

# PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION PETITE ENFANCE

## **Cadre de référence, définition des prestations et grilles de référence pour l'activité des infirmiers-ères petite enfance**

Centre de référence pour les infirmiers-ères petite enfance  
CRIPE

Lausanne, juin 2016

Mise à jour du cadre de référence  
et de la définition des prestations

### Composition du groupe de travail pour le cadre de référence 2003

Régula **KÖNIG**, Mireille **VOUMARD**, Catherine **ZUGER**, Christiane **FONTANNAZ**, Susanne **STETTLER**, Martine **DALI-YOUCHEF**, Christine **DURGNAT**, Renée **HEINIGER**, Suzanne **WAGNER**, Josette **HIPPOLYTE**, Nicole **GROSS**, Dr Olivier **DUPERREX**  
Sous la supervision de M. Eric **MASSEREY**, médecin responsable

### Composition du groupe de référence pour la définition des prestations 2005

Christine **Durngat**, Nicole **Gross**, Mireille **Voumard**, Dr Olivier **Duperrex**, Dr E **Masserey**

### Composition du groupe de travail pour la mise à jour 2016

Christiane **Fontannaz** (IPER)

CRIFE : Marie-Catherine **Béguin**, Christine **Durngat**, Sylvie **Macé**, Dr Olivier **Duperrex**

Contact :

#### Centre de référence pour les infirmiers-ères petite enfance

Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, Route de Chavannes 37

CH-1014 Lausanne

Tél : +41 (0)21 623 36 28

e-mail: [centrereference.ipe@avasad.ch](mailto:centrereference.ipe@avasad.ch)

## Abréviations

A/F	Associations et fondations régionales des CMS du canton
ASISP	Association suisse des infirmières HMP de santé publique
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
CMS	Centre médico-social
CRIFE	Centre de référence pour les infirmier-ères petite enfance
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
DFJ	Département de la formation et de la jeunesse
EP	Espace Prévention
EPT	Equivalent plein temps
IPE / IPER	Infirmier-ère petite enfance / Infirmier-ère petite enfance responsable régionale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PE	Petite enfance
PROFA	Fondation PROFA
SSP	Service de la santé publique
SPJ	Service de protection de la jeunesse

## Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	2
<b>Partie I</b> <b>Cadre de référence</b> .....	4
1. Historique et mandat .....	4
2. Contexte .....	5
3. Buts de l'activité des IPE .....	5
4. Fondements législatifs de l'activité IPE .....	5
<b>Partie II</b> <b>Définition des prestations</b> .....	6
1. Fondements scientifiques.....	6
2. Approches de référence .....	7
2.1 Prévention primaire et promotion de la santé .....	7
2.2 L'approche de santé communautaire.....	8
2.3 L'approche systémique <sup>(24)</sup> .....	8
2.4 L'empowerment <sup>(25)</sup> .....	8
3. Définition de la pratique.....	8
4. Contexte de l'interaction de l'IPE avec les familles.....	10
4.1 Public cible.....	10
4.2 Prestations de l'IPE auprès des familles.....	10
4.3 Autres activités de l'IPE .....	11
5. Organisation et dotation de l'activité IPE .....	12
6. Limites d'intervention.....	14
7. Modélisation des prestations .....	14
7.1 Thèmes de santé .....	14
7.2 Synthèse des prestations.....	22
7.3 Remarques .....	23
8. Glossaire .....	24
8.1 La prévention primaire et la promotion de la santé .....	24
8.2 L'approche de santé communautaire.....	24
8.3 L'empowerment .....	25
9. Annexes .....	26
9.1 Législation internationale .....	26
9.2 Législation cantonale .....	26
9.3 Cadre institutionnel .....	28
10. Bibliographie .....	30
<b>Partie III</b> <b>Grilles de référence pour l'activité des IPE</b> .....	32
1. Méthodologie utilisée pour la construction des grilles de référence .....	32
2. Les 14 grilles de référence pour la pratique de l'IPE .....	32

# Partie I Cadre de référence

## 1. Historique et mandat

A partir du Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007 (1), une Politique interdépartementale de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents (2) a été définie au Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS) par le Service de la Santé Publique (SSP), et au Département de la Formation et de la Jeunesse (DFJ) par le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ).

Cette politique de santé aboutit à la mise en œuvre coordonnée et harmonisée dès 2006 d'un dispositif cantonal sous la responsabilité conjointe des deux départements. Fournies par divers partenaires publics et privés, ces prestations pour les familles bénéficient de reconnaissance et de visibilité.

Les prestations non-facturées proposées par les infirmiers-ères petite enfance (IPE) font donc partie du dispositif de base que l'Etat entend garantir équitablement à toutes les familles.

Le Cadre de référence pour l'activité des infirmiers-ères petite enfance dans le canton de Vaud (3) précise le but de l'activité et les approches de référence. Ce document a servi de base à la réalisation du mandat actuel, donné par la Coordination interdépartementale du SSP et du SPJ (le mandant) au Centre de référence pour les IPE du canton à l'AVASAD (le mandataire).

Ce mandat prévoit :

- a. la définition des prestations des IPE
- b. le relevé statistique annuel des activités des IPE (standard)
- c. l'élaboration d'un cahier des charges commun à l'ensemble des IPE
- d. la définition de critères d'allocation de ressources selon un standard cantonal
- e. la définition des modalités d'encadrement
- f. la définition des modalités de collaboration avec les autres prestataires

Le présent document définit les prestations des IPE (point a. du mandat).

**But du mandat point a :** A partir de thèmes de santé prioritaires, définir les prestations des IPE auprès des familles.

**Objectif :** Elaborer et diffuser un document qui définit le fondement, la pertinence et les modalités des prestations des IPE adaptées aux besoins des familles.

## 2. Contexte

Le Centre de référence pour les infirmiers-ères petite enfance a souhaité mettre à jour le cadre de référence et la définition des prestations pour l'activité des infirmiers-ères petite enfance (IPE) (4). En effet, des adaptations ainsi que des modifications législatives en justifient l'actualisation.

Ce document est la combinaison des documents élaborés en 2004 et 2005, définissant le cadre légal et les prestations de l'IPE. Il en reprend les éléments et les ajuste en tenant compte des connaissances actuelles et des évolutions.

## 3. Buts de l'activité des IPE

**Promouvoir un environnement familial et social favorable au développement optimal des enfants de la naissance à l'âge de 4 ans (entrée à l'école obligatoire)**

**Prévenir des troubles psychoaffectifs, des maladies et des accidents survenant au début de la vie** (5) (6)

## 4. Fondements législatifs de l'activité IPE

Le cadre légal contribue à situer le contexte de l'activité des IPE. Il explicite le mandat donné par les services de l'Etat. Il définit les lignes conductrices de l'ancrage politique et institutionnel en lien avec les prestations offertes.

Les textes suivants servent de cadre légal à l'activité de prévention de l'infirmier-ère petite enfance et caractérisent son extension et ses limites :

- La Convention internationale des droits de l'enfant (7)
- Loi sur l'action sociale vaudoise du 2 décembre 2003 (8)
- Loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (Vaud) (9)
- Loi sur la protection des mineurs(LProMin) du 4 mai 2004 (10)
- Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant du 29 mai 2012 (11)
- Loi AVASAD du 6 octobre 2009 (12), son règlement et sa charte (13)

[Les textes bruts se trouvent sous Annexes, chapitre 9, pages 26 à 28](#)

## Partie II Définition des prestations

### 1. Fondements scientifiques

La pertinence et l'efficacité de visites à domicile par un(e) professionnel(le) de santé sont discutées depuis le milieu des années 1990, notamment dans les pays anglo-saxons ayant une longue tradition de cette pratique.

Les études portant sur l'efficacité des programmes de visites à domicile par des professionnels de santé parviennent à des conclusions contrastées : certaines relèvent des effets bénéfiques sur certains indicateurs, d'autres pas. Plusieurs travaux, dont l'excellente **synthèse de revues systématiques de la littérature (NHS 2004)** <sup>(14)</sup> peuvent se résumer de la manière suivante :

- Il existe des **preuves suffisantes pour affirmer** l'existence d'une association entre visites à domicile par des professionnels de santé et :
  - Amélioration des compétences parentales
  - Amélioration de certains comportements de l'enfant
  - Amélioration du développement cognitif, surtout dans le sous-groupe des prématurés et petits poids de naissance
  - Diminution des traumatismes non intentionnels (accidents)
  - Amélioration de la détection et de la prise en charge de la dépression post-natale
  - Amélioration des taux d'allaitement
  - Meilleur accès aux prestations de prévention et de soins
  
- Il existe des **preuves de faible qualité suggérant** l'existence d'une association possible entre visites à domicile par des professionnels de santé et :
  - Amélioration de l'alimentation
  
- Les **preuves sont insuffisantes ou absentes pour affirmer** l'existence d'une association entre visites à domiciles par des professionnels de santé et :
  - Abus, maltraitance
  - Amélioration de la couverture vaccinale
  - Diminution du taux d'hospitalisation
  - Emploi ou formation ultérieure de la mère

Il faut relever qu'une absence ou une insuffisance de preuves signifie qu'il y a un manque de littérature scientifique, **ce qui n'exclut pas qu'une telle association existe**.

