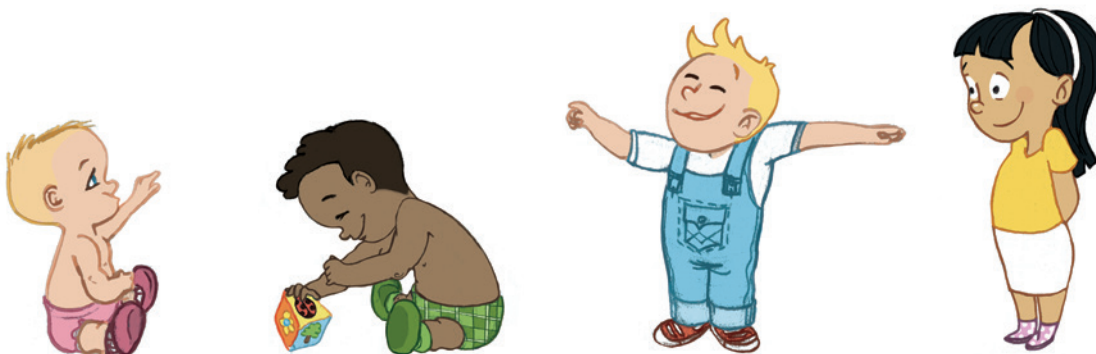


PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN RÉSEAUX DE SOINS

MANUEL DE RÉFÉRENCE À L'INTENTION DES
PROFESSIONNEL·LES DE LA PETITE ENFANCE (0-6 ANS)



NICOLA SOLDINI, FABIO PEDUZZI, LISE MIAUTON ESPEJO

CONTACT

Unisanté
PAPRICA
Route de Berne 113
1010 Lausanne
Tél. 021 545 10 11
paprica@unisante.ch

Ce manuel est une adaptation spécifique à la pédiatrie de: Bize R. Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Manuel de référence à l'intention des médecins. Polyclinique Médicale Universitaire, Office fédéral du sport, Collège de Médecine de Premier Recours, Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires. Lausanne 2012.

© Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique · Lausanne
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV),
Département femme-mère-enfant,
Site de l'Hôpital de l'enfance

IMPRESSUM

Soldini N., Peduzzi F., Miauton Espejo L. Promotion de l'activité physique en réseaux de soins. Manuel de référence à l'intention des professionnel·les de la petite enfance (0-6 ans). Hôpital de l'enfance de Lausanne, Société Suisse de Pédiatrie.

Les nombres en exposant qui suivent les noms se rapportent aux institutions ci-dessous.

AUTEURS

Nicola Soldini, spécialiste en activités physiques adaptées
Fabio Peduzzi, chef de projet
Dr méd. Lise Miauton Espejo, pédiatre, cheffe de clinique

EXPERTISE ET SUIVI

Dr méd. Raphaël Bize, MPH, Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Lausanne

RÉDACTION SPÉCIALISÉE

Alicia Seneviratne Elcherath, psychologue
Cristiana Fortini, psychologue
(Chapitre 7: prise en charge thérapeutique)

GROUPE DE RÉFÉRENCE 1 – SPÉCIALISTES

Dr méd. Raphaël Bize, MPH, Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Lausanne
Dr méd. Mario Gehri, pédiatre, médecin-chef
Dr méd. Nathalie Farpour-Lambert, pédiatre, médecin adjointe
Dr méd. Jean-Daniel Krähenbühl, pédiatre, MPH
Dr méd. Brian Martin, MPH
Dr méd. Jarden Puder, médecin adjointe

GROUPE DE RÉFÉRENCE 2 – PROFESSIONNEL·LES DE TERRAIN

Dr méd. Yvonne Bérard, pédiatre installée
Marie-Michelle Cardinaux, infirmière petite enfance
Murielle Caldeleri, sage-femme et professeure HES
Claire-Lise Desy, infirmière scolaire
Dr méd. Hans-Ulrich Meyer, pédiatre installé
Catherine Pilloud, infirmière en soins pédiatriques à domicile
Marie-Frédérique Séchaud, sage-femme indépendante (également rédaction du chapitre 6)

COLLABORATIONS

Dr méd. Patrick Bodenmann, médecin adjoint
Antoine Bonvin, spécialiste en activités physiques adaptées
Prof. Dr méd. Jacques Cornuz, directeur, médecin-chef
Laurence Di Benedetto, infirmière
Dr méd. Dominique Durrer, médecin généraliste
Raphaël Ehram, spécialiste en activités physiques adaptées
Claire Le Bas Despeisse, psychomotricienne
Anouk Longchamp, psychomotricienne
Dr méd. Nahum Frenck, pédiatre
Dr méd. Joan-Carles Suris, pédiatre, médecin associé
Anne Thorens, psychomotricienne
Dr Francine Viret, adjointe au programme des patients simulés

PARTICIPATIONS

Les pédiatres vaudois ayant pris part à l'évaluation des besoins des professionnel·les
Les parents ayant pris part aux groupes focus pour évaluer les besoins des familles
Les interprètes communautaires de l'Association Appartenances ayant participé aux groupes focus

RELECTURE 1^{ère} ÉDITION

Annick Bourgoïn, secrétaire de direction
Lise-Line Viret, assistante de direction

RELECTURE ET ADAPTATION 2022

Prof. Dr méd. Mario Gehri, Département femme-mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Prof. Dr méd. Joan-Carles Suris, Département femme-mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Lausanne
Dr méd. Lise Miauton Espejo, pédiatre, cheffe de clinique
Dr ès sc. Jérôme Spring, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Lausanne
Debora Gavin, étudiante en 3^{ème} année de master en médecine, faculté de biologie et médecine de Lausanne
Laura Beauverd, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Lausanne
Sandrine Correvon, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Lausanne

COMITÉ DE PILOTAGE

Dr Alexia Fournier Fall, responsable de programme,
Dr méd. Mario Gehri, pédiatre, médecin-chef

INSTITUTIONS AYANT PARTICIPÉ AU DÉVELOPPEMENT DU PROJET (1^{ÈRE} ÉDITION) (ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD), Lausanne:

Centre de référence pour les infirmières Petite Enfance
Service de santé scolaire
Soins infirmiers pédiatriques à domicile

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne:

Département médico-chirurgical de pédiatrie,
Hôpital de l'enfance de Lausanne
Département médico-chirurgical de pédiatrie,
Unité multidisciplinaire de santé des adolescents,
Groupe de recherche sur la santé des adolescents
Service d'alcoologie

Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme

Fédération suisse des sages-femmes

Fondation SportSmile, Genève

Groupement des pédiatres vaudois, Grandson

Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO):

Genève, Haute école de travail social, Filière Psychomotricité
Lausanne, Haute École de Santé Vaud, Filière Sage-femme

Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de l'enfant et de l'adolescent

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Université de Lausanne, Lausanne

Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires, Lausanne
Ligues de la santé, Lausanne

Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, Unité des populations vulnérables

Service social de Lausanne

Société Suisse de Pédiatrie, Fribourg

Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire,

Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (canton de Vaud), Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, Lausanne

Université de Lausanne (UNIL):

Faculté de biologie et de médecine, Unité pédagogique

Faculté des sciences sociales et politiques, Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne

Université de Zurich

SOUTIEN FINANCIER

Canton de Vaud, Service de la santé publique
CHUV, Département Femme-Mère-Enfant,
Hôpital de l'enfance de Lausanne
Programme cantonal vaudois
«Ça marche! Bouger plus, manger mieux»
Promotion Santé Suisse

GRAPHISME

Tessa Gerster

ILLUSTRATIONS

Joël Freymond

ÉDITION

1^{ère} édition, 2014

Édition mise à jour, 2022

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	7
› 1.1 Que vais-je apprendre?	7
› 1.2 Quelques définitions	7
› 1.3 Recommandations en matière d'activité physique	9
› 1.4 Recommandations en matière de comportements sédentaires	10
› 1.5 Déterminants de l'activité physique des enfants	12
2. NIVEAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE SÉDENTARITÉ	16
› 2.1 Condition physique et niveau d'activité physique des enfants	16
› 2.2 Prévalence de la sédentarité chez les enfants	18
› 2.3 Coûts imputables à la sédentarité	18
3. BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT	21
› 3.1 Développement moteur	21
› 3.2 Développement cognitif	21
› 3.3 Adiposité	21
› 3.4 Santé osseuse	22
› 3.5 Santé psychosociale	22
› 3.6 Santé cardiométabolique	22
› 3.7 Bénéfices de l'activité physique à l'âge adulte	23
4. HABILITÉS MOTRICES ET ACTIVITÉ PHYSIQUE	27
5. POURQUOI AGIR DÉJÀ CHEZ LES TOUT-PETITS?	29
6. RÔLE DES PROFESSIONNEL·LES	30
› 6.1 Rôle de la sage-femme	30
› 6.2 Rôle de l'infirmière petite enfance	30
› 6.3 Rôle de l'infirmière scolaire	31
› 6.4 Rôle de l'infirmière en soins pédiatriques à domicile	32
› 6.5 Rôle du·de la pédiatre	32

7. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE CENTRÉE SUR LA COLLABORATION	34
› 7.1 Comment communiquer avec les parents autour de l'activité physique de leur enfant	34
› 7.2 Stratégies inspirées de l'approche motivationnelle	36
› 7.3 Stratégies inspirées de l'approche systémique	36
› 7.4 Exemples	37
8. PROMOTION DU MOUVEMENT ET DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	42
› 8.1 Comment évaluer le niveau d'activité physique des enfants et de la famille	42
› 8.2 Promotion du mouvement à travers les outils didactiques	44
› 8.3 Promouvoir le mouvement en toute sécurité	44

PRÉFACE

En Suisse, comme partout dans le monde, les enfants adorent bouger. Malheureusement, l'évolution de la société les en empêche chaque jour un peu plus; la sédentarité s'est imposée dès le berceau avec comme distraction favorite des face-à-face aux écrans de toutes sortes.

Les conséquences sur la santé des enfants sont devenues évidentes et immédiatement visibles: explosion de l'obésité et son cortège de complications reconnues (syndrome métabolique, minéralisation insuffisante des os, etc.). Mais d'autres problématiques tout aussi inquiétantes apparaissent, comme des retards d'acquisition du développement psychomoteur dans la petite enfance, par exemple. Et ceci malgré tous les bienfaits reconnus de l'activité physique...

La promotion du mouvement est ainsi devenue une priorité de santé publique et les professionnel·les de santé peuvent y jouer un rôle important. Pour les aider, PAPRICA Petite enfance bénéficie de l'encouragement de multiples instances en faveur de l'activité physique.

Mario Gehri

Alexia Fournier Fall

1. INTRODUCTION

1.1 QUE VAIS-JE APPRENDRE ?

Ce manuel vise à aider les professionnel·les de la santé de la petite enfance (0-6 ans) à conseiller les familles en matière de mouvement et d'activité physique. Par conséquent, les objectifs d'apprentissage portent principalement sur l'acquisition d'aptitudes au conseil en activité physique :

- » Identifier des stratégies pour aborder le thème de l'activité physique avec les familles
- » Évaluer le niveau d'activité physique des enfants et des familles
- » Évaluer la motivation des familles à avoir un mode de vie actif
- » Conseiller les familles en utilisant des stratégies adaptées à leur degré de motivation
- » Faciliter l'accès aux informations et connaissances permettant l'adoption d'un mode de vie actif
- » Proposer des outils didactiques permettant de mettre en mouvement les familles

Ces aptitudes nécessitent l'acquisition préalable de connaissances portant sur :

- » Les recommandations en matière d'activité physique pour les 0-6 ans
- » Les déterminants de l'activité physique chez l'enfant
- » Les niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants
- » Les risques et coûts liés à la sédentarité
- » Les bénéfices d'une activité physique régulière
- » Les éventuels risques liés à l'activité physique
- » Le processus de changement de comportement
- » Les principes de base de l'entretien motivationnel et de l'approche systémique

1.2 QUELQUES DÉFINITIONS

Plusieurs notions sont couramment utilisées pour caractériser le mouvement dans la perspective qui nous intéresse.

Le terme « **activité physique** » comprend l'ensemble des efforts exercés par la musculature squelettique qui a pour conséquence d'accroître la dépense énergétique au-delà de celle qui est propre au repos. Cela va des mouvements spontanés du bébé jusqu'aux sports de compétition. L'activité physique de l'enfant correspond aux activités qu'il réalise dans le jeu seul, avec ses parents ou avec ses pairs, dans le cadre d'une structure organisée (par ex. garderie, école, club, centre de loisir) ou encore celles associées au mode de déplacement.

Lorsque l'on parle d'activité physique **d'intensité modérée** on entend une activité qui provoque un léger essoufflement, comme par exemple le jeu dans la nature et dans les places de jeux ou une balade à vélo.

Par activité physique **d'intensité élevée** on entend une activité qui fait augmenter la respiration et transpirer, comme par exemple la natation, les jeux de balle ou d'autres activités et sports intenses.

Le terme **« mouvement »** qui est défini, selon l'OFSPPO [1], par un déplacement d'une ou plusieurs parties du corps sous l'action des muscles est parfois utilisé à la place d'une activité physique pour définir l'activité chez le nourrisson.

La notion de **« sport »** implique le plus souvent des activités physiques d'intensité élevée, structurées, régies par des règles, et pratiquées dans des situations compétitives.

Par **« habileté motrice fondamentale »** on entend une catégorie d'activités motrices qui comportent une finalité telle que la locomotion, l'équilibre et les jeux de balles (entre autres) [1].

La notion de **« comportements sédentaires »** définit l'ensemble des activités dont la dépense énergétique se rapproche de celle au repos, comme par exemple être couché dans un siège d'automobile ou une poussette, regarder la télévision ou passer du temps devant d'autres écrans.

