexe et leur statut matrimonial [4.48, 4.49]. Chaque enfant a néanmoins besoin, selon son âge et sa personnalité, d'assistance, d'affection et d'un environnement stimulant. La protection contre le danger, la maltraitance et la négligence est fondamentale. En fin de compte, ce qui importe le plus est ce qu'un enfant vit concrètement et comment il peut l'assimiler. Un stress psychosocial aigu et chronique entraîne des pressions familiales et peut éroder les compétences parentales. La recherche sur les risques montre que des conditions de vie défavorables pendant la petite enfance ont des effets négatifs tout au long de la vie et à bien des égards [4.50]. En ce qui concerne l'égalité des chances et la santé des enfants, deux accumulations de contraintes familiales sont particulièrement explosives.

La pauvreté des familles et des enfants

En Suisse, 133 000 enfants sont touchés par la pauvreté et 317 000 sont menacés de pauvreté [4.51]. Cette réalité a diverses répercussions négatives sur leur santé, leur parcours scolaire et leur participation sociale [4.52]. La pauvreté des familles s'explique notamment par des conditions de travail précaires, des difficultés à concilier vie de famille et vie professionnelle, ainsi que des coûts élevés de logement. Les familles avec un seul parent, avec deux ménages, avec plus de trois enfants, avec un statut juridique incertain, sont particulièrement touchées par ces problèmes structurels.

Les solutions structurelles pour lutter contre la pauvreté familiale constituent une priorité: des mesures visant à améliorer la conciliation entre famille et travail et à garantir l'égalité entre femmes et hommes pour toutes les classes sociales sont essentielles. Des structures d'accueil extrafamilial abordables et de qualité contribuent à ces objectifs et créent des univers précieux pour les enfants. Il est par ailleurs important d'agir pour lutter contre l'isolement et favoriser la mixité des enfants et des parents, avec par exemple des lieux de rencontre pour les familles avec de jeunes enfants.

La violence et les conflits hostiles

La prévention de la violence et de sa transmission intergénérationnelle représente un levier important de la promotion de la santé dans le cadre familial. L'expérience de la violence physique et psychologique, y compris des conflits hostiles entre parents, sont des formes de maltraitance qui ont des conséquences tout aussi destructrices pour les enfants. Même si le stress psychosocial et le surmenage peuvent abaisser le seuil d'exercice de la violence, ils n'en sont pas responsables. Les raisons de la violence sont plutôt l'exercice du pouvoir, un manque de contrôle des impulsions et une absence de stratégies de conflit alternatives. Les châtiments corporels sont en outre souvent basés sur de fausses attentes. Les jeunes enfants sont particulièrement touchés par ces derniers [4.53]. Une séparation parentale peut interrompre mais aussi attiser la violence. Ce qui

est particulièrement stressant pour les enfants et les parents, ce sont moins les conflits en eux-mêmes ou les émotions comme la colère ou la fureur que l'hostilité et une gestion destructrice des conflits [4.54, 4.55].

Conclusion

Les enfants peuvent bien grandir au sein de formes de famille très différentes. Pour identifier et réduire les contraintes cumulatives mais aussi utiliser et renforcer les ressources, il convient de considérer le type de ménage, la

forme de la famille et les capacités de coopération des parents. Sur le plan structurel, la lutte contre la pauvreté familiale et la prévention de la violence sont des points de départ à fort effet de levier pour favoriser un développement en bonne santé et améliorer l'égalité des chances. Sur le plan individuel, des relations positives et des liens sociaux stables sont cruciaux. Un environnement attentif peut également aider les personnes souffrant de stress psychosocial à trouver des solutions et à développer leur résistance psychologique (résilience).

5 Encouragement précoce

• **Martin Hafen**, Haute école spécialisée de Lucerne

La période allant de la grossesse à l'entrée dans le système éducatif formel est d'une importance capitale pour le développement de la santé et des aptitudes sociales d'une personne [5.1]. Dès lors, la petite enfance est une phase de vie centrale pour la promotion de la santé et la prévention [5.2], et l'encouragement précoce devient une stratégie préventive importante [5.3].

Dans le présent chapitre, après avoir défini l'encouragement précoce en guise d'introduction, nous présentons les principaux arguments scientifiques en faveur de l'importance de l'encouragement précoce en tant que stratégie de promotion de la santé et de prévention. Vient ensuite un aperçu synthétique de l'état de l'encouragement précoce en Suisse. Enfin, nous présentons des possibilités pour améliorer la situation en matière des offres dans le domaine de la petite enfance.

5.1 Définition

Actuellement, on utilise en Suisse différentes définitions du terme «encouragement précoce» [5.4]. Dans le présent chapitre, l'encouragement précoce est défini de manière très générale comme l'ensemble des mesures fournies par des professionnel-le-s (par exemple dans le cadre d'un conseil prénatal, d'un suivi médical ou d'un soutien pédagogique) et des prestations décidées par l'État (telles que les allocations familiales, le congé parental rémunéré ou les modèles de temps de travail favorables à la famille), dont les enfants et leurs familles bénéficient de la grossesse jusqu'à l'âge de quatre ans [5.5]. La notion d'encouragement précoce est donc délibérément définie de manière plus large que le concept «d'éducation et accueil des jeunes enfants» (EAJE), qui met l'accent sur les aspects pédagogiques. Selon la compréhension globale de

l'encouragement précoce utilisée ici, les aspects orientés vers le setting dominant, car la plupart des mesures visent à améliorer les conditions-cadres familiales et extrafamiliales du développement de l'enfant. En ce sens, la «promotion de la santé durant la petite enfance», en tant que partie de l'encouragement précoce, comprend non seulement des activités réalisées dans le cadre du système de santé, mais aussi des concepts issus d'autres champs d'action professionnels (éducation, affaires sociales, aménagement de l'espace, etc.) importants pour le développement [5.2].

5.2 Arguments scientifiques en faveur de l'importance de l'encouragement précoce

L'encouragement précoce est un champ d'action qui se trouve au centre de différentes disciplines scientifiques. Nous présentons ci-après quelques résultats essentiels de cette recherche interdisciplinaire. Ils offrent des arguments pertinents pour justifier l'importance de l'encouragement précoce et pour élaborer des mesures concrètes (figure 5.1).

5.2.1 La perspective de la promotion de la santé et de la prévention

Le développement de la santé et des aptitudes sociales d'une personne est marqué, à chaque phase de la vie, par une interaction complexe de facteurs de risque et de protection ou de contraintes et de ressources [5.6]. Lorsqu'il y a plus de contraintes que de ressources (déficit de facteurs de protection), il faut s'attendre à une évolution défavorable. Cela explique pourquoi les enfants issus de familles soumises à de fortes contraintes sont davantage susceptibles d'avoir des difficultés à entrer dans le système éducatif formel, puis dans la vie professionnelle, que les enfants issus de familles sans contraintes excessives. En même temps, les enfants développent durant la petite enfance leur résilience (capacité de résistance) face aux contraintes ultérieures [5.7]. Les offres d'encouragement précoce

FIGURE 5.1

L'importance de l'encouragement précoce

| Perspective | Impact |
|--|--|
| La perspective de la prévention et de la promotion de la santé | La promotion de la santé dès la petite enfance a des effets positifs tout au long de la vie. |
| La perspective de la théorie des systèmes | Les structures de la petite enfance constituent la base pour former de nouvelles structures au cours de la vie. |
| La perspective de la théorie de l'attachement | La capacité d'attachement d'un individu se fonde sur l'expérience d'attachement vécue dans la petite enfance. |
| La perspective des sciences naturelles | Les sciences naturelles confirment les résultats de la psychologie du développement et d'autres domaines de recherche traditionnels. |
| La perspective des compétences de vie | Le fait de jouer dès le plus jeune âge dans un environnement stimulant favorise le développement de compétences de vie. |
| La perspective de la théorie sur la pauvreté | L'encouragement précoce permet de prévenir la transmission de la pauvreté. |
| La perspective économique | Les investissements dans l'encouragement précoce sont également rentables sur le plan économique. |

produisent leur effet préventif (et de promotion de la santé) en réduisant les contraintes des enfants et de leurs familles et en renforçant leurs ressources.

La promotion de la santé dès la petite enfance a des effets positifs tout au long de la vie.

5.2.2 La perspective de la théorie des systèmes

Du point de vue de la théorie des systèmes sociologiques [5.8], le psychisme et le corps d'un enfant se développent en contact direct et incessant avec son environnement «pertinent». Pendant la grossesse, cet environnement pertinent est avant tout la mère, qui à son tour est en contact avec son propre environnement pertinent. Ainsi, un stress maternel élevé pendant la grossesse devient un facteur environnemental potentiellement nuisible pour l'enfant. Toute mesure visant à améliorer le bien-être des femmes enceintes et des mères d'enfants en bas âge a donc également des effets positifs sur l'enfant.

Le développement du psychisme ou des systèmes physiques de l'enfant passe par la construction de structures. Ces structures constituent à chaque instant la base pour en former de nouvelles. Si la formation de structures dans la petite enfance est défavorable, cela peut avoir des conséquences négatives qui peuvent se prolonger loin dans l'âge adulte. La recherche sur la résilience [5.9] montre que des développements positifs restent possibles même si les conditions de départ sont mauvaises et qu'à l'inverse, si les conditions de vie sont favorables dans la petite enfance, il peut aussi s'ensuivre une vie problématique. D'un point de vue statistique, un départ difficile dans la vie est toutefois clairement corrélé à une charge de problèmes plus élevée au cours de la vie.

Les structures de la petite enfance constituent la base pour former de nouvelles structures au cours de la vie.

5.2.3 La perspective de la théorie de l'attachement

Depuis longtemps déjà, la littérature spécialisée en psychologie du développement décrit le lien entre les expériences de la petite enfance et les phases ultérieures de la vie. Un domaine central de recherche est la recherche sur l'attachement [5.10]. Immédiatement après sa naissance, un enfant n'a non seulement besoin d'être nourri et changé. Elle ou il a également un besoin élémentaire de recevoir de sa mère, de son père et d'autres personnes de référence primaires des attentions émotionnelles sous la forme de contacts tactiles, visuels et de langage. Cette affection lui permet de faire l'expérience que le monde est un lieu sûr et qu'elle ou il peut compter sur d'autres personnes. Si cette expérience lui est refusée, l'enfant n'est pas en mesure de développer la confiance originelle et une capacité sûre à s'attacher. Cela influence considérablement son comportement social ultérieur et peut également avoir des répercussions défavorables plus tard sur ses éventuels propres enfants.

La capacité d'attachement d'un individu se fonde sur l'expérience d'attachement vécue dans la petite enfance.

5.2.4 La perspective des sciences naturelles

Au cours des dernières décennies, deux branches de la recherche en sciences naturelles se sont établies et ont largement confirmé les conclusions de la recherche sur l'attachement: la neurobiologie et l'épigénétique. La **neurobiologie** documente notamment, grâce à ses techniques d'imagerie, les processus et les lésions qui affectent le cerveau d'un jeune enfant lorsqu'elle ou il est exposé à un stress chronique dû à la négligence émotionnelle ou à la violence [5.11]. Elle met également en évidence l'énorme potentiel de connexions neuronales activées chez les enfants qui sont aimés et qui grandissent dans un environnement stimulant.

L'**épigénétique**, l'étude de l'activation des gènes, est une discipline encore plus récente [5.12]. Elle démontre que certains gènes de notre génome sont activés ou désactivés par des influences extérieures. Elle permet par exemple de mettre en évidence un lien entre le vécu du stress des parents et la capacité ultérieure d'un enfant à gérer le stress. Le lien entre la négligence émotionnelle et une sensibilité accrue au stress peut être démontré non seulement au ni-

veau des réseaux de cellules nerveuses dans le cerveau, mais encore au niveau de l'épigénome. Ainsi, les gènes régulateurs de stress restent désactivés lorsque l'enfant ne fait pas suffisamment l'expérience d'être aimé et entouré. L'épigénétique montre un lien entre le comportement alimentaire de la mère pendant la grossesse et l'apparition de maladies liées à l'alimentation plus tard dans la vie. Une alimentation défavorable influence les gènes associés à l'apparition ultérieure de maladies héréditaires liées à l'alimentation, comme le diabète sucré de type 2.

Les sciences naturelles confirment les résultats de la psychologie du développement et d'autres domaines de recherche traditionnels comme la recherche sur le stress.

5.2.5 La perspective des compétences de vie

La promotion de la santé dès la petite enfance a un impact positif sur la formation de compétences de vie (voir [définition 3.4](#)) [5.7]. Les compétences de vie, comme toutes les compétences, se développent sur la base d'expériences acquises en surmontant certains défis. Leur développement est influencé d'une part par l'héritage génétique d'innombrables générations, auquel un enfant a accès via les gènes de ses parents («nature»). D'autre part, ce sont les conditions environnementales sociales et géographiques qui facilitent ou compliquent le développement des compétences de vie pertinentes («nurture»). Un environnement stimulant et adapté aux enfants est un exemple de facteur favorisant le développement de différentes compétences de vie [5.13]. Il est par exemple possible d'inciter les parents à passer beaucoup de temps libre avec leurs enfants dans la nature. Une autre possibilité consiste à aménager des espaces extérieurs sans circulation où les enfants dès trois ans peuvent jouer et rencontrer d'autres enfants sans être accompagnés d'adultes.

Le fait de jouer dès le plus jeune âge dans un environnement stimulant favorise le développement de compétences de vie.

5.2.6 La perspective de la théorie sur la pauvreté

«La pauvreté est héréditaire» – cette affirmation est confirmée à double titre par la recherche sur l'encouragement précoce. Tout d'abord, il est largement

prouvé que les enfants ont une forte probabilité d'avoir à l'âge adulte un statut socio-économique comparable à celui de leurs parents [5.14]. L'hérédité de la «pauvreté» est considérablement influencée par des facteurs sociaux tels que le niveau d'éducation, le revenu des parents ou l'environnement de vie, et elle a un impact non seulement sur le statut social, mais également sur la santé tout au long de la vie [5.15]. Du point de vue de la théorie sur la prévention, cela signifie que les familles socialement désavantagées ont moins de ressources à leur disposition, mais sont en même temps exposées à davantage de contraintes. Cela contribue au fait que leurs enfants présentent, dès leur entrée à l'école, des déficits de compétences (langage, motricité, comportement social, etc.) difficiles à rattraper par rapport aux autres enfants. Cela est particulièrement vrai dans les systèmes scolaires où la réussite scolaire dépend dans une large mesure du contexte familial. Un soutien substantiel aux familles socialement désavantagées pendant la période préscolaire des enfants ne profite non seulement à ces derniers, mais allège également la pression sur le système scolaire et, plus tard, sur les services sociaux et de santé.

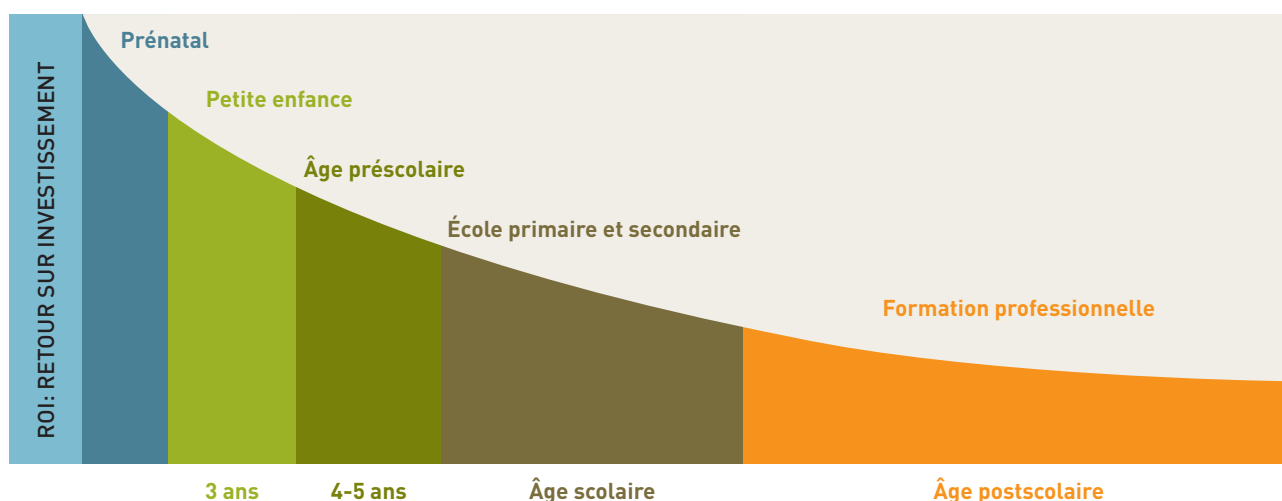
L'encouragement précoce permet de prévenir la transmission de la pauvreté.

5.2.7 La perspective économique

Le désavantage social n'est toutefois pas uniquement un problème pour les enfants défavorisés et leurs familles, mais pour l'ensemble de la société. Traiter des problèmes rendus plus probables par les conditions défavorables de la petite enfance pèse sur les systèmes d'éducation, d'aide sociale, de justice et de santé. C'est la raison pour laquelle il est si rentable d'investir dans l'encouragement précoce. Cela s'applique en particulier lorsque non seulement des mesures sont réalisées pour la collectivité, mais qu'en plus des offres spécifiques sont mises à disposition des familles socialement désavantagées. Les résultats de recherche très remarquables du prix Nobel d'économie James Heckman [5.16] sur l'efficacité des coûts de l'encouragement précoce se confirment aujourd'hui encore [5.17]: plus le soutien intervient tôt, plus le soi-disant «Social Return on Investment» (SROI), qui décrit le rapport entre l'argent investi et l'argent économisé ultérieurement, est important (figure 5.2). En cas de soutien (sélectif) précoce aux familles socialement désavantagées, le SROI peut atteindre 1:23,5 selon un aperçu de la recherche sur les études d'efficacité des coûts dans le domaine de la petite enfance [5.18]. Mais des mesures (universelles) pour toutes les familles sont également économiquement avantageuses à moyen terme. Pour la Suisse, on calcule

FIGURE 5.2

L'utilité économique des investissements dans l'encouragement précoce



Source: The Heckman Equation [5.20]

que des investissements supplémentaires dans une combinaison de mesures universelles et sélectives commencent à porter leurs fruits après un délai de dix ans déjà [5.19].

Les investissements dans l'encouragement précoce sont également rentables sur le plan économique.

5.3 La situation de l'encouragement précoce en Suisse et les pistes d'optimisation

Au moins depuis l'étude de Stamm de 2009 [5.21], qui traitait en premier lieu des déficits dans le domaine de l'accueil extrafamilial des enfants, il est clair pour les spécialistes et de plus en plus aussi pour les politiques que la situation de l'offre dans le domaine de la petite enfance est insuffisante. Depuis lors, de nombreux cantons et communes ont développé des stratégies pour le domaine de la petite enfance [5.22]. Bien que ces efforts aient conduit à des améliorations, la situation n'est pas encore satisfaisante dans l'ensemble. C'est pourquoi, dans le cadre d'initiatives de la société civile telles que la campagne [«Ready!»](#) et [«Alliance Enfance»](#), il y a une pression croissante sur la politique pour améliorer durablement la situation de l'offre dans le domaine de la petite enfance. Au cœur de ces efforts se trouve une politique intersectorielle de la petite enfance, axée sur des améliorations dans les quatre champs d'action suivants [5.23]:

- Garantir des offres pour toutes et tous
- Coordonner et mettre en réseau
- Assurer et améliorer la qualité
- Financer

Tous les domaines politiques devraient contribuer de manière significative à ces améliorations. Tout le monde profitera également de la situation si l'on parvient à élever la situation de l'offre dans le domaine de la petite enfance au niveau des pays voisins ou même des pays scandinaves.

L'encouragement précoce en Suisse est fortement marqué par le fédéralisme. La Confédération n'intervient que dans des cas exceptionnels et renvoie généralement à la compétence des cantons et des communes [5.4]. Ceux-ci, à leur tour, assument différemment les tâches qui y sont liées. Le résultat de

cette politique fédéraliste de la petite enfance est un «patchwork» d'offres avec des différences considérables entre les régions linguistiques et entre les villes et les campagnes. Ainsi, la structure de l'offre tend à être plus développée dans les régions francophones et italophones du pays qu'en Suisse allemande. En outre, les villes offrent généralement à leurs familles un soutien plus complet que les communes rurales. Mais même les villes, dont l'offre est importante par rapport à la Suisse en général, ont un besoin d'action considérable en comparaison avec d'autres pays, par exemple pour subventionner l'accueil extrafamilial des enfants ou pour dépister de manière précoce les familles ayant besoin d'un soutien particulier [5.24-5.26].

Les enquêtes menées auprès des familles montrent que celles-ci se sentent souvent livrées à elles-mêmes pour combiner vie familiale et vie professionnelle [5.27, 5.28]. C'est particulièrement vrai pour les familles à l'aide sociale et les parents peu formés issus de l'immigration [5.29]. Outre l'absence de congé parental rémunéré après la naissance, l'accueil extrafamilial des enfants pèse excessivement sur le budget familial [5.30]. De plus, la qualité de l'éducation et de l'accueil des jeunes enfants n'est pas toujours suffisante [5.31]. Cela dépend des conditions-cadres structurelles des crèches et des groupes de jeu, mais aussi du niveau de formation et des conditions de travail dans ce domaine [5.32]. Des initiatives telles que le «cadre d'orientation pour la formation, l'accueil et l'éducation de la petite enfance» [5.33], [«Kibesuisse»](#) et [«QualiKita»](#) montrent des approches pour améliorer la qualité, même dans ces conditions plutôt défavorables.

Nous présentons ci-après différentes approches pour améliorer la situation dans le domaine de la petite enfance en nous basant sur les quatre niveaux des programmes d'action cantonaux: policy et information au public, interventions et mise en réseau.

5.3.1 Policy et information au public

Les divers défis dans le domaine de l'éducation et de l'accueil des jeunes enfants nécessitent sans aucun doute un plus grand engagement des pouvoirs publics. Stern et al. [5.34] calculent, sur la base de trois scénarios (faible, moyen, élevé), que des investissements annuels supplémentaires de l'ordre de 1,38 à 2,2 milliards de francs devraient être consacrés pour renforcer l'accueil extrafamilial des en-



fants, un congé parental substantiel ainsi que le soutien spécifique aux familles socialement désavantagées. Ces montants peuvent sembler élevés. Cette estimation est à relativiser si l'on considère qu'ils sont rentables à moyen terme pour l'économie nationale [5.19]. En outre, au vu des résultats énumérés ci-dessus, on pourrait formuler que la petite enfance est la phase de formation la plus importante, l'éducation devant être comprise dans ce contexte comme le développement de compétences de vie et non comme la transmission de connaissances. L'encouragement précoce est donc la première étape pour contrecarrer la sélectivité relativement élevée du système éducatif suisse [5.35]. En outre, il renforce la position des femmes sur le marché du travail [5.36]. Il est également essentiel que les investissements profitent en particulier aux familles socialement désavantagées et préviennent ainsi les problèmes sociaux à long terme qui sont souvent liés à un parcours scolaire difficile [5.37]. Enfin, l'encouragement précoce est également une stratégie centrale pour réduire les problèmes de santé, car de nombreux problèmes physiques et psychiques trouvent leur origine dans la petite enfance.

Informations complémentaires d'autres organisations sur les conditions-cadres

- Dépliant [Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance](#) de l'Office fédéral de la santé publique
- [Pour une politique de la petite enfance](#) de la Commission suisse pour l'UNESCO (INFRAS 2019)

Compte tenu de ces arguments en faveur d'une politique intersectorielle de la petite enfance et de la grande importance de l'encouragement précoce pour les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique, qui sont au cœur des programmes d'action cantonaux, il est particulièrement avantageux que les spécialistes et les décideur-euse-s en matière de promotion de la santé durant la petite enfance s'engagent à améliorer la structure de l'offre dans ce domaine. Elles ou ils ont le savoir, connaissent les principaux arguments techniques et sont en contact aussi bien avec la politique et l'administration qu'avec le grand public. Une information ciblée au public favorise non seulement la connaissance des offres existantes par les jeunes familles, mais crée également les bases pour améliorer les conditions-cadres de ces offres, en sensibilisant la politique, l'administration et le public à ce sujet.



Informations complémentaires sur les conditions-cadres

- Fiche d'information: [L'engagement de Promotion Santé Suisse pour la petite enfance](#)
- Infographie [Encouragement précoce](#) de Promotion Santé Suisse
- Argumentaire [Encouragement précoce: un bon démarrage pour une vie en bonne santé](#) de Promotion Santé Suisse
- Document de base: [L'importance du travail professionnel dans le domaine de la petite enfance – un document de base relatif aux réflexions théoriques, aux évidences empiriques et aux pratiques à succès](#) (en allemand)

Plus d'informations:

www.promotionsante.ch/miapas



Recommandations pour les professionnel-le-s sur la promotion de la santé durant la petite enfance

- Brochure [Collaborer avec les parents et promouvoir ensemble la santé des enfants](#)

Sur le thème de l'activité physique

- [Activité physique et santé pendant et après la grossesse](#)
- [Activité physique et santé du nourrisson, du tout-petit et de l'enfant d'âge préscolaire](#)
- [Comment bouger Paprica – Informations et recommandations concernant les supports didactiques](#)
- [Paprica – Prise en charge thérapeutique centrée sur la collaboration](#)
- [Projet Paprica Petite enfance – concept de formation](#)

Sur le thème de l'alimentation des femmes enceintes et en post-partum

- Manuel [Alimentation et grossesse](#)
- Présentation [Alimentation et grossesse](#)
- Manuel [Alimentation et allaitement](#)
- Présentation [Alimentation et allaitement](#)
- [Conseils pour acheter des produits bons, sains et avantageux](#)

Sur le thème de l'alimentation des tout-petits jusqu'à 4 ans

- Manuel [L'alimentation durant la première année de vie](#)
- Présentation [L'alimentation durant la première année de vie](#)
- Manuel [L'alimentation durant la petite enfance \(1-4 ans\)](#)
- Présentation [L'alimentation durant la petite enfance \(1-4 ans\)](#)

Sur le thème de la santé psychique

- [La promotion de la santé psychique dans la petite enfance](#)
- [Soutenir la santé psychique des futurs parents](#)



Recommandations pour les parents sur la promotion de la santé durant la petite enfance

- Dépliant [Offres de soutien aux mères et aux pères](#)

Sur le thème de l'activité physique

- [Astuces pour faire de l'activité physique pendant la grossesse et après l'accouchement](#)
- [Fitness pendant la grossesse \(vidéo\)](#)
- [Apprendre à connaître le plancher pelvien \(vidéo\)](#)
- [Perception du plancher pelvien après la naissance \(vidéo\)](#)
- [Renforcement du plancher pelvien après l'accouchement \(vidéo\)](#)
- [Pratiquer une activité physique après l'accouchement \(vidéo\)](#)
- [Comment bouger avec son enfant, 0 à 9 mois](#)
- [Comment bouger avec son enfant, 9 à 18 mois](#)
- [Comment bouger avec son enfant, 18 mois à 2,5 ans](#)
- [Comment bouger avec son enfant, 2,5 à 4 ans](#)

Sur le thème de l'alimentation

- [L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie](#)
- [bonappetitespetits](#)
- [Guide d'alimentations végétarienne et végétalienne pour nourrissons et enfants en bas âge](#)
- [L'alimentation durant la première année de vie](#)
- [L'alimentation durant la 2^e et 3^e année de vie](#)

Sur le thème de la santé psychique

- [Rester fort-e mentalement en tant que père ou mère](#)
- [Voici comment mon enfant devient fort mentalement!](#)
- [L'apprentissage chez les enfants de moins de 4 ans: \[www.enfants-4.ch/start\]\(http://www.enfants-4.ch/start\)](#)
- [Messages aux parents de Pro Juventute](#)
- [Messages spéciaux sur divers thèmes, p.ex. sur la phase d'opposition, concilier famille et travail](#)

5.3.2 Interventions et mise en réseau

Les projets de proximité tels que «Zeppelin» [5.38], «Zämä uf e Wäg» (canton OW), «Gustaf» (canton NW) ou «petits:pas» [5.39] s'adressent explicitement aux familles ayant besoin d'un soutien particulier. Grâce à l'accompagnement des familles basé sur la confiance et axé sur les ressources, ces offres contribuent largement au développement des enfants en fonction de leur âge. Elles facilitent ainsi l'entrée à l'école enfantine et aux autres niveaux du système d'éducation formel. Une grande importance est également accordée aux projets qui s'adressent spécifiquement aux familles issues de l'immigration. On peut citer à cet égard des initiatives telles que «Femmes-Tische» ou l'encouragement linguistique dès la petite enfance [5.40], qui est proposé dans un nombre croissant de villes et de communes dans les groupes de jeu et les garderies et qui contribue de manière déterminante à l'égalité des chances.



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

Les réseaux sont un autre élément important de la structure de l'offre dans le domaine de la petite enfance. Ils offrent une orientation aux familles, favorisent les échanges professionnels et peuvent être un instrument important pour détecter de manière précoce les familles ayant besoin d'un soutien particulier. À cet égard, il est important que les professions médicales (gynécologie, pédiatrie) soient mieux intégrées dans les réseaux interprofessionnels de la petite enfance [5.26]. Il en va de même pour les professions dans le cadre de l'aide sociale [5.41]. L'approche autrichienne bien étudiée des «aides précoces» montre comment les contraintes psychosociales des familles peuvent être détectées et prises en charge plus systématiquement à un stade précoce grâce à un réseau «centré sur la famille» de tous les professionnel-le-s [5.42]. Dans

cette approche, un service spécialisé coordonne le réseau, à la fois ouvert à la population en général et proposant aux familles en difficulté un accompagnement volontaire basé sur la confiance, qui rend souvent inutiles les mesures de protection de l'enfant prises ultérieurement. En cas de besoin, les professionnel-le-s du réseau peuvent orienter les familles vers le service spécialisé et leur demander s'il est possible de transmettre leurs coordonnées à ce service afin d'entrer en contact avec la famille. En Autriche, cette offre est acceptée par bien plus de 90% des familles, ce qui soulage à son tour la pression sur les professionnel-le-s [5.43].



Exemple de la pratique: Miapas

- Prospectus [Le projet de mise en réseau Miapas](#)
- Brochure d'information [L'engagement de Promotion Santé Suisse pour la petite enfance](#)

Plus d'informations:

www.promotionsante.ch/miapas

Une étude préliminaire sur cette mise en réseau centrée sur la famille montre que, du point de vue des professionnel-le-s interrogé-e-s, il existe en Suisse un grand besoin pour un tel type d'intervention précoce et de soutien des familles éprouvées [5.26]. La mise en réseau centrée sur la famille pourrait constituer un complément utile aux réseaux suisses existants tels que «Primokiz» [5.34] et à de nombreuses autres initiatives qui fonctionnent bien, qui sont axées sur la mise en réseau des institutions et des professionnel-le-s de la petite enfance et qui permettent aux familles de s'orienter dans les multiples offres du domaine de la petite enfance grâce à des services de coordination accessibles au public et à des personnes de contact [5.26]. Certains cantons développent déjà leurs réseaux en ce sens, comme le canton de Nidwald avec le projet «Gustaf» (un bon départ dans la vie de famille). S'y ajoutent des initiatives de mise en réseau au niveau professionnel, comme «Miapas» ou «TIPI», qui contribuent à leur tour de manière importante à la mise en réseau interprofessionnelle et à l'assurance qualité.

5.4 Conclusion

Des recherches menées dans différentes disciplines montrent à quel point la petite enfance est importante pour le développement ultérieur d'une personne. C'est au cours de cette phase de vie que sont posées les bases des principales compétences de vie, et le stress chronique a des effets négatifs qui peuvent accompagner une personne tout au long de sa vie. C'est pourquoi il est particulièrement important d'aider les familles à donner à leurs enfants un bon départ dans la vie. Cela s'applique en particulier aux familles socialement désavantagées. Le terme générique pour ce soutien est «encouragement précoce».

Malgré les preuves scientifiques disponibles et une bonne situation économique, l'encouragement précoce en Suisse est (encore) assez peu développé en comparaison avec d'autres pays. Ainsi, les communes et les cantons ont de nombreuses possibilités pour améliorer la situation. Ce sont notamment:

- l'aménagement d'espaces extérieurs adaptés aux enfants,
- le financement de programmes de proximité pour les familles socialement désavantagées,
- le renforcement des réseaux interprofessionnels prenant en considération les spécialistes du domaine médical,
- le soutien des unités d'accueil de la petite enfance et des groupes de jeux dans l'assurance qualité,
- la mise en place de points de contact facilitant l'orientation de toutes les familles dans le domaine de la petite enfance, ainsi que
- la sensibilisation du public et des politiques à l'importance de la petite enfance.

En fin de compte, ce ne sont pas uniquement les enfants et leurs familles qui profitent d'un encouragement précoce mieux développé, mais toute la Suisse. Enfin, les jeunes enfants d'aujourd'hui constituent le potentiel pour relever les défis sociaux, sanitaires et écologiques à venir auxquels la Suisse et le monde dans son ensemble seront confrontés.

6 Promotion de l'activité physique régulière

- Susi Kriemler, Université de Zurich
- Thomas Radtke, Université de Zurich

6.1 Principes et définitions

L'**activité physique** comprend toute activité corporelle exercée par les muscles squelettiques, qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique dépassant le taux métabolique au repos. Pour les enfants, l'activité physique désigne le jeu, le sport, les déplacements, les loisirs, le sport scolaire ou les entraînements en famille, à l'école ou ailleurs (figure 6.1). Le sport est une forme particulière d'activité corporelle, qui comprend des activités modérées à intenses, souvent structurées et qui peuvent avoir un caractère ludique et compétitif. Aujourd'hui, d'autres loisirs impliquant une activité physique, comme le hockey de rue, le skateboard ou le roller, sont souvent associés au sport. Pour déterminer les **effets sur la santé** du sport et de l'activité physique, on observe notamment le volume total et l'intensité pendant une période donnée. Une occupation ou un **comportement sédentaire** désigne toutes les activités dont la dépense énergétique est proche du métabolisme de base de l'organisme au repos.

6.2 Pourquoi encourager l'activité physique chez les enfants?

Une activité physique suffisante est essentielle au développement physique, psychologique et social des enfants et des adolescent-e-s [6.1]. Les bienfaits de l'activité physique pour la santé des enfants et des adolescent-e-s sont démontrés pour tous les aspects de la santé tels que définis par l'OMS (un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité) [6.2]. Le **tableau 6.1** résume les principaux effets d'une activité physique suffisante pendant l'enfance.