#### Familles vulnérables<sup>1</sup>

- Plusieurs travaux récents mettent en avant les résultats prometteurs des interventions précoces auprès des familles vulnérables, isolées ou à besoins particuliers. Celles-ci peuvent tirer un plus grand bénéfice des visites à domicile, notamment un meilleur accès aux prestations de prévention et de soins, et des effets sur la santé mentale et physique, et sur le bien-être social et émotionnel des enfants

---

<sup>1</sup> Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique, la vulnérabilité est *la caractéristique d'un individu d'être dans une position ou une condition non protégée et donc susceptible d'une personne d'être infectée, blessée ou menacée du faite de circonstance physique, psychologique ou sociologique*.

- Le travail de **partenariat** des professionnels, en particulier les pédiatres ainsi que les autres professionnels de la petite enfance, renforce l'impact des résultats (Avellar S. 2013) (15)
- Les visites **précoces, très régulières et dans la durée** permettent de réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales sur la santé de la mère et de l'enfant (Le Foll J. 2014) (16)

### Formation des professionnel-le-s

- De plus, le rôle central d'infirmières bien formées (Antigonish 2008) (17) est régulièrement mis en évidence comme conditions de réussite de ces programmes.
- Les programmes ayant des interventions efficaces sont précoces, structurées, intensives, mise en œuvre par des professionnels formés et supervisés (NHS 2012. Le Foll J. 2014) (18) (16)

### Rapport bénéfices-coûts

Plusieurs travaux ont démontré un rapport coûts-bénéfices favorable pour les interventions précoces auprès des familles par des infirmières, en particulier auprès des familles à haut risque (Karoly 2005, Knapp 2011, NHS 2012) (19) (20) (18)

Par exemple, un programme américain a conclu que pour 1 US\$ investi dans une intervention précoce dans la première année de vie auprès de familles vulnérables, la société aura un retour de 5 US\$ lorsque l'enfant aura atteint 15 ans.

## 2. Approches de référence

Afin de cibler au mieux les besoins des familles et de proposer des interventions adaptées, les piliers de la pratique de l'IPE sont : la prévention primaire et la promotion de la santé, l'approche de santé communautaire, l'approche systémique et l'empowerment.

### 2.1 Prévention primaire et promotion de la santé

Voir 8. Glossaire p. 24 et 25

Pour assurer une cohérence au niveau cantonal, nous retiendrons les définitions proposées dans la **Politique inter-départementale de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents**: (2)

- La **promotion de la santé** s'adresse à l'ensemble de la population et vise à renforcer les compétences individuelles et l'amélioration des conditions de vie. Il s'agit dans ce cadre, d'offrir aux futurs parents et aux parents des sécurités et des relais leur donnant les moyens d'une part de répondre aux besoins de leurs enfants en âge pré-scolaire et d'autre part de s'adapter à leur nouvelle condition de parents.
- La **prévention primaire** définit l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher ou réduire l'incidence de risques. Elle vise des groupes ciblés, ici les enfants en bas âge et leurs parents, et recouvre essentiellement les aspects d'information et d'éducation. Les prestations spécialisées consécutives aux dépistages sont des mesures relevant de la prévention secondaire et tertiaire dont il s'agira d'assurer l'articulation avec les premières.

Les prestations des IPE sont principalement des activités de prévention primaire universelles, offertes également à des populations prises en charge en prévention secondaire et tertiaire.

Les IPE offrent un soutien de prévention primaire renforcée aux familles bénéficiant de plus de trois visites à domicile.

Le suivi systématique des enfants à risque de retard de développement adressés par l'Unité de Développement du CHUV est une prestation de type secondaire.

## 2.2 L'approche de santé communautaire

Voir 8.Glossaire p. 24 et 25

La santé communautaire a comme objet le maintien et l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures préventives, curatives et de réadaptation, couplées à des mesures d'ordre social et politique par des équipes pluridisciplinaires travaillant en réseau et faisant largement appel à la participation active de la population (21).

L'idée forte de l'approche communautaire est de partir de l'analyse des besoins et demandes de chaque public pour agir sur les priorités en fonction de leurs spécificités, de leurs cultures (22).

## 2.3 L'approche systémique (23)

Elle permet :

- d'examiner les facteurs de la dynamique familiale susceptibles, d'agir sur le processus d'adaptation de la famille à la problématique de santé,
- d'examiner également les facteurs reliés à la problématique de santé qui influencent les interactions des membres de la famille,
- de faciliter chez les membres de la famille un nouveau mode d'interaction afin d'accroître leur autonomie au moyen de leurs ressources individuelles et familiales.

## 2.4 L'empowerment (24)

Voir 8.Glossaire p. 24 et 25

Il vise à "favoriser le déclenchement d'un processus qui permette aux individus/familles, dans un contexte socioculturel particulier, de mettre en valeur leurs ressources personnelles, organisationnelles et communautaires" (25).

# 3. Définition de la pratique

## Objectifs des interventions des IPE

**Reconnaître, soutenir et renforcer les capacités des parents à répondre aux besoins de leurs enfants**

**Transmettre et renforcer les messages de prévention et de promotion de la santé auprès des familles**

L'action de l'IPE est centrée sur l'enfant et sa famille dans son milieu de vie (habitat, entourage, groupe social). Elle se compose d'approches individuelles et collectives. L'IPE respecte les familles

dans leurs valeurs, leurs cultures et leurs contextes psychosociaux. Elle/il évite toute action normative qui tend à cataloguer, à contrôler et à réprimer.

La famille est un déterminant essentiel de la santé. (26) Elle s'entend dans un sens large, ne se limite pas à la famille nucléaire traditionnelle. Elle est plutôt définie selon ses fonctions et non ses formes. Ainsi ce qui semble capital dans le développement des enfants, ce ne sont pas tellement les structures particulières de parenté mais le climat émotionnel et le fonctionnement de la famille.

L'IPE s'adapte aux rythmes, aux ressources, aux besoins et aux demandes de chaque membre de la famille. Elle/il considère le nouveau-né et le jeune enfant comme une personne à part entière. Elle/il reconnaît dans les différents membres de son entourage, les détenteurs des éléments fondamentaux caractérisant un environnement sain et sécuritaire au développement harmonieux de l'enfant et de sa famille.

A l'inverse, elle/il reconnaît le cas échéant les éléments défavorables à son développement.

L'IPE favorise une action concertée, une recherche d'objectifs communs avec la famille respectant les compétences de chacun. Elle/il tient compte de la redéfinition des rôles qui suit la naissance d'un enfant.

En fonction de la diversité et de la complexité des situations, l'IPE identifie les besoins, les ressources et les difficultés susceptibles d'induire un problème de santé. L'IPE cherche des solutions adaptées avec la famille, l'aide à développer ses propres compétences afin de réaliser des solutions durables. Dans chaque situation elle/il innove, invente des réponses originales ainsi, elle/il n'intervient pas de façon stéréotypée dans des actions systématiques et de routine, mais s'inspire de la notion d'empowerment.

Ainsi, la pratique de l'IPE est de nature relationnelle et vise à établir un lien de confiance avec les familles. Elle/il propose un accompagnement de proximité et dans la continuité.

Elle/il soutient l'adaptation des parents face aux comportements de leurs enfants ainsi qu'aux différentes étapes de leurs développements psychomoteurs et cognitifs.

Dans certaines situations particulières telles que la naissance d'un enfant prématuré, avec un handicap ou lors de situations psychosociales complexes, l'IPE offre des prestations spécifiques, en collaboration avec les CMS et les professionnels du réseau potentiellement mobilisable (Unité de développement, pédiatres, assistants sociaux...).

Pour tout problème d'ordre médical ou social nécessitant un diagnostic ou une évaluation, l'enfant sera orienté vers les professionnels ou les services compétents.

Dans des situations de négligence ou de maltraitance, suspectes ou avérées, l'IPE peut être chargé d'accompagner et de soutenir les familles, ceci en concertation avec le réseau de prise en charge (notamment le SPJ, les pédiatres,...) et avec ses responsables, dans les limites de son champ d'activité et d'entente avec la famille. Comme tout professionnel, l'IPE a le devoir de signaler aux services compétents les situations de maltraitance mises en évidence dans le cadre de son activité, selon la Loi sur la protection des mineurs (LProMin) du 4 mai 2004 mise en application dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, chapitre 4.