Quatre termes sont utilisés dans ce manuel pour différencier les étapes de la vie des enfants entre 0 et 6 ans :



Nourrisson

(âgé de moins de 1 an)



Tout-petit

(âgé de 1 à 2 ans)



Enfant préscolaire

(âgé de 3 à 4 ans)



Enfant

(âgé de 5 à 6 ans)

1.3 RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

En 2020, l'OMS [2] a publié des recommandations concernant l'activité physique pour les enfants âgés de moins de 5 ans qui sont relativement similaires à celles proposées par l'OFSPPO en 2016 [1]:

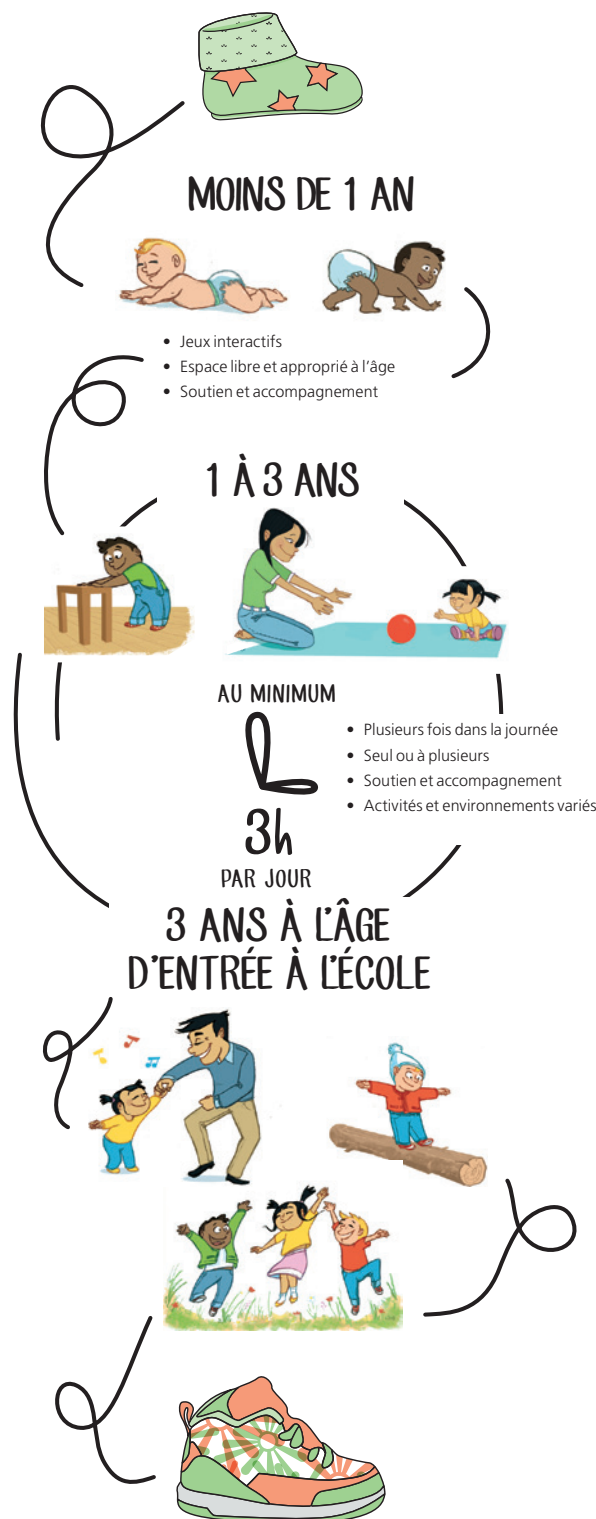
Les nourrissons devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour de diverses manières, en particulier par des jeux interactifs au sol. Ceux qui ne se déplacent pas encore devraient passer au moins **30 minutes** à plat ventre, réparties tout au long de la journée pendant le temps de veille.

Les tout-petits devraient effectuer au moins **180 minutes d'activité physique**, de type et d'intensité variée par jour.

Les enfants en âge préscolaire devraient également effectuer au moins **180 minutes** d'activité physique, de type et d'intensité variée par jour dont au moins **60 minutes** d'activités d'intensité modérée à soutenue.

Les directives canadiennes en matière d'activité physique chez les enfants âgés de 0 à 4 ans, mises à jour en 2017, sont reprises des recommandations de l'OMS et présentées dans le tableau ci-dessous. [3]

FIGURE 1
RECOMMANDATIONS SUISSES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LE NOURRISSON, LE TOUT-PETIT ET L'ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE.



Directives canadiennes en matière d'activité physique pour la petite enfance de 0 à 4 ans

- » Les **nourrissons** (âgés de moins de 1 an) devraient être physiquement **actifs plusieurs fois par jour** – particulièrement par l'entremise de jeux interactifs au sol. Pour ceux qui ne se déplacent pas encore, cela inclut au moins 30 minutes, réparties pendant la journée, de temps passé sur le ventre lorsqu'ils sont éveillés.
- » Les **tout-petits** (âgés de 1 à 2 ans) devraient faire au moins **180 minutes d'activité physique**, peu importe l'intensité, réparties au cours de la journée, comprenant le jeu énergétique.
- » Les **enfants d'âge préscolaire** (âgés de 3 à 4 ans) devraient faire au moins 180 minutes d'activités physiques variées réparties au cours de la journée, dont au moins 60 minutes de jeu énergétique.
- » S'adonner chaque jour à encore plus d'activité physique entraîne plus de bienfaits.

1.4 RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

L'OMS a également publié des recommandations en matière de comportements sédentaires pour les enfants âgés de moins de 5 ans [2]:





Les nourrissons et les tout-petits âgés de 1 an ne devraient pas être immobilisés plus de 60 minutes d'affilée (par ex. dans un landau, une poussette, une chaise haute ou sur le dos d'un adulte). Les écrans ne sont pas recommandés pour cette catégorie d'âge. Durant les périodes de sédentarité, il est conseillé aux personnes qui s'occupent des enfants de lire avec eux ou de leur raconter des histoires.

Les tout-petits dès 2 ans et les enfants en âge préscolaire ne devraient pas être immobilisés plus de 60 minutes d'affilée (par ex. dans un landau, une poussette, une chaise haute, sur le dos d'un adulte ou rester assis trop longtemps). Il faudrait également minimiser le temps d'exposition à des écrans (télévision, smartphone, ordinateur, tablette, etc.) pour les enfants de 2 et 3 ans. Les parents donnent l'exemple d'une utilisation responsable des écrans, sont attentifs au choix des contenus, et accompagnent l'enfant dans sa consommation de médias tout au long de son développement.

Le temps passé devant un écran pour ces catégories d'âge est un sujet extrêmement débattu. Notons que celui-ci favorise la sédentarité, contribue à l'obésité et est de ce fait un des plus grands facteurs de risque de mortalité dans le monde. De plus, la petite enfance (avant 5 ans) est la période propice au développement physique où se forment les habitudes de vie qui peuvent avoir une influence sur la quantité et le mode d'activité physique tout au long de l'existence. Le temps passé devant les écrans diminue le temps de jeux actifs et donc d'activité physique qui contribue au développement des explorations motrices et de l'environnement physique [2]. En outre, il est également important de noter que l'exposition à des écrans favoriserait certains troubles d'apprentissage et du comportement. Les enfants avant 3 ans ont besoin d'interagir avec leur environnement en utilisant leurs cinq sens, la passivité d'un enfant devant un écran de télévision ne permet aucune interactivité sensorimotrice, nécessaire à son développement [22].

FIGURE 2

RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

	Activité physique	Comportements sédentaires
 <p>Moins de 1 an</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les nourrissons devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour (passer du temps sur le ventre au minimum 30 minutes par jour ainsi que sur le dos: ramper, jouer au sol, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> » Minimiser le temps consacré à des activités sédentaires (éviter de laisser le bébé dans le siège auto ou le transat pendant le temps d'éveil). » L'exposition à des écrans (télévision, smartphone, ordinateur, tablette, etc.) n'est pas recommandée.
 <p>1-2 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les tout-petits devraient être actifs au moins 180 minutes par jour (jouer dehors, ramper, marcher, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> » Minimiser le temps consacré à des activités sédentaires (éviter de laisser le bébé dans le siège auto ou le transat pendant le temps d'éveil) dont le temps d'exposition à des écrans (télévision, smartphone, ordinateur, tablette, etc.).
 <p>3-4 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les enfants en âge préscolaire devraient pratiquer au moins 180 minutes d'activité physique par jour (jouer dehors, courir, sautiller, etc.) dont au moins 60 minutes d'activité physique modérée à soutenue. 	<ul style="list-style-type: none"> » Minimiser le temps consacré à des activités sédentaires. » L'exposition à des écrans (télévision, smartphone, ordinateur, tablette, etc.) devrait être limitée et accompagnée par un adulte.
 <p>5-6 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> » À l'âge de l'école primaire les enfants devraient bouger beaucoup plus qu'une heure par jour et pratiquer des activités physiques qui les essoufflent (sortir à vélo ou en trottinette, faire des jeux de balle, se balader en forêt, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> » Limiter les déplacements sédentaires et réduire le temps passé en position assise et à l'intérieur durant la journée. » L'exposition à des écrans (télévision, smartphone, ordinateur, tablette, etc.) devrait être limitée et accompagnée par un adulte.

Pour aller plus loin : www.hepa.ch et www.jeunesetmedias.ch

1.5 DÉTERMINANTS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES ENFANTS

Afin de garantir l'efficacité des programmes de promotion de l'activité physique, il semble incontournable de connaître les déterminants potentiels du comportement d'activité physique chez l'enfant. Actuellement les connaissances sur les déterminants de l'activité physique de l'enfant d'un âge compris entre 0 et 6 ans sont limitées [4, 5]. Quelques tendances ont tout de même été observées.

Influences du sexe

Plusieurs études indiquent que les garçons sont significativement plus actifs que les filles. Cette même constatation a pu être mise en évidence dans l'étude SOPHYA réalisée en 2013 en Suisse. [6-8].

Rôle de l'environnement familial et social

Le comportement des enfants en matière d'activité physique est influencé par les personnes qui les entourent. Pendant les premières années de vie le rôle le plus important est joué par les parents qui peuvent influencer l'activité physique de leurs enfants de deux façons : en tant qu'exemple, en étant eux-mêmes actifs, et en tant que support (encouragement, soutien, cadre et règles). En effet, les enfants ayant des parents actifs ont plus de probabilité d'être eux-mêmes actifs [9-11]. En outre, les parents qui soutiennent et encouragent leurs enfants à être actifs renforcent leur confiance en soi qui est elle-même associée à la pratique d'une activité physique [12]. Les parents peuvent également jouer un rôle en proposant à leurs enfants des espaces de vie favorables au mouvement.

Lorsque les enfants sont encadrés par d'autres personnes (mamans de jour, personnel des garderies, enseignant·es, etc.), celles-ci ont également un rôle à jouer. La formation des mamans de jour, responsables de crèche et enseignant·es est donc fondamentale afin de garantir aux enfants des expériences motrices riches et variées. Le projet «Youpl'là bouge!» s'inscrit dans cette optique (www.youplabouge.ch).

La relation des enfants avec leurs pairs est également à prendre en compte dans l'analyse des déterminants de l'activité physique [10]. En d'autres termes, un enfant qui a des amis actifs aura très probablement un niveau d'activité physique plus élevé que s'il avait des amis sédentaires. L'importance de l'influence des pairs serait plus considérable chez les garçons que chez les filles. [10].

Influences socio-économiques et culturelles

L'environnement régional peut influencer le niveau d'activité physique des enfants. En effet, les enfants en âge préscolaire en Suisse romande sont moins actifs et adoptent plus de comportements sédentaires que leurs congénères de Suisse alémanique. Les enfants de Suisse alémanique effectuent 80,7 minutes d'activité physique par jour contre 76,7 minutes pour les enfants de Suisse romande. Pour les plus âgés, soit de 6 à 16 ans, cette tendance est confirmée. Ainsi, une plus grande proportion d'enfants de Suisse alémanique (67,5%) suivent les recommandations d'exercer 60 minutes par jour d'activité physique en comparaison des enfants de Suisse romande (60,4%) [7].

L'étude SOPHYA [7] montre que les enfants en âge préscolaire de parents migrants passent plus de temps devant la télévision et sont moins agiles que les enfants de parents suisses. Il a également été mis en évidence que les enfants de parents avec un bas niveau de formation étaient moins agiles et regardaient plus de télévision par rapport aux enfants de parents avec un niveau de formation moyen à élevé. Deux grandes études réalisées en Angleterre n'ont en revanche pas mis en évidence de relation entre le statut économique et social de la famille et le niveau d'activité physique des enfants mesuré avec des accéléromètres [13, 14]. Néanmoins, les enfants des familles à bas revenus participent moins aux activités physiques structurées (clubs et infrastructures sportives) par rapport aux enfants des familles plus aisées [14]. En Suisse, plusieurs études [7, 15, 16] montrent une association entre le statut socio-économique et le niveau d'activité physique chez les adolescent·es. Les jeunes ayant un statut socio-économique élevé se révèlent plus actifs que ceux dont le niveau socio-économique est plus faible.

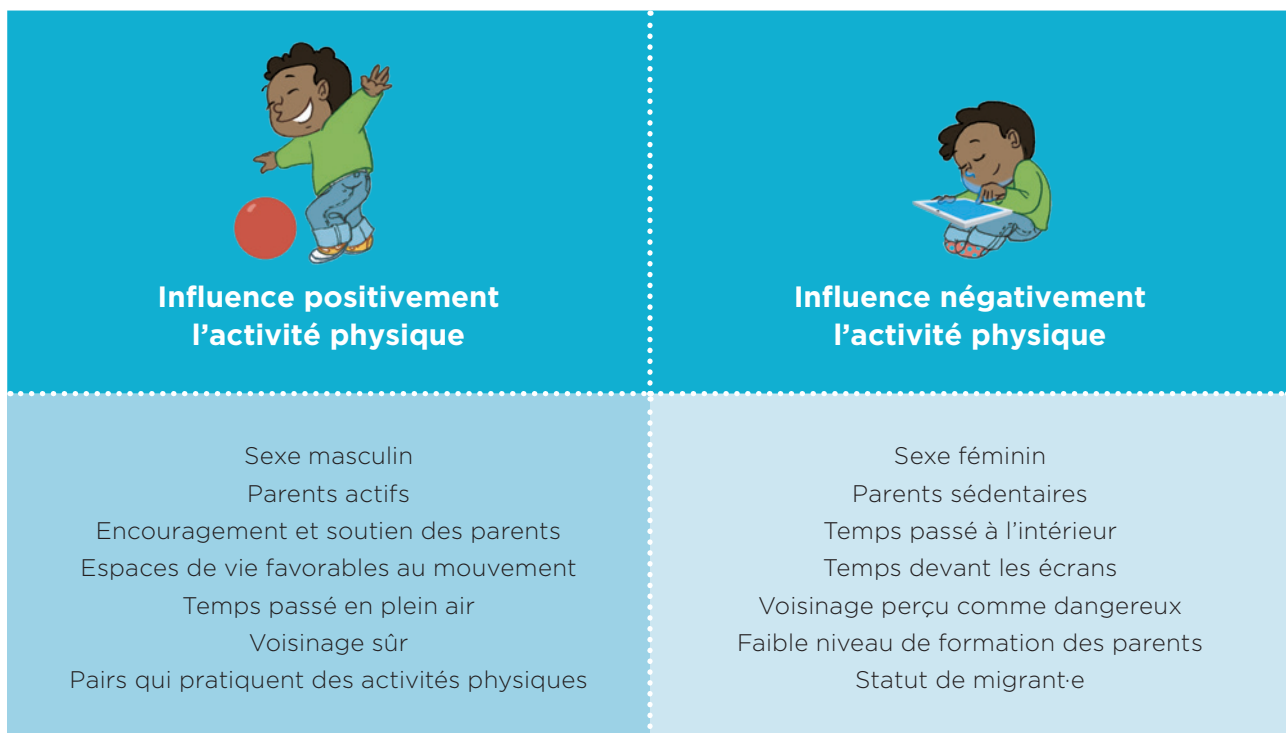
Rôle de l'environnement physique

L'environnement physique semblerait avoir une incidence importante sur le niveau d'activité physique des enfants. Deux études récentes ont montré que le temps passé à l'extérieur est fortement associé à un niveau d'activité physique plus élevé chez les enfants préscolaires [10-17]. De ce fait, la sécurité du voisinage joue un rôle important. Weir et al. [18] ont montré que le niveau d'activité physique des enfants entre 5 et 10 ans est négativement corrélé à l'anxiété des parents par rapport

à la sécurité du voisinage. L'aménagement d'un espace favorable au mouvement à l'intérieur de la maison a également un effet favorable sur le niveau d'activité physique des enfants. L'environnement des crèches, jardins d'enfants, etc. peut également influencer les habiletés motrices des enfants. Plus l'espace de vie offre la possibilité de faire des expériences motrices variées, plus les enfants améliorent leurs habiletés motrices [19-21].