Il existe plusieurs travaux récents qui apportent une vue d'ensemble et résument les effets de l'activité physique sur la santé [6.3-6.5] ou les effets néfastes de l'inactivité physique [6.5-6.7]. Les enfants physiquement actifs ont **plus d'endurance et de force** que les enfants qui ne font pas assez d'exercice. De plus, l'activité physique régulière a un effet positif sur divers **indicateurs de risque** pour les maladies ultérieures, en particulier les maladies cardiométaboliques telles que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et la résistance à l'insuline. L'activité physique réduit le pourcentage de graisse corporelle et le risque de surpoids. Elle permet d'accroître la **masse osseuse** et de renforcer les os.

FIGURE 6.1

Domaines de la vie (domains) impliquant une activité physique



TABLEAU 6.1

Bienfaits de l'activité physique pour la santé chez les enfants et les adolescent-e-s**Santé physique**

- ↑ forme cardiorespiratoire et musculaire
- ↑ santé cardiométabolique (tension artérielle, lipides sanguins, glucose, résistance à l'insuline)
- ↓ surpoids
- ↑ santé osseuse

Bien-être psychique

- ↑ santé psychique (moins de dépression)
- ↑ performances et fonctions cognitives

Bien-être social

- ↑ intégration sociale et compétences

Les enfants physiquement actifs ont une **meilleure santé mentale** et ont moins de symptômes d'anxiété et de dépression [6.8]. Il existe des preuves que l'activité physique régulière a un effet positif sur les résultats scolaires et les **performances cérébrales** comme la concentration et la mémoire [6.9, 6.10].

L'activité physique, surtout lorsqu'elle est pratiquée en groupe, favorise l'**intégration sociale** et apprend aux enfants à interagir avec les autres, à gérer les échecs et à faire preuve de fair-play dans les jeux et le sport [6.8].

Des études systématiques prouvent que les effets secondaires à court et à long terme d'une activité physique insuffisante se produisent déjà au cours des cinq premières années de la vie [6.11, 6.12], comme une courbe de poids moins favorable ou un niveau plus faible de santé psychosociale et de développement cognitif [6.11]. Afin de prévenir ces effets, il est essentiel de considérer la petite enfance comme une période critique pour établir un mode de vie favorable à la santé. Cette évaluation est également étayée par des études dites de suivi (c'est-à-dire des études qui prédisent un comportement à un certain moment sur la base d'un comportement antérieur). Ces études démontrent que l'activité et l'inactivité physiques se poursuivent entre l'âge préscolaire et l'âge scolaire [6.13, 6.14]. Les études de **suivi** ainsi que l'émergence dès le plus jeune âge d'effets potentiellement néfastes sur la santé impliquent qu'une action préventive précoce serait idéale. Toutefois, la corrélation entre le comportement précoce et le comportement ultérieur permet d'intervenir à n'importe quel moment.

Le comportement sédentaire neutralise les aspects positifs de l'activité physique. Rester assis longtemps devant un écran, en particulier pendant le temps libre, a un effet négatif sur la santé. Par exemple, les temps d'écran prolongés (y compris devant la télévision) provoquent une moins bonne condition physique et une moindre santé cardiométabolique chez les enfants et les adolescent-e-s. À cela s'ajoutent souvent des habitudes alimentaires moins favorables à la santé («grignotage»). On observe par ailleurs dès l'enfance un lien négatif entre un comportement sédentaire et le bien-être ou la qualité de vie, tout comme une relation défavorable entre le temps passé devant un écran et la dépression ainsi qu'entre le temps consacré à la télévision ou aux jeux vidéo et les comportements sociaux. Il a été démontré que le temps passé devant la télévision ou un écran pendant les loisirs ont des effets plus néfastes sur la santé que toutes les autres activités sédentaires réunies.

Le sommeil est une forme particulière d'inactivité et son influence sur la santé doit être considérée différemment. Contrairement aux effets négatifs des comportements sédentaires durant les heures d'éveil, le sommeil est essentiel au bon développement cognitif, physique et psychosocial. Un sommeil insuffisant induit divers effets négatifs sur la santé, comme une mauvaise concentration, de moins bons résultats scolaires, du surpoids et de l'obésité, voire de la dépression et une fréquence accrue d'accidents [6.15-6.18]. Néanmoins, il n'y a pas de preuves suffisantes quant à une durée optimale de sommeil pour les enfants et les adolescent-e-s [6.19]. Les expert-e-s conviennent que les **besoins en sommeil diffèrent tellement d'un individu à l'autre** – également selon les variables cibles et la culture – que les recommandations pour une durée de sommeil favorable à la santé n'ont aucun sens [6.19].

L'utilisation préventive de l'activité physique chez les enfants doit également être saluée, car elle est la plus rentable pour l'économie et a les meilleures chances de succès en matière de «retour sur investissement» optimal. Les maladies ne sont pas encore présentes et les habitudes ne sont pas aussi fermement établies que chez les adultes. Les enfants ont un besoin naturel de bouger, qu'il suffit d'entretenir. Il y a surtout **trois facteurs qui déterminent le comportement en matière d'activité physique durant la petite enfance**: l'âge, le sexe et le tempérament de l'enfant [6.20, 6.21]. L'envie de bouger répond donc avant tout à une régulation

interne [6.22]. Son but est de permettre aux enfants d'avoir autant d'expériences d'activité physique que possible et d'en pratiquer différents types dans un environnement propice. Ceci constitue une condition préalable importante à la plasticité cérébrale attendue au cours des premières années de la vie [6.23].

Notre système scolaire et l'affinité avec les médias, qui définit une nouvelle norme sociale, ne le permettent plus: la baisse continue et régulière du niveau d'activité physique se produit au moment de la transition vers l'école, plus chez les filles que chez les garçons, et plus chez les enfants en surpoids que chez les enfants d'âge préscolaire de poids normal [6.24, 6.25].

Au vu de tous les effets positifs de l'activité physique sur la santé et a contrario des multiples influences négatives de l'inactivité physique ou du manque de sommeil, il est évident, aussi d'un point de vue économique, d'encourager les activités physiques de manière holistique et globale. Les preuves scientifiques que cet encouragement présente des avantages pour la santé publique dès le plus jeune âge, tout en étant rentable [6.26-6.31], constituent des arguments solides en faveur d'un tel engagement.

Le rapport coût-efficacité de l'encouragement de l'activité physique durant l'enfance est difficile à déterminer en raison d'un manque d'études à long terme, mais il est **incontestable que la prévention primaire est la démarche par excellence** qui devrait intervenir dès la prime enfance [6.32]. Afin d'estimer l'étendue de l'encouragement à l'activité physique chez les enfants, des chercheur-euse-s ont simulé les résultats qui seraient obtenus si six programmes d'encouragement à l'activité physique établis et réussis (dans les crèches, les écoles et les «offres périscolaires») étaient mis en œuvre à l'échelle nationale sur une période de dix ans. Soutenir l'encouragement de l'activité physique avec un maximum de 3 dollars américains par enfant permettrait d'éviter entre 2500 et 110000 enfants en surpoids. Tous les autres effets positifs d'une activité physique régulière sur la santé physique, mentale et sociale n'ont pas été inclus, mais ils viendraient s'ajouter aux multiples facettes de l'impact positif. Il s'agit d'un bon exemple de prévention primaire de l'obésité par l'encouragement des activités physiques durant l'enfance. De plus, la pratique de l'activité physique dès l'enfance aide les individus plus tard, à l'adolescence ou à l'âge adulte, à éviter de lutter contre le

surpoids et toutes ses conséquences secondaires (diabète, hypertension artérielle, douleurs musculo-squelettiques, dépression, isolement, stigmatisation, revenu de base plus faible, moindre possibilités d'éducation) par des thérapies coûteuses et souvent inefficaces. Il est en effet plus difficile de se débarrasser d'un surpoids à l'âge adulte si celui-ci s'est installé durant l'enfance, même si cela n'est pas complètement impossible.

6.3 Recommandations en matière d'activité physique et comportement favorable à celle-ci durant l'enfance

Les recommandations suisses en matière d'activité physique font actuellement l'objet d'une révision fondamentale et reposent autant que possible sur les dernières données probantes des recommandations de l'OMS de 2019 et 2020 [6.33, 6.34]. En résumé, les composants les plus importants sont mentionnés ci-dessous. Vous trouverez de plus amples explications avec des exemples pratiques dans les [recommandations spécifiques en matière d'activité physique](#) [6.35].

Il est recommandé aux enfants de moins de 1 an, sur une journée de 24 heures,

- de bouger de différentes manières chaque jour, autant que possible; pour les enfants qui ne sont pas encore capables de se déplacer, il s'agit d'adopter plusieurs fois par jour différentes positions (p. ex. allongé sur le ventre) adaptées à leur niveau de développement;
- ne pas être dans la même position (p. ex. dans la poussette/cosy, les sièges auto, les chaises hautes) pendant plus d'une heure d'affilée lorsque l'enfant est éveillé; il n'est pas recommandé de les mettre devant un écran.

Il est recommandé aux enfants de 1 à 2 ans, sur une journée de 24 heures,

- de passer au moins 180 minutes (3 heures) tout au long de la journée à pratiquer diverses formes d'activité physique de leur choix, quelle qu'en soit l'intensité; plus il y en a, mieux c'est;
- ne pas être attaché pendant plus d'une heure d'affilée (p. ex. dans une poussette, une chaise haute ou sur le dos d'un parent), de ne pas être assis pendant un temps prolongé.

Il est recommandé aux enfants de 3 à 4 ans, sur une journée de 24 heures,

- de bouger pendant au moins 180 minutes (3 heures) sous diverses formes d'activités physiques de toute intensité, dont au moins 60 minutes (1 heure) d'intensité modérée à élevée, réparties tout au long de la journée; plus il y en a, mieux c'est;
- ne pas passer plus d'une heure d'affilée dans la poussette ou rester assis pendant des temps prolongés;
- ne pas dépasser une heure de temps d'écran sédentaire; moins il y en a, mieux c'est.

Il est recommandé aux enfants et adolescent-e-s de 5 à 17 ans

- de faire au moins 60 minutes (1 heure) d'exercice d'intensité modérée à élevée en moyenne par jour, réparties sur la semaine.
- Des activités physiques intensives, y compris celles qui renforcent les muscles et les os, doivent être intégrées au moins 3 jours par semaine. Le temps de sédentarité doit être limité, en particulier le temps passé devant un écran pendant les loisirs (voir les recommandations [Jeunes et médias](#) à ce propos).

Un large éventail d'activités physiques et sportives est une condition préalable importante pour le développement optimal des enfants. Cela inclut les activités qui stimulent le système cardiovasculaire, renforcent les muscles et les os et améliorent l'agilité (coordination).

6.4 Comportement actif et sédentaire des enfants en Suisse

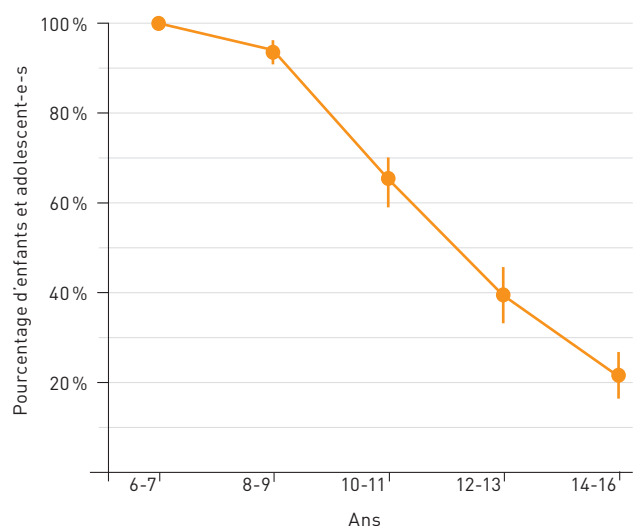
Les résultats d'une **étude par accéléromètre** réalisée auprès de 47 000 enfants et adolescent-e-s âgés de 4 à 17 ans dans 30 pays ont montré qu'environ 70 % d'entre elles et eux étaient insuffisamment actifs, avec un **déclin constant à partir de l'âge scolaire entre 6 et 7 ans** [6.36]. En comparaison internationale, les jeunes en Suisse ont tendance à être plus actifs [6.37, 6.38], cependant, chez nous également, **à chaque âge une partie importante d'entre elles et eux a une activité physique insuffisante**. La liste suivante donne un aperçu du paysage

suisse de la recherche sur le comportement en matière d'activité physique et de santé des enfants et des adolescent-e-s.

L'**étude SOPHYA** (Swiss children's Objectively measured PHYSical Activity) [6.24] a mesuré en 2014 (SOPHYA1) et 2019/20 (SOPHYA 2) le comportement en matière d'activité physique des enfants de 6 à 16 ans en Suisse, de manière objective, au moyen de capteurs de mouvement et en collectant des données sociodémographiques et spécifiques au lieu de résidence. Des données dans le temps (2014: 6 à 10 ans, 2019: 11 à 16 ans) et une étude comparative répétitive (6 à 10 ans aux deux moments) ont été réalisées. Dans le même temps, le comportement sportif a été enregistré dans une interview (SOPHYA 2). La synthèse ici se limite aux données de l'étude comparative des 6-11 ans réalisée en 2014 et 2020, les données dans le temps ne faisant pas la différence entre les enfants de 6-11 ans et les adolescent-e-s de 16-20 ans. **Résultats:** l'activité physique a diminué de façon continue de 6 à 16 ans. Alors que pratiquement tous les enfants suivaient les recommandations à l'âge de 6 à 7 ans, ils n'étaient plus que 22 % à le faire encore entre 14 et 16 ans (figure 6.2). Les résultats sont comparables aux données HBSC (enquête internationale avec participation suisse), en partant sur des recommandations d'activité physique de 60 minutes d'activité modérée à intense 5 à 7 jours par semaine [6.39].

FIGURE 6.2

Pourcentage d'enfants et adolescent-e-s qui suivent les recommandations en matière d'activité physique, par âge



Le [tableau 6.2](#) fournit des informations sur les facteurs associés au comportement en matière d'activité physique en 2014 et 2020. Les filles étaient moins actives que les garçons sur toute la période. Sur la durée dans le temps et dans l'étude comparative répétitive, la différence entre les sexes a diminué en valeurs absolues, mais il y avait toujours une différence significative.

Parmi d'autres facteurs associés à plus d'activité physique et au respect des recommandations en matière d'activité physique, il y avait la pratique du vélo, la participation à un club de sport ou à Jeunesse+Sport et les sports scolaires facultatifs,

aller à l'école de manière active, un environnement de vie sûr et vert avec accès à des terrains de jeux, et une plus grande qualité de vie des enfants et des adolescent-e-s. Les enfants en surpoids étaient toujours moins actifs physiquement que les enfants de poids normal. Les enfants se déplacent davantage dans un milieu de vie sécurisé et où il y a des espaces verts et des terrains de jeux.

Il n'y avait pas de différence d'activité physique due au milieu familial, si ce n'est que les filles issues de l'immigration étaient les moins actives physiquement, avec une tendance à la hausse dans le temps, par rapport aux filles d'origine suisse et aux garçons

TABLEAU 6.2

Comparaison des enfants qui ont suivi les recommandations d'activité physique, en 2014 et 2020 selon les facteurs potentiellement influents (en pourcentage)

| | | 2014 | 2020 | |
|---|--------------|------|-------|--|
| Sexe | garçons | 94,1 | 97,0 | |
| | filles | 80,5 | 84,5 | * sig différence par rapport aux garçons |
| Poids | en surpoids | 83,0 | 78,6 | * sig vs poids normal (2014) |
| | poids normal | 87,8 | 92,1 | |
| Qualité de vie (tertile) | faible | 84,0 | 87,3 | |
| | moyenne | 87,2 | 91,6 | |
| | élevée | 91,2 | 95,1 | * sig vs tertile le plus bas (2014) |
| Participation à un club sportif | oui | 88,3 | 92,7 | * sig plus de comptes par minute en club de sport |
| | non | 85,2 | 86,9 | |
| Faire du vélo | >2 h | 85,4 | 100,0 | sig vs non-cyclistes (2020) et dans le temps |
| | 1 h | 90,6 | 85,0 | * sig plus de comptes par minute par rapport aux non-cyclistes (2014) |
| | 0 | 85,6 | 86,8 | |
| Aller à l'école à pied | oui | 87,6 | 92,4 | *\$ sig vs aller à l'école de manière inactive, sig dans le temps |
| | non | 87,0 | 84,9 | |
| Sécurité de la région résidentielle (tertile) | sécurisée | 90,7 | 91,0 | |
| | moyenne | 85,9 | 93,4 | *\$ sig différente par rapport à incertaine et dans le temps |
| | incertaine | 83,9 | 86,3 | * sig différente de sécurisée |
| Accès à des espaces de jeux/verts (tertile) | beaucoup | 89,6 | 92,0 | |
| | moyen | 85,3 | 93,8 | \$ |
| | peu | 85,9 | 83,0 | * sig différent de moyen, sig moins de comptes par minute vs beaucoup (2014) |
| Région | allemand | 89,4 | 93,4 | \$ sig différent dans le temps |
| | français | 84,5 | 84,1 | * sig différent de l'allemand |
| | italien | 81,1 | 92,4 | * sig différent de l'allemand (2014) |

* différence significative par rapport à une autre activité durant la même période

\$ différenciant significativement avec le temps

issus de l'immigration. En 2014, l'activité physique des enfants différait selon les régions linguistiques: elle était plus élevée en Suisse alémanique, moindre en Suisse romande et moindre encore en Suisse italienne. Cette différence a diminué en 2019/20 et n'était plus que partiellement significative dans les statistiques.

Le **micro-recensement Mobilité et transport** enregistre le comportement en matière de mobilité des enfants, tous les cinq ans depuis 1994 [6.40]. **Résultats (2015):** si l'on additionne l'ensemble de la mobilité active à pied ou à vélo, alors le **temps de déplacement** est, chez environ 20% des enfants et des adolescent-e-s, de plus de 60 minutes. Par conséquent, **environ un cinquième des 6 à 12 ans suivent les recommandations d'activité physique quotidienne de 60 minutes, rien que par leurs déplacements.** Un autre quart se déplace de manière active entre 30 minutes et une heure, cependant environ la moitié des enfants restent en dessous de 30 minutes ou ne se déplacent pas du tout de manière active à la date clé. Malheureusement, en 2015, seuls sept enfants sur dix âgés de 6 à 12 ans avaient un accès illimité à un vélo, contre neuf sur dix en 1994.

L'Étude sur le sport des enfants et des jeunes (**étude KISS**) et son suivi [6.41-6.46] avaient pour objectif d'enregistrer le comportement en matière d'activité physique, la condition physique et la santé des enfants de 7 à 11 ans en Suisse. De plus, les effets d'un projet multimodal de promotion de l'activité physique (dont un cours quotidien d'éducation physique), la contribution d'un cours d'éducation physique à l'activité physique quotidienne et à la réduction du profil de risque cardiovasculaire, ainsi que l'association de la participation à un club sportif et de l'activité physique des enfants du primaire ont été examinés. **Résultats:** les enfants étaient plus actifs les jours d'éducation physique que les jours sans éducation physique (de 20%) [6.45]. Faire partie d'un club de sport allait de pair avec une meilleure condition physique (de 20% à 35%) [6.46]. Un cours quotidien d'éducation physique à l'école a montré de multiples effets positifs sur la santé (moins de graisse corporelle, moins de facteurs de risque cardiovasculaire), l'activité physique et la condition physique (**tableau 6.3**) [6.41, 6.42]. Tous les effets positifs sur la santé n'ont pas persisté après la suspension du programme. Comme environ 90% des enfants souhaitaient poursuivre le programme, ce concept multimodal pourrait certainement être

intégré au fonctionnement de l'école. Le cours quotidien d'éducation physique, combiné à des pauses d'activité physique dans d'autres matières scolaires (www.schulebewegt.ch), la promotion de l'activité physique dans la cour de récréation, les devoirs d'activité physique et la formation des enseignant-e-s au contenu et à la forme des cours d'éducation physique n'ont **pas eu d'effet négatif sur les résultats scolaires des enfants, malgré la réduction de deux cours par semaine dans les matières de base.** Ce modèle de prédiction montre à quel point il est important de maintenir la promotion de l'activité physique et de lutter contre les facteurs négatifs liés au mode de vie: avec chaque facteur de risque supplémentaire lié au mode de vie à l'instant 0, le score de risque cardiovasculaire augmentait 4 ans plus tard. (**figure 6.3**). Des études comparables d'autres pays, qui ont examiné l'effet d'un cours d'éducation physique quotidien et de projets holistiques de promotion de l'activité physique dans les écoles sur la santé des enfants, fournissent des preuves de cette approche préventive du comportement, potentiellement prometteuse, de la promotion de l'activité physique au niveau scolaire [6.47]. L'**étude Ballabeina** [6.48-6.54] a examiné l'influence d'une **intervention multidisciplinaire sur le mode de vie** chez les enfants à l'école enfantine de 4 à

TABLEAU 6.3

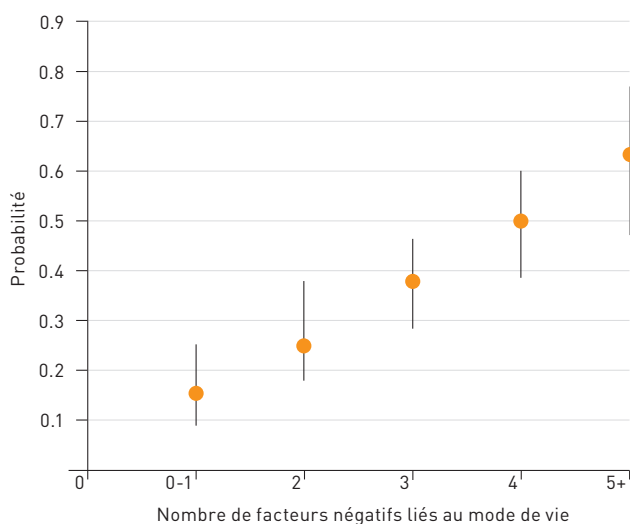
Effets d'un programme multimodal de promotion de l'activité physique auprès des élèves du primaire sur une année scolaire

| | après 1 an d'intervention | 3 ans plus tard |
|---|------------------------------|--------------------|
| Activité physique | +18%* | - |
| Facteurs de risque cardiovasculaire | -8% | - |
| % de graisse corporelle | -6% | - |
| Condition physique | +5% | +14% |
| Teneur en minéraux dans les os (fémur) | +5% | +7% |

* Les pourcentages indiquent un changement en faveur du groupe d'intervention (delta avant-après dans le groupe d'intervention moins delta avant-après dans le groupe témoin).

FIGURE 6.3

Probabilité d'avoir un score de risque cardiovasculaire défavorable pour un nombre croissant de facteurs défavorables dans le mode de vie



6 ans (principalement sur l'enseignement des aptitudes motrices, l'augmentation de l'activité physique, des habitudes alimentaires plus saines et plus de sommeil) sur le pourcentage de graisse corporelle, la condition physique, l'activité physique, les paramètres métaboliques et psychologiques. **Résultats:** dans les études de base, l'activité physique était associée à une meilleure condition physique et à de meilleures aptitudes motrices. De plus, une forme physique élevée et de bonnes aptitudes motrices étaient associées à de meilleures fonctions exécutives. Un niveau élevé d'inactivité, le surpoids et une mauvaise alimentation étaient associés à une faible qualité de vie. 40 écoles enfantines sélectionnées au hasard en Suisse alémanique et romande avec une forte proportion d'enfants issus de milieux peu scolarisés ont participé à l'intervention. L'objectif était d'améliorer le mode de vie des enfants (activité physique, alimentation, sommeil) sur une année scolaire. L'intervention a réussi à augmenter la forme physique et certaines aptitudes motrices (agilité), ainsi qu'à réduire la graisse corporelle et la consommation de médias, indépendamment de la région linguistique, du poids corporel initial ou de la forme physique. L'intervention a touché tous les enfants. **Ces données prouvent d'une part, que les interventions précoces en matière d'activité physique sont intéressantes et, d'autre part, que les popu-**

lations défavorisées sur le plan scolaire, en particulier en milieu scolaire, peuvent également être atteintes.

Le but de l'étude **SPLASHY** (Étude suisse sur la santé des enfants d'âge préscolaire) [6.20, 6.21, 6.55-6.61] était de mieux comprendre l'influence du stress et de l'activité physique sur la santé et le bien-être psychologique, ainsi que sur le développement moteur et cognitif des enfants en crèche en Suisse.

Résultats: les enfants fréquentant une structure d'accueil collectif en Suisse ont une activité physique élevée et souvent suffisante. L'activité physique a augmenté entre 2 et 5 ans, elle était plus élevée chez les garçons que chez les filles, plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande, et également plus élevée (avec moins d'inactivité) avec de bonnes aptitudes motrices, plus de temps passé à l'extérieur et un environnement sécurisé. Chez ces enfants majoritairement de poids normal, l'activité physique était positivement corrélée à l'IMC, mais négativement corrélée au tour de taille. Autrement dit, les enfants plus actifs physiquement avaient un IMC plus élevé mais un tour de taille plus faible. Ces données démontrent que l'IMC n'est pas toujours une bonne mesure du surpoids chez les enfants. Les facteurs associés à plus d'exercice et moins d'inactivité physique étaient la présence d'une politique de promotion de l'activité physique à la crèche, le mélange des enfants d'âges différents et suffisamment d'espace dans la crèche. SPLASHY a montré qu'il existe déjà des différences sociolinguistiques et socio-économiques dans les comportements en matière d'activité physique au sein d'un même système politique ou d'un même pays à l'âge de la crèche. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour analyser le comportement en matière d'activité physique des enfants d'âge préscolaire en Suisse et les facteurs d'influence en dehors du cadre de la



Informations complémentaires sur la promotion de l'activité physique chez les enfants pour les professionnel-le-s

- [Activité physique et santé du nourrisson, du tout-petit et de l'enfant d'âge préscolaire](#)
- [Activité physique favorable à la santé chez les enfants et les adolescents](#)
- [Activité physique favorable à la santé – document de base](#)

crèche. Malheureusement, l'étude a dû être limitée aux enfants des structures d'accueil, de sorte que la fréquentation de la crèche n'a pas pu être examinée par rapport à l'absence de fréquentation de celle-ci. Ceci est particulièrement important du point de vue de l'encouragement précoce de l'activité physique, dans lequel les structures d'accueil pourraient jouer un rôle essentiel.

Dans la petite enfance, l'activité physique sert notamment à développer les capacités et les aptitudes de motricité par des schémas répétitifs de mouvements et ainsi éveiller la joie de les pratiquer [6.23]. Étant donné que l'activité physique et la motricité/la condition physique ne sont pas très fortement corrélées [6.58], la motricité (le degré d'habileté d'un enfant) et la forme physique (le degré de rapidité, d'agilité, de force et d'endurance d'un enfant) sont également des indicateurs importants de la santé. Dans la [liste des motricités sportives](#) et le [MOBAK](#), une batterie de tests adaptés à l'âge a été développée pour étudier les **compétences motrices de base** des enfants de l'école enfantine à la fin du primaire [6.62-6.64]. Dans une étude du Fonds national qui vient de démarrer, ces batteries de tests validées et accessibles au niveau international sont désormais reliées à des données éducatives. Elles sont disponibles dans tous les cantons. **Résultats:** dans une étude avec ces tests dans les cantons de Zurich, Uri, Nidwald et Tessin, par exemple, des écoles enfantines favorables au mouvement (Purzelbaum) ont été comparées à des écoles enfantines ordinaires normales. Les enfants des **écoles Purzelbaum** ont montré des performances motrices nettement meilleures pour déplacer quelque chose (balle) et se déplacer (sauter, rouler, courir) ([figure 6.4](#)).

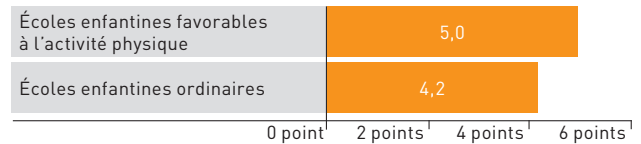
6.5 Promotion de l'activité physique dans l'enfance

Bien qu'un mélange de prévention comportementale et contextuelle soit toujours recherché dans l'encouragement de l'activité physique et dans la lutte contre le mode de vie inactif, le développement va clairement dans le sens de la prévention contextuelle, dans la mesure où un plus grand nombre d'enfants peut être atteint, aussi parmi ceux qui ne peuvent pas être aidés par une prévention comportementale individuelle. Cela évite en outre la discrimination et la stigmatisation des enfants qui ont

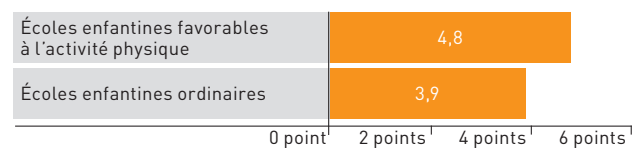
FIGURE 6.4

Différences dans les compétences motrices de base (valeurs moyennes) entre les écoles enfantines ordinaires et celles qui favorisent l'activité physique

Déplacer quelque chose



Se déplacer



le plus besoin d'encouragement en matière d'activité physique. Finalement, l'environnement ou le système social peut être adapté de manière à ce qu'il soit plus facile pour l'individu de changer son comportement. Dans les écoles sans voiture, par exemple, les enfants doivent s'y rendre obligatoirement à pied ou à vélo.

Du point de vue de la durée de vie, la grossesse doit déjà être considérée comme une phase de développement essentielle et distincte de l'enfance. Les preuves de l'importance des influences de la petite enfance ont augmenté depuis l'hypothèse de Barker sur la programmation précoce («early programming») de la santé et de la maladie tout au long de la vie [6.65], et peuvent être appuyées, entre autres, par des découvertes épigénétiques [6.66].



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

TABLEAU 6.4

Exemples de prévention comportementale et contextuelle par la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité des enfants et adolescent-e-s
Prévention comportementale

- Conseils d'expert-e-s santé en parentalité, pour les cabinets médicaux, crèches, écoles (promotion dès la naissance, effets précoces Aarau, Primano, petits:pas, Miges Balù, PAPRICA Petite enfance, PEPS Buggyfit)
- Encourager les parents, les écoles, les groupes de jeux et les garderies à jouer dehors avec les enfants, à enseigner aux enfants à l'extérieur ou à aller à la place de jeux ou à la salle de gymnastique avec eux (Youp'là bouge, Radix, Silviva, Naturama) [6.67]
- Encourager les parents à vivre des projets familiaux avec de l'activité physique (balades à vélo, randonnées, jeux de cache-cache, chasses au trésor) [6.68, 6.69]
- Fournir aux municipalités des conseils et un soutien sur les offres de structures pour les enfants grandissant dans un environnement avec un faible niveau de langage et de formation, ou qui présentent des troubles de la motricité
- Soutenir les parents dans la mise en place de solutions pour aller à l'école de manière active (Bike2school, Pedibus)
- Conseiller aux parents d'inscrire les enfants dans un club sportif (projet chèque sport Bade-Wurtemberg, MiTu) [6.46]

Prévention contextuelle
Famille

- Mode de vie actif des parents (faire les courses à pied, aller dans la nature avec les enfants, vivre des programmes de week-end actifs)
- Soutien des enfants dans toutes les formes d'activité physique par les parents (club de sport, camp, événements communautaires, activités de loisirs)
- Réduire le temps sédentaire dans la poussette et laisser l'enfant courir autant que possible

Garderie, école infantine, école

- Offrir des périodes d'activité physique régulière (Fit4future, MiniMove, Movimento e Gusto, Purzelbaum, Youp'là bouge, L'école bouge) [6.70, 6.71]
- Cours d'éducation physique au quotidien (y compris KISS, Ballabeina) [6.41, 6.54]
- Courtes pauses d'activité physique ou cours en mouvement [6.72, 6.73]
- Intégration d'offres sportives dans les écoles [6.74] (sports scolaires facultatifs J+S, camp) [6.75]
- Offres de salles de gym et de terrains de sport ouverts (MiniMove, OpenSunday, «Å Halle wo's fägt», etc.)
- Zones scolaires sans voiture, itinéraires scolaires actifs (Pedibus, Allianz Schule+Velo)

Commune

- Offre d'adhésions gratuites ou abordables à des clubs et camps sportifs pour les enfants en situation de vulnérabilité socio-éducative (Kulturlegi)
- Réseau de sentiers pédestres et pistes cyclables adaptés aux déplacements, sûrs, attrayants (p.ex. verts)
- Intégrer des aires de jeux, des terrains de sport, des rues de jeu sans voiture
- Ancrer structurellement le test cycliste scolaire
- Événements sportifs pour tous
- Activités sportives gratuites pour les familles et les enfants (Roundabout kids, Sant«e»scalade)
- Programmes intergénérationnels d'activité physique (Hopp-la)



Focus

Comportement en matière d'activité physique pendant la grossesse

Sur demande du canton d'Argovie, l'Association suisse des sages-femmes a créé [une vidéo explicative d'une minute](#) sur la santé durant la grossesse. Elle explique l'effet d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante sur l'enfant à naître. Dans le cadre du projet de mise en réseau Miapas, Promotion Santé Suisse a rédigé en collaboration avec diverses organisations spécialisées des [recommandations pour les professionnel-le-s](#) concernant l'activité physique pendant la grossesse et après la naissance. De plus, une [brochure](#) et des [vidéos pratiques](#) en plusieurs langues ont été publiées pour les femmes enceintes elles-mêmes. Pour l'activité physique des nouveau-nés et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de six ans, le projet «PAPRICA Petite enfance» (Physical activity promotion in primary care), avec un manuel pour les professionnel-le-s et des brochures pour les parents, donne un aperçu plus approfondi de la promotion judicieuse de l'activité physique dans la petite enfance.