La collaboration interdisciplinaire est prioritaire et fait partie de l'activité de l'IPE.

Elle/il connaît les différents partenaires du réseau petite enfance dans lequel elle/il a un rôle spécifique et complémentaire

## 4. Contexte de l'interaction de l'IPE avec les familles

### 4.1 Public cible

Les prestations des IPE sont proposées à chaque famille du canton de Vaud avec enfants de la naissance à 4 ans (entrée à l'école obligatoire), quel que soit leur lieu de vie, y compris en institutions (hôpitaux psychiatriques, prisons, centres d'accueil mère-enfant...) sans distinction de races, d'orientation sexuelle, d'autorisation de séjour.....

### 4.2 Prestations de l'IPE auprès des familles

L'offre généralisée des prestations à tous les parents évite de stigmatiser certaines familles. La diversité des activités permet aux parents de choisir une prestation à leur domicile ou à l'extérieur (familles éloignées, non motorisées, familles ne souhaitant pas la confrontation avec d'autres parents, familles ne souhaitant pas d'intervenants dans la sphère privée...). **Les prestations des IPE ne sont pas facturées aux familles.**

#### 4.2.1 Visites à la maternité

Les visites hebdomadaires à la maternité permettent aux IPE d'établir un contact préliminaire avec les parents, de présenter l'offre de prestations de prévention à disposition et d'assurer une continuité du suivi entre l'hôpital et le domicile. Ces visites renforcent la collaboration avec les équipes hospitalières. (cf. *guide de pratiques pour les IPE lors de la visite à la maternité, document en construction*)

#### 4.2.2 Premier contact téléphonique

Au plus tard dans les 10 jours suivant le retour à domicile de l'enfant ou après une adoption, l'IPE prend contact avec la famille par téléphone pour proposer une visite à domicile. (cf. *guide de pratiques pour les IPE lors du premier contact téléphonique*)

#### 4.2.3 Visites à domicile

Les visites à domicile permettent de reconnaître, soutenir et renforcer les capacités des parents à répondre efficacement aux besoins de leurs enfants dans leur cadre de vie. Elles offrent l'opportunité de renforcer les messages de prévention et de promotion de la santé auprès des familles.

Après une naissance ou une adoption, une première visite à domicile d'environ une heure est proposée systématiquement à toutes les familles. Lors de cette visite, l'IPE répond aux besoins exprimés par les familles et aborde les thèmes de santé listés sous prestations A (cf. *tableau de synthèse des prestations p.22*).

Lors des visites suivantes, l'IPE adapte son intervention en fonction de l'âge, du développement de l'enfant, des besoins particuliers et du contexte psychosocial. La fréquence des visites sera évaluée en fonction des besoins de la famille. Dès qu'une famille bénéficie d'un suivi de plus de trois visites, l'IPE définit des objectifs spécifiques à ses prestations et les réévalue régulièrement.

Dans le cadre du suivi des enfants adressés par l'Unité de Développement du CHUV, l'IPE propose trois visites aux familles à des périodes prédéterminées pour ouvrir un espace de parole sur le vécu des événements antérieurs et actuels ; ainsi que pour suivre avec elles le développement psychomoteur de leur(s) enfant(s) selon les documents établis par le CRIPE et le CHUV (*cf suivi UD 6 semaines, suivi UD 3 mois, suivi UD 9-10 mois*). Ces documents complétés seront ensuite transmis à l'Unité de Développement.

(*cf. guide de pratiques pour les IPE lors d'une visite à domicile*)

#### 4.2.4 Rencontres parents-enfants et consultations

Des rencontres parents-enfants et consultations hebdomadaires sont proposées dans toutes les régions du canton.

Les rencontres parents-enfants et consultations favorisent les rencontres informelles entre pairs. Les thèmes de prévention sont fréquemment abordés dans ce contexte. Les discussions en groupe permettent également aux familles de s'y rencontrer et d'échanger sur un mode familial de promotion de la santé. La présence de l'IPE facilite et soutient la co-construction de réponses aux questions amenées par les familles en cohérence avec les messages-clé des grilles de référence (*cf tableau Objectifs et messages-clé p.15 à 21*)

Le cadre de l'interaction avec les familles dans ces lieux ne permet d'aborder qu'une partie des prestations A (*cf tableau de synthèse des prestations p.22*) car la durée de consultation est d'environ 10 minutes.

Les lieux de rencontres et de consultations permettent des prestations sur des modes complémentaires aux visites à domicile.

(*cf. guide de pratiques pour les IPE lors des rencontres parents-enfants/consultations en construction*)

#### 4.2.5 Réponse téléphonique

L'IPE répond à de nombreuses questions des parents, les oriente vers d'autres professionnels ou d'autres services (pédiatres, assistant social...), leur propose des visites à domicile au besoin.

### 4.3 Autres activités de l'IPE

#### 4.3.1 Collaboration dans le cadre du réseau

Dans le cadre de son activité professionnelle, l'IPE collabore avec les autres professionnels.

En lien avec son intervention dans les familles, elle/il prépare, puis participe ou organise des entretiens de réseau. (*cf. référentiel d'activité des IPE*)

De manière générale, l'IPE actualise régulièrement sa connaissance des différents partenaires du réseau et est proactif dans la visibilité de son activité auprès de ce réseau.

#### *4.3.2 Contribution à l'organisation, à la gestion et au développement du service*

L'IPE organise et planifie son activité selon son cahier des charges et sa dotation.  
Elle/il respecte les différentes directives, règles et consignes dans la mise en œuvre de ses activités.

#### *4.3.3 Contribution au développement de la pratique IPE*

L'IPE participe à l'élaboration et à la mise à jour de documents cantonaux de référence. (Groupes de travail, consultation de documents pour relecture...)

Elle/il peut également contribuer à des projets régionaux ou cantonaux dans son champ de compétences.

Elle/il mobilise et utilise les ressources lui permettant d'actualiser et de développer ses connaissances professionnelles.

#### *4.3.4 Contribution à l'encadrement et à la formation des collaborateurs*

L'IPE participe à l'encadrement des nouveaux collaborateurs, des étudiants, des apprentis et des stagiaires.

#### *4.3.5 Activités occasionnelles*

Des conférences ciblées sur des thèmes de santé sont des offres complémentaires qui permettent aux parents et plus particulièrement à ceux qui travaillent d'avoir accès à l'information.

Cette offre dépend des besoins régionaux et reste une activité ponctuelle si possible organisée en réseau.

Les prestations au niveau communautaire impliquent des partenariats avec les groupes ou institutions qui ne sont pas dans les réseaux de professionnels de la santé et/ou du social. L'IPE a un rôle potentiel de ressource au sujet de la santé et du développement des enfants de 0-4 ans auprès des instances concernées (autorités communales, associations d'habitants ou de parents) qui ont des projets liés à la santé (promotion/prévention primaire).

L'IPE peut être sollicité pour participer à certains programmes cantonaux (Petits:pas, Paprica Kids...)

## **5. Organisation et dotation de l'activité IPE**

Les IPE sont répartis équitablement dans le canton en fonction du nombre de naissance, soit 360 naissances pour un équivalent plein temps. Leur supérieur-e hiérarchique est l'IPER (infirmier-ère petite enfance responsable régionale). Ces professionnels sont rattachés aux associations/fondations du canton selon un découpage en 4 régions (Centre, Est, Nord et Ouest). L'AVASAD a été désignée comme Centre de référence pour les infirmiers-ères Petite Enfance (IPE) dans le cadre du « Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-4 ans) – parents »

du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et du Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC). Le CRIPE est composé de 3 infirmières consultantes et d'un pédiatre référent.

### 5.1.1 Indicateurs

Les indicateurs sont extraits du Dossier Petite Enfance (dossier informatique) :

Nombre de naissances connues des IPE

Nombre total d'enfants ayant reçu une prestation \*

Nombre total de prestations

Nombre de visites à domicile

Proportion d'enfants ayant reçu au moins une prestation IPE parmi les enfants nés dans l'année

Nombre d'enfants ayant bénéficié de plus de 3 visites à domicile

Nombre de prestations correspondant à plus de 3 visites à domicile

Nombre d'enfants ayant bénéficié de plus de 10 visites à domicile

Nombre de prestations correspondant à plus de 10 visites à domicile

Proportion parmi le relevé qualitatif des « plus de trois visites » d'enfants suivis par le SPJ ou l'Office des tutelles et curatelles professionnelles

\*on entend par prestations les visites à domicile, les rencontres de réseau, les participations d'un enfant à une rencontre parents-enfants ou les consultations dans le cadre des rencontres parents-enfants, les visites UD.

### 5.1.2 Formation et formation continue

Des prestations de qualité demandent :

- **Une formation de base** selon les recommandations de l'Association suisse des infirmières puéricultrices de la santé publique (ASISP) (27) et une formation continue appropriée des IPE,
- **Un encadrement des IPE** par le centre de référence, assurant une cohérence au niveau cantonal,
- **Un accompagnement des IPE** par les IPER permettant une évaluation régulière et individualisée des besoins en formation des IPE.

Les IPE peuvent actuellement développer leurs compétences en participant :

- Aux deux journées cantonales de formation proposées chaque année
- Aux supervisions mensuelles

Les IPE peuvent également solliciter un accompagnement spécifique de leur IPER sur le terrain et lors de différentes activités.

Les IPE disposent de documents, articles, recommandations utiles à la pratique des IPE dans l'outil informatique Wiki.

Un référentiel des compétences à mobiliser pour réaliser les différentes prestations liées à l'activité de l'IPE, ainsi qu'un programme de formation continue adaptée sont en construction.

## 6. Limites d'intervention

Il n'est pas du ressort de l'IPE d'intervenir quand l'enfant habite hors du canton de Vaud et/ou s'il est scolarisé. Elle ne fait pas de soin. Dans ces circonstances, l'IPE oriente la demande vers le service approprié.

## 7. Modélisation des prestations

### 7.1 Thèmes de santé

14 thèmes de santé ont été retenus, ils sont prioritaires pour améliorer et préserver la santé de l'enfant. La liste a été établie par le groupe de travail par consensus (2005). Ils sont présentés par ordre alphabétique et non par ordre de priorité.

Le contexte familial et psycho-social conditionne la santé de la mère et celle de l'enfant.

Le contexte de vie des familles est à la fois le réseau de personnes (intra- et extra-familial) dans lequel se trouvent l'enfant et ses parents, la situation socio-économique et les milieux de vie. Le rôle et la place du père dans la famille actuelle sont en pleine évolution et reflètent également des diversités culturelles.

Dans la pratique, l'IPE aborde ces thèmes en partant des questions des parents, de la santé et des soins à l'enfant. Elle transmet aussi spontanément des messages de prévention sur certains thèmes, par exemple la prévention solaire et la prévention des traumatismes. (On entend par traumatismes non-intentionnels les accidents domestiques, de circulation et de loisirs).

Les thèmes de santé ont souvent des liens entre eux et sont traités simultanément, par exemple le tabagisme maternel permet d'évoquer la santé de la mère, l'allaitement et la prévention de la mort subite. L'IPE cherche des solutions adaptées avec la famille, l'aide à développer ses propres compétences afin de mettre en place des solutions durables (3).

Thèmes de santé	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentation</li><li>• Allaitement</li><li>• Contexte familial : relationnel - social</li><li>• Développement psychomoteur – besoins spéciaux - prématurés</li><li>• Mauvais traitements – bébé secoué</li><li>• Mort subite</li><li>• Prévention dentaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prévention des traumatismes non-intentionnels</li><li>• Prévention solaire</li><li>• Santé de la mère</li><li>• Santé et soins de l'enfant</li><li>• Sommeil</li><li>• Toxicodépendances</li><li>• Vaccinations</li></ul>

## Objectifs et messages-clé

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
1	<b>Alimentation</b> <b>Mise à jour 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promouvoir une alimentation équilibrée</li> <li>– Diminuer les déséquilibres et les difficultés dans l'alimentation de l'enfant</li> <li>– Diminuer le risque de développement de carences alimentaires, du surpoids, des allergies et des troubles de la conduite alimentaire chez l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Encourager les parents à offrir une alimentation saine et équilibrée, conforme aux besoins nutritionnels spécifiques de leur enfant afin de garantir une croissance optimale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'allaitement exclusif ainsi que les préparations initiales pour nourrissons sont recommandés durant les six premiers mois de vie</li> <li>– Un complément de vitamine D est indispensable dès les premiers jours et jusqu'à un an</li> <li>– Introduire une alimentation diversifiée au plus tôt au 5ème mois et au plus tard au 7ème mois selon les recommandations de la Société Suisse de Pédiatrie</li> </ul>
2	<b>Allaitement</b> <b>Mise à jour 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmenter la fréquence et la durée de l'allaitement maternel qui a un impact bénéfique sur la santé maternelle et infantile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Accompagner et conseiller les parents dans les choix qu'ils font par rapport à l'alimentation de leur enfant (allaitement ou lait artificiel)</li> <li>– Soutenir et valoriser l'allaitement maternel jusqu'au sevrage, y compris lors de difficultés ou de reprise de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'allaitement exclusif est recommandé durant les six premiers mois de vie</li> <li>– L'allaitement reste l'aliment de choix pour le bébé même si l'alcool, la caféine, la nicotine et autres substances passent dans le lait maternel</li> <li>– Un complément de vitamine D est indispensable dès la deuxième semaine de vie, jusqu'à un an</li> <li>– L'allaitement exclusif n'a un effet contraceptif durant les six premiers mois qu'à certaines conditions très précises</li> </ul>

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
3	<b>Contexte familial : relationnel – social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer l'isolement des familles, en particulier des mères</li> <li>- Diminuer les conséquences des problèmes sociaux sur la santé (insalubrité, logement, emploi, accès aux soins, dépression)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir et renforcer les compétences relationnelles et éducationnelles dans la famille</li> <li>- Renforcer le contexte relationnel et social des familles</li> <li>- Informer toutes les familles des ressources sociales à disposition</li> <li>- Soutenir les familles en situation de précarité dans une prise de contact avec les services appropriés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toute naissance modifie l'équilibre familial et demande une adaptation de tous ses membres</li> <li>- Le bébé a besoin d'un environnement sécurisant pour pouvoir établir un lien d'attachement</li> <li>- Le contexte psychosocial de la famille influence les attitudes parentales</li> <li>- L'enfant a besoin d'un cadre éducatif</li> </ul>
4	<b>Développement psychomoteur, Besoins spéciaux, Prématués Mise à jour 2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les compétences parentales</li> <li>- Promouvoir l'activité physique de l'enfant</li> <li>- Diminuer la prévalence des enfants avec retard de développement en contribuant au repérage de ces enfants</li> <li>- Améliorer l'intégration familiale et sociale des enfants avec besoins spéciaux</li> <li>- Soutenir toutes les familles, en particulier celles aux contextes psychosociaux difficiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer avec les autres professionnels à informer les parents sur les besoins de leur enfant en lien avec son âge et les attitudes qui favorisent son bon développement physique, psychique, affectif</li> <li>- Favoriser le mouvement. Prévenir les troubles de coordination. Prévenir le surpoids</li> <li>- Identifier et orienter les enfants qui s'écartent de la norme du développement staturo-pondéral et psychomoteur</li> <li>- Accompagner et soutenir les parents et les enfants lors de suspicion d'un problème ou d'un handicap en vue d'une prise en charge</li> <li>- Soutenir les familles vulnérables dans leurs compétences à offrir un environnement adéquat et sécurisant à leurs enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement de chaque enfant lui est spécifique</li> <li>- Pour un développement harmonieux, l'enfant a besoin de stimulations adaptées à son stade de développement et d'avoir un attachement sécurisant</li> <li>- Les parents sont informés sur le développement et l'observation de leur enfant. Ils reconnaissent et valorisent ses compétences, ils connaissent ses limites et adaptent leur comportement au stade de son développement</li> <li>- L'interaction entre l'enfant et ses parents (ainsi que les personnes qui s'en occupent régulièrement) est essentielle pour son développement</li> <li>- L'enfant doit pouvoir se mouvoir librement au sol dès l'âge de 2-3 mois, développer ses possibilités de préhension et de coordination en ayant des jouets adaptés et expérimenter l'espace à son propre rythme</li> <li>- L'enfant est encouragé dès 2 ans à développer sa coordination par des jeux tels que ballons, marcher sur une ligne, jeux d'équilibre etc.</li> </ul>

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
5	<b>Mauvais traitements, bébé secoué</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer la prévalence d'enfants négligés, maltraités ou abusés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir le risque de négligence grave et de maltraitance chez le jeune enfant en menant des actions d'aide et de soutien auprès des parents</li> <li>- Favoriser un environnement sain et sûr (attention violence conjugale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre parent n'est pas facile. Il est normal que tout parent atteigne parfois les limites de sa patience. L'adulte est responsable de la sécurité de l'enfant et doit reconnaître les signes d'une perte de maîtrise et mettre en place des stratégies pour éviter les mauvais traitements envers l'enfant</li> <li>- Les IPE sont attentives aux situations à risque et orientent les parents vers le service compétent. Elles ont le devoir de signaler les suspicions de maltraitance au SPJ (article 26 de la LPM 2004)</li> </ul>
6	<b>Mort subite Mise à jour 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer l'incidence de la mort subite chez les nourrissons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseiller les parents sur les mesures à prendre pour réduire le risque de mort subite</li> </ul>	<p><b>Pour tous, systématique (A)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coucher l'enfant sur le dos pour dormir</li> <li>- S'assurer que le lit de l'enfant est « sécuritaire ». Utiliser un matelas ferme, sans oreiller, ni duvet, ni couette, ni tour de lit, ni coussin d'allaitement, ni grosses peluches</li> <li>- Eviter l'exposition à la fumée</li> <li>- Protéger l'enfant contre l'excès de chaleur (température idéale 18-20°)</li> </ul> <p><b>Pour tous selon demande (B)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas décourager l'usage de la lolette au coucher. Lors d'allaitement, attendre qu'il soit bien instauré (après un mois). Arrêter à une année pour éviter les problèmes dentaires</li> <li>- Mettre l'enfant dans son lit si possible dans la chambre des parents mais pas dans leur lit durant les six premiers mois</li> <li>- Dans la mesure du possible, promouvoir l'allaitement</li> </ul>

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
7	<b>Prévention dentaire</b> <b>Mise à jour 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir la santé bucco-dentaire chez l'enfant</li> <li>- Diminuer la prévalence des caries dentaires chez l'enfant <ul style="list-style-type: none"> <li>• CPE carie précoce de l'enfant (&lt;6ans)</li> <li>• Carie chez l'enfant dès 6 ans</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer et encourager les parents à adopter les comportements : <ul style="list-style-type: none"> <li>• favorisant la santé bucco-dentaire au quotidien</li> <li>• protégeant leurs enfants des caries</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les bons réflexes favorisant la santé bucco-dentaire s'acquièrent dès les premiers mois de vie.</li> <li>- Le brossage des dents : dès l'apparition des dents de laits, brosser quotidiennement les dents avec une très petite quantité de dentifrice fluoré pour enfant 0-6 ans dosée par un adulte.</li> <li>- Progressivement, habituer l'enfant à se brosser les dents au moins 2x/j, la dernière fois juste avant le coucher.</li> <li>- La prise de bonnes habitudes alimentaires dans la petite enfance contribue à la santé bucco-dentaire.</li> <li>- Pas de boissons sucrées au lit.</li> </ul>
8	<b>Prévention des traumatismes non-intentionnels (accidents)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer l'incidence des traumatismes non-intentionnels chez les enfants de 0 à 6 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer les parents sur les mesures à prendre pour éviter les traumatismes non-intentionnels chez les enfants de 0 à 6 ans</li> <li>- Conseiller les parents sur l'adaptation de l'environnement et de la surveillance appropriée en fonction des stades de développement de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On entend par traumatismes non-intentionnels les accidents domestiques, de circulation et de loisirs</li> <li>- L'enfant doit en être protégé par l'adulte car il n'acquiert que progressivement les compétences nécessaires à sa sécurité</li> <li>- Les parents ont à disposition près du téléphone les numéros d'appel en cas d'urgence (dont 144 – ambulance, 145 – intoxication, pédiatre, hôpital)</li> </ul>

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
9	<b>Prévention solaire Mise à jour 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer l'incidence des insolationes et des brûlures chez l'enfant</li> <li>- Diminuer l'incidence des mélanomes à l'âge adulte</li> <li>- Diminuer les risques de lésions oculaires</li> <li>- Diminuer les risques liés à la canicule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer et encourager les parents à protéger leurs enfants des rayons solaires afin d'éviter les coups de soleil, les insolationes, les risques de lésions oculaires et les risques de cancer de la peau à l'âge adulte</li> <li>- Informer les parents des risques respiratoires et de déshydratation en cas de canicule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'exposition solaire directe avant un an</li> <li>- Dès un an : peu d'exposition directe et rester à l'ombre de 11h à 15h.</li> <li>- <b>Lors d'exposition</b> : protéger les enfants avec des vêtements appropriés, penser à protéger les yeux particulièrement sensibles aux UV, les lèvres, les oreilles, le nez et le dessus des pieds</li> <li>- Mettre de la crème solaire pour enfant avec un indice de protection d'au moins 20, idéalement de 30</li> <li>- Bien hydrater l'enfant</li> <li>- <b>Canicule</b> : protéger les enfants de la chaleur, les rafraîchir, être plus spécialement attentif aux enfants malades (diarrhées, maladies chroniques)</li> <li>- Ne jamais laisser un enfant seul dans une voiture</li> </ul>
10	<b>Santé de la mère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer l'incidence des complications post-partum de la mère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuer avec les autres professionnels de la santé à repérer les complications physiques ou psychiques pouvant toucher la mère après l'arrivée d'un enfant</li> <li>- Porter une attention particulière aux signes précurseurs des dépressions post-partum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état physique et psychique de la mère influence la qualité du lien qu'elle établit avec son bébé</li> <li>- Le baby blues est fréquent et de bonne évolution</li> <li>- La dépression du post-partum demande un suivi et un traitement</li> </ul>

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
11	<b>Santé et soins à l'enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Améliorer la qualité des soins de puériculture et contribuer au confort des enfants</li> <li>– Améliorer la réponse parentale aux besoins des enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Renforcer les compétences parentales dans le domaine de la santé et des soins à l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Une bonne hygiène est essentielle durant toutes les activités qui touchent les soins aux bébés (préparation des biberons, toilette du bébé...)</li> <li>– Il est considéré comme normal qu'un bébé en bonne santé pleure plusieurs heures par jour</li> <li>– Ne jamais secouer un bébé</li> <li>– Toute fièvre (dès 38.5°) chez un bébé de moins 3 mois nécessite une consultation médicale</li> </ul>
12	<b>Sommeil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diminuer la prévalence d'enfants présentant des troubles du sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informer les parents des spécificités du sommeil de l'enfant afin de renforcer leurs compétences.</li> <li>– Accompagner et orienter les parents lors de troubles du sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coucher l'enfant sur le dos pour dormir</li> <li>– Utiliser un matelas ferme, sans oreiller ni duvet ni coussin d'allaitement</li> <li>– Respecter les rythmes du sommeil de l'enfant</li> <li>– L'enfant doit dormir dans son lit dans la mesure du possible, le siège auto et le baby-relax ne doivent être utilisés que pour des périodes limitées dans la journée</li> <li>– L'enfant doit dormir dans un environnement calme, sans fumée, sans excès de chaleur</li> </ul>

Grille	Thèmes de santé	Objectifs de santé	Objectifs intermédiaires	Messages-clé
13	<b>Toxico-Dépendances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer la prévalence d'enfants exposés à des toxiques tels que la nicotine, l'alcool et les drogues illégales</li> <li>- Diminuer les risques liés à la consommation parentale de drogues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer les parents fumeurs de l'impact du tabagisme passif sur la santé de l'enfant.</li> <li>- Informer les parents de l'impact de leur consommation d'alcool sur la santé de l'enfant.</li> <li>- Orienter et soutenir les parents désirant diminuer ou arrêter de fumer ou de boire de l'alcool.</li> <li>- Accompagner les parents toxicodépendants (alcool, drogues) en collaboration avec les professionnels du réseau pour favoriser le développement optimal de leur enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le tabagisme passif a des conséquences néfastes sur la santé de l'enfant</li> <li>- Une femme qui allaite ne devrait pas boire d'alcool ni consommer de drogues</li> <li>- La dépendance à l'alcool ou aux drogues a un impact sur le contexte familial et la santé de l'enfant</li> </ul>
14	<b>Vaccinations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer la prévalence des maladies qui peuvent être évitées par la vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer avec les autres professionnels de la santé à l'encouragement à la vaccination selon les recommandations définies par l'OFSP et les autorités cantonales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La vaccination des enfants permet d'éviter de nombreuses maladies et leurs complications et doit s'effectuer selon le plan suisse de vaccination</li> <li>- Les enfants non-vaccinés contribuent à la propagation de certaines maladies dont les conséquences pour la santé sont importantes au niveau individuel et au niveau de la population</li> </ul>

## 7.2 Synthèse des prestations

Thèmes de santé	Période de vie de l'enfant						Prestations*			Contexte de l'interaction						Lien avec le réseau PE	
	≤ 1 mois	1-4 mois	5-9 mois	10-18 mois	19-24 mois	2-4 ans	A Pour tous Systématique	B Pour tous Selon demande	C Pour certains Selon contexte	Individuelle			Groupe		Communautaire		
										Par téléphone	A domicile	En consultation	Discussions	Conférences	Quartier, commune		Lieux de vie de l'enfant
1. Alimentation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			XX	XXX	XXX	XXX	XX	X	X	++
2. Allaitement	✓	✓	✓	✓	✓		✓			XX	XXX	XXX	XX	X			++
3. Contexte familial : relationnel – social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			X	XXX	XX	X	X	X		++++
4a. Développement psychomoteur	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			X	XXX	XX	XXX	X		X	++
4b. Besoins spéciaux, Prématurés	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	X	XXX	XX	XXX			X	++++
5a. Mauvais traitements	✓	✓	✓	✓	✓	✓			- ✓	X	XXX	XXX	X	X		X	+++
5b. Bébé secoué	✓	✓	✓				- ✓			X	XXX	XXX	X	X		X	+++
6. Mort subite	✓	✓	✓				✓			X	XXX	X	X			X	+
7. Prévention dentaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			XX	XX	XX	XX	X		X	+
8. Prévention des traumatismes non-intentionnels	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			X	XXX	XX	XX	X	X		+
9. Prévention solaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		X	X	XX	XXX	X	X	X	+
10. Santé de la mère	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			X	XXX	XX	X		X		+
11. Santé et soins de l'enfant	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			XX	XXX	XXX	XX	X			++
12. Sommeil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			XXX	XXX	XXX	XX	XX			+
13a. Toxico-dépendance	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	XX	XXX	X	X		XX		+++
13b. Tabac	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			XX	XXX	X	X		XX		+
14. Vaccinations	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		X	X	X	X	X			++

\* A : thème abordé systématiquement avec toutes les familles dans le cadre de la visite à domicile - B : thème abordé avec toutes les familles en fonction de la demande – C : thème abordé avec certaines familles en fonction du contexte familialLe nombre de croix (X) indique la fréquence des interactions, le nombre de + indique la taille du réseau de partenaires impliqués

### 7.2.1 Synthèse des prestations - Commentaires du tableau

Certains thèmes de santé sont abordés systématiquement avec toutes les familles dans le cadre de la visite à domicile (Prestation A), alors que d'autres thèmes le sont avec toutes les familles en fonction de leur demande ou des campagnes de prévention (Prestation B) : elles sont destinées à l'ensemble de la population (prestations universelles). Les prestations C concernent des thèmes qui sont abordés avec certaines familles en fonction du contexte (prestations ciblées : destinées à un sous-groupe de la population).

## 7.3 Remarques

1. La mise à jour des connaissances et de la pratique professionnelle des IPE est un travail régulier qui a été consolidé et formalisé dans ce document
2. Lors des interactions avec les familles, la priorité est de répondre à leurs questions et d'aborder les thèmes de santé selon les objectifs définis dans ce document.
3. L'interdisciplinarité est au cœur de la pratique de l'IPE qui assure notamment un contact avec les partenaires du réseau petite enfance.
4. L'IPE ne conseille pas le recours aux médecines alternatives car les preuves d'efficacité et de non-toxicité sont insuffisantes à ce jour.

## 8. Glossaire

### 8.1 La prévention primaire et la promotion de la santé

La Charte d'Ottawa (28) définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien être.

Cependant pour certains il existe trois niveaux de prévention (prévention primaire et promotion de la santé sont équivalents) qui peuvent être appliqués selon deux modalités (29)

- **Prévention primaire ou promotion de la santé**

Action visant à prévenir le développement de la maladie chez une personne en bonne santé (30).

- **Prévention secondaire ou dépistage**

Intervention précoce chez des personnes identifiées par des procédures de dépistage comme ayant développé la maladie mais qui sont dans un stade précoce souvent sans signes ou symptômes (23). Le dépistage des maladies devrait répondre à des critères de pertinence et de qualité et respecter une approche éthique (31).

- **Prévention tertiaire ou curative**

Prise en charge thérapeutique et conseils auprès de personnes ayant une maladie diagnostiquée à la suite de symptômes ou de signes (30).

- **Modalité universelle**

Vise l'amélioration des compétences personnelles ou des ressources environnementales de tous les membres d'un groupe ou d'une population sans sélection préalable.<sup>(7)</sup> Remplace pour certains auteurs la notion de prévention primaire.

- **Modalité ciblée**

S'adresse à des individus à risque en raison de caractéristiques personnelles ou à l'environnement socio-familial ou physique (32).

### 8.2 L'approche de santé communautaire

Les éléments importants de l'approche communautaire d'une problématique de santé sont notamment(21)

- l'identification des besoins sanitaires de la communauté,
- la communication sociale,
- la conscientisation de la population concernant son rôle,
- l'éducation pour la santé,
- l'évaluation des actions de santé.

De fait, l'approche de la santé dans une perspective communautaire implique l'établissement d'une dynamique sociale au sein de la communauté où le processus démocratique est le point charnière (21).

L'approche de santé communautaire est donc caractérisée par la participation de la personne ou du groupe de personnes, leurs besoins / préoccupations exprimés ou à décoder, l'identification de leurs ressources, l'encouragement de l'initiative personnelle.

L'approche de santé communautaire doit tenir compte de l'ensemble des catégories d'éléments exerçant une influence sur la santé : la biologie humaine, l'environnement physique et social, le comportement et l'organisation du système de santé.

### 8.3 L'empowerment

Il peut être défini comme la consolidation des connaissances et compétences de la population en matière de protection et promotion de la santé grâce à l'élaboration d'instruments et d'activités visant à développer les compétences de la population (health literacy, promotion de l'empowerment) selon le cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2008-2012.

Selon Ninacs (2003) (33) le concept d'empowerment est axé sur l'idée que les individus et les collectivités ont le **droit de participer aux décisions qui les concernent**. Il est fondé sur la **réciprocité** et **l'égalité**.

Il est fondé sur la prémisse que les compétences requises pour effectuer le changement visé sont déjà présentes ou au moins que le potentiel pour les acquérir existe.

Il existe 3 types d'empowerment :

- individuel : correspondant au processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou un groupe. Il opère sur 4 plans : la participation (au débat, aux décisions), les compétences pratiques, l'estime de soi (amour de soi, vision de soi, confiance en soi) et la conscience critique (conscience collective, sociale et politique).
- communautaire : correspond au moyen par lequel les communautés augmentent leur pouvoir collectif. Il s'agit d'un cheminement simultané vécu par la collectivité et par les individus qui en sont membres. Processus complexe reposant sur plusieurs éléments : participation des membres, compétences des individus et de la communauté, communication, sentiment d'appartenance à la communauté.

L'empowerment communautaire constitue le véhicule de l'empowerment individuel car il existe une interaction réciproque entre l'empowerment d'un individu et celui de sa communauté à l'intérieur d'un processus circulaire.

- organisationnel : une communauté empowered est celle où les personnes tant individuellement que par l'entremise d'organisations mettent en commun leurs capacités et leurs ressources ce qui mène à la compétence de la communauté.

Les éléments ci-dessus sont tirés du document de Ninacs (2003), *L'empowerment et l'interaction sociale*  
*L'empowerment conjugué* :

- *Un sentiment de pouvoir personnel à une capacité d'influencer le comportement d'autres personnes*
- *Une orientation axée sur l'accroissement des forces existantes des individus et des communautés*

## 9. Annexes

### 9.1 Législation internationale

- **Convention des droits de l'enfant**

La Convention des droits de l'enfant établie par les Nations Unies en 1989 et ratifiée par la Suisse en 1997 se base sur quatre principes :

- non-discrimination
- intérêt supérieur de l'enfant
- droit à la vie
- respect de l'opinion de l'enfant

#### Liste des articles de la Convention des droits de l'enfant pertinents pour l'activité des IPE

Article 2	Non-discrimination	Article 23	Enfants handicapés
Article 3	Intérêt supérieur de l'enfant	Article 24	Santé et services médicaux
Article 5	Orientation de l'enfant et évolution de ses capacités	Article 29	Education
Article 6	Survie et développement	Article 30	Enfants de minorités ou de populations autochtones
Article 16	Protection de la vie privée	Article 31	Repos et loisirs
Article 18	Responsabilité des parents	Article 33	Consommation et trafic de Drogues
Article 19	Protection contre les mauvais traitements	Article 34	Exploitation sexuelle
Article 22	Enfants réfugiés		

### 9.2 Législation cantonale

- **Loi sur l'action sociale vaudoise du 2 décembre 2003**

*Art. 1* – La présente loi a pour but de venir en aide aux personnes ayant des difficultés sociales ou dépourvues des moyens nécessaires à la satisfaction de leurs besoins indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine

*Art. 20.* – La prévention sociale comprend toute mesure générale ou particulière permettant de rechercher les causes de pauvreté et d'exclusion sociale, d'en atténuer les effets, et d'éviter le recours durable aux services d'aide. 2 Le département s'efforce par des dispositions appropriées de prévenir les causes de pauvreté et d'exclusion sociale.

- **Loi sur la santé publique du 29 mai 1985, modifiée et entrée en application le 17 mai 2011**

Les articles 2 ; 28 et 31 concernent tout particulièrement l'activité des IPE. (LSP ; RSV 800.01)

*Art. 2.* – La loi a pour but de contribuer à la sauvegarde de la santé de la population et d'encourager la responsabilité collective et individuelle dans le domaine de la santé

*Article 28.* – Les principaux domaines d'intervention sont :

- a. l'hygiène et la protection de l'environnement;
- b. l'éducation pour la santé ;
- c. la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et autres addictions ;
- d. la santé scolaire ;
- e. les vaccinations ;
- f. la prévention des accidents et des traumatismes et la prévention des actes de violence ;
- g. la médecine et l'hygiène du travail ;
- h. l'éducation sportive et la médecine du sport ;
- i. la santé sexuelle et reproductive ;
- j. la santé maternelle et infantile ;**
- k. la prévention des maladies chroniques et infectieuses ;
- l. la santé mentale.

*Article 31.* – L'Etat et les communes peuvent collaborer notamment avec les institutions spécialisées suivantes :

- les Ligues de la santé et les associations similaires, pour les maladies les plus fréquentes ou invalidantes ;
- les associations se préoccupant de la lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies ;
- la Fondation Profa, pour l'éducation sexuelle, le planning familial, le conseil en périnatalité et le conseil conjugal ;
- L'AVASAD, pour la santé scolaire et les activités préventives des Infirmières de santé publique.

Les articles 4, 6, 29, 30, 32, 44 et 124 sont également pertinents pour l'activité de l'infirmière petite enfance.

- **Loi sur la protection des mineurs(LProMin) du 4 mai 2004**

*Art. 4.* – Principes

La responsabilité de pourvoir aux soins, à l'entretien et à l'éducation d'un mineur incombe en premier lieu à ses parents

Toute décision prise en vertu de la présente loi doit l'être dans l'intérêt prépondérant du mineur

*Art. 4a.* – Définitions

Dans la présente loi, on entend par :

- Prévention primaire : ensemble de mesures prises et développées dans le domaine socio-éducatif pour les familles en général, en guise de soutien aux parents en vue de favoriser le développement de leurs capacités éducatives, notamment par des informations, des échanges ou des conseils.
- Prévention secondaire : ensemble de mesures prises et développées dans le domaine socio-éducatif pour des familles confrontées à des événements ou à des circonstances de vie particulières fragilisant ou risquant de fragiliser l'équilibre familial et l'exercice des responsabilités parentales, en vue de maintenir au sein du milieu familial les conditions favorables au développement du mineur, soutenir les capacités éducatives des parents et éviter une aggravation de la situation.
- Prévention tertiaire ou intervention de protection : ensemble de mesures d'action socio-éducative prises en faveur d'un mineur menacé ou en danger dans son développement en vue de rétablir les conditions favorables à son développement, de prévenir des actes de maltraitance ou d'en éviter la répétition tout en visant à réhabiliter les compétences parentales.

*Art. 7.* – Collaborations extérieures

Le département agit notamment avec le concours :

- a. des autorités scolaires, parascolaires et des membres du corps enseignant ;
- b. **des centres hospitaliers, médico-sociaux (CMS) et des professionnels de la santé**, ainsi que l'Unité des écoles en santé (UDES) ;

- c. des préfets ;
- d. des municipalités ;
- e. des centres sociaux régionaux ;
- f. des commissions ou organismes désignés ou reconnus par la Confédération ou l'Etat de Vaud, sur un plan cantonal ou régional.

Art. 12. – Prévention primaire et secondaire pour la petite enfance

Le service est responsable de la conduite de programmes de prévention dans le domaine de la petite enfance, en concertation avec les départements concernés, en vue de coordination ou de collaboration. La petite enfance comprend les mineurs jusqu'à 6 ans révolus.

Art. 13. – Buts et conditions d'intervention

Les mesures de protection visent à prévenir, limiter ou faire disparaître le danger qui menace le mineur. Le service peut être saisi par une demande d'aide des parents, du mineur capable de discernement ou de son représentant légal ou par un signalement. Sont réservées les compétences des autorités judiciaires compétentes.

- **Loi vaudoise de protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE) du 29 mai 2012**

Art. 32. – Signalement d'une situation d'un mineur ayant besoin d'aide

**1. Toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal accessoire ou auxiliaire, a connaissance de la situation d'un mineur semblant avoir besoin d'aide, a l'obligation de la signaler simultanément à l'autorité de protection et au service en charge de la protection des mineurs** (ci-après : le service).

**2. Sont notamment astreints à cette obligation** les membres des autorités judiciaires, scolaires et ecclésiastiques, **les professionnels de la santé** et les membres du corps enseignant, les intervenants dans le domaine du sport, les préfets, les municipalités, les fonctionnaires de police et les travailleurs sociaux, les éducateurs, les psychologues scolaires, les psychomotriciens et les logopédistes

Dans le canton de Vaud, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le signalement d'un mineur en danger dans son développement se fait, simultanément à la justice de paix (autorité de protection) **et** au Service de protection de la jeunesse (SPJ)

### 9.3 Cadre institutionnel

- **Loi AVASAD 6 octobre 2009**

Les articles s'appliquent au domaine d'activité des IPE. (LAVASAD 801.11)

Art. 2. – Missions

**1. L'AVASAD est chargée de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention**

**4.** L'AVASAD a en particulier pour mission de :

**f.** participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de promotion de la santé et de Prévention des maladies ;

**g.** assurer l'exécution de programmes confiés par l'Etat,

**5.** L'AVASAD accomplit ses missions par l'intermédiaire de ses associations ou fondations régionales d'aide et de soins à domicile (ci-après : les A/F), et en collaboration avec les réseaux de soins reconnus d'intérêt public. A cet effet, elle élabore une charte qui définit notamment les droits et devoirs des A/F, des centres médico-sociaux (ci-après : CMS), en particulier le devoir de prise en charge au sens de l'article 4, lettre b) de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que les droits et devoirs des clients.

#### Art. 11 b) Compétences

**1.** Le conseil exerce toutes les compétences non dévolues par la présente loi et ses dispositions d'application à un autre organe.

**2.** Il est en particulier chargé de :

**c.** garantir la mise en œuvre de mesures en matière de promotion de la santé et de prévention

#### • **Charte des CMS**

Pour être en conformité avec le cadre légal, l'AVASAD a élaboré une charte ratifiée par le conseil d'état (2011) qui définit notamment les droits et devoirs des CMS et des clients, ainsi que les voies de recours en cas de conflit. Ce document fondamental de référence pour l'aide et les soins à domicile concerne également la petite enfance. Il permet de préciser en particulier les limites d'intervention (voir chap. 4 de la charte).

Ainsi le programme Prévention petite enfance garantit l'égalité et l'équité d'accès aux prestations :

- sans distinction de revenu, de lieu de domicile, d'âge ou de type d'affection,
- ni discrimination de nationalité, de race, de religion, de condition sociale, de sexe ou d'opinion
- dans la mesure des moyens mis à sa disposition.

## 10. Bibliographie

1. Commission cantonale de prévention. Cadre cantonal vaudois pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007. Lausanne: Service de la santé publique (SSP); 2002.
2. Holzer V, Alvarez C, et al. Politique inter-départementale de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) - parents. Lausanne : Etat de Vaud; 2005.
3. Groupe cantonal de référence des infirmières petite enfance. Cadre de référence pour l'activité des infirmières petite enfance dans le canton de Vaud [Internet]. Lausanne, Suisse: OMSV; 2003 sept.
4. Centre de référence pour les infirmières petite enfance. Définition des prestations pour l'activité de l'infirmière petite enfance dans le canton de Vaud [Internet]. Lausanne, Suisse: OMSV; 2005 sept p. 105.
5. Addor V. Promotion de la santé et prévention chez les enfants de 0-5 ans, projet de programme à l'OMSV et dans les Associations et Fondations régionales. Lausanne : OMSV; 1998.
6. Narring F, Paccaud F. Cadre pour la prévention dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP; 1995.
7. ONU A. Convention relative aux droits de l'enfant [Internet]. ONU; 1989 [cité 20 oct 2015]. [http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/convention\\_relative\\_aux\\_droits\\_de\\_lenfant.pdf](http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/convention_relative_aux_droits_de_lenfant.pdf)
8. Le grand conseil du canton de Vaud. Loi sur l'action sociale vaudoise (LASV) [Internet]. déc 2, 2003 p. 10. [http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv\\_site/doc.fo.pdf?docId=5214&docType=LOI&Pcurrent\\_version=11&PetatDoc=vigueur&page\\_format=A4\\_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&with\\_link=false](http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.fo.pdf?docId=5214&docType=LOI&Pcurrent_version=11&PetatDoc=vigueur&page_format=A4_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&with_link=false)
9. Grand conseil du canton de Vaud. Loi sur la santé publique (LSP) [Internet]. 800.01 mai 29, 1985. [http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv\\_site/doc.pdf?docId=5097&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent\\_version=23&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page\\_format=A4\\_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&bcsc\\_scan\\_6b7c6b90b5fb5917=zZq2ziRP+79UrytIT3ttBjVDR0KAAAawWJcBQ==&bcsc\\_scan\\_filename=doc.pdf](http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv_site/doc.pdf?docId=5097&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=23&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&bcsc_scan_6b7c6b90b5fb5917=zZq2ziRP+79UrytIT3ttBjVDR0KAAAawWJcBQ==&bcsc_scan_filename=doc.pdf)
10. Le grand conseil du canton de Vaud. Loi sur la protection des mineurs (LProMin) [Internet]. mai 4, 2004 p. 12. [http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv\\_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent\\_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page\\_format=A4\\_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false](http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false)
11. Le grand conseil du canton de Vaud. Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant [Internet]. mai 28, 2012 p. 9. [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/etat\\_droit/justice/reformes\\_judiciaires/LVPAE.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/etat_droit/justice/reformes_judiciaires/LVPAE.pdf)
12. Grand conseil du canton de Vaud. Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) [Internet]. oct 6, 2009 p. 5. [http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv\\_site/doc.fo.pdf?docId=747957&docType=LOI&Pcurrent\\_version=1&PetatDoc=vigueur&page\\_format=A4\\_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&with\\_link=false](http://www.rsv.vd.ch/dire-cocoon/rsv_site/doc.fo.pdf?docId=747957&docType=LOI&Pcurrent_version=1&PetatDoc=vigueur&page_format=A4_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&with_link=false)
13. AVASAD. Charte des CMS [Internet]. Lausanne : AVASAD; 2015 [cité 20 oct 2015]. [http://www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2012-09/avasad\\_charte cms a5 p p.pdf](http://www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2012-09/avasad_charte cms a5 p p.pdf)
14. Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill C. Ante-and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews: evidence briefing [Internet]. Health Development Agency London; 2004 [cité 25 mars 2014].
15. Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of Home Visiting in Improving Child Health and Reducing Child Maltreatment. PEDIATRICS [Internet]. 1 nov 2013 [cité 18 févr 2014];132(Supplement):S90-9. [http://pediatrics.aappublications.org/content/132/Supplement\\_2/S90.full.pdf+html?frame=sidebar](http://pediatrics.aappublications.org/content/132/Supplement_2/S90.full.pdf+html?frame=sidebar)
16. Le Foll J, Guedeney A. Visites à domicile préventives périnatales dans les familles à problèmes multiples : efficacité et limites. Devenir [Internet]. 1 avr 2014 [cité 13 mai 2014];Vol. 26(1):59-72. [http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=DEV\\_141\\_0059](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=DEV_141_0059)
17. Antigonish N. Bibliographie commentée sur les visites à domicile effectuées durant la petite enfance par les services de santé publique [Internet]. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier; 2008 [cité 10 juin 2014]. [http://nccdh.ca/images/uploads/Bibliographie\\_comment%C3%A9e\\_sur\\_les\\_visites\\_%C3%A0\\_domicile\\_effectu%C3%A9es\\_durant\\_la\\_petite\\_enfance\\_par\\_les\\_services\\_de\\_sant%C3%A9\\_publique.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/Bibliographie_comment%C3%A9e_sur_les_visites_%C3%A0_domicile_effectu%C3%A9es_durant_la_petite_enfance_par_les_services_de_sant%C3%A9_publique.pdf)
18. NICE. Social and emotional wellbeing - early years: guidance [Internet]. 2012 [cité 8 mars 2014]. <http://www.nice.org.uk/>
19. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: Proven results, future promise [Internet]. Rand Corporation; 2006 [cité 15 juill 2014]. <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=20uMru2UbTqC&oi=fnd&pg=PR3&dq=%22RAND+Corporation+is+a+nonprofit+research+organization%22+%22Main+Street,+P.O.+Box+2138,+Santa+Monica,+CA%22+%22potential+for+interventions+of+various+forms+in+early+childhood%22+%22do+not+necessarily+reflect+the+opinions+of+its+research%22+&ots=WnJeuJ5KCq&sig=94HEQAGp1YYZD0VEylvBRNTr86o>

20. Knapp D, et al. Mental Health Promotion and Prevention : The Economic Case [Internet]. London: Department of Health., London; 2011 janv [cité 15 juill 2014] p. 43.  
<http://www.lse.ac.uk/businessAndConsultancy/LSEEnterprise/pdf/PSSRUfeb2011.pdf>
21. Fragnière J-P, Girod R. Dictionnaire suisse de politique sociale. 2002.
22. Cètre J, Douiller A, Guidetti P. Des inconnues qui nous veulent du bien : éducation et promotion de la santé. Pomey MP Ed Santé Publique. 2000;364\_78.
23. Duhammel F. La santé et la famille, avec une approche systémique en soins infirmiers. Paris; 1995.
24. Stark W. Comment sortir de l'impasse ? Les fondements théoriques de l'empowerment. Focus n°2; 2000.
25. Malo D, et al. Modèle de McGill et CLSC : une combinaison gagnante. L'infirmière du Québec; 1998.
26. McDaniel S. Pour la santé des familles. In: Forum National sur la santé. Les déterminants de la santé - les enfants et les adolescents. Multimonde; 1998.
27. ASISP, APCP. Bases relatives au mandat de prestation pour les centres de puériculture en Suisse et dans la principauté du Liechtenstein. Association suisse des infirmières HMP de la Santé publique. Association patronales des centres de puériculture en Suisse et dans la principauté du Liechtenstein; 1999.
28. OMS. Charte D'Ottawa [Internet]. OMS; 1986 [cité 26 août 2015].  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)
29. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol [Internet]. 6 janv 2001 [cité 20 oct 2015];30(3):427-32.  
<http://ije.oxfordjournals.org/content/30/3/427>
30. Gordis L. Epidemiology. Fifth edition. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2014. 392 p.
31. Bouvier P, Jeanneret O. Dépistage et pédiatrie : aspects psychosociaux et approches éthiques. Médecine Hygiène. 1998;(2196):317-25.
32. Vitaro F, Gagnon C. Prévention des Problèmes d'Adaptation Chez les Enfants et les Adolescents - Tome 1: Les Problèmes Internalisés. PUQ; 2000. 548 p.
33. Ninacs WA. « L'empowerment et l'intervention sociale » [Internet]. Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine; 2003 [cité 28 oct 2015]. [http://bv.cdeacf.ca/EA\\_PDF/1159.pdf](http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/1159.pdf)

## Partie III Grilles de référence pour l'activité des IPE

### 1. Méthodologie utilisée pour la construction des grilles de référence

La méthodologie utilisée est une approche combinée qui intègre des éléments de la pratique et des informations basées sur les meilleures preuves disponibles dans la littérature scientifique.

Les étapes principales:

- Définition d'une liste de thèmes de santé
- Identification de recommandations et de revues systématiques de littérature scientifique en français et en anglais par recherches sur internet et sur PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Lecture critique de ces textes
- Détermination des tranches d'âge de la population bénéficiaire des prestations,
- Clarification des modalités de prestations en termes de fréquence, de contexte, de contenu, de savoir-faire et de savoir-être en fonction des textes retenus et de la pratique,
- Résumé d'éléments épidémiologiques à un niveau local, national, international dans la mesure du possible pour chaque thème.

Pour chaque thème de santé, une grille est élaborée Ce travail est effectué par le CRIPE en collaboration avec les IPE et les IPER en fonction des domaines d'intérêt et des compétences. Le contenu des grilles est validé par le CRIPE et deux pédiatres délégués du groupement des pédiatres vaudois ou d'autres experts.

Les grilles de référence sont appelées à évoluer en continu pour s'adapter aux besoins des familles, en tenant compte des données scientifiques actuelles.

Le détail des recherches est à disposition auprès du CRIPE.

### 2. Les 14 grilles de référence pour la pratique de l'IPE

Afin de permettre une mise à jour régulière des documents et dans un objectif de respect de l'environnement, les 14 grilles de référence pour la pratique de l'IPE sont accessibles en version électronique sur :

- Le site de l'AVASAD  
[http://www.avasad.ch/jcms/m\\_7019/fr/centre-de-reference-infirmieres-petite-enfance](http://www.avasad.ch/jcms/m_7019/fr/centre-de-reference-infirmieres-petite-enfance)
- Le système d'information interne Wiki  
[http://wiki.avasad.ch/CRIPE/Th%C3%A8mes\\_de\\_sant%C3%A9](http://wiki.avasad.ch/CRIPE/Th%C3%A8mes_de_sant%C3%A9)