

Prévention de l'obésité infantile par l'infirmière scolaire

Revue étoffée de littérature

Travail de Bachelor

Par

Butty Ludivine et Gassmann Vanessa

Promotion 2010-2013

Sous la direction de: François Magnin

Haute école de santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 1^{er} juillet 2013

Résumé

INTRODUCTION: L'obésité infantile est un problème actuel à travers le monde. Le nombre d'enfants souffrant de surpoids ou d'obésité augmente de plus en plus. À long terme, l'obésité engendre des conséquences sur la santé de l'enfant et du futur adulte. C'est pourquoi la prévention et le traitement dès le plus jeune âge semblent être des éléments clés dans la lutte contre cette problématique. Le contexte scolaire semble être adapté pour sensibiliser un maximum d'enfants et de familles. L'infirmière scolaire est le lien entre l'école et la famille. De plus, ses compétences en prévention et en promotion de la santé font de cette professionnelle un atout dans la prise en charge et l'évaluation de l'obésité.

MÉTHODE: Cette revue de littérature étoffée constituée de 14 articles sélectionnés et de 9 articles analysés permet de relever les connaissances et les pratiques actuelles des infirmières scolaires dans la prévention de l'obésité de l'enfant.

RÉSULTATS: Cinq thèmes ont émergé de l'analyse des résultats. Tout d'abord, les facteurs influençant la prévention de l'obésité infantile ainsi que les pratiques actuelles des infirmières scolaires ont été soulevés. Ensuite, les réactions des enfants et des familles et la pertinence d'un programme suivi par une infirmière scolaire ont été décrites. Enfin, la prévention dans un contexte multiculturel a également été abordée.

CONCLUSION: Les infirmières scolaires ont de multiples compétences pour prendre en charge l'obésité infantile notamment dans la collaboration interdisciplinaire, dans l'accompagnement des familles et dans le soutien psychosocial des enfants en surpoids. Toutefois, quelques obstacles entravent parfois la pratique des infirmières. En effet, le manque de connaissance, de temps, de moyens et de soutien de la part des administrateurs et politiques les retient de mettre en place un programme de prévention de l'obésité dans leur école. Suite à cette revue de littérature étoffée, un manque a été soulevé car peu d'études ciblent le rôle exact de l'infirmière scolaire et la faisabilité d'un programme de prévention de l'obésité mené par l'infirmière scolaire. Davantage d'études doivent être menées pour éclairer ce sujet-là.

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Monsieur François Magnin pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de notre travail.

Nous remercions également Mélanie pour la relecture attentive du travail.

De plus, nous souhaitons remercier nos familles qui nous ont soutenues durant la formation et spécialement durant l'écriture de cette revue de littérature.

Enfin, nous nous remercions mutuellement pour la bonne humeur et la très bonne collaboration durant ces nombreux mois.

Table des matières

1	Problématique et question de recherche	8
1.1	L'obésité en chiffres.....	8
1.2	Mode de vie et obésité	9
1.3	Programmes existants.....	10
1.4	Argumentation de la problématique.....	10
1.5	Question de recherche	11
1.6	Objectifs	11
2	Cadre de référence.....	12
2.1	Concepts	12
2.1.1	Obésité, surpoids.....	12
2.1.2	Développement corporel de l'enfant	13
2.1.3	Rôle de l'infirmière scolaire	14
2.1.4	Collaboration avec la famille.....	15
2.1.5	Prévention et promotion de la santé	16
3	Méthodologie	18
3.1	Revue de littérature étoffée	18
3.2	Sélection des articles.....	19
3.2.1	Critères d'inclusion	19
3.2.2	Critères d'exclusion	19
3.2.3	Stratégies de recherche	19
3.2.4	Sélection des articles.....	21
4	Résultats	22
4.1	Facteurs influençant la prévention de l'obésité infantile	23
4.1.1	Facteurs politiques	23
4.1.2	Charge de travail et priorités de soins	24

4.1.3	Mode de vie et société.....	25
4.1.4	Facteurs familiaux	25
4.1.5	Collaboration interdisciplinaire.....	26
4.2	Pratiques actuelles dans la prévention de l'obésité	27
4.2.1	Tâches et compétences de l'infirmière scolaire	27
4.2.2	Dépistage de l'obésité	28
4.2.3	Compétences culturelles	29
4.2.4	Perceptions et croyances de l'infirmière scolaire.....	29
4.3	Réactions des enfants et des familles	29
4.4	Pertinence d'un programme suivi par une infirmière scolaire	30
4.4.1	Changements après un an d'intervention	30
4.4.2	Quels étaient les conseils diététiques les plus faciles à suivre?	31
4.4.3	La croissance et l'IMC	31
4.4.4	Expériences des infirmières scolaires après l'intervention	31
4.4.5	Les expériences des parents après l'intervention.....	32
4.5	Prévention dans un contexte multiculturel	32
4.5.1	La qualité d'explication	33
4.5.2	Permettre le changement aux enfants et aux parents	33
5	Discussion	33
5.1	Principaux résultats et liens avec la problématique	34
5.2	Qualité des études analysées et leurs limites.....	38
5.3	Réponses à la question de recherche	39
5.4	Recommandations pour la pratique.....	40
5.4.1	Connaissances des infirmières scolaires.....	40
5.4.2	Collaboration multidisciplinaire	41
5.4.3	Rôle de l'infirmière scolaire	41
5.4.4	Dépistage par l'IMC	42

5.4.5	Visibilité et reconnaissance du rôle de l'infirmière scolaire	42
5.5	Recommandation pour les futures recherches	43
5.6	Limites de la revue de littérature étoffée.....	43
5.7	Annotations des auteures	43
6	Conclusion	44
7	Bibliographie.....	45
7.1	Ouvrages.....	45
7.2	Sites	45
7.3	Articles.....	46
7.4	Mémoire de diplôme, de licence	48
7.5	Images.....	48
8	Annexes	49
8.1	Annexe A: Déclarations d'authenticité	49
8.2	Annexe B: Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans*	50
8.3	Annexe C: Référentiel de compétences de l'infirmier-e de santé communautaire en milieu scolaire	52
8.4	Annexe D : Grille de lecture critique d'un article scientifique	59
	Approche qualitative :	59
	Approche quantitative :	63
8.4	Annexe E : Tableau récapitulatif des études sélectionnées	66
8.5	Annexe F : Grille d'analyse des articles.....	67

Introduction

Actuellement, le surpoids et l'obésité sont des sujets souvent abordés par les médias, les médecins et les autorités publiques. En effet, les émissions de télévision portant sur l'alimentation ou l'activité physique pour garder un poids dans la norme sont de plus en plus diffusées. Quant au corps médical, il se concentre de plus en plus sur les dangers que l'obésité peut engendrer. Les autorités publiques, elles, élaborent des projets de prévention du surpoids et de l'obésité, que ce soit au niveau mondial ou national. De plus, elles mettent en place des programmes de promotion de la santé liés au poids. Certains cantons ont eux aussi mis en place des programmes de prévention concrets pour les enfants.

Il serait intéressant de se concentrer plus particulièrement sur les enfants en âge scolaire, puisque ceux qui sont en surpoids ou obèses le restent la plupart du temps lorsqu'ils atteignent l'âge adulte (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2012b).

Les infirmières scolaires¹ sont les professionnelles de la santé qui sont les plus aptes à exercer des actions de prévention de l'obésité chez les enfants en âge scolaire. De ce fait, elles ont les compétences nécessaires pour mettre en place des projets concrets de prévention en collaboration avec les enseignants et les parents, ceci dans le but de sensibiliser et d'habituer les enfants et leur famille à une hygiène de vie favorable (Pingoud, 2002).

Cette revue de littérature étoffée va tenter de mettre en évidence les connaissances et les pratiques actuelles des infirmières scolaires en lien avec la prévention de l'obésité infantile.

¹ A lire également au masculin durant la totalité du travail.

1 Problématique et question de recherche

1.1 L'obésité en chiffres

Selon les chiffres de L'Organisation Mondiale de la Santé

en 2008, le surpoids concernait 1,5 milliard de personnes de 20 ans et plus, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près 300 millions de femmes étaient obèses. [...] Le surpoids et l'obésité sont le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial (OMS, 2012a).

Selon l'OMS (2012b), l'obésité de l'enfant constitue l'un des plus grands projets de santé publique de notre ère. En 2010, plus de 42 millions d'enfants souffraient de surpoids à travers le monde. Parmi ceux-ci, environ 35 millions vivent dans des pays en développement.

Selon Farpour-Lambert, Sempach, L'Allemand et Laimbacher (2007), en Suisse, la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est un vrai défi. Depuis plus de trente ans, le nombre d'enfants concernés par ce problème de santé a considérablement augmenté.

Actuellement, un enfant sur cinq souffre de surpoids dans notre pays (Farpour-Lambert, Sempach, L'Allemand et Laimbacher, 2006).

Selon l'OMS (2012c), «les enfants en surpoids et obèses risquent davantage de rester obèse une fois arrivés à l'âge adulte et de contracter des maladies non transmissibles telles que diabète et maladies cardio-vasculaires à un âge plus précoce.» À travers le monde, l'obésité tue plus de 2.6 millions de personnes. Les complications liées à l'obésité ne se manifestent pas souvent avant que la personne ne soit arrivée à l'âge mûr.

Par contre, Garandeau (s.d.) affirme qu'«à la faveur de l'obésité, le diabète de type II survient de plus en plus tôt dans les familles prédisposées [...]» (p.55) Le diabète de type II de l'adolescent atteint aujourd'hui moins de 4 % des enfants diabétiques en France.

De plus Koch, Sepa et Ludvigsson (2008), cité par Alvarez, Levy et Roy (2010), affirment que les enfants obèses souffrent de troubles psychologiques et sociaux dus à une difficulté à entreprendre une activité physique et une image corporelle

liée à l'obésité. Régulièrement, ces enfants sont victimes de moqueries, ce qui augmente des circonstances déjà stressantes.

En effet, les enfants obèses peuvent avoir une baisse de l'estime d'eux-mêmes, ce qui peut engendrer des difficultés dans les relations avec les autres et des problèmes à l'école. Ceci peut amener l'enfant à un état dépressif, ce qui va aggraver ses difficultés et ainsi former un cercle vicieux (Garandeau, s.d.).

1.2 Mode de vie et obésité

Des facteurs liés au mode de vie familial favorisent l'obésité de l'enfant. En effet, «l'augmentation du coût de la vie, des prix des aliments, du peu de temps disponible pour préparer les repas, d'une perte de savoir culinaire et de l'omniprésence de la publicité» (Alvarez, Levy & Roy, 2010, p.40), ont une incidence sur la façon de s'alimenter. Actuellement, dans de nombreux foyers, adultes et enfants consomment des plats préparés industriels. En effet, les parents manquent de temps pour cuisiner ou ont un budget restreint et achètent ces produits moins coûteux. Cependant, la teneur en matières grasses, en sucre raffiné et en sel sont en abondance dans ces plats. Ceci a pour but l'amplification du goût et ainsi encourage l'appétit des consommateurs et l'achat régulier de ces produits. C'est ce mode d'alimentation qui favorise la prise de poids (Alvarez et al., 2010).

Enfin, Garandeau (s.d.) décrit que malgré le fait qu'ils y aient davantage accès aux activités sportives, les enfants pratiquent moins d'exercice physique durant la journée. Il est de plus en plus rare que les enfants se rendent à l'école à pied. Les «loisirs sédentaires et postés» (Garandeau, s.d., p. 53) font partie intégrante de la vie d'un enfant, tels que les jeux vidéo, la télévision ou encore l'ordinateur.

Pour conclure, le déséquilibre entre l'apport calorique par les aliments et l'élimination par le métabolisme des graisses grâce à l'activité physique est perturbé. Ceci va aboutir à un stockage des lipides et une augmentation du poids (Ball & Bindler, 2010).

1.3 Programmes existants

Actuellement, plusieurs programmes sont mis en place au niveau de la Confédération et des cantons. En effet, la Confédération suisse a mis en place en collaboration avec l'Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP], l'Office Fédéral du Sport [OFSPo], la Promotion Santé Suisse [PSS] et d'autres acteurs le projet intitulé «Programme national alimentation et activité physique 2008-2012 (PNAAP 2008-2012)». Le principe directeur de ce programme est «la prévention des maladies non transmissibles [...] et de leurs facteurs de risque (obésité, surpoids, sédentarité, etc.)» (OFSP, 2008, p. 9).

Par ailleurs, les coûts consécutifs au surpoids en Suisse se sont multipliés par deux depuis la précédente enquête datant de 2004. Actuellement, ils s'élèvent à plus de 5 milliards de francs par année (OFSP, s.d.).

L'étude sur les coûts de l'obésité tient compte des coûts directs (utilisation de ressources pour le traitement de l'obésité et des maladies qui y sont liées) et des coûts indirects (perte de productivité suite à des absences professionnelles, l'invalidité et la mort prématurée). (Office Fédéral de la Santé Publique, s.d.)

Ce chiffre met en lumière l'ampleur du surpoids et de l'obésité au niveau sociopolitique et démontre «la nécessité de prendre des mesures afin de promouvoir un poids corporel sain, comme le prévoit le Programme national alimentation et activité physique (PNAAP) 2008-2012.» (OFSP, s.d.).

Au niveau régional, le canton de Fribourg a élaboré le projet «poids corporel sain», l'objectif étant la promotion de la santé en lien avec les activités physiques et l'alimentation saine. Il cible plus particulièrement les enfants de 0 à 6 ans ainsi que leurs parents (Service de la Santé Publique, État de Fribourg [SSP], 2012).

1.4 Argumentation de la problématique

Comme mentionné précédemment, l'obésité de l'enfant ne cesse d'augmenter. Les chiffres relevés sont inquiétants puisque plus de 42 millions d'enfants souffriraient de surpoids dans le monde (OMS, 2012b), tandis que dans notre pays, un enfant sur cinq serait en surpoids (Farpour-Lambert et al., 2006).

De plus, les enfants souffrant d'obésité peuvent également subir les conséquences de leur surpoids durant leur enfance (OMS, 2009). Les coûts

consécutifs au surpoids et à l'obésité ont doublé depuis 2004. Cette augmentation démontre l'importance de la prise en charge de l'obésité dès le plus jeune âge. (OFSP, s.d.)

Selon Bresson, Borys, Girard et Feur (2004), il serait nécessaire de mettre en place des actions de prévention de l'obésité étant donné l'évolution de celle-ci chez les jeunes enfants.

Le contexte scolaire est un milieu favorable pour la réalisation d'actions préventives. L'infirmière scolaire est la plus à même à effectuer des actions concrètes de prévention de l'obésité auprès des enfants scolarisés et de leurs parents. L'école «permet en effet l'accès à une population numériquement élevée pouvant bénéficier d'un suivi prolongé et d'une éducation dont on espère qu'elle aura une influence sur le comportement alimentaire.» (Bresson et al., 2004, p. 401).

Selon Pingoud (2002), les infirmières scolaires² ont les compétences nécessaires pour prévenir l'obésité et fournir un accompagnement adéquat envers les enfants souffrant de problèmes de poids. Elles peuvent élaborer des projets en collaboration avec les acteurs de l'école et les parents afin de sensibiliser les enfants et leur famille à une hygiène de vie favorable.

1.5 Question de recherche

Suite à ces constatations, nous formulons la question de recherche suivante: Quelles sont les connaissances et les pratiques actuelles des infirmières scolaires afin de prévenir l'obésité infantile?

1.6 Objectifs

À partir de l'argumentation de la problématique, le but de cette revue de littérature étoffée est premièrement de rassembler l'ensemble des connaissances scientifiques afin d'évaluer la situation actuelle de l'obésité de l'enfant à travers le monde. Ensuite, le rôle spécifique de l'infirmière scolaire dans la prévention de l'obésité et du surpoids des enfants en milieu scolaire est relevé. Ceci permettra peut-être de découvrir comment l'obésité est traitée ainsi que de mettre en

² Concept clarifié dans le chapitre 2.1.3

lumière un éventuel modèle de prise en charge adéquat par les infirmières scolaires, plus particulièrement en Suisse. De ces constatations, des recommandations concrètes seront amenées.

2 Cadre de référence

2.1 Concepts

2.1.1 Obésité, surpoids

L'OMS (2012d) définit le surpoids et l'obésité comme

Une accumulation anormale ou excessive de graisse qui représente un risque pour la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est un moyen simple de mesurer l'obésité dans la population: il correspond au poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres). (OMS, 2012d)

Chez l'adulte, un IMC se situant entre 18 et 25 indique une corpulence normale. Si celui-ci est inférieur à 18, le sujet est en insuffisance pondérale. Quant au surpoids, il se situe par un IMC entre 25 et 30. Entre 30 et 40 d'IMC nous parlons d'obésité, alors que l'obésité morbide est définie par un IMC supérieur à 40 (Garandeau, s. d).

L'IMC d'un enfant se modifie au fur et à mesure qu'il grandit. À la naissance, il doit être de 14 environ. À un an, il peut aller jusqu'à 18 et descend à 16 à l'âge de 3 ans. Ensuite, l'IMC va augmenter progressivement jusqu'à ce que l'enfant ait terminé sa croissance (ibid.).

Frelut (2003) relève dans son ouvrage que chez les enfants, la courbe de poids et de taille est souvent utilisée par les médecins afin d'évaluer le développement physique. Une ligne médiane détermine la moyenne de l'évolution d'un enfant. Il peut être au-dessus ou au-dessous de celle-ci, l'importance étant la régularité, c'est-à-dire de rester sur la même courbe.