6.6 Égalité des chances dans l'encouragement de l'activité physique

Il ne fait aucun doute que l'égalité des chances doit également être recherchée dans l'encouragement de l'activité physique. Ce n'est pas toujours facile, surtout pour les enfants d'âge préscolaire qui sont principalement gardés à la maison, ou pour les adolescentes, pour qui l'activité physique ne fait pas partie de la vie quotidienne. **Les enfants d'âge préscolaire** devraient pouvoir bénéficier de places en structure d'accueil abordables ou même gratuites, où ils pourraient bouger avec d'autres enfants et en même temps apprendre à connaître notre culture et notre langue. Il demeure très difficile d'atteindre ces familles, et cela ne peut certainement être réalisé que par l'intervention conjointe d'un réseau multiprofessionnel (www.fruehehilfen.at). Peut-être même est-il nécessaire d'être structurellement ancré dans le système, comme cela se pratique à Bâle-Ville dans la promotion précoce de l'allemand. Les alternatives plus facilement abordables sont des offres telles que Muki/Vaki, des groupes de jeu ou MiniMove/MiTu. **Les enfants en âge d'aller à l'école primaire** bénéficient également d'une adhésion abordable à certaines activités, par exemple les Scouts/OKJA, ou aux sports scolaires facultatifs. Les démarches via le Kulturlegi, les offres gratuites des clubs, les camps sportifs pour enfants à prix abordables pendant les vacances, en sont de bons exemples. **Les garçons et surtout les filles** peuvent être approchés de manière proactive par le système scolaire ou social et avoir la possibilité, par exemple, de participer gratuitement à des clubs ou à des activités de loisirs qui favorisent l'activité physique. Certaines mesures comme MiniMove, OpenSunday ou «Ä Halle wo's fägt» favorisent aussi la participation et l'égalité des chances des plus petits en intégrant activement les parents. Le plus difficile est **l'intégration des enfants en situation de handicaps physiques et mentaux**, pour lesquels, selon les situations, des offres individuelles mais soutenues financièrement devront être trouvées en concertation avec des spécialistes du secteur sanitaire et social (p.ex. Procap). Des projets comme MiTu ou Inclusion OpenSunday (idéesport) veulent améliorer cela de manière proactive. En tant que société, nous avons la tâche d'œuvrer spécifiquement pour l'égalité des chances et de la vivre par l'intégration.



Informations complémentaires sur la promotion de l'activité physique au niveau contextuel

- Site web [Environnement propice à l'activité physique](#): Offres et documents d'information pour les professionnel-le-s
- Feuille d'information 63: [Fondation Hopp-la: Promotion de la participation sociale des personnes âgées par le biais d'offres inter-générationnelles d'activité physique](#)
- Feuille d'information 57: [Évaluation «L'école bouge»](#)
- Feuille d'information 55: [Compétences de base en motricité de base à l'école enfantine](#)

6.7 Conclusion

De plus en plus de preuves scientifiques montrent que

- 1) la forme physique (en tant que marqueur indirect de l'activité physique) est en lien direct avec la performance et la fonction cognitives, comme la **mémoire du travail** et la **flexibilité cognitive**, et ainsi de meilleures notes et performances (mathématiques, grammaire, orthographe et vocabulaire) des enfants de tous âges [6.76, 6.77];
- 2) les enfants qui ont une bonne forme physique démontrent **moins de comportement antisocial et violent** à l'école [6.78];
- 3) l'activité physique et le sport influencent positivement la santé physique, la réflexion, l'action et la socialisation [6.79, 6.80].

De plus, le comportement en matière d'activité physique durant l'enfance détermine au moins en partie le comportement en matière d'activité physique à l'âge adulte, ce dernier étant un facteur de santé décisif en général [6.81]. Un mode de vie sédentaire et le surpoids directement lié concernent toutes les tranches d'âge dans nos sociétés, si bien que des revues scientifiques de renommée mondiale appellent à l'action, notamment les écoles et les politiciens pour que la promotion de l'activité physique devienne une priorité et que les compétences motrices physiques soient mises sur pied d'égalité avec les performances académiques [6.82, 6.83].

Les facteurs de succès dans l'encouragement de l'activité physique ou la réduction de la sédentarité sont difficiles à mesurer. Néanmoins, les approches à large portée (beaucoup d'enfants et d'adolescent-e-s sont touchés par des approches structurées notamment), les interventions à long terme sur toute la durée de la scolarité, les programmes durables (les programmes peuvent être réalisés sur le long terme), ancrés dans le système éducatif ou politique (la création et le financement sont assurés) sont idéales et prometteuses, notamment aussi lorsqu'elles promeuvent une coopération multisectorielle entre les associations de parents, les clubs, les établissements d'enseignement, les services sociaux, les communautés politiques et les cantons. Une évaluation régulière et la plus objective possible doit permettre d'améliorer et d'adapter les

mesures. La pierre angulaire est la compétence à pratiquer une activité physique, qui s'acquiert à la base du comportement en matière d'activité physique, soit à l'âge préscolaire.

Sur la base des preuves scientifiques actuelles, il existe deux principaux piliers dans l'encouragement de l'activité physique à l'avenir:

- 1) promouvoir l'activité physique comme pierre angulaire de la santé physique, mentale et sociale dès l'âge préscolaire et
- 2) adapter notre système social, de sorte qu'un comportement en matière d'activité physique favorable à la santé qui respecte les recommandations soit possible pour tout le monde et soit socialement perçu comme un bien important et amusant.

Pour cela, il faut une **coopération multisectorielle et une priorisation politique**, qui aborde la sédentarité comme un comportement compromettant pour la santé de la population et propose des solutions possibles. Pour conclure, voici un récapitulatif de certains projets prioritaires, qui atteignent facilement des enfants d'âges différents et présentent le plus grand potentiel d'efficacité, avec des options de mise en œuvre réalistes:

- Promotion fixe et généralisée de l'activité physique pour les femmes enceintes
- Formation et accompagnement des centres de conseil aux mères et aux pères (Miges Balù)
- Formation structurée des gestionnaires de structures de la petite enfance (PAPRICA Petite enfance)
- Crèches et écoles favorisant le mouvement, avec une politique établie d'établissement adapté à l'activité physique et des offres structurées intégrées pour tous (Purzelbaum, Youp'la bouge, L'école bouge, sports scolaires J+S)
- Offres structurées, quotidiennes de sports et d'activité physique à l'école (cours d'éducation physique, cours actifs et/ou en plein air, programmes de loisirs)
- Au niveau communautaire
 - Places de crèche gratuites pour les enfants en situation de vulnérabilités socio-éducatives importantes
 - Places de jeux, environnement propice à l'activité physique, pistes cyclables dans les communes, zones résidentielles, écoles

- Enfants et personnes âgées accueillis sous un même toit, comme par exemple les crèches et les maisons de retraite (Hopp-la)
- Salles de gym ouvertes et offres d'activité physique (MiniMove, OpenSunday, MidnightSports, roundabout, «Ä Halle wo's fägt»)
- Écoles sans voiture (Pedibus, Meglio a piedi, Bike2school)
- Des politiciennes et politiciens qui considèrent la promotion de l'activité physique comme une priorité digne de soutien et agissent en conséquence

7 Promotion d'une alimentation équilibrée

- **Sophie Bucher Della Torre**, Haute école de santé de Genève

L'enfance est une période privilégiée pour explorer l'univers alimentaire et développer des habitudes saines et une relation positive à l'alimentation. De la grossesse à l'adolescence, l'acte de manger se trouve à la croisée des besoins physiologiques fondamentaux, d'un acte convivial et social et fait l'objet d'un apprentissage basé sur l'expérience et l'observation.

7.1 Pourquoi promouvoir une alimentation équilibrée chez les enfants?

Une alimentation équilibrée est essentielle pour apporter à l'organisme l'énergie et les nutriments dont il a besoin pour fonctionner de façon optimale et pour favoriser la croissance et la santé à court, moyen et long terme. Alors qu'un déséquilibre alimentaire, tant au niveau du type d'aliments que des quantités consommés, est reconnu comme un facteur de risque de maladies chroniques [7.1], une relation positive à l'alimentation est également un facteur important pour la santé et le bien-être [7.2]. Les habitudes alimentaires développées durant l'enfance sont le socle des habitudes futures et influencent grandement les comportements alimentaires durant l'adolescence et l'âge adulte. Ainsi, dès la naissance et même durant la grossesse, il est essentiel de promouvoir des habitudes saines et une relation positive à l'alimentation ainsi que de favoriser le développement du goût et des préférences alimentaires.

Les enfants dépendent toutefois largement des parents et des autres adultes qui fournissent l'offre alimentaire et le cadre pour la prise des repas et des collations. Les très jeunes enfants sont capables de réguler la quantité d'aliments consommés sur la base des réactions physiologiques suivant cette

consommation et en se fiant aux sensations de faim et de rassasiement. Mais, lorsqu'ils grandissent, les enfants sont influencés par d'autres signaux externes tels que la taille des portions ou certaines pratiques contre-productives comme l'utilisation de récompenses. C'est pourquoi il est nécessaire, dans les interventions, de cibler les adultes entourant des enfants afin qu'ils garantissent un environnement favorable grâce à des choix éclairés et adoptent des pratiques constructives qui soutiendront les enfants dans leurs apprentissages.

De manière générale, de nombreux facteurs influencent les choix et les habitudes alimentaires. Seules, les connaissances ne suffisent pas à changer les comportements. Les interventions de promotion d'une alimentation saine doivent tenir compte de la complexité de l'acte alimentaire et cibler les enfants, leurs parents et les autres adultes qui les entourent, de même que l'environnement dans lequel ils évoluent.

7.2 Recommandations nutritionnelles et alimentaires

La croissance et les importants développements caractéristiques de l'enfance influencent les besoins énergétiques et nutritionnels des enfants. À chaque âge, **un apport adapté en énergie et en nutriments** (protéines, lipides, glucides, vitamines, minéraux, etc.) **permet un bon fonctionnement de l'organisme ainsi qu'une croissance et un développement adéquats**. Au contraire, une alimentation peu variée ou déséquilibrée peut mener à des carences impactant le bien-être et potentiellement la santé actuelle ou future de l'enfant.

[Le disque alimentaire](#) (figure 7.1), publié par la [Société Suisse de Nutrition \(SSN\)](#) illustre les principaux messages pour les enfants de 4 à 12 ans et incite à adopter une alimentation équilibrée et à pratiquer une activité physique suffisante [7.3].

FIGURE 7.1

Disque alimentaire suisse



Source: [7.3]

Concrètement, les enfants devraient consommer **des repas équilibrés**, complétés par des **collations saines**. Un repas principal équilibré se compose:

- de légumes et/ou de fruits;
- d'un féculent si possible complet, par exemple pommes de terre, pain, riz, pâtes, céréales;
- d'un aliment source de protéines, par exemple viande, volaille, poisson, œuf, fromage, séré, tofu ou légumineuses;
- d'une petite quantité de matière grasse de bonne qualité, par exemple huile de colza, huile d'olive et éventuellement une poignée de fruits oléagineux en complément;
- d'une boisson non sucrée.

Les collations permettent de compléter l'équilibre alimentaire et de répartir les prises alimentaires sur la journée. Elles se composent:

- d'une boisson non sucrée (eau, tisane aux fruits ou aux herbes);
- d'un fruit ou d'un légume cru ou cuit (selon la saison: p. ex. pomme, poire, nectarine, concombre, carotte, poivron, chou-rave);

complétées en fonction des besoins individuels, de l'activité physique et de la faim par:

- un produit céréalier (p. ex. pain, pain suédois);
- un produit laitier (p. ex. fromage, yogourt, séré);
- ou des fruits oléagineux sans sel.

Les sucreries, boissons sucrées, barres de céréales sucrées, produits laitiers sucrés, croissants ainsi que les snacks riches en graisses et fortement salés ne devraient être consommés qu'en petites quantités. Cependant, ces aliments sont omniprésents dans notre environnement et ne devraient pas être bannis entièrement de l'alimentation, puisque les enfants ont besoin d'apprendre leur «mode d'emploi».



Informations complémentaires sur l'alimentation équilibrée

Plus de détails concernant ces recommandations, des informations sur la taille des portions adéquates selon l'âge, ainsi que des exemples de menus équilibrés et de collations saines sont disponibles sur le site de la [SSN](https://www.ssn.ch).



Promotion Santé Suisse propose les dépliants suivants:

- [Conseils pour un dix-heures ou un goûter sain](#)
- [Conseils pour réduire la consommation de sucre au quotidien](#)
- «[Sucre: moins il y en a, mieux c'est](#)» en langage simple
- [Fiche d'accompagnement](#) du dépliant sur le sucre en langage simple

Recommandations pour la grossesse, l'allaitement, les nourrissons et les jeunes enfants

L'adoption d'une alimentation variée et équilibrée avant et pendant la grossesse ainsi que pendant l'allaitement permet de couvrir les besoins de la mère et de l'enfant en énergie et en nutriments spécifiques durant ces périodes critiques. Seuls certains nutriments (vitamine D, fer, iode et acides gras oméga 3) peuvent manquer et faire l'objet d'un éventuel apport supplémentaire. Un supplément d'acide folique sous forme de comprimés (400 microgrammes par jour) est recommandé idéalement avant la conception et au moins jusqu'à la fin de la 12^e semaine de grossesse car cette vitamine est indispensable au développement du système nerveux de l'enfant. Plusieurs petits repas et collations permettront de répartir les prises alimentaires sur la journée et une attention particulière devrait être portée à la prévention des infections alimentaires. Le fœtus profite déjà des expériences sensorielles liées à l'alimentation de la mère, d'où l'intérêt supplémentaire de varier l'alimentation et favoriser la consommation de fruits et légumes. De plus, la période prénatale est cruciale pour **la programmation métabolique et une sur- ou une sous-alimentation pendant la grossesse** peut influencer la régulation énergétique de l'enfant et son risque de développer une obésité dans le futur. C'est pourquoi la prise de poids recommandée durant la grossesse est variable selon la corpulence de la mère avant la grossesse.

Durant l'allaitement, une alimentation variée et équilibrée est également particulièrement importante pour la mère. Pour couvrir les besoins énergétiques légèrement plus élevés, il suffit par exemple d'ajouter une portion de féculent au repas ou une collation équilibrée supplémentaire.

L'allaitement est l'alimentation idéale pour un bébé et apporte tous les éléments nécessaires à son développement jusqu'à l'âge de 6 mois. Des aliments complémentaires à l'allaitement peuvent être introduits progressivement au plus tôt au début du 5^e mois et au plus tard au début du 7^e mois. Si l'allaitement n'est pas possible ou non souhaité, une préparation pour nourrissons sera proposée. Pour guider la diversification, [un tableau](#) est publié, de même que plusieurs documents de référence rassemblant les recommandations alimentaires pour les jeunes enfants et les conseils pour les parents (voir ci-dessous).



Pour aller plus loin

- Brochure [Alimentation durant la grossesse et l'allaitement](#) publiée par l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV)
- Brochure [Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge](#) publiée par l'OSAV
- [L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie](#)
- Site web [Bon appétit les petits](#) proposé par l'OSAV
- Rapport de la Commission fédérale de Nutrition [L'alimentation durant les 1000 premiers jours de vie](#) (2015) et Amendement de mai 2021
- [Guide en cas d'alimentation végétarienne et végétalienne pour nourrissons et enfants en bas âge](#) publié par pédiatrie suisse



Promotion Santé Suisse propose également les dépliants suivants:

- [L'alimentation durant la 1^{re} année de vie](#)
- [L'alimentation durant la 2^e et 3^e année de vie](#)

7.3 Que mangent les enfants?

Même s'il n'existe à ce jour aucun monitoring de l'alimentation des enfants en Suisse, les études réalisées dans des sous-groupes de population nous montrent que, tout comme pour la population adulte, il existe chez les enfants un écart important entre les recommandations et les consommations alimentaires. Une étude tessinoise réalisée en 2012 auprès de plus de 300 enfants âgés de 5 à 12 ans [7.4] a montré que les recommandations n'étaient atteintes pour aucun groupe d'aliments, même si plusieurs tendances montraient une amélioration des habitudes alimentaires par rapport aux données précédentes, par exemple pour les légumes (4,5% d'atteinte contre 0% en 2010) ou pour les sucreries, snacks et boissons sucrées (12,5% d'atteinte contre 9,5% en 2010). Malgré ces améliorations, il en ressort que **les enfants consomment trop peu de fruits, légumes, céréales, lait et produits laitiers, et trop de boissons sucrées ainsi que de viande** [7.5]. À noter qu'une enquête nationale sur l'alimentation ([menuCH-Kids](#)) mandatée par l'OSAV est en cours de préparation et doit fournir des informations détaillées sur la situation nutritionnelle des jeunes âgés de 6 à 17 ans en Suisse.

Concernant l'alimentation des nourrissons, la Swiss Infant Feeding Study menée en 2014 a montré que les mères se conforment étroitement aux recommandations nationales en matière d'allaitement et d'alimentation infantile (diversification et supplémentation en vitamine D). Pour l'allaitement, la prévalence initiale était élevée (95% des mères ont allaité leur enfant dès la naissance), puis, plus de 50 % des enfants étaient allaités **exclusivement durant au moins 12 semaines. La durée médiane d'allaitement total s'élevait à 31 semaines.** L'épuisement maternel, l'exercice d'une activité professionnelle, une situation socio-économique liée à un faible niveau de revenu et une origine migratoire ont été identifiés comme des déterminants défavorables à la durée d'allaitement et à la diversification [7.6].

7.4 Facteurs influençant la consommation alimentaire

Les choix alimentaires sont complexes et influencés par de nombreux facteurs que l'on peut classer en plusieurs niveaux d'influence: les facteurs biologiques, les expériences personnelles, les facteurs

intra- et interpersonnels, l'environnement social et l'environnement construit ([figure 7.2](#)).

7.4.1 Facteurs biologiques

Les préférences alimentaires ont un impact très direct sur les choix et les apports alimentaires des enfants. Or, celles-ci sont influencées par les réponses sensorielles et émotionnelles au goût, à l'odeur, à la vue et à la texture des aliments. Les humains naissent avec une prédisposition innée à aimer les goûts sucrés et à rejeter l'acide et l'amer. Il existe cependant des différences génétiques entre les individus quant aux seuils de détection des différents goûts.

7.4.2 Expériences avec les aliments

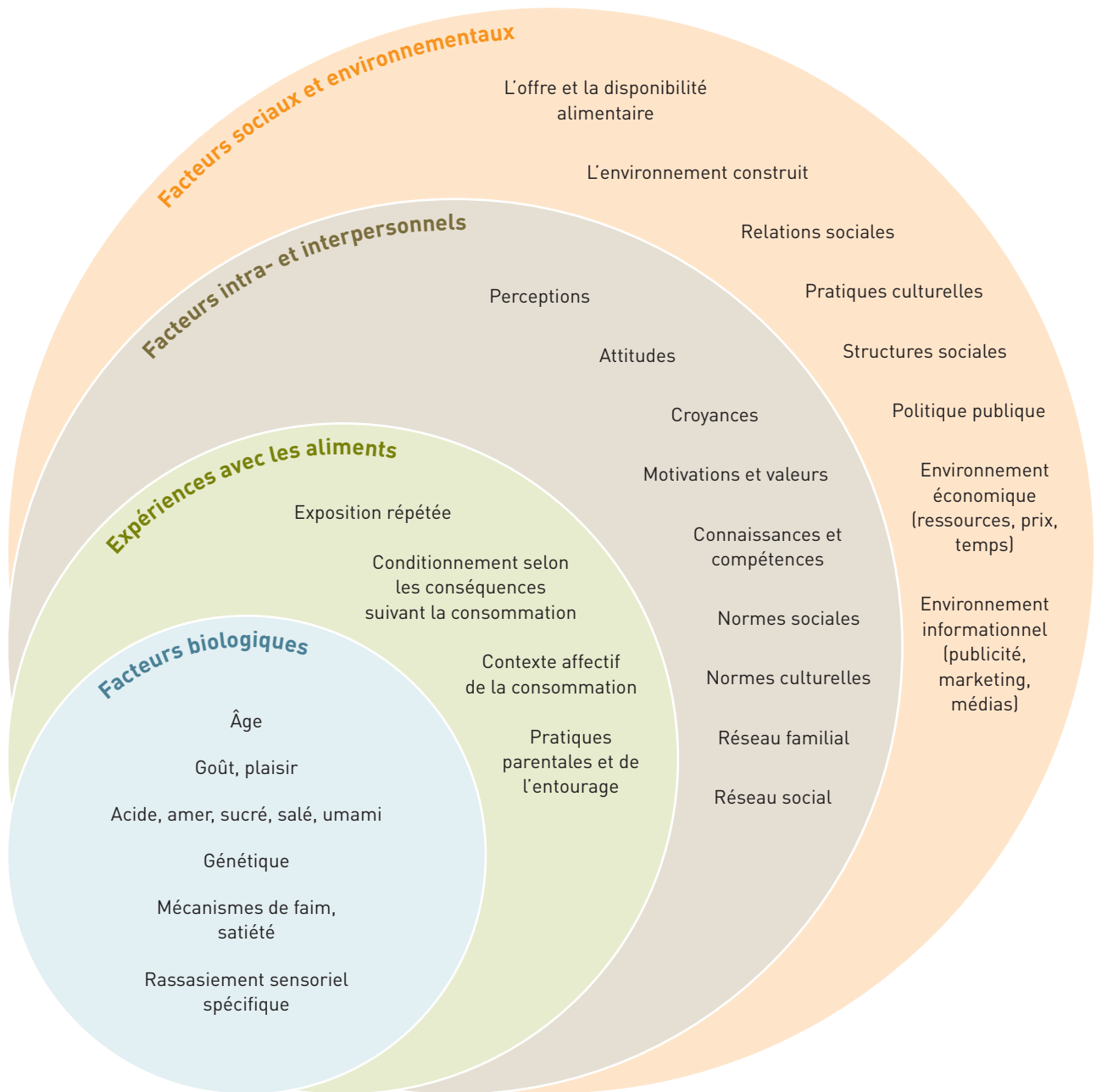
À travers les expériences, qui commencent avant la naissance, les individus sont conditionnés à aimer ou à rejeter certains aliments. Les préférences et les perceptions de la satiété liée à un aliment sont par exemple conditionnées par les conséquences qui suivent son ingestion. De plus, le conditionnement social, c'est-à-dire la réponse émotionnelle à la nourriture en lien avec le contexte socio-affectif, est particulièrement puissant chez les enfants. La modélisation sociale et les pratiques parentales, telles que l'attribution de récompenses, peuvent aussi façonner le conditionnement social d'un enfant. Ainsi, les pratiques parentales (et des autres adultes) ont une grande influence sur le développement des préférences alimentaires et des choix alimentaires des enfants. Or, les pratiques parentales sont elles-mêmes influencées par les propres habitudes alimentaires des parents, leur corpulence ainsi que les caractéristiques de l'enfant [7.8].

7.4.3 Facteurs intra- et interpersonnels

Les perceptions individuelles, les attitudes, les croyances, les valeurs, les émotions et la signification personnelle que nous donnons aux aliments sont tous de puissants déterminants du comportement alimentaire. Au même niveau, on trouve les connaissances et les compétences nutritionnelles, parfois appelées «littératie en alimentation et nutrition» («food and nutrition literacy»). Chez les enfants, toutes ces dimensions sont en construction et fortement influencées par celles de leur entourage. Dans les choix quotidiens, ces éléments personnels vont interagir avec les stimuli environnementaux décrits ci-après pour influencer les choix alimentaires.

FIGURE 7.2

Facteurs influençant les choix alimentaires des enfants



Source: traduit et adapté de [7.7]

7.4.4 Facteurs sociaux et environnementaux

Enfants et parents évoluent dans des contextes sociaux et culturels qui influencent leurs choix et leurs comportements alimentaires, en particulier car l'acte de manger est hautement social. Les relations sociales, les pratiques culturelles et l'origine fami-

liale, les structures sociales et les politiques influent sur la disponibilité et l'accessibilité des possibilités d'une alimentation saine et d'une vie active. Le niveau éducatif est également un déterminant important et la recherche a montré que les individus et les ménages ayant un meilleur accès au revenu et

à l'éducation mangent généralement plus sainement [7.9] (voir [section 7.6](#)).

Au niveau environnemental, l'offre alimentaire, caractérisée par la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des aliments dans les marchés et supermarchés, dans les écoles et autres institutions ainsi qu'à la maison est un autre déterminant important des apports alimentaires. Les caractéristiques telles que la présentation en magasin ou les allégations nutritionnelles inscrites sur les emballages influencent les choix d'achat et de consommation. Dans un environnement favorable, les choix les plus sains devraient aussi être les plus faciles, or, avec un nombre croissant d'aliments riches en calories, en matières grasses, en sel et en sucres offerts dans divers milieux, la capacité de chacun-e à faire des choix sains est compromise. À cet effet, l'économie comportementale a récemment été utilisée pour aiguiller vers des options saines. L'environnement économique influence également les choix alimentaires et les pratiques alimentaires, notamment par le biais du prix, du revenu, du temps et de l'éducation.

7.5 Interventions possibles et leur efficacité

La promotion d'une alimentation équilibrée demande plus qu'un simple transfert de connaissances et nécessite de cibler la variété de facteurs impliqués à divers niveaux. De plus, chaque intervention doit s'adapter au développement cognitif des enfants. C'est pourquoi des principes d'interventions pour les enfants d'âge préscolaire ou scolaire peuvent être distingués et sont présentés dans le [tableau 7.1](#) (adapté de [7.7]).

7.5.1 Exemples d'interventions

A Promouvoir les connaissances et les compétences

Des connaissances nutritionnelles sont nécessaires mais non suffisantes à la mise en place de comportements sains. Le concept de «littératie alimentaire» («food literacy») a été défini comme «un ensemble de connaissances, de compétences et de comportements interdépendants nécessaires pour planifier, gérer, sélectionner, préparer et manger des aliments pour répondre aux besoins et déterminer l'apport alimentaire» [7.10]. Définie ainsi, la littératie alimentaire n'est pas seulement une connaissance

nutritionnelle, mais elle comprend également des compétences pratiques et la capacité de prise de décision critique au niveau alimentaire, allant de la connaissance de la provenance des aliments à la capacité de les sélectionner et préparer ainsi qu'à mettre en pratique les comportements recommandés. L'éducation nutritionnelle des enfants à l'école primaire par des enseignant-e-s qualifié-e-s est donc l'une des composantes de la littératie alimentaire. Ces interventions devraient cependant être complétées par d'autres types d'actions cohérentes, tels que ceux décrits dans la suite du chapitre [7.11].

Éducation sensorielle

Dans la petite enfance, les aliments à la saveur sucrée sont préférés, alors que ceux avec une saveur acide ou amère sont plutôt rejetés. Les préférences alimentaires sont cependant malléables et peuvent être modifiées par l'expérience. Les interventions basées sur une exposition répétée sont efficaces pour augmenter la préférence et la consommation de fruits et légumes chez les jeunes enfants. Une méta-analyse a montré que la consommation augmentait avec le nombre d'expositions et lorsque les légumes étaient proposés sous leur forme nature plutôt que jumelés à un condiment ou un autre arôme. L'exposition gustative répétée est donc une technique simple qui peut être mise en œuvre en milieu de garde et à la maison par les parents. Pour plus de résultats, les évidences soulignent l'intérêt de cibler spécifiquement l'utilisation de légumes nouveaux et peu appréciés en mettant l'accent sur un minimum de 8 à 10 expositions [7.12].

Soutien aux parents

Les parents, en plus d'être responsables de l'offre alimentaire disponible à la maison et de leur rôle de modèle, influencent les préférences et les habitudes de leurs enfants par leur style éducatif et leurs pratiques alimentaires. Or, des préoccupations parentales en lien avec l'alimentation ou le poids peuvent mener à des pratiques contre-productives [7.13], d'où l'intérêt de soutenir les parents en les incitant à: [7.14]

- éviter de faire pression sur leur enfant pour manger certains aliments ou pour manger en général;
- éviter d'utiliser des restrictions trop fortes sur certains aliments;
- éviter d'utiliser des aliments en récompense;
- utiliser des récompenses non alimentaires (p. ex. des autocollants) pour encourager les enfants à goûter des aliments.

TABLEAU 7.1

Principes d'interventions possibles pour promouvoir une alimentation équilibrée chez les enfants d'âge préscolaire ou scolaire

Âge préscolaire

- Monde cognitif avec une grande place pour la créativité et la fantaisie.
- Structures et capacités cognitives en développement: compréhension du monde, habiletés motrices, compétences sociales et stratégies d'adaptation émotionnelle.
- Raisonnement causal et capacité conceptuelle possible, sans généralisation abstraite ou concepts logiques.
- Capacité d'attention courte.
- Difficulté à distinguer leur propre perception de celle des autres.
- Apprentissage par manipulation de l'environnement et par observation plutôt qu'en écoutant passivement.

Âge scolaire

- Envie de comprendre les gens et le monde qui les entoure.
- Capacité de s'engager dans une pensée plus causale mais limitée davantage à des objets concrets et à des expériences spécifiques. Tendance à réfléchir en «blanc ou noir».
- Choix des aliments selon des critères précis et immédiats.
- En voie d'acquisition d'une meilleure compréhension de soi (estime de soi).
- Habiletés physiques maîtrisées et développement des habiletés sociales.
- Importance grandissante des camarades de jeu et des amitiés entre pairs.
- Confiance faite aux adultes tout en développant l'autonomie.

- **Favoriser les activités autour des aliments:** déguster, préparer des aliments, utiliser ses sens pour découvrir des aliments. Favoriser une exposition quotidienne à des aliments sains lors des repas et des collations, tout en étant attentif à favoriser une atmosphère positive lors de ceux-ci. L'exposition répétée permet de se familiariser avec les aliments, de dépasser la néophobie alimentaire et favoriser une alimentation variée et diversifiée.
- **Créer des expériences d'apprentissages adaptées au niveau de développement:** la lecture de livres adaptés ou l'utilisation de schémas simples permet d'expliquer de manière illustrée aux enfants ce que les aliments deviennent dans le corps et à quoi ils servent. Ce type d'informations éveille plus facilement la curiosité des enfants, par rapport à des informations sur les groupes d'aliments ou la catégorisation des aliments.
- **Utiliser des méthodes d'apprentissages actives et ludiques:** ces activités favorisent la participation des enfants dans un environnement rassurant et devraient s'accompagner d'un message clair et cohérent avec l'objectif de l'intervention. Selon l'âge des enfants, les activités utilisées dans diverses études sont: des projets artistiques, chansons, jeux de rôle, marionnettes ou puzzles, de même que l'utilisation de jeux de cuisine ou de supermarché. Entre également dans cette catégorie la pratique du jardinage ou le fait de faire pousser divers fruits et/ou légumes.
- **Focaliser sur les comportements:** les comportements ciblés peuvent être par exemple le fait de déguster de nouveaux aliments, de consommer plus de légumes, de consommer des snacks équilibrés, ou de boire de l'eau.
- **Encourager l'autorégulation:** tout en offrant des aliments sains dans un cadre sain, les parents et les autres adultes encadrant les enfants devraient encourager les enfants à manger la quantité dont elles ou ils ont besoin, en tenant compte de leurs sensations de faim et de satiété.
- **Impliquer les parents, les familles et les équipes éducatives:** les jeunes enfants dépendent largement des aliments offerts dans le cadre familial ou éducatif, c'est pourquoi l'implication des parents ou des équipes éducatives est cruciale pour modifier les apports alimentaires des enfants.
- **Cibler des comportements modifiables:** se concentrer sur des comportements ou des pratiques sur lesquels les enfants ont un certain contrôle.
- **Aborder les motivations qui sont significatives et importantes pour les enfants:** leur motivation peut être le fait d'avoir de l'énergie, de bien performer physiquement et cognitivement, d'être fort-e. Les bénéfices directs sont par exemple l'aspect pratique, le goût ou le coût.
- **Utiliser des méthodes actives et utiliser de vrais aliments lorsque cela est possible:** les activités de préparation et de dégustation d'aliments sont très efficaces, mais chaque activité devrait avoir un but précis en lien avec l'objectif de l'intervention. La réalisation de recettes simples est un moyen efficace pour augmenter la motivation des enfants, dépasser leurs barrières perçues et développer leurs compétences culinaires. Choisir des recettes faciles et rapides qui permettent à chacun et chacune d'être acteur-trice.
- **Fournir un contenu de manière appropriée en termes de niveau de développement cognitif:** sans être trop difficile, les activités devraient être suffisamment stimulantes et donner aux participant-e-s l'envie de relever le défi. L'utilisation d'une récompense, d'un élément ludique, de personnages ou d'histoires fantastiques permet d'augmenter l'envie de réaliser l'activité.
- **Aborder les normes sociales et les influences des pairs:** les interventions en groupe sont l'occasion de faire réfléchir les enfants aux pressions qui s'exercent sur eux (publicité, marketing, etc.), afin de mesurer l'influence puissante de leur environnement.
- **Incorporer le domaine affectif:** en permettant aux enfants des expériences positives dans un environnement sécurisant, on leur permet également de développer leur estime de soi.
- **Favoriser l'autorégulation cognitive:** les enfants sont soumis à de nombreuses forces extérieures pour leurs choix alimentaires. Les interventions nutritionnelles sont l'occasion d'aider les participant-e-s à se fixer un objectif personnel concret et raisonnable et de les accompagner pour trouver des solutions créatives pour l'atteindre.

La modélisation d'un comportement alimentaire positif est donc importante pour que les enfants imitent ce comportement. De cette façon, l'influence des parents sur l'apport alimentaire de leurs enfants est davantage liée à leur propre comportement alimentaire qu'à la façon dont elles ou ils pourraient insister pour que certains aliments soient consommés [7.15].

Jardinage

Au-delà de la promotion de la consommation de fruits et légumes, les interventions de jardinage peuvent viser d'autres objectifs au niveau pédagogique, du mieux vivre ensemble, ou de promotion de la durabilité et de l'activité physique. Souvent, les interventions de jardinage sont associées à des activités de cuisine ou de dégustation. Dans une récente revue de littérature, les projets de jardinage scolaire ont montré un impact modeste mais positif sur les mesures anthropométriques et plus généralement sur la santé des enfants [7.15, 7.16]. D'autres auteur-e-s ont montré un effet positif sur la préférence et la consommation de légumes (mais pas de fruits). De plus, en comparaison des programmes basés sur une éducation nutritionnelle, les programmes de jardinage semblaient plus efficaces pour développer la préférence et la consommation de légumes, avec en plus des effets positifs tels que le travail en groupe et la compréhension de soi [7.17].

Ateliers de cuisine

Ces activités pratiques qui engagent les enfants à cuisiner et à préparer des aliments permettent d'augmenter la familiarisation et l'exposition à de nouveaux aliments, en particulier les fruits et légumes. Les ateliers de cuisine peuvent changer positivement la préférence et la consommation d'aliments cuisinés, mais également développer des compétences de vie telles que la préparation des aliments et le sentiment d'auto-efficacité [7.15, 7.18-7.21]. Cependant, sur la base du peu de preuves actuellement disponibles, aucune conclusion concernant les meilleures pratiques de mise en œuvre ne peut être tirée. Peu d'études ont porté sur les effets à long terme des ateliers de cuisine, mais une étude suisse réalisée auprès de plus de 3500 adultes a mis en évidence qu'une participation plus fréquente à des activités culinaires pendant l'enfance prédisait de meilleures compétences culi-

naires à l'âge adulte, tant chez les hommes que chez les femmes. Or, dans les deux cas, de meilleures compétences culinaires étaient associées à une meilleure qualité de l'alimentation [7.22].