FIGURE 3

RÉCAPITULATIF DES FACTEURS INFLUENÇANT POSITIVEMENT ET NÉGATIVEMENT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES ENFANTS ENTRE 0 ET 6 ANS



RÉFÉRENCES

1. Réseau suisse Santé et activité physique (HEPA) & Office fédéral du sport OFSPO (2016). *Activité physique et santé du nourrisson, du tout-petit et de l'enfant d'âge préscolaire : recommandations pour la Suisse*. Promotion Santé Suisse [Internet]. Disponible sur : <https://www.hepa.ch/fr/bewegungsempfehlungen.html#ui-collapse-608>
2. Organisation mondiale de la Santé (2020). *Lignes directrices sur l'activité physique, la sédentarité et le sommeil chez les enfants de moins de 5 ans*. (Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age).
3. Tremblay M. S., Chaput J. P., Adamo K. B., Aubert S., Barnes J. D., Choquette L., Duggan M. et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for the Early Years (0-4 years): An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *BMC Public Health*. 2017;(5): p. 874.
4. Bingham D. D., Costa S., Hinkley T., Shire K. A., Clemes S. A. & Barber S. E. Preschool children's physical activity and cardiovascular disease risk: A systematic review. *J Sci Med Sport*. 2019;22(5): p. 568-73.
5. Kuzik N., Poitras V. J., Tremblay M. S., Lee E. Y., Hunter S. & Carson V. Systematic review of the relationships between combinations of movement behaviours and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*. 2017(5): p. 849.
6. Lisowski P., Kantanista A. & Bronikowski M. Are There Any Differences between First Grade Boys and Girls in Physical Fitness, Physical Activity, BMI, and Sedentary Behavior? Results of HCSC Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020;10;17(3): p. 1109.
7. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. & Suggs S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss Tropical and Public Health Institute.
8. Bauman A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9838): p. 258-71.
9. Jaeschke L., Steinbrecher A., Luzak A., Puggina A., Aleksovskaja K., Buck C., Burns C., Cardon G. et al., consortium Dedipac. Socio-cultural determinants of physical activity across the life course: a «Determinants of Diet and Physical Activity» (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;20;14(1): p. 173.
10. Hesketh K. R., Lakshman R. & van Sluijs E. M. F. Barriers and facilitators to young children's physical activity and sedentary behaviour: a systematic review and synthesis of qualitative literature. *Obes Rev*. 2017;18(9): p. 987-1017.
11. Xu H., Wen L. M. & Rissel C. Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *Journal of obesity*. 2015;546: p. 965.
12. Van Der Horst, K. et al. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8): p. 1241-50.
13. Kelly L. A. et al. Effect of socioeconomic status on objectively measured physical activity. *Archives of Disease in Childhood*. 2006;91(1): p. 35-8.
14. Voss L. D. et al. Children from low-income families have less access to sports facilities, but are no less physically active: cross-sectional study (EarlyBird 35). *Child Care Health Dev*. 2008;34(4): p. 470-4.
15. Lamprecht M., Fischer A., Wiegand D. & Stamm H. P. (2015). *Sport Schweiz 2014: Kinder- und Jugendbericht*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
16. Lamprecht M., Bürgi R., Gebert A. & Stamm H. P. (2021). *Sport Suisse 2020: Rapport sur les enfants et les adolescents*. Macolin: Office fédéral du sport OFSPO.
17. Lee E. Y., Bains A., Hunter S., Ament A., Brazo-Sayavera J., Carson V., Hakimi S., Huang W. Y., Janssen I., Lee M., Lim H., Silva D. A. S. & Tremblay M. S. Systematic review of the correlates of outdoor play and time among children aged 3-12 years. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2021;18(1): p. 41.

18. Weir, L. A., Etelson D. & Brand D. A. Parents' perceptions of neighborhood safety and children's physical activity. *Prev Med.* 2006;43(3): p. 212-7.
19. Le Blanc A. G., Spence J. C., Carson V. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;(37): p. 753-72.
20. Engel A. C., Broderick C. R., van Doorn N., Hardy L. L. & Parmenter B. J. Exploring the Relationship Between Fundamental Motor Skill Interventions and Physical Activity Levels in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med.* 2018;48(8): p. 1845-57.
21. Zeng N., Ayyub M., Sun H., Wen X., Xiang P. & Gao Z. Effects of Physical Activity on Motor Skills and Cognitive Development in Early Childhood: A Systematic Review. *Review Biomed Res Int.* 2017;(276): p. 0716.
22. Berthomier N. & Octobre S. Enfants et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte ELFE. *Cairn.info pour le Ministère de la Culture DEPS.* 2019/1 n° 1.

2. NIVEAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE SÉDENTARITÉ

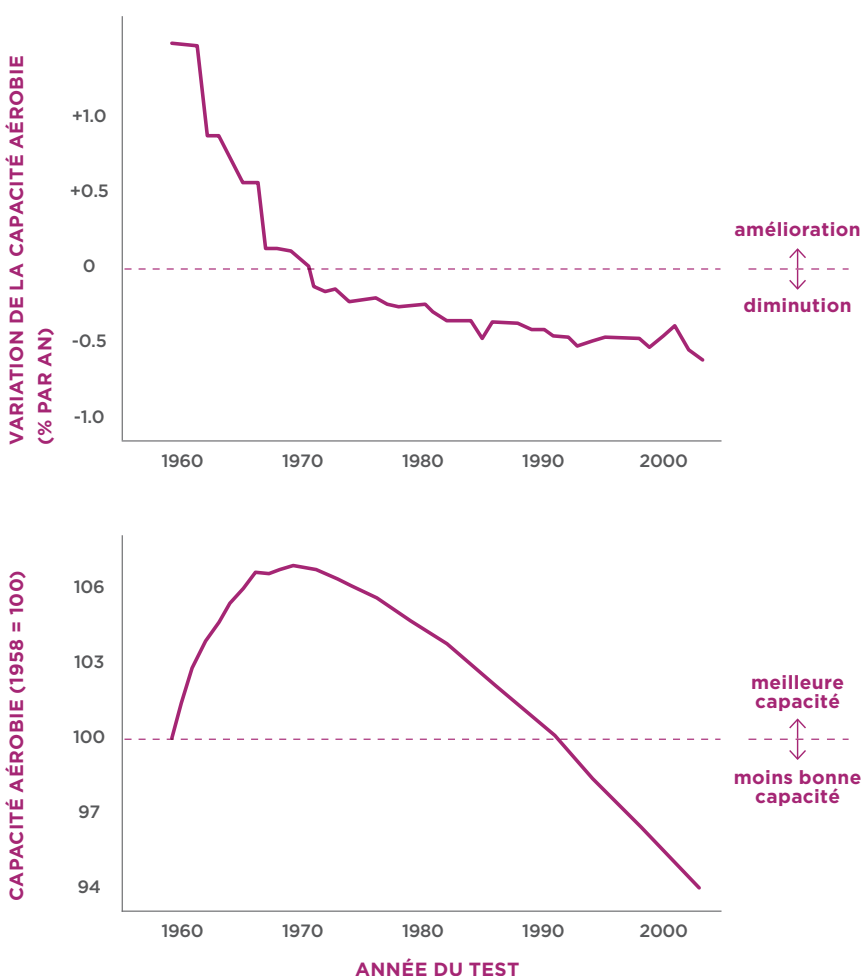
2.1 CONDITION PHYSIQUE ET NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES ENFANTS

Malgré les bienfaits liés à l'activité physique, une proportion importante des enfants ne bouge pas assez. Ces dernières décennies la condition physique et le niveau d'activité physique des jeunes semblent en baisse dans plusieurs pays développés (voir figure 4) [1-5]. Un déclin dans quelques habiletés motrices a également été observé chez les enfants en âge préscolaire [6], notamment au niveau de l'équilibre (marcher sur une bande de moquette de 10 cm de large et 2 m de long) et des lancers (balle de tennis vers une cible).

La Suisse a également été marquée par un déclin de l'activité physique dans les années 2000. Cependant, le rapport sur les enfants et les adolescentes âgés de 10 à 19 ans de «Sport Suisse 2020» [7], a montré une augmentation de celle-ci sur les jeunes suisses ces dernières années.

FIGURE 4

ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ AÉROBIE DES JEUNES (6-19 ANS) ENTRE 1960 ET 2000 (ADAPTÉ DE TOMKINSON 2007)



Les graphiques ci-contre montrent l'évolution de la capacité aérobie des jeunes (6-19 ans) entre 1960 et 2000.

Le graphique en haut montre la variation de la capacité aérobie (exprimé en pourcentage par année) entre 1960 et 2000.

Le graphique en bas représente l'évolution de la capacité aérobie des jeunes entre 1960 et 2000.

Les deux graphiques nous montrent bien que la capacité aérobie des jeunes entre 6 et 19 ans diminue de manière alarmante depuis plus de 30 ans.

Reilly et al. [8] ont mis en évidence que les enfants écossais âgés entre 3 et 5 ans pratiquent seulement 20 à 25 minutes par jour d'activités physiques modérées à intenses. Ces résultats sont plus pessimistes que ceux d'une étude portugaise réalisée par Vale et al. [9] laquelle montre que les enfants âgés entre 3 et 6 ans font une activité physique modérée à intense de 102 minutes par jour pendant la semaine et de 88 minutes par jour pendant le week-end. Ces deux auteurs s'accordent sur le fait que les filles bougent moins que les garçons.

En Suisse, nous ne disposons pas de beaucoup de données concernant le niveau d'activité physique des enfants âgés entre 0 et 6 ans. C'est pourquoi nous faisons référence à plusieurs sources afin de montrer quelques tendances concernant la pratique d'activités physiques chez les enfants.

Le rapport sur les enfants et les adolescent·es de «Sport Suisse 2020» [7], analyse les habitudes sportives des jeunes vivant en Suisse. Il a mis en évidence une diminution de l'écart en matière d'activité physique entre les différentes régions linguistiques de la Suisse. En effet, le net fossé qui séparait la Suisse alémanique et la Suisse romande n'est presque plus perceptible aujourd'hui.

Les résultats de l'évaluation de la différence entre les jeunes garçons et les jeunes filles suisses confirment qu'ils sont plus actifs qu'elles. En effet, l'étude SOPHYA montre que pour les enfants âgés de 6 à 16 ans, les garçons passent en moyenne chaque jour 89 minutes à pratiquer une activité physique contre seulement 69 minutes pour les filles du même âge [7-10].

Les mesures ont également mis en évidence que les enfants bougent plus pendant les jours d'école que pendant le week-end [11].

Les enfants et les adolescent·es âgés entre 6 et 16 ans, exercent en moyenne une activité physique durant 78,6 minutes par jour. 64% d'entre eux suivent les recommandations en matière d'activité physique qui préconisent 60 minutes d'activité physique par jour. Avec l'âge, on constate que cette durée tend à diminuer. En effet, les enfants âgés entre 6 et 7 ans sont encore 99,8% à respecter les recommandations tandis que les 12-13 ans ne sont plus que 39,4% et les 14-16 ans 21,5% [10].

Les chiffres clés

- » La **condition physique**, le **niveau d'activité physique** et l'**habileté motrice** (équilibre, agilité, etc.) des jeunes semblent **en baisse** dans plusieurs pays développés.
- » Les enfants préscolaires romands passent **seulement 74 minutes par jour à jouer dehors**. [12]
- » Les enfants préscolaires passent déjà **plus qu'une heure par jour devant la télévision**. [13]

2.2 PRÉVALENCE DE LA SÉDENTARITÉ CHEZ LES ENFANTS

Parallèlement au manque d'activité physique, les enfants adoptent de plus en plus des comportements sédentaires [14, 15]. L'environnement moderne, très riche en offres d'activités sédentaires (voitures, écrans divers, poussettes, etc.), a sans aucun doute alimenté cette tendance.

Selon une étude canadienne, les jeunes âgés entre 5 et 18 ans passent 62% de leur temps d'éveil à pratiquer des activités sédentaires [13]. Toujours plus de données confirment que les comportements sédentaires s'installent déjà dans les premières années de vie. Les enfants en âge préscolaire passent entre 76% et 84% de leur temps d'éveil dans des activités sédentaires et notamment devant des écrans [8, 9]. En outre, il semblerait qu'ils passent plus d'une heure par jour devant un écran [13] et qu'ils soient exposés aux écrans avant l'âge de 2 ans [16].

En Suisse, la situation n'est pas aussi bien documentée que dans d'autres pays comme le Canada ou les États-Unis. Néanmoins, une étude réalisée avec des enfants des communes de Berne, Bienne et Payerne [17] montre qu'à l'âge de 6-7 ans les enfants passent déjà plus d'une heure devant la télévision ou l'ordinateur, et ce chiffre monte à plus de deux heures par jour chez les enfants âgés de 13 à 14 ans. Selon une étude réalisée avec des enfants préscolaires de la région lausannoise, le temps passé chaque jour devant la télévision est déjà supérieur à une heure [12].

L'essentiel en bref

- » L'environnement moderne favorise le développement de comportements sédentaires.
- » Les enfants préscolaires passent 80% de leur temps d'éveil dans des activités sédentaires.
- » Les enfants préscolaires de la région lausannoise passent déjà plus d'une heure par jour devant la télévision. [24]

Il est important de constater qu'à l'ère des médias numériques, la télévision n'est de loin pas le seul écran utilisé par les enfants. L'étude ADELE réalisée en 2018, démontre que les enfants Suisses âgés de 4 à 7 ans ont de nombreuses autres activités numériques telles que les tablettes, les smartphones, les ordinateurs, etc. [18].

2.3 COÛTS IMPUTABLES À LA SÉDENTARITÉ

Le manque d'activité physique touche près des deux tiers de la population suisse. En 2013, le coût mondial de l'inactivité physique était estimé à 54 milliards de dollars par an pour les soins de santé directs et plus de 14 milliards de dollars supplémentaires attribuables à la perte de productivité. L'inactivité représente entre 1% et 3% des coûts nationaux de soins de santé, à l'exclusion des coûts associés à la santé mentale et aux troubles musculo-squelettiques [19]. Les frais de traitement directs entraînés par les accidents survenant pendant la pratique d'une activité sportive sont quant à eux estimés à 1,15 milliard de francs en 2016 en Suisse [20]. Les personnes régulièrement actives ont en revanche moins d'accidents professionnels et domestiques que les personnes inactives [21]. Les coûts engendrés par le manque d'activité physique chez les enfants ne sont pas facilement calculables et nous ne disposons actuellement pas de ces chiffres. Néanmoins, malgré que l'impact de l'obésité infantile sur les coûts de la santé demeure difficile à estimer, il semble très probable que le surpoids et l'obésité soient susceptibles de faire augmenter ces coûts [22].

L'étude de Schneider et Venetz de 2014 [23], estime que les coûts totaux directs en lien avec le surpoids et l'obésité représentent environ 8 milliards de francs en 2012 et ces coûts se sont multipliés par trois depuis 2002. De plus, la probabilité que la surcharge pondérale pendant l'enfance persiste à l'âge adulte est élevée, ce qui suppose une augmentation des coûts à long terme.

RÉFÉRENCES

1. Bös, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*: p. 1550-73.
2. Tomkinson, G. R. & Olds T. S. Secular changes in pediatric aerobic fitness test performance: the global picture. *Med Sport Sci*. 2007;(50): p. 46-66.
3. Tremblay, M. S. et al. Fitness of Canadian children and youth: results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep*. 2010;21(1): p. 7-20.
4. Andersen, L. B. & van Mechelen W. Are children of today less active than before and is their health in danger? What can we do? *Scand J Med Sci Sports*. 2005;15(5): p. 268-70.
5. Dollman J., Norton K. & Norton L. Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *Br J Sports Med*. 2005;39(12): p. 892-7.
6. Roth K. et al. Is there a secular decline in motor skills in preschool children? *Scand J Med Sci Sports*. 2010;20(4): p. 670-8.
7. Lamprecht M., Bürgi R., Gebert A. & Stamm H. P. (2021). *Sport Suisse 2020: Rapport sur les enfants et les adolescents*. Macolin: Office fédéral du sport OFSPO.
8. Reilly, J. J. et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet*. 2004;363(9404): p. 211-2.
9. Vale S. et al. Compliance with physical activity guidelines in preschool children. *J Sports Sci*. 2010;28(6): p. 603-8.
10. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. & Suggs S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss Tropical and Public Health Institute.
11. Sigmundová D. & Sigmund E. Weekday-Weekend Sedentary Behavior and Recreational Screen Time Patterns in Families with Preschoolers, Schoolchildren, and Adolescents: Cross-Sectional Three Cohort Stud. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18: p. 4532.
12. Burgi F. et al. Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;(10): p. 733.
13. Carson V. et al. Association between neighborhood socioeconomic status and screen time among pre-school children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;(10): p. 367.
14. LeBlanc A. G., Spence J. C., Carson V. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;(37): p. 753-72.
15. Tucker P., Vanderloo L. M., Burke S. M., Irwin J. D. & Johnson A. M. Prevalence and influences of preschoolers' sedentary behaviors in early learning centers: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2015;(15): p. 128.
16. Zimmerman F. J., Christakis D. A. & Meltzoff A. N. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161(9): p. 473-9.
17. Bringolf-Isler B. et al. Assessment of intensity, prevalence and duration of everyday activities in Swiss school children: a cross-sectional analysis of accelerometer and diary data. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;(6): p. 50.
18. Schloch P., Waller G., Domdey P. & Süss D. (2018). *ADELE – Activités-Digitales-Education-Loisirs-Enfants. Les médias numériques au sein des familles avec enfants âgés de 4 à 7 ans*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Universität des sciences appliquées, Zurich).

19. Organisation mondiale de la Santé (2020). *Lignes directrices sur l'activité physique, la sédentarité et le sommeil chez les enfants de moins de 5 ans*. (Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age).
20. Schweizer Sportobservatorium. *Indikatorenammlung. Kosten der Sportunfälle*. www.sportobs.ch, octobre 2021.
> Indicateurs > Fair-play et sécurité > Nombre et évolution des accidents et des lésions liés à la pratique du sport
21. Carlson S. A. et al. Self-reported injury and physical activity levels: United States 2000 to 2002. *Ann Epidemiol.* 2006;16(9): p. 712-9.
22. John J., Wolfenstetter S. B. & Wenig C. M. An economic perspective on childhood obesity: recent findings on cost of illness and cost effectiveness of interventions. *Nutrition Reviews.* 2012;28(9): p. 829-39.
23. Schneider H. & Venetz W. (2015). *Cost of Obesity in Switzerland 2012*. OFSP.
24. Burgi F. et al. Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10: p. 733.

3. BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

La pratique d'une activité physique régulière favorise un développement physique, psychique et mental harmonieux. Les études de Carson et Timons ont montré que, dès le plus jeune âge, l'activité physique est corrélée à des bénéfices pour l'état de santé. Il y a en effet une relation positive entre le niveau d'activité physique et des indicateurs de santé comme le développement moteur, le développement cognitif, l'adiposité, la santé osseuse, la santé psychosociale et la santé cardiometabolique chez des enfants âgés de 0 à 4 ans [1-3]. Plusieurs revues de la littérature [4-6] se sont intéressées aux effets de l'activité physique sur la santé des enfants et adolescent·es en âge scolaire (6-18 ans). Elles montrent qu'une vie active est corrélée à une meilleure santé musculosquelettique, à une meilleure santé mentale et à une situation plus favorable pour plusieurs composantes de la santé cardiovasculaire. Il ressort de cette étude que les jeunes devraient pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique par jour. La pratique d'une activité physique régulière est également positivement corrélée aux performances scolaires [7-8].

3.1 DÉVELOPPEMENT MOTEUR

Chez l'enfant en âge préscolaire, plusieurs études ont montré qu'une activité physique variée permet d'améliorer le développement moteur [9, 11]. Par ailleurs, on suppose que les habiletés motrices fondamentales jouent un rôle dans les accidents chez les enfants. Effectivement, une faible compétence dans ces habiletés pourrait être à l'origine de nombreux accidents (surtout les chutes et les collisions) observés chez les enfants en âge préscolaire [12]. Plus tard dans la vie de l'enfant, une déficience motrice et sensorielle peut être déterminante dans de nombreux accidents de la route

3.2 DÉVELOPPEMENT COGNITIF

L'activité physique exerce une influence positive sur le développement du cerveau de l'enfant. Chez le nourrisson, une étude a montré que la bicyclette passive pendant 2 mois permettait d'améliorer le développement du langage [15]. Chez les enfants en âge scolaire, un mode de vie actif est corrélé positivement aux résultats scolaires [8, 16]. En effet, l'activité physique a un effet positif et significatif sur les performances cognitives des enfants, notamment dans des tests mathématiques, dans le test du quotient intellectuel (QI) et dans la lecture [7].

3.3 ADIPOSITÉ

L'obésité de l'enfant et de l'adolescent·e est l'un des plus gros problèmes de santé publique actuels. En 2018, 12,4% des enfants et des adolescent·es en Suisse étaient en surpoids, et 3,7% d'entre eux étaient obèses [13]. Ces enfants ont un risque significativement plus élevé de développer des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 ou des affections ostéo-articulaires [17]. L'activité physique peut jouer un rôle très important dans la prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité.

Une revue systématique évaluant le lien entre le style de vie et l'adiposité chez les enfants âgés de 5 à 12 ans a montré qu'un mode de vie malsain est plus souvent associé à un risque d'adiposité comparativement à un mode de vie sain comprenant une activité physique régulière [18]. Plusieurs études ont montré une association entre le niveau d'activité physique à l'âge préscolaire (3-6 ans) et l'adiposité plus tard dans la vie de l'enfant [19, 20].

Chez les jeunes de 6 à 18 ans, les études suggèrent que ceux qui participent à des activités physiques ont des taux d'adiposité plus faibles que ceux qui sont moins actifs [4]. L'activité physique représente d'ailleurs l'un des piliers fondamentaux des programmes thérapeutiques pour des enfants en surpoids et obèses.

3.4 SANTÉ OSSEUSE

Le capital osseux se construit pendant les vingt premières années de vie. Par la suite, il n'est possible que de ralentir la décroissance de la densité minérale osseuse. L'activité physique de type pliométrique (avec impacts) pendant ces vingt années est l'un des principaux facteurs influençant l'augmentation du capital osseux [21]. Une activité physique augmentée à l'âge préscolaire semblerait être corrélée à une augmentation de la circonférence du tibia [22]. Une augmentation du capital osseux maximisée pendant l'enfance pourrait même permettre de diminuer les risques de fracture à l'adolescence et chez les personnes âgées [23]. L'activité physique permet donc d'atteindre un pic de densité osseuse plus élevé et ainsi d'arriver plus tard dans une zone dite «à risque» où on observe une augmentation importante du risque de fractures.

3.5 SANTÉ PSYCHOSOCIALE

La période avant l'entrée à l'école est très importante pour le développement des habiletés sociales de l'enfant, parce que c'est à ce moment-là qu'il commence à élargir ses interactions. L'activité physique n'offre pas seulement des bienfaits sur le plan physique. Une vie active permet aux enfants d'avoir une meilleure santé sur le plan psychique et social, car elle leur permet d'accumuler des expériences. Les enfants en âge préscolaire sont plus actifs et présentent de meilleures compétences sociales et de meilleurs comportements d'extériorisation (plus sûrs d'eux, plus ouverts aux autres, plus coopératifs, etc.) [24]. Cette amélioration des compétences psychosociales favorise probablement l'entrée et l'intégration de l'enfant à l'école. Chez les enfants âgés de 6 à 18 ans, le manque d'activité physique semblerait associé à l'anxiété, aux symptômes de la dépression et à une moins bonne confiance en soi [4].

3.6 SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE

Un mode de vie sédentaire favorise le développement de troubles cardiométaboliques tels que l'artériosclérose, l'hypertension ou le diabète [6, 17]. Chez la personne adulte, le risque de maladies cardiovasculaires diminue de manière substantielle chez ceux qui sont régulièrement actifs. Deux études ont mis en évidence que la pratique d'une activité physique chez l'enfant en âge préscolaire permet d'avoir une meilleure santé cardiométabolique [25, 26], avec une amélioration de certains indicateurs comme le taux de cholestérol total, le ratio HDL/cholestérol total et le taux de triglycérides.

Chez les jeunes en âge scolaire (6-18 ans), le niveau d'activité physique est associé à la santé cardiométabolique, avec les plus actifs présentant des meilleures valeurs au niveau des lipoprotéines de haute densité (HDL) et des triglycérides [4, 17].

L'essentiel en bref

- » L'activité physique favorise le **développement psychomoteur** de l'enfant. Un enfant actif aura de meilleures habiletés motrices, de meilleures habiletés sociales ainsi qu'une meilleure réussite scolaire.
- » L'activité physique permet de **maximiser l'augmentation du capital osseux** pendant l'enfance et ainsi de diminuer le risque de fractures et d'ostéoporose à l'âge adulte.
- » Les enfants actifs ont une **meilleure santé cardiométabolique**.
- » L'activité physique joue un rôle fondamental dans la **prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité**.

3.7 BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE À L'ÂGE ADULTE

Le niveau d'activité physique pendant la jeunesse est corrélé au niveau d'activité physique à l'âge adulte [27]. En d'autres termes, un enfant actif deviendra plus probablement un adulte actif qu'un enfant inactif. À partir de ce constat, il paraît évident que la promotion de l'activité physique pendant l'enfance et l'adolescence est importante non seulement pour la santé durant cette période, mais plus globalement pour la santé des individus pendant toute leur vie.

Lorsque l'on compare la santé des personnes adultes inactives avec celle des personnes régulièrement actives, on observe chez ces dernières un risque inférieur de développer de nombreuses pathologies (voir tableau 1). Cela est notamment vrai pour les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le cancer du côlon, le cancer du sein, l'ostéoporose, la dépression et les dorsalgies [28-36]. Les personnes régulièrement actives rapportent également une meilleure qualité de vie.

Pour de plus amples informations concernant l'activité physique des adultes vous pouvez consulter le manuel PAPRICA à l'intention des médecins sur le site internet www.paprica.ch.

TABLEAU 1

BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LA SANTÉ SELON LES NIVEAUX DE PREUVE SCIENTIFIQUE
(ADAPTÉ DE POWELL 2018)

	Enfants et jeunes
3 à < 6 ans*	» Amélioration de la santé osseuse et du statut pondéral
6-17 ans	<ul style="list-style-type: none"> » Amélioration des fonctions cognitives » Amélioration de l'aptitude cardiorespiratoire et de la fonction musculaire » Amélioration de la santé osseuse » Amélioration du facteur de risque cardiovasculaire » Amélioration du statut pondéral ou de l'adiposité » Moins de symptômes de dépression
	Adultes, tous âges
Mortalité, toute cause	» Diminution du risque
Santé cardio-métabolique	<ul style="list-style-type: none"> » Diminution du risque de maladie cardiovasculaire et de mortalité cardiovasculaire (incluant les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux) » Diminution du risque d'hypertension » Diminution du risque de diabète de type 2
Cancer	» Diminution du risque de cancer de la vessie, du sein, du côlon, de l'endomètre, de l'œsophage, du rein, de l'estomac et du poumon
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> » Réduction du risque de démence » Amélioration des fonctions cognitives » Amélioration des fonctions cognitives à la suite d'une session d'activité physique d'endurance » Amélioration de la qualité de vie » Amélioration du sommeil » Réduction des sentiments d'anxiété et de dépression chez les individus en bonne santé ainsi que chez les individus avec des syndromes cliniques existants » Réduction du risque de dépression
Statut pondéral	<ul style="list-style-type: none"> » Réduction du risque d'une prise de poids excessive » Effet supplémentaire sur la perte de poids lorsque l'activité physique est combinée avec une restriction alimentaire modérée » Perte de poids et prévention de la reprise de poids lorsqu'une quantité suffisante d'activité physique d'intensité modérée à élevée est atteinte
	Personnes âgées
Chutes	<ul style="list-style-type: none"> » Réduction du risque de chute » Réduction du risque de blessure liée à une chute
Capacité physique	» Amélioration de la capacité physique chez la personne âgée avec et sans fragilités
	Femmes enceintes ou en post-partum
Durant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> » Réduction du risque d'une prise de poids excessive » Réduction du risque de diabète gestationnel » Aucun risque pour le fœtus lié à une activité physique d'intensité modérée
Durant la période du post-partum	» Réduction du risque de dépression post-partum

Note: seuls les résultats présentant un niveau de preuve fort à modéré sont inclus dans le tableau.

* Données disponibles insuffisantes concernant les enfants de 0 à < 3 ans

RÉFÉRENCES

1. Timmons B.W. et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37(4): p. 773-92.
2. Carson V., Lee E. Y., Hewitt L., Jennings C., Hunter S., Kuzik N., Stearns J. A., Unrau S. P., Poitras V. J., Gray C., Adamo K. B., Janssen I., Okely A. D., Spence J. C., Timmons B. W., Sampson M. & Tremblay M. S. Correction to: Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health.* 2017;17(1): p. 985.
3. Kuzik N., Poitras V. J., Tremblay M. S., Lee E. Y., Hunter S. & Carson V. Systematic review of the relationships between combinations of movement behaviours and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health.* 2017;5: p. 849.
4. Strong W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005;146(6): p. 732-7.
5. Janssen I. & Leblanc A. G. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7(40).
6. Garcia-Hermoso A., Ezzatvar Y., Ramirez-Velez R., Olloquequi J. & Izquierdo M. Is device-measured vigorous physical activity associated with health-related outcomes in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis. *Journal of sport and health science.* 2021;10(3): p. 296-307.
7. Fedewa A. L. & Ahn S. The effects of physical activity and physical fitness on children's achievement and cognitive outcomes: a meta-analysis. *Res Q Exerc Sport.* 2011;82(3): p. 521-35.
8. Donnelly J. E., Hillman C. H., Castelli D., Etnier J. L., Lee S., Tomporowski P., Lambourne K. & Szabo-Reed A. N. Physical Activity, Fitness, Cognitive Function, and Academic Achievement in Children: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2016;48(6): p. 1197-222.
9. Reilly J. J. et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet.* 2004;363(9404): p. 211-2.
10. Zeng N., Ayyub M., Sun H., Wen X., Xiang P. & Gao Z. Effects of Physical Activity on Motor Skills and Cognitive Development in Early Childhood: A Systematic Review. *Review Biomed Res Int.* 2017; 2017:2760716.
11. Veldman S. L. C., Chin A., Paw M. J. M. & Altenburg T. M. Physical activity and prospective associations with indicators of health and development in children aged <5 years: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 18(1): p. 6.
12. Zahner L. et al. (2004). *Enfance active: vie saine (manuel des professionnels)*. Macolin: Office fédéral du sport.
13. Stamm H., Ceschi M., Gebert A., Guggenbühl L. & Stronski S. (2020). *Monitoring des données pondérales effectué par les services médicaux scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich (Évolution du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s au cours de l'année scolaire 2018/19 en mettant l'accent tout particulièrement sur la relation entre le comportement en matière d'activité physique et le poids)*. Feuille d'information 42. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
14. Wells J. C. & Ritz P. Physical activity at 9-12 months and fatness at 2 years of age. *Am J Hum Biol.* 2001;13(3): p. 384-9.
15. Iverson J. M. Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *J Child Lang.* 2010;37(2): p. 229-61.
16. Marques A., Santos D. A., Hillman C. H. & Sardinha L. B. How does academic achievement relate to cardiorespiratory fitness, self-reported physical activity and objectively reported physical activity: a systematic review in children and adolescents aged 6-18 years. *Br J Sports Med.* 2018;52(16): p. 1039.
17. Cesa C. C., Sbruzzi G., Ribeiro R. A., Barbiero S. M., de Oliveira Petkowicz R., Eibel B., Machado N. B. et al. Physical activity and cardiovascular risk factors in children: meta-analysis of randomized clinical trials. *Prev Med.* 2014;(69): p. 54-62.
18. D'Souza N. J., Kuswara K., Zheng M., Leech R., Downing K. L., Lioret S., Campbell K. J. & Hesketh K. D. A systematic review of lifestyle patterns and their association with adiposity in children aged 5-12 years. *Obes Rev.* 2020;21(8): p. 13029.

19. Pate R. R., Hillman C. H., Janz K. F., Katzmarzyk P. T., Powell K. E., Torres A. & Whitt-Glover M. C. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity and Health in Children Younger than 6 Years: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6): p. 1282-91.
20. Moore L. et al. Does early physical activity predict body fat change throughout childhood? *Prev Med.* 2003;37(1): p. 10-7.
21. Gomez-Bruton A., Matute-Llorente A., Gonzalez-Aguero A., Casajus J. A. & Vicente-Rodriguez G. Plyometric exercise and bone health in children and adolescents: a systematic review. *World J Pediatr.* 2017;13(2): p. 112-21.
22. Lerner Z. F., Board W. J. & Browning R. C. Pediatric Obesity and Walking Duration Increase Medial Tibiofemoral Compartment Contact Forces. *J Orthop Res.* 2016;(34): p. 97-105.
23. Rizzoli R. et al. Maximizing bone mineral mass gain during growth for the prevention of fractures in the adolescents and the elderly. *Bone.* 2010;46(2): p. 294-305.
24. Lobo Y. B. & Winsler A. The effects of a creative dance and movement program on the social competence of Head Start preschoolers. *Social Development.* 2006;15(3): p. 501-19.
25. Metcalf B. S. et al. Physical activity at the government-recommended level and obesity-related health outcomes: a longitudinal study. *Arch Dis Child.* 2008;93(9): p. 772-7.
26. Saakslähti A. et al. Physical activity as a preventive measure for coronary heart disease risk factors in early childhood. *Scand J Med Sci Sports.* 2004;14(3): p. 143-9.
27. Telama R. et al. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American journal of preventive medicine.* 2005;28(3): p. 262-73.
28. Uusitupa M., Khan T. A., Vigiouliou E., Kahleova H., Rivellese A. A., Hermansen K., Pfeiffer A., Thanopoulou A., Salas-Salvadó J., Schwab U. & Sievenpiper J. L. Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 11(11): p. 2611.
29. Pescatello L. S., Buchner D. M., Jakicic J. M., Powell K. E., Kraus W. E., Bloodgood B., Campbell W. W., Dietz S., Dipietro L., George S. M., Macko R. F., McTiernan A., Pate R. R. & Piercy K. L. Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6): p. 1314-23.
30. Blair S. N., Goodyear N. N., Gibbons L. W. & Cooper K. H. Physical Fitness and Incidence of Hypertension in Healthy Normotensive Men and Women. *JAMA.* 1984;252: p. 487-90.
31. Blair S. N., Kohl H. W., Barlow C. E., Paffenbarger R. S., Gibbons L. W. & Macera C. A. Changes in Physical Fitness and all-Cause Mortality. A Prospective Study of Healthy and Unhealthy Men. *JAMA.* 1995;273: p. 1093-8.
32. Lee I. M., Paffenbarger R. S. & Hsieh C. Physical Activity and Risk of Developing Colorectal Cancer among College Alumni. *J Natl Cancer Inst.* 1991;83: p. 1324-9.
33. Manson J. E., Nathan D. M., Krolewski A. S., Stampfer M. J., Willett W. C. & Hennekens C. H. A Prospective Study of Exercise and Incidence of Diabetes among US Male Physicians. *JAMA.* 1992;268: p. 63-7.
34. McTiernan A., Kooperberg C., White E. et al. Recreational Physical Activity and the Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Cohort Study. *JAMA.* 2003;290: p. 1331-6.
35. Paffenbarger R. S., Lee I. M. & Leung R. Physical Activity and Personal Characteristics Associated with Depression and Suicide in American College Men. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;377: p. 16-22.
36. Middleton L. E., Manini T. M., Simonsick E. M. et al. Activity energy expenditure and incident cognitive impairment in older adults. *Arch Intern Med.* 2011;171: p. 1251-7.
37. Powell K. E., King A. C., Buchner D. M. et al. The Scientific Foundation for the Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd Edition. *J Phys Act Health.* 2018;17: p. 1-11.

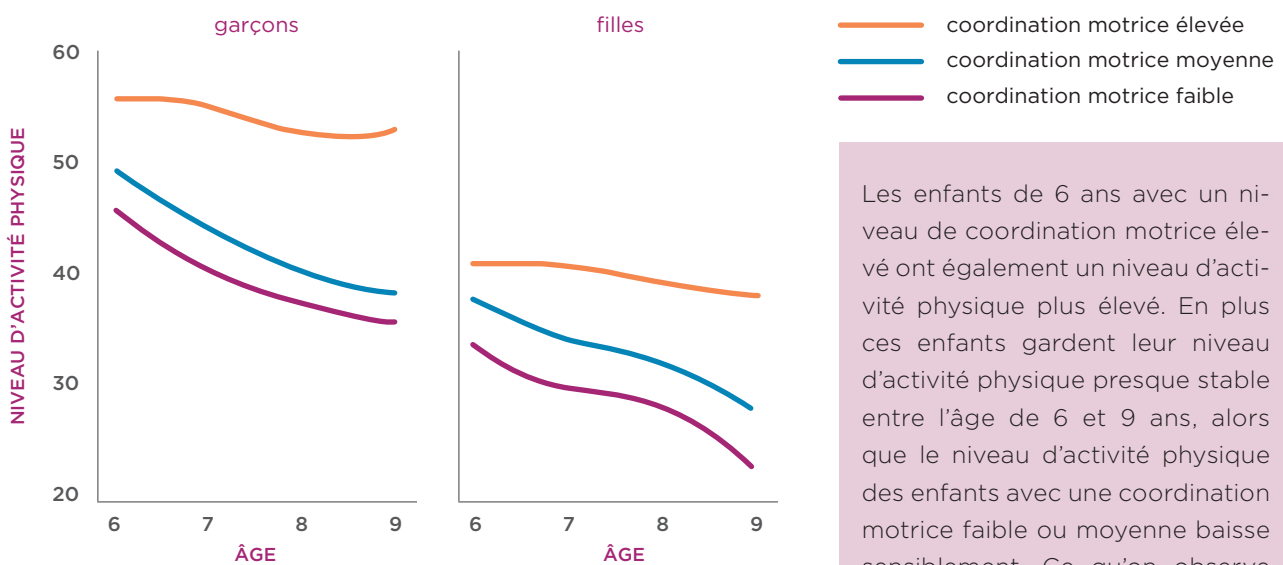
4. HABILITÉS MOTRICES ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Dans les premières années de vie les enfants commencent à acquérir les habiletés motrices fondamentales. Ces habiletés sont composées des compétences dans la locomotion (courir, sauter, etc.), dans la manipulation d'objets (prises, lancer, coups de pied, etc.) et dans l'équilibre (statique et dynamique).

Plusieurs études ont mis en évidence une corrélation positive entre l'activité physique et les habiletés motrices [1, 2], et ont permis de formuler l'hypothèse selon laquelle le niveau de performance dans les habiletés motrices pourrait prédire le niveau d'activité physique. Les résultats des études

longitudinales confirment cette hypothèse [3, 4]. Barnett et al. [3] ont montré que les habiletés dans le contrôle d'objets (lancer, prise, coup de pied, etc.) à l'âge de 10 ans étaient un prédicteur de l'activité physique à l'adolescence. Dans leur étude publiée en 2011, Lopes et al. [4] concluent que la coordination motrice est un fort prédicteur du niveau d'activité physique entre les jeunes âgés de 6 et 10 ans. Les auteurs montrent également que le niveau initial de coordination motrice influence le niveau d'activité physique 4 ans plus tard (voir figure 6).

FIGURE 6
ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SELON LE NIVEAU INITIAL DE COORDINATION MOTRICE
(ADAPTÉ DE LOPES 2011)



Les enfants de 6 ans avec un niveau de coordination motrice élevé ont également un niveau d'activité physique plus élevé. En plus ces enfants gardent leur niveau d'activité physique presque stable entre l'âge de 6 et 9 ans, alors que le niveau d'activité physique des enfants avec une coordination motrice faible ou moyenne baisse sensiblement. Ce qu'on observe surtout c'est déjà la grande différence entre les garçons et les filles à cet âge!

Plusieurs études ont évalué la relation entre les performances dans les habiletés motrices fondamentales et les bénéfices possibles pour la santé chez des enfants et adolescentes. Ces études ont montré une corrélation positive des habiletés motrices fondamentales avec l'activité physique et la capacité aérobie. Il y a cependant une relation négative de ces habiletés avec le poids corporel [5-7].

Clark et Metcalfe [8] suggèrent que les habiletés motrices fondamentales représentent le « camp de base » à partir duquel les enfants escaladeront la montagne du développement moteur. En d'autres mots, si les enfants ne peuvent pas être performants dans les lancers, les prises, les sauts, etc., ils auront par la suite moins de possibilités à s'engager dans des activités physiques parce qu'ils n'auront pas les habiletés prérequis pour être actifs [9].

RÉFÉRENCES

1. Jones D., Innerd A., Giles E. L. & Azevedo L. B. Association between fundamental motor skills and physical activity in the early years: A systematic review and meta-analysis. *Journal of sport and health science*. 2020;9(6): p. 542-52.
2. Van Capelle A., Broderick C. R., van Doorn N., Ward R. E. & Parmenter B. J. Interventions to improve fundamental motor skills in pre-school aged children: A systematic review and meta-analysis. *J Sci Med Sport*. 2017;20(7): p. 658-66.
3. Barnett L. M. et al. Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity. *J Adolesc Health*. 2009;44(3): p. 252-9.
4. Lopes V. P. et al. Motor coordination as predictor of physical activity in childhood. *Scand J Med Sci Sports*. 2011;21(5): p. 663-9.
5. Lubans D. R. et al. Fundamental movement skills in children and adolescents: review of associated health benefits. *Sports Med*. 40(12): p. 1019-35.
6. Engel A. C., Broderick C. R., van Doorn N., Hardy L. L. & Parmenter B. J. Exploring the Relationship Between Fundamental Motor Skill Interventions and Physical Activity Levels in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med*. 2018;48(8): p. 1845-57.
7. Duncan M. J., Hall C., Eyre E., Barnett L. M. & James R. S. Pre-schoolers fundamental movement skills predict BMI, physical activity, and sedentary behavior: A longitudinal study. *Scand J Med Sci Sports*. 2021;31(1): p. 8-14.
8. Clark J. E. & Metcalfe J. S. (2002). The mountain of motor development: A metaphor, in *Motor development: Research and reviews*. Reston: National Association of Sport and Physical Education, p. 163-90.
9. Stodden D. F. et al. A Developmental Perspective on the Role of Motor Skill Competence in Physical Activity: An Emergent Relationship. *Quest*. 2008;60(2): p. 290-306.

5. POURQUOI AGIR DÉJÀ CHEZ LES TOUT-PETITS ?

Il existe beaucoup de raisons pour faire bouger les enfants dès leur plus jeune âge :

- » La période entre la naissance et 6 ans est une période critique pour le développement de comportements de vie actifs mais les enfants dans cette tranche d'âge sont très peu concernés par les campagnes de promotion du mouvement et de l'activité physique.
- » Dès la naissance, l'enfant apprend et se développe à travers le mouvement. Grâce aux expériences sensorielles et motrices l'enfant développe autant sa motricité que son cerveau. Pour reprendre les mots du psychologue suisse Jean Piaget: «Le mouvement est un instrument de connaissance».
- » Grâce à des expériences motrices variées, l'enfant met en place des habiletés motrices fondamentales qui lui permettront d'avoir plus de plaisir dans les activités physiques, lui faciliteront les nouveaux apprentissages moteurs et l'aideront à consolider sa confiance en soi.
- » Les premières années de vie de l'enfant sont une période propice pour promouvoir des modes de vie sains au sein de la famille. Les parents sont plus souvent disponibles durant cette période pour modifier leur style de vie et créer un environnement qui favorise la santé de leur petit.
- » **L'enfant a naturellement envie et besoin d'explorer son environnement et de bouger, il ne faut juste pas l'en empêcher !**

6. RÔLE DES PROFESSIONNEL·LES

La formation PAPRICA petite enfance propose un enseignement transdisciplinaire autour de l'activité physique de l'enfant. Une formation commune permet de créer des liens entre les différents partenaires. Chaque professionnel·les de la santé a un rôle à jouer dans la promotion de l'activité physique lors de ses rencontres avec l'enfant et sa famille. Les interventions de chaque professionnel·le seront différentes et complémentaires. Chacune permettra de renforcer les messages de promotion du mouvement auprès des familles.

Chacun des rôles décrits ci-dessous a été réalisé en collaboration avec des professionnel·les vaudois·es. Certaines parties du texte pourraient être spécifiques à la pratique de la profession dans le canton de Vaud. À la fin du chapitre vous trouvez les textes de référence utilisés pour la rédaction des rôles.

6.1 RÔLE DE LA SAGE-FEMME

La définition professionnelle des sages-femmes, adoptée par la Fédération suisse des sages-femmes stipule que: «La sage-femme joue un rôle important dans l'information et l'éducation à la santé, non seulement pour les femmes, mais aussi au sein de la famille et de la collectivité».

Le rôle de «promotrice de la santé» est mis en avant dans la déclinaison de ses compétences qui stipulent qu'elle «participe à des programmes de prévention et de promotion de la santé».

Les sages-femmes ont ainsi un rôle privilégié d'éducation auprès des jeunes parents et constituent un maillon important de promotion de la santé pour les familles.

Elles y sont attentives lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, mais aussi à chaque stade du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Leur champ d'action comprend aussi bien le suivi des mères que les soins aux nouveau-nés. Elles donnent des informations aux femmes, afin de leur permettre de faire des choix éclairés concernant les décisions relatives à leur santé et à celle de leur enfant.

Ce rôle d'éducatrice pour la santé des nouveau-nés prend particulièrement son sens en période post-partum. La sage-femme va suivre l'éveil à la parentalité des parents en les encourageant dans la découverte de leur enfant, de son développement et de ses compétences. Elle va dispenser de nombreux conseils quant aux soins, au mode de couchage, au sommeil et aux pleurs du nourrisson, par exemple.

C'est pourquoi, prendre de bonnes habitudes pour favoriser le mouvement de l'enfant dès sa venue au monde s'inscrit dans le rôle professionnel de la sage-femme avec cohérence et peut représenter un défi intéressant, à la fois pour les sages-femmes et les familles.

Ce volet d'activités se poursuit dans la continuité, grâce à la collaboration avec les infirmières de la petite enfance et les pédiatres, avec lesquels la sage-femme travaille en interdisciplinarité.

6.2 RÔLE DE L'INFIRMIÈRE PETITE ENFANCE

L'infirmière petite enfance (IPE) est une intervenante privilégiée en promotion de la santé et prévention primaire. Elle est la seule professionnelle offrant à l'ensemble des familles avec des enfants âgés de 0 à 4 ans (dès le retour de la maternité jusqu'à la scolarisation) des prestations de promotion de la santé et prévention primaire à domicile sur le court, moyen ou long terme. L'IPE propose des visites à domicile, des consultations-rencontres parents-enfants hebdomadaires, une permanence téléphonique.

Toutes ces prestations sont gratuites pour les parents et subventionnées par l'État.

Elle est formée pour reconnaître et valoriser les compétences parentales.

Les objectifs généraux sont :

- » Participer avec les autres professionnel·les à informer les parents sur les attitudes qui favorisent un bon développement physique, psychique, affectif de l'enfant.
- » Promouvoir un environnement familial et social favorable au développement optimal des enfants; prévenir des troubles psychoaffectifs, des maladies et des accidents.
- » Soutenir et renforcer les capacités des parents à répondre efficacement aux besoins de leur enfant.
- » Favoriser les comportements constructifs et réduire les facteurs de stress.
- » Prévenir les facteurs déstabilisants tels que les troubles du sommeil et alimentaires, les pleurs, les dépressions post-partum, les difficultés éducatives, etc.

Parmi les 14 thèmes de santé développés, se trouve le développement psychomoteur. Il inclut la promotion du mouvement et la diminution de la sédentarité. L'IPE peut aborder cette thématique lors de ses diverses rencontres avec les parents. Elle peut proposer aux parents des activités physiques pour l'enfant, adaptées à son âge et à son développement.

Elle recommande de laisser l'enfant se mouvoir librement au sol dès l'âge de 2 à 3 mois et découvrir l'espace à son propre rythme. Elle conseille les jouets adaptés à l'enfant pour développer ses capacités de préhension et de coordination.

À mesure que l'enfant grandit, l'IPE va inciter les parents à profiter de leur environnement: sortir avec leur enfant, rencontrer d'autres familles, faire des promenades dans la nature, fréquenter les places de jeux et les lieux de socialisation. Elle va également promouvoir les déplacements à pied et la mobilité de l'enfant.

L'IPE encourage les parents à participer aux consultations-rencontres parents-enfants régionales, où l'enfant pourra être en interaction avec d'autres

enfants d'âges différents. Elle pourra aussi informer les familles sur les cours de gym parents-bébé existants dans la région.

Ce volet d'activités se poursuit dans la continuité, grâce à la collaboration avec les autres professionnel·les de la santé de la petite enfance, avec lesquels les IPE travaillent en interdisciplinarité.

6.3 RÔLE DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE

Selon la définition qui apparaît sur la page internet des infirmières scolaires du canton de Vaud :

«Les infirmières de santé communautaire en milieu scolaire, appelés communément infirmières scolaires ont comme champ d'activité la santé globale des enfants et des adolescents à l'école.

Elles exercent des activités de promotion de la santé et de prévention, disposent de locaux et sont intégrés dans les établissements scolaires. Leurs activités se partagent entre des tâches fixes (visites de santé, entretiens avec les familles, vaccinations, dépistages, administration...), et un travail en interdisciplinarité pour l'élaboration de projets de promotion de la santé et pour des situations diverses et imprévisibles (urgences, situations de détresse sociale, incidents critiques, atteintes à l'intégrité physique et psychique, intégration des enfants avec un handicap...).»

Le programme de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises (PAPAE) inclut l'infirmière scolaire dans les acteurs de promotion du mouvement.

Toutes les familles qui ont un enfant en 1P ou 2P se voient proposer un entretien avec l'infirmière scolaire. Cette rencontre permet d'aborder la santé de l'enfant au sens large et présente le «service santé» de l'école. La promotion de l'activité physique et une discussion autour de la sédentarité peuvent être abordées à cette occasion. Lors d'autres rencontres avec la famille, comme lors des soirées annuelles de parents à l'école, l'infirmière peut promouvoir l'activité physique.

L'infirmière peut présenter aux enseignant·es les différents supports concernant l'activité physique des enfants et réfléchir avec eux sur la meilleure

façon de promouvoir le mouvement au sein de l'école. Elle peut participer, encourager, ou initier des projets qui permettent de promouvoir l'activité physique des enfants, en collaboration avec les pédiatres et médecins scolaires.

6.4 RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN SOINS PÉDIATRIQUES À DOMICILE

L'infirmière en soins pédiatriques à domicile intervient auprès d'enfants atteints dans leur santé et nécessitant des soins infirmiers, mais dont l'état ne requiert plus d'hospitalisation.

L'équipe des soins pédiatriques à domicile intervient à la demande du·de la pédiatre ou d'un service hospitalier, sur la base d'une ordonnance médicale. Elle garantit des interventions rapides, souples et adaptées aux besoins, 7 jours sur 7.

Les services de cette équipe spécialisée sont destinés à des enfants et adolescent·es âgés de 0 à 18 ans, domiciliés dans le canton de Vaud.

Son mandat inclut la réalisation de soins infirmiers pointus, ainsi que du conseil, soutien et de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille. La prévention primaire anti-sédentarité et la promotion de l'activité physique en font partie.

L'infirmière intervient auprès d'enfants souffrant de maladies ou accidents d'étiologies multiples avec des perspectives de vie et de guérison différentes. La promotion du mouvement devra s'adapter à ces diverses situations. La possibilité de bouger reste dans chaque situation un besoin essentiel de l'enfant. Le·la soignant·e doit pouvoir conseiller au mieux l'enfant et sa famille pour l'aider dans cette perspective.

6.5 RÔLE DU·DE LA PÉDIATRE

Le·la pédiatre veille à la santé et au bien-être des enfants, de la naissance à la fin de la croissance. Ses activités englobent le traitement des maladies, mais aussi le maintien de la santé au sens de l'OMS qui définit la santé non seulement comme une absence

de maladie, mais aussi comme un état de « bien-être complet, physique, psychique et social ». Il·elle veille à l'environnement familial et social de ses patient·es. L'encouragement à la pratique d'une activité physique régulière fait partie intégrante de cette définition de la santé, puisqu'elle permet de développer des compétences motrices, psychiques et sociales. Des discussions « d'éducation à la santé » autour de l'alimentation, du sommeil, ou de prévention des accidents sont conduites de façon rituelle dans les consultations pédiatriques. Les check-lists de développement de l'enfant de la SSP interrogent le développement moteur de l'enfant. Les liens avec le mouvement et l'activité physique peuvent être faits. PAPRICA petite enfance cible les enfants âgés de 0 à 6 ans. Les pédiatres font partie des professionnel·les de la santé rencontrant le plus souvent les enfants de cette tranche d'âge. En les suivant au fil du calendrier des contrôles de développement, ils·elles établissent avec les familles une relation de confiance et sont perçus·es comme personnes de référence par les familles. Ils·elles sont parfois les seul·es professionnel·les de la santé que les familles rencontrent avant l'entrée à l'école.

Les pédiatres parlent de santé et de différents thèmes de prévention en dehors de leur consultation, nombre d'entre eux étant médecins scolaires, référent·es de garderies, structures d'accueil parascolaire, foyers ou autres lieux d'accueil.

Les occasions pour parler du mouvement de l'enfant et faire des liens entre l'activité physique, le développement et les compétences de l'enfant sont multiples.

Le travail en collaboration avec les autres professionnel·les de la santé de la petite enfance ayant la possibilité de voir les familles plus longuement et dans leur habitat est précieux.

POUR EN SAVOIR PLUS

Infirmière de la petite enfance

- Gross N., Durgnat C., Stettler S., Wagner S., König R., Voumard M., Zuger C., Fontannaz C., Dali-Youcef M., Heiniger R., Hippolyte J., Duperrex O. & Masserey E. (2003). *Cadre de référence pour l'activité des infirmières Petite Enfance dans le canton de Vaud*. Lausanne: OMSV.
- Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire pour les enfants de 0 - 4 ans.

Infirmière en soins pédiatriques à domicile

- <http://www.avasad.ch/jcms>

Infirmière scolaire

- <http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/equipes-psps/infirmieres-scolaires>
- Programme de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises, PAPAE, Dr Virginie Schlüter, mars 2009.

Pédiatre

- «Leitbild», profil du pédiatre, Société Suisse de Pédiatrie, 1994. <http://www.swiss-paediatrics.org>
- Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM-FMH), Spécialiste en pédiatrie, 2012.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

Sage-femme

- Fédération suisse des sages-femmes, Définition professionnelle de la sage-femme, 2007. <http://www.hebamme.ch/fr>
- Fédération suisse des sages-femmes, Code international de déontologie des sages-femmes, 2009. <http://www.hebamme.ch/fr>
- Kfh, HES-SO, HESAV, Compétences finales professions de la santé HES, 2012. <http://www.kfh.ch>
- International Confederation of Midwives (ICM), Définition internationale de la sage-femme de l'ICM, 2005. <http://www.internationalmidwives.org>
- Loi sur l'assurance maladie (LAMal), Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS, Chapitre 4, Prestations spécifiques en cas de maternité, 1995. www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/index.html?lang=fr
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), L'assurance maladie en bref : vos questions, nos réponses, 2012. <http://www.ofsp.admin.ch>

7. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE CENTRÉE SUR LA COLLABORATION

7.1 COMMENT COMMUNIQUER AVEC LES PARENTS AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LEUR ENFANT

Promouvoir l'activité physique du jeune enfant implique une étroite collaboration avec ses parents. Ceux-ci n'encourageront cette activité que s'ils sont eux-mêmes motivés par cette démarche, car elle nécessite des changements dans l'organisation habituelle de la famille. La construction de cette motivation passe par un dialogue entre le-la soignant-e et les parents, où ceux-ci pourront se sentir entendus, non jugés et capables de changement pour favoriser le développement optimal de leur enfant. L'intervention proposée intègre différentes stratégies de communication qui relèvent de l'approche motivationnelle et de l'approche systémique.

L'approche motivationnelle aide le-la soignant-e à mener une discussion autour du changement dans un esprit de collaboration, avec comme objectif d'explorer et renforcer la motivation à changer et donc à mettre en place des habitudes de vie plus bénéfiques à la santé du jeune enfant.

L'approche systémique appréhende l'individu dans son contexte relationnel, le plus prégnant étant sa famille. Au sein de la famille, les comportements des membres s'influencent réciproquement, directement ou indirectement; ainsi tout changement effectué par l'un des membres affectera la dynamique de l'ensemble du groupe familial. La famille a un potentiel d'autogestion et de création pour faire face aux défis qu'elle se pose. Dans cette approche, le-la soignant-e est co-acteur de la relation qui se crée avec la famille, il-elle est attentif-ve à sa manière d'entrer en interaction avec chaque membre, il-elle va s'intéresser aux liens significatifs de l'individu et il-elle explore de nouvelles perspectives tout en restant attentif-ve aux besoins de chacun-e.

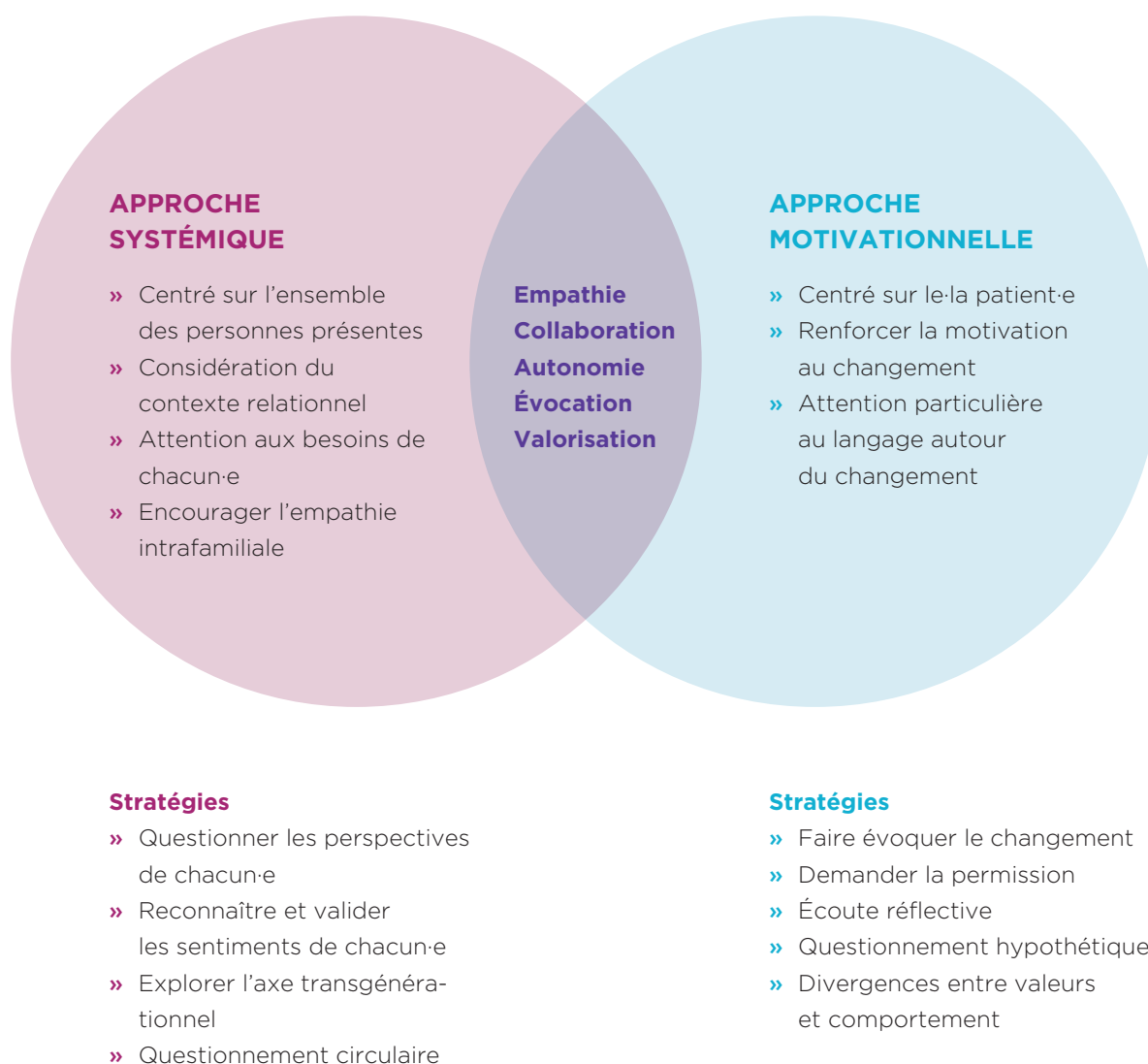
Les deux approches partagent un esprit commun qui met la collaboration au centre de la relation d'aide, avec une écoute empathique, un respect de l'autonomie de la personne par rapport à ses choix, une valorisation des ressources et une attitude qui favorise l'évocation.

La collaboration est possible dès lors que le-la soignant-e instaure une relation de partenariat, en évitant l'adoption d'une position d'expert-e et la persuasion. L'entretien se focalise plutôt sur l'exploration du vécu, des valeurs et des idées des patient-es et leurs familles.

- » Le-la soignant-e **empathique** tente de comprendre le vécu de l'autre et lui restitue sa compréhension.
- » En soutenant l'**autonomie** de l'autre, le-la soignant-e laisse à ce dernier la liberté quant à sa volonté de changer.
- » La **valorisation** amène un regard positif-ve, authentique, par rapport aux forces et aux ressources de la personne. Le-la soignant-e est attentif-ve à valoriser les efforts accomplis plutôt que le résultat.
- » L'**évocation** apparaît clairement lorsque le-la soignant-e s'applique à faire parler l'autre de ses idées plutôt qu'à l'éduquer ou à donner sa propre opinion sans qu'elle soit demandée. Les ressources et la motivation à changer émergent du-de la patient-e.

La figure 7 reprend quelques éléments propres aux approches systémique et motivationnelle. Elle illustre une manière dont celles-ci peuvent s'intégrer de façon complémentaire dans le contexte d'un entretien avec le(s) parent(s) d'un jeune enfant.

FIGURE 7



7.2 STRATÉGIES INSPIRÉES DE L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

Faire évoquer le changement

Les parents qui trouvent leurs propres raisons de changer, qui élaborent leurs propres idées autour de l'activité physique de leurs enfants, ont plus de chances de mettre en place ces changements que si ces arguments et idées viennent du-de la soignant-e.

Demander la permission

Demander la permission au parent d'aborder le thème de l'activité physique lui donne la liberté d'accepter ou refuser. S'il accepte, il sera plus ouvert au dialogue.

Écoute réflexive

L'écoute réflexive est une affirmation par laquelle on restitue à l'interlocuteur ce que l'on a compris de son discours et son ressenti. Ceci renforce le sentiment d'être écouté et compris. Une forme particulière d'écoute réflexive est le résumé, qui rassemble les éléments importants de la conversation, notamment par rapport à ce que les parents se proposent de mettre en place pour la suite.

Questionnement hypothétique

Faire imaginer un changement permet au parent de se projeter dans un avenir différent sans avoir l'impression qu'on lui impose le changement. Le sentiment d'autonomie est respecté.

Divergences entre valeurs et comportement

Se rendre compte qu'une habitude ou un comportement va à l'encontre d'une valeur importante crée un sentiment d'inconfort qui renforcera la motivation à entreprendre un changement.

7.3 STRATÉGIES INSPIRÉES DE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

Questionner les perspectives de chacun-e

Mener l'entretien de manière à considérer les points de vue de l'ensemble des personnes présentes (le père, la mère et les enfants). Si l'un des parents est absent, il est intéressant de le présentifier dans le contexte de l'entretien, par exemple: «Si votre mari était présent, qu'est-ce qu'il répondrait?»

Explorer l'axe transgénérationnel

S'intéresser au vécu de chaque parent lorsqu'il était enfant par rapport aux activités significatives partagées avec ses parents où il pouvait se dépenser physiquement. Les questionner spécifiquement par rapport à la période où ils avaient l'âge de l'un de leurs enfants peut les aider à entrer en empathie avec ceux-ci. Par ailleurs, cela leur permet de se connecter à des souvenirs positifs d'activités vécues en famille qu'ils pourraient souhaiter partager à leur tour avec leurs enfants, ou au contraire, d'évoquer certains regrets susceptibles de les motiver à tenter de faire autrement avec leurs propres enfants.

Questionnement circulaire

Plutôt que de s'adresser directement à l'enfant, le soignant invite chaque parent à adopter le point de vue de l'enfant en les questionnant quant aux activités qu'ils imaginent que celui-ci aimerait faire pour se dépenser. Ce type de questionnement permet l'exploration des relations, favorise l'adoption par les parents de la perspective de leur enfant. Il peut augmenter le niveau d'attention des enfants en entretien.

Reconnaître et valider les sentiments de chacun-e

Offrir à chacun-e sa compréhension et son empathie, en veillant à reconnaître la position de chacun-e sans prendre parti.

7.4 EXEMPLES

Des exemples de ces stratégies se retrouvent dans les moments d'échange retranscrits ci-dessous.

Interlocuteur	DIALOGUE	Approche systémique	Approche motivationnelle
Soignant	Est-ce que vous seriez d'accord qu'on prenne un petit moment pour parler de l'activité physique de vos enfants ?		Demander la permission afin de s'assurer de l'adhésion des parents à l'échange.
Mère	Oui.		
Soignant	Vous pourriez me décrire une journée ordinaire lorsque vous êtes avec les enfants ? Comment ça se déroule ?	Évaluer l'activité physique de manière exploratoire et ouverte en encourageant les parents à raconter une journée.	
Mère	Pendant la semaine, on bosse tous les deux, les enfants sont à la garderie. Au retour ils jouent un peu sur l'ordinateur, on mange, après on les couche. Le week-end du coup c'est repos, parce que la semaine, elle est...		
Père	... très chargée.		
Mère	La semaine ça bosse le week-end ça se repose...		
Père	C'est vrai qu'on aime faire le minimum de choses finalement.		
Soignant	Vous diriez que vous restez beaucoup à l'intérieur. Les journées de week-end c'est plutôt à la maison.		L'écoute réflexive encourage à poursuivre.
Père	Oui, on fait des jeux à l'intérieur, puis ils font la sieste à midi, puis comme moi j'aime bien regarder le sport à la télévision, parfois je regarde avec eux. Quand il fait beau, des fois, on peut sortir un p'tit peu. Mais sinon c'est très important pour nous de pouvoir récupérer.		
Soignant	Quand vous sortez qu'est-ce que vous faites ?	Évocation par une question ouverte qui favorise la poursuite ciblée de l'exploration.	
Père	On sort un peu dans notre petit jardin, prendre l'air.		
Mère	C'est pas ce qu'on préfère ! Dès qu'il ne fait pas beau on a peur pour Melvin, parce qu'avec ses problèmes de respiration... Après souvent on a peur qu'il se fasse mal...		
Soignant	D'après vous quels seraient les bénéfices pour des enfants âgés de 0 à 6 ans de bouger suffisamment et régulièrement ? Si vous deviez imaginer ?		Accéder aux connaissances des parents avant de fournir une information.

Interlocuteur	DIALOGUE	Approche systémique	Approche motivationnelle
Mère	Ben, peut-être qu'ils dormiraient mieux?		
Père	Ouais... Ils pourraient avoir un sommeil plus profond.		
Mère	C'est un peu des piles électriques...		
Soignant	Ils dormiraient mieux et cela les aiderait à se calmer un petit peu. Est-ce que vous seriez d'accord que je vous donne un peu plus d'informations par rapport à ces bénéfices?		Écoute réflexive pour résumer l'état des connaissances des parents. Demande de permission de compléter l'information.
Père/Mère	Oui, ouais.		
Soignant	C'est vrai que de pouvoir bouger suffisamment pour des jeunes enfants de l'âge des vôtres, ça va leur permettre d'être plus fatigués le soir, d'avoir plus d'appétit, donc d'être plus calmes, d'être plus posés. Et puis le fait de bouger, de se dépenser, ça va leur donner le goût du mouvement, ça va les aider à être plus à l'aise dans leur corps, d'avoir plus confiance en eux. Et par rapport à ce que vous disiez, plus ils vont bouger, plus ils vont devenir habiles, moins ils vont se blesser, donc par rapport à vos inquiétudes pour votre petit par rapport au danger, le fait qu'il bouge suffisamment ça va l'aider à mieux comprendre son environnement et à mieux pouvoir gérer sa manière d'être en interaction avec. Qu'est-ce que vous pensez de tout ça?		Partage d'information en faisant des liens avec les préoccupations des parents. Question ouverte pour vérifier l'intégration de l'information.
Mère	Je sais pas trop en fait, mais je ne sais pas ce qu'on pourrait faire! Parce qu'il faut qu'ils mangent la semaine, nous on bosse, faut bien qu'on rentre du boulot donc voilà... et il faut bien aller faire les courses.		
Père	Ouais, puis il faut avoir l'énergie pour le faire.		
Soignant	Vous avez tous les deux des semaines qui sont très chargées, le soir vous êtes fatigués et les moments que vous avez en famille c'est plutôt pour vous reposer.	Résumé qui reconnaît et valide les sentiments des parents.	

Interlocuteur	DIALOGUE	Approche systémique	Approche motivationnelle
Soignant	Lorsque vous aviez l'âge de Melvin, est-ce vous vous rappelez les activités où vous pouviez vous dépenser et que vous aimiez faire avec vos parents, l'un et l'autre ?	Explorer l'axe trans-générationnel.	
Mère	Moi... on bougeait pas beaucoup dans ma famille, mais par contre on faisait pas mal de balades c'est vrai!... Ah ouais, ça c'était chouette.		
Soignant	Qu'est-ce que vous trouviez «chouette» dans ces moments-là ?	Exploration ciblée sur les aspects positifs.	
Mère	C'est vrai que du coup on était ensemble, c'était des bons moments... Peut-être même que j'aurais aimé qu'on en fasse plus... de balades, ouais, c'était de bonnes sensations, quand j'y pense maintenant je me dis ah ouais, on était tous là, on se promenait dans la forêt.		
Soignant	Puis après une balade vous vous sentiez comment ? Vous vous rappelez ?	Exploration ciblée sur les sensations.	
Mère	J'avais faim ! C'est vrai que j'avais hyper faim, donc c'est vrai que ça, par rapport à lui, on disait qu'il ne mange pas beaucoup en ce moment, peut-être que ça peut aider.		
Soignant	Et puis pour vous, si je vous posais la même question, c'est quoi les activités que vous aimiez faire avec vos parents ?	Questionner les perspectives de chacun-e.	
Père	Heu... j'aimais bien faire du foot avec mon père, c'était quelque chose d'un peu extraordinaire, car je n'habitais pas avec lui, du coup quand on avait le temps, quand il prenait le temps justement de faire un peu de foot, ça faisait du bien à l'intérieur quoi... d'avoir un vrai moment de partage !		
Soignant	Je vois que vous avez le regard qui pétille lorsque vous évoquez ce souvenir. Si je demandais à Melvin quelles seraient les activités qu'il aimerait faire avec vous, qu'est-ce qu'il répondrait ?	Questionnement circulaire.	Questionnement hypothétique.
Mère	Ben je pense que les balades c'est un truc qui lui plairait bien, parce qu'il adore regarder autour de lui.		
Père	Il commence à faire un peu de vélo, quand on a le temps les samedis après-midis, ça il aime bien faire.		
Soignant	Faire du vélo ou éventuellement faire des balades, c'est quelque chose qu'il pourrait apprécier.		Écoute réflexive.

Interlocuteur	DIALOGUE	Approche systémique	Approche motivationnelle
Mère	Ben les balades ça nous réunirait tous les quatre, en fait, ouais ça, ce serait chouette!		
Soignant	Avoir un moment de partage. Et en fonction des informations que je vous ai données, des souvenirs que vous avez évoqués qui sont des bons souvenirs, et puis de ce que vos enfants souhaiteraient peut-être faire avec vous en termes d'activités qui leur permettraient de se dépenser, qu'est-ce que vous aimeriez faire de tout ça d'ici la prochaine fois qu'on se voit ?		Invitation à envisager la possibilité d'un changement.
Mère	En parlant je me rends compte qu'on passe peu de moments comme ça... soit on bosse, soit on fait les courses, peut-être on pourrait essayer de trouver des moments le samedi après-midi au lieu de se reposer devant la télé de... d'aller à l'extérieur ?		
Père	Au lieu de regarder le sport à la télé, je pourrais peut-être sortir dans le jardin, faire un peu de ballon.		
Mère	Ou faire les courses à pied ? Et le mercredi après-midi on pourrait aller au parc un peu plus souvent.		
Soignant	Parmi toutes les choses que vous avez évoquées, aller au parc, faire un peu de ballon dans le jardin, aller vous balader, faire les courses à pied, laquelle de toutes ces choses vous vous verriez faire d'ici la prochaine fois qu'on se voit ? Si vous deviez en choisir une, qu'est-ce que ça serait ?		Invitation à définir un éventuel premier pas vers un changement, tout en respectant l'autonomie.
Père	Le samedi après-midi, en tous les cas sortir, au lieu de rester dedans.		
Soignant	Et vous qu'est-ce que vous diriez ?		
Mère	Moi je suis d'accord avec ça, sortir le samedi après-midi, puis passer un moment tous les quatre... moi, c'est ça que je retiens.		
Soignant	Je ne peux que vous encourager à continuer à réfléchir à tout ça. Du foot ou des balades le samedi après-midi, c'est quelque chose que vous vous sentiriez prêts à faire d'ici la prochaine fois qu'on se voit. De mon côté, j'ai une brochure qui donne des informations sur les bénéfices pour des enfants de l'âge des vôtres de bouger régulièrement et qui donne aussi des idées d'activités que vous pourriez faire avec eux. Voilà je vous laisse regarder et on pourra en reparler la prochaine fois.		Résumer l'intention des parents par rapport au changement à mettre en œuvre.
Mère/Père	Merci, merci beaucoup!		

Quelques signes auxquels je peux être attentif-ve :

- » Le parent devant moi se met sur la défensive, argumente.
- » Il ne parle que des difficultés liées au changement.
- » Je commence à entendre «oui, mais...» de sa bouche... ou de la mienne!
- » Il dit «oui, d'accord» d'un ton sec ou peu convaincu.
- » Son visage se ferme, son ton devient plus ferme.
- » Le parent ne m'écoute plus.
- » Mon temps de parole devient plus important que le sien.

Ces signes indiquent peut-être que j'essaie de convaincre de façon trop insistante et que je ne suis plus dans une relation de partenariat avec le parent!

POUR EN SAVOIR PLUS**Approche motivationnelle**

- Miller W. R. & Rollnick S. (2012). *Motivational Interviewing: helping people change*. Guilford Press (3rd edition).
Traduit en français aux Inter-Éditions Dunod.
- Rollnick S., Miller W. R. & Butler C. (2007). *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behaviour*. Guilford Press.
Traduit en français aux Inter-Éditions Dunod.

Sites internet :

- www.entretienmotivationnel.org :
site internet francophone
- www.motivationalinterviewing.org :
site internet anglophone

Approche systémique

- Seywert F. Le questionnement circulaire.
Thérapie familiale. 1993;14(1): p. 73-88.
- Ausloos G. (1995). *La compétence des familles*. Paris: Erès.
- Salem G. (2009). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris: Masson.

8. PROMOTION DU MOUVEMENT ET DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

8.1 COMMENT ÉVALUER LE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES ENFANTS ET DE LA FAMILLE

L'évaluation du niveau d'activité physique de l'enfant et de la famille est importante afin d'orienter l'intervention du/de la professionnel·le. Une famille active sera conseillée différemment qu'une famille vivant de façon plus sédentaire.

Il est compliqué de mesurer de façon précise le niveau d'activité physique de l'enfant âgé entre 0 et 6 ans et de sa famille. À notre connaissance, il n'existe pas d'outils validés permettant de mesurer le niveau d'activité physique d'un jeune enfant lors d'une consultation avec un·e soignant·e. Ce manque d'outils est certainement lié au caractère intermittent de l'activité physique de la petite enfance, qui rend sa mesure difficile. L'activité physique du jeune enfant, contrairement à celle des adultes, est surtout caractérisée par de courtes périodes d'activité très intense entrecoupées par des périodes d'inactivité [1]. Une évaluation de l'activité physique de l'enfant et de sa famille peut cependant être réalisée en quelques questions.

Pour explorer l'activité physique et les comportements sédentaires d'un enfant et de sa famille, il y a plusieurs possibilités.





- » Demander aux parents de décrire le déroulement d'une journée ordinaire de semaine et de week-end, en s'attardant sur les opportunités, saisies ou non, de permettre à leur enfant d'être actif. Par cette démarche, certaines familles font le constat par elles-mêmes que leur enfant n'est pas assez actif. Elles peuvent trouver dans la description même de leur quotidien des pistes pour modifier leurs habitudes.
- » Demander aux parents de remplir un «journal de bord» décrivant les activités physiques et sédentaires pratiquées par l'enfant ou la famille pendant une semaine.

Dans la figure 8, vous trouverez une liste des comportements à explorer lors de l'entretien. Pour les familles qui ont un style de vie plutôt sédentaire, l'enjeu initial consiste à «mettre le pied à l'étrier». Il est important d'adapter les premiers objectifs à chaque famille, en fonction de ses habitudes et ses disponibilités à modifier son style de vie.

Relevons ici l'art difficile de faire coexister deux logiques relationnelles au sein du même entretien, à savoir collecter et délivrer des informations précises – ce qui peut nécessiter le recours à des questions fermées – tout en adoptant par ailleurs le plus souvent possible un esprit de type «entretien motivationnel» [2] (Miller, 2002; voir manuel PAPRICA).

FIGURE 8

EXEMPLE DE COMPORTEMENTS EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ À EXPLORER LORS D'UN ENTRETIEN AVEC LA FAMILLE

	Activité physique	Comportements sédentaires
 <p>Moins de 1 an</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Bébé est actif lors du temps d'éveil? » Bébé est posé souvent au sol lors du temps d'éveil? 	<ul style="list-style-type: none"> » Bébé passe des longues périodes d'éveil dans la poussette, le siège-auto, baby-relax, etc.? » Bébé est exposé aux écrans (télévision, jeux vidéo, smartphone, ordinateur, tablettes)?
 <p>1-2 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> » L'enfant a la possibilité de bouger librement plusieurs fois par jour? » Combien de temps par jour l'enfant joue-t-il à l'extérieur? » La famille est active pendant le week-end? 	<ul style="list-style-type: none"> » L'enfant passe des longues périodes d'éveil dans la poussette, le siège-auto, baby-relax, etc.? » L'enfant est exposé aux écrans (télévision, jeux vidéo, smartphone, ordinateur, tablettes)?
 <p>3-4 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> » L'enfant a la possibilité de bouger librement plusieurs fois par jour? » Combien de temps par jour l'enfant joue-t-il à l'extérieur? » Combien de temps par jour l'enfant marche-t-il? » La famille est active pendant le week-end? » L'enfant peut-il jouer souvent dans des places de jeux? » Comment se font les déplacements pour aller dans le lieu de garde? 	<ul style="list-style-type: none"> » Combien de temps par jour l'enfant est devant un écran (télévision, jeux vidéo, smartphone, ordinateur, tablettes)? » L'enfant se déplace toujours par des moyens de transport motorisés?
 <p>5-6 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> » L'enfant a la possibilité de bouger librement plusieurs fois par jour? » Combien de temps par jour l'enfant joue-t-il à l'extérieur? » Combien de temps par jour l'enfant marche-t-il? » Comment se font les déplacements à l'école? » La famille est active pendant le week-end? » L'enfant peut-il jouer souvent dans des places de jeux? » L'enfant fait partie d'un club sportif ou d'un groupe actif (gym, natation, danse, foot, ski-club, etc.)? 	<ul style="list-style-type: none"> » Combien de temps par jour l'enfant est devant un écran (télévision, jeux vidéo, smartphone, ordinateur, tablettes)? » L'enfant se déplace toujours par des moyens de transport motorisés?

8.2 PROMOTION DU MOUVEMENT À TRAVERS LES OUTILS DIDACTIQUES

Cinq fiches didactiques sur le mouvement et l'activité physique des enfants âgés entre 0 et 6 ans ont été réalisées. Chaque fiche est consacrée à une tranche d'âge spécifique: 0-9 mois, 9-18 mois, 18 mois-2,5 ans, 2,5-4 ans et 4-6 ans.

Ces fiches didactiques ont un double rôle: pour le·la professionnel·le, elles servent de support à la discussion et l'enseignement; pour les familles, elles donnent des exemples de jeux et activités à réaliser pour favoriser le mouvement.

À l'ouverture partielle du feuillet, apparaissent deux pages qui informent les parents sur les différents bienfaits du mouvement et sur les attitudes à adopter pour favoriser le développement psychomoteur. Lors de la consultation, vous pouvez parcourir ces deux pages pour montrer aux parents quels sont les bénéfices qu'ils peuvent tirer en permettant à leur enfant de bouger.

À l'ouverture complète du feuillet apparaissent quatre pages qui présentent plusieurs activités pour l'enfant et la famille. Les propositions ont été imaginées à partir des barrières à l'activité physique que les familles rencontrent dans leur quotidien. Ces barrières sont évoquées par les questions en haut de chaque page.

De haut en bas, les jeux montrent une progression suivant le développement de l'enfant. Cela signifie qu'un enfant âgé d'environ 9 mois (fiche 9 - 18 mois) pourra faire tous les jeux proposés en haut de la page mais pas forcément les autres. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il pourra pratiquer les exercices plus en bas de la page en suivant le rythme de son développement. Ici il est important de rappeler aux parents que chaque enfant évolue à son rythme et qu'il ne faut donc pas trop se focaliser sur l'âge auquel il arrive à faire tel jeu.

Sur la dernière page figurent les recommandations en matière d'activité physique et comportements sédentaires. Elles sont ici à titre informatif et peuvent représenter un objectif à atteindre. Toutefois, il faut souligner que les recommandations ne sont pas forcément un objectif adapté à chacune. Pour une famille sédentaire dans laquelle l'enfant de

5 ans bouge peu et passe quotidiennement plusieurs heures devant la télévision, il est inadapté de fixer comme premier objectif 1 heure d'activité physique par jour et 2 heures d'écrans au maximum. Il s'agira plutôt de commencer à petits pas, en essayant par exemple de négocier avec l'enfant et les parents un objectif d'activité supplémentaire et un temps de moins d'exposition à l'écran.

Sur la dernière page figure aussi l'adresse du site internet PAPRICA (www.paprica.ch), pour davantage d'informations et des exemples d'activités supplémentaires.

8.3 PROMOUVOIR LE MOUVEMENT EN TOUTE SÉCURITÉ

Les bénéfices d'une augmentation de l'activité physique sur le développement physique, psychique et social de l'enfant sont bien démontrés [3-5]. L'augmentation du niveau d'activité physique des enfants peut s'accompagner d'une augmentation du risque d'accidents et blessures. Celle-ci est liée à la pratique intense de sports essentiellement plutôt qu'à l'adoption d'un mode de vie actif qui permet à l'enfant de multiplier ses expériences motrices [6]. Une étude australienne a quantifié le risque d'accidents associé à la pratique d'une activité physique et conclut que les bénéfices d'une pratique régulière sont supérieurs aux risques [7]. **Ceci est particulièrement vrai chez les plus petits qui ne s'engagent pas encore dans des activités sportives ou de compétition à haute intensité qui font augmenter les risques de blessures.**

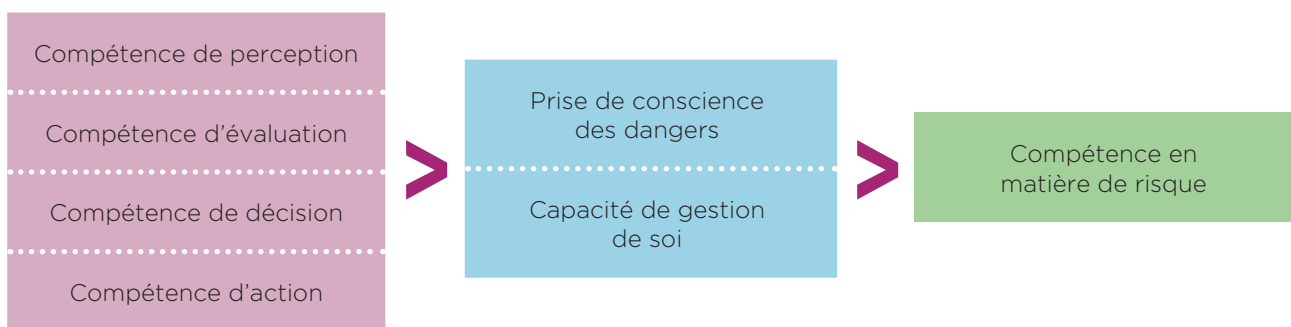
Le risque de blessures fait souvent partie des craintes des parents qui ont donc tendance à limiter l'activité physique des enfants. Ceci est compréhensible, mais souvent ces limitations deviennent trop importantes et privent l'enfant de nombreux moments privilégiés de jeux et de mouvements.

L'enfant qui a la liberté de faire ses propres expériences motrices apprend à connaître son corps et ses limites [8]. «Un petit enfant qui peut faire ces mouvements lui-même, et à son rythme, se place rarement dans une position dangereuse qu'il ne maîtrise pas». Un enfant qui est posé sur un fauteuil alors qu'il n'est pas capable d'y monter tout seul a

des risques de chute parce qu'il n'aura pas exploré les gestes moteurs nécessaires pour y arriver. À l'inverse, un enfant qui est monté tout seul sur le même fauteuil aura très peu de probabilités de tomber parce que ses possibilités motrices lui permettront de descendre en sécurité. Il est donc

nécessaire de laisser l'enfant faire ses expériences, non seulement pour améliorer ses habiletés motrices mais également pour alimenter ses compétences en matière de risque (voir figure 9) [9].

FIGURE 9
MODÈLE DE LA COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE RISQUE DÉVELOPPÉ PAR LE BUREAU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS



En effet, laisser l'enfant libre de faire ses expériences motrices lui permettra de développer ses compétences de perception, d'évaluation, de décision et d'action qui à leur tour favoriseront une meilleure prise de conscience des dangers ainsi qu'une meilleure capacité de gestion de soi. Au final, l'enfant aura pu améliorer sa compétence en matière de risque.

Des expériences motrices riches permettant aux enfants de développer leur habileté pourraient même diminuer le risque de certains accidents. Il semblerait que les enfants plus habiles du point de vue moteur, présentant entre autre un meilleur équilibre, une meilleure capacité de réaction et une meilleure capacité d'orientation, ont moins de risques de chutes, de collisions lors de jeux collectifs et d'accidents de la route à pied ou à vélo [10]. Ainsi, plus l'enfant bouge, plus il développe des compétences en matière de risques et moins il risque de faire des accidents.

Afin de prévenir les blessures à la tête, il est impératif de promouvoir l'utilisation du casque lors des activités suivantes :

- » Vélo
- » Ski
- » Luge
- » Trotinette, patins à roulettes et skateboard (protège poignets, coudières et genouillères sont également fortement recommandés)

Enfin, il nous semble important de rappeler que les enfants âgés de 0 à 6 ans ne parviennent pas à évaluer les risques en ce qui concerne le trafic et les plans d'eau. Pour plus d'informations sur la prévention des accidents chez les enfants âgés entre 0 et 6 ans, il est possible de consulter l'aide-mémoire de PIPADES (www.pipades.ch), de s'abonner au courrier bpa enfants (www.bpa.ch) ou encore de consulter les différentes brochures éditées par le Bureau de prévention des accidents (www.bpa.ch).

RÉFÉRENCES

1. Bailey R.C. et al. The level and tempo of children's physical activities: an observational study. *Med Sci Sports Exerc.* 1995;27(7): p. 1033-41.
2. Miller W. & Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change.* 2nd ed. New York: The Guilford Press.
3. Janssen I. & Leblanc A. G. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7: p. 40.
4. Strong W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005;146(6): p. 732-7.
5. Timmons B. W. et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2011;37(4): p. 773-92.
6. Martin-Diener E., Brügger O. & Martin B. (2012). *Promotion de l'activité physique et prévention des accidents: vue d'ensemble.* Berne: Bureau de prévention des accidents (bpa).
7. Spinks A. B. et al. Quantifying the association between physical activity and injury in primary school-aged children. *Pediatrics.* 2006;118(1): p. e43-50.
8. de Truchis, C. (2009). *L'éveil de votre enfant. Le tout-petit au quotidien.* Albin Michel éd.
9. Schürch B. et al. (2012). *Encourager l'activité physique chez les enfants en toute sécurité.* Berne: Bureau de prévention des accidents (bpa).
10. Zahner L. et al. (2004). *Enfance active: vie saine (manuel des professionnels).* Macolin: Office fédéral du sport.

WWW.PAPRICA.CH