Garandeau (s. d.) soutient, lui, qu'une deuxième courbe peut être utilisée. Elle prend en compte la corpulence de l'enfant. Celle-ci met en lien l'IMC en fonction

de l'âge de l'enfant³. Le résultat détermine le percentile correspondant. Ainsi, le sujet sera en insuffisance pondérale, en corpulence normale ou en obésité. L'obésité est définie par un percentile supérieur à 97.

Selon Garnett, Baur, Srinivasan, Lee & Cowell cité par Alvarez et al. (2010), la personne adulte et obèse est exposée au risque de développer un diabète de type II. Cette comorbidité est 80 fois supérieure à celle des individus qui ne sont pas en surpoids ou obèse. L'hyperinsulinisme engendre donc l'athérosclérose, qui elle, peut favoriser l'hypertension. Pour toutes ces raisons, les individus risquent de contracter une maladie coronarienne. Ce risque est d'ailleurs trois fois plus élevé chez les personnes obèses.

Alors qu'Alpert (2001), cité par Alvarez et al. (2010), soutient que «l'obésité est responsable d'une augmentation du volume sanguin et du volume d'éjection cardiaque à cause de la mobilisation des acides gras et du métabolisme excessif des lipides dans les tissus adipeux.» (ibid, p.42) Ce phénomène peut amener une cardiomyopathie, une réduction des fonctions pulmonaires et ainsi une hypoventilation est développée. Ceci étant aggravé par «l'accumulation des graisses dans les tissus adipeux intra-abdominal» (ibid, p.42). Chez les personnes atteintes de cancer, l'obésité augmente de 40 % les risques de mortalité. En effet, le traitement des tumeurs par chimiothérapie ou par acte chirurgical devient plus difficile en cas d'excès de poids. Des troubles musculo-squelettiques peuvent également survenir. D'ailleurs, il n'est pas rare chez certains jeunes adultes obèses et parfois chez des enfants «d'observer une nécrose complète d'une articulation.» (ibid., 2010, p.43). Cette pathologie exige un remplacement de l'articulation par une prothèse.

2.1.2 Développement corporel de l'enfant

Pour comprendre la difficulté de diagnostiquer le surpoids et l'obésité de l'enfant, il est important de citer quelques éléments de la croissance de celui-ci.

En effet, Frelut (2003) décrit qu'un enfant grandit, prend du poids et change d'apparence tout au long de sa croissance. À la naissance, un enfant a environ 14 % de graisse et paraît mince. De 6 à 9 mois, la proportion de graisse atteint

³ Annexe B

de 25 %. L'enfant paraît alors rond avec de nombreux bourrelets. Les nourrissons doublent donc leur poids en l'espace de 6 mois. À partir de 9 mois, l'enfant va commencer à s'affiner. Le pourcentage de graisse va constamment diminuer alors que son poids ne se réduira pas. À 12 mois, le poids de naissance aura triplé. Jusqu'à l'âge de 6 ans, il va continuer de grossir, cependant moins rapidement qu'il ne va grandir. C'est à cet âge-là sera le plus mince. Sa proportion de graisse est alors entre 12 et 15 %. Puis, arrivent les premiers signes de la puberté. Le tracé entre filles et garçons diverge à ce moment-là. Les garçons grandissent et développent plus de muscles que les filles. À l'âge adulte, ils compteront 15 à 20 % de leurs poids corporels sous forme de graisse. Quant aux femmes, leur corps se prépare à la maternité, les rondeurs sur les hanches et les seins apparaissent. Elles compteront à l'âge adulte 20 à 25 % de graisse (Frelut, 2003).

Ce changement de masse grasseuse tout au long du développement de l'enfant peut ralentir le dépistage. En effet, si l'enfant reste d'apparence potelée comme il l'était à ses deux ans, les parents ne remarqueront peut-être pas la prise de poids anormale à son développement. C'est pourquoi, il est important de noter l'évolution de son enfant tout au long de sa croissance. Une mesure tous les trois mois entre 2 et 12 ans est souhaitable (ibid.).

2.1.3 Rôle de l'infirmière scolaire

Selon Pingoud (2002), «les infirmières de santé communautaire appelées communément infirmières scolaires ont comme champ d'activité la santé des enfants à l'école.» (ibid., p. 4) Celles-ci ont plusieurs domaines d'activités telles que la prévention et la promotion de la santé, les visites médicales, les entretiens avec les familles, les vaccinations. Elles entreprennent également des tâches diverses et imprévisibles, comme par exemple des urgences, des atteintes à l'intégrité physique et psychique ou encore l'intégration des enfants vivant une situation de handicap. Pour les cantons de Genève, du Jura et de Vaud, ces professionnelles ont un rôle uniquement centré sur la santé en milieu scolaire et couvrent la totalité du canton. Cependant, dans les autres cantons romands, ce sont principalement les infirmières des soins à domicile qui accomplissent cette fonction, et cela uniquement dans les grandes villes.

Les infirmières scolaires ont une formation en santé publique/santé communautaire, réalisée la plupart du temps en cours d'emploi suite à une formation d'infirmière (Pingoud, 2002).

Les compétences de l'infirmière scolaire sont décrites dans un référentiel⁴, dans lequel elles sont expliquées plus précisément. «Il est une référence, un point de repère et doit être considéré comme un objectif en fonction duquel les personnes et leur environnement vont organiser des processus d'apprentissage.» (Pingoud, 2002, p.19). Il n'explicite en aucun cas les compétences propres à chaque professionnel. Le référentiel de compétences peut être utilisé pour l'évaluation des infirmières scolaires en formation ou à définir les capacités nécessaires pour un profil d'emploi (Pingoud, 2002).

L'infirmière scolaire possède 8 fonctions qui peuvent être reliées au surpoids et à l'obésité de l'enfant en âge scolaire. Elle identifie les besoins individuels et collectifs des enfants et y répond. Elle favorise l'intégration des enfants dans le cadre scolaire et met en lien les familles et l'école. Elle collabore avec d'autres professionnels dans la mise en place de projets de prévention et de promotion de la santé. Ensemble, ils recherchent des solutions lors de crises vécues par l'enfant. L'infirmière scolaire applique le programme de dépistage indiqué par l'école et s'occupe de la vaccination (ibid.).

2.1.4 Collaboration avec la famille

«Les soins axés sur la famille» est un concept qui promeut une coopération entre les infirmières et les parents. Chaque personne doit avoir du respect pour l'autre et prendre en compte les besoins et connaissances des partenaires. C'est l'entourage qui connaît le mieux l'enfant et ses habitudes de vie, ce qui permet d'optimiser la prise en charge (Ball & Bindler, 2010).

L'infirmière doit collaborer avec la famille des élèves afin de prévenir l'obésité de l'enfant. En effet, les infirmières vont favoriser de bonnes habitudes de vie en aidant les parents et les enfants à acquérir des connaissances nutritionnelles et d'exercice physique. La famille peut être une ressource de l'enfant afin de stabiliser son poids en l'aidant à mobiliser des stratégies. C'est pourquoi il est

⁴ Annexe C

important que l'entourage soit présent lors des consultations (Ball & Bindler, 2010).

Cependant, la famille est confrontée à de nombreux stress qui font partie de la vie actuelle. En effet, les divorces, la charge de travail des parents, le manque de temps accordé aux enfants, les problèmes financiers et la diminution de l'aide de la famille élargie sont souvent rencontrés dans notre société. Ceci aura une influence sur l'éducation que les parents offrent à leurs enfants. Ainsi, la démarche centrée sur la famille permettra à l'infirmière de relever les forces de la famille et ainsi les utiliser comme ressources. Elle permettra également de travailler sur les contraintes rencontrées par la famille (ibid.).

2.1.5 Prévention et promotion de la santé

Le Service de la Santé Publique [SSP] (2012) définit la prévention comme «le but d'éviter et de réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. Elle comprend également les mesures destinées à en atténuer leurs conséquences.» (SSP, État de Fribourg, 2012)

Le SSP (2012) définit la promotion de la santé comme «un but d'améliorer la santé des individus en particulier et de la population en général. La promotion est un processus qui vise à encourager des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé.» (ibid., 2012)

L'OMS (2012e) a élaboré avec d'autres pays tels que la Thaïlande une charte (Charte de Bangkok) concernant la promotion de la santé et la prévention. Cette charte «définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation» (OMS, s.d., p.1). Les déterminants de la santé sont définis par l'OMS comme «les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.» (OMS, 2013).

La charte de Bangkok reprend la charte d'Ottawa en la réadaptant à la société et aux problèmes de santé actuels (OMS, 2012e).

Cette charte, donne un nouvel horizon à la promotion de la santé, car elle demande une cohérence politique, des motivations et une collaboration entre

tous les gouvernements et les organisations internationales. Le but principal est d'être garant pour que la promotion de la santé occupe une place centrale dans le développement mondial (ibid.).

Plusieurs projets de promotion et/ou de prévention sont mis en place par les différentes organisations fédérales et cantonales.

En ce qui concerne la Promotion de la Santé Suisse [PSS] (2012), «le but est donc de renforcer la promotion de la santé et la prévention dans tous les secteurs de l'action politique et de permettre de mener à bien des activités à tous les niveaux.» En ce qui concerne l'obésité plus précisément, cette organisation a établi un projet de «Monitoring IMC» auprès d'élèves, qui consiste à évaluer le poids des élèves sur quelques années (PPS, 2012).

La Confédération suisse a mis en place un programme de promotion intitulé «Programme national alimentation et activité physique (PNAAP 2008-2012)» (Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP], 2008).

Le Programme national alimentation et activité physique (PNAAP) entend favoriser les choix promoteurs de santé, afin de mieux prévenir les maladies non transmissibles. Il permettra ainsi de lutter plus efficacement notamment contre le surpoids, l'obésité et les troubles du comportement alimentaire, en priorité chez les enfants et les adolescents. (OFSP, 2008, p.2)

Grâce à la collaboration de plusieurs organisations et acteurs de la santé, du sport, de l'alimentation et de la politique, le PNAAP veut sensibiliser les individus à opter pour une hygiène de vie plus saine en matière d'alimentation et d'activité physique. «Il s'agit de lutter efficacement contre le surpoids, l'obésité, les troubles du comportement alimentaire et les autres maladies non transmissibles liées à ces facteurs.» (OFSP, 2008, p.8).

Au niveau du canton de Fribourg, le projet «poids corporel sain» a été mis en place. En effet, le canton s'inquiète des statistiques qui démontrent que le nombre d'enfants en surpoids a été multiplié par 5 depuis les années 1980. «Face à cette situation, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a lancé le Programme cantonal "poids corporel sain" (2010-2013) en janvier 2010, avec le soutien de la Fondation Promotion Santé Suisse» (Service de la Santé Publique [SSP], État de Fribourg, s.d.).

L'objectif de ce nouveau programme est en premier lieu la promotion de la santé en lien avec les activités physiques et l'alimentation saine dans le canton. Il cible plus particulièrement les enfants de 0 à 6 ans ainsi que leurs parents et les personnes en contact direct avec les enfants. Par exemple, les puéricultrices ou encore les éducateurs de la petite enfance (ibid.).

Concrètement, le canton de Fribourg veut mettre à disposition un encadrement qui encouragerait les individus à prendre les bonnes habitudes en lien avec les activités physiques et l'alimentation saine. «Le programme mis en œuvre favorise le travail avec les partenaires en place et valorise le plus possible les actions existantes» (SSP, État de Fribourg, s.d.).

En ce qui concerne l'infirmière scolaire, elle possède des compétences au niveau de la prévention et de la promotion de la santé. En effet, elle contribue à la mise en œuvre de projets dans le cadre scolaire et recherche des solutions adéquates pour faire face à d'éventuelles crises vécues par les enfants et leur famille. Cette fonction peut être mise en lien avec la prévention de l'obésité chez les enfants en âge scolaire. L'infirmière serait capable, selon ses compétences, de mettre en pratique les projets fédéraux et cantonaux (Pingoud, 2002).

De plus, le cadre de l'école permet à l'infirmière scolaire «l'accès à une population numériquement élevée pouvant bénéficier d'un suivi prolongé et d'une éducation dont on espère qu'elle aura une influence sur le comportement alimentaire» (Bresson et al., 2004, p.401).

3 Méthodologie

3.1 Revue de littérature étoffée

Pour répondre à la question de recherche, la revue de littérature est une méthode appropriée, car elle expose l'état des connaissances actuelles grâce à l'analyse documentaire portant sur les résultats issus de la recherche. Cette démarche scientifique consiste à déterminer la pertinence, la justesse et les manques concernant le sujet afin d'orienter la pratique infirmière (Loiselle, 2007).

La revue de littérature étoffée ou l'analyse narrative traditionnelle a pour objectifs de donner aux professionnels des informations actuelles issues de la recherche scientifique et de fournir des éléments afin d'innover la pratique et de guider d'éventuelles futures recherches. Cette méthode de recherche permet une vue d'ensemble des connaissances sur un sujet donné avec plusieurs avis, alors qu'une seule étude est ciblée sur un contexte précis. Pour certains chercheurs, la revue de littérature est une première étape importante pour leurs futurs travaux de recherche (Loiselle, 2007).

3.2 Sélection des articles

La sélection des articles a été effectuée à l'aide des banques de données Medline (PubMed) et CINAHL, en associant plusieurs mots-clés (Mesh-terms). Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin d'affiner le choix des articles. Cependant, une flexibilité des critères a été admise pour inclure un plus grand nombre de recherches.

3.2.1 Critères d'inclusion

- Enfants entre 6 et 12 ans
- Présence de l'infirmière scolaire
- Prise en charge et prévention de l'obésité
- Publié dans les 10 dernières années

3.2.2 Critères d'exclusion

- Adolescents
- Autre contexte que celui de l'école
- Pathologies associées à l'obésité

3.2.3 Stratégies de recherche

Stratégie 1 (PubMed)

((("Child" [Mesh]) AND "Obesity"[Mesh]) AND "School Nursing"[Mesh]) AND "prevention and control"[Subheading])

Limites: Humans, published in the last 10 years

Résultats: 62 recherches, dont les suivantes ont été retenues après avoir lu les résumés et sélectionné les articles grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Kubik M. Y., Story M. & Davey C. (2007)
- Morrison-Sandberg L. F., Kubik M. Y. & Johnsson K. E. (2011)
- Kilicarslan Toruner E. & Savaser S. (2010)
- Nauta C., Byrne C. & Wesley Y. (2009)
- Moyers P., Bugle L. & Jackson E. (2005)

Stratégie 2 (PubMed)

("School Nursing"[Mesh]) AND "Obesity"[Mesh]

Limites: Humans, published in the last 10 years.

Résultats: 96 articles, dont le suivant a été retenu après avoir lu les résumés et sélectionné les articles grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Moorhaead A., Coates V., Hazlett D., Gallagher A., Murphy K., Nolan G. & Dinsmore J. (2011)

Stratégie 3 (PubMed)

((("Child"[Mesh]) AND "Overweight"[Mesh]) AND "School Nursing" [Mesh]

Limites: Humans, published in the last 10 years

Résultats: 79 articles, dont le suivant a été retenu après avoir lu les résumés et sélectionné les articles grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Magnusson M. B., Kjellgren K. I. & Winkvist A. (2012)

Stratégie 4 (CINAHL)

School nursing AND Childhood obesity

Limites: Free full text available, published in the last 10 years

Résultats: 48 articles, dont les suivants ont été retenus après avoir lu les résumés et sélectionné les articles grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Melin A. & Arvidsson Lenner R. (2008)

- Stalter A. M., Chaudry R. V. & Polivka B. J. (2011)
- Steele R. G., Wu Y. P., Jensen C. D., Pankey S., Davis A. M. & Aylward B. S. (2011)
- King C. A., Bender Meadows B., Keehner Engelke M. & Swanson M. (2006)
- Wright K. N. (2011)

Stratégie 5 (CINAHL)

Child AND school nursing AND prevention AND obesity

Limites: Free full text available, published in the last 10 years

Résultats: 26 articles, dont le suivant a été retenu après avoir lu les résumés et sélectionné les articles grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Borup I. K. & Holstein B. E. (2010)

Stratégie 6 (CINAHL)

Obesity AND child AND promotion

Limites: Free full text available, published in the last 10 years

Résultats: 110 articles, dont le suivant a été retenu après avoir lu les résumés et sélectionné les articles grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Bucher Della Torre S., Akre C. & Suris J.-C. (2010)

3.2.4 Sélection des articles

Des grilles d'analyse validées⁵ ont été utilisées pour démontrer la pertinence et la fiabilité des études sélectionnées (Loiselle, 2007). Certains articles ne mentionnant pas l'infirmière scolaire dans les résultats de l'étude ont été écartés.

La recherche de Bucher Della Torre et al. (2010) n'a pas été retenue, car elle ne parle pas directement de l'infirmière scolaire dans les résultats, mais surtout des autres intervenants en milieu scolaire. Les perceptions des infirmières scolaires ressortent très peu.

⁵ Annexe D

Les résultats de l'étude de King et al. (2006) ne décrivent pas précisément les infirmières scolaires. Cette recherche étudie plutôt la relation entre le surpoids et l'hypertension. Les maladies associées à l'obésité étaient un critère d'exclusion.

En ce qui concerne l'article écrit par Kilicarslan Toruner & Savaser (2010), les résultats ne mentionnent pas l'infirmière scolaire, elle apparaît seulement dans la discussion. Cette étude randomisée contrôlée évalue un programme de prévention de l'obésité mené par les chercheurs dans des écoles turques. C'est pourquoi l'infirmière scolaire n'intervient pas dans cette démarche.

Wright (2011) a écrit un article décrivant particulièrement l'association entre le surpoids et l'activité physique. Cette étude ne donne pas d'information sur le rôle de l'infirmière scolaire, mais fournit des pistes d'actions à prendre en compte pour la pratique des infirmières de manière générale.

Les résultats de l'article écrit par Moorhead et al. (2011) ne se centrent pas sur la pratique des infirmières scolaires, mais des professionnels de la santé en général. C'est pourquoi cette étude n'a pas été retenue pour l'analyse.

4 Résultats

Le chapitre ci-dessous présente les résultats issus des neuf recherches scientifiques retenues. Des grilles d'analyse des articles⁶ ont été utilisées afin de synthétiser le contenu des études et ainsi faciliter la comparaison et la rédaction des résultats.

Comme présentées dans le tableau récapitulatif⁷, six études questionnaient des infirmières scolaires, alors que deux recherches portaient sur des enfants. La dernière interrogeait des informateurs clés de l'établissement scolaire. Les populations cibles d'infirmières scolaires et d'informateurs clés oscillaient entre 14 et 221 personnes, alors que pour les articles parlant des enfants, la population

⁶ Annexe F

⁷ Annexe E

se trouvait entre 20 et 5205 élèves. Les infirmières scolaires étaient responsables en moyenne de 300 à plus de 3400 élèves.

Quatre études traitent de la perception des infirmières scolaires par rapport à la prise en charge de l'obésité de l'enfant et une étude décrit la pertinence d'un programme de prévention dont le suivi a été effectué par une infirmière scolaire. Une autre étude décrit les réactions des enfants en surpoids ou non après une discussion sur la santé qu'ils ont eue avec l'infirmière scolaire. La dernière étude décrit la qualité de l'information donnée par l'infirmière de l'école aux personnes immigrantes.

Quatre des études sélectionnées étaient qualitatives, dont l'une d'entre-elles est une recherche exploratoire. Les cinq autres études sont quantitatives, dont quatre sont non expérimentales et la dernière est expérimentale.

Plusieurs catégories ont été définies suite à l'analyse des résultats. Tout d'abord, deux catégories principales sont ressorties suite à l'analyse de six articles. Ces catégories sont les facteurs influençant la prévention de l'obésité infantile par l'infirmière scolaire et les pratiques actuelles dans la prévention de l'obésité de l'enfant. Par rapport aux trois derniers articles, les résultats des études n'ont pas été comparés, car la catégorisation était compliquée. Les catégories réactions des enfants et des familles, la pertinence d'un programme suivi par une infirmière scolaire et la prévention dans un contexte multiculturel sont tirées des trois derniers articles.

4.1 Facteurs influençant la prévention de l'obésité infantile

4.1.1 Facteurs politiques

Dans l'étude américaine de Stalter et al. (2011), plusieurs facteurs influençant la prévention de l'obésité infantile ont été relevés par les infirmières scolaires. Tout d'abord, l'absence de politique (scolaire, des Etats et du pays) obstrue la pratique du dépistage par l'IMC. Cependant, les principaux décrets permettent aux infirmières scolaires de déterminer les priorités de travail ainsi qu'un soutien administratif pour les interventions. Dans cette même étude, les infirmières relèvent que les commissions scolaires ont une influence dans la décision de proposer des programmes de dépistage. Par ailleurs, Steele et al. (2011) confient

qu'il y a un manque de soutien de la part de l'administration scolaire pour implanter un programme de prévention, par peur de la réaction des parents face à ces programmes. Aussi, Moyers et al. (2005) soulignent que l'école n'en fait pas assez pour aider à soulager l'obésité des enfants. Il faudrait avoir une approche globale d'un programme de santé avec des unités sur la nutrition et sur le contrôle du poids dans chaque école. Cependant, la recherche scientifique de Morrison-Sandberg et al. (2011) relève que la moitié des personnes interrogées estiment que les administrateurs scolaires seraient intéressés et soutiendraient un programme de prévention de l'obésité mené par les infirmières de l'école.

4.1.2 Charge de travail et priorités de soins

En ce qui concerne les conditions de travail, Stalter et al. (2011) mentionnent que la charge de travail des infirmières scolaires constitue un obstacle potentiel dans le rôle de la promotion et la prévention de la santé. En effet, une infirmière scolaire s'occupe d'une ou de plusieurs établissements scolaires avec un grand nombre d'étudiants. Il est donc difficile de recueillir toutes les informations nécessaires et de les gérer correctement. Elles déclarent qu'il est difficile de déléguer ces tâches de prévention de l'obésité, car elles devraient passer du temps pour informer, superviser et évaluer les exécutants. Finalement, d'autres priorités de soins sont présentes, notamment les soins aigus comme le diabète. Dans le même sens, Steele et al. (2011) relèvent que la majorité des infirmières de l'école mentionnent des contraintes de temps qui constituent une embûche à la lutte contre le surpoids ceci pouvant être dû au fait que de multiples infirmières travaillent dans plusieurs écoles. Le manque de temps les empêche de rechercher des informations sur les bonnes pratiques de la prévention de l'obésité. Elles signalent avoir de nombreuses responsabilités et des étudiants avec de multiples problèmes de santé à traiter. Dans l'étude de Morrison-Sandberg et al. (2011), les informateurs-clé décrivent que les problèmes les plus importants auxquels font face les infirmières scolaires sont la gestion de la charge de travail, la dotation en personnel, la priorité des tâches et les limites de temps et de ressources. Elles mettent la priorité sur les maladies chroniques. De plus, Kubik et al. (2007) décrivent que la grande majorité estime que le temps disponible pour la surveillance du poids est insuffisant.

4.1.3 Mode de vie et société

Dans la recherche menée par Stalter et al. (2011), les infirmières scolaires pensent que la culture américaine et la facilité d'accès aux restaurants «fast-food» compromettent les programmes de prévention de l'obésité. De plus, dans certaines écoles, on favorise la possibilité de consommer de la nourriture malsaine et une activité sédentaire. Steele et al. (2011) indiquent que les trois quarts (n=23)⁸ de leur échantillon ont également cité la nourriture à l'école comme un obstacle institutionnel pour traiter les étudiants en surpoids. Par exemple, lors des repas à la cantine, il est difficile de trouver un choix de menu sain. Près de la moitié des infirmières interrogées (n=23) ont déclaré que les normes de la société ont une grande influence sur la résolution des problèmes de poids. Ces normes incluent une augmentation des comportements sédentaires, l'accent sur les sports de compétition plutôt que d'avoir une activité physique régulière, l'évolution des perceptions du poids normal, l'augmentation des aliments à faible apport nutritionnel et l'augmentation de la quantité dans les portions alimentaires.

Dans l'étude de Moyers et al. (2005), il est proposé d'éliminer la malbouffe, les distributeurs automatiques et d'offrir des repas hypocaloriques ainsi que des cours d'éducation physique pour les enfants en surpoids.

Pour l'étude de Nauta et al. (2009), 92 % des répondants (n=103) ont déclaré que les écoles devraient éliminer les distributeurs alimentaires et 86 % pensent que les écoles devraient offrir des déjeuners spéciaux faibles en calories.

4.1.4 Facteurs familiaux

Steele et al. (2011), décrivent dans leur recherche que la famille peut influencer le succès d'un programme de prévention du surpoids. En effet, la plupart des infirmières de l'école (n=23) mentionnent que les familles de certains élèves ne voient pas la présence d'un problème lié au poids et ne semblent pas motivées à aborder ce sujet. Aussi, elles disent que le manque de temps et les ressources limitées des familles pour surveiller l'activité physique et les habitudes alimentaires de leurs enfants sont un obstacle. Un manque de motivation de la part des enfants a également été perçu. Ces résultats peuvent expliquer le fait

⁸ N= nombre total des personnes interrogées

que les infirmières en soins communautaires conseillent uniquement les enfants et les familles qui demandent des informations. Une grande partie des infirmières soulignent que la crainte des réactions des autres en particulier des parents est une barrière pour aborder le sujet du surpoids avec les élèves. Elles craignent surtout que les parents se sentent personnellement attaqués ou que leurs enfants soient discriminés. Dans l'article écrit par Stalter et al. (2011), les infirmières ont estimé que la communauté en général ne se sent pas concernée par l'amélioration de l'obésité, c'est pourquoi il n'y a pas de programme accessible pour orienter les enfants. Au fond, tout le monde doit s'impliquer et doit accepter que l'obésité soit un grave problème de santé. C'est une question d'éducation des enfants.

La moitié des personnes interrogées (n=21) dans la recherche de Morrison-Sandberg et al. (2011) pensent que les difficultés rencontrées au niveau de la famille sont l'accès aux soins, les problèmes parentaux et les inquiétudes financières du foyer. D'autres problèmes tels que les transports, les horaires de la famille, la langue, la diversité culturelle et les ressources de la famille sont soulevés. Les contraintes financières de la famille et l'accès à des aliments sains pourraient affecter le succès d'un programme de prévention de l'obésité dirigé par une infirmière en santé communautaire.

4.1.5 Collaboration interdisciplinaire

Dans cette même étude, les infirmières disent que les professeurs d'éducation physique sont des personnes-clé dans le dépistage de l'IMC. En effet, ils apprennent aux enfants un esprit de travail d'équipe, ils renforcent le message de santé et d'auto-responsabilité. Une collaboration avec les enseignants est aussi indispensable (Morrison-Sandberg et al., 2011). Steele et al. (2011) décrivent également que le soutien de l'administration, des enseignants et des entraîneurs de sport seraient très utiles pour mettre en œuvre des services de prévention du surpoids menés par l'infirmière scolaire.

L'étude de Morrison-Sandberg et al (2011) met en évidence une expertise de la part des infirmières qui collaborent avec les professionnels de santé. Les efforts de collaboration incluent une équipe composée de médecins, d'infirmières praticiennes, de cliniques, d'hôpitaux et d'organismes de santé publique. Malgré

une culture de collaboration, moins de la moitié des informateurs-clé disent coopérer avec les professionnels de la santé communautaire en ce qui concerne l'obésité ou l'alimentation.

4.2 Pratiques actuelles dans la prévention de l'obésité

Dans la recherche de Morrison-Sandberg et al. (2011), les deux tiers des informateurs-clé (n=21) décrivent que les efforts actuels de prévention de l'obésité sont insuffisants, limités, informels et non coordonnés.

4.2.1 Tâches et compétences de l'infirmière scolaire

Morrison-Sandberg et al. (2011) relèvent que tous les participants (n=21) ont indiqué que l'établissement scolaire fournit un certain type de prévention primaire. Les infirmières donnent des conseils de bien-être et collaborent avec le service alimentaire et les enseignants de sport dans 90 % des écoles. Elles conseillent les parents sur les changements alimentaires et leur apportent des pistes d'action pour qu'ils puissent aider leurs enfants qui subissent des moqueries liées au poids. Les infirmières de l'école proposent des services de prévention lorsqu'elles perçoivent une demande particulière. L'aspect psychosocial relié au poids semble être un élément qui doit être pris en compte par l'infirmière en santé communautaire dans sa prise en charge des enfants en surpoids. En effet, l'obésité peut engendrer de nombreuses stigmatisations et peut affecter la santé mentale et l'image corporelle des étudiants.

Comme expliqué dans l'article de Moyers et al. (2005), seulement un quart des infirmières scolaires (n=106) se sentent compétentes pour recommander un programme de perte de poids chez les enfants. Cependant, un peu plus de la moitié des répondants croient qu'avec un bon encadrement des élèves, il est possible de perdre du poids même en présence d'un surpoids important. Ils estiment également qu'avec une bonne orientation, les enfants obèses sont capables de maintenir leur poids après avoir perdu des kilos.

Les résultats de l'étude de Kubik et al. (2007), soutiennent que la plupart des infirmières scolaires (n=221) pensent que le service de santé scolaire doit être utilisé pour la prévention de l'obésité. Seulement 29 % des infirmières de l'école croient qu'elles sont préparées pour superviser des services de prévention de

l'obésité. Les années passées au même poste et le nombre total d'années d'expérience en soins infirmiers étaient positivement associées à l'exécution de tâches de prévention au niveau de l'enfant. De plus, les années passées en tant qu'infirmière scolaire étaient positivement associées à l'exécution de tâches au niveau des écoles. Les personnes ayant répondu être préparées pour superviser les efforts de prévention de l'obésité à l'école étaient deux fois plus susceptibles de fournir des services de prévention au niveau des écoles.

Nauta et al. (2009) décrivent dans leur recherche que les sources d'informations sur l'obésité utilisées par l'infirmière scolaire sont des revues en soins infirmiers, des ateliers séminaires, l'expérience passée, les médias, les collègues, les manuels et les cours de l'école d'infirmière. Il ressort aussi qu'un quart des infirmières recommandent un traitement de perte de poids que pour les enfants qui ont un problème de santé lié à l'obésité. Par ailleurs, 34 % des infirmières (n=103) préconisent un traitement de perte de poids pour tous les enfants obèses.

4.2.2 Dépistage de l'obésité

Pour Morrison-Sandberg et al. (2011), certains services de prévention incluent le dépistage par la mesure de la taille et du poids et donnent un bulletin d'information sur la nutrition et l'activité physique. Près de la moitié des personnes interrogées (n= 21) désirent effectuer un dépistage, mais ne le faisaient pas ou avaient abandonné en raison des obstacles tels que la mauvaise réaction des parents lors de l'annonce du résultat du dépistage, les restrictions de personnel ou que le dépistage ne soit pas utilisé adéquatement.

Kubik et al. (2007) soulèvent que près de 40 % des infirmières scolaires (n=221) sont d'accord que l'école devrait effectuer des évaluations annuelles de l'IMC des élèves et fournir des informations aux parents. Elles approuvent l'utilisation d'un dépistage par l'IMC au niveau de l'école.

La méthode que les infirmières de l'école disent utiliser la plus fréquemment dans la recherche de Moyers et al. (2005) est l'impression clinique, tandis que l'évaluation du poids à l'aide des percentiles n'est presque jamais utilisée.

Nauta et al. (2009) ont constaté que plus de 65 % des infirmières scolaires (n=103) ont répondu qu'ils utilisaient l'IMC comme moyen de dépistage de l'obésité parfois, rarement ou jamais.

4.2.3 Compétences culturelles

Morrison-Sandberg et al. (2011) décrivent l'importance d'offrir des programmes adaptés à la culture et de proposer des services pour les personnes qui ne parlent pas la langue principale du pays. La barrière de la langue pourrait être gérée par des ressources de l'école telles que des traducteurs ou des agents de liaison.

4.2.4 Perceptions et croyances de l'infirmière scolaire

Dans la recherche scientifique de Moyers et al. (2005), il est mentionné que les infirmières scolaires doivent être un modèle et donner l'exemple par le maintien de leur propre poids. Ceci est également relevé par Steele et al. (2011).

Dans la recherche de Nauta et al. (2009), il est exposé que la presque totalité des infirmières de l'école pensent que l'obésité infantile est devenue plus courante. Ainsi, les enfants ne sauront donc pas dépasser le problème. En outre, la majorité des infirmières sont fortement d'accord qu'un poids normal est important pour la santé des élèves et permet d'éliminer des conséquences à long terme. Elles sont également fortement d'accord ou d'accord qu'un programme complet de contrôle du poids devrait être disponible dans toutes les écoles. Elles estiment qu'elles n'en font pas assez pour aider à soulager l'obésité infantile.

4.3 Réactions des enfants et des familles

Dans l'étude de Borup & Holstein (2010), les chercheurs ont évalué les réactions des enfants en surpoids ou obèses ainsi que les enfants ayant un poids normal après une discussion avec une infirmière scolaire. Les résultats exposent qu'environ la moitié des élèves ont parlé du dialogue qu'ils ont eu avec l'infirmière scolaire avec au moins l'un de leurs parents. De plus, ils disent avoir suivi les conseils de l'infirmière en soins communautaires. Aussi, les garçons en surpoids ont plus souvent réfléchi au dialogue de santé que les garçons qui ont un poids normal ou une insuffisance pondérale. Le fait d'aller revoir l'infirmière scolaire a été significativement associé à la présence de surpoids chez les garçons. Les

résultats aux questions: «qu'avez-vous pensé de la discussion avec l'infirmière?», «avez-vous parlé de la discussion avec l'infirmière scolaire avec votre mère ou votre père?» et «avez-vous suivi les conseils de l'infirmière?» étaient statistiquement significatifs dans le groupe d'âge des plus jeunes (11 ans).

4.4 Pertinence d'un programme suivi par une infirmière scolaire

Dans ce point (4.4), seuls les résultats de l'étude de Melin & Arvidsson-Lenner (2008) sont exposés. Dans cette recherche, 20 enfants en surpoids ont participé à un programme de prévention de gain de poids. Plus tard, 19 élèves en surpoids ont été sélectionnés pour faire partie du groupe contrôle. Les infirmières scolaires ont suivi une formation afin de pouvoir accompagner les familles durant l'année d'intervention. Le programme comprenait des séances avec une infirmière scolaire et une diététicienne a rencontré les familles lors de la visite initiale et après un an de suivi. Après une année, les parents et les infirmières scolaires ont été interrogés à l'aide de questions ouvertes afin de récolter leurs expériences et leurs sentiments sur le programme. Les résultats sont répartis en plusieurs thèmes.

4.4.1 Changements après un an d'intervention

La consommation moyenne de jus de fruits sucrés a été réduite chez 40 % des enfants. La moitié des élèves ont réduit le nombre ou la taille des portions de nourriture à l'école et un quart l'a également fait à la maison. La consommation de lait a aussi été diminuée. Suite à l'intervention, les enfants qui se rendaient à l'école en voiture étaient moins nombreux, ceux-ci allaient plus facilement à pied ou en vélo. Tous les enfants participaient au cours d'éducation physique à l'école. Avant l'intervention, 4 élèves avaient plus de deux fois par semaine un cours de gymnastique tandis qu'après l'intervention ils étaient 10 à déclarer cela. Le temps passé devant la télévision, les jeux vidéo ou l'ordinateur a diminué. Pour résumer, 8 des 20 élèves ont réduit leur activité physique sédentaire dont 4 d'entre eux ont augmenté leur activité physique. La plupart des enfants ont répondu de manière identique à la question sur le bien-être avant et après l'année d'intervention. 18 enfants se sentaient très bien, disaient avoir un grand nombre d'amis, être bons

à l'école, avoir une bonne estime de soi et avoir un corps adapté à leur âge. Cependant, 10 enfants avouaient se mettre facilement en colère (ibid.).

4.4.2 Quels étaient les conseils diététiques les plus faciles à suivre?

Selon des entretiens avec les parents, la réduction de la consommation de sucre tels que la confiture, les crèmes de fruits et autres a été la plus facile à respecter. Il a été simple de diminuer les portions de lait à la maison. Mais, il a été plus difficile de faire prendre des aliments non sucrés et d'éviter les bonbons et le chocolat. En général, trois conseils diététiques sur quatre ont été suivis pendant l'intervention, cependant la variation entre les individus était considérable (Melin & Arvidsson-Lenner, 2008).

4.4.3 La croissance et l'IMC

Entre le dépistage et le début de l'intervention (programme de prévention de l'obésité), les enfants ont augmenté leur taille et leur poids, mais le score moyen n'a pas significativement changé dans le groupe d'intervention. Après un an de suivi, la moyenne des IMC a diminué. Néanmoins, en faisant une comparaison avec le groupe contrôle, une différence significative n'a pas été trouvée. Le nombre moyen de conseils diététiques donnés n'influence pas la réduction de l'IMC ou sa stagnation. Sur les 12 enfants qui ont réduit leur IMC, ils adhéraient aux conseils diététiques à 91 % alors que sur les 7 enfants qui n'ont pas changé leur poids, 54 % des conseils étaient suivis. Les élèves qui ont diminué leur IMC avaient visité en moyenne 5,3 fois l'infirmière scolaire et pour 65 % d'entre eux, ils étaient accompagnés par leurs parents. Pour les 7 enfants dont l'IMC était inchangé, ils avaient rencontré 7.1 fois l'infirmière et 84 % d'entre eux étaient accompagnés de leurs parents. Aucune relation n'a pu être établie entre le nombre de visites du service de santé et le développement du poids (ibid.).

4.4.4 Expériences des infirmières scolaires après l'intervention

Trois des quinze infirmières n'ont pas répondu au questionnaire sur la formation. Huit étaient satisfaites de l'information reçue alors que quatre pensaient que l'information était insuffisante. Celles-ci voulaient obtenir des instructions sur la nutrition, des conseils diététiques et des directives plus précises sur la façon de travailler avec les familles afin de motiver l'enfant. Quatre infirmières voulaient plus de temps pour les questions et les réflexions durant la formation. Après la

période d'intervention, les infirmières étaient devenues plus confiantes dans leur rôle de promotion de la santé et étaient convaincues de la nécessité de s'adresser directement aux parents afin d'amorcer des changements de mode de vie. Sept infirmières avaient des points de vue négatifs, pour trois d'entre-elles le projet était trop lourd. Une infirmière a mentionné que cette intervention était intéressante avec un petit nombre de famille à traiter, mais avec un grand nombre d'enfants, cela serait trop laborieux. Un autre problème a été que les parents ont souvent manqué les rendez-vous à l'école, l'enfant rencontrait donc seul l'infirmière (Melin & Arvidsson-Lenner, 2008).

4.4.5 Les expériences des parents après l'intervention

Toutes les familles ont mentionné certains effets positifs grâce à l'intervention. En général, les familles ont apprécié le soutien des infirmières scolaires et leur accompagnement. Les réunions ont permis d'initier le changement de comportement de leur enfant. Cependant, certains parents relèvent que leurs enfants ont été stigmatisés par le projet. Quelques parents expriment avoir du mal à faire face lorsque leurs enfants se mettent en colère quand la taille des portions alimentaire et la consommation de sucreries est limitée (ibid.).

4.5 Prévention dans un contexte multiculturel

Dans ce point (4.5), seuls les résultats de l'étude de Magnusson et al. (2012) sont présentés. Les auteurs se sont interrogés sur les conseils que fournissent les infirmières scolaires auprès d'enfants en surpoids où la langue et les habitudes alimentaires sont différentes de celles de la majorité de la population. 14 infirmières ont accepté de participer à l'étude. Les chercheurs ont enregistré des consultations entre les infirmières scolaires et les enfants en surpoids. Sur les 20 élèves concernés, 13 avaient au moins un de leurs parents nés hors du pays. Des résultats ont découlé deux thèmes principaux: «la qualité d'explication» et «permettre aux enfants et aux parents». La principale conclusion de cette étude est que les infirmières scolaires donnent des explications insuffisantes lors des séances de conseil avec des élèves en surpoids. Elles avaient des difficultés à permettre aux enfants et leur famille de mobiliser leurs ressources. Une difficulté supplémentaire était présente lorsque la famille avait des habitudes alimentaires différentes et parlait une langue étrangère, à cause de leur culture.

4.5.1 La qualité d'explication

Dans ce thème, les conseils ont été classés selon leur adéquation ou inadéquation. Les explications étaient fréquemment inadéquates ou inappropriées. Les infirmières scolaires n'expliquaient pas les relations entre l'énergie, les calories, les sucres et les graisses en lien avec le surpoids. À plusieurs reprises, «l'énergie» était présentée dans le sens négatif et positif. Par exemple, l'infirmière explique que le petit déjeuner est le repas le plus important de la journée, puis, dans la même discussion, elle dit que manger trop de matières grasses apporte trop d'énergie. Les conseils donnés étaient régulièrement généraux ce qui laissait place à une grande interprétation. Les lacunes linguistiques étaient courantes, les conseils étaient basés sur les habitudes alimentaires et les traditions culturelles du pays, ce qui réduit la qualité de l'orientation des familles d'origine étrangère (Magnusson et al., 2012).

4.5.2 Permettre le changement aux enfants et aux parents

Ce thème intègre également des conseils qui ont été analysés. Les auteurs ont cherché à savoir si les conseils donnés étaient généraux ou s'ils permettaient la mobilisation des ressources de la famille. Lors des conseils auprès des enfants de langue maternelle étrangère, les infirmières ont tenté de mobiliser les ressources au sein de la famille. Elles ont cependant souvent échoué en raison de malentendus liés à la langue. Les infirmières ont reconnu que les cultures alimentaires des familles étrangères étaient différentes, mais suggéraient aux parents d'adapter les conseils à leurs habitudes culturelles (ibid.).

5 Discussion

Dans ce chapitre, les résultats principaux et les limites des articles sélectionnés seront mis en évidence. La qualité des études retenues va être analysée. Ensuite, une réponse à la question de recherche sera exposée ainsi que les recommandations pour la pratique. Des conseils pour de futures recherches seront décrits.

5.1 Principaux résultats et liens avec la problématique

Dans les facteurs influençant la prévention de l'obésité infantile par l'infirmière scolaire, il a été soulevé que parfois la politique peut être une aide grâce aux décrets qui guident la pratique. Cependant, un manque de directives politiques est plutôt un obstacle (Stalter et al. 2011). Plusieurs recherches démontrent que l'école n'apporte pas assez de soutien aux infirmières scolaires dans leurs tâches de prévention de l'obésité (Steele et al. 2011, Moyers et al. 2005). Alors que d'autres auteurs affirment que les commissions scolaires ont une influence dans la décision de proposer un programme de dépistage et soutiendraient un tel programme (Statler et al. 2011, Morrison-Sandberg et al. 2011).

Dans près de la moitié des recherches (quatre sur neuf), la grande charge de travail, le manque de temps et les divergences des priorités de soins font partie des principaux obstacles à la pratique de la prévention de l'obésité des enfants. En effet, les infirmières scolaires s'occupent en général d'un grand nombre d'élèves ayant de multiples problèmes de santé. Elles ont parfois la charge de plusieurs établissements scolaires. Par conséquent, la problématique de l'obésité ne fait pas partie des tâches prioritaires (Stalter et al. 2011, Steele et al. 2011, Morrison-Sandberg et al. 2011, Kubik M. Y. et al. 2007).

Cependant, l'OMS (2012b) signale que l'obésité de l'enfant constitue l'un des plus grands projets de santé publique de notre ère.

De plus, les enfants obèses ont plus de risques de le rester à l'âge adulte et ainsi de contracter diverses maladies non transmissibles telles que le diabète type II, les maladies cardio-vasculaires ou encore des affections respiratoires (ibid.).

En Suisse, les coûts consécutifs au surpoids et à l'obésité ont doublé depuis 2004. Cette augmentation démontre l'importance de la prise en charge de l'obésité dès le plus jeune âge (Office Fédéral de la Santé Publique, s.d.). D'ailleurs, comme le traitement de l'obésité est souvent inefficace, la prévention est le meilleur moyen de contrôler un excès de poids (Zimmermann, Gübeli C., Püntener C. & Molinari L., 2004).

Les volontés politiques mondiales ou nationales pour faire de l'obésité une priorité de santé ne sont pas en cohérence avec les résultats ressortis de la

littérature, qui relève un manque significatif de temps et de ressources pour faire de la prévention de l'obésité une pratique courante.

Stalter et al. (2011) et Steele et al. (2011) décrivent que le mode de vie actuel compromet les programmes de prévention de l'obésité. En effet, les enfants consomment davantage d'aliments industriels avec beaucoup de matières grasses, par exemple les fast-foods. De plus, ils pratiquent de moins en moins d'activités physiques et sont de plus en plus sédentaires.

Selon Alvarez et al. (2010), le mode de vie familial est un facteur qui favorise l'obésité de l'enfant. Ainsi, actuellement, les familles ont moins de temps et moins d'argent pour s'alimenter sainement. La publicité est également un facteur qui influence la consommation des individus. Garandeau, (s.d.) explique que bien qu'il y ait un accès facilité aux activités sportives, les enfants pratiquent moins d'exercice physique durant la journée. Par exemple, il est de plus en plus rare que les enfants se rendent à l'école à pied et les activités sédentaires telles que la télévision et les jeux vidéo sont quotidiennes.

Sur ce point, la littérature scientifique est en accord avec l'état des connaissances de cette revue de littérature. L'infirmière scolaire pourrait avoir plusieurs rôles en lien avec cette mauvaise alimentation. Premièrement, l'information aux parents est un aspect important puisque ceux-ci achètent les produits alimentaires pour leurs enfants.

En effet, Ball & Bindler (2010) décrivent que c'est l'entourage qui connaît le mieux l'enfant et ses habitudes. L'infirmière va favoriser une bonne hygiène de vie en aidant les parents et leur enfant à acquérir des connaissances sur la nutrition et sur les bienfaits de l'exercice physique. Elle les aidera également à identifier les forces de la famille et tentera de travailler sur les contraintes liées à la vie actuelle (situation financière, manque de temps accordé aux enfants, diminution de l'aide de la famille élargie). La famille sera alors une ressource pour l'enfant et l'aidera à stabiliser son poids en mobilisant des stratégies. C'est pourquoi, il est important que l'entourage soit présent lors des consultations (ibid.).

Deuxièmement, elles doivent travailler sur l'alimentation et l'activité physique à l'école en collaborant avec l'administration et les différents intervenants de l'école

(professeurs, cuisiniers, directeurs, etc.) Grâce à cela, les cantines auraient un choix de menu respectant un apport calorique adéquat, des propositions de collations adaptées (éliminer les distributeurs). Enfin, l'activité physique pourrait avoir une plus grande importance dans le programme scolaire. Comme cité dans l'étude de Morrison-Sandberg et al. (2011) et Steele et al. (2011), la collaboration interdisciplinaire semble être un facteur favorisant la mise en œuvre de services de prévention du surpoids mené par les infirmières scolaires. Cependant, même s'il est démontré qu'une bonne collaboration serait souhaitable, une étude relève que cette démarche n'est pas toujours mise en place (Morrison-Sandberg et al., 2011 et Steele et al. 2011).

Stalter et al. (2011) et Steele et al. (2011) expliquent que la famille peut être un obstacle à la prévention de l'obésité parce que certains parents ne reconnaissent pas le problème de poids de leur enfant ou ne sont pas motivés pour aborder le sujet. Souvent, les parents n'ont pas le temps et les moyens nécessaires pour surveiller l'activité et les habitudes alimentaires de leurs enfants. Un manque de motivation de la part des enfants est aussi soulevé. Les infirmières scolaires craignent parfois la réaction des parents face au surpoids de leur enfant (ibid.).

Plusieurs études (trois sur neuf) exposent que les infirmières scolaires ne se sentent pas compétentes pour prendre en charge correctement l'obésité des enfants. Elles pensent également qu'elles ne sont pas assez préparées pour superviser de tâches de prévention de l'obésité et estiment qu'elles n'en font pas assez pour aider à soulager le problème de l'obésité. Une partie des infirmières scolaires sont d'accord qu'un poids normal est important pour la santé des élèves et permet d'éliminer certaines conséquences à long terme. Elles sont également d'accord qu'un programme complet de contrôle du poids devrait être disponible dans toutes les écoles. Malgré cela, elles informent les parents sur les changements alimentaires et leur apportent des pistes d'actions pour qu'ils puissent aider leurs enfants qui subissent des moqueries liées au poids. Des tâches de prévention sont effectuées si une demande particulière est demandée. Certaines infirmières scolaires recommandent un traitement de perte de poids pour les enfants qui ont un problème de santé lié à l'obésité (Nauta et al., 2009, Moyers et al., 2005 et Kubik et al., 2007).

Dans les études de Borup & Holstein (2010), Melin & Arvidsson-Lenner (2008) et Magnusson et al. (2012), les infirmières scolaires ont effectué des interventions de prévention de l'obésité. Les auteurs ont relevé les impacts des interventions et/ou des programmes de prévention sur les enfants et leur famille. Il en est ressorti que les enfants disent suivre les conseils des infirmières scolaires. Une étude décrit que suite au programme de prévention, des changements dans leur activité physique, dans leur alimentation et dans l'évolution de leur poids sont survenus. En ce qui concerne les familles d'une étude, elles mentionnent certains effets positifs grâce à l'intervention et elles ont également apprécié le soutien et l'accompagnement des infirmières scolaires. Cependant, certains parents relèvent que les stigmatisations de leur enfant ainsi que les conflits liés à l'alimentation étaient difficiles à vivre. La dernière étude décrit que les infirmières scolaires donnent des explications insuffisantes lors des séances de conseils avec des élèves en surpoids et avaient des difficultés à permettre aux enfants et à leur famille de mobiliser leurs ressources. Il était difficile pour les infirmières de fournir des conseils aux familles étrangères adaptés à leur culture (Borup & Holstein 2010, Melin & Arvidsson-Lenner 2008 et Magnusson et al. 2012).

Selon Pingoud (2002), les infirmières scolaires suisses possèdent des fonctions qui peuvent être reliées au surpoids et à l'obésité de l'enfant en âge scolaire. Elles identifient les besoins individuels et collectifs des enfants et y répondent. Elles favorisent l'intégration des enfants dans le cadre scolaire et mettent en lien les familles et l'école. Elle collabore avec d'autres professionnels dans la mise en place de projets de prévention et de promotion de la santé. Ensemble, ils recherchent des solutions lors de crises vécues par l'enfant. L'infirmière scolaire applique le programme de dépistage indiqué par l'école et s'occupe de la vaccination (ibid.)

Ceci démontre que les infirmières scolaires suisses sont disposées à prendre en charge l'obésité de l'enfant. Cependant, il serait peut-être judicieux d'approfondir ce sujet et d'avoir des directives claires qui guideraient le travail des infirmières.

Les infirmières scolaires relèvent que l'utilisation de l'IMC comme moyen de dépistage de l'obésité de l'enfant serait une procédure nécessaire dans les établissements scolaires. Cependant, peu de services de santé l'utilisent.

L'observation clinique est utilisée par certaines infirmières pour relever des problèmes de poids. De plus, elles fournissent des informations aux élèves et leurs parents sous forme orale ou écrite (Nauta et al., 2009, Moyers et al., 2005, Morrison-Sandberg et al., 2011 et Kubik et al., 2007).

Chez les enfants, une courbe de poids et de taille est régulièrement utilisée par les médecins afin d'évaluer leur développement physique (Frelut, 2003). Aussi, l'IMC d'un enfant se modifie au fur et à mesure qu'il grandit (Garandeau, s.d.). Un changement de masse grasseuse est présent tout au long du développement de l'enfant. C'est pourquoi il est important de mesurer tous les 3 mois la croissance de son enfant entre 2 et 12 ans (Frelut, 2003)

5.2 Qualité des études analysées et leurs limites

Grâce à l'utilisation des grilles d'analyses validées, les études sélectionnées pour ce travail de recherche sont de qualité. La démarche méthodologique était méticuleuse pour la totalité des articles. Sur les neuf articles retenus, huit mentionnent des critères éthiques.

Dans l'ensemble des recherches, l'échantillon était composé d'un faible nombre de participants. Le contexte s'inscrivait dans un environnement politique précis qui diffère d'un pays à un autre. Ceci peut avoir une influence sur la transférabilité des résultats. Les études sélectionnées venaient de plusieurs pays différents. Sur les neuf articles, 6 sont américains, 2 sont suédois et une étude vient du Danemark. Une hypothèse serait que l'obésité est une problématique importante aux États-Unis.

Un autre critère d'inclusion choisi était la date de parution des études. Une recherche a été publiée en 2012, trois en 2011, une en 2010, une en 2009, une en 2008, une en 2007 et une en 2005. Toutes ces études respectent le critère d'inclusion qui était une publication dans les 10 dernières années. Il n'est pas arrivé de devoir exclure un article à cause de sa date d'édition. Cela peut démontrer que l'obésité est un sujet actuel qui interroge certains chercheurs.

L'étude de Borup. & Holstein, (2010) portait sur des enfants avec une moyenne d'âge de 11,6 ans, 13,6 ans et 15,6 ans. Les deux dernières tranches d'âge ne faisaient pas partie des critères d'inclusion. Cette recherche a tout de même été

retenue, car les résultats démontraient les perceptions des enfants et apportaient un aspect significatif pour la revue de littérature étoffée. Cependant, deux études correspondaient au critère d'inclusion sur l'âge des enfants. De plus, 4 études ne mentionnaient pas l'âge exact des enfants et dans les deux dernières recherches, les infirmières scolaires s'occupaient également de jeunes adolescents.

Dans la plupart des recherches (n = 6), au moins un des auteurs était une infirmière. Dans les deux études restantes, les auteurs étaient des nutritionnistes et des psychologues. Pour la dernière étude, la profession des auteurs n'a pas été trouvée. Le fait que la majorité des articles aient été menés par des infirmières scolaires peut démontrer l'adéquation des résultats et des interventions proposées avec la profession. Ceci est donc une force pour cette revue de littérature.

5.3 Réponses à la question de recherche

Suite aux résultats obtenus lors de l'analyse et de la discussion, il est possible de répondre en partie à la question de recherche: quelles sont les connaissances et les pratiques actuelles des infirmières scolaires afin de prévenir l'obésité infantile?

Les résultats des études ressortent que le cadre scolaire et plus particulièrement l'infirmière en soins communautaire est la plus propice à prévenir l'obésité de l'enfant. Cependant, de nombreux obstacles influencent leur pratique. En effet, le manque de temps, de connaissances et de directives claires des institutions politiques empêchent parfois le développement de services de prévention des problèmes liés au poids. De plus, la communication avec les familles des élèves a été relevée comme étant une limite souvent rencontrée. Enfin, la difficulté de conseiller les familles de différentes cultures est plusieurs fois ressortie. L'infirmière scolaire n'agit pas seule face à l'obésité des enfants, elle collabore avec différents acteurs de l'école tels que les enseignants, les directeurs, les professeurs d'éducation physique ou encore les restaurateurs scolaires. Ensemble, ils trouvent des stratégies de prévention. Un partenariat avec les familles des enfants doit être créé pour optimiser l'efficacité de la prévention de l'obésité.

Dans l'étude de Melin & Arvidsson-Lenner (2008), un programme concret de dépistage de l'obésité a été évalué. Il en est ressorti qu'avant le programme, les infirmières de soins communautaires n'osaient pas effectuer des actions précises avec les enfants obèses ou en surpoids. Cela peut s'expliquer en partie par le manque de connaissance sur la façon d'aborder le problème avec les familles. La formation qu'elles ont reçue avant le début de l'intervention a aidé à combler leurs lacunes sur les connaissances de l'obésité. Cela démontre que l'infirmière scolaire a des connaissances pour résoudre le problème de l'obésité, mais qu'une formation est nécessaire pour approfondir certains savoirs.

De manière générale, les études ne mentionnent pas de protocole ou de marche à suivre précis pouvant être utilisés par les infirmières scolaires à travers le monde.

5.4 Recommandations pour la pratique

5.4.1 Connaissances des infirmières scolaires

L'amélioration des connaissances concernant les entretiens motivationnels est une étape importante pour apporter des conseils individualisés. De plus, pour être en mesure de donner du sens à la gestion du poids, une compréhension de base de la balance énergétique est nécessaire. Ce concept est peu relevé dans cette étude par les infirmières scolaires. Cela est peut-être dû à un manque de connaissances ou parce qu'elles pensaient que ce thème était connu de tous. L'approfondissement des connaissances nutritionnelles semble également un point à développer. Aussi, les autorités de santé scolaire devraient accorder une priorité afin de faciliter la formation continue des infirmières scolaires (Magnusson et al., 2012).

Il est essentiel d'offrir des possibilités aux infirmières d'actualiser leurs connaissances de l'obésité et leurs compétences pour la réussite d'un programme de prévention. La reconnaissance du rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention de l'obésité doit être encore mieux reconnue par autrui afin de bénéficier d'un meilleur soutien (Kubik et al., 2007).

De plus, dans la recherche menée par Moyers et al. (2005) il est soulevé que pour relever les défis liés à l'obésité infantile, les infirmières scolaires ont besoin

de plusieurs choses. Tout d'abord, elles ont besoin de confiance et un appui face aux projets qu'elles proposent. Par exemple, une formation continue où des connaissances sur la prévention et le traitement de l'obésité sont abordées serait bénéfique. Ensuite, elles aimeraient un enseignement pratique sur l'utilisation appropriée des techniques d'évaluation.

5.4.2 Collaboration multidisciplinaire

Il est suggéré que le développement et la mise en œuvre d'un programme de prévention de l'obésité en milieu scolaire devront bénéficier d'un processus guidé par la communauté, y compris le personnel scolaire, les professionnels de soins et de santé, les parents et les élèves. (Kubik et al., 2007) Cette recommandation a également été relevée dans la recherche de Morrison-Sandberg et al. (2011).

Afin d'optimiser un environnement scolaire sain, tous les acteurs de l'école ont un rôle dans la promotion d'un endroit où les murs et les personnes sont un soutien pour apprendre et grandir (Stalter et al. 2011).

Le dialogue avec l'infirmière scolaire est une occasion de parler des questions de santé. L'infirmière devrait travailler en collaboration avec des organisations internes et externes à l'école comme les enseignants et les parents. Elle ne devrait pas se cibler uniquement sur le dépistage, mais également sur l'éducation sanitaire et la promotion de la santé (Borup. & Holstein., 2010).

Morrison-Sandberg L. F. et al. (2011) expriment que les efforts devraient surtout se concentrer sur la subvention des ressources afin de fournir à la fois le personnel et la formation nécessaires pour assurer la coordination des services de prévention de l'obésité.

5.4.3 Rôle de l'infirmière scolaire

L'étude de Steele et al. (2011) décrit que les infirmières scolaires ont un rôle qui pourrait être approfondi concernant l'obésité de l'enfant. En effet, elles pourraient effectuer des évaluations régulières ainsi qu'un suivi psychologique. Elles feraient également le lien avec les parents des élèves. De plus, l'origine ethnique et la culture des familles doivent être prises en compte dans les conseils fournis par l'infirmière scolaire. Toutefois, contrairement aux craintes et angoisses de nombreuses infirmières scolaires, la compétence culturelle n'exige pas

nécessairement que l'on soit expert sur tous les aspects de chaque groupe culturel rencontré. Au contraire, la reconnaissance de la différence de la culture de l'autre, la volonté d'explorer les origines, le respect des décisions prises à partir d'un point de vue culturel et une approche collaborative ont un impact positif afin de résoudre les problèmes liés à la santé.

5.4.4 Dépistage par l'IMC

Dans l'étude de Morrison-Sandberg (2001), il est relevé que le dépistage par l'IMC est utilisé dans certains établissements, cependant, il existe des obstacles à cette démarche qui sont le manque de temps, le manque de suivi et l'opposition parentale perçue par l'infirmière scolaire. Toutefois, les auteurs relèvent qu'une autre étude indique que les parents des élèves des écoles primaires soutiendraient l'utilisation du dépistage par l'IMC si le respect de la vie privée des étudiants était maintenu et les données étaient utilisées pour améliorer l'environnement scolaire (Morrison-Sandberg et al. 2011). En effet, dans l'étude de Melin & Arvidsson Lenner (2008), il a été soulevé que les parents trouvaient positif de prendre part au projet et d'obtenir le soutien des infirmières scolaires.

D'après la recherche de Nauta et al. (2011), un modèle de promotion de la santé soutient l'utilisation régulière de l'IMC et recommande aux familles des programmes de lutte contre le surpoids.

5.4.5 Visibilité et reconnaissance du rôle de l'infirmière scolaire

L'OMS (2012b) affirme que l'obésité est un projet prioritaire pour la santé publique. Cependant, une incohérence avec la littérature scientifique a été relevée dans ce travail. En effet, dans les articles sélectionnés, un manque de soutien et de ressources fournis par les administrateurs et les politiques a été soulevé.

Il serait souhaitable que les infirmières scolaires exposent les obstacles rencontrés et demandent plus de soutien des administrateurs scolaires. À leur tour, ils pourront amener cette problématique vers les autorités politiques. C'est peut-être en se positionnant et en affirmant l'importance de leur rôle dans la prévention de l'obésité infantile que l'infirmière scolaire aura de la crédibilité auprès de ses supérieurs.

5.5 Recommandation pour les futures recherches

Il serait souhaitable d'effectuer d'autres recherches concernant le rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention de l'obésité infantile. De plus, il serait intéressant de découvrir le rôle de chaque intervenant dans le cadre scolaire et la place que prend l'infirmière dans ce contexte.

Davantage de recherches sur l'efficacité d'un programme de prévention de l'obésité mené par les infirmières scolaires doivent être faites. Cela démontrerait l'efficacité d'un tel programme et le rôle exact des infirmières scolaires.

Dans les études sélectionnées pour cette revue de littérature étoffée, les échantillons étaient relativement petits. Il serait intéressant que d'autres recherches se penchent sur le même sujet à plus grande échelle. Les résultats seraient alors plus pertinents et transférables.

5.6 Limites de la revue de littérature étoffée

Cette revue de littérature comprend quelques limites. En effet, les études trouvées étaient de devis qualitatif, mais également quantitatif, ce qui a rendu la classification des résultats parfois difficile. Il aurait été souhaitable de trouver d'autres études expérimentales qui traitent de l'évaluation d'un programme de prévention de l'obésité infantile par l'infirmière scolaire et de son efficacité.

Les résultats relevés dans cette revue de littérature étoffée ne correspondent pas totalement aux espérances attendues. En effet, peu d'implications précises pour la pratique ont été relevées. En commençant ce travail, un protocole détaillé aurait été souhaité. Cependant, cette revue relève qu'il y a un manque au niveau des recherches effectuées sur ce sujet. En effet, peu d'articles se ciblent sur le rôle précis de l'infirmière scolaire et sur la faisabilité d'un programme de prévention de l'obésité mené par l'infirmière scolaire.

5.7 Annotations des auteures

Tout au long de l'élaboration de ce travail, il a été assez aisé de trouver des informations et des recherches traitant de l'obésité infantile. Cependant, la difficulté était de sélectionner des articles incluant également l'infirmière scolaire. De plus, l'analyse fine des articles a demandé un investissement important en

temps surtout dans la phase de traduction et de développement des grilles. Finalement, l'exposition des résultats et la discussion ont été éprouvantes. En effet, la classification des résultats a été difficile, peut-être à cause des différents devis. L'organisation de la discussion nous a également pris énormément de temps. Toutefois, la bonne entente au sein de notre binôme nous a permis de faire face à ces difficultés avec facilité.

6 Conclusion

Cette revue de littérature étoffée a permis la récolte des données actuelles sur la prévention de l'obésité par les infirmières scolaires.

Les infirmières scolaires ont de multiples compétences pour prendre en charge l'obésité infantile notamment dans la collaboration interdisciplinaire, dans l'accompagnement des familles et dans le soutien psychosocial des enfants en surpoids.

Toutefois, quelques obstacles entravent parfois la pratique des infirmières. En effet, le manque de connaissance, de temps, de moyens et de soutien de la part des administrateurs et de la politique les retiennent de mettre en place un programme de prévention de l'obésité dans leurs écoles. Il est aussi souhaité que des directives et des protocoles concrets soient disponibles pour que les infirmières puissent mettre en œuvre des programmes de prévention de l'obésité de l'enfant.

Le rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention de l'obésité est encore peu développé et peu d'articles scientifiques ont été écrits sur ce sujet. Ceci pourrait être approfondi lors de futures recherches.

7 Bibliographie

7.1 Ouvrages

Alvarez F., Levy E. & Roy M. (2010) Pédiatrie et obésité. *Un conflit entre nature et culture*. Montréal, CHU Sainte Justine

Ball J. & Bindler R. (2010) *Soins infirmiers en pédiatrie*. Québec, ERPI

Duverger P., Chocard A.-S., Malka J. & Ninus A. (2011) *Psychopathologie en service de pédiatrie*. Paris, Elsevier Masson.

Doyard P. (2000) *Trop nourrit, mal nourrit. L'enfant consommateur et vulnérable*. Paris, Stock.

Frelut M.-L. (2003) *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Odile Jacob.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Tatano Beck C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (pp. 138-157). Québec: ERPI.

7.2 Sites

Confédération Suisse (2012), [Page WEB] Accès: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05141/05142/index.html?lang=fr [Page consultée le 19 avril 2012]

Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP] (s.d.) *Coûts occasionnés par l'obésité en Suisse*. [page WEB] Accès: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/05232/index.html?lang=fr [page consultée le 11 mai 2012]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2012a) *Obésité et surpoids* [page WEB] Accès: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html> [page consultée le 10 janvier 2012]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2012 b) *Surpoids et obésité de l'enfant* [page WEB] Accès: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/> [page consultée le 10 janvier 2012]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2012c) *Pourquoi se préoccuper du surpoids et de l'obésité de l'enfant?* [page WEB] Accès: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/fr/index.html [page consultée le 10 janvier 2012]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2012d) *Obésité* [page WEB] Accès: <http://www.who.int/topics/obesity/fr/> [page consultée le 10 janvier 2012]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2012e) *Obésité* [page WEB] Accès: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/index.html> [page consultée le 18 mars 2012]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2013) *Déterminants sociaux de la santé* [page WEB] Accès: http://www.who.int/social_determinants/fr/ [page consultée le 20 juin 2013]

Promotion Santé Suisse [PSS] (2012), *Des efforts communs pour atteindre l'objectif* [Page WEB] Accès: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Allgemeines/index.php [Page consultée le 16 mars 2012]

Service de la Santé Publique, État de Fribourg [SSP] (2012) *Définition: prévention, promotion de la santé* [page WEB] Accès: <http://www.fr.ch/ssp/fr/pub/prevention/organisation.htm> [page consultée le 10 janvier 2012]

Service de la Santé Publique, État de Fribourg [SSP] (s.d) *Programme cantonal* [page WEB] Accès: http://www.fr.ch/ssp/fr/pub/mobile/prevention/poids_corporel_sain.htm [page consultée le 10 janvier 2012]

7.3 Articles

Borup I. K. & Holstein B. E. (2010). Overweight children's response to an annual health dialogue with the school nurse. *International journal of nursing practice*, vol. 16, 359-365.

Bresson J.L., Borys J.M., Girardet J.P., Feur E., (2004). Rôle de l'école dans la prévention de l'obésité. *Médecine & enfance*, septembre 2004 p 403

Bucher Della Torre S., Akre C. & Suris J.-C. (2010). Obesity Prevention Opinions of School Stakeholders: A Qualitative study. *Journal of School Health*, vol. 80, n° 5, 233-239.

Farpour-Lambert N. J., Sempach R., L'Allemand D. & Laimbacher J. (2006). Définition, diagnostic et indications thérapeutiques de la surcharge pondérale de l'enfant et de l'adolescent. *Paediatrica Vol. 17 No.6*, 19-24

Farpour-Lambert N. J., Sempach R., L'Allemand D. & Laimbacher J. (2007). Thérapie de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: propositions de programmes interdisciplinaires. *Paediatrica Vol. 18 No.2*, 37-40

Garandeau P. (s.d). L'obésité infantile. Que fait-on pour la prévenir et la prendre en charge? [WEB] Accès: <http://www.reunion.iufm.fr/Recherche/Expressions/32/Garandeau.pdf>

King C. A., Bender Meadows B., Keehner Engelke M. & Swanson M. (2006). Prevalence of Elevated Body Mass Index and Blood Pressure in a Rural School-Aged Population: Implications for School Nurses. *Journal of School Health*, vol. 76, n° 4, 145-149.

Kilicarslan Toruner E. & Savaser S. (2010). A Controlled Evaluation of a School-Based Obesity Prevention in Turkish School Children. *The Journal of School Nursing*, vol. 26, n° 6, 473-482.

Kubik M. Y., Story M. & Davey C. (2007). Obesity Prevention in schools: Current Role and Future Practice of School Nurses. *Prev. Med.*, vol. 44, n° 6, 504-507.

Magnusson M. B., Kjellgren K. I. & Winkvist A. (2012). Enabling overweight children to improve their food and exercise habits – school nurses' counselling in multilingual settings. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 21, 2452-2460

Melin A. & Arvidsson Lenner R. (2008). Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study. *Scandinavian Journal of caring sciences*, vol. 23, n° 3, 498-505.

Moorhaead A., Coates V., Hazlett D., Gallagher A., Murphy K., Nolan G. & Dinsmore J. (2011). Weight Care Project: Health professionals' attitudes and hability to assess body weight status – Study protocol. *BioMed Central Public health*, vol. 11, 1-6.

Morrison-Sandberg L. F., Kubik M. Y. & Johnsson K. E. (2011). Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses. *The Journal of School Nursing*, vol. 27, n° 1, 13-21.

Moyers P., Bugle L. & Jackson E. (2005). Perceptions of School Nurses Regarding Obesity in School-Age Children. *The Journal of School Nursing*, vol. 21, n° 2, 86-93.

Nauta C., Byrne C. & Wesley Y. (2009). School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity. *Comprehensive Pediatric Nursing*, vol. 32, 16-30.

Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP] (2008). Programme national alimentation et activité physique 2008-2012 (PNAAP 2008-2012). [WEB] Accès: http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/publikationen/gesundheitsfoerderungundpraevention.assetref/content/dam/documents/GEF/SOA/fr/Gesundheit/GF_P/Vollversion_Nationales_Programm_ErnaehrungBewegung_f.pdf

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (s.d.) La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. [WEB] Accès: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2009) Stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. [WEB] Accès: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599343_fre.pdf

Stalter A. M., Chaudry R. V. & Polivka B. J. (2011). Regional Differences as Barriers to Body Mass Index Screening Described by Ohio School Nurses. *Journal of School Health*, vol. 81, n ° 8, 437-448.

Steele R. G., Wu Y. P., Jensen C. D., Pankey S., Davis A. M. & Aylward B. S. (2011). School Nurses 'Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach. *Journal of School Health*, vol. 81, n ° 3, 128-137.

Zimmermann M. B., Gübeli C., Püntener C. & Molinari L., (2004). Overweight and obesity in 6-12 year old children in Switzerland. *Swiss MED WKLY*, 134:523-528

Wright K. N. (2011). Influence of body mass index, gender, and Hispanic ethnicity on physical activity in urban children. *Journal for specialists in pediatric nursing*, vol. 16, 90-104.

7.4 Mémoire de diplôme, de licence

Pingoud, K. (2002). *Quelles compétences pour exercer la profession d'infirmière de santé communautaire en milieu scolaire?* Mémoire de licence en sciences de l'éducation, université de Neuchâtel.

7.5 Images

Courbes de croissance [WEB] Accès: http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/informations/news/pdf/perzentilen_2011-12-14_sgp_f.pdf

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, grilles de lecture critique d'un article scientifique*. Québec: ERPI.

Vision globale du programme (PNAAP 2008-2012) Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP] (2008) [WEB] Accès: http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/publikationen/gesundheitsfoerderungundpraevention.assetref/content/dam/documents/GEF/SOA/fr/Gesundheit/GF_P/Vollversion_Nationales_Programm_ErnaehrungBewegung_f.pdf

8 Annexes

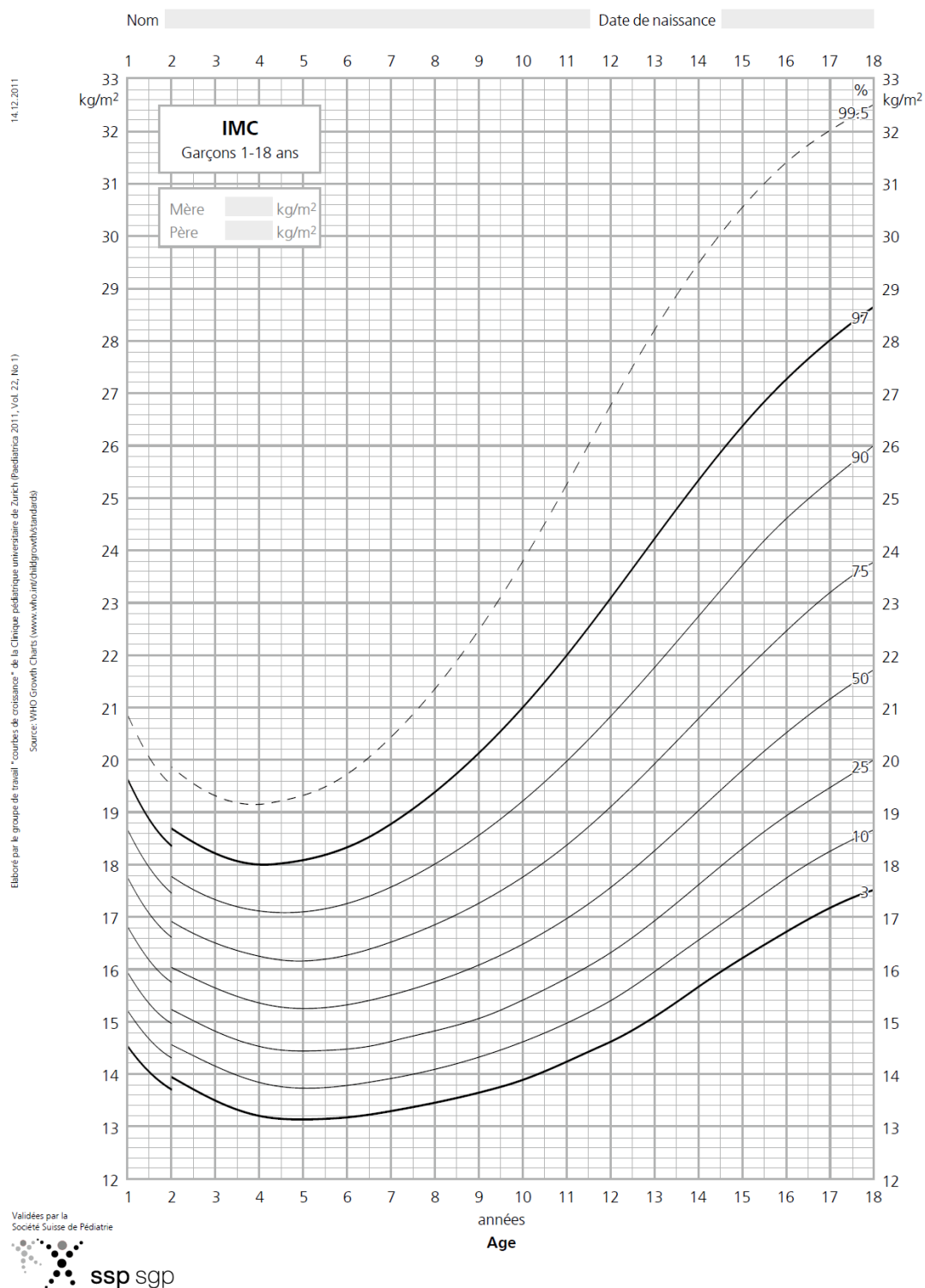
8.1 Annexe A: Déclarations d'authenticité

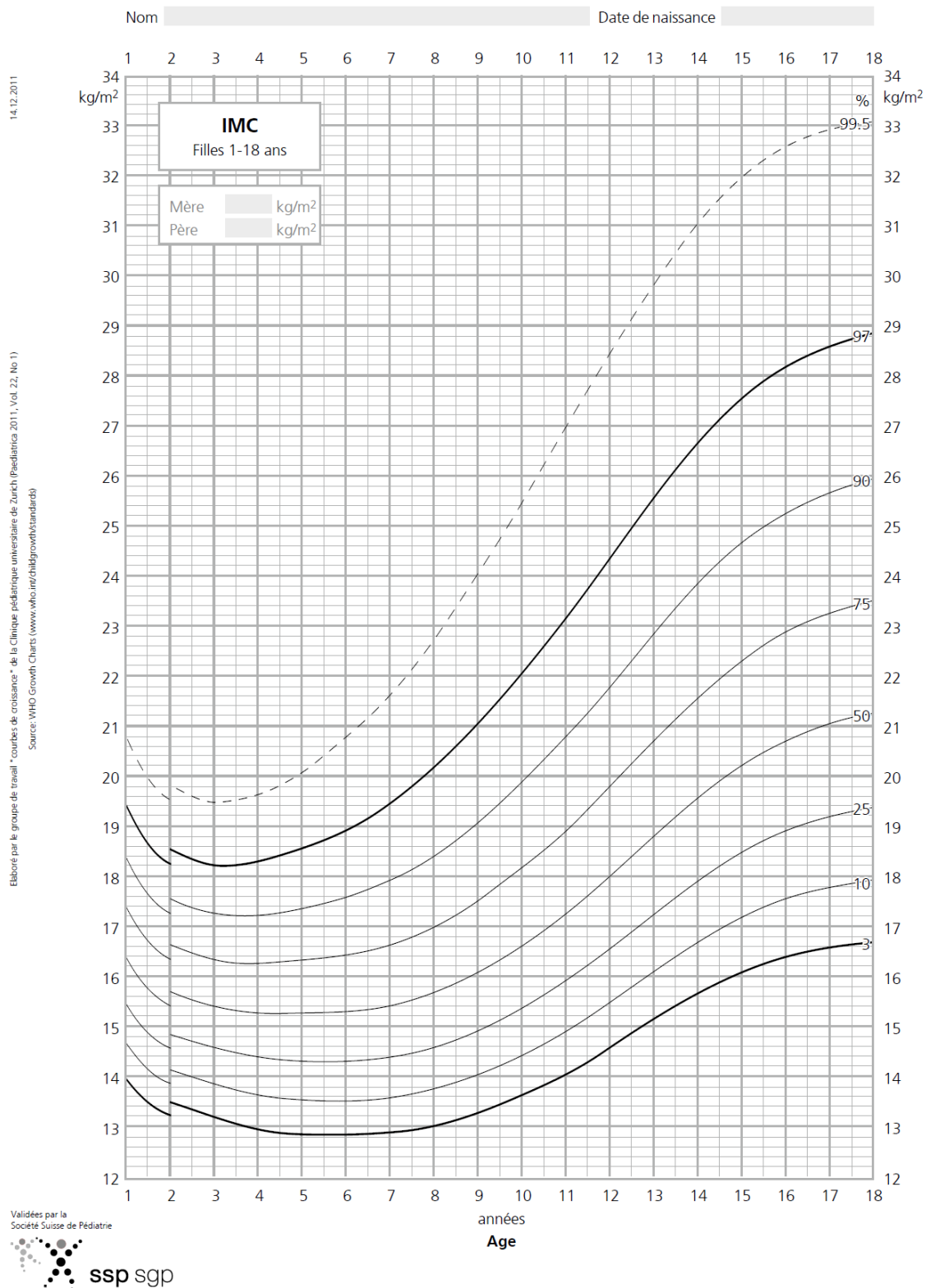
«Nous déclarons avoir effectué ce travail nous-mêmes, conformément aux directives. Les références utilisées dans cette revue sont nommées et clairement identifiées»:

Ludivine Butty

Vanessa Gassmann

8.2 Annexe B: Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans*





8.3 Annexe C: Référentiel de compétences de l'infirmier-e de santé communautaire en milieu scolaire

Version synthétisée selon Pingoud 2002

Fonction 1

Identification des besoins individuels et collectifs des enfants et des adolescents et de leur famille.

Objectifs:

Assurer l'expression et la reconnaissance des préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

1. En offrant un lieu et un espace de parole dans l'établissement scolaire; en assurant une permanence, ou par des rendez-vous ou par des téléphones aux enfants, adolescents, familles, enseignants et autres professionnels de la santé.
2. En proposant des entretiens de santé à chaque enfant et leurs parents et aux adolescents.
3. En identifiant des situations à risque (négligence, maltraitance, abus, violence,...).
4. En s'intégrant dans la vie de l'école en participant aux activités scolaires, par exemple présence aux récréations, à la salle des maîtres, aux réunions avec les parents, aux conférences de maîtres, aux conseils des élèves, aux événements particuliers (inauguration, exposition, joutes sportives,...)
5. En favorisant et développant les relations avec les acteurs de l'école (direction, enseignants, secrétariat, concierges, autres professionnels de la santé), les familles et le reste de la communauté.
6. En participant à des rencontres, des réflexions ou des activités de la communauté⁹ ayant un lien avec la santé globale des enfants et adolescents (association de parents d'élèves, commission scolaire, réunion de quartiers, rencontre avec les responsables politiques,...).

⁹ Communauté : ici, le groupe de population hors école.

7. En ayant une attitude empathique et respectueuse, en pratiquant l'écoute active et le non-jugement.

Fonction 2

Accompagnement des enfants, adolescents et de leur famille dans la réponse à leurs besoins de santé

Objectif:

Mobiliser les ressources propres aux individus et aux groupes; proposer des soins adaptés, orienter et/ou assurer un suivi dans les préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

1. En construisant, avec les enfants, adolescents et leur famille une relation de confiance et d'aide au cours de rencontres, d'entretiens (éventuellement à domicile) et de téléphones; en les accompagnant dans leur recherche, dans la construction du sens de leur expérience de vie et dans la mobilisation de leurs propres ressources.
2. En informant les enfants, adolescents et leur famille des ressources existant dans la communauté. En les orientant vers les services appropriés, en assurant un suivi des situations.
3. En apprenant aux enfants, adolescents et leur famille à prendre soin d'eux-mêmes.
4. En utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.
5. En collaborant avec les réseaux interdisciplinaires dans l'école et à l'extérieur de l'école.
6. En mettant à disposition du matériel de premier secours et en assurant, avec le médecin scolaire, l'organisation de la formation aux premiers secours du personnel de l'école; en donnant des soins.
7. En préparant et animant avec les enseignants, les enfants, les adolescents et, au besoin, leur famille ou d'autres professionnels, des actions de santé en classe.
8. En créant et animant des groupes de réflexion en réponse à des besoins de santé globale.

Fonction 3

Contribution à l'intégration de tous les enfants et adolescent dans le milieu scolaire et au développement du lien entre la famille et l'école.

Objectif

Favoriser le bien-être global de l'enfant et de l'adolescent à l'école.

1. En proposant un entretien en début de scolarité à tous les parents et enfants.
2. En facilitant la mise en relation des enfants, adolescents et leur famille avec les acteurs de l'école (direction, enseignants, professionnels de la santé...) et les services extérieurs.
3. En se préoccupant des enfants à besoins spécifiques (non francophones, ayant un handicap, porteur de maladies chroniques, ayant subi un traumatisme...) et en accompagnant leur famille, si besoin.
4. En participant à l'intégration des enfants à besoins spécifiques (informations aux enseignants, relai avec des services spécialisés, accompagnement lors d'activités, relai avec les parents...).
5. En participant à des interventions en classe en lien avec le thème de l'intégration.
6. En participant et en intervenant, selon les circonstances, aux rencontres de parents, aux rencontres d'élèves (conseil des élèves, forum, réunion des délégués...), aux rencontres d'enseignants (conférence des maîtres, conseil de classe...).
7. En étant partie prenante d'un projet d'établissement.
8. En favorisant les participants à la mise sur pied de rencontres à thème en lien avec la santé globale pour les enfants, adolescent, leur famille et les personnes intéressées.

Fonction 4

Contribution, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, à la définition et la mise en œuvre de projets de préventions et de

promotions de la santé dans le cadre de l'école, dans une perspective d'action communautaire.

Collaboration, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, dans la recherche de solutions adaptées en cas de crise vécue par un individu ou un groupe.

Objectif:

Accompagner les acteurs de l'élève et la communauté dans le rétablissement, le maintien et l'accroissement de leur niveau de bien-être.

1. En initiant, créant et/ou favorisant, dynamisant le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire à l'école.
2. En participant, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et la communauté à l'élaboration de projets de santé communautaire selon une méthodologie éprouvée.
3. En proposant, initiant et/ou favorisant l'existence d'une cellule de crise à l'école.
4. En sollicitant la collaboration du réseau ou de l'équipe interdisciplinaire, en cas de crise ou d'événement critique vécus par un enfant ou adolescent, ou un groupe.
5. En faisant preuve de capacité d'affirmation de soi et de créativité.

Fonction 5

Application du programme de dépistages défini par l'institution et du programme cantonal de vaccinations.

Objectif:

Promouvoir la santé et prévenir les atteintes à la santé des enfants et adolescents.

1. En planifiant, organisant et menant des activités de dépistage (vue, ouïe, développement staturo-pondéral, verrues, pédiculose, posture, maladies transmissibles...).
2. En planifiant, organisant et participant aux visites médicales.
3. En planifiant et organisant des séances de vaccination.

4. En utilisant les activités de dépistage comme support de promotion de la santé.
5. En démontrant des capacités d'organisation, d'adaptation et d'autonomie.

Fonction 6

Planification, organisation, application, évaluation des activités professionnelles : développer des compétences professionnelles

Objectif:

Développer une attitude réflexive par rapport à son action et ses moyens d'action pour accroître son professionnalisme.

1. En établissant un plan d'activités pour l'année scolaire en tenant compte des contraintes temporelles, contextuelles et institutionnelles.
2. En organisant, en coordonnant et en mettant en œuvre les différentes activités.
3. En analysant et évaluant systématiquement les résultats de ses actions.
4. En redéfinissant, en réorientant, en réadaptant ses activités en fonction des résultats des évaluations.
5. En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.
6. En évaluant et développant ses compétences personnelles et professionnelles par divers moyens (lectures, conférences, formation continue, supervision...).
7. En participant aux formations organisées par l'institution, en contribuant aux rencontres régionales infirmières ou à des groupes de travail interdisciplinaires.
8. En collaborant avec les pairs et autres intervenants.

Fonction 7

Interface pour la communication au sein de l'école et de l'institution, pour les familles et le reste de la communauté.

Objectif:

Développer et entretenir la communication, l'échange au sein de son institution, de l'école et recueillir les informations utiles pour orienter son activité.

Faire connaître les activités, les missions, les projets de l'institution, informer sur l'organisation de l'école.

1. En assurant la circulation de l'information concernant les activités du service de santé, de l'équipe interdisciplinaire, de l'institution, auprès des enfants, adolescents et leur famille, des acteurs de l'école, des autorités, de la communauté.
2. En élaborant des stratégies de communication pour se faire connaître.
3. En étant accessible et disponible pour s'entretenir avec chaque personne le souhaitant.
4. En assumant un rôle de médiation, si besoin.
5. En assurant le dialogue avec les intervenants extérieurs (service de l'état, professionnels, institutions de prévention...).
6. En se tenant informé de la vie de l'établissement scolaire et en soignant les relations personnelles.
7. En participant à des projets de recherche en lien avec la santé à l'école.
8. En partageant ses connaissances et son expérience avec ses pairs et les responsables de l'institution lors de rencontres, de groupes de travail, de projets pilotes.

Fonction 8

Accompagnement pédagogique des collègues infirmières débutantes et des étudiants en soins infirmiers.

Objectif:

Promouvoir le développement de la profession infirmière de santé communautaire en milieu scolaire.

1. En accueillant et en accompagnant les nouvelles collègues et les stagiaires dans le processus d'appropriation de leur nouveau rôle et de leurs nouvelles activités.

2. En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs objectifs de stage et en participant à leur évaluation.
3. En contribuant à la promotion de la profession infirmière de santé communautaire en milieu scolaire par des actions pédagogiques dans les lieux de formation (participation à un cours, rôle de professionnel de référence pour la formation en santé communautaire, expertise aux examens

8.4 Annexe D : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative :

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation de l'évaluation: à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques Et 2 — Extraction de données significatives
Titre	— Permet-il de saisir le problème de recherche?				
Résumé	— Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Énoncé du problème	— Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini?				
Recension des écrits	— Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié?				
Cadre théorique ou conceptuel	— La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis?				

Question de recherche	— Les questions de recherche sont-elles clairement formulées?				
	— Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures)?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	— Le devis de recherche est-il décrit? — Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche? — Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche?				
Population et contexte	— La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée?				
	— Les chercheurs ont-ils saturé les données?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Argumentation de l'évaluation: à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques Et 2 — Extraction de données significatives
	— Les instruments de collecte des données sont-ils décrits?				

Collecte des données et mesures	— Y a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données?				
Déroulement de l'étude	— La procédure de recherche est-elle décrite? — A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique)?				
Rigueur	— Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables?				
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites?				
Présentation des résultats	— Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.)?				
Discussion	— Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche				

Intégration de la théorie et des concepts	philosophique, ainsi que des recherches antérieures?				
	— La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions?				
	— Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude?				
Perspectives	— Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir?				
Questions générales Présentation	— L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse?				
Évaluation globale	— L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière?				

Références bibliographiques: Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec: ERPI.

Approche quantitative :

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	1— Argumentation de l'évaluation: à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques Et 2 — Extraction de données significatives
Titre	— Permet-il de saisir le problème de recherche?				
Résumé	— Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Énoncé du problème	— Le problème de recherche est-il énoncé clairement?				
Recension des écrits	— Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées?				
Cadre théorique ou conceptuel	— Les principales théories et concepts sont-ils définis?				
Hypothèses	— Les hypothèses sont-elles clairement formulées?				
	— Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures)?				
Méthodes	— Le devis de recherche est-il décrit?				

Devis de recherche					
Population et contexte	— La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée?				
	— La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche?				
Collecte des données et mesures	— Les instruments de collecte des données sont-ils décrits?				
	— Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées?				
Déroulement de l'étude	— La procédure de recherche est-elle décrite? — A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants [éthique]?				
Résultats des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses?				
Présentation des résultats	— Les résultats sont-ils présentés de manière claire [commentaires, tableaux, graphiques, etc.]?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	<p>Argumentation de l'évaluation: à l'aide de connaissances [cours et article lui-même] méthodologiques et scientifiques</p> <p>Et</p> <p>2 — Extraction de données significatives</p>

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	— Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures?				
	— Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions?				
	— les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude?				
Perspectives futures	— Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir?				
Questions générales Présentation	— L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse?				
Évaluation globale	— L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière?				

Références bibliographiques: Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. [2007]. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec: ERPI.

8.4 Annexe E : Tableau récapitulatif des études sélectionnées

<i>Auteurs</i>	<i>Population de l'étude</i>	<i>Âge moyen de la population</i>	<i>Devis</i>	<i>Élèves par infirmière scolaire</i>
Nauta et al.	103 infirmières scolaires Femme: n= 103	50.62 ans	Quantitatif (non expérimental, corrélationnel descriptif)	591 élèves
Kubik et al.	221 infirmières scolaires	50 ans	Quantitatif (non expérimental)	Plus de 1000 étudiants
Steele et al.	22 infirmières scolaires		Qualitatif (phénoménologique)	617 élèves
Stalter et al.	25 infirmières scolaires		Qualitatif	Plusieurs écoles allant jusqu'à plus de 3400 élèves
Moyers et al.	106 infirmières scolaires	42 ans	Quantitatif (non expérimental, enquête descriptive)	538 élèves
Magnusson et al.	14 infirmières scolaires		Qualitatif Recherche exploratoire	X
Morrison-Sandberg et al.	21 informateurs clés		Qualitatif	Minimum 300 élèves
Melin et al.	20 enfants en surpoids 19 enfants en surpoids (groupe contrôle)	7 ans	Quantitatif (expérimental)	X
Borup & Bjørn	5205 élèves Garçons: n= 2322 Filles: n= 2295	Trois niveaux d'âge: 11.6 ans, 13.6 ans et 15.6 ans.	Quantitatif (non expérimental corrélationnel)	X

8.5 Annexe F : Grille d'analyse des articles

Titre	Enabling overweight children to improve their food and exercise habits school nurses' counselling in multilingual settings
Auteurs	Maria B Magnusson, Karin I Kjellgren and Anna Winkvist
Titre du journal	Journal of clinical nursing
Année de publication	2012
Pays	Suède
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>Aucune étude n'a traité le sujet des conseils fournis par les infirmières scolaires aux enfants en surpoids dont la langue et les habitudes alimentaires sont différentes de celles de la majorité de la population.</p> <p>Le but de cette étude est d'analyser les conseils donnés sur l'hygiène alimentaire et l'activité physique donnés par l'infirmière scolaire auprès d'une population d'immigrants et de savoir comment ceux-ci sont communiqués.</p>
Population/échantillon	Quarante infirmières scolaires qui ont un rôle clé dans les soins en milieu scolaire ont été invitées à participer à l'étude, 14 ont accepté. La plupart des écoles sont dans une région où un faible statut économique est présent ainsi qu'une haute proportion d'immigrants et de réfugiés. Treize élèves sur 20 avaient au moins un parent né hors de la Suède.

Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés</u>: child, counselling, cultural, enabling, health promotion, immigrants, obesity, overweight, person-centeredness, school nursing</p> <p>Devis qualitatif, recherche exploratoire.</p> <p>L'étude a été approuvée par le Comité régional d'éthique de l'Université de Göteborg. Les parents des élèves de moins de 15 ans ont été informés par oral et par écrit du protocole de l'étude. Ils ont donné leurs consentements éclairés par écrit. Les transcriptions ont été rendues anonymes en supprimant d'éventuels renseignements personnels.</p>
Méthodologie	<p>22 enregistrements de consultations entre les infirmières scolaires et les enfants en surpoids ont été effectués. Les séances duraient entre 16 et 50 minutes. Les séances se déroulaient avec les mêmes personnes présentes habituellement, c'est-à-dire, l'infirmière scolaire et l'enfant. Le ou les parents, ou une autre personne de la parenté ou encore un interprète assistaient occasionnellement à la consultation.</p> <p>Les enregistrements ont été retranscrits puis deux des auteurs ont lu les retranscriptions et écouté les enregistrements à plusieurs reprises. L'analyse a été effectuée en suédois puis traduite en anglais dans la version finale du manuscrit. De cette analyse, plusieurs thèmes ont été relevés.</p>
Résultats	<p>La moyenne d'âge des enfants était de 11 ans (8-16 ans). Tous les enfants étaient en surpoids (n= 7) ou obèses (n= 13). Parmi les filles, la majorité (6 sur 8) était en surpoids alors que presque tous les garçons étaient obèses (11 sur 12). Les résultats de l'analyse qualitative sont présentés par catégories, thèmes et sous catégories émergeant de l'analyse. Deux thèmes ont été identifiés «la qualité d'explication» et «permettre aux enfants et aux parents»</p>

	<p>Catégories</p> <p><i>L'être humain est en équilibre</i> se base sur l'équilibre entre l'ingestion d'énergie (manger) et la consommation d'énergie. Cette catégorie inclut également la reconnaissance et le traitement des signaux corporels ainsi que les efforts utilisés par les infirmières pour encourager et soutenir les enfants dans le développement de leur sensibilité à la faim et aux signaux de satiété.</p> <p>La catégorie <i>le rôle de la nourriture</i> concerne les aspects du plaisir de manger, la dimension de l'autonomie de pouvoir choisir quoi manger et quoi boire. Le côté «besoin vital» de manger fait également partie de cette catégorie.</p> <p>Le discours des infirmières au sujet de la nourriture et des habitudes alimentaires ainsi que leurs tentatives de présenter des connaissances nutritionnelles ont été inclus dans la catégorie <i>les composants de la nourriture et leurs façons de les gérer</i>.</p> <p>Lorsqu'on parle d'un modèle de repas souhaitable, toutes les infirmières suivent les directives en recommandant 3 repas principaux par jour et une à trois collations comme des fruits.</p> <p>La <i>catégorie nécessité d'activité physique</i> concerne l'activité physique autant par rapport au plaisir que par la nécessité pour la santé. Les obstacles liés à la pratique d'activité physique n'étaient généralement pas traités par les infirmières scolaires bien que le climat difficile et le coût de certaines activités (équitation) étaient discutés.</p> <p>La catégorie <i>contrôle de soi et les autres</i> comprend à la fois les attentes des parents et celles des enfants. La tendance paternaliste que l'infirmière adoptait lors des échanges avec les parents a été intégrée à cette catégorie. Les infirmières ont essayé de renforcer le rôle parental en soulignant le fait que les parents</p>
--	---

	<p>doivent être impliqués par rapport aux décisions de leur enfant (par exemple prendre une deuxième portion de nourriture).</p> <p>Thèmes</p> <p><i>Qualité des explications</i></p> <p>Dans plusieurs sous-catégories, les explications inadéquates/inappropriées étaient fréquentes (fig. 1). Les infirmières n'expliquaient pas les relations entre l'énergie, les calories, les sucres et les graisses ni entre l'énergie et le surpoids. Dans six sessions de consultation, l'énergie était présentée dans le sens positif et négatif.</p> <p><i>La sous-catégorie: l'énergie est incompréhensible</i></p> <p>Les explications étaient quelque peu inappropriées et les conseils donnés étaient généraux, ce qui laissait une grande place à l'interprétation. (Par exemple: vous pouvez manger des bonbons ou des boissons sucrées une fois par semaine, autant que vous le souhaitez)</p> <p><i>La sous-catégorie: l'alimentation et l'obésité</i></p> <p>Les explications étaient inappropriées et les conseils donnés étaient généraux. Les lacunes linguistiques étaient fréquentes. De plus, les conseils étaient basés sur les habitudes alimentaires et les traditions culturelles suédoises ce qui a réduit la qualité de la compréhension des familles d'origine étrangère.</p>
--	---

	<p>Permettre aux enfants et aux parents</p> <p>Le critère «donner des conseils généraux» a été basé sur des connaissances générales sans ancrage dans le monde de la vie réelle. Cette méthode a le plus souvent été observée dans le cas où un modèle de nutrition général a été utilisé.</p> <p><i>La sous-catégorie: les explications pour pouvoir changer</i></p> <p>Les explications étaient appropriées et mobilisent les ressources de l'enfant (en s'appuyant sur la compétence et la curiosité de l'enfant). Quand on aborde le sujet du comportement alimentaire, les infirmières posaient généralement des questions sur les habitudes et les préférences des enfants puis engageaient un dialogue sur la nourriture entre les repas. Dans ce passage, l'infirmière décrit que le sentiment de satiété est une responsabilité qui doit être partagée entre l'enfant et ses parents. L'infirmière donne l'impression que le changement de comportement qu'elle propose est simple (l'enfant demande pour se resservir et les parents demandent à celui-ci de patienter 10 minutes pour voir s'il a encore faim)</p> <p><i>La sous-catégorie: les explications pour pouvoir changer, les parents comme motivateurs</i></p> <p>L'information était appropriée et mobilisait les ressources (en utilisant la compétence des parents et la confiance que l'enfant a envers ses parents). Un interprète était présent à une seule des six séances où les participants avaient de la peine à se comprendre. Lors des conseils auprès d'enfants de langue maternelle étrangère, les infirmières ont tenté de mobiliser des ressources au sein de la famille. Toutefois, elles ont souvent échoué en raison de malentendus liés à la langue. Toutes les infirmières qui ont donné des conseils auprès d'élèves qui ont des parents immigrés ont reconnu le fait que les cultures alimentaires</p>
--	--

	<p>étaient différentes. Elles suggéraient par exemple que les parents adaptent les conseils à leur culture ou offraient des conseils généralisés.</p>
Discussion	<p>La principale conclusion de cette étude est que les infirmières scolaires donnent des explications insuffisantes lors des séances de conseils avec des élèves en surpoids. Elles avaient des difficultés pour donner l'opportunité aux enfants et leurs parents de mobiliser leurs ressources. Quand la langue et la nourriture étaient différentes de la Suède, cela engendrait une difficulté supplémentaire pour les conseils donnés par l'infirmière scolaire.</p> <p>L'amélioration des connaissances concernant les conduites motivantes à adopter est une étape importante pour apporter des conseils individuels. Lorsque l'aspect alimentaire a été abordé dans les catégories «l'être humain est en équilibre» et «les composants de la nourriture et comment les gérer», les infirmières donnaient des conseils généraux. Tandis que, lorsqu'elles parlaient d'activité physique et des comportements alimentaires, les conseils étaient plus individualisés.</p> <p>Explication des problèmes fondamentaux</p> <p>Pour être en mesure de donner du sens à la gestion du poids, une compréhension de base de la balance énergétique est nécessaire. Un fait intéressant est qu'aucune infirmière de cette étude n'explique ce concept et ces liens avec le poids corporel. Les enregistrements démontrent que les infirmières ont supposé que ce concept était bien connu. Une autre explication serait que certaines d'entre elles n'avaient pas suffisamment de connaissances sur les mécanismes du bilan énergétique pour pouvoir donner des explications compréhensibles.</p>

	<p>Connaissances nutritionnelles</p> <p>Les résultats de cette étude indiquent un besoin d'augmenter les compétences des infirmières scolaires dans le domaine de la nutrition. Tous les conseils donnés par infirmières sont établis à partir de lignes directrices. Cela souligne la démarche de l'approche scientifique dans les soins infirmiers dans le contexte scolaire. Ce résultat suggère que les raisons des lacunes décrites dans cette étude se trouvent dans d'autres domaines (manque de temps, accès limité à d'autres compétences professionnelles).</p> <p>Langue et culture</p> <p>Les infirmières ont exprimé des hypothèses sur les habitudes alimentaires des familles aux origines non suédoises. Cependant, l'acculturation alimentaire est un processus complexe, qui diffère d'une personne à l'autre. Il semble peu réaliste que les infirmières scolaires puissent être en mesure de fournir des conseils nutritionnels pour un large éventail d'aliments, d'habitudes et de croyances et cuisson.</p> <p>Points forts et limites</p> <p>Afin d'assurer une rigueur, les notions de crédibilité et de fiabilité ont été appliquées. La triangulation des chercheurs de plusieurs domaines de la santé (diététicienne, infirmière experte en conseils, infirmières scolaires et nutritionniste) a augmenté la crédibilité de cette étude. Les théories développées avec rigueur dans la recherche qualitative peuvent être appliquées en dehors de cette étude dans des situations similaires. Le faible nombre de participations (14 infirmières sur 40 ont accepté de participer) constitue une limite. Les infirmières scolaires ont trouvé qu'il était difficile de transmettre une quantité d'informations suffisante dans le temps donné. Le fait que les infirmières scolaires étaient enregistrées pouvait influencer la qualité des informations données aux enfants (augmentation de la qualité).</p>
--	---

	<p>Conclusion</p> <p>Nos résultats démontrent que les explications sont souvent inadéquates. Ceci serait lié à des lacunes dans la mobilisation des ressources personnelles des enfants et des parents. En conséquence, l'amélioration des connaissances nutritionnelles chez les infirmières serait un moyen de renforcer les conseils centrés sur la personne. Cette étude relève que la langue étrangère et une culture différente à celle de la Suède sont une difficulté supplémentaire pour les infirmières afin de conseiller les enfants et leur famille. Compte tenu de la complexité de l'obésité infantile, les infirmières scolaires doivent avoir la possibilité de coopérer avec d'autres professionnels afin de relever le défi de la lutte contre l'obésité et le surpoids.</p> <p>Pertinence pour la pratique infirmière</p> <p>Nos résultats démontrent un lien entre les compétences au niveau du contenu et les conseils centrés sur la personne. Cela souligne l'importance de la collaboration entre les professionnels pour assurer la qualité des conseils d'hygiène de vie. Les autorités de santé scolaire devraient accorder une priorité sur la formation continue des infirmières scolaires.</p>
--	---

Titre	Obesity prevention in schools: current role and future practice of school nurses
Auteurs	Martha Y. Kubik, PhD, Mary Story and Cynthia Davey
Titre du journal	Prev Med.
Année de publication	2007
Pays	Minnesota/USA
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>À ce jour, la prévention de l'obésité en milieu scolaire a été le plus souvent implicite et ciblée sur les pratiques alimentaires et l'activité physique. Le concept de prévention (primaire et secondaire) de l'obésité dans le cadre scolaire (setting) est relativement nouveau. On en sait moins sur l'étendu de ce modèle et comment pourrait se produire la supervision des services de prévention de l'obésité dans le cadre scolaire. De plus, une étude (School Health Policies and Programms Study (SHPPS)) relève que la prévention de l'obésité n'est pas une responsabilité prioritaire des infirmières scolaires.</p> <p>Le but de cette étude est premièrement de déterminer les responsabilités des infirmières scolaires dans les services de prévention de l'obésité. Deuxièmement, d'évaluer les opinions et les croyances concernant la prévention de l'obésité en milieu scolaire. Enfin, de déterminer les facteurs démontrant l'utilité d'un service de prévention.</p>
Population/échantillon	L'échantillon se composait de membres actifs de l'organisation des infirmières scolaires du Minnesota. 275 infirmières ont reçu par la poste un sondage avec une enveloppe de retour préaffranchie et un dollar pour les inciter à participer. Au total, 221 questionnaires ont été retournés. (80 %)
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés</u>: Childhood obesity prevention, school nurses, school health services</p> <p>Devis quantitatif non expérimental</p>

	<p>L'étude a été approuvée par le comité de l'université du Minnesota afin de pouvoir utiliser des sujets humains dans la recherche.</p>
Méthodologie	<p>Un sondage avec 64 items a été développé afin de déterminer les responsabilités des infirmières scolaires dans les services de prévention de l'obésité et d'évaluer les opinions et les croyances au sujet de la prévention de l'obésité en milieu scolaire. Les questions ont été formulées sur la base de recherches de la littérature. Les prises de position de la NASN ont été effectuées face au milieu scolaire et au surpoids de l'enfant et des connaissances et expériences antérieures des chercheurs.</p> <p>La validité du contenu a été confirmée par des experts au sujet de l'infirmière scolaire. L'analyse factorielle a été utilisée pour développer des échelles d'évaluation des tâches de prévention de l'obésité de l'enfant et au niveau de l'école. Des éléments perçus comme un soutien (lettres écrites aux parents, consultations avec l'administration scolaire,...) ont été explicités afin qu'elles puissent fournir des services de prévention de l'obésité infantile.</p> <p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour étudier la prévalence des variables clés. Les modèles comprenaient des ajustements pour l'âge des répondants, l'éducation, le total d'années d'expérience en tant qu'infirmière, l'emplacement de l'école, et la race/ethnicité des élèves.</p>
Résultats	<p>L'âge moyen des répondants était de 50 ans. La médiane du nombre d'années dans leur poste actuel d'infirmières scolaires est de 6 ans (de 1 mois à 30 ans), d'années de pratique d'infirmières scolaires est de 9 ans (1 à 40 ans) et d'années de pratique d'infirmière est de 25 ans (2 à 42 ans). Près de 70 % des infirmières scolaires supervisaient au minimum 2 écoles et plus de 1000 étudiants. La moitié d'entre elles étaient responsables d'élèves de la maternelle à la 12^{ème} année. Environ 42 % se trouvaient dans des écoles de banlieue, 30 % en milieu rural et 24 % en milieu urbain.</p> <p>La plupart (76 %) des infirmières scolaires pensent que le service de santé scolaire doit être utilisé pour la prévention de l'obésité. Plusieurs ont «parfois» fourni des tâches de prévention au niveau des enfants ou de l'école. Près de 40 % des infirmières scolaires sont d'accord que l'école devrait effectuer des évaluations annuelles de l'IMC des élèves et fournir des informations aux parents. Seulement 29 % des infirmières scolaires croyaient que les infirmières scolaires ont été préparées pour superviser des services</p>

	<p>de prévention de l'obésité, alors que la plupart (88 %) estiment que le temps disponible pour la surveillance du poids était insuffisant.</p> <p>L'infirmière soutient l'utilisation du service de santé scolaire pour la prévention de l'obésité. Elle verbalise également que les tâches de prévention effectuées auprès des enfants et de l'école ont augmenté comme le soutien perçu des autres (professeurs, administration) augmente. Les infirmières sont en accord quant à l'utilisation d'un dépistage par l'IMC au niveau de l'école. Elles pensent également que l'avis des parents peut soutenir l'utilisation du service de santé scolaire pour la prévention de l'obésité infantile.</p> <p>Les années passées au même poste (infirmière scolaire) et le nombre total d'années en soins infirmiers étaient positivement associés à l'exécution des tâches de prévention au niveau des enfants. Les années passées en tant qu'infirmière scolaire étaient positivement associées à l'exécution de tâches de prévention au niveau des écoles. Les personnes ayant répondu être préparées pour superviser les efforts de prévention de l'obésité à l'école étaient deux fois plus susceptibles de fournir des services de prévention au niveau des écoles.</p>
Discussion	<p>Conformément aux études antérieures évaluant les opinions des infirmières scolaires sur la prévention de l'obésité infantile dans le milieu scolaire (Price et al. 1987; Stang et al. 1997), cette étude relève que les infirmières scolaires appuient l'utilisation des services de santé scolaire dans la prévention de l'obésité. En outre, les infirmières scolaires expriment que pour l'obésité de l'enfant, les tâches de prévention au niveau des enfants et de l'école ont augmenté tout comme le soutien perçu des fournisseurs de soins de santé et du personnel de l'école a augmenté. Cela suggère que le développement et la mise en œuvre d'un programme de prévention de l'obésité en milieu scolaire devront bénéficier d'un processus guidé par la communauté, y compris par le personnel scolaire, les fournisseurs de soins et de santé, les parents et les élèves.</p> <p>Il n'est pas surprenant que moins de 40 % des infirmières scolaires fassent un dépistage par la mesure de la taille et du poids, vu que seulement un tiers des écoles font des évaluations annuelles de l'IMC de leurs élèves et transmettent un rapport des résultats aux parents.</p> <p>La familiarité avec la mesure de la taille du poids et de l'IMC et l'interprétation des résultats peut se traduire par l'aisance dans l'implantation d'un service pour le surpoids de l'enfant. Bien que la mesure de la taille</p>

	<p>et du poids par l'école ne soient pas nouveau, le fait de rapporter les résultats des IMC aux parents est une recommandation récente (OIM, 2004).</p> <p>Offrir des possibilités aux infirmières l'actualisation de leurs connaissances de l'obésité et leurs compétences dans la prise de mesure pour la surveillance de l'obésité semble être essentiel à la réussite de mise en œuvre des efforts de prévention de l'obésité en milieu scolaire. La reconnaissance du rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention de l'obésité scolaire doit être encore mieux reconnue par autrui afin de bénéficier d'un meilleur soutien.</p> <p>Le rôle des infirmières dans la prévention de l'obésité en milieu scolaire doit être développé et mieux défini. Le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et la familiarité avec son milieu d'école facilite la mise en place de services de prévention chez les enfants. L'association positive entre l'exécution de services de prévention au niveau de l'école et les années d'expérience en tant qu'infirmière scolaire peuvent apporter une prise de conscience des changements à effectuer dans le milieu scolaire comme la prolifération des automates à nourriture pauvre en calories.</p> <p>Points forts de l'étude:</p> <p>L'étude sur les infirmières scolaires à l'échelle étatique (un état des USA) Le taux de réponse au questionnaire était élevé. L'utilisation d'une échelle cohérente.</p> <p>Points faibles:</p> <p>La population de l'échantillon faisait partie de l'organisation professionnelle des infirmières scolaires limitant ainsi la généralité. Bien que le taux de réponse fût élevé, on ne peut pas exclure un biais aux réponses.</p>
--	--

Titre	Overweight children's response to an annual health dialogue with the school nurses
Auteurs	Ina K Borup and Bjørn E Holstein
Titre du journal	International journal of nursing practice
Année de publication	2010
Pays	Danemark
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>Bien qu'il existe un nombre important d'études sur les enfants en surpoids et obèses, il y a peu de recherches qui s'intéressent au contact qu'ont les enfants en surpoids avec le système de santé scolaire.</p> <p>L'objectif de cette étude est de comparer les résultats des perceptions des enfants en surpoids et avec un poids normal suite à un dialogue avec l'infirmière scolaire.</p>
Population/échantillon	L'échantillon comprenait 64 écoles du Danemark choisies au hasard à partir d'une liste où toutes les écoles du pays y figuraient. Parmi celles-ci, 55 écoles ont accepté de participer à cette étude. Tous les élèves de cinquième, septième et neuvième années (moyenne d'âge de 11.6 ans, 13.6 ans et 15.6 ans) ont participé à cette étude. Le taux de participation était de 99 % des élèves présents lors de la récolte des données, ce qui correspond à 88 % du total des élèves inscrits dans les classes concernées. (n=5205)
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés:</u> Children, HBSC, health promotion, overweight, school nurse, school survey.</p> <p>Étude quantitative non expérimentale corrélative</p> <p>Il n'existe aucune institution officielle d'évaluation éthique et d'approbation des études menées auprès de la population à l'aide d'un questionnaire au Danemark. Une approbation éthique a donc été obtenue auprès des parents dans les diverses écoles. De plus, chaque élève a été informé par écrit et par oral que la participation était volontaire et anonyme.</p>

Méthodologie	<p>Les élèves ont répondu au questionnaire international standardisé (HBSC) dans la salle de classe puis les questionnaires ont été retournés aux chercheurs à l'aide d'une enveloppe scellée afin que le personnel de l'école ne puisse pas y avoir accès.</p> <p>Les quatre aspects de la variable dépendante ont été mesurés et les résultats du dialogue sur la santé ont été rapportés. Les questions étaient les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Qu'avez-vous pensé de la discussion avec l'infirmière? (réflexion sur l'échange) (ii) Avez-vous parlé de la discussion avec l'infirmière avec votre mère ou votre père? (discussion avec les parents concernant l'échange) (iii) Avez-vous suivi les conseils de l'infirmière scolaire? (le respect des conseils) (iv) Avez-vous reparlé à l'infirmière scolaire (recherche de soutien)? <p>Les réponses-clé étaient: oui tout de suite, oui plus tard, pas de réponse. Dans l'analyse, une séparation des réponses positives (oui tout de suite, oui plus tard) et des réponses négatives (non, pas de réponse) a été faite. L'inclusion des réponses manquantes avec les réponses «non» a été choisie afin de ne pas surestimer le résultat auto-déclaré lors du dialogue avec l'infirmière. La deuxième mesure du résultat (discussion avec les parents) a été regroupée avec le «non» pour les deux parents et dans le «oui» pour au moins l'un des parents.</p> <p>La variable indépendante du poids a été mesurée grâce à deux questions: «Combien mesurez-vous sans chaussures» et «Quel est votre poids sans vêtement?» Les mesures auto-déclarées ne sont pas assez suffisamment valides pour estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité, mais semblent être appropriées pour l'étude. Le calcul de l'IMC et la séparation des participants en trois groupes a été effectué: en surpoids, poids insuffisant, poids normal. Ce calcul a été effectué en séparant les participants en fonction de la démographie (six groupes) du sexe (garçons/fille) et de l'âge (11, 13 et 15 ans). Pour les garçons de 11, 13 et 15 ans, le point de repère du surpoids était un IMC de 22, 23 et 26. Pour les filles du même âge, cela correspondait à un IMC de 22, 24 et 26.</p> <p>Les analyses ont inclus deux variables confusionnelles qui ont été associées avec la variable dépendante et indépendante: le groupe d'âge (11, 13 et 15 ans) et la classe sociale de la famille. La classe sociale de la famille a été mesurée par la profession du père et celle de la mère. Les données ont été en cinq classes</p>
---------------------	---

	<p>sociales de 1 (élevé) à 5 (faible) ainsi qu'une classe 6 qui comprend les parents qui sont en dehors du marché du travail et vivant grâce à l'aide sociale.</p> <p>Des rapports ont démontré que les enfants de cet âge sont capables de fournir des informations valides concernant les occupations de leurs parents. Les élèves ont été classés en trois niveaux selon le rang social de leurs parents: 1-2 (élevé), 3-4 (moyen), et 5 et 6 (faible). La régression logistique a été utilisée pour analyser l'association entre le poids et chacune des quatre variables, ceci séparément pour les filles et les garçons et contrôlé avec les deux variables confusionnelles. En raison d'un manque de données concernant la classe sociale des familles, les analyses multi variées ont inclus 4617 élèves.</p>
Résultats	<p>La répartition de la population de l'étude selon le sexe, le groupe d'âge, la classe sociale de la famille et les résultats du dialogue de santé et la classification du poids de la population a été effectué sous forme de tableau. Environ la moitié des élèves ont discuté avec au moins l'un de leurs parents du dialogue sur la santé qu'ils ont eu et disent avoir suivi les conseils de l'infirmière scolaire. Parmi eux, 9 des filles et 8 % des garçons sont retournés voir l'infirmière scolaire.</p> <p>Un autre tableau montre que les garçons en surpoids ont plus souvent réfléchi au dialogue de santé que les garçons qui ont un poids normal ou en insuffisance pondérale. Il n'y avait pas d'association entre les filles. De plus, l'insuffisance pondérale n'a pas été associée avec les résultats de l'une des quatre mesures. Chez les garçons, mais pas les filles, il y avait une interaction statistiquement significative entre le groupe d'âge et la présence de surpoids. La première mentionne trois résultats de mesure qui sont statistiquement significatifs dans le groupe d'âge le plus jeune (11 ans). La quatrième mesure des résultats (revisiter l'infirmière) a été significativement associée avec la présence de surpoids dans les trois groupes d'âge des garçons.</p>
Discussion	<p>La conclusion la plus flagrante est que les garçons en surpoids ont plus souvent réfléchi sur le dialogue de santé, discuté avec leurs parents, suivi les conseils de l'infirmière et revisiter l'infirmière scolaire que les enfants avec un poids normal. Il n'y avait pas d'association entre le groupe de poids (classement par le poids) et les résultats du dialogue de santé pour les filles.</p> <p>Plusieurs études indiquent que les filles se rendent plus facilement dans les services de santé que les garçons et qu'il faudrait cibler les efforts sur les garçons. Par conséquent, la constatation que les garçons</p>

	<p>en surpoids sont plus activement impliqués dans le suivi du dialogue de santé était inattendue. Les élèves exposés à des intimidations sont plus sujets à rencontrer l'infirmière scolaire.</p> <p>Les élèves issus des classes sociales les plus basses suivent plus souvent les conseils de l'infirmière que les élèves issus d'une classe sociale élevée. Une étude conclut qu'il est possible de changer les habitudes alimentaires des enfants lorsque les infirmières scolaires sont motivées à collaborer avec les parents et les enseignants. Nos résultats ont montré que surtout les garçons semblaient bénéficier de la visite de santé.</p> <p>Ressources et limites de l'étude</p> <p>La sélection aléatoire des écoles et une grande population d'élèves ont été exposées à un dialogue annuel sur la santé avec une infirmière scolaire. Cependant, l'étude a des limites qui pourraient influencer la validité des conclusions.</p> <p>Bien que le taux de réponse a été assez élevé (88 %), les élèves absents pourraient biaiser les résultats, en particulier si les élèves absents comprennent une forte proportion d'enfants en surpoids ou ayant de faibles relations avec l'infirmière scolaire. L'étude ne comprend pas de mesure directe de l'effet des dialogues de santé. Mais cette mesure, mais l'accent sur les perceptions des élèves par rapport à ces dialogues. Toutefois, nous ne connaissons pas exactement le contenu de ces dialogues de santé. Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions sur l'effet du dialogue. L'école a été identifiée par le programme du gouvernement danois sur la santé publique et la promotion de la santé comme étant un contexte favorable pour encourager les habitudes alimentaires saines. Le dialogue de santé est une occasion pour parler des questions de santé. L'infirmière scolaire devrait travailler en collaboration avec des organisations internes et externes à l'école comme les enseignants et les parents. Pour conclure, elle ne devrait pas se cibler uniquement sur le dépistage, mais aussi en matière d'éducation sanitaire et de promotion de la santé.</p>
--	---

Titre	Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study
Auteurs	Anna Melin et Ragnhild Arvidsson Lenner
Titre du journal	Scandinavian Journal of caring sciences