B Modifier l'offre alimentaire, faciliter l'accès et la disponibilité

De nombreux expert-e-s s'accordent pour prôner la mise en place d'un environnement facilitant les choix sains, là où se trouvent les enfants. Les choix les plus sains devraient aussi être les plus faciles. Sont visés en premier lieu les écoles, les crèches et autres structures d'accueil puisque les enfants y passent une proportion importante de leur temps et qu'il s'agit d'un moyen efficace pour toucher tous les enfants, indépendamment de leur origine ou de leur statut socio-économique.

Les écoles fournissent aliments et boissons au sein des restaurants scolaires, mais également via d'éventuels distributeurs automatiques ou d'autres points de vente ponctuels. Les interventions possibles peuvent se situer à plusieurs niveaux:

- augmentation de l'offre: distribution de fruits et légumes ou d'eau dans les écoles;
- restriction de l'offre: mise en place de standards nutritionnels pour les aliments et boissons vendus dans les écoles;
- mise en place de règlements pour définir le type d'aliments pouvant être consommés sur le site de l'école.

Les évaluations menées dans de nombreux pays ont conclu que les interventions visant à favoriser un environnement alimentaire sain sont une mesure efficace pour améliorer les habitudes alimentaires [7.23, 7.24]. En Suisse, il existe par exemple des standards de qualité pour les repas servis dans les structures d'accueil (voir ci-dessous). Dans les écoles primaires genevoises, une étude a montré que les enfants apportaient des collations du matin plus saines dans les écoles avec un règlement basé sur une liste positive (aliments et boissons permis) en comparaison avec les écoles ayant un règlement basé sur des interdictions ou les écoles sans règlement [7.25]. La mise en place de régulations en lien avec l'alimentation se heurte parfois avec le sentiment que l'alimentation relève du domaine privé et que ces mesures entravent la liberté individuelle. C'est pourquoi il est important d'associer tous les



Exemples de programmes en Suisse

- [Fit4future](#): programme gratuit proposé à l'école primaire et destiné aux enfants, au corps enseignant et aux parents. Il intègre outils didactiques, manifestations et matériel autour des thèmes de l'alimentation, de l'activité physique ainsi que des ateliers de cuisine.
- [Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!](#) Projet destiné aux écoles pour la formation des enseignant-e-s et un accompagnement pour la mise en place d'activités ainsi que du matériel, tout en incluant les parents.
- [Nutrikids](#): modules mis à disposition par la SSN pour l'éducation nutritionnelle des enfants de 9 à 12 ans.
- Matériel didactique concernant le [disque alimentaire suisse](#)
- [Guide-École](#): site offrant aux acteurs scolaires des outils leur permettant d'instaurer dans leur établissement une politique générale et cohérente de promotion de la santé (alimentation comprise).
- [PEP – Manger ensemble](#): projet ciblant les équipes travaillant dans des lieux d'accueil et visant à promouvoir une bonne ambiance à table, à revoir leurs propres règles et à adopter une attitude plus adaptée aux enfants par le biais d'informations spécialisées et de discussions menées par un-e animateur-trice.
- [Schulgarten](#): appui didactique et utile pour la pratique du jardinage, destiné aux enseignant-e-s des cycles 1 à 3.
- [Senso5](#): matériel didactique pour l'éducation nutritionnelle et sensorielle, compatible avec le Plan d'études romand (PER) et disponible pour les enseignant-e-s des cycles 1 et 2 (4 à 12 ans). Approche basée sur les cinq sens et le plaisir alimentaire avec des supports d'apprentissages polysensoriels pour l'éducation nutritionnelle en lien avec différentes disciplines scolaires et proposant des dégustations d'aliments variés en classe.
- [ZnüniBOX](#): grâce à la formation des intervenant-e-s, des messages alimentaires sont associés à la prévention bucco-dentaire. Les enfants reçoivent une «boîte à goûter» et les parents une fiche avec des propositions de goûters.

acteurs impliqués et d'implémenter progressivement de telles mesures pour en accroître l'acceptation [7.25].

D'autres mesures visant à créer des environnements favorables à une alimentation saine et équilibrée sont par exemple [7.26]:

- l'amélioration de l'étiquetage alimentaire avec des labels ou des scores nutritionnels pour faciliter les choix lors des achats;
- les mesures limitant les pratiques marketing visant les enfants;
- les outils économiques (taxes, subventions) qui facilitent l'accès à des produits sains et réduisent l'attractivité d'autres produits;
- l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments par l'industrie.



Quelques exemples

- [Fourchette verte](#): label décerné aux établissements de restauration qui proposent un plat du jour équilibré, présent dans de nombreux établissements scolaires.
- [Standards de qualité](#) pour des repas de midi équilibrés et durables
- [Standards de qualité pour la restauration collective](#), publiés par l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires
- [Znüni-Määrt](#): offre de collations saines dans des écoles lucernoises au moins une fois par semaine durant au moins un an
- Directives ou recommandations pour la suppression des distributeurs automatiques ou pour modifier l'offre de tels distributeurs dans certains cantons (p. ex. [Vaud](#) ou [Valais](#))
- Distribution de fruits à l'école en Norvège [7.27]

7.5.2 Littératie médiatique

L'éducation aux médias est une composante importante de la littératie alimentaire. Elle s'est montrée efficace pour prévenir le développement de troubles des conduites alimentaires en prévention universelle et a été testée dès l'âge de 9 ans. Les programmes d'analyse critique des médias visent entre autres les objectifs suivants:

- sensibiliser aux messages médiatiques concernant le poids, la silhouette idéale, les stéréotypes de genre et l'objectification du corps (voir chapitre 5 du rapport 9 [Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes](#));
- renforcer l'esprit critique sur les messages alimentaires (régimes, etc.), les «fake news», ainsi que sur les techniques de marketing et de manipulation utilisées dans les médias pour créer des images idéales.

L'éducation aux médias a également des bénéfices plus larges qui sont discutés dans le chapitre 5 du rapport 9 [Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes](#) [7.28, 7.29].

7.5.3 Interventions durant la grossesse et soutien à l'allaitement

L'alimentation de la mère avant et durant la grossesse influence la santé de l'enfant pendant des années [7.30], c'est pourquoi de plus en plus d'interventions ont été développées pour promouvoir une alimentation équilibrée pendant cette période. Ces interventions sont efficaces pour améliorer les apports alimentaires et limiter la prise de poids excessive durant la grossesse, qu'elles soient liées ou non à des interventions plus larges de promotion d'un style de vie sain. Elles ont également montré une réduction du risque de macrosomie, mais leurs effets sur le risque de l'enfant de développer une obésité dans les premières années de vie restent peu clairs [7.31]. De plus, il n'est pas encore possible de préciser les modalités les plus efficaces en termes d'intensité, de durée, de fréquence ou de méthodes d'administration. Toutes les interventions basées sur une approche équilibrée semblaient équivalentes en termes d'efficacité. Les conseils étaient donnés lors d'entretiens individuels ou en groupe, dans un milieu clinique ou à la maison [7.32, 7.33]. Lorsqu'un soutien à l'allaitement est offert aux femmes, les durées d'allaitement exclusif et d'allaitement total sont augmentées. Un soutien efficace comprend les caractéristiques suivantes [7.34]:

- il est proposé par défaut par du personnel formé, lors des soins pré- ou postnataux;
- il inclut des visites programmées afin que les femmes puissent prédire quand le soutien sera disponible;
- il est adapté au contexte et aux besoins de la population.

Le soutien peut être offert par des professionnel-le-s ou des non-professionnel-le-s, par exemple par des pairs, ou une combinaison des deux. Les stratégies qui reposent principalement sur un soutien en face à face ont augmenté les chances de réussite avec les femmes qui pratiquent un allaitement exclusif [7.34].

7.5.4 Considérations générales sur les interventions

De nombreux expert-e-s recommandent de combiner plusieurs stratégies pour améliorer l'efficacité des interventions de promotion d'une alimentation équilibrée. Par exemple, une intervention d'éducation nutritionnelle peut être complétée par un soutien social au niveau familial. En milieu scolaire, l'intervention peut combiner l'action d'enseignant-e-s et de spécialistes. Dernier exemple, un programme éducatif gagnerait en efficacité s'il est associé à une modification de l'environnement [7.35]. De même, les interventions à composants multiples sont celles qui ont démontré le plus d'effet pour augmenter la consommation de fruits et légumes chez les enfants de 5 ans et moins [7.36].

Le développement de nouvelles actions devrait être conditionné à la présence de ressources et de financements permettant leur évaluation, afin de pouvoir capitaliser sur ces interventions. De plus, l'évaluation ne devrait pas considérer le comportement alimentaire comme seul critère de réussite, mais aussi tenir compte d'autres facteurs tels que le développement des compétences de vie ou du sentiment d'auto-efficacité.



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

7.6 L'égalité des chances dans la promotion d'une alimentation équilibrée

Les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé sont touchées de manière disproportionnée par l'obésité qui représente un important facteur de risque de maladie chronique [7.37]. Une étude suisse a montré qu'une alimentation déséquilibrée explique une partie de ce fardeau, même si d'autres facteurs jouent également un rôle [7.38]. Les populations socialement défavorisées font face à de nombreuses barrières pour manger sainement [7.39] dont il est essentiel de tenir compte dans la mise en œuvre d'interventions.

Les mesures structurelles de promotion d'une alimentation équilibrée ont l'avantage de toucher toute la population et sont particulièrement efficaces pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé. Les interventions menées dans les écoles ou les structures d'accueil ont fait leur preuve pour toucher les enfants socialement défavorisés, en particulier les projets visant à améliorer l'offre alimentaire au sein de l'institution ou à intégrer la promotion d'une alimentation équilibrée dans les plans d'études ou les concepts pédagogiques [7.40]. L'efficacité de ces mesures est renforcée lorsque celles-ci sont combinées à des interventions au niveau individuel, d'où l'importance d'associer des mesures comportementales et structurelles [7.40]. D'une manière générale, l'orientation des interventions sur un groupe cible spécifique ainsi que la participation du groupe cible au développement et à la réalisation du projet sont également des facteurs de réussite. L'implication des parents est importante, en particulier dans le cadre des projets visant à modeler favorablement les habitudes alimentaires des jeunes enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés. Une étude récente a montré que le fait de ressentir un haut niveau de stress et une humeur dépressive durant la journée peut influencer les pratiques parentales le soir avec les enfants, par exemple le fait de presser les enfants à manger ou à leur servir des aliments pré-préparés [7.41].

Les interventions visant à promouvoir le rôle d'exemple des parents se sont révélées particulièrement efficaces. Les critères de réussite suivants sont apparus importants à cet égard [7.40]:

- Utiliser des approches éducatives:
 - basées sur des techniques de changement de comportement;
 - qui soutiennent l'acquisition de compétences concrètes telles que les compétences culinaires ou la communication;
 - qui favorisent l'apprentissage par des exemples (vignettes) présentant des situations et des solutions concrètes.
- Déployer les interventions au niveau des communes, du foyer familial, des consultations pédiatriques, ou des structures de garde.
- Proposer des consultations concernant l'allaitement et l'introduction d'aliments solides aux mères pendant la grossesse ou peu après la naissance.
- Mettre l'accent sur plusieurs thématiques en même temps, soutenir les personnes concernées dans la définition d'objectifs, promouvoir les contacts sociaux et informer sur les autres offres de soutien existantes.

Parmi les mesures de promotion de littératie alimentaire, les interventions basées sur des ateliers de cuisine sont prometteuses pour améliorer l'alimentation auprès des enfants issus de communautés à faible revenu [7.42]. Pour faciliter l'accès aux programmes d'éducation alimentaire des parents, une attention particulière devrait être portée sur l'utilisation de documents visuels (rédigés pour des lecteur-trice-s disposant de peu de compétences en santé) ainsi que d'images d'aliments (réels, factices ou d'emballages alimentaires).

Dans le cadre de la promotion d'une alimentation équilibrée, trois aspects importants devraient encore être pris en compte pour favoriser l'égalité des chances. Premièrement, les habitudes alimentaires sont profondément liées à la culture d'origine et personne ne devrait être forcé à choisir entre sa culture et sa santé. Des compétences culturelles sont nécessaires dans le développement d'interventions de promotion d'une alimentation équilibrée [7.43]. Deuxièmement, la promotion de la littératie alimentaire, en particulier le développement des compétences culinaires, peut également être vue comme un moyen de lutter contre les stéréotypes de genre et la répartition inégale du travail domestique entre les hommes et les femmes [7.44]. Finalement, l'insécurité alimentaire est une réalité dont

il est nécessaire de tenir compte dans les interventions de promotion d'une alimentation équilibrée [7.45], par exemple en:

- mettant à disposition des informations sur les ressources d'aides dans la région;
- utilisant des aliments de saison, mais également des fruits et légumes surgelés ou en conserves;
- enseignant aux parents comment planifier des menus et réaliser une liste de courses;
- proposant des recettes à base d'œufs ou de légumineuses;
- promouvant la consommation de l'eau du robinet.



Quelques exemples

- **Femmes-Tische et Hommes-Tische:** programme ciblant les personnes issues d'un milieu socio-économique défavorisé et/ou de l'immigration et qui aborde, dans le cadre de tables rondes, diverses thématiques, dont l'alimentation.
- **Mamamundo:** cours de préparation à l'accouchement avec des interprètes interculturelles permettant d'aborder, entre autres, le thème de l'alimentation.
- **Miges Balù:** soutien aux centres de puériculture avec des médiateur-trice-s interculturel-le-s pour promouvoir, entre autres, une alimentation équilibrée dès la naissance auprès des familles issues de la migration.
- **Bien manger à petit prix:** projet visant à promouvoir les compétences alimentaires, notamment une alimentation équilibrée à peu de frais au quotidien grâce à du matériel gratuit et des cours.
- Site web «**Gut, gesund und günstig essen**»: promotion des compétences alimentaires au quotidien grâce à du matériel gratuit.



Pour aller plus loin

Rapport [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques](#), rédigé par D. Weber. Berne: PSCH, OFSP, CDS (2020)

7.7 Conclusion

Pour favoriser des habitudes alimentaires saines et équilibrées chez les enfants, quatre thématiques clés ont été identifiées par les expert-e-s [7.46] et peuvent être mises en pratique aussi bien à la maison que dans les structures accueillant les enfants:

- **Une alimentation parentale/éducative positive:** éviter les restrictions alimentaires, permettre aux enfants de faire leurs propres choix alimentaires et encourager les enfants à goûter et adapter eux-mêmes la taille de leurs portions.
- **Manger ensemble:** promouvoir la socialisation alimentaire à travers des repas familiaux ou en groupe réguliers et modéliser des exemples positifs et des comportements sains autour de l'enfant.
- **Un environnement alimentaire sain:** favoriser la disponibilité et l'accessibilité des aliments sains et faciliter les comportements favorables à la santé, en particulier dans les écoles, crèches et autres structures d'accueil afin de favoriser l'égalité des chances.
- **Le plaisir de manger:** associer l'alimentation saine au plaisir grâce à une exposition répétée à des aliments sains, à des repas sociaux agréables et à la diffusion d'idées et d'attitudes positives sur les aliments sains.

Pour synthétiser les éléments principaux de ce chapitre, le modèle de division des responsabilités, élaboré par Ellyn Satter, est un guide précieux, en particulier pour discuter avec les parents ou les éducateur-trice-s. Ce modèle stipule que l'adulte est responsable de ce qui est proposé à manger (quoi) et est garant du cadre (quand on mange et où on mange), mais que l'enfant est responsable de la quantité de nourriture et de savoir si elle ou il veut goûter l'aliment. Pour ce dernier point, l'idée est d'encourager à déguster, sans forcer [7.47]. Ainsi, les adultes dans les familles ou les équipes éducatives ont la responsabilité de fournir des aliments sains et d'encourager une alimentation équilibrée, dans un climat de chaleur émotionnelle et de sensibilité, mais sans forcer la consommation. L'enfant, lui, choisit la quantité de ces aliments à manger. Ces pratiques vont favoriser le développement du goût et du plaisir à consommer des aliments variés, tout en permettant un apprentissage de l'autorégulation.

8 Promotion de la santé psychique

• **Edouard Gentaz**, Université de Genève

8.1 La santé psychique chez les enfants (0-12 ans) en Suisse

La santé psychique est définie par l'Organisation mondiale de la Santé [8.1] comme «un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté». Si cette définition concerne principalement les adultes, elle peut être adaptée aux enfants et aux spécificités de leur environnement. La notion d'«état» ne doit toutefois pas être comprise comme un élément statique, mais comme un processus complexe multiple et dynamique, influencé à la fois par des caractéristiques individuelles ainsi que, dans une mesure non négligeable, par des facteurs exogènes tels que les conditions sociales et le contexte dans lequel vivent les personnes. La santé psychique peut se manifester au travers de son bien-être émotionnel, de son estime de soi, de sa satisfaction, de ses performances, ainsi que de sa

capacité à prendre part à la vie sociale et à cultiver des liens sociaux satisfaisants. Elle résulte de la capacité à mobiliser des ressources internes et externes pour faire face aux multiples exigences et difficultés rencontrées quotidiennement et au cours de la vie [8.2].

Les données représentatives disponibles sur la santé mentale chez les enfants sont très rares en Suisse. La qualité de vie ou la satisfaction face à la vie, l'énergie et la vitalité, le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment d'auto-efficacité n'ont pas été régulièrement évalués en Suisse à l'aide d'un échantillon représentatif d'enfants de 0 à 10 ans.

Le bien-être des enfants peut être évalué indirectement par une mesure de la santé générale des enfants [8.3]. En 2017, les parents de 98% des enfants âgés de 0 à 10 ans ont estimé leur état de santé général comme étant bon ou très bon/excellent.

Les données représentatives sur les taux de prévalence de troubles psychiques chez les enfants n'existent pas en Suisse. Les seules données disponibles sont issues de plusieurs études internationales qui ont été synthétisées par l'Observatoire suisse de la santé dans son Rapport national [8.3] (tableau 8.1).

TABLEAU 8.1

Pourcentages de la première manifestation selon le trouble psychique (sélection) et la tranche d'âge

(données basées sur les données de prévalence issues d'études internationales; extrait de T5.2 [8.3])

| Diagnostic | 1-5 ans | 6-9 ans | 10-13 ans |
|--|---------|---------|-----------|
| Troubles de la régulation (pleurs excessifs, problèmes d'endormissement et d'alimentation) | >24% | <1% | <1% |
| Troubles de l'attachement | >24% | <1% | <1% |
| Troubles du spectre de l'autisme | >24% | <1% | <1% |
| TDA/H | 10-24% | >24% | 10-24% |
| Troubles anxieux | 1-10% | >24% | 10-24% |
| Troubles du comportement / troubles oppositionnels | 1-10% | 10-24% | >24% |
| Dépression sévère | 1-10% | 1-10% | 1-10% |
| Troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes | 1-10% | 1-10% | 1-10% |
| Troubles obsessionnels compulsifs | <1% | 1-10% | 1-10% |
| Anorexie mentale et boulimie | <1% | <1% | >24% |

Les résultats du [tableau 8.1](#) montrent que l'âge de la première manifestation dépend du type de troubles psychiques: les troubles de la régulation surviennent principalement durant la petite enfance (1-5 ans), les troubles anxieux entre 6 et 9 ans et les troubles du comportement social/oppositionnel entre 6 et 13 ans.

Il existe quelques données récentes sur «l'instabilité psychique» des enfants obtenues à partir de questionnaires ou d'échelles remplis par des parents. En 2014, l'étude Swiss Preschoolers' Health Study (SPLASHY), à laquelle ont participé des parents issus de cinq cantons suisses (Argovie, Berne, Fribourg, Vaud et Zurich), indique qu'environ 7% des enfants de 2 à 6 ans (n=511) présentent des signes d'instabilité psychique [8.4]: selon les indications des parents, 8,2% des enfants ont des problèmes avec leurs camarades, 7,6% des troubles du comportement, 5,3% présentent de l'hyperactivité et 4,3% des problèmes émotionnels. Les problèmes persistent encore douze mois après chez seulement 3% des 383 enfants participant encore à l'étude. Les résultats montrent aussi un lien significatif entre ces troubles du comportement et un faible niveau socio-économique des parents, un style éducatif inconsistant et l'usage de châtiments corporels. Ces résultats semblent similaires aux données observées dans d'autres pays européens. Dans l'Enquête suisse sur la santé conduite durant l'année 2017, les parents ont déclaré que 7,6% des enfants de 0 à 10 ans souffrent d'instabilité psychique, 5,9% de signes d'hyperactivité, 2,3% de problèmes de comportement et 0,9% de problèmes émotionnels [8.2].



La santé psychique des enfants en Suisse pendant la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 et les mesures prises pour protéger la santé publique ont profondément changé la vie quotidienne et les interactions sociales, ce qui peut poser des problèmes particuliers pour la santé psychique. Selon un rapport de l'OFSP datant de 2021 [8.5], les jeunes générations seraient nettement plus touchées par les conséquences psychologiques de la pandémie que les personnes plus âgées. L'augmentation de la charge de stress est plus susceptible de se traduire par des problèmes de comportement chez les jeunes enfants, tandis que les symptômes de dépression et d'anxiété sont plus fréquents chez les enfants plus âgés et à partir de l'adolescence. Chez les jeunes enfants en particulier, le bien-être est fortement influencé par la situation familiale et la résilience des parents en cas de stress. Ce rapport pointe une forte hausse du nombre de cas en pédopsychiatrie hospitalière et souligne un consensus chez les expert-e-s sur la nécessité d'agir au niveau de la prise en charge des jeunes générations [8.5]. Ces résultats préliminaires semblent être confirmés par des études plus récentes conduites chez les enfants et les jeunes [8.6].



Informations complémentaires sur le thème Covid-19

- Document de travail 56: [Répercussions de la pandémie de coronavirus sur la promotion de la santé](#)
- Document de travail 52: [Répercussions de la pandémie de coronavirus sur la santé de la population en termes de vulnérabilité et de ressources](#)

8.2 Le développement psychologique de l'enfant et son environnement

Un des objectifs des recherches internationales est d'identifier les principaux déterminants de la santé psychique des personnes au cours du développement, en mettant en évidence des liens significatifs entre la santé mentale et de nombreux facteurs, appelés «facteurs de protection ou de risque». Ces différents déterminants s'influencent mutuellement de façon dynamique et leur action peut être favorable ou défavorable sur l'état de santé mentale d'un enfant au cours de son développement.

Si l'on ne connaît pas encore la nature des processus psycho-physiologiques qui conduisent certains enfants dans le champ des troubles psychiques ou, au contraire, les rendent résilients, on comprend beaucoup plus finement le timing des différents facteurs de protection et de risque et leurs contributions respectives à leur trajectoire développementale [8.7]. L'un des plus grands facteurs de risque, en termes de santé psychique chez les enfants, est l'existence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents. Toutefois, si les facteurs génétiques jouent un rôle clé dans les divers mécanismes de transmission du risque pour les troubles psychiatriques, la qualité de l'environnement social et des premières expériences relationnelles de l'enfant possède également un rôle pivot dans le devenir du sujet et la personnalisation de sa trajectoire développementale. Vulnérabilité neurobiologique d'un côté, et environnement éducatif et socioculturel de l'autre, ne fonctionnent donc pas indépendamment. Au contraire, ces deux facteurs s'influencent mutuellement dans des dynamiques complexes selon les différentes phases de la vie [8.8].

Chaque phase du développement de l'enfant a ses caractéristiques, son contexte environnemental et ses défis spécifiques, qui peuvent avoir des répercussions sur la santé psychique.

La petite enfance constitue une période sensible à l'apprentissage et au développement psychologique même si l'espèce humaine bénéficie d'une longue fenêtre temporelle en termes de plasticité cérébrale qui va lui permettre d'apprendre tout au long de sa vie. Un environnement «appauvri» ou peu stimulant sur le plan cognitif, affectif et social durant cette période dite «sensible» du développement peut avoir des conséquences négatives sur le plan psychologique et neuronal [8.9]. Celles-ci peuvent

cependant être recouvrées si des compensations sont proposées précocement [8.10]. Au cours des premières années, la relation parent-enfant est notamment essentielle pour le développement psychologique de l'enfant [8.11, 8.12]. Il est à souligner que les modèles familiaux se sont significativement modifiés depuis 1970: les familles monoparentales ou recomposées sont plus fréquentes avec des fratries moins grandes [8.3].

Par ailleurs, la petite enfance peut être l'occasion pour le jeune enfant d'être accueilli dans des contextes extrafamiliaux. Un rapport de l'UNICEF [8.13] désigne l'accueil extrafamilial comme une «révolution» qui consiste à ce que «la génération montante d'aujourd'hui est la première dont la majorité passe une grande partie de la petite enfance dans un type de structure de garde extérieure au foyer». Depuis 150 ans d'existence en Suisse, les institutions de la petite enfance ont évolué constamment sur le plan institutionnel, financier et politique [8.14]. Tandis qu'en 1963, environ 2% des enfants âgés de 0 à 4 ans fréquentent les crèches en ville de Genève, actuellement, l'accueil de jeunes enfants concerne 39% des enfants âgés de 0 à 4 ans [8.15]. L'aspect éducatif des institutions de la petite enfance est abordé par la notion de «qualité» [8.13, 8.16, 8.17]. Des rapports publiés par des organisations internationales rappellent que la qualité de l'accueil extrafamilial proposé aux jeunes enfants exerce une influence déterminante sur les possibilités et les opportunités qui leur sont offertes et qui contribuent à favoriser leur développement psychologique (sensori-moteur, cognitif, linguistique, émotionnel et social).

En résumé, la petite enfance est largement reconvenue comme une étape au cours de laquelle des impulsions déterminantes peuvent être données au développement sensori-moteur, cognitif, linguistique, émotionnel et social d'un jeune enfant [8.18]. De plus, les caractéristiques des différents accueils extrafamiliaux peuvent aussi contribuer de manière significative au développement psychologique des enfants.

L'école obligatoire bien entendu joue également un rôle majeur pour la santé psychique de tous les enfants compte tenu que ces derniers, quel que soit leur milieu social, y passent une partie importante de leur temps. La majorité des contacts sociaux des enfants avec leurs pairs ont lieu à l'école, avec un climat en classe évalué comme satisfaisant et posi-

tif par les enfants âgés entre 11 et 15 ans [8.19]. En plus des parents, les enseignant-e-s peuvent devenir des personnes de confiance et de soutien essentielles pour 70% des enfants de 11-13 ans [8.19]. Cette étude présente seulement des résultats par tranche d'âge sans les préciser pour chaque âge. Enfin, l'environnement socio-économique de l'enfant joue un rôle significatif pour sa santé mentale via notamment le statut socio-économique de ses parents, mesuré par le niveau de formation, la profession et le revenu. Globalement, les personnes avec un faible statut socio-économique ont tendance à avoir une moins bonne santé psychique et présentent un risque plus marqué de développer une maladie psychique. Les inégalités sociales interagissent également fortement avec les caractéristiques du cadre de vie de la personne. Piketty [8.20] révèle que la répartition des richesses est de plus en plus injuste à travers le monde. En Suisse, environ 5% des enfants vivaient dans des familles exposées au risque de pauvreté en 2014 avec un taux qui monte à 15% dans les familles monoparentales. Les autres facteurs de risque de pauvreté infantile en Suisse sont les familles nombreuses (trois enfants ou plus), l'origine migratoire, des parents sans formation post-obligatoire ou sans activité professionnelle [8.21].

8.3 Comment favoriser ou renforcer la santé psychique des enfants?

L'état de santé psychique des enfants au cours de leur développement va dépendre de leurs capacités à mobiliser des ressources internes (propres à eux-mêmes) et externes (famille, professionnel-le-s, etc.). L'enfance est une période pertinente pour adopter un comportement salutogène. Le développement ou le renforcement de ces ressources est donc essentiel à plusieurs niveaux: enfants, parents et professionnel-le-s. Il existe de nombreuses dimensions (validées par la recherche) sur lesquelles il est possible d'agir pour favoriser et renforcer ces ressources et donc la santé psychique des enfants. Si ces dimensions sont présentées de manière analytique pour des raisons à la fois scientifique et pédagogique, il est bien évident qu'elles interagissent entre elles dans leurs effets et qu'elles doivent être pensées d'une manière systémique (figure 8.1).

8.3.1 Les ressources internes

A Développer les compétences émotionnelles

Les compétences émotionnelles sont souvent définies par la manière dont les personnes identifient, comprennent ou régulent les émotions [8.22].

- 1) Les capacités d'identification perceptive des expressions faciales émotionnelles (joie, surprise, peur, colère, dégoût, tristesse) vont émerger durant la première année de vie [8.23]. Dès l'âge de 2 ans, l'enfant est capable d'une première catégorisation verbale de certaines émotions de base. Par la suite, ces catégorisations continuent de se développer et l'enfant devient capable de catégoriser un nombre croissant d'émotions de plus en plus finement.
- 2) La compréhension du vocabulaire émotionnel, des indices situationnels, physiologiques et mentaux qui permettent à quelqu'un d'identifier une émotion et des situations capables d'induire des émotions s'améliore progressivement avec l'âge [8.24]. À partir de 2 ans, l'enfant commence à comprendre les influences des causes externes et de certains souvenirs d'événements externes sur les émotions. À partir de 5 ans, elle ou il commence à faire la distinction entre l'apparence et la réalité d'une émotion. À partir de 8-9 ans, l'enfant va comprendre l'incidence des règles morales sur certaines émotions, comme par exemple se sentir coupable pour un acte moralement répréhensible.
- 3) La capacité de régulation des émotions permet à la personne de modifier la nature de son émotion, son intensité, sa durée ou sa composante expressive [8.25]. Durant la première année de vie, les bébés ne disposent que de certains mécanismes tels que la stimulation tactile ou le détournement de regard pour diminuer les états émotionnels négatifs, mais sont largement dépendants des adultes pour réguler leurs émotions. De 3 à 6 ans, les jeunes enfants développent la capacité à générer des émotions et à masquer ou minimiser leurs expressions dans certaines circonstances. Elles ou ils développent également durant cette période préscolaire leur répertoire langagier et deviennent capables de penser et de parler de leurs émotions. Durant la période scolaire, le développement des habile-

tés cognitives et du contrôle attentionnel va jouer un rôle important dans le développement des capacités de régulation. Avec l'âge, les enfants vont percevoir les liens entre leurs efforts de régulation et la modulation de leurs émotions. Elles ou ils deviendront ensuite capables à la préadolescence d'utiliser des stratégies de régulation très spécifiques telles que la résolution de problèmes, la recherche de soutien, la distraction ou la réévaluation [8.26].

Les compétences émotionnelles représentent un ensemble de ressources efficaces et fonctionnelles permettant de s'adapter à l'environnement [8.22, 8.27]. Ainsi, des compétences émotionnelles élevées sont associées à moins de problèmes de santé psychique, et à moins de plaintes somatiques; elles sont positivement associées aux comportements prosociaux et négativement aux comportements antisociaux. Enfin, les enfants disposant de bonnes compétences émotionnelles ont de meilleures performances scolaires [8.28].

Les compétences émotionnelles sont essentielles au développement psychologique de l'enfant et doivent faire l'objet d'un apprentissage et d'un enseignement explicite à l'école dès les premières années [8.29-8.32]. Parmi les compétences émotionnelles, la «connaissance des émotions» contribue de manière significative à une future réussite scolaire et une interaction sociale adaptée. Chez les jeunes élèves, la «**connaissance des émotions**» est généralement définie comme la capacité à reconnaître les émotions, à labelliser les expressions faciales émotionnelles et à identifier les situations qui génèrent des émotions. Une étude longitudinale a montré que ce niveau de connaissance des émotions mesuré à 5 ans prédisait les compétences sociales et scolaires à 9 ans [8.33]. De plus, l'**activité locomotrice**, en particulier dans le contexte du jeu (voir plus loin et [chapitre 9](#)) peut également affecter le développement des capacités de compréhension des émotions, le comportement social et, par conséquent, les résultats scolaires. En plus d'avoir un impact sur les capacités cognitives et les résultats scolaires [8.34], l'activité locomotrice semble favoriser la régulation des émotions chez les jeunes enfants [8.35]. Des résultats récents observés chez des élèves âgés de 3 à 6 ans révèlent que l'obtention de scores élevés aux épreuves évaluant la connais-

sance des émotions, l'activité locomotrice et le comportement social prédit de meilleures performances mathématiques chez ces élèves [8.36].

Étant donné l'importance des compétences émotionnelles dans le développement de l'enfant, plusieurs études ont tenté d'élaborer des programmes de prévention ou d'entraînement des compétences émotionnelles afin de soutenir le développement de ces compétences chez les enfants typiques [8.37-8.39]. Éduquer ou enseigner implique les **émotions des professionnel-le-s** (éducateur-trice-s, corps enseignant), la compréhension des émotions des élèves dans les relations qu'ils instaurent et l'enseignement en tant qu'objet d'apprentissage des émotions. Toutefois, avant de pouvoir développer de manière efficace les compétences émotionnelles des élèves, il s'agit pour le corps enseignant de pouvoir lui-même développer ses propres compétences dans ce domaine, notamment pour laisser de la place aux émotions, éviter qu'elles parasitent les apprentissages, écouter les émotions avec empathie ou encore maîtriser toute contagion émotionnelle. Les enseignant-e-s avec un niveau de compétences socio-émotionnelles plus élevé témoignent une gestion de classe plus efficace, utilisent de manière plus habile les expressions émotionnelles et le soutien verbal pour promouvoir le plaisir d'apprendre, et pour gérer le comportement des élèves. Plus généralement, former le personnel enseignant aux compétences socio-émotionnelles pourrait favoriser le développement des compétences émotionnelles de l'enfant ainsi qu'améliorer les pratiques éducatives de l'enseignant-e [8.29] (voir aussi [plateforme d'informations](#)).

B Renforcer la place des différentes formes de jeux

Au cours des dernières décennies, les conditions de vie socioculturelles des enfants ont considérablement changé, avec notamment une diminution progressive du temps accordé au jeu [8.40]. L'introduction précoce des nouvelles technologies de l'information, la diminution des interactions entre les enfants d'âges différents (rendant plus difficile le transfert naturel des activités ludiques d'une génération d'enfants à l'autre), la réduction de la participation des adultes à l'éducation des enfants et l'augmentation du temps passé à réaliser des activités plus structurées après l'école au lieu de

jouer librement dehors constituent également des facteurs explicatifs de cette diminution du temps accordé au jeu. Cette évolution est soulignée en particulier par Wittgenstein pour la période de la petite enfance dans le [chapitre 9](#) du présent document. Or, le jeu occupe une place importante dans la vie d'un jeune enfant. Ce type d'activité permet à l'enfant de donner du sens au monde qui l'entoure, de créer de la connaissance. Pour Wittgenstein, le jeu est une porte d'entrée essentielle pour soutenir la santé psychique. Le jeu donne à l'enfant les opportunités de contrôler ce qui se passe et ce qu'il sait [8.40]. Sur le plan affectif en particulier, les enfants âgés de 3 à 5 ans montrent un bien-être émotionnel accru lorsqu'ils perçoivent une activité comme étant un jeu [8.41]. Les recherches montrent un effet global significatif du jeu sur le développement cognitif, linguistique et social de l'enfant [8.42]. Ainsi, le jeu améliore les progrès réalisés au cours du développement précoce en réduisant les difficultés relatives à l'adaptation scolaire, à des problèmes langagiers ou à des difficultés socio-émotionnelles.

Il existe plusieurs formes de jeu qui présentent des fonctions distinctes, et que les enfants au développement typique mobilisent «spontanément» au cours du développement :

Le **jeu d'exercice** (p. ex. taper sur des objets, les manipuler, les faire tomber, répéter des mouvements, des sons) caractérise la période du développement préverbal des deux premières années de vie. Il permet à l'enfant d'explorer son environnement et d'expérimenter des mouvements favorisant ainsi la découverte de son propre corps. De plus, lorsque ce jeu est réalisé avec un adulte, l'enfant apprend à interagir avec elle ou lui, souvent de manière coopérative.

Les **jeux locomoteurs** (p. ex. courir, sauter, grimper, se pourchasser, se pousser, se bagarrer), dont le nombre augmente progressivement de 1 an à 5 ans avec un pic vers 4 à 5 ans (pour les jeux physiques en particulier), peuvent prendre une forme sociale (avec les parents ou les pairs) ou solitaire. Les jeux locomoteurs présentent un certain nombre de bénéfices psychologiques, notamment les jeux de «bagarre» sur l'expressivité émotionnelle et la régulation des émotions chez des enfants d'âge préscolaire. Le **jeu de construction** (fréquent chez les enfants

de 3 à 6 ans) renvoie à l'utilisation de matériel pour construire ou créer un objet, comme dans les jeux avec des plots, des blocs à assembler, la pâte à modeler. Cette forme de jeu favorise également le développement sensori-moteur. Lorsque ces jeux de construction sont faits à plusieurs, ils permettent en plus de développer des capacités prosociales.

Le **jeu de faire semblant** qui va coexister avec le jeu de construction, renvoie généralement à un comportement simulé, de type non littéral où l'enfant fait «comme si». À travers cette forme de jeu, les actions (mimer les gestes d'une personne qui boit du thé), les objets (un morceau de papier devient un ticket pour entrer dans un musée) et les verbalisations (Ding-Dong représente le bruit d'une cloche) prennent des significations figurées. Le jeu de faire semblant peut également prendre une forme plus développée lorsqu'il implique un jeu de rôle et plus d'un-e participant-e. Le jeu de faire semblant contribue au développement de l'autorégulation, il facilite la décentration et favorise le développement des fonctions cognitives (attention, mémorisation, planification, flexibilité mentale). Il constitue également un contexte privilégié qui va permettre à l'enfant d'expérimenter dans un cadre sécurisant des émotions complexes ainsi que des situations sociales sans devoir subir les conséquences du monde réel. De nombreux effets bénéfiques du jeu du faire semblant sur le développement des jeunes enfants sont observés, en particulier sur leurs habiletés à réguler leurs émotions [8.43]. Le fait de jouer à faire semblant régulièrement avec un partenaire de jeu plus expérimenté (comme un parent) favorise notamment l'empathie et la conscience émotionnelle de soi dans les interactions quotidiennes (voir [encadré suivant](#)).

La dernière catégorie de jeu est celle du **jeu de règles**. Les règles constituent des symboles issus de contrats sociaux. Les règles dans ce type de jeu ne sont pas créées par l'enfant et ajustées en fonction de l'évolution de son jeu, comme c'est le cas dans le jeu de faire semblant. À travers le jeu de règles, l'enfant doit accepter des règles prédéfinies et s'ajuster à ces règles et apprend également que les règles sont nécessaires au fonctionnement social.



L'adulte a un rôle essentiel dans le renforcement de la place des différentes formes de jeux. Il est important de rappeler que l'adulte peut intervenir de quatre manières différentes dans le jeu [8.44, 8.45].

- La première est le «faire faire»: l'adulte fait faire, pilote l'activité, donne les règles et les consignes et arbitre le jeu.
- Le second type d'intervention est le «faire avec»: l'adulte peut jouer avec l'enfant et a le même statut dans le jeu.
- Le troisième type est le «donner à faire»: l'adulte se met en retrait durant le jeu après avoir préparé l'ensemble du matériel mis à disposition en toute sécurité. Elle ou il prépare des ateliers, des espaces, mais, ensuite, ne pilote plus l'activité. L'enfant joue seul et se débrouille.
- Le quatrième type d'intervention est le «laisser faire»: l'adulte n'intervient pas, excepté pour garantir la sécurité de l'enfant.

L'utilisation conjointe de ces quatre interventions par les adultes est indispensable, et les différences essentielles entre adultes vont résider dans leur dosage respectif. Ce dosage représente le «marqueur» du style éducatif des adultes et des conceptions de l'enfant en développement et de ses capacités. En fonction de l'âge de l'enfant, de son développement et du contexte, le dosage de chaque catégorie d'intervention change et évolue avec le temps et l'expérience de l'adulte.

Exemple d'une recherche interventionnelle visant à développer les compétences socio-émotionnelles chez des élèves de 5-6 ans en contexte scolaire dans le canton du Valais

Les effets d'un programme d'entraînement basé sur le jeu de faire semblant destiné à favoriser le développement des compétences socio-émotionnelles au sein d'écoles du canton du Valais ont été évalués [8.46, 8.47]. Le programme expérimenté dans les classes comprend des sessions de jeux de faire semblant associées à des phases d'enseignement/apprentissage plus systématisées avec le collectif d'apprentissage autour de compétences socio-émotionnelles spécifiquement délimitées. Les enseignant-e-s de l'équipe implémentant le programme ont bénéficié d'environ 20 heures de formation. Le programme comprend onze séances d'environ 60 minutes à raison d'une séance par semaine dans une classe (condition expérimentale) pendant qu'un autre groupe d'élèves (condition contrôle) poursuit le cursus scolaire habituel comprenant également du jeu de faire semblant, mais ne bénéficiant pas spécifiquement de l'intervention en classe. Ce programme a été évalué en trois étapes:

- 1) évaluation de sa faisabilité auprès d'un petit échantillon [8.46];
- 2) évaluation de ses effets auprès de 79 élèves de 2^e année HarmoS [8.47];
- 3) évaluation de ses effets auprès de 180 élèves et de son degré d'implémentation dans les classes [8.48].

Dans l'ensemble, les résultats montrent qu'il est possible de former les enseignant-e-s à travailler sur le jeu de faire semblant en contexte scolaire en implémentant un programme validé d'une manière efficace. Les élèves du groupe entraîné ont davantage amélioré leur capacité à comprendre les émotions suite à l'intervention, que ceux qui n'ont pas bénéficié du programme [8.49].

C Utiliser les interventions basées sur la pleine conscience

Depuis une quinzaine d'années, des études s'intéressent aux effets des interventions basées sur la pleine conscience sur la santé physique et psychologique, le bien-être ou encore sur les compétences cognitives, sociales ou émotionnelles des enfants. La pleine conscience est définie comme un état de conscience qui résulterait du fait de porter son attention intentionnellement sur l'expérience du moment présent sans jugement [8.50]. Les chercheurs ont adapté les programmes initialement conçus pour les adultes comme celui de la réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) [8.50] et les programmes de thérapie cognitive basés sur la pleine conscience (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) pour qu'ils puissent être proposés à des enfants. Le programme des interventions et les exercices sont adaptés au niveau du développement psychologique de l'enfant.

Plus récemment, cet intérêt s'est élargi au domaine de l'école et des études cherchent à développer et inclure les interventions basées sur la pleine conscience dans le contexte scolaire. Plusieurs programmes ont ainsi été développés et implémentés dans des écoles de différents pays européens (p. ex. «Mindup», «Calme et attentif comme une grenouille») et en Suisse (p. ex. «[MoMento Schulprogramm](#)»). Les résultats montrent que l'utilisation de ces interventions basées sur la pleine conscience en milieu scolaire semble pertinente en matière de prévention de différentes problématiques psychologiques chez les enfants, dont la dépression et l'anxiété [8.51]. Ainsi la majorité des programmes rapportent un effet bénéfique de ces interventions sur les symptômes anxieux et dépressifs chez les élèves mais également sur la diminution des comportements externalisés tel que l'agression et une amélioration du bien-être en général.

D Encourager l'auto-efficacité

L'auto-efficacité désigne la conviction subjective de pouvoir exécuter efficacement les actions souhaitées grâce à ses propres compétences [8.52]. Elle a une influence sur la santé psychique [8.53] car elle contribue notamment à un besoin psychologique

fondamental – le besoin de compétence – qui sous-tend la motivation auto-déterminée. Quatre facteurs sur lesquels se construit l'auto-efficacité sont identifiés dès la petite enfance [8.54]. L'auto-efficacité peut être renforcée par ces quatre facteurs (en ordre décroissant d'influence):

- **Facteur 1: maîtrise personnelle.** Une fois que l'enfant aura fait l'expérience personnelle de résoudre un problème ou de relever un défi par ses propres moyens, elle ou il se jugera capable d'affronter de nouvelles tâches et de nouveaux défis, de plus en plus complexes.
- **Facteur 2: observation et imitation (apprentissage social).** Pour évaluer ses capacités, l'enfant infère aussi des conclusions de l'observation des actions réalisées par d'autres personnes dans une situation comparable [8.55].
- **Facteur 3: persuasion par autrui.** L'encouragement des autres renforce aussi la confiance de l'enfant en ses propres capacités, en particulier s'ils sont jugés crédibles par elle ou lui.
- **Facteur 4: état corporel et émotionnel.** Les émotions générées dans une situation influencent l'auto-efficacité de l'enfant: positives, elles favorisent leur niveau d'auto-efficacité. Négatives, elles peuvent inhiber des comportements et développer le sentiment chez l'enfant, qu'elle ou il est incapable de gérer la tâche.



Informations complémentaires sur l'auto-efficacité

Promotion Santé Suisse [8.56] formule des recommandations pour la pratique et cite des exemples de projets conduits en Suisse montrant comment les enfants peuvent être soutenus dans leur [sentiment d'auto-efficacité](#).

Publications de Promotion Santé Suisse sur le thème de l'auto-efficacité:

- Vidéo [Introduction à l'auto-efficacité](#)
- Vidéo [Promouvoir l'auto-efficacité chez les enfants](#)
- Brochure [Auto-efficacité](#)

8.3.2 Les ressources externes

A Favoriser les compétences parentales

Devenir parent provoque un véritable bouleversement psychologique chez les mères et les pères. La parentalité, c'est-à-dire la capacité d'un parent à prendre soin d'un enfant, représente de nombreux défis [8.12]. Il est donc important que les parents aient confiance en eux et se sentent capables d'assumer leur rôle aussi bien dans la vie quotidienne, dans la réalisation de tâches courantes, que dans leurs interactions avec le jeune enfant, avec tout ce que cela implique comme corrélats émotionnels: le stimuler, lui sourire, partager le plaisir éprouvé à jouer ensemble, le consoler s'il est triste, répondre à ses sollicitations, lui transmettre des règles de vie et établir des limites. Un regard éclairé sur le développement psychologique de l'enfant peut donc aider les parents à mieux comprendre et à dépasser les moments difficiles. Il est crucial d'aider les parents et leur entourage dans la découverte et dans l'exercice de leur parentalité, tout en respectant leurs propres conceptions. Il existe de nombreuses initiatives en Suisse (liste complète dans le chapitre 9 du [rapport Obsan](#), 2020) et en Europe. Par exemple en [France](#), 200 projets ont été lancés en 2021 contribuant à accompagner les compétences parentales. Nous pouvons distinguer différents niveaux d'engagement pour favoriser les compétences parentales: informer, former à distance ou en présentiel, préparer et accompagner en présentiel.

Informer/diffuser. Il est important de mettre à disposition des parents l'état des savoirs à travers tous les médias possibles (p. ex. livres, brochures, documentaires, réseaux sociaux). Ces savoirs participent à l'élaboration des conceptions et des représentations sociales que les adultes – les parents bien sûr, mais aussi toutes celles et ceux qui évoluent autour de l'enfant – ont des enfants et de leurs compétences, et influencent notre manière de les accompagner dans leur développement. Compte tenu de l'innombrable quantité d'informations disponibles, la question pour les parents est de trouver des informations fiables. Plusieurs sources d'informations fiables élaborées par les professionnel-le-s existent. Par exemple, en Suisse, le projet [Miapas](#), lancé par Promotion Santé Suisse, diffuse via des associations professionnelles des recommandations destinées notamment à promouvoir la santé psychique chez les enfants en bas âge. Aussi les [messages aux parents](#) de Pro Juventute sont établis. En France,

une plateforme nationale interactive est proposée depuis 2021 pour [informer les parents](#).

Former à distance avec un MOOC (Massive Open Online Course). Il s'agit de cours de niveau universitaire gratuits et libres d'accès. Les savoirs proposés sont scientifiquement fondés. C'est une formation interactive en ligne ouverte à toutes et tous sans prérequis, cadencée dans le temps, composée de courtes vidéos, de questionnaires à choix multiples afin de vérifier l'acquisition de connaissances, d'exercices pratiques et travaux collaboratifs. Il n'existe pas de MOOC à ce jour spécifiquement sur la santé psychique des enfants et sur les compétences parentales destiné aux parents. Cependant, un MOOC sur le thème «Développement psychologique de l'enfant» est proposé depuis septembre 2019 par l'Université de Genève [8.57]. Ce [cours](#) (donné en français) aborde des questions développementales importantes comme la sécurité affective, la conscience et le contrôle de soi, les compétences émotionnelles, le jeu, la créativité, l'empathie, le sens moral et enfin la parentalité. Compte tenu du nombre d'inscriptions (plus de 22 000 à ce jour et depuis 2 ans) et de leurs caractéristiques (environ 50 % sont âgés entre 25 et 34 ans et environ 63 % ne sont pas étudiant-e-s), il répond à des besoins et des attentes évidents des parents en favorisant leurs compétences parentales.

Former en présentiel en Suisse. Il existe aussi, entre autres, des formations en présentiel proposées par [Formation des Parents CH](#), la faîtière suisse de l'éducation familiale, dont le but est de soutenir la parentalité et le développement des compétences éducatives des parents.

Préparer et accompagner. La création et l'instauration d'une préparation à la petite enfance et à la parentalité s'inscriraient dans la continuité des recommandations de l'OMS [8.58] qui préconisent un accompagnement postnatal, en plus des séances de préparation à la naissance. Ainsi, il serait très utile de proposer des séances à tous les jeunes parents – voire aux accueillant-e-s en milieu familial ou aux grands-parents [8.59] – durant les trois premières années de l'enfant afin de les aider à aborder certaines dimensions psychologiques qui favorisent la santé psychique comme les effets bénéfiques des jeux, les effets délétères des châtiments corporels [8.60] ou encore la question des co-usages des écrans [8.61, 8.62] avec plusieurs initiatives en Suisse comme [www.jeunesetmedias.ch](#) ou [www.actioninnocence.org](#).



Informations complémentaires pour les parents

- Fiche d'information [Voici comment mon enfant devient fort mentalement!](#)
- Fiche d'information [Rester fort-e mentalement en tant que père et mère!](#)



Informations complémentaires pour les parents

- L'apprentissage chez les enfants de moins de 4 ans ([plusieurs vidéos](#))
- [Messages spéciaux](#) aux parents de Pro Juventute sur divers thèmes, p. ex. phase d'opposition, concilier famille et travail
- [Comment renforcer la santé mentale de mon enfant?](#) Pour les parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans!
- [Messages aux parents](#) 4^e/5^e/6^e année
- [Messages spéciaux sur divers thèmes](#), p. ex. les adolescent-e-s, argent et consommation, la pression et le stress
- [Campagne santé psychique](#)

Organisations répondant aux questions des parents:

- www.projuventute.ch/fr
- www.kinderschutz.ch/fr
- www.formation-des-parents.ch/fr/

En Suisse, le projet «Zeppelin 0-3» de l'Université de Zurich s'adresse aux familles en difficultés au moment de la naissance d'un enfant (intégrant aussi les familles migrantes). Des consultant-e-s parents-enfants spécialement formés appliquent avec ces familles le programme «Parents as Teachers PAT-Mit Eltern Lernen», qui assure la formation des parents. Les familles sont identifiées grâce à un réseau interdisciplinaire (pédiatres, consultations parents-enfants, services de maternité, etc.) et accompagnées à leur domicile par des formateur-trice-s PAT. Elles ou ils analysent la vie quotidienne de la famille avec le concours de ses membres et recherchent ensemble des solutions aux problèmes rencontrés. Ces formateur-trice-s aident également les parents à utiliser les offres de soutien mises à leur disposition, en les accompagnant par exemple auprès des services concernés.

Les résultats montrent notamment que les enfants du groupe intervention présentent un vocabulaire plus riche et un meilleur contrôle de soi par rapport aux enfants du groupe témoin. Des effets positifs ont été observés aussi chez les parents, comme une fréquentation plus importante de la ludothèque ou de la bibliothèque [8.63]. Ce programme est également proposé au Tessin (PAT – Imparo con i genitori). Dans une perspective de prévention similaire, il existe d'autres programmes développés dans différents cantons comme le programme [petits:pas](#).



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

Au niveau international, il existe des recherches qui évaluent les effets de programmes d'entraînement aux habiletés parentales. Les objectifs de ces programmes sont de prévenir l'apparition et le maintien des troubles du comportement chez les jeunes enfants et à favoriser les relations parents-enfants. Il n'est pas rare que certains jeunes enfants manifestent des comportements d'agitation, d'impulsivité, d'agressivité, de désobéissance ou d'opposition [8.64] qui s'intègrent dans le développement typique de l'enfant. Le développement des fonctions cognitives (comme le langage), affectives (comme la régulation émotionnelle) et sociales (comme les expériences d'interaction sociale avec les pairs) et les pratiques parentales jouent un rôle central dans la régulation et la diminution de ces troubles du comportement chez le jeune enfant. Les enfants n'ayant pas appris à réguler ces comportements avant l'entrée à l'école, entrent dans un cercle vicieux d'interactions négatives où le rejet par les pairs conduit à une augmentation des comportements d'agression. Ces difficultés ont tendance à rester stables dans le temps si elles ne sont pas traitées et constituent le facteur qui prédit le mieux les comportements antisociaux à l'adolescence [8.65]. Ces comportements (voir [tableau 8.1](#)) sont jugés problématiques lors-

qu'ils sont fréquents, intenses, et qu'ils entravent le développement et l'adaptation de l'enfant au sein de ses différents milieux de vie [8.66]. Les facteurs explicatifs de ces troubles sont multiples et complexes. Ils comprennent ceux qui renvoient à la façon dont les parents vont répondre aux besoins de l'enfant en fonction de son développement psychologique [8.66].

Seulement quatre programmes ont été évalués avec une méthode expérimentale (Evidence-Based Intervention): «Helping the Noncompliant Child» (HNC) [8.67], «Parent-Child Interaction Therapy» (PCIT) [8.68], «The Incredible Years: Early Childhood BASIC Parent Training Program» (BASIC) [8.69] et le «Triple P-Positive Parenting Program» (Triple P) [8.70]. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) semblent être des interventions efficaces pour la prise en charge de ces jeunes enfants [8.71]. Ils présentent en outre des effets préventifs significatifs sur l'apparition de conduites ultérieures problématiques. Les PEHP ont des effets à plusieurs niveaux. Ils aident les parents à adapter leurs pratiques parentales face à un enfant présentant des difficultés comportementales, à améliorer la communication intrafamiliale et à réduire les comportements agressifs et la désobéissance de leurs enfants. Ils diminuent le stress parental, accroissent le sentiment de compétence parentale et améliorent la relation parents-enfants.

B Réduire les inégalités des chances

Nous avons déjà souligné plus haut que l'environnement socio-économique de l'enfant via notamment le statut socio-économique de ses parents joue un rôle significatif pour sa santé mentale. Le développement actuel des inégalités des revenus a des conséquences sur le développement des enfants [8.73]. En effet, de nombreuses données scientifiques internationales, issues de l'épidémiologie, établissent des liens entre les degrés d'inégalité de revenus dans différents pays (mesurés par exemple par les écarts entre les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres) et d'autres indicateurs mesurant le niveau de bien-être et le bonheur de nos sociétés (alimentation, santé, niveau de vie, environnement, niveau de confiance envers les gens, le statut des femmes, etc.). Parmi ces nombreux indicateurs, plusieurs concernent le développement psychologique des enfants. Les données révèlent des liens entre le degré d'inégalité et la santé comme le bien-

être mental ou éducatif des enfants [8.72]. Ces résultats concernent aussi bien les pays riches que les pays en développement. La réduction de l'inégalité est un moyen à privilégier si l'on désire améliorer la qualité de l'environnement social et par conséquent la qualité de la vie des enfants et notamment leur santé psychique [8.73].

En Suisse, un rapport récent [8.74] présente des mesures de promotion de la santé et de prévention qui peuvent favoriser l'égalité en santé psychique. Ces mesures sont relatives aux déterminants structurels et sociaux pour les personnes ayant un statut socio-économique faible. Concernant la période de la petite enfance, les programmes de soutien parental (séances de groupe et/ou visites à domicile) sont la principale approche qui produit des effets positifs sur les compétences éducatives des parents et par conséquent sur le bien-être psychique des enfants socialement défavorisés. Des critères de réussite pour les programmes de soutien destinés aux parents socialement défavorisés sont:

- 1) début du programme dès la grossesse,
- 2) recrutement des parents et réalisation de la mesure au sein de la commune,
- 3) programme proposé lors de l'entrée des enfants à l'école,
- 4) adaptation du contenu du programme aux progrès du groupe cible et
- 5) implication précoce d'organisations du groupe cible dans la création et l'adaptation des programmes.

Concernant la période de l'enfance, en plus des dimensions présentées précédemment, des interventions scolaires visant à accroître les connaissances sur la santé psychique, à changer les opinions sur la santé psychique ou à changer les comportements ont eu des effets bénéfiques. Ces approches sont aussi fructueuses pour les enfants au statut socio-économique peu élevé et pour les enfants ayant un passé migratoire. Les critères de réussite suivants ont fait leurs preuves dans les interventions scolaires visant à promouvoir la santé psychique des enfants défavorisés:

- 1) réalisation par des pairs,
- 2) focalisation sur les activités interactives,
- 3) suivis périodiques,
- 4) implication de plusieurs niveaux (parents, enseignant-e-s, élèves),
- 5) combinaison de plusieurs sujets.



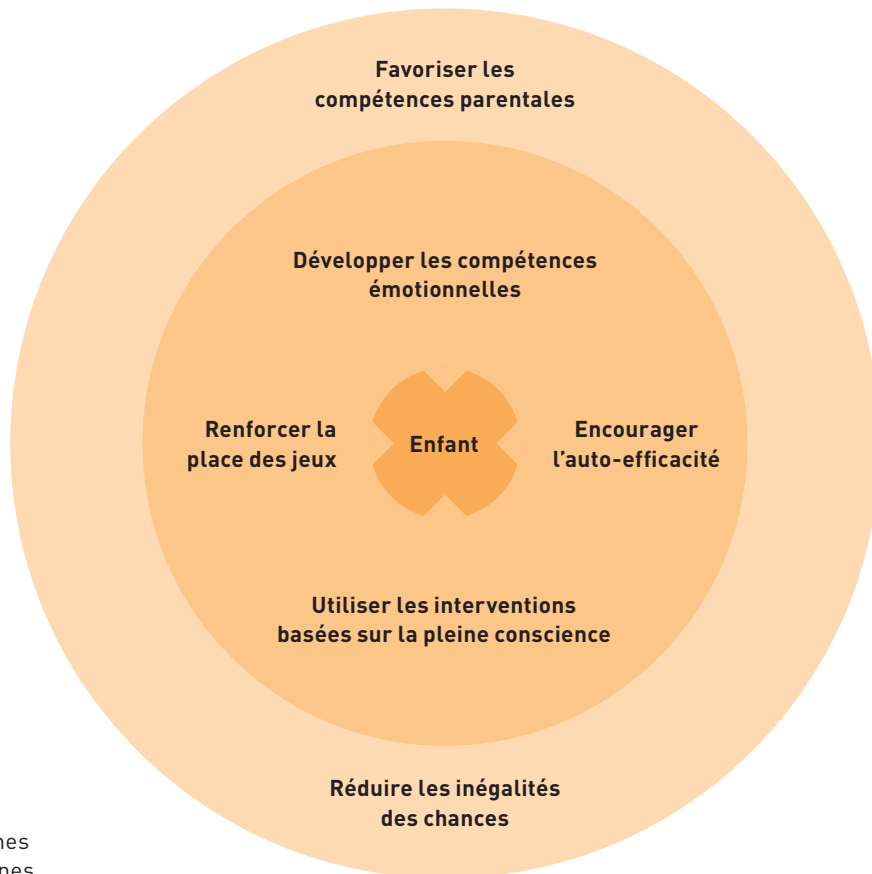
Les thèmes suivants se sont avérés particulièrement efficaces seuls ou combinés: santé psychique, comportement agressif, alimentation saine et activité physique.

Informations complémentaires sur la santé psychique

- [Compétences de vie](#)
- [Ressources sociales](#)
- Fiche d'information [10 pas pour la santé psychique](#)
- [10 pas pour votre santé psychique](#)
- Rapport 6: [La santé psychique au cours de la vie](#)

FIGURE 8.1

Les dimensions (validées par la recherche) sur lesquelles il est possible d'agir pour favoriser et renforcer les ressources internes (propres à l'enfant) et externes (parents, professionnel-le-s) et donc la santé psychique des enfants



8.4 Conclusion

Il est difficile d'avoir une connaissance précise, fiable et représentative de l'état de santé mentale des enfants vivant en Suisse en 2020 [8.3]. Cette connaissance, même si elle demeure très complexe et difficile à acquérir, mérite sans aucun doute que les pouvoirs publics s'en préoccupent. En effet, promouvoir la santé psychique des enfants, déceler précocement les troubles ou les instabilités psychiques et les prendre en charge de manière adé-

quate est crucial non seulement pour les enfants directement concernés et leurs parents mais aussi pour toute la société, à court et à long terme (voir [initiative locale](#) récente à Genève). L'ensemble des recherches théoriques et appliquées présentées dans ce chapitre montre qu'il existe plusieurs dimensions en interaction sur lesquelles il est possible d'agir d'une manière efficace pour favoriser et renforcer les ressources internes et externes et donc la santé psychique des enfants.

9 Interaction entre activité physique, alimentation et santé psychique

- **Ronia Schiffan**, PEP Prävention Essstörungen Praxisnah
- **Anne-Françoise Wittgenstein Mani**, Haute école de travail social Genève, Filière Psychomotricité

Les parties marquées d'une ligne orange sont identiques à celles dans le chapitre 9 du rapport 9 [Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes](#).

«Les enfants et les adolescent-e-s n'ont jamais de problèmes isolés liés à l'alimentation, au stress ou à leur activité physique.» [9.1]

9.1 Introduction

Dès la petite enfance en effet, le mouvement tout comme l'alimentation sont intimement liés aux soins. Ils contribuent au développement par leur rôle physiologique, métabolique mais également par les sentiments de bien-être qu'ils suscitent ainsi que leur implication dans les processus d'attachement et la communication affective [9.2]. Ayant la possibilité physique et psychique de se mesurer aux obstacles et de découvrir une multitude de goûts et de textures, leur santé psychique est soutenue notamment par le développement de leur curiosité mais aussi par les capacités d'attention et de régulation et de flexibilité ou encore leur autonomie qui s'appuient sur une bonne alimentation ainsi qu'un corps habile et en bonne santé.

9.2 Interaction entre les thèmes

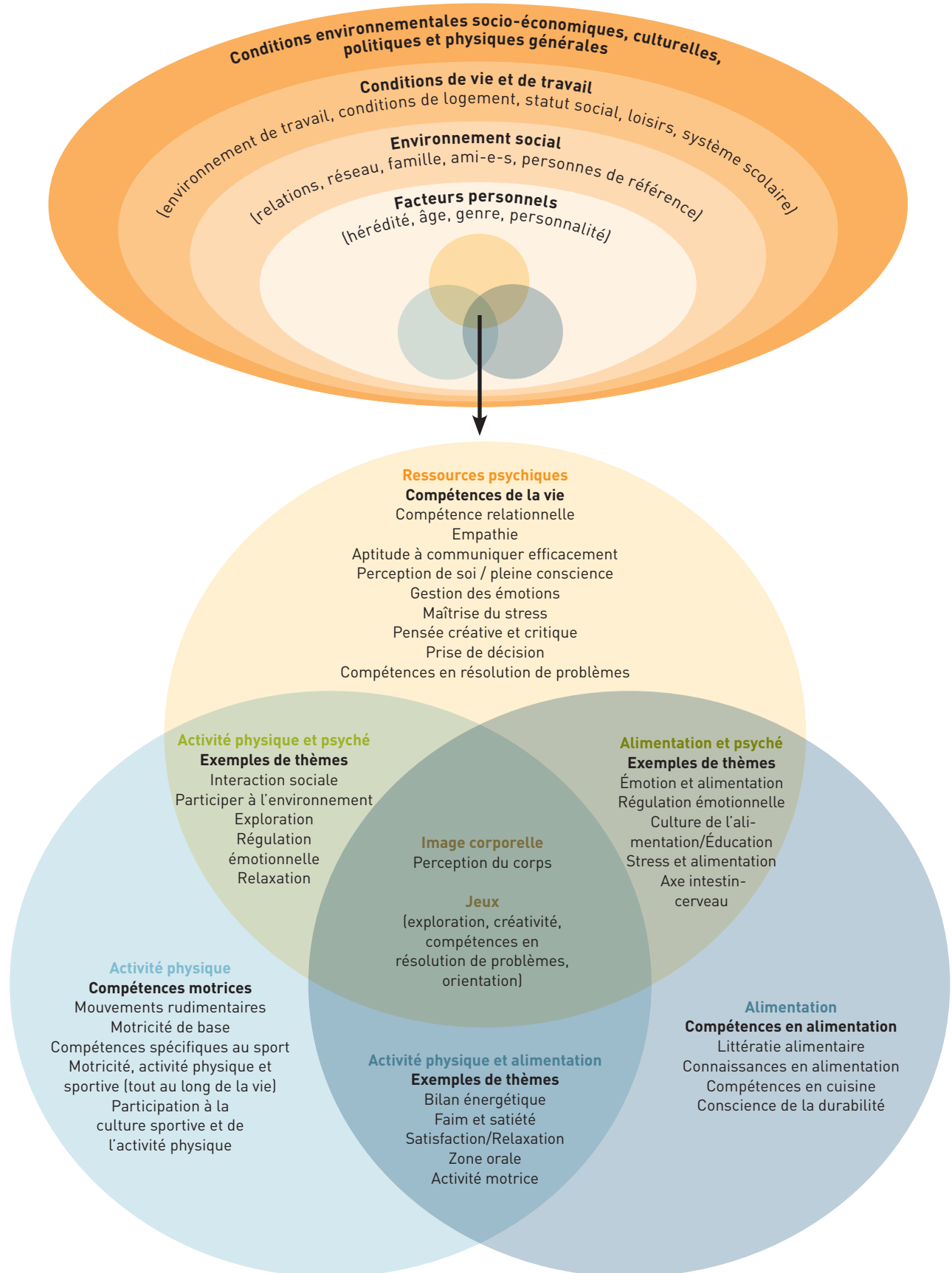
Sur le plan scientifique, les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique peuvent être attribués à différentes disciplines. Des recherches intensives sont menées dans chacune des disciplines et les sociétés spécialisées se concentrent sur un domaine spécifique. Mais dans la pratique, c'est différent: isoler les différents thèmes dans le travail pratique avec les enfants et les jeunes n'est pas pertinent. La [figure 9.1](#) montre comment ces thèmes sont imbriqués et comment ils devraient être intégrés dans une compréhension plus large de la santé. Les intersections qui apparaissent entre les trois domaines mettent en évidence les effets réciproques et devraient inspirer l'approche pratique dans les projets. Des thèmes centraux apparaissent au centre des intersections qui intègrent tous les aspects et qui constituent des thèmes d'application aussi bien pratiques que théoriques.

9.2.1 Santé psychique et activité physique

Souvent, les effets de l'activité physique sur le bien-être sont étudiés sous l'angle des activités sportives et notamment leur intensité [9.3]. Cependant, chez l'enfant, le corps et le mouvement représentent d'emblée les médiateurs essentiels de l'émergence de leur compétences motrices, affectives, sociales et cognitives [9.4]. Ainsi, si par le mouvement, le bébé et l'enfant dépensent leur énergie, renforcent leurs systèmes physiologiques, deviennent forts, agiles et précis dans leurs gestes, apprennent à se repérer dans le temps et l'espace, elles ou ils éprouvent aussi l'intimité des échanges corporels, la réciprocité des échanges, l'attachement et l'ouverture vers l'exploration ainsi que les limites sociales [9.5].

FIGURE 9.1

Des déterminants de santé aux thèmes transversaux entre alimentation, activité physique et ressources psychiques



Le rôle des parents est essentiel, car ce sont elles et eux qui ouvrent l'enfant à l'exploration de leurs compétences motrices en l'encourageant et lui faisant découvrir le plaisir de leur corps en mouvement, d'exercer leur motricité et, par là même, leur permettent d'expérimenter un certain pouvoir d'agir tout comme l'intégration psychique de leur identité et de l'altérité. En permettant l'accès des enfants à des espaces sûrs où elles ou ils peuvent bouger librement, faire «tout-e seul», en leur laissant du temps pour s'exercer, leur expliquant les règles, les encourageant et les soutenant en cas de besoin, les parents donnent accès aux enfants à de nombreuses compétences qui s'inscrivent dans [l'évolution chronologique des acquisitions motrices](#) mais reflètent également la complexité du processus d'organisation psychomotrice du bébé et de l'enfant. Les apprentissages moteurs, cognitifs, affectifs et sociaux dans lesquels le corps et le mouvement sont impliqués représentent les fondations sur lesquelles vont s'établir la conscience de son corps, la confiance en son entourage et l'estime de soi ainsi que l'ouverture sur le monde. Il s'agit là de vrais préalables aux apprentissages ultérieurs comme les apprentissages scolaires. Pendant cette période de la vie, **bouger est une manière de s'affirmer, prendre sa place, partager et relever des défis** [9.6].

Dans cette perspective, les liens entre mouvement et psychisme sont indissociables: la fluidité et l'amplitude de l'un reflétant la mobilité, la flexibilité de l'autre; les expériences véhiculées à travers le corps ouvrant également sur la connaissance du temps et de l'espace. Donc, proposer aux enfants des conditions en leur donnant l'occasion de marcher, sauter, glisser, être porté mais aussi se cacher ou s'étirer, les aident à apprendre, à réguler leur énergie, se détendre, rencontrer les autres, exprimer leurs émotions, dépasser leur peur ou encore construire des repères et des points d'appui leur permettant de s'orienter face à la nouveauté. Autant d'opportunités pour elles ou eux d'explorer le monde pour grandir. Ces expériences sensorielles et émotionnelles liées aux états du corps peuvent être comprises également comme l'expression d'une danse interactive avec le cerveau à la source de la conscience et du sentiment de soi [9.7].

Ceci n'est pas sans rappeler ce constat qui s'applique aux plus jeunes: «Le mouvement implique une prise de risque. Se mettre en mouvement c'est quitter un état stable et parfois sortir de sa zone de confort. Dès les premiers mouvements volontaires,

l'enfant découvre que cela lui ouvre des champs d'explorations stimulants, mais aussi parfois périlleux. De la bosse franchie à la bosse sur le front, il n'y a qu'un pas...» [9.6].

9.2.2 Alimentation et activité physique

Dès la naissance, alimentation et mouvement sont intimement liés. Manger, se nourrir/être nourri est ainsi essentiel à la croissance et au fonctionnement de tous les organes, à la santé au sens large du terme. Cependant, la bouche est également à considérer comme un espace d'intégration multisensorielle ainsi que d'expérience, de relation et de plaisir essentiel au développement dans son ensemble, mais notamment à celui de l'axe corporel, de la régulation tonique et du mouvement qui vont également contribuer à la diversité des explorations de son environnement par l'enfant. Les moments de nourrissage, en plus de répondre aux besoins alimentaires des enfants, vont faciliter les contacts mains-bouche et, ainsi, des postures d'enroulement du corps dont on sait qu'elles contribuent aux expériences sensori-motrices qui initieront les habiletés et la curiosité des enfants, littéralement prises au cœur du dialogue tonique entre le bébé et son entourage, un dialogue fait de l'accompagnement affectif et la qualité du portage [9.8, 9.9].

Il est ainsi possible que, chez certains enfants aux prises par exemple avec des réactions d'irritabilité sensorielle ou d'hyposensibilité, des troubles tant d'organisation du geste, d'ajustement postural que communicationnels s'ancrent dans des fonctionnements archaïques troublés de l'oralité [9.4].

Nous voyons donc combien nutrition et mouvement peuvent contribuer conjointement au développement moteur et psychique, mais également représenter des points d'accroche pour construire des hypothèses de compréhension en cas de difficultés. De même, travailler par l'intermédiaire de propositions d'activités corporelles favorise l'intégration de la zone orale dans la globalité du corps et travailler autour de l'alimentation enrichit les expériences sensorielles propices au développement moteur [9.10]. Plus tard, à l'école, les enseignant-e-s sont ainsi conduits à soutenir les expériences corporelles des élèves pour qu'elles ou ils connaissent leur corps mais aussi qu'elles ou ils soient accompagnés afin d'en prendre soin et reconnaître ses besoins physiologiques et nutritionnels (Lehrplan 21 [9.11] et Plan d'études romand [9.12]).

En même temps, la nutrition permet le mouvement grâce à l'apport d'énergie qui assure les fonctions métaboliques nécessaires pour l'activité physique, ainsi que pour la métabolisation de l'énergie, la thermogenèse (NIT, nutrition-induced thermogenesis). Le bilan énergétique décrit l'équilibre entre la consommation et le besoin d'énergie en termes d'homéostasie physiologique [9.13].

Dans cet équilibre, le moment où de l'énergie est utilisée pour la métabolisation est important à prendre en compte, notamment aussi car elle peut conduire à la détente lorsque le corps passe à un état de relaxation, de somnolence après un repas. Le système qui calme le corps après une activation pour conserver l'énergie (le système parasympathique) déclenche en fait une relaxation physiologique, notamment une diminution du rythme cardiaque, la production de salive et la stimulation de la fonction digestive de l'estomac et des intestins. La question du bilan énergétique dans ses dimensions de dépense comme de conservation montrent bien également des formes physiologiques d'interaction entre corps et alimentation, que ce soit dans l'exercice physique ou la détente [9.14].

Si cet équilibre se rompt en raison d'une consommation ou d'une dépense énergétique trop élevée ou trop faible, cela peut mener à un changement de poids. Le métabolisme et le besoin d'énergie ou de consommation sont très individuels et dépendent de nombreux facteurs personnels et environnementaux. Les mécanismes d'action complexes liés au changement de poids sont par exemple expliqués dans l'**Obesity System Atlas** [9.15]. Les auteurs montrent comment des facteurs liés à l'alimentation (production et consommation d'aliments), à l'activité physique (environnement et comportement individuel en matière d'activité physique), à la psyché (aspects socio-psychologiques et expérience et comportement individuels) ainsi qu'à sa propre physiologie peuvent influencer le bilan énergétique et ainsi avoir un impact sur la santé. Cela permet de mettre en évidence les points sur lesquels la promotion de la santé peut intervenir et comment les facteurs environnementaux peuvent avoir un impact significatif sur le comportement en matière de santé.

9.2.3 Santé psychique et alimentation

Poussé par la faim, le nouveau-né pleure pour avoir du lait. Il le boit avidement, puis, confortablement rassasié, il s'endort avec une expression détendue sur le visage. La satisfaction du besoin primaire de nourriture motive le nouveau-né à manger [9.16]. Au plus tard après le sevrage, les besoins secondaires gagnent en importance. L'enfant naît dans une culture et une société qui façonnent ses choix alimentaires et ses habitudes alimentaires en général. Parallèlement, l'enfant développe ses propres préférences gustatives, ses intérêts, ses aversions personnelles et apprend à connaître son propre corps et ses caractéristiques [9.16, 9.17].

Le comportement alimentaire individuel se développe tout au long de la vie et ne se forme pas en vase clos, mais peut être décrit selon le modèle biopsychosocial [9.18, 9.19] comme une interaction de facteurs d'influence au niveau biologique (p.ex. génétique, sexe, âge), psychologique (p.ex. perception, impression, émotion, éducation) et social (p.ex. culture, statut socio-économique, numérisation) [9.17]. L'interaction entre les domaines de la psyché et de l'alimentation en particulier offre un potentiel de travail en promotion de la santé. En effet, à quel moment peut-on vraiment séparer l'alimentation et le psychisme dans la vie quotidienne?

Comment la psyché façonne le comportement alimentaire

Manger émotionnellement signifie «manger en raison de certains états émotionnels tels que la colère ou la peur» [9.16]. Afin de faire face aux émotions négatives, c'est-à-dire pour rétablir l'équilibre psychologique, l'être humain essaie de réguler le déséquilibre ressenti en mangeant. Pour ce faire, il mange beaucoup et souvent des aliments riches en calories (p.ex. aliments sucrés, salés, gras, réconfortants) [9.20-9.22]. L'interaction entre les émotions et la nourriture est réciproque: «Les émotions peuvent réguler l'alimentation et la nourriture peut réguler les émotions» [9.23]. On peut également ressentir des sentiments positifs par rapport à la nourriture dans les interactions sociales (p.ex. la fondue traditionnellement partagée ou les événements associés positivement à la nourriture, comme la barbe à papa à la fête du village). Manger est étroitement lié à l'expérience psychologique.

Le stress peut aussi avoir un impact sur les habitudes alimentaires. Des études réalisées sur le stress ou les expériences négatives durant la petite enfance montrent qu'ils peuvent influencer le comportement en matière de santé et donc l'état de santé ultérieur [9.24].

L'éducation influence également la biographie alimentaire des individus: a-t-on été récompensé ou puni par la nourriture? [9.17] A-t-on eu le droit à une glace si on était sage, et pas de dessert en cas de désobéissance? Un repas sans un bon morceau de viande était-il considéré comme insignifiant? Ou fallait-il toujours finir toute son assiette alors que le corps donnait déjà le signal de la satiété? Notre comportement alimentaire est le résultat de notre vécu et de notre comportement individuel ainsi que de notre environnement.

L'apprentissage se fait avec des modèles. Des études ont mis en évidence comment manger s'apprend aussi à partir de modèles. Les enfants imitent particulièrement bien les comportements qu'elles ou ils observent de leurs modèles [9.25, 9.26]. Cela s'applique à la culture de la table ainsi qu'aux préférences alimentaires ou à d'autres aspects du comportement alimentaire tels que la vitesse à laquelle on mange, la consommation de médias pendant les repas, les attitudes ou la régulation des émotions via la nourriture. Une approche saine et décontractée par rapport à l'alimentation n'est pas seulement enseignée, mais surtout montrée.

Des études relèvent que les réseaux sociaux ont une influence significative sur les informations transmises en matière de santé et d'alimentation, sur la modification des apports alimentaires ou sur la satisfaction par rapport à sa propre image corporelle [9.27-9.40] (voir également le chapitre 5 du rapport 9 [Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes](#)). Les enfants et les jeunes ont besoin de soutien pour faire face aux représentations idéalisées; elles ou ils doivent apprendre à penser de manière critique et à remettre en question les connaissances qui leur ont été transmises.

Quand l'alimentation affecte le psychisme

L'apparition du signal de la faim est une interaction complexe [9.41] entre le tractus gastro-intestinal, le cerveau et la circulation sanguine; la faim se manifeste physiquement (p.ex. gargouillements d'estomac, douleurs gastriques, baisse de la pression artérielle), psychologiquement et cognitivement (comme une attention sélective accrue à l'égard de tout ce qui est comestible, vision en tunnel) [9.41] et émotionnellement (impatience, surexcitation ou même colère, ou encore sentiments positifs comme le plaisir et la joie de manger). Le terme «hangry» – un néologisme anglais formé à partir du mot «hungry» (qui signifie avoir faim) et «angry» (être en colère) – décrit de manière humoristique cette expérience psychologique déclenchée physiquement par la faim.

La diététique met l'accent sur la question «Quoi manger?». Cependant, il est important de prendre en compte également le chemin qui mène de l'assiette au psychisme. Par exemple, une alimentation déséquilibrée peut favoriser l'apparition d'une dépression, qui à son tour peut entraîner d'autres maladies physiques [9.42]. Une méta-analyse de différentes études a pu démontrer une influence favorable à la santé d'une intervention nutritionnelle sur une dépression clinique et subclinique [9.43]. La recherche sur l'axe intestin-cerveau permet d'avoir une explication possible de ce phénomène. L'axe intestin-cerveau décrit le lien entre le système nerveux central et le tractus gastro-intestinal, en particulier le microbiome [9.44, 9.45]. Les recherches actuelles confirment l'hypothèse selon laquelle le microbiome pourrait avoir une influence directe sur l'humeur, la cognition, la perception de la douleur et même le surpoids [9.44].

9.3 Le jeu: une porte d'entrée essentielle pour soutenir la santé psychique

À l'intersection du mouvement et de l'alimentation, le jeu est un phénomène universel et a une place importante dans le développement de la santé psychique de l'enfant dès le plus jeune âge. Depuis longtemps, les chercheurs et les cliniciens comme les pédagogues ont décrit de quelle façon il est une médiation essentielle qui participe à l'émergence et la construction de l'intelligence ainsi que des compétences motrices, émotionnelles, relationnelles, sociales (p.ex. Piaget [9.46], Winnicott [9.47], Pikler). Les expériences qu'il suscite sont sources d'éveil des connaissances, d'exploration de nouvelles stratégies, d'appropriation du corps comme Gentaz le souligne également dans le [chapitre 8](#) du présent document en présentant l'importance des différents types de jeux comme activités qui permettent à l'enfant de mieux comprendre le monde qui l'entoure et d'acquérir des connaissances au fur et à mesure du développement.

Bien sûr, observer la façon dont un bébé, un enfant s'organise corporellement, dans ses interactions dans le jeu ou vis-à-vis de la nourriture peut attirer également notre attention sur d'éventuelles difficultés. La question du rapport au jeu en tant qu'expression de la personnalité reste alors posée et nécessaire peut-être le recours à des spécialistes.

Mais dans la plupart des situations, le plaisir individuel ou collectif qui accompagne les jeux des bébés ou des enfants, même s'ils ou elles sont très sérieux en jouant, soutient la motivation et l'investissement face aux défis qui se présentent à tous les âges. C'est aussi le moyen dont dispose l'enfant pour exprimer sa compréhension du monde, raconter ses préoccupations ou encore poser des questions.

Les caractéristiques du jeu sont multisensorielles, contribuant à l'intégration des sensations, des émotions et des perceptions; elles sont aussi interactives, favorisant les partages émotionnels (p. ex. Stern [9.48]), l'imitation, l'attention conjointe ainsi que l'apprentissage de la collaboration et la régulation des conflits dans les relations interpersonnelles et sociales avec les pairs ou les adultes. Dans cette dynamique développementale, les repas prennent le rôle essentiel chez le nourrisson. Au-delà de la qualité de l'alimentation, ils représentent des espaces de rencontre ludique qui suscitent une régulation physiologique et affective, et sont à la

source des premiers accordages affectifs [9.49-9.51]. Ces expériences comme celles de l'ensemble des soins lors desquels les corps se rencontrent, soutiennent le développement de la confiance dans les figures d'attachement mais également l'émergence de l'estime de soi, facteur essentiel de la santé psychique.

Mais qu'entendons-nous par la notion de jeu? Retenons une définition qui postule qu'il est possible d'en parler dès que l'enfant est engagé dans une activité qui l'intéresse et le pousse à explorer davantage son environnement (Tait, cité par Lejeune, 2020, p. 136 [9.52]). Mais il s'agit aussi d'une activité où plaisir, curiosité, sens de l'humour, goût du défi, initiatives, spontanéité se côtoient (Ferland, cité par Lejeune, 2020, p. 136 [9.52]). Un espace d'expériences dans lequel le bébé et l'enfant peuvent jouer selon leurs règles, par exemple couchés sur le sol avec des jouets à saisir autour d'eux, de s'exercer à manipuler des objets ou, pour les plus grands, dehors, avec d'autres enfants lors de jeux de construction ou de règles ainsi que le décrit Gentaz dans le [chapitre 8](#). Ceci leur permet d'appréhender l'environnement physique et multisensoriel à leur disposition, explorer leur corps et des mouvements variés, manipuler et utiliser des objets, se confronter aux autres, d'exercer leur appétence à agir sur le monde, le transformer. Une recherche menée en 2014 [9.53] montre d'ailleurs que la teneur émotionnelle des repas en commun entre pairs répond souvent à ces critères, au même titre que les jeux libres d'extérieur ou d'intérieur. En effet, pendant ces moments, les enfants s'organisent pour détourner le rôle des aliments, inventant de multiples activités ludiques autour des objets présents sur les tables ou des aliments eux-mêmes. Il s'agit là d'autant de manières de donner sens à l'expérience du repas au-delà de sa fonction nutritive.

Cependant, nous le constatons toutes et tous, le jeu libre ne trouve plus toujours sa place dans l'organisation temporelle des familles, de la crèche, de l'école ou des loisirs [9.54-9.57]. Aujourd'hui, le quotidien est de plus en plus structuré, comme soumis aux contraintes d'une vie rythmée par les activités à faire par chacun-e. Alors se créent des espaces de rencontres parents-enfants comme des ludothèques, des espaces ludiques au sein des quartiers; alors les enseignants repensent l'organisation de leur classe, les crèches repensent la place du mouvement, des colloques réunissent des ex-

pert-e-s et des familles sur les thèmes de l'enfant et la rue, le jeu et la ville, des recherches se mettent en place sur l'effet des écrans sur les interactions parents-enfants, le développement psychomoteur, etc. La question du jeu et son rôle sur le développement des habiletés sociales, motrices et cognitives des enfants de tout âge ainsi que leur santé psychique revient ainsi sur le devant de la scène.

Mais, dans ce contexte, quelles pourraient être les recommandations utiles à la conception de nouveaux projets de promotion de la santé psychique à travers le jeu? Celles-ci devraient permettre aux enfants d'oser bouger mais aussi d'être plus confiants et curieux, ce qui aura des répercussions sur une multitude de leurs habiletés, leurs intérêts, leurs compétences motrices, sociales et cognitives. Bien sûr, ces points d'attention sont à adapter en fonction des besoins des enfants et de leur âge, ainsi qu'en lien avec le cadre posé: activités multi-âge,

parents-enfants, etc. Néanmoins, ils restent centraux par rapport à l'importance de proposer un dispositif qui soutienne le projet mais surtout donne l'occasion aux bébés, aux enfants, à leur entourage de vivre des expériences ludiques dans des environnements stimulant la créativité ainsi que la confiance en soi, et qui renforcent les liens entre les partenaires du jeu.

Nous le voyons, le jeu, en tant qu'activité à la fois naturelle et sérieuse tant pour les bébés et les enfants, est la médiation par excellence qui permet de proposer des activités dans lesquelles les impliquer afin de promouvoir leur santé psychique et ses interactions avec le mouvement et la nutrition. En effet, «le jeu montre que l'enfant est capable de vivre et de devenir finalement un être humain complet. [...] C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière.» [9.58]

10 Conclusions et recommandations

- **Florian Koch**, Promotion Santé Suisse
- **Fabienne Amstad**, Promotion Santé Suisse

Ce chapitre résume les principaux arguments du rapport en faveur d'une promotion de la santé des enfants. Il propose aussi des recommandations pour la mise en pratique des résultats de cette analyse scientifique. Ces recommandations portent sur la manière de procéder (*comment*) et sur ce dont il faut tenir compte (*quoi*) – c'est-à-dire les contenus que devraient couvrir les mesures.

10.1 Arguments en faveur de la promotion de la santé: POURQUOI

L'enfance comme fenêtre d'opportunités

L'importance de l'enfance pour la promotion de la santé est incontestée. L'enfance est une fenêtre temporelle sensible permettant de renforcer les comportements favorables à la santé et d'éviter les comportements à risques. Une importante base de données prouve qu'un bon départ dans la vie ainsi qu'un développement harmonieux ont des effets positifs à long terme jusqu'à la vie adulte. Plus le soutien intervient tôt (encouragement précoce), plus le «Social Return on Investment» (SROI) est important, c'est-à-dire que meilleur sera le rapport entre l'argent investi et l'argent économisé ultérieurement. En Suisse, l'encouragement précoce n'est pas encore suffisamment développé sur le plan structurel.

Les événements critiques de la vie touchent particulièrement les enfants

Dans les familles, un événement de vie critique touchant une personne de référence représente souvent aussi un événement critique et décisif pour les enfants. La maladie psychique d'un parent a par exemple souvent de graves répercussions sur les enfants et comporte un risque élevé pour la santé de ces derniers. Afin de pouvoir diminuer ces risques potentiels, la collaboration intersectorielle et multi-

disciplinaire ainsi que la mise en réseau des acteurs sur le terrain sont essentielles. La famille et non l'individu isolé doit être au centre des prestations de soutien.

La découverte de nouveaux cadres de vie représente de réelles opportunités

Les enfants progressent régulièrement et de manière importante dans leur développement. Parallèlement, leurs cadres de vie s'élargissent. Les cadres de vie de la famille et du quartier s'élargissent automatiquement avec le début de la scolarisation obligatoire pour inclure le monde de l'école. Ces différents cadres de vie offrent la possibilité d'acquérir et de mettre en pratique un nouveau savoir-faire.

Les données sur la santé des enfants sont insuffisantes

En Suisse, il n'existe pratiquement pas de données sur la santé des enfants. Ainsi, nous n'avons pas connaissance de données suisses représentatives sur la santé psychique des enfants de moins de 10 ans. Nous savons également peu de choses sur l'alimentation et sur l'activité physique des enfants. Il existe heureusement en Suisse de nombreux projets de promotion de la santé chez les enfants dont l'efficacité a été prouvée (c'est-à-dire évaluée). La liste d'orientation en donne un aperçu.

10.2 Recommandations

Afin de promouvoir la santé psychique, une activité physique régulière et une alimentation équilibrée chez les enfants, il convient d'aborder plus particulièrement les éléments suivants:

Priorités pour la promotion de la santé: QUOI

L'auto-efficacité comme clé pour la santé

La confiance d'un enfant en ses propres capacités d'action – autrement dit, l'auto-efficacité d'un enfant – influence considérablement son comportement en matière de santé. Ainsi, l'auto-efficacité

d'un enfant détermine notamment la fréquence de ses activités physiques et la qualité de son alimentation, pour autant qu'elle ou il ait la possibilité de décider.

Promouvoir les compétences de vie = promouvoir la santé psychique

Les compétences de vie permettent aux enfants de prendre le contrôle de leur vie, de développer leurs compétences, de vivre avec les évolutions de leur environnement et de provoquer des changements. Être «compétent-e dans la vie», c'est se connaître et s'apprécier, être empathique, avoir une pensée critique et créative, savoir communiquer et être habile dans les relations, prendre des décisions réfléchies, résoudre des problèmes avec succès et savoir gérer ses émotions et son stress. La compétence émotionnelle joue un rôle clé, en particulier pour les jeunes enfants.

Une activité physique régulière favorise bien plus que le maintien d'un poids corporel sain

L'activité physique régulière est directement liée à la réussite scolaire, à une diminution des comportements antisociaux et violents à l'école et à une meilleure santé physique en général. La réflexion et l'action ainsi que la socialisation d'un enfant sont influencées positivement par une activité physique régulière.

Le plaisir de manger ensemble

Une alimentation équilibrée ne suffit pas à garantir de saines habitudes alimentaires. Il est tout aussi important de montrer que l'on prend plaisir à manger et de faire des repas des moments de partage et de plaisir.

Jouer, jouer, jouer...

Le jeu est un acte universel important pour un développement en santé des enfants et doit être encouragé en conséquence dans tous les settings. Le jeu permet d'aborder les trois thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique, qui s'influencent mutuellement. La santé est ainsi renforcée de manière globale.

Éléments clés sur le plan méthodologique: COMMENT

Outre le fait de savoir *pourquoi* il est important de promouvoir la santé des enfants et ce qu'il faut promouvoir (*quoi*), il est précieux de savoir *comment* le faire. Il convient de traiter les particularités du groupe cible de manière spécifique et de les utiliser comme une opportunité. Les conclusions les plus importantes du rapport sont donc résumées ci-dessous.

Responsabilité intersectorielle pour la santé des enfants

Outre la famille et le quartier, les cadres de vie primaires des enfants sont aussi les structures d'accueil extrafamiliales (crèches/garderies), l'école, les associations de loisirs et l'espace public. Différents domaines politiques se répartissent les compétences pour rendre ces cadres de vie favorables à la santé des enfants: santé, affaires sociales, éducation, aménagement du territoire, etc. Les déterminants de la santé des enfants ne relèvent donc pas uniquement du domaine de la santé, mais d'une responsabilité intersectorielle.

Parents et adultes de référence en tant que multiplicateur-trice-s efficaces

Les enfants sont fortement dépendants de leurs parents et d'autres personnes de référence primaires. Il est dès lors important de considérer les parents et les autres personnes de référence importantes comme des multiplicateur-trice-s efficaces dans les mesures de promotion de la santé des enfants. L'exemple de l'alimentation est parlant à ce niveau: des parents ou des adultes de référence qui se nourrissent de manière équilibrée vont aussi proposer une alimentation équilibrée à leurs enfants. Le comportement alimentaire des adultes peut ainsi être directement thématiqué en les interpellant par rapport à leur rôle de parents. L'éducation des parents demeure un sujet tabou pour lequel des progrès restent à faire.

L'intégration sociale de toute la famille est importante

Le rôle central des parents pour la santé des enfants a été démontré à plusieurs reprises. Pour que cette influence soit positive, il est important de renforcer des environnements favorables pour l'ensemble de la famille. À cet égard, concilier travail et famille demeure une question importante pour la santé des enfants. De même, les structures d'accueil pour enfants et la qualité de ces dernières méritent une attention particulière.

Importance des mesures structurelles

Le cadre de vie de la famille a une très grande influence sur la santé de l'enfant. Tant les conditions familiales que le comportement des parents influent considérablement sur les enfants et marquent leurs comportements sur une longue période. Les mesures structurelles sont particulièrement importantes pour favoriser la santé des enfants, indépendamment du cadre familial. Les offres de proximité, en particulier, ont fait leurs preuves et sont essentielles en termes d'égalité des chances.

L'école, un setting important

L'école offre un setting idéal pour influencer positivement la santé des enfants grâce à des mesures structurelles. Il est en outre possible d'y apprendre et de mettre en pratique un comportement favorable à la santé. Il est important d'impliquer l'ensemble de l'école dans les mesures de promotion de la santé. La direction, les enseignant-e-s et les élèves en font partie, tout comme l'environnement et le climat scolaire ainsi que les offres proposées par l'école.

Ne pas restreindre les comportements naturels en matière de mouvement

Les enfants ont un besoin naturel de bouger et une curiosité innée pour découvrir de nouvelles choses. Il convient donc, dans la mesure du possible, de ne pas les restreindre. La liberté d'action accordée offre la possibilité de faire des expériences précieuses d'auto-efficacité. Les parents et le personnel qui les encadre doivent toujours être considérés comme le cadre de vie primaire des jeunes enfants.

Intégrer les thématiques au lieu de les considérer isolément

Chez le nourrisson ou le jeune enfant, il est évident que la santé psychique, l'activité physique et l'alimentation sont presque indissociables. Cela se manifeste chez les nourrissons lors de l'allaitement ou du «biberon» dans les bras de la mère ou du père; mais on observe également cette interaction chez les enfants plus âgés, à l'exemple des jeux en mouvement avec les copains et les copines.

Renforcer l'égalité des chances

C'est précisément pendant l'enfance qu'il est intéressant de mettre en lumière les interfaces entre les différentes caractéristiques sociales et individuelles telles que la pauvreté, la monoparentalité, la maladie d'un des parents ou le niveau de formation des parents (intersectionnalité). Divers facteurs de vulnérabilité peuvent facilement s'accumuler chez un enfant sans que les adultes n'y prennent garde.

11 Sources

Chapitre 2

- [2.1] Ariès, P. (1978). *Geschichte der Kindheit* (C. Neubaur & K. Kersten, Übers.). DTV.
- [2.2] Kelle, H. (2005). Kinder in der Schule: zum Zusammenhang von Schulpädagogik und Kindheitsforschung. In G. Breidenstein & A. Prengel (Hg.), *Studien zur Schul- und Bildungsforschung: Bd. 20. Schulforschung und Kindheitsforschung – ein Gegensatz?* (S. 139–160). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80990-2_8
- [2.3] Schütz, A. & Luckmann, T. (2017). *Strukturen der Lebenswelt*. Hg. von M. Endreß (2. Aufl.). UVK. <https://doi.org/10.36198/9783838548333>
- [2.4] Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz – Lebensweltansatz*. BZgA. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i106-1.0>;
vgl. auch: Pädagogische Hochschule Zürich (PHZH). *Planungshilfen Gesundheitsförderung und Prävention*. <https://phzh.ch/de/Dienstleistungen/materialien-fuers-schulfeld/planungshilfen-gesundheit-praevention/>
- [2.5] Sieber Egger, A. & Unterweger, G. (2019). «Jetzt gilt's richtig ernst»: Eine ethnografische Perspektive auf die Inszenierung des Schulbeginns. In A. Sieber Egger, G. Unterweger, M. Jäger, M. Kuhn & J. Hangartner (Hg.), *Kindheit(en) in formalen, nonformalen und informellen Bildungskontexten: Ethnografische Beiträge aus der Schweiz* (S. 153–174). Springer VS.
- [2.6] Grundmann, M. (2011). Sozialisation – Erziehung – Bildung: Eine kritische Begriffsbestimmung. In R. Becker (Hg.), *Lehrbuch der Bildungssoziologie* (2. Aufl., S. 63–85). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92759-6_3
- [2.7] Suter, S. (2016). *Im Namen der Gesundheit: Gesundheitsförderung an Schulen zwischen Disziplinierung und Ermächtigung*. Eine soziologische Studie. Transcript.
- [2.8] Sieber Egger, A., Unterweger, G., Kaiser, F. & Buser, F. (2022). The mid-morning snack between public discourse health norms, school public and family habits: an ethnographic look at eating situations in kindergarten. In B. Hünersdorf, G. Breidenstein, J. Dinkelaker, O. Schnoor & T. Tyagunova (Hg.), *Going public? Erziehungswissenschaftliche Ethnographie und ihre Öffentlichkeiten* (S. 49–67). Springer VS.
- [2.9] Hitzler, R. & Honer, A. (1988). Der lebensweltliche Forschungsansatz. *Neue Praxis*, 18, 496–501.
- [2.10] Helsper, W., Kramer, R.-T. & Thiersch, S. (2014). *Schülerhabitus: Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Passung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00495-8>
- [2.11] Sieber Egger, A., Unterweger, G. & Kaiser, F. (2021). Snack time in kindergarten as a cultural practice: Implications for processes of subjectivation. *Child Soc*, 35(4), 563–576. <https://doi.org/10.1111/chso.12436>
- [2.12] Corsaro, W. A. (1987). *Friendship and peer culture in the early years* (2. Aufl.) (Language and learning for human service professions). Ablex.

Chapitre 3

- [3.1] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S., Altgeld, T., Knesebeck, O. von dem, Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., Süß, W. & Trojan, A. (Hg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl.). Hogrefe.
- [3.2] Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider, M. (Hg.) (2017). *Gesundheitsförderung konkret: ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis*. Holzhausen.
- [3.3] Jungbauer-Gans, M. & Hackauf, H. (2000). Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 9–14). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/3-531-90798-0_1
- [3.4] Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- [3.5] World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- [3.6] Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- [3.7] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- [3.8] Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Pearson.
- [3.9] Michie, S., Stralen, M. M. van & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- [3.10] Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- [3.11] Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_048_GFCH_2021-06_-_Partizipation_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- [3.12] Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26(Suppl. 1), i29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- [3.13] Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management Leadership*, 11(3), 353–370. <https://doi.org/10.1002/NML.11308>
- [3.14] Ackermann, G. (2016). *Evaluation und Komplexität: Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention* [Diss., Universität Basel]. Schweizerische Nationalbibliothek. <https://guenterackermann.ch/wp-content/uploads/2013/02/Ackermann-2016-Evaluation-und-Komplexität.pdf>
- [3.15] Stiftung Zewo (2011). *Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit: Zewo-Leitfaden für Projekte und Programme*. https://zewo.ch/wp-content/uploads/2020/03/Brosch_Wirkungsmessung.pdf
- [3.16] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- [3.17] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaeetige_Gesundheit_de_web.pdf
- [3.18] Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 33, 66–69. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2564478>
- [3.19] Rieder, S. (2003). *Integrierte Leistungs- und Wirkungssteuerung: eine Anleitung zur Formulierung von Leistungen, Zielen und Indikatoren in der Öffentlichen Verwaltung*. Erstellt im Auftrag der Programmleitung FLAG. https://ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2012/BAU_1_5753021.pdf
- [3.20] Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung: Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. Phineo; Bertelsmann-Stiftung. <http://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung>

- [3.21] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [3.22] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [3.23] Sucht Schweiz (2018). *HBSC Ergebnisse 2018*.
- [3.24] Dratva, J. & Wieber, F. (2021). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG.
- [3.25] Lee, E.-Y. & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- [3.26] Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich* (Arbeitspapier 58). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_058_GFCH_2021-09_-_Vergleichendes_BMI-Monitoring.pdf
- [3.27] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Kinder und Behinderung 2017* [Tabelle]. www.bfs.admin.ch/asset/de/11107565
- [3.28] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [3.29] National Research Council, Institute of Medicine (2004). *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10886>
- [3.30] Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- [3.31] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- [3.32] Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl.), 38–46. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.38
- [3.33] Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents? In M. R. Korin (Hg.), *Health Promotion for Children and Adolescents* (S. 3–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_1
- [3.34] Nutbeam, D. (1989). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. Aufl.). McGraw-Hill.
- [3.35] World Health Organization (WHO) (2020). *Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases*. Introduction. <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>
- [3.36] Blair, M. E., Stewart-Brown, S., Waterston, T. & Crowther, R. (2010). *Child public health* (2. Aufl.). Oxford Univ. Press.
- [3.37] World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: all for health, health for all*. Report on the 9th global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259183>
- [3.38] Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S. & Pinheiro, P. (2020). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promot Int*, 35(3), 575–585. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz041>
- [3.39] Okan, O., Bröder, J., Pinheiro, P. & Bauer, U. (2018). Gesundheitsförderung und Health Literacy. In A. Lange, H. Reiter, S. Schutter & C. Steiner (Hg.), *Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie* (S. 635–654). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-04207-3_48
- [3.40] Mouratidi, P.-S., Bonoti, F. & Leondari, A. (2016). Children's perceptions of illness and health: an analysis of drawings. *Health Educ J*, 75(4), 434–447. <https://doi.org/10.1177/0017896915599416>

- [3.41] Piko, B. F. & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Educ Res*, 21(5), 643–653. <https://doi.org/10.1093/her/cyl034>
- [3.42] Burkert, N., Unterleitner, K., Rásky, É. & Sprenger, M. (2020). Health concepts of elementary school pupils in Austria: an explorative study using the draw and write technique. *Wien Med Wochenschr*, 170(9–10), 203–211. <https://doi.org/10.1007/s10354-019-0702-2>
- [3.43] Bir, J. E. & Podmore, V. N. (1990). Children's understanding of health and illness. *Psychol Health*, 4(2), 175–185. <https://doi.org/10.1080/08870449008408151>
- [3.44] Almqvist, L., Hellnäs, P., Stefansson, M. & Granlund, M. (2006). 'I can play!': young children's perceptions of health. *Pediatr Rehabil*, 9(3), 275–284. <https://doi.org/10.1080/13638490500521303>
- [3.45] Dratva, J., Späth, A. & Zemp, E. (2013). *Child and Adolescent Health Monitoring Report for the Federal Office of Statistics*. BFS.
- [3.46] Dratva, J., Grylka, S., Volken, T. & Zysset, A. E. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention*. Schlussbericht. ZHAW. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=50035>
- [3.47] Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69043>
- [3.48] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [3.49] Jaks, R., Baumann, I., Juvalta, S. & Dratva, J. (2019). Parental digital health information seeking behavior in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6524-8>
- [3.50] Waller, G., Suter, L., Bernath, J., Külling, C., Wilemse, I. & Martel, N. (2019). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2019*. ZHAW.
- [3.51] Kolip, P. (2020). *Lebenslagen und Lebensphasen (BZgA-Leitbegriffe)*. BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i071-2.0>
- [3.52] Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Ezra, S. & Ben Shlomo, Y. (Hg.) (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. [Life course approach to adult health series] (2. Aufl.). Oxford Univ. Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- [3.53] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [3.54] World Health Organization (WHO) (2013). *Nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Meeting report WHO, Geneva, Switzerland, 10–11 January 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87084>
- [3.55] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*. ZHAW; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-ncd-sucht/2001-2010/2010-oeconomische-evaluation-praevention-synthesebericht-zusammenfassung.pdf>
- [3.56] Bandurska, E., Brzeziński, M., Metelska, P. & Zarzezna-Baran, M. (2020). Cost-effectiveness of an obesity management program for 6- to 15-year-old children in Poland: data from over three thousand participants. *Obes Facts*, 13(5), 487–498. <https://doi.org/10.1159/000509130>
- [3.57] Brown, V., Ananthapavan, J., Sonntag, D., Tan, E. J., Hayes, A. & Moodie, M. (2019). The potential for long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions in the early years of life. *Pediatr Obes*, 14(8), e12517. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12517>
- [3.58] Jacob, V., Chattopadhyay, S. K., Reynolds, J. A., Hopkins, D. P., Morgan, J. A., Brown, D. R., Kochtitzky, C. S., Cuellar, A. E. & Kumanyika, S. K. (2021). Economics of interventions to increase active travel to school: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*, 60(1), e27–e40. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.002>

- [3.59] Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [3.60] Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y. & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)
- [3.61] Jimenez, M. P., DeVille, N. V., Elliott, E. G., Schiff, J. E., Wilt, G. E., Hart, J. E. & James, P. (2021). Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- [3.62] Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Plaumann, M. & Trojan, A. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. https://leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf
- [3.63] Laflamme, L., Burrows, S. & Hasselberg, M. (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350275>
- [3.64] Kim, J. B., Prunicki, M., Haddad, F., Dant, C., Sampath, V., Patel, R., Smith, E., Akdis, C., Balmes, J., Snyder, M. P., Wu, J. C. & Nadeau, K. C. (2020). Cumulative lifetime burden of cardiovascular disease from early exposure to air pollution. *J Am Heart Assoc*, 9(6), e014944. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014944>
- [3.65] Anopa, Y. & Conway, D. I. (2020). Exploring the cost-effectiveness of child dental caries prevention programmes: are we comparing apples and oranges? *Evid Based Dent*, 21(1), 5–7. <https://doi.org/10.1038/s41432-020-0085-7>
- [3.66] Stampler, L. (2014). *Marlboro says these ads definitely don't target kids*. Time. <https://time.com/23820/>
- [3.67] Babor, T. F. (2010). *Alcohol: Research and Public Policy* (2. Aufl.). Oxford Univ. Press.
- [3.68] Calvert, S. L. (2008). Children as consumers: advertising and marketing. *Future Child*, 18(1), 205–234. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0001>
- [3.69] Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J. & Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control*, 9(1), 47–63. <https://doi.org/10.1136/tc.9.1.47>
- [3.70] Güntzer, A. (2017). Jugendliche in der Schweiz leiden unter Leistungsdruck und Stress. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(2), 38–44. http://www.szh.ch/bausteine.net/f/50990/Guentzer_170238.pdf
- [3.71] Jadambaa, A., Graves, N., Cross, D., Pacella, R., Thomas, H. J., Scott, J. G., Cheng, Q. & Brain, D. (2022). Economic evaluation of an intervention designed to reduce bullying in Australian schools. *Appl Health Econ Health Policy*, 20(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00676-y>
- [3.72] Zumbrunn, A., Solèr, M. & Kunz, D. (2016). *Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen*. FHNW. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/umsetzung-gesundheitsfoerderung-praevention-schulen.pdf>
- [3.73] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2019/20 mit Sonderfokus «Oberstufe und Körperbild»* (Faktenblatt 56). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_056_GFCH_2021-05_-_BMI_Monitoring_2019-2020.pdf
- [3.74] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit Sonderfokus «Bewegungsverhalten und Gewicht»* (Faktenblatt 42). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_042_GFCH_2020-05_-_BMI-Monitoring_2018-2019.pdf

- [3.75] Stamm, H., Ceschi, M., Fischer, A., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2019). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld* (Faktenblatt 37). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_037_GFCH_2019-04_-_BMI-Monitoring_2017-2018.pdf
- [3.76] Steiger, D. (2018). *Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen: Überprüfung und Aktualisierung der wissenschaftlichen Grundlagen* (Arbeitspapier 45). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_045_GFCH_2018-11_-_Gesundes_Koerpergewicht_bei_Kindern_und_Jugendlichen.pdf
- [3.77] Papandreou, A., Bopp, M., Braun, J., Staub, K. & Fäh, D. (2017). Individual development and potential determinants of excess weight in children and adolescents: a longitudinal study. *Swiss Med Wkly*, 147, w14501. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14501>
- [3.78] Stamm, H., Bürgi, R., Ceschi, M., Felber Dietrich, D., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S. & Walter, S. (2022). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/22 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich»*. (Faktenblatt 69). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf

Chapitre 4

- [4.1] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2018). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Vergleichszahlen 2005/06 bis 2016/17* (Faktenblatt 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_033_GFCH_2018-04_-_BMI-Monitoring.pdf
- [4.2] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 6–12)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/fruechte-und-gemuesekonsum-alter-6-12>
- [4.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Bewegungsverhalten (Alter: 6–16)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/bewegungsverhalten-alter-6-16>
- [4.4] Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). *Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund*. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966). www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung.html
- [4.5] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [4.6] World Health Organization (WHO) (2018). *Health inequities and their causes*. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [4.7] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.8] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH.
- [4.9] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

- [4.10] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten* (NCD-Strategie). Unveröffentlichter Bericht.
- [4.11] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [4.12] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), 29–31. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>
- [4.13] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [4.14] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.15] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.16] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [4.17] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [4.18] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [4.19] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krams].
- [4.20] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/>
- [4.21] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [4.22] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [4.23] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [4.24] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [4.25] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [4.26] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>

- [4.27] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>
- [4.28] Schnyder-Walser, K., Ruffin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46832>
- [4.29] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [4.30] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [4.31] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., ... Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [4.32] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [4.33] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf
- [4.34] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [4.35] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensänderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. WIG; ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22546/3/2020_Hoeglinger-Heininger_Covid19-Social-Monitor-Schlussbericht.pdf
- [4.36] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in a cohort of diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [4.37] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. IKMZ. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgespraech_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [4.38] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [4.39] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [4.40] Chang, T.-H., Chen, Y.-C., Chen, W.-Y., Chen, C.-Y., Hsu, W.-Y., Chou, Y. & Chang, Y.-H. (2021). Weight gain associated with covid-19 lockdown in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 13(10), 3668. <https://doi.org/10.3390/nu13103668>
- [4.41] Lubrecht, J., Arayess, L., Reijnders, D., Hesselink, M. L., Velde, G. ten, Janse, A., Rosenstiel, I. von, Mil, E. G. A. H. van, Verweij, M. & Vreugdenhil, A. C. E. (2022). Weight gain in children during the COVID-19 pandemic and the protective effect of lifestyle intervention in children with obesity. *Obes Facts*, 15(4), 600–608. <https://doi.org/10.1159/000525298>

- [4.42] Vogel, M., Geserick, M., Gausche, R., Beger, C., Poulain, T., Meigen, C., Körner, A., Keller, E., Kiess, W. & Pfäffle, R. (2022). Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *Int J Obes*, 46(1), 144–152. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00968-2>
- [4.43] Lange, S. J., Kompaniyets, L., Freedman, D. S., Kraus, E. M., Porter, R., Blanck, H. M. & Goodman, A. B. (2021). Longitudinal Trends in Body Mass Index Before and During the COVID-19 Pandemic Among Persons Aged 2–19 Years: United States, 2018–2020. *Morb Mortal Wkly Rep*, 70(37), 1278–1283. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7037a3>
- [4.44] Eneli, I., Xu, J. & Pratt, K. (2022). Change in weight category among youth early in the COVID-19 pandemic. *Clinical Obesity*, 12(3), e12522. <https://doi.org/10.1111/cob.12522>
- [4.45] Bundesamt für Statistik (BFS). *Familien*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien.html>
- [4.46] Stutz, H. & Bischof, S. (2018). *Kinder in multilokalen Familienkonstellationen: Sekundärdatenanalyse erstellt im Auftrag der Bildungsdirektion Kanton Zürich*. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/ZH_2018_GetrennteEltern_Schlussbericht.pdf
- [4.47] Stutz, H., Bischof, S., Heusser, C., Guggenbühl, T., Degen, M., Büchler, A. & Simoni, H. (2022, im Druck). *Wenn die Eltern nicht zusammenwohnen: Elternschaft und Kinderalltag*. EKFF.
- [4.48] Golombok, S. & Badger, S. (2010). Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod*, 25(1), 150–157. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep345>
- [4.49] Simoni, H. (2012). *Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizingesetz*. Gutachten im Auftrag des BAG. MMI. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/fortpflanzungsmedizin/gutachten-kindeswohl-heidi-simoni.pdf>
- [4.50] Huebner, G., Boothby, N., Aber, J. L., Darmstadt, G. L., Diaz, A., Masten, A. S., Yoshikawa, H., Redlener, I., Emmel, A., Pitt, M., Arnold, L., Barber, B., Berman, B., Blum, R., Canavera, M., Eckerle, J., Fox, N. A., Gibbons, J. L., Hargarten, S. W., ... Zeanah, C. H. (2016). Beyond survival: the case for investing in young children globally. *NAM Perspectives*, 6(6). <https://doi.org/10.31478/201606b> (Discussion Paper).
- [4.51] Caritas Schweiz (2019). *Kinderarmut in der Schweiz überwinden*. <https://www.caritas.ch/de/was-wir-sagen/unsere-aktionen/kinderarmut-in-der-schweiz.html>
- [4.52] Amacker, M., Funke, F. & Wenger, N. (2015). *Alleinerziehende und Armut in der Schweiz*. Caritas Schweiz.
- [4.53] Schöbi, B., Holmer, P. & Schöbi, D. (2020). Bestrafungsverhalten von Eltern in der Schweiz. *undKinder*, 106, 35–48.
- [4.54] Walper, S., Entleitner-Phleps, C. & Langmeyer, A. N. (2020). Betreuungsmodelle in Trennungsfamilien: ein Fokus auf das Wechselmodell. *ZSE*, 40(1), 62–80. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5ea1b845-3fcc-4b0b-86fb-1983b0dd2d03>
- [4.55] Brunner, S., Hardegger, K. & Salis, G. von (2020). Konflikte in getrennten Familien: Erfahrungen aus der KET-Beratung. *undKinder*, 105, 29–38. https://www.mmi.ch/uploads/Downloads/mmi_undKinder_105_Konflikte-in-getrennten-Familien.pdf

Chapitre 5

- [5.1] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2020). *Framework on early childhood development in the WHO European Region*.
- [5.2] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/gesundheitsfoerderung-und-praevention-fruehe-kindheit.pdf
- [5.3] Hafen, M. (2014). *'Better Together' – Prävention durch Frühe Förderung: präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren*. Schlussbericht, überarbeitete und erweiterte Version. BAG. https://fen.ch/texte/mh_ff-schlussbericht.pdf
- [5.4] Der Bundesrat (2021). *Politik der frühen Kindheit: Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene*. Bericht des Bundesrates. <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/kinder/berichte-vorstoesse/br-bericht-fruehe-kindheit.pdf>

- [5.5] Hafen, M. (2015). *Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkindbereich: ein Argumentarium mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit; GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Grundlagenpapier_zur_Bedeutung_professioneller_Arbeit_im_Kleinkindbereich.pdf
- [5.6] Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., Magnusson, B. M., Leavitt, B. L., Barnes, M. D. & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: how positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse Negl*, 96, 104089. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>
- [5.7] Hafen, M. (2017). Stärkung von Lebenskompetenzen in der frühen Kindheit: ein Weg zur Reduktion sozialer Ungleichheit. In F. Hänsenberger-Aebi & U. Schäfer (Hg.), *Teilhabe und Verschiedenheit: Bd. 3. Eltern sein plus! Begleitung von Kindern mit Unterstützungsbedarf* (S. 35–63). Seismo.
- [5.8] Luhmann, N. (1994). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp.
- [5.9] Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood* (5. Aufl.). Cornell Univ. Press.
- [5.10] Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. (World Health Organization monograph series: Bd. 2).
- [5.11] McLaughlin, K. A., Mackey, A., Bunge, S. A., Fetz Fernandes, G., Brown, K. & Bühler J. C. (2018). *Human brain plasticity: future research directions and implications for children's learning and development*. Jacobs Foundation.
- [5.12] Spork, P. (2017). *Gesundheit ist kein Zufall: Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neuesten Erkenntnisse der Epigenetik* (2. Aufl.). Deutsche Verlags-Anstalt.
- [5.13] Hüttenmoser, M. (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. <http://www.jstor.org/stable/41514991>
- [5.14] Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*, 368, m693. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- [5.15] Selita, F. & Kovas, Y. (2019). Genes and gini: what inequality means for heritability. *J Biosoc Sci*, 51(1), 18–47. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000645>
- [5.16] Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. *Rev Agricultural Economics*, 29(3), 446–493. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9353.2007.00359.X>
- [5.17] Rea, D. & Burton, T. (2020). New evidence on the Heckman curve. *J Econ Surv*, 34(2), 241–262. <https://doi.org/10.1111/joes.12353>
- [5.18] Fischer, S. & Stanak, M. (2017). *Social return on investment: outcomes, methods and economic parameters*. Final report (HTA-Projektbericht 96). LBI-HTA. https://eprints.hta.lbg.ac.at/1142/1/HTA-Projektbericht_Nr.96.pdf
- [5.19] BAK Economics AG (2020). *Volkswirtschaftliches Gesamtmodell für die Analyse zur «Politik der frühen Kindheit»: Bericht im Auftrag der Jacobs Foundation*. Executive Summary.
- [5.20] Professor Heckman (2021). *The Heckman Curve*. <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve>
- [5.21] Stamm, M. (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz: Eine Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Universität Fribourg.
- [5.22] Stern, S., Schwab Cammarano, S. & Rocchi, A. de (2017). *Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der FBBE: Bestandsaufnahme bei den Kantonen*. Jacobs Foundation; BSV; Bundesamt für Migration.
- [5.23] Stern, S., Schwab Cammarano, S., Gschwend, E. & Sigrist, D. (2019). *Für eine Politik der frühen Kindheit: eine Investition in die Zukunft*. Schweizerische UNESCO-Kommission.
- [5.24] Chzhen, Y., Gromada, A. & Rees, G. (2019). *Are the world's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU*. UNICEF Office of Research.

- [5.25] Hafen, M. (2019). *Analyse der Frühen Förderung im Kanton Basel-Stadt und Entwicklung einer kantonalen Strategie: Bericht zur SWOT-Analyse*. Erziehungsdepartement Basel-Stadt. https://www.jfs.bs.ch/dam/jcr:4e312083-010c-4b99-8662-67e3d7db4c94/bericht_fruhe_foerderung.pdf
- [5.26] Hafen, M. & Meier Magistretti, C. (2021). *Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz: Eine Vorstudie vor dem Hintergrund der «Frühe Hilfen»-Strategie in Österreich*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=4254>
- [5.27] Infrac, B, S, S, Volkswirtschaftliche Beratung & Jacobs Foundation (2018). *Whitepaper zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Zwischen Wunsch und Realität*. https://www.bss.swiss/images/stories/bss-basel/downloads/JacobFoundation_Whitepaper_Elternerwerbstaetigkeit.pdf
- [5.29] Meier Magistretti, C., Walter-Laager, C., Schraner, M. & Schwarz, J. (2019). *Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten (AFFiS): Kohortenstudie zur Nutzung und zum Nutzen von Angeboten aus Elternsicht*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- [5.30] Stern, S., Schultheiss, A., Fliedner, J., Iten, R. & Felfe, C. (2015). *Analyse der Vollkosten und der Finanzierung von Krippenplätzen in Deutschland, Frankreich und Österreich im Vergleich zur Schweiz: Schlussbericht*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit: 15, Nr. 3). <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=03/15>
- [5.31] Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) (2019). *Qualitätssteuerung der institutionellen Kinderbetreuung: ein Flickenteppich mit Folgen*. Policy Brief 1.
- [5.32] Hafen, M. (2018). *Einsatz von Nichtprofessionellen in professionellen Kontexten im Frühbereich: ein Grundlagenbericht mit besonderem Fokus auf Programme zur Unterstützung von sozial benachteiligten Familien*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1402009>
- [5.33] Wustmann Seiler, C. & Simoni, H. (2016). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz: Nationales Referenzdokument für Qualität in der frühen Kindheit*. Schweizerische UNESCO-Kommission, Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.
- [5.34] Stern, S., Schultheiss, A., Schwab Cammarano, S. & Angst, V. (2016). *Evaluation Primokiz*. Schlussbericht. Jacobs Foundation.
- [5.35] Becker, R. & Schoch, J. (2018). *Soziale Selektivität: Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschaftsrates SWR*. Expertenbericht im Auftrag des SWR. (Politische Analyse: Bd. 3). SWR.
- [5.36] Gnaegi, P. (2019). *Karriereunterbrüche: Wirtschaftliche Folgen und Lösungen*. CHSS, 3, 38–40. https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2019/09/dCHSS_19-03_Gnaegi_bf.pdf
- [5.37] Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) (2020). *Armut und Existenzsicherung von Familien*. Policy Brief 2.
- [5.38] Gardini, E. S., Schaub, S., Neuhauser, A., Ramseier, E., Villiger, A., Ehlert, U., Lanfranchi, A. & Turecki, G. (2020). Methylation of the glucocorticoid receptor promoter in children: links with parents as teachers, early life stress, and behavior problems. *Dev Psychopathol*, 34(3), 810–822. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001984>
- [5.39] Dreifuss, C. & Lannen, P. (2018). *Bericht zur Evaluation der alternativen Umsetzungsmodelle des Programms schrittweise: Februar 2013 – September 2017*. a:primo; MMI. https://www.a-primo.ch/download/pictures/03/ak2szrc8bdkwp5fqxzwf4gvcb61tkn/bericht_mmi_evaluation_alternative_modelle_schrittweise.pdf
- [5.40] Amsler, F. & Täschler, S. (2019). *Spielgruppen im Kanton Basel-Stadt: Bericht zur 10. Befragung von Spielgruppenleiterinnen*. Schuljahr 2018/19 (Kennzahlen zu Kindern im Obligatorium in Spielgruppen mit Sprachförderung). Erziehungsdepartement Basel-Stadt. https://www.volksschulen.bs.ch/dam/jcr:d7a1cabf-d164-4e93-86d7-08e8976d8644/Bericht_Befragung_SJ_2018_19.pdf
- [5.41] Eberitzsch, S., Brink, I. O. & Lätsch, D. (2020). *Angebote für armutsbetroffene Familien mit Vorschulkindern: zur Schnittstelle von materieller Sicherheit, frühkindlicher Bildung und Frühen Hilfen in der Schweiz*. In *ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2020* (S. 192–207): Institut für soziale Arbeit e. V. (ISA).
- [5.42] Haas, S. & Weigl, M. (2017). *Frühe Hilfen: Eckpunkte eines «Idealmodells» für Österreich 2017*. Aktualisierter wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/294>
- [5.43] Gesundheit Österreich (2019). *Früdok 2.0: Frühe Hilfen*.

Chapitre 6

- [6.1] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- [6.2] World Health Organization (WHO) (o. J.). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- [6.3] Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41(6 Suppl. 3), S197–S239. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>
- [6.4] Carson, V., Lee, E.-Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C. E., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl. 5), 854. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0>
- [6.5] Okely, A. D., Ghersi, D., Loughran, S. P., Cliff, D. P., Shilton, T., Jones, R. A., Stanley, R. M., Sherring, J., Toms, N., Eckermann, S., Olds, T. S., Zhang, Z., Parrish, A.-M., Kervin, L., Downie, S., Salmon, J., Bannerman, C., Needham, T., Marshall, E., ... Tremblay, M. S. (2022). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines: the Australian 24-hour movement guidelines for children (5–12 years) and young people (13–17 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Research report. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01236-2>
- [6.6] Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput, J.-P., Saunders, T. J., Katzmarzyk, P. T., Okely, A. D., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., Lee, H. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41(6 Suppl. 3), S240–S265. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>
- [6.7] Poitras, V. J., Gray, C. E., Janssen, X., Aubert, S., Carson, V., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Reilly, J. J., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl. 5), 868. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4849-8>
- [6.8] Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10, 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>
- [6.9] Mura, G., Vellante, M., Nardi, A. E., Machado, S. & Carta, M. G. (2015). Effects of school-based physical activity interventions on cognition and academic achievement: a systematic review. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 14(9), 1194–1208. <https://doi.org/10.2174/1871527315666151111121536>
- [6.10] Donnelly, J. E., Hillman, C. H., Castelli, D., Etner, J. L., Lee, S., Tomporowski, P., Lambourne, K. & Szabo-Reed, A. N. (2016). Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: a systematic review. *Med Sci Sports Exerc*, 48(6), 1223–1224. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000966>
- [6.11] LeBlanc, A. G., Spence, J. C., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Stearns, J. A., Timmons, B. W. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), 753–772. <https://doi.org/10.1139/h2012-063>
- [6.12] Timmons, B. W., LeBlanc, A. G., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Spence, J. C., Stearns, J. A. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), 773–792. <https://doi.org/10.1139/h2012-070>
- [6.13] Jones, R. A., Hinkley, T., Okely, A. D. & Salmon, J. (2013). Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. *Am J Prev Med*, 44(6), 651–658. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.03.001>

- [6.14] Hayes, G., Dowd, K. P., MacDonncha, C. & Donnelly, A. E. (2019). Tracking of physical activity and sedentary behavior from adolescence to young adulthood: a systematic literature review. *J Adolesc Health, 65*(4), 446–454. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.013>
- [6.15] Gruber, R., Laviolette, R., Deluca, P., Monson, E., Cornish, K. & Carrier, J. (2010). Short sleep duration is associated with poor performance on IQ measures in healthy school-age children. *Sleep Med, 11*(3), 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.09.007>
- [6.16] Gruber, R., Michaelsen, S., Bergmame, L., Frenette, S., Bruni, O., Fontil, L. & Carrier, J. (2012). Short sleep duration is associated with teacher-reported inattention and cognitive problems in healthy school-aged children. *Nat Sci Sleep, 4*, 33–40. <https://doi.org/10.2147/NSS.S24607>
- [6.17] Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N.-B., Currie, A., Peile, E., Stranges, S. & Miller, M. A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep, 31*(5), 619–626. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.5.619>
- [6.18] Steenari, M.-R., Vuontela, V., Paavonen, E. J., Carlson, S., Fjallberg, M. & Aronen, E. T. (2003). Working memory and sleep in 6- to 13-year-old schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00014>
- [6.19] Matricciani, L., Blunden, S., Rigney, G., Williams, M. T. & Olds, T. S. (2013). Children's sleep needs: is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children? *Sleep, 36*(4), 527–534. <https://doi.org/10.5665/sleep.2538>
- [6.20] Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *Int J Behav Nutr Phys Act, 15*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>
- [6.21] Schmutz, E. A., Leeger-Aschmann, C. S., Radtke, T., Muff, S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2017). Correlates of preschool children's objectively measured physical activity and sedentary behavior: a cross-sectional analysis of the SPLASHY study. *Int J Behav Nutr Phys Act, 14*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0456-9>
- [6.22] Lightfoot, J. T., Geus, E. J. C. de, Booth, F. W., Bray, M. S., Hoed, M. den, Kaprio, J., Kelly, S. A., Pomp, D., Saul, M. C., Thomis, M. A., Garland, T. & Bouchard, C. (2018). Biological/genetic regulation of physical activity level: consensus from GenBioPAC. *Med Sci Sports Exerc, 50*(4), 863–873. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001499>
- [6.23] Jenni, O. G. (2021). Bereiche der Entwicklung: die Facetten des Kindes. In O. G. Jenni (Hg.), *Die Kindliche Entwicklung Verstehen: Praxiswissen über Phasen und Störungen* (S. 59–161). Springer.
- [6.24] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [6.25] Corder, K., Sharp, S. J., Atkin, A. J., Andersen, L. B., Cardon, G., Page, A. S., Davey, R., Grøntved, A., Hallal, P. C., Janz, K. F., Kordas, K., Kriemler, S., Puder, J. J., Sardinha, L. B., Ekelund, U. & Sluijs, E. M. F. van (2016). Age-related patterns of vigorous-intensity physical activity in youth: The International Children's Accelerometry Database. *Prev Med Rep, 4*, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.05.006>
- [6.26] Wu, S., Cohen, D. A., Shi, Y., Pearson, M., Sturm, R. & Cohen, D. A. (2011). Economic analysis of physical activity interventions. *Am J Prev Med, 40*(2), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.029>
- [6.27] Craddock, A. L., Barrett, J. L., Kenney, E. L., Giles, C. M., Ward, Z. J., Long, M. W., Resch, S. C., Pipito, A. A., Wei, E. R. & Gortmaker, S. L. (2017). Using cost-effectiveness analysis to prioritize policy and programmatic approaches to physical activity promotion and obesity prevention in childhood. *Prev Med, 95*(Suppl.), S17–S27. <https://doi.org/10.1016/j.ympmed.2016.10.017>
- [6.28] Moore, J. B., Heboyan, V., Oniffrey, T. M., Brinkley, J., Andrews, S. M. & Kolbe, M. B. (2017). Cost-effectiveness of community-based minigrants to increase physical activity in youth. *J Public Health Manag Pract, 23*(4), 364–369. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000486>
- [6.29] Wang, H., Li, T., Siahpush, M., Chen, L.-W. & Huberty, J. (2017). Cost-effectiveness of ready for recess to promote physical activity in children. *J Sch Health, 87*(4), 278–285. <https://doi.org/10.1111/josh.12495>

- [6.30] Burn, E., Marshall, A. L., Miller, Y. D., Barnett, A. G., Fjeldsoe, B. S. & Graves, N. (2015). The cost-effectiveness of the MobileMums intervention to increase physical activity among mothers with young children: a Markov model informed by a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 5(4), e007226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007226>
- [6.31] Williams, C. M., Lin, C.-W. C. & Jan, S. (2012). Economic analysis of physical activity interventions. *Br J Sports Med*, 46(6), 422–423. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091121>
- [6.32] Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H.-H. (2012). The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review. *Obes Rev*, 13(6), 537–553. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00980.x>
- [6.33] World Health Organization (WHO) (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>
- [6.34] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>
- [6.35] Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) (2022). *Bewegungsempfehlungen*. <https://www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html>
- [6.36] Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Dalene, K. E., Kolle, E., Northstone, K., Møller, N. C., Grøntved, A., Wedderkopp, N., Kriemler, S., Page, A. S., Puder, J. J., Reilly, J. J., Sardinha, L. B., Sluijs, E. M. F. van, Andersen, L. B., Ploeg, H. P. van der, Ahrens, W., Flexeder, C., Standl, M., ... Ekelund, U. (2020). Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe: harmonized analyses of 47,497 children and adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00930-x>
- [6.37] Herzig, M., Dössegger, A., Mäder, U., Kriemler, S., Wunderlin, T., Grize, L., Brug, J., Manios, Y., Braun-Fahrlander, C. & Bringolf-Isler, B. (2012). Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren in German-speaking Switzerland compared to seven countries in Europe. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 139. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-139>
- [6.38] Verloigne, M., Lippevelde, W. van, Maes, L., Yildirim, M., Chinapaw, M., Manios, Y., Androutsos, O., Kovács, E., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bourdeaudhuij, I. de (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-34>
- [6.39] Sucht Schweiz (2021). *Health behaviour in school-aged children (HBSC): WHO collaborative cross-national survey*. https://www.hbsc.ch/de/studie_in_kurze.html
- [6.40] Sauter, D. (2019). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen: Veränderungen zwischen 1994 und 2015 – Analyse basierend auf den Mikrozinsen «Mobilität und Verkehr» 2004 bis 2015*. ASTRA. www.astra.admin.ch/dam/astra/de/dokumente/langsamverkehr/mobilitaet-kinder-2019.pdf
- [6.41] Kriemler, S., Zahner, L., Schindler, C., Meyer, U., Hartmann, T., Hebestreit, H., Brunner-La Rocca, H.-P., Mechelen, W. van, Puder, J. J. & Brunner-La Rocca, H.-P. (2010). Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c785. <https://doi.org/10.1136/bmj.c785>
- [6.42] Meyer, U., Schindler, C., Zahner, L., Ernst, D., Hebestreit, H., Mechelen, W. van, Brunner-La Rocca, H.-P., Probst-Hensch, N., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2014). Long-term effect of a school-based physical activity program (KISS) on fitness and adiposity in children: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(2), e87929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087929>
- [6.43] Meyer, U., Schindler, C., Bloesch, T., Schmocker, E., Zahner, L., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2014). Combined impact of negative lifestyle factors on cardiovascular risk in children: a randomized prospective study. *J Adolesc Health*, 55(6), 790–795. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.007>
- [6.44] Meyer, U., Ernst, D., Zahner, L., Schindler, C., Puder, J. J., Kraenzlin, M., Rizzoli, R. & Kriemler, S. (2013). 3-Year follow-up results of bone mineral content and density after a school-based physical activity randomized intervention trial. *Bone*, 55(1), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.03.005>

- [6.45] Meyer, U., Roth, R., Zahner, L., Gerber, M., Puder, J. J., Hebestreit, H. & Kriemler, S. (2013). Contribution of physical education to overall physical activity. *Scand J Med Sci Sports*, 23(5), 600–606. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2011.01425.x>
- [6.46] Zahner, L., Muehlbauer, T., Schmid, M., Meyer, U., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2009). Association of sports club participation with fitness and fatness in children. *Med Sci Sports Exerc*, 41(2), 344–350. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318186d843>
- [6.47] Thiele, J. (Hg.) (2011). *Tägliche Sportstunde an Grundschulen in NRW: Modelle – Umsetzung – Ergebnisse*. Meyer & Meyer.
- [6.48] Bürgi, F., Meyer, U., Granacher, U., Schindler, C., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2011). Relationship of physical activity with motor skills, aerobic fitness and body fat in preschool children: a cross-sectional and longitudinal study (Ballabeina). *Int J Obes (Lond)*, 35(7), 937–944. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.54>
- [6.49] Bürgi, F., Meyer, U., Niederer, I., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Granacher, U., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2010). Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 10, 733. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-733>
- [6.50] Bürgi, F., Niederer, I., Schindler, C., Bodenmann, P., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2012). Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial (Ballabeina). *Prev Med*, 54(5), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.02.007>
- [6.51] Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Kriemler, S., Nydegger, A., Zahner, L., Niederer, I., Bürgi, F. & Puder, J. J. (2012). Differences in aerobic fitness and lifestyle characteristics in preschoolers according to their weight status and sports club participation. *Obes Facts*, 5(1), 23–33. <https://doi.org/10.1159/000336603>
- [6.52] Niederer, I., Bürgi, F., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Nydegger, A., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2013). Effects of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in overweight or low fit preschoolers (Ballabeina). *Obesity (Silver Spring)*, 21(3), e287–e293. <https://doi.org/10.1002/oby.20119>
- [6.53] Niederer, I., Kriemler, S., Gut, J., Hartmann, T., Schindler, C., Barral, J. & Puder, J. J. (2011). Relationship of aerobic fitness and motor skills with memory and attention in preschoolers (Ballabeina): a cross-sectional and longitudinal study. *BMC Pediatr*, 11, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-34>
- [6.54] Puder, J. J., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Zahner, L., Niederer, I., Bürgi, F., Ebenegger, V., Nydegger, A. & Kriemler, S. (2011). Effect of multidimensional lifestyle intervention on fitness and adiposity in predominantly migrant preschool children (Ballabeina): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 343, d6195. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6195>
- [6.55] Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Radtke, T., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2016). Regional sociocultural differences as important correlate of physical activity and sedentary behaviour in Swiss preschool children. *Swiss Med Wkly*, 146, w14377. <https://doi.org/10.4414/smw.2016.14377>
- [6.56] Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Zysset, A. E., Kakebeeke, T. H., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2019). Accelerometer-derived physical activity estimation in preschoolers: comparison of cut-point sets incorporating the vector magnitude vs the vertical axis. *BMC Public Health*, 19(1), 513. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6837-7>
- [6.57] Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Fares, F., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2016). The Swiss preschoolers' health study (SPLASHY): objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatr*, 16, 85. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0617-7>
- [6.58] Schmutz, E. A., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2020). Motor competence and physical activity in early childhood: stability and relationship. *Front Public Health*, 8, 39. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00039>

- [6.59] Arhab, A., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Lanzi, S., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2018). Childcare correlates of physical activity, sedentary behavior, and adiposity in preschool children: a cross-sectional analysis of the SPLASHY study. *J Environ Public Health*, 2018, 9157194. <https://doi.org/10.1155/2018/9157194>
- [6.60] Arhab, A., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2019). Association of physical activity with adiposity in preschoolers using different clinical adiposity measures: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*, 19(1), 397. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1764-4>
- [6.61] Herzig, D., Eser, P., Radtke, T., Wenger, A., Rusterholz, T., Wilhelm, M., Achermann, P., Arhab, A., Jenni, O. G., Kakebeeke, T. H., Leeger-Aschmann, C. S., Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Schmutz, E. A., Stülb, K., Zysset, A. E. & Kriemler, S. (2017). Relation of heart rate and its variability during sleep with age, Physical Activity, and Body Composition in Young Children. *Front Physiol*, 8, 109. <https://doi.org/10.3389/fphys.2017.00109>
- [6.62] MOBAK (2021). *Motorische Basiskompetenzen*. <http://mobak.info/>
- [6.63] Herrmann, C., Gerlach, E. & Seelig, H. (2015). Development and Validation of a Test Instrument for the Assessment of Basic Motor Competencies in Primary School. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 19(2), 80–90. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2014.998821>
- [6.64] Herrmann, C., Bretz, K. & Kühnis, J. *Motorische Basiskompetenzen im Kindergarten: Monitoring und Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter, Gewichtsstatus und bewegungsförderndem Kindergarten*. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_055_GFCH_2021-05_-_Mobak.pdf
- [6.65] Barker, D. J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*, 311(6998), 171–174. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6998.171>
- [6.66] Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Buklijas, T., Low, F. M. & Beedle, A. S. (2009). Epigenetic mechanisms that underpin metabolic and cardiovascular diseases. *Nat Rev Endocrinol*, 5(7), 401–408. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.102>
- [6.67] Coe, D. P. (2020). Means of optimizing physical activity in the preschool environment. *Am J Lifestyle Med*, 14(1), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1559827618818419>
- [6.68] Fyfe-Johnson, A. L., Hazlehurst, M. F., Perrins, S. P., Bratman, G. N., Thomas, R., Garrett, K. A., Hafferty, K. R., Cullaz, T. M., Marcuse, E. K. & Tandon, P. S. (2021). Nature and children's health: a systematic review. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049155>
- [6.69] Matos, R., Monteiro, D., Amaro, N., Antunes, R., Coelho, L., Mendes, D. & Arufe-Giráldez, V. (2021). Parents' and children's (6–12 years old) physical activity association: a systematic review from 2001 to 2020. *Int J Environ Res Public Health*, 18(23), 6–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312651>
- [6.70] Mavilidi, M. F., Drew, R., Morgan, P. J., Lubans, D. R., Schmidt, M. & Riley, N. (2020). Effects of different types of classroom physical activity breaks on children's on-task behaviour, academic achievement and cognition. *Acta Paediatr*, 109(1), 158–165. <https://doi.org/10.1111/apa.14892>
- [6.71] Egger, F., Benzing, V., Conzelmann, A. & Schmidt, M. (2019). Boost your brain, while having a break! The effects of long-term cognitively engaging physical activity breaks on children's executive functions and academic achievement. *PLoS One*, 14(3), e0212482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212482>
- [6.72] Kriemler, S., Meyer, U. & Martin-Diener, E. (2014). Schulbasierte Interventionsprogramme zur Verbesserung der körperlichen Aktivität und der Fitness von Kindern und Jugendlichen. In S. Kriemler, W. Lawrenz, P. Schober, C. Dorner, C. Graf, S. Titze & G. Samitz (Hg.), *Körperliche Aktivität und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen – Empfehlungen – Praxis* (S. 134–145). Marseille.
- [6.73] Resaland, G. K., Aadland, E., Moe, V. F., Aadland, K. N., Skrede, T., Stavnsbo, M., Suominen, L., Steene-Johannessen, J., Glosvik, Ø., Andersen, J. R., Kvalheim, O. M., Engelsrud, G., Andersen, L. B., Holme, I. M., Ommundsen, Y., Kriemler, S., Mechelen, W. van, McKay, H. A., Ekelund, U. & Anderssen, S. A. (2016). Effects of physical activity on schoolchildren's academic performance: the Active Smarter Kids (ASK) cluster-randomized controlled trial. *Prev Med*, 91, 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.005>

- [6.74] Zürcher Kantonalverband für Sport (ZKS) & Sportamt des Kantons Zürich (2014). *Von der Schule in den Sportverein: Der freiwillige Schulsport im Kanton Zürich* (Dossier Sportkanton Zürich). https://www.zks-zuerich.ch/sites/default/files/files/downloads/publikationen/themendossiers/2014_dossier_sportkanton_zuerich_2014_von_der_schule_in_den_sportverein_einzelseiten.pdf
- [6.75] Mears, R. & Jago, R. (2016). Effectiveness of after-school interventions at increasing moderate-to-vigorous physical activity levels in 5- to 18-year olds: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 50(21), 1315–1324. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094976>
- [6.76] Hillman, C. H., Erickson, K. I. & Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurosci*, 9(1), 58–65. <https://doi.org/10.1038/nrn2298>
- [6.77] Hillman, C. H., Kamijo, K. & Scudder, M. (2011). A review of chronic and acute physical activity participation on neuroelectric measures of brain health and cognition during childhood. *Prev Med*, 52(Suppl. 1), S21–S28. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.024>
- [6.78] Morrow, J. R., Martin, S. B., Welk, G. J., Zhu, W. & Meredith, M. D. (2010). Overview of the Texas Youth Fitness Study. *Res Q Exerc Sport*, 81(3 Suppl.), S1–S5. <https://doi.org/10.1080/02701367.2010.10599688>
- [6.79] Bailey, R. (2006). Physical education and sport in schools: a review of benefits and outcomes. *J Sch Health*, 76(8), 397–401. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2006.00132.x>
- [6.80] Kriemler, S., Hebestreit, H. & Radtke, T. (2021). Einfluss von Bewegung und Sport auf die Gesundheit und Entwicklung. In I. Menrath, C. Graf, U. Granacher & S. Kriemler (Hg.), *Pädiatrische Sportmedizin: Kompendium für Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Sportärzte* (S. 35–50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61588-1_4
- [6.81] Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts*, 2(3), 187–195. <https://doi.org/10.1159/000222244>
- [6.82] [o. V.] (2013). Ready, set, go for physical activity. *Lancet*, 381(9882), 1960. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61185-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61185-X)
- [6.83] Nogrady, B. (2017). Childhood obesity: a growing concern. *Nature*, 551(S96). <https://doi.org/10.1038/d41586-017-05868-y>

Chapitre 7

- [7.1] Marczak, L., O'Rourke, K. & Shepard, D. (2016). When and why people die in the United States, 1990–2013. *JAMA*, 315(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17599>
- [7.2] Dyke, N. van & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutr*, 17(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- [7.3] Société Suisse de Nutrition (SSN). *Disque alimentaire suisse*. www.sge-ssn.ch/fr/disque-de-l'alimentation/
- [7.4] Rangelov, N., Nogueira Avelar e Silva, R. & Suggs, L. S. (2021). Policy and food consumption: what nutrition guidelines are Swiss children meeting and what determines adherence? *Front Nutr*, 8, 641799. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.641799>
- [7.5] Suggs, L. S., Della Bella, S. & Marques-Vidal, P. (2016). Low adherence of Swiss children to national dietary guidelines. *Prev Med Rep*, 3, 244–249. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.004>
- [7.6] Gross, K., Späth, A., Dratva, J. & Stutz, E. Z. (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study: étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie*. Swiss TPH.
- [7.7] Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: linking research, theory, and practice* (3. Aufl.). Jones & Barlett Learning.
- [7.8] Birch, L. L. & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 893–907. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70347-3)
- [7.9] Ranjit, N., Wilkinson, A. V., Lytle, L. M., Evans, A. E., Saxton, D. & Hoelscher, D. M. (2015). Socioeconomic inequalities in children's diet: the role of the home food environment. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12(Suppl. 1), S4. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-12-S1-S4>
- [7.10] Vidgen, H. A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>

- [7.11] Cotton, W., Dudley, D., Peralta, L. & Werkhoven, T. (2020). The effect of teacher-delivered nutrition education programs on elementary-aged students: an updated systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep*, 20, 101178. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101178>
- [7.12] Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockcroft, J. E. & Hetherington, M. M. (2018). Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2–5 years. *Appetite*, 127, 138–154. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.019>
- [7.13] Danford, C. A., Schultz, C. & Marvicsin, D. (2015). Parental roles in the development of obesity in children: challenges and opportunities. *RRB*, 6, 39–53. <https://doi.org/10.2147/RRB.S75369>
- [7.14] Blaine, R. E., Kachurak, A., Davison, K. K., Klabunde, R. & Fisher, J. O. (2017). Food parenting and child snacking: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0593-9>
- [7.15] DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M. B. & Olsen, A. (2017). Changing children's eating behaviour: a review of experimental research. *Appetite*, 113, 327–357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.004>
- [7.16] Rochira, A., Tedesco, D., Ubiali, A., Fantini, M. P. & Gori, D. (2020). School gardening activities aimed at obesity prevention improve body mass index and waist circumference parameters in school-aged children: a systematic review and meta-analysis. *Child Obes*, 16(3), 154–173. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0253>
- [7.17] Robinson, C. W. & Zajicek, J. M. (2005). Growing Minds: The effects of a one-year school garden program on six constructs of life skills of elementary school children. *horttech*, 15(3), 453–457. <https://doi.org/10.21273/HORTTECH.15.3.0453>
- [7.18] Bailey, C. J., Drummond, M. J. & Ward, P. R. (2019). Food literacy programmes in secondary schools: a systematic literature review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *Public Health Nutr*, 22(15), 2891–2913. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001666>
- [7.19] Muzaffar, H., Metcalfe, J. J. & Fiese, B. (2018). Narrative review of culinary interventions with children in schools to promote healthy eating: directions for future research and practice. *Curr Dev Nutr*, 2(6), nzy016. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzy016>
- [7.20] Hasan, B., Thompson, W. G., Almasri, J., Wang, Z., Lakis, S., Prokop, L. J., Hensrud, D. D., Frie, K. S., Wirtz, M. J., Murad, A. L., Ewoldt, J. S. & Murad, M. H. (2019). The effect of culinary interventions (cooking classes) on dietary intake and behavioral change: a systematic review and evidence map. *BMC Nutr*, 5, 29. <https://doi.org/10.1186/s40795-019-0293-8>
- [7.21] Horst, K. van der, Ferrage, A. & Rytz, A. (2014). Involving children in meal preparation: effects on food intake. *Appetite*, 79, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.030>
- [7.22] Hagmann, D., Siegrist, M. & Hartmann, C. (2020). Acquisition of cooking skills and associations with healthy eating in Swiss adults. *J Nutr Educ Behav*, 52(5), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.016>
- [7.23] Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [7.24] Raine, K. D., Atkey, K., Olstad, D. L., Ferdinands, A. R., Beaulieu, D., Buhler, S., Campbell, N., Cook, B., L'Abbé, M., Lederer, A., Mowat, D., Maharaj, J., Nykiforuk, C., Shelley, J. & Street, J. (2018). Approvisionnement en aliments sains et normes nutritionnelles dans les établissements publics: synthèse des données probantes et recommandations stratégiques consensuelles [Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations]. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 38(1), 6–17. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.1.03>
- [7.25] Bucher Della Torre, S., Fabbi, S. & Carrard, I. (2021). Healthy snacks in school: how do regulations work? A mixed-design study. *J Sch Health*, 91(9), 697–705. <https://doi.org/10.1111/josh.13061>
- [7.26] Bucher Della Torre, S., Moullet, C. & Jotterand Chaparro, C. (2021). Impact of measures aiming to reduce sugars intake in the general population and their implementation in Europe: a scoping review. *Int J Public Health*, 66, 1604108. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604108>

- [7.27] Bere, E., Velde, S. J. te, Småstuen, M. C., Twisk, J. & Klepp, K.-I. (2015). One year of free school fruit in Norway: 7 years of follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12, 139. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0301-6>
- [7.28] Carrard, I., Bucher Della Torre, S. & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes [Promoting a positive body image in young people]. *Santé publique*, 31(4), 507–515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- [7.29] Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2015). Media Literacy in the Prevention of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hg.), *The Wiley handbook of eating disorders, vol. 2: Assessment, Prevention, Treatment, Policy, and Future Directions* (S. 610–624). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch45>
- [7.30] Dalrymple, K. V., Vogel, C., Godfrey, K. M., Baird, J., Harvey, N. C., Hanson, M. A., Cooper, C., Inskip, H. M. & Crozier, S. R. (2022). Longitudinal dietary trajectories from preconception to mid-childhood in women and children in the Southampton Women's Survey and their relation to offspring adiposity: a group-based trajectory modelling approach. *Int J Obes (Lond)*, 46(4), 758–766. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-01047-2>
- [7.31] Louise, J., Poprzeczny, A. J., Deussen, A. R., Vinter, C., Tanvig, M., Jensen, D. M., Bogaerts, A., Devlieger, R., McAuliffe, F. M., Renault, K. M., Carlsen, E., Geiker, N., Poston, L., Briley, A., Thangaratinam, S. & Dodd, J. M. (2021). The effects of dietary and lifestyle interventions among pregnant women with overweight or obesity on early childhood outcomes: an individual participant data meta-analysis from randomised trials. *BMC Med*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01995-6>
- [7.32] Walker, R., Bennett, C., Blumfield, M., Gwini, S., Ma, J., Wang, F., Wan, Y. & Truby, H. (2018). Attenuating pregnancy weight gain – what works and why: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/nu10070944>
- [7.33] Fair, F. & Soltani, H. (2021). A meta-review of systematic reviews of lifestyle interventions for reducing gestational weight gain in women with overweight or obesity. *Obes Rev*, 22(5), e13199. <https://doi.org/10.1111/obr.13199>
- [7.34] McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S. & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- [7.35] Chaudhary, A., Sudzina, F. & Mikkelsen, B. E. (2020). Promoting healthy eating among young people: a review of the evidence of the impact of school-based interventions. *Nutrients*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/nu12092894>
- [7.36] Hodder, R. K., O'Brien, K. M., Tzelepis, F., Wyse, R. J. & Wolfenden, L. (2020). Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD008552. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008552.pub7>
- [7.37] Lasserre, A. M., Chioloro, A., Cachat, F., Paccaud, F. & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring)*, 15(12), 2912–2919. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- [7.38] Mestral, C. de, Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Stringhini, S. & Bochud, M. (2019). The contribution of diet quality to socioeconomic inequalities in obesity: a population-based study of Swiss adults. *Nutrients*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/nu11071573>
- [7.39] Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S. & Rolet, S. (2020). Nutritional status and obstacles to healthy eating among refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*, 22(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- [7.40] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.
- [7.41] Berge, J. M., Fertig, A. R., Trofholz, A., Neumark-Sztainer, D., Rogers, E. & Loth, K. (2020). Associations between parental stress, parent feeding practices, and child eating behaviors within the context of food insecurity. *Prev Med Rep*, 19, 101146. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101146>

- [7.42] Marshall, H. & Albin, J. (2021). Food as medicine: a pilot nutrition and cooking curriculum for children of participants in a community-based culinary medicine class. *Matern Child Health J*, 25(1), 54–58. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03031-0>
- [7.43] McCabe, C. F., O'Brien-Combs, A. & Anderson, O. S. (2020). Cultural Competency Training and Evaluation Methods Across Dietetics Education: A Narrative Review. *J Acad Nutr Diet*, 120(7), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.01.014>
- [7.44] Slater, J., Falkenberg, T., Rutherford, J. & Colatruglio, S. (2018). Food literacy competencies: A conceptual framework for youth transitioning to adulthood. *Int J Consum Stud*, 42(5), 547–556. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12471>
- [7.45] Kamimura, A., Higham, R., Panahi, S., Lee, E., Griffin, R. J., Sundrud, J. & Lucero, M. (2022). How food insecurity and financial difficulty relate to emotional well-being and social functioning. *South Med J*, 115(1), 1–7. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001342>
- [7.46] Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L. M., Nicklaus, S., Kok, F. J., Merdji, M., Fisberg, M., Moreno, L. A., Goulet, O. & Hughes, S. O. (2019). Nurturing children's healthy eating: position statement. *Appetite*, 137, 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.007>
- [7.47] Satter, E. (2007). Eating competence: Nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*, 39(5 Suppl.), 189–94. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.04.177>

Chapitre 8

- [8.1] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2019). *Aide-mémoire – santé mentale*. <https://who-sandbox.squiz.cloud/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>
- [8.2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Enquête suisse sur la santé 2017: Statistiques de la santé 2019*. Rapport.
- [8.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [8.4] Stülb, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Munsch, S. (2019). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry Hum Dev*, 50(3), 439–448. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0849-x>
- [8.5] Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/covid-19/covid-19-psychische-gesundheit-schlussbericht.pdf>
- [8.6] Pro Juventute Suisse (2021). *Rapport de Pro Juventute sur le coronavirus: Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les enfants, les jeunes et leurs familles en Suisse*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69044>
- [8.7] Fournier, P. & Gentaz, É. (Hg.) (2022). *Le développement neurocognitif de la naissance à l'adolescence*. Elsevier Masson.
- [8.8] Blakemore, S.-J. (2019). *Adolescence and mental health*. *Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- [8.9] Meredith, R. M. (2015). Sensitive and critical periods during neurotypical and aberrant neurodevelopment: a framework for neurodevelopmental disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, 50, 180–188. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.001>
- [8.10] Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscience: Exploring the brain* (3. Aufl.). Lippincott Williams & Wilkins.
- [8.11] Gentaz, É., Denervaud, S. & Vannetzel, L. (2016). *La vie secrète des enfants: Comprendre son enfant pour mieux accompagner son développement*. Odile Jacob.
- [8.12] Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité: concepts, modèles et outils*. Dunod.

- [8.13] Adamson, P. (2008). *La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant: Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés* (Bilan Innocenti 8). UNICEF. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_fre.pdf
- [8.14] Schärer, M. & Zottos, E. (2014). *A petits pas ...: Histoire des crèches à Genève 1874–1990*. (Cahiers de l'EESP: Bd. 51). Editions EESP.
- [8.15] SRED (2014). *Observatoire cantonal de la petite enfance (OCPE)*. Focus no 1 à 8, 2014/2015.
- [8.16] Organisation for Economic Cooperation Development (OECD) (2012). *Starting Strong II: early childhood education and care*. <http://www.oecd.org/edu/school/49325825.pdf>
- [8.17] UNESCO; Education for All (2007). *Strong foundations: Early childhood care and education*. (EFA global monitoring report: Bd. 5). UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147794>
- [8.18] Buholzer, A. (2012). *Encouragement de l'intégration dans le domaine préscolaire: Rapport d'évaluation (version succincte)*. Haute Ecole Pédagogique de Suisse centrale. www.rhf.admin.ch/dam/ekm/de/data/projekte/eval_frueh_f_kurz.pdf
- [8.19] Godeau, E., Spilka, S., Ehlinger, V., Sentenac, M. & Alfaro, D. P. (2018). *Comportements de santé et de bien être des élèves de 11, 13 & 15 ans dans 45 pays et ou régions d'Europe et au Canada: Résultats de l'enquête internationale Health Behavior in School-aged Children*. HSBC; EnCLASS France. www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Comparaisons-internationales-comportements-de-sante-HBSC-EnCLASS-2018-synthese.pdf
- [8.20] Piketty, T. (2013). *La capital au XXI siècle*. Paris : Seuil.
- [8.21] Guggisberg, M., Häni, S. & Berger, L. (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern: Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014* (Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung 20). BFS. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/1365790>
- [8.22] Mikolajczak, M. (Hg.) (2014). *Les compétences émotionnelles*. (Psycho Sup). Dunod.
- [8.23] Bayet, L., Pascalis, O. & Gentaz, É. (2014). Le développement de la discrimination des expressions faciales émotionnelles chez les nourrissons dans la première année. *Annee Psychol*, 114(3), 469–500. <https://doi.org/10.3917/anpsy.143.0469>
- [8.24] Theurel, A., Witt, A., Malsert, J., Lejeune, F., Fiorentini, C., Barisnikov, K. & Gentaz, É. (2016). The integration of visual context information in facial emotion recognition in 5- to 15-year-olds. *J Exp Child Psychol*, 150, 252–271. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2016.06.004>
- [8.25] Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- [8.26] Theurel, A. & Gentaz, É. (2018). The regulation of emotions in adolescents: Age differences and emotion-specific patterns. *PLoS One*, 13(6), e0195501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195501>
- [8.27] Housieux, M. & Lahaye, M. (2013). Les compétences émotionnelles chez l'enfant. In O. Luminet (Hg.), *Psychologie des émotions: Confrontation et évitement* (S. 177–208). De Boeck.
- [8.28] MacCann, C., Jiang, Y., Brown, L. E. R., Double, K. S., Bucich, M. & Minbashian, A. (2020). Emotional intelligence predicts academic performance: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 146(2), 150–186. <https://doi.org/10.1037/bul0000219>
- [8.29] Richard, S., Gay, P. & Gentaz, É. (2021). Pourquoi et comment soutenir le développement des compétences émotionnelles chez les élèves âgés de 4 à 7 ans et chez leur enseignant.e ? Apports des sciences cognitives. *Raisons éducatives*, 25(1), 261–287. <https://doi.org/10.3917/raised.025.0261>
- [8.30] Pekrun, R. & Linnenbrink-Garcia, L. (Hg.) (2014). *International handbook of emotion in education*. Routledge.
- [8.31] Gentaz, É. (2015). Apprentissages, cognition et émotion: de la théorie à la pratique. *ANAE*, 139.
- [8.32] Denham, S. A., Bassett, H. H., Zinsser, K. & Wyatt, T. M. (2014). How preschoolers' social-emotional learning predicts their early school success: developing theory-promoting, competency-based assessments. *Inf Child Dev*, 23(4), 426–454. <https://doi.org/10.1002/icd.1840>
- [8.33] Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B. & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychol Sci*, 12(1), 18–23. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00304>

- [8.34] Pellegrini, A. D. & Smith, P. K. (1998). Physical activity play: the nature and function of a neglected aspect of playing. *Child Dev*, 69(3), 577–598.
- [8.35] Lindsey, E. W. & Colwell, M. J. (2013). Pretend and physical play: links to preschoolers' affective social competence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 59(3), 330–360.
<https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.59.3.0330>
- [8.36] Cavadini, T., Richard, S., Dalla-Libera, N. & Gentaz, É. (2021). Emotion knowledge, social behaviour and locomotor activity predict the mathematic performance in 706 preschool children. *Sci Rep*, 11(1), 14399. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93706-7>
- [8.37] Sprung, M., Münch, H. M., Harris, P. L., Ebesutani, C. & Hofmann, S. G. (2015). Children's emotion understanding: A meta-analysis of training studies. *Dev Rev*, 37, 41–65.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.05.001>
- [8.38] Theurel, A. & Gentaz, É. (2015). Entraîner les compétences émotionnelles à l'école. *ANAE*, 139, 545–555.
- [8.39] Lamboy, B., Shankland, R. & Williamson, M.-O. (2021). *Les compétences psychosociales: Manuel de développement*. De Boeck Supérieur.
- [8.40] Richard, S. & Gentaz, É. (Hg.) (2020). *Le jeu et ses effets sur le développement et les apprentissages: regards multiples*. (A.N.A.E.: Bd. 165).
- [8.41] Howard, J. & McInnes, K. (2013). The impact of children's perception of an activity as play rather than not play on emotional well-being. *Child*, 39(5), 737–742.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01405.x>
- [8.42] Fisher, E. P. (1992). The impact of play on development: a meta-analysis. *Play & Culture*, 5, 159–181.
<https://psycnet.apa.org/record/1992-42498-001>
- [8.43] Galyer, K. T. & Evans, I. M. (2001). Pretend Play and the Development of Emotion Regulation in Preschool Children. *Early Child Development and Care*, 166(1), 93–108.
<https://doi.org/10.1080/0300443011660108>
- [8.44] Richard, S. & Gentaz, É. (2019). Jeux d'enfants et règles de société. In C. Courtet, M. Besson, F. Lavocat & A. Viala (Hg.), *Le jeu et la règle* (S. 87–100). CNRS Éditions.
- [8.45] Richard, S., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2019). Les effets bénéfiques du jeu sur le développement de l'enfant. *Médecine et enfance*, 5–6, 137–143. <http://hdl.handle.net/20.500.12162/5437>
- [8.46] Richard, S., Gay, P., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2019). Évaluation d'un entraînement basé sur le jeu de faire semblant destiné à favoriser le développement des compétences socio-émotionnelles chez les enfants de cinq ans: étude exploratoire. *Annee Psychol*, 119(3), 291–332.
<https://doi.org/10.3917/anpsy1.193.0291>
- [8.47] Richard, S., Baud-Bovy, G., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2021). The effects of a 'pretend play-based training' designed to promote the development of emotion comprehension, emotion regulation, and prosocial behaviour in 5- to 6-year-old Swiss children. *Br J Psychol*, 112(3), 690–719.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12484>
- [8.48] Richard, S., Baud-Bovy, G., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2021). The effects of a 'pretend play-based training' designed to promote the development of emotion comprehension, emotion regulation, and prosocial behaviour in 5- to 6-year-old Swiss children. *Br J Psychol*, 112(3), 690–719.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12484>
- [8.49] Gentaz, E. & Richard, S. (2022). *Efficacité des interventions conduites dans les classes : la nécessité de l'évaluation de leur implémentation*. Paris : Cnesco-Cnam.
- [8.50] Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- [8.51] Theurel, A., Gimbert, F. & Gentaz, É. (2005). Quels sont les bénéfices académiques, cognitifs, socio-émotionnels et psychologiques des interventions basées sur la pleine conscience en milieu scolaire? Une synthèse des 39 études quantitatives publiées entre 2005 et 2017. *ANAE*, 154, 337–352.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01924530>
- [8.52] Bandura, A. (1978). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 139–161. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)

- [8.53] Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol*, 15(2), 265–288. <https://doi.org/10.1348/135910709X461752>
- [8.54] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [8.55] Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Margada.
- [8.56] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2019). *Auto-efficacité: Une brochure destinée aux responsables de projets et de programmes des programmes d'action cantonaux en vue d'encourager l'auto-efficacité et les compétences de vie*. <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles/auto-efficacite.html>
- [8.57] Gentaz, É. (2019). *Le développement psychologique de l'enfant*. Université de Genève. <https://www.coursera.org/learn/enfant-developpement>
- [8.58] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2002). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107482>
- [8.59] Kitzmann, M. (2016). *Le rôle et le recours aux grands-parents dans la prise en charge des enfants en bas âge: entre pratiques, normes et inégalités*. Rapport final – projet «Grands-parentalités». DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/grands_parents_gemass_.pdf
- [8.60] Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*, 128(4), 539–579. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
- [8.61] McDaniel, B. T. & Radesky, J. S. (2018). Technoference: parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child Dev*, 89(1), 100–109. <https://doi.org/10.1111/cdev.12822>
- [8.62] Pappas, S. (2020). What do we really know about kids and screens. *Monitor*, 51(3), 42. www.apa.org/monitor/2020/04/cover-kids-screens
- [8.63] Jungmann, T., Dähne, V., Sierau, S., Serbati, S., Dugravier, R. & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Res Rev J Nurs Health Sci*, 3(3). www.rroij.com/open-access/effectiveness.php?aid=86357
- [8.64] Clément, C. (2013). *Conditionnement, apprentissage et comportement humain*. Dunod.
- [8.65] Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwood, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S. & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol*, 39(2), 222–245. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.222>
- [8.66] Roskam, I., Kinoo, P. & Nassogne, M.-C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 55(4), 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- [8.67] Forehand, R., Rogers, T., McMahon, R. J., Wells, K. C. & Griest, D. L. (1981). Teaching parents to modify child behavior problems: an examination of some follow-up data. *J Pediatr Psychol*, 6(3), 313–322. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/6.3.313>
- [8.68] Eyberg, S. M. & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *J Clin Child Psychol*, 11(2), 130–137. <https://doi.org/10.1080/15374418209533076>
- [8.69] Webster-Stratton, C. H. & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years program for children from infancy to pre-adolescence: prevention and treatment of behavior problems. In R. C. Murrihy, A. D. Kidman & T. H. Ollendick (Hg.), *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth* (S. 117–138). Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6297-3_5
- [8.70] Sanders, M. R. & Mazzucchelli, T. G. (2017). *The power of positive parenting: transforming the lives of children, parents, and communities using the Triple P System*. Oxford Univ. Press.
- [8.71] Maignet, G., Lejeune, F. & Gentaz, É. (2021). Les effets des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) destinés à prévenir l'apparition et le maintien des troubles du comportement chez les jeunes enfants: une revue critique. *Revue de Neuropsychologie*, 13(4), 245–255.
- [8.72] Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *J Pers Soc Psychol*, 79(6), 1952–1993. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.6.1007>

- [8.73] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Les petits matins.
- [8.74] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.

Chapitre 9

- [9.1] Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L. & Milinski, B. (2002). Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 45(12), 952–959. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0514-0>
- [9.2] Borghini, A. (2015). Approche sensorimotrice et théorie de l'attachement: au cœur du dialogue tonique. *Enfance*, 4(4), 501–512. <https://doi.org/10.4074/S0013754515004115>
- [9.3] Walther, T. (2016). *Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être: Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières perçues*. Université de Fribourg.
- [9.4] Vasseur, R. & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès. <https://doi.org/10.3917/ERES.VASSE.2010.01>
- [9.5] Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel: un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28–29(1), 41–70. <https://doi.org/10.3917/CONT.028.0041>
- [9.6] Schoch, A. *Confiance en soi, Oser les défis. Youp'la Bouge, L'idée du mois: Ressources pour des structures préscolaires actives*. <https://www.youplabouge.ch/activites/>
- [9.7] Damasio, A. R. (2014). *L'autre moi-même: les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Odile Jacob.
- [9.8] Ajuriaguerra, J. de (1962). L'enfant et son corps. *Revue suisse de psychologie, pure et appliquée*, XXI, 1137–1157.
- [9.9] Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34–35(1), 133–155. <https://doi.org/10.3917/CONT.034.0133>
- [9.10] Lobbé, J. (2019). Neurodéveloppement et stimulation de la zone orale. In É. W. Pireyre (Hg.), *Autisme, corps et psychomotricité: Approches plurielles* (S. 77–81). Dunod.
- [9.11] Lehrplan 21. *Identität, Körper, Gesundheit: sich kennen und sich Sorge tragen*. D-EDK. <https://v-ef.lehrplan.ch/index.php?code=bl6111>
- [9.12] Plan d'études cadre romand (PER) (2010). *Corps et mouvement-Education physique* [CIIP 2010–2022]. www.plandetudes.ch/web/guest/education-physique
- [9.13] Holling, A. (2015). Energiebedarfsermittlung. In C. Römer-Lüthi & S. Theobald (Hg.), *Ernährungstherapie: Ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch* (S. 349–358). UTB; Haupt.
- [9.14] Harnish, M. J., Greenleaf, S. R. & Orr, W. C. (1998). A comparison of feeding to cephalic stimulation on postprandial sleepiness. *Physiol Behav*, 64(1), 93–96. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(98\)00025-0](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(98)00025-0)
- [9.15] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling obesities: Future Choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science. <https://www.foresightfordevelopment.org/sobipro/54/1231-tackling-obesities-future-choices-obesity-system-atlas>
- [9.16] Pudiel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783840909122>
- [9.17] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.) (PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [9.18] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- [9.19] Leiß, O. (2020). Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später: eine Bestandsaufnahme. In O. Leiß (Hg.), *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin: zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)* (S. 233–256). Transcript.
- [9.20] Grunert, S. C. (1993). *Essen und Emotionen: die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Beltz, Psychologie-Verlagsunion.

- [9.21] Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs-Umschau*, 52(8), 304–308. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/08_2005/EU08_304_308.pdf
- [9.22] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [9.23] Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- [9.24] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- [9.25] Bandura, A. (1965). Vicarious processes: a case of no-trial learning. *Advances In Experimental Social Psychology*, 2(C), 1–55. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10243893>
- [9.26] Rodgers, R. F. & Melioli, T. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part I: a review of empirical support. *Adolesc Res Rev*, 1(2), 95–119. <https://doi.org/10.1007/s40894-015-0016-6>
- [9.27] Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- [9.28] Holmberg, C., Chaplin, J. E., Hillman, T. & Berg, C. (2016). Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. *Appetite*, 99, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.009>
- [9.29] Rossi, C. D. & Adam, S. (2021). #food in Social Media: Trends und ihre möglichen Wirkungen auf das Essverhalten. *Ernährung im Fokus*(1), 16–21.
- [9.30] Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- [9.31] Alruwaily, A., Mangold, C., Greene, T., Arshonsky, J., Cassidy, O., Pomeranz, J. L. & Bragg, M. (2020). Child social media influencers and unhealthy food product placement. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4057>
- [9.32] Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P. & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- [9.33] McGloin, A. F. & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*, 74(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001505>
- [9.34] Nguyen, Q. C., Meng, H., Li, D., Kath, S., McCullough, M., Paul, D., Kanokvimankul, P., Nguyen, T. X. & Li, F. (2017). Social media indicators of the food environment and state health outcomes. *Public Health*, 148, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.013>
- [9.35] Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>
- [9.36] Carrotte, E. R., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*, 19(3), e95. <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- [9.37] Gentile, A., Servidio, R., Caci, B. & Boca, S. (2021). Social stigma and self-esteem as mediators of the relationship between Body Mass Index and Internet addiction disorder: An exploratory study. *Curr Psychol*, 40(3), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0054-x>
- [9.38] Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A. & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: a mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- [9.39] Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A. & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: the mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>

- [9.40] Turner, J. S. (2014). Negotiating a media effects model: addendums and adjustments to perloff's framework for social media's impact on body image concerns. *Sex Roles*, 71(11–12), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0431-3>
- [9.41] Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hg.) (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- [9.42] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the context of medical disorders: new pharmacological pathways revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [9.43] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [9.44] Burokas, A., Moloney, R. D., Dinan, T. G. & Cryan, J. F. (2015). Microbiota regulation of the Mammalian gut-brain axis. *Adv Appl Microbiol*, 91, 1–62. <https://doi.org/10.1016/bs.aambs.2015.02.001>
- [9.45] David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., Ling, A. V., Devlin, A. S., Varma, Y., Fischbach, M. A., Biddinger, S. B., Dutton, R. J. & Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
- [9.46] Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé S.A.
- [9.47] Winnicott, D. W. (1980). Pourquoi les enfants jouent-ils? In D. W. Winnicott (Hg.), *Petite bibliothèque Payot. L'enfant et le monde extérieur* (S. 123–128).
- [9.48] Stern, D. N. (1983). Le but et la structure du jeu mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI(1), 193–216.
- [9.49] Altmann de Litvan, M. (2002). Jeu et régulation affective. *Spirale*, 24(4), 138–149. <https://doi.org/10.3917/spi.024.0138>
- [9.50] Marcelli, D. & Raffeneau, F. (2012). Le bébé et le jeu. *Le Journal des psychologues*, 299(6), 18–23. <https://doi.org/10.3917/jdp.299.0018>
- [9.51] Cascales, T. (2015). Le repas du nourrisson dans tous ses états. *Empan*, 97(1), 134–140. <https://doi.org/10.3917/empan.097.0134>
- [9.52] Lejeune, F. (2020). Le jeu chez le tout petit. *ANAE*, 165(32, II), 135–143.
- [9.53] Comoretto, G. (2014). Des usages du jeu à la cantine. *Ethnologie française*, 44(4), 707–717. <https://doi.org/10.3917/ETHN.144.0707>
- [9.54] Kovacs, I. (2012). «Et si on jouait à rien?» Dans les institutions de la petite enfance subventionnées par la Ville de Genève (Les Cahiers pédagogiques du SDPE 1). Service de la petite enfance de la Ville de Genève. <https://www.reiso.org/articles/themes/enfance-et-jeunesse?task=export.export&id=118>
- [9.55] Legendre, A. (2011). Les lieux de jeux extérieurs des enfants d'âge scolaire: des espaces de proximité aux espaces publics urbains. *Pratiques Psychologiques*, 17(1), 31–48. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.01.005>
- [9.56] Blinkert, B. & Höfflin, P. (2016). *Freiraum für Kinder Ergebnisse einer Umfrage im Rahmen der Freiraumkampagne der Stiftung Pro Juventute*. Pro Juventute Suisse.
- [9.57] Gehri, M. (2017). Le jeu: petite revue de promotion de la santé pour l'enfant et sa famille. *Revue Médicale Suisse*, 13(569), 1343–1348. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.569.1343>
- [9.58] Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch