

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 120 (2022)
Heft: 10

Artikel: Petite enfance et encouragement précoce : de quoi s'agit-il?
Autor: Politis Mercier, Maria-Pia
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1033361>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Petite enfance et encouragement précoce: de quoi s'agit-il?

La notion d'encouragement précoce rencontre de plus en plus d'écho dans les politiques de santé publique, du niveau international aux niveaux cantonal et communal. Cet article en explore les diverses définitions, et propose quelques pistes de réflexion et de questionnements autour de ses mises en pratiques actuelles.

TEXTE:
MARIA-PIA POLITIS MERCIER

Commençons par préciser ce que recouvre la notion d'«encouragement précoce»: ces deux mots peuvent se comprendre de différentes manières. Que faut-il comprendre par «précoce»? Devancer le temps normal ou dès que possible? Cette ambiguïté n'aide pas à s'approprier cette notion. En anglais, on parle de *early childhood development* ou encore de *nurturing care for early childhood development* (soins attentifs pour le développement de la petite enfance). En allemand, l'encouragement précoce se nomme *Frühe Förderung* (Hafen, 2017). Le terme d'encouragement ne donne pas d'indication sur ce qu'il englobe.

Plusieurs définitions

L'encouragement précoce vise à donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie, selon son potentiel. Il en existe plusieurs définitions citées dans le Rapport du Conseil Fédéral (2021). Voici celle de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2018): «L'encouragement précoce englobe tant les mesures fournies par des professionnels que les prestations publiques ou privées

(...) qui soutiennent les enfants et leurs familles au cours des quatre premières années de vie et qui ont une influence – directe ou indirecte – sur le développement psychosocial et la santé de l'enfant. Cette définition exclut les offres mises à profit par les familles en vue de préparer leurs enfants de manière optimale à la société de la performance.» (p. 5). On parle parfois aussi d'éducation et de l'accueil des jeunes enfants (UNESCO, 2019). Cette définition assez large mérite quelques développements pour mieux l'appréhender.

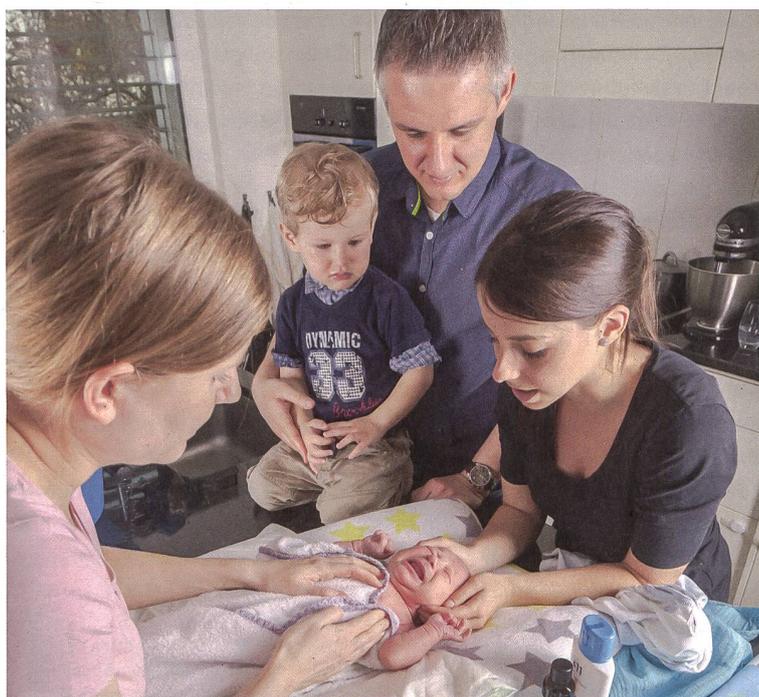
Dans la littérature scientifique, la période du «jeune âge» débute durant la vie intra-utérine, voire durant la période pré-conceptionnelle et s'étend jusque vers l'âge de 2 à 4 ans.

Limites temporelles de la petite enfance

De quelle période parle-t-on? Dans la littérature scientifique produite lors des dernières décennies, la période du «jeune âge» débute durant la vie intra-utérine, voire durant la période pré-conceptionnelle (*The Lancet*, 2018) et s'étend en fonction des définitions, jusque vers l'âge de 2 à 4 ans le plus souvent. Lorsque la focale va jusqu'à 2 ans, on parle des 1000 (premiers) jours. Par exemple, la France utilise cette terminologie depuis 2021. En Suisse, la période retenue va jusqu'à l'âge de 4 ans. La petite enfance est la période qui va de la grossesse ou de la naissance à l'entrée à l'école, qui varie selon les pays.

L'importance du début de la vie

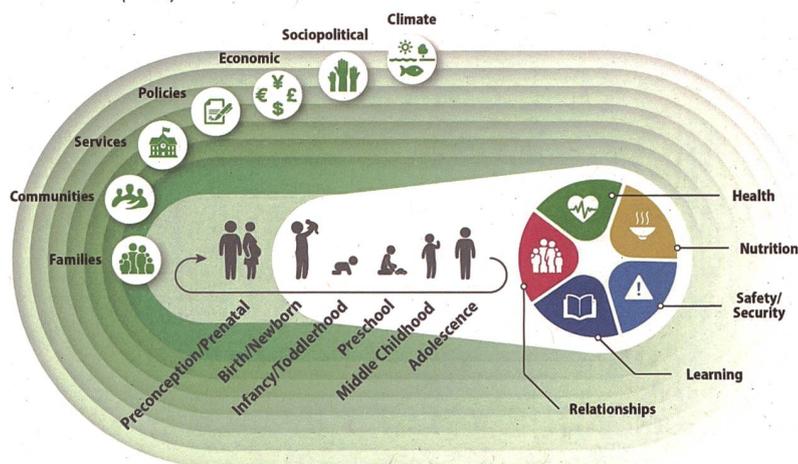
Cette période, incluant la grossesse, est actuellement bien mise en lumière par les scientifiques, les agences onusiennes et les politiques publiques d'une majorité de pays. Elle est identifiée comme étant une période critique pour la santé et le développement des enfants mais aussi des futurs adultes. En effet, une série de travaux de recherches, issus de plusieurs disciplines et mobilisant des méthodologies variées, ont mis en évidence sur différentes populations et à différentes époques l'importance du début de la vie pour le développement et la santé des enfants, de plus avec des effets sur le long terme dans la vie adulte. Il s'avère que les processus biologiques et génétiques du développement de l'être humain au début de la vie sont sous l'influence de l'environnement. Il façonne l'expression des



Anjie Kroll-Witzer

Cadre de soins attentifs de la préconception à l'adolescence

Black et al. (2021)



Re-use permitted under CC BY

gènes, influence les processus métaboliques, notamment au niveau de l'architecture du cerveau.

Plusieurs modèles explicatifs ont émergé de ces constats. Tous indiquent clairement que la santé et la maladie s'établissent très tôt dans l'existence, d'où les approches actuelles prenant en compte le parcours de vie des individus. Les maladies chroniques de l'adulte, tant somatiques que mentales, peuvent trouver leurs origines durant cette

Les déterminants sociaux de la santé, facteurs externes à la famille, vont néanmoins influencer positivement ou négativement les modes de vie des familles et se répercuter aussi sur la santé de leurs enfants.

période de la vie. A l'heure actuelle, au niveau mondial, ces maladies non transmissibles, représentent un fardeau humain considérable en termes de souffrances, de morbidité et de mortalité prématurée ainsi qu'un coût économique majeur. De nouvelles conceptions de la prévention et des soins en découlent.

Soins physiques et affectifs

Les expériences les plus formatrices des jeunes enfants sont prodiguées d'abord par les parents, la famille et le cercle proche, y compris les professionnel-le-s de santé ou de l'éducation. Des soins attentifs, se caractérisent par un environnement stable favorisant la santé (allaitement et nutrition, hygiène, soins, sécurité, moindre pollution) et leur donnent des occasions d'apprentissages variés par le biais d'interactions affectueuses. La santé émotionnelle, la création d'un attachement sécuritaire, les compétences sociales, les capacités cognitives et linguistiques qui se développent durant la petite enfance constituent aussi les fondements d'une vie normale d'un individu, selon son potentiel, facilitent l'entrée à l'école et favorisent sa vie future. De même, les effets potentiellement néfastes de ce que l'on appelle les expériences négatives de l'enfance ou adversités, telles que les événements traumatiques qui peuvent résulter de l'exposition à la violence, au stress chronique, etc., constituent des barrières au développement et à la santé des enfants.

Déterminants sociaux de la santé

Le rôle de l'environnement amène à le prendre en compte à l'aide des déterminants sociaux de la santé. Ils sont les facteurs qui influencent la santé des populations, tout autant que les prestations des services de santé (*World Health Organization* [WHO], s. d.; *Wilkinson et al.*, 2014). Il s'agit des «conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent,

vivent et vieillissent». Ces circonstances sont à leur tour façonnées par un ensemble plus large de forces et de systèmes: l'économie, le commerce, les normes sociales, les politiques sociales et la politique (WHO, s. d.).

Les déterminants sociaux de la santé, facteurs externes à la famille, vont néanmoins influencer positivement ou négativement les modes de vie des familles et se répercuter aussi sur la santé de leurs enfants. Les déterminants sociaux de la santé ont une influence importante sur les inégalités en matière de santé qui provoquent des différences injustes et évitables dans l'état de santé observé au sein des pays et entre eux¹. A tous les niveaux de revenu, la santé et la maladie suivent un gradient social: plus la position socio-économique est basse, plus la santé est mauvaise (WHO, s. d.).

On constate aussi les effets des inégalités sociales de santé sur les différences de mortalité maternelle entre groupes sociaux (*Jones et al.*, 2022). Le schéma (ci-dessus) situe les différents domaines impliqués nécessitant des actions afin de favoriser le développement sain des enfants, soutenir les familles et réduire les inégalités sociales de santé.

C'est pourquoi il est si important que les parents reçoivent un soutien qui prend en compte les différents domaines cités et vise

¹ Voir à ce sujet, Politis Mercier, M.-P. (2019). La profession sage-femme au cœur de la santé publique. *Obstetrica*, 12. <https://obstetrica.hebamme.ch>

à réduire les inégalités sociales de santé pour les aider à donner à leur bébé le meilleur départ possible dans la vie, plus particulièrement lorsque des obstacles sont présents ou surgissent en cours de route.

Pour une politique nationale de la petite enfance

En Suisse, la lutte contre les inégalités sociales de santé se nomme «égalité des chances» (OFSP, 2018). Il manque de données pour situer la situation des familles et des enfants (Dratva, 2019). Cependant, en-

déral, 2021). Cependant, l'OFSP et d'autres institutions fédérales et cantonales travaillent actuellement à améliorer la visibilité de la petite enfance et à promouvoir des actions, non seulement pour les enfants présentant des handicaps ou les familles migrantes, mais pour l'ensemble de la population-cible, selon le principe de l'universalisme proportionné.

Améliorer les prestations pour la petite enfance représente un investissement financier. On pourrait penser que cela constitue un frein à l'action. Cependant, il a été dé-

de la périnatalité car les offres sont morcelées et manquent de coordination entre elles. La pédiatrie sociale travaille sur ces questions et cet article est inspirant: Gheri, 2021.

Il est nécessaire de diffuser les bonnes pratiques, de les adapter à la diversité des familles et des enfants, de les coordonner et de les pérenniser (financement, dotation en personnel, formation du personnel). Il est important de dépasser une vision trop axée sur la responsabilité individuelle et sur les comportements pour mieux se pencher sur ce qui détermine ces comportements ou ces choix (Cambon *et al.*, 2022).

Enjeux à caractère éthique

Quelles que soient les interventions des professionnel-le-s ou des pouvoirs publics, des questionnements de nature éthique peuvent surgir. Ils tournent autour l'autonomie des personnes ou des groupes, de la bienfaisance, de la non malversation, de la justice sociale. Différents «outils» peuvent aider à s'orienter, en plus de la déontologie professionnelle: le cadre légal, les droits humains, la Convention relative aux droits de l'enfant. Le respect de l'autonomie parentale et le droit de l'enfant sont des questionnements parfois contradictoires. Un autre questionnement concerne les risques de culpabilisation des parents, plus particulièrement des mères.

On peut assister aussi à des stigmatisations ou des discriminations liées à des repérages ou des dépistages de populations dites «à risque». Ils se doivent d'être discutés avec les parents, être effectués avec sensibilité, par des professionnel-le-s formé-e-s. En effet, ils peuvent amener à un «étiquetage social», délétère, figant les enfants ou leurs familles à un moment donné dans une catégorie, avec un risque de stigmatisation ou de discrimination. Des exemples de programmes de dépistages qui ont suscité la polémique parmi les professionnel-le-s sont à citer pour illustrer le propos: en France, en 2005, des professionnel-le-s de la périnatalité se sont élevé-e-s contre un projet de repérage dès la crèche des troubles du comportement visant à prévenir les comportements délinquants à l'adolescence. Une prise de position nommée «pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans»² a

Il est important de dépasser une vision trop axée sur la responsabilité individuelle et sur les comportements pour mieux se pencher sur ce qui détermine ces comportements ou ces choix.

viron 13% des enfants de 0 à 4 ans (OFSP, 2019) sont affectés par la pauvreté, d'autres sont confrontés à la violence, aux problèmes d'alcool d'un ou des parents. La durée de l'allaitement varie selon le gradient social. La vulnérabilité des familles se rencontre également lors de chômage, d'emplois précaires et mal payés, de dettes, de logement insuffisant, d'isolement, de recours à l'aide sociale, de statut migratoire précaire, de problèmes légaux, de famille monoparentale, de problèmes de santé physique ou mentale des parents ou des enfants. Ces situations, pour en citer quelques-unes, peuvent agir comme des barrières entravant le développement des enfants et leur santé ainsi que celle de leurs parents.

De par le fédéralisme et le principe de subsidiarité régissant les rapports entre la Confédération, les cantons et les communes, il n'existe pas (encore) en Suisse de politique nationale de la petite enfance (Conseil fé-

montré par un économiste, prix Nobel (Heckmann, 2012), que ces investissements durant la petite enfance évitent des coûts plus importants ultérieurement, notamment en termes de meilleure réussite scolaire et d'accès à l'emploi amélioré. Ainsi, investir durant la petite enfance permet d'une part de réduire les inégalités sociales de santé et d'autre part, de bénéficier à toute la société. En Suisse, cette démonstration a aussi été faite (Fehr, 2010).

Quelles sont les actions à mettre en place?

La petite enfance concerne tous les domaines politiques. C'est pourquoi la Confédération et les cantons ont besoin d'une *early childhood in all policies* (Swiss School of Public Health Plus [SSPH+], 2019). Bien des actions existent déjà mais peuvent varier selon les cantons et les communes. Souvent, la vue d'ensemble en est difficile pour les familles et pour les professionnel-le-s

² www.pasde0deconduite.org

Les approches bio-psycho-sociale et centrée sur la femme et la famille, associées à la continuité des soins, contribuent à l'encouragement précoce.

conduit à l'arrêt de ce repérage. En Belgique, un projet visant à dépister les femmes enceintes présentant des vulnérabilités à l'aide d'un outil informatique est dénoncé par les associations professionnelles de la périnatalité au motif d'un risque de fichage des femmes et d'un manque de moyens pour soutenir ces femmes (Office de la naissance et de l'enfance, 2022).

Sans vouloir prendre position sur ces deux exemples, on note qu'ils démontrent que les professionnel-le-s de première ligne peuvent agir pour influencer les pratiques s'ils / si elles estiment qu'elles ne respectent pas suffisamment les familles. Cela montre aussi l'importance d'associer les professionnel-le-s de terrain à l'élaboration des politiques publiques.

D'autres critiques relèvent un risque d'uniformisation des pratiques autour de l'éducation de la petite enfance ou de sur-stimulation des enfants visant à les préparer à l'entrée à l'école, sans respecter leur rythme (Partenaire Enfance & Pédagogie, 2022).

Quelques exemples de pratiques autour de l'encouragement précoce

Il existe déjà un panel de programmes cantonaux ou communaux, des institutions d'intérêt public et des professionnel-le-s qui intègrent d'une manière ou d'une autre des éléments d'encouragement précoce. Voici quelques exemples ici ou ailleurs qui peuvent inspirer de nouvelles actions, qu'elles soient le fait de sages-femmes ou non; ces approches sont inspirantes à différents titres.

Sans vouloir être exhaustif, on peut citer:

- *Nurse Family Partnership*: modèle d'encouragement précoce débutant durant la grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans, pour les familles vulnérables. Modèle évalué et produisant des améliorations tant pour les mères que pour les enfants. Utilisé aux Etats-unis et différents pays d'Europe, avec des adaptations³;
- Les Libellules: cours de préparation à la naissance et accueil mamans-bébés 0-1 ans pour femmes allophones. Créé par Fanny Perret, sage-femme et l'Arcade sage-femme de Genève⁴;
- PanMilar: préparation à la naissance et suivi postpartum par des sages-femmes et des interprètes communautaires pour familles allophones. Créé par une sage-femme, Evelyne Roulet⁵;
- Sorgsam: élargissement de FamilyStart pour les familles présentant des vulnérabilités. Cantons des deux Bâle. Créé par des sages-femmes dont Elisabeth Kurth⁶;
- *Signs of Safety*[®]: modèle australien pour les professionnel-le-s et les familles visant à favoriser la sécurité des enfants vulnérables et à risque de négligence ou de maltraitance⁷;
- petits:pas: offre de prévention précoce s'adressant à des familles en situation de vulnérabilité sociale, avec des enfants âgés de 1 à 4 ans⁸;
- Primokiz: réseau-local d'encouragement précoce. Fondation Jacobs⁹.

³ www.nursefamilypartnership.org

⁴ www.arcade-sages-femmes.ch

Voir aussi l'entretien page 50 de la présente édition.

⁵ www.nursefamilypartnership.org

⁶ <https://familystart.ch>

Voir aussi, en allemand, Kurth, E. *et al.* (2019). Das Pilotprojekt «Sorgsam – Support am Lebensstart» unterstützt Hebammenarbeit im Frühbereich. *Obstetrica*; 6, p. 47–48. <https://obstetrica.hebamme.ch>

⁷ www.signsofsafety.net

⁸ www.a-primo.ch

⁹ <https://jacobsfoundation.org>

Pour la profession sage-femme

Les sages-femmes sont en première ligne durant la première année de cette période clé de la vie des enfants et pour les parents, de la fondation de leur famille.

Les approches bio-psycho-sociale et centrée sur la femme et la famille, associées à la continuité des soins, favorisent l'articulation de différents domaines d'influence de la santé et vont dans le sens d'une contribution à l'encouragement précoce. Cependant, un ancrage plus explicite sur ces cadres de références dans la définition de la profession serait approprié pour faire évo-

Associer les professionnel-le-s de terrain à l'élaboration des politiques publiques a toute son importance.

luer les prestations professionnelles et être partie prenante dans l'élaboration des politiques publiques. Cela passe, par le développement de pratiques en intersectorialité, par le recueil de données permettant de mieux connaître les profils et les besoins des familles, la diffusion de ces données auprès des autorités comme plaidoyer pour ajuster les pratiques des différents acteurs, la formation, la recherche (Erdin *et al.*, 2017; Origlia *et al.*, 2017); tout cela constitue des perspectives stimulantes la profession et sa visibilité ainsi que pour le bien-être des familles!

En conclusion, «dans aucune autre étape de la vie, la promotion de la santé et la prévention ne sont aussi efficaces, durables et économiquement avantageuses que durant l'enfance et l'adolescence. En Suisse, ce grand potentiel n'est que trop peu utilisé» (SSPH+, 2019). En soutenant les familles, en comprenant leurs forces et leurs atouts, notre profession peut, en ces temps difficiles, contribuer à assurer le meilleur pour chacune d'elles, tout particulièrement les plus démunies. ◉

Références

- Black, M. M., Behrman J. R., Daelmans B. et al. (2021)** The principles of Nurturing Care promote human capital and mitigate adversities from preconception through adolescence. *BJM Global Health*; Vol 6 Issue 4. <https://gh.bmj.com>
- Cambon, L., Castel P., Couteron, J.-P. et al. (2022)** Passer d'une politique de santé publique à une santé publique politique: proposition du groupe miroir pour un virage paradigmatique. *Santé Publique*; 1 (Vol. 34), p. 5-8. doi: 10.3917/spub.221.0005. www.cairn.info
- Conseil Fédéral (2021)** Politique de la petite enfance: État des lieux et possibilités de développement au niveau fédéral. Rapport du Conseil fédéral. www.news.admin.ch
- Dratva, J., Stronski, S. & Chiolero, A. (2018)** Towards a national child and adolescent health strategy in Switzerland: strengthening surveillance to improve prevention and care. *Int J Public Health*; 63(2):159-61.
- Dravta, J., Grylka-Bäschlin, S., Volken, T. & Zysset A. (2018)** Revue scientifique de la petite enfance (0 à 4 ans) en Suisse: Santé et prévention. *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft, Winterthour*.
- Erdin, R., Iljuschin, I. & Pehlke-Milde, J. (2017)** Postpartum midwifery care and familial psychosocial risk factors in Switzerland: A secondary data analysis. *International Journal of Health Professions*; vol. 4, no.1, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0002>
- Fehr, E. (2010)** Die Ökonomie und Biologie kognitiver und nichtkognitiver Fähigkeiten. Referat. Universität Zürich.
- Gheri, M. (2021)** Pédiatrie sociale: défis, enjeux, perspectives. *Paediatrica*; N. 4. <https://doi.org/10.35190/f2021.4.2>
- Hafen, M. (2017)** Prävention in der ersten Lebensphase. Frühe Förderung als gesundheits-, sozial- und integrationspolitische Investition. *Paediatrica*; vol. 28, n. 3.
- Heckman J. J. (2012)** Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy. <https://heckmanequation.org>
- Jones, G. L., Mitchell, C. A., Hirst, J. E., Anumba, D. O. C, pour le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2022)** Understanding the relationship between social determinants of health and maternal mortality. *BJOG: Int J Obstet Gy*; 129: 1211-1228. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17044>
- Office fédéral de la santé publique (2018)** Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance. Concept et rapport de base pour la prévention des maladies non transmissibles et des addictions
- Office fédéral de la santé publique (2019)** Etude Santé et prévention «Vue d'ensemble de la petite enfance (0-4 ans) en Suisse».

- Office fédéral de la santé publique (2019)** Santé et prévention durant la petite enfance en Suisse. Bases scientifiques pour la prévention des maladies non transmissibles et des addictions. Fiche d'information. www.bag.admin.ch
- ONE (2022)** Carte blanche: Les professionnels de la périnatalité dénoncent le programme Born in Brussels devenu Born in Belgium www.one.be
- Organisation Mondiale de la Santé Europe (2015)** Déclaration de Minsk. Adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie
- Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF (2020)** Investing in our future: A comprehensive agenda for the health and well-being of children and adolescents. <https://cdn.who.int>
- Organisation Mondiale de la Santé (2018)** Soins attentifs pour le développement de la petite enfance: un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. OMS, Genève. <https://apps.who.int>
- Origlia, P., Jevitt, C., Sayn-Wittgenstein, Fz & Cignacco, E. (2017)** Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62: 589-598. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12627>
- Partenaire Enfance & Pédagogie (2022)** Plus vite, plus tôt, plus fort. L'égalité des chances passe-t-elle par un encouragement précoce? Lausanne. <https://pep-vd.ch>
- Santé publique Suisse (2012)** Prise de position «promotion de la santé pour la petite enfance». 22 novembre. <https://public-health.ch>
- Swiss School of Public Health Plus (2019)** Manifeste pour la santé des enfants et des adolescents. <https://public-health.ch>
- The Lancet (2018)** Serie: Préconception Health. www.thelancet.com
- UNESCO (2019)** Instaurer une politique de la petite enfance. Un investissement pour l'avenir. Éducation et accueil des jeunes enfants / Encouragement précoce en Suisse. Développé par INFRAS, établi au nom de la Commission suisse pour l'UNESCO, Berne.
- UNICEF (2017)** Les premiers moments comptent pour chaque enfant. www.unicef.org
- Wilkinson, R., Marmot, M. & Organisation mondiale de la Santé Europe (2004)** Les déterminants sociaux de la santé: les faits. 2^e éd. <https://apps.who.int>
- World Health Organization (s. d.)** Social determinants of health. www.who.int

AUTEURE



Maria-Pia Politis Mercier, sage-femme, maître d'enseignement Haute Ecole de Santé Vaud filière sage-femme, retraitée.

ACUMAX
www.acumax.ch - Ihr Komplett-Anbieter für Hebammenbedarf!



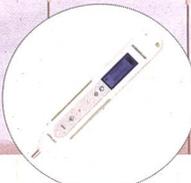
Kinesio Tapes



Akupunkturmadeln



Schöpfgläser



Laserspen



Praxistextilien



Allgemeiner Praxisbedarf



Massagepräparate

AcuMax Med AG
 5330 Bad Zurzach
 +41 56 511 76 00
info@acumax.ch

Travail et grossesse: apports et limites d'une consultation spécialisée en médecine du travail

1^{ère} partie

En Suisse, une réglementation spécifique vise à protéger la santé des travailleuses enceintes et de leurs futurs enfants face à des dangers présents dans l'environnement de travail. En pratique, ces dispositions protectrices ne sont pas toujours appliquées. À Lausanne, Unisanté a développé une consultation de médecine du travail pour soutenir les parties impliquées dans la mise en

œuvre de ces législations. Une étude en cours examine les apports et limites de ce dispositif unique.

Certaines expositions professionnelles peuvent nuire à la santé des travailleuses enceintes et à celle de leurs futurs enfants (Fowler & Culpepper, 2021). En Suisse, la Loi sur le travail et l'Ordonnance sur la Protection de la Maternité (OProMa) visent à proté-

ger la santé des travailleuses enceintes tout en leur permettant d'exercer leur travail. L'OProMa (Figure 1) accorde un rôle majeur aux employeurs, garants de fournir des conditions de travail sécuritaires pour les travailleuses enceintes¹ (Secrétariat d'Etat à l'économie [SECO], 2018). Le-la médecin traitant-e de la travailleuse (souvent son-sa gynécologue), doit juger de l'(in)aptitude au travail de sa patiente en s'appuyant sur une analyse des risques, qui doit être effectuée préalablement dans les entreprises présentant des expositions à risque (SECO, 2017). Cette analyse de risque doit être réalisée, sur mandat de l'employeur, par un-e médecin du travail ou un-e spécialiste de la sécurité au travail habilité-e.

Les sages-femmes n'ont pas de rôle défini dans l'OProMa, mais une partie importante d'entre elles adoptent des pratiques favorisant son application (Abderhalden-Zellweger *et al.*, 2021)². Par ailleurs, la philosophie de la profession sage-femme telle que définie par l'*International Confederation of Midwives* (ICM) (ICM, 2022), et réaffirmée dans la LPSan (2020), se fonde sur une prise en soins holistique des femmes pendant la période périnatale en considérant les déterminants sociaux de la santé tels que les expositions professionnelles.

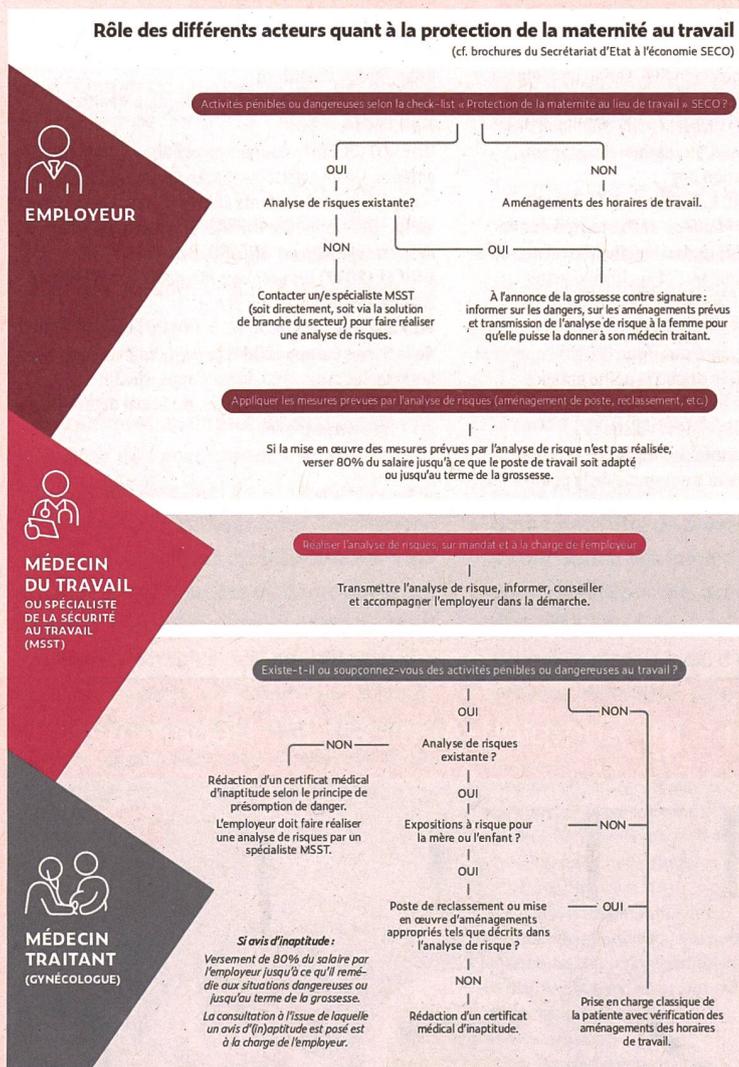
La consultation

spécialisée en médecine du travail

Les entreprises et les soignant-e-s rencontrent des difficultés dans l'application des législations de protection de la maternité au travail (COWI, 2015; Probst *et al.*, 2018). De ce fait, les travailleuses enceintes sont parfois employées dans des environnements professionnels dangereux ou écartées de leur travail via un arrêt de travail

¹ L'OProMa précise également les mesures protectrices pour les travailleuses qui allaitent.
² Voir aussi à ce sujet Politis Mercier, M.-P. *et al.* (2020). Les sages-femmes et la protection des travailleuses enceintes. *Obstetrica*; 10, p. 68 sq. <https://obstetrica.hebamme.ch>

Figure 1: Rôle des parties prenantes impliquées dans l'OProMa Unisanté, d'après Secrétariat d'Etat à l'économie (2017, 2018)



maladie. Afin de soutenir les parties prenantes de l'OProMa, le Département de Santé, Travail et Environnement (DSTE) d'Unisanté a développé et offre depuis 2015 une consultation spécialisée en médecine du travail (Cs-OProMa). Les soignant·e·s (médecins, sages-femmes) peuvent adresser une travailleuse enceinte à la consultation s'ils ou elles observent ou suspectent des expositions professionnelles dangereuses et estiment avoir besoin de soutien pour appliquer correctement la législation. Menée par un·e médecin du travail, cette consultation inclut: 1. Une anamnèse professionnelle ciblée, 2. Des informations sur les droits et devoirs des travailleuses et de leurs employeurs, 3. Un soutien aux employeurs dans le processus d'analyse des risques et d'aménagements de poste, et 4. Un soutien aux gynécologues en ce qui concerne la décision d'(in)aptitude au travail de leurs patientes.

La contribution de cette consultation en matière de retour au travail des travailleuses enceintes dans des conditions adéquates est investiguée dans le cadre d'une étude financée par la Direction générale de la santé du canton de Vaud.

Situations rencontrées dans le cadre de la consultation

Entre janvier 2015 et décembre 2021, les médecins du travail de la Cs-OProMa ont collecté des indicateurs portant sur 328 si-

tuations professionnelles et concernant 313 travailleuses.

Des conditions de conciliation difficiles
La quasi-totalité (98 %) des situations professionnelles présentait au moins un risque pour la grossesse, et 93 % des expositions multiples (de 2 à 7 risques professionnels par situation de travail). Au moment de la consultation, 31 % des femmes étaient toujours en poste à leur taux d'activité habituel. Lors de la consultation, 63 % des femmes

ont dit avoir peur pour leur santé et celle de leur enfant, 47 % estimaient que leurs conditions de travail étaient trop dures, 32 % évoquaient des tensions avec l'employeur dès l'annonce de la grossesse, et 28 % rapportaient craindre un licenciement.

Méconnaissance de la loi

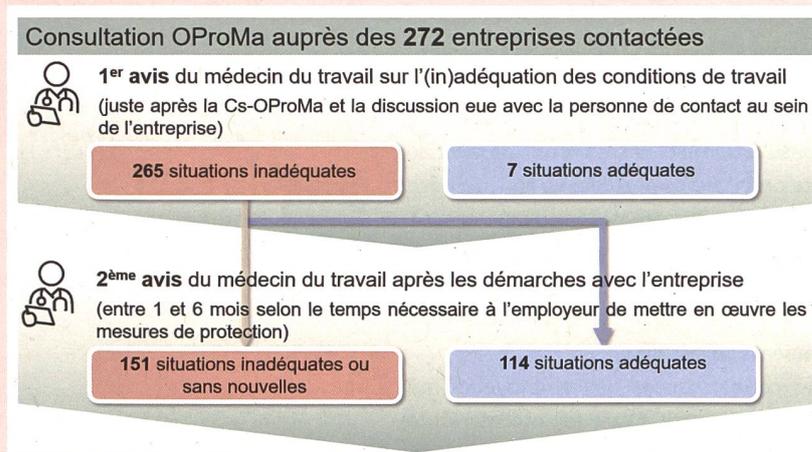
Avec l'accord de la travailleuse, les médecins du travail ont contacté 272 entreprises. Parmi celles-ci, 14 % ont rapporté avoir effectué une analyse des risques, et 39 % avoir mis en place des aménagements (adaptations du poste ou reclassement). Selon les médecins du travail, seules 8 % des personnes contactées avaient une connaissance totale de l'OProMa, 40 % n'en avaient aucune.

Apport de la consultation

Lorsqu'il a été possible de contacter l'entreprise, les travailleuses ont pu être prononcées aptes dans 44 % (n = 121) des situations professionnelles (Figure 2).

Une orientation précoce vers la consultation (entre le 1^{er} et 3^{ème} mois de grossesse), la présence de mesures préventives et la connaissance de l'OProMa de la part de la personne de contact au sein de l'entreprise représentent des prédicteurs de succès de la consultation en matière de retour au travail dans des conditions adéquates (p=0.000, p=0.000 et p=0.002, respectivement).

Figure 2: Apport de la consultation spécialisée en médecine du travail en termes de retour au travail dans des situations professionnelles adéquates



Anije Kroll-Witzer

Réflexions pour une amélioration des soins préventifs au travail

La Cs-OProMa favorise la protection et le retour en emploi des travailleuses enceintes dans des conditions sécurées. Une sensibilisation des soignant·e·s vis-à-vis de cette consultation est nécessaire afin de favoriser des orientations précoces et ainsi protéger les femmes des expositions dangereuses le plus rapidement possible dans leur grossesse. Par ailleurs, un adressage tardif rend plus difficile l'implémentation des aménagements nécessaires.

Les connaissances des employeurs méritent également d'être renforcées. Toutefois, des études montrent que les interventions de formation et d'information auprès des managers ne sont pas suffisantes à elles seules pour réduire les risques professionnels et améliorer le bien-être des employées enceintes (Begtrup, Brauer *et al.*, 2021), ni pour réduire les absences pendant la grossesse (Begtrup, Malmros *et al.*, 2021). Des contraintes organisationnelles et financières, ainsi que des attitudes négatives et des stéréotypes envers les femmes enceintes peuvent nuire à la conciliation entre travail et grossesse.

Une enquête sur l'expérience des usager·ère·s (médecins, entreprises, employées) de la Cs-OProMa est en cours. Une meilleure compréhension des attitudes des différentes parties prenantes concernant la consultation et des raisons pour lesquelles les mesures de protection ne sont pas appliquées ou applicables permettrait de réfléchir à des pistes d'amélioration du dispositif. ◉

Les auteur·e·s détailleront dans un article ultérieur les résultats des analyses qualitatives, actuellement encore en cours, des entretiens menés dans le cadre de leur étude.

Une formation approfondie pour les soignant·e·s sur la prise en charge de la travailleuse enceinte est organisée par Unisanté deux fois par année (4 crédits e-log).



Plus d'informations sur www.unisante.ch

AUTEUR·E·S

Alessia Abderhalden-Zellweger, PhD, psychologue, chargée de recherche, Département santé, travail et environnement (Unisanté); Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale

Julien Vonlanthen, sociologue, chargé de recherche, Département santé, travail et environnement (Unisanté).

Saira-Christine Renteria, ancien médecin adjoint CHUV, maître d'enseignement et de recherche UNIL (-2021).

Pascal Wild, PhD, Statisticien indépendant à PW Statistical Consulting, Laxou, France.

Karine Moschetti, PhD, Economiste de la santé, Responsable de recherche, Département Epidémiologie et systèmes de santé, Secteur Economie de la santé (Unisanté).

Loïc Brunner, Economiste de la santé, Chargé de recherche, Département Epidémiologie et systèmes de santé, Secteur Economie de la santé (Unisanté).

Isabelle Probst, PhD, professeure associée, psychologue, Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale.

Peggy Krief, MD, MER clinique, médecin adjointe, médecin du travail, Département santé, travail et environnement (Unisanté).

Références

- Abderhalden-Zellweger, A., Politis Mercier, M.-P., Probst, I., Wild, P., Danuser, B. & Krief, P. (2021)** Midwives and protection of pregnant workers in Western Switzerland: Practices, difficulties and contributions. *Midwifery*; 102. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103125>
- Begtrup, L. M., Brauer, C., Jensen, J. H., Tottenborg, S. S., Flachs, E. M., Hammer, P. E. C., Malmros, P. A. & Bonde, J. P. E. (2021)** Impact of a manager-oriented intervention on occupational exposures and well-being among pregnant hospital and day-care employees: A cluster randomised trial. *Scand J Public Health*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Begtrup, L. M., Malmros, P., Brauer, C., Toettenborg, S. S., Flachs, E. M., Hammer, P. E. C. & Bonde, J. P. (2021)** Manager-oriented intervention to reduce absence among pregnant employees in the healthcare and daycare sector: a cluster randomised trial. *Occupational and environmental medicine*; 78(7), 486-493. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106794>
- COWI (2015)** Evaluation of the Practical Implementation of the EU Occupational Safety and Health (OSH) Directives in EU Member States. Report by directive: directive 92/85/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding (pregnant/breastfeeding workers directive) DG employment, social affairs and inclusion, Issue. <https://osha.europa.eu>
- Fowler, J. R. & Culpepper, L. (2021)** Working during pregnancy. *UpToDate*. www.uptodate.com
- International Confederation of Midwives (2022)** ICM Professional Framework for Midwifery 2021. www.internationalmidwives.org
- Probst, I., Zellweger, A., Politis Mercier, M.-P., Danuser, B., & Krief, P. (2018)** Implementation, mechanisms, and effects of maternity protection legislation: a realist narrative review of the literature. *International archives of occupational and environmental health*; 91(8), 901-922 <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00420-018-1339-y>
- Secrétariat d'Etat à l'Economie (2017)** GUIDE pour les médecins traitants des femmes enceintes. Berne. www.seco.admin.ch
- Secrétariat d'Etat à l'économie (2018)** La protection de la maternité en entreprise: Guide pour les employeurs. Berne. www.seco.admin.ch

«En tant que sages-femmes, nous sommes tout au début de la chaîne»

Fanny Perret a ouvert en 2019 une antenne de l'Arcade sages-femmes dans le quartier populaire des Libellules à Vernier (Genève), animée aujourd'hui par une équipe composée de six sages-femmes, une psychologue, une psy-

chomotricienne, et une formatrice pour adultes. Cette activité fortement ancrée dans le tissu socio-culturel local, permet une meilleure coordination entre les différentes offres de soutien en matière d'encouragement et de prévention précoce.

Obstetrica: Quelle est la particularité de la présence d'une antenne de l'Arcade sages-femmes aux Libellules?

Fanny Perret: Ce type d'activités ne fait pas forcément partie de la mission de sage-femme, il existe finalement peu de lieux qui

fonctionnent sur ce modèle. Le quartier, au départ, est un quartier de Genève qui n'avait pas bonne réputation, qui concentrait beaucoup de délinquance, de trafics, et où il y a beaucoup de familles migrantes et/ou dans la précarité.

Un projet de réhabilitation¹ il y a une dizaine d'années, a notamment conduit à la création d'espaces publics à disposition de la population, sur le parking devant la barre d'immeuble où avaient lieu justement les trafics. Il y a aujourd'hui des petits bâtiments consacrés aux services à la personne. Nous nous inscrivons donc dans cet espace-là: au départ, nous cherchions simplement un local pour développer des activités dans ce quartier. C'est a posteriori que nous observons qu'il y a un vrai intérêt à être dans ces bâtiments-là et que notre présence dans le quartier fait particulièrement sens, car tous les relais que nous proposons aux familles sont à portée de main: la maison de quartier, la ludothèque, les Sources bleues (accueil parents-enfants animé par une équipe d'éducateur-riche-s spécialisé-e-s et de psychologues, dépendant de l'Office médico-pédagogique, qui propose différentes activités et accueille les enfants en âge préscolaire [0-5 ans], et qui est à 100 m de nous).

Ce sont des partenaires importants: l'idée est de donner un maximum de chances aux enfants avant leur entrée à l'école. En tant que sages-femmes, nous sommes tout au début de la chaîne, donc si ces familles on ne les fait pas venir autour de la naissance de leur enfant, ensuite on les perd.

Quelle est votre activité de sages-femmes aux Libellules?

Notre offre s'adresse aux femmes enceintes et aux mères avec leur bébé de 0 à 1 an. Nous proposons des ateliers de français autour de la maternité, une préparation à la naissance pour les femmes allophones³ et un accueil libre.

Nous sommes en fait une porte d'entrée auprès des familles: nous les rencontrons à domicile pour leur suivi post-partum, puis nous les faisons venir à l'antenne de l'Arcade lors de l'accueil libre. Au départ, elles viennent le jour où «leur» sage-femme est

Notre présence dans le quartier fait particulièrement sens, car tous les relais que nous proposons aux familles sont à portée de main.

présente, puis elles reviennent d'autres fois.

Nous recevons aussi des femmes enceintes, nous avons un vestiaire solidaire et apportons du soutien pour les couches, le lait, les petits pots. Des femmes nous sont adressées en anténatal pour que nous leur apportions du soutien pour l'équipement: c'est tout un travail que nous pouvons faire en amont de la naissance pour régler en tout cas une partie des aspects matériels. Les pédopsychiatres nous adressent aussi leurs patientes pour sortir, voir des gens.

Que nous soyons leur sage-femme de quartier, «de terrain» cela fait vraiment sens pour elles.

Qui anime cette antenne et quel est votre rôle auprès des femmes?

Nous sommes une équipe de six sages-femmes, avec une psychologue, une psychomotricienne, et une formatrice pour adultes (pour les ateliers de français). L'accueil libre est assuré soit par deux sages-femmes, soit tous les 15 jours par une sage-femme et, à tour de rôle, la psychologue ou la psychomotricienne. Nous n'annonçons pas officiellement aux familles des ateliers avec la psychologue ou la psychomotricienne, nous essayons de faire avec qui vient, selon les demandes aussi.

Ce lieu est vraiment dédié à la maternité. Le reste est discuté à d'autres endroits ou moments dans le parcours des femmes, mais, en tant que sage-femme, notre rôle est de valoriser ce moment-là. Quand les femmes viennent nous voir, c'est parce qu'elles ont eu un bébé, pas parce qu'elles ont mille problèmes autres. Notre rôle, c'est de soutenir leur compétence maternelle et pas d'appuyer sur les problématiques, qui sont discutées peut-être chez la psychologue, ou ailleurs. Evidemment, nous composons avec ces problématiques, nous les connaissons

souvent, les personnes les amènent et nous pouvons en parler, mais ce n'est pas cela qu'on vient travailler là: nous mettons surtout en avant le fait qu'elles viennent car elles sont mamans, c'est cela que nous valorisons.

Comment le projet est-il financé? Est-ce par la commune?

Nous nous sommes inscrites dans l'offre sociale du quartier, mais ce n'est pas la commune qui finance le projet. Au départ il y a eu trois sources de financement: le bureau de l'Intégration des étrangers (canton de Genève), la Direction Générale de la Santé du canton, avec laquelle nous avons un contrat de prestation, et l'Arcade. Ces financements sont aujourd'hui en discussion, mais je pense que je suis tombée au bon moment avec ce projet, il y avait beaucoup de femmes migrantes qui arrivaient à ce moment-là – aujourd'hui, le flux migratoire s'est calmé ces dernières années avec le COVID-19 notamment, même s'il y a encore de nombreuses familles migrantes présentes dans le quartier. ◉

Propos recueillis par Jeanne Rey.

ENTRETIEN AVEC



Fanny Perret, sage-femme, CAS «migration et société plurielle», membre de l'Arcade sage-femme.

¹ www.arcade-sages-femmes.ch

² www.are.admin.ch

³ Voir à ce sujet Evéquoz, O. et Perret, F. (2019). «Enceinte à Genève»: accompagner les femmes allophones. *Obstetrica*; 12. <https://obstetrica.hebamme.ch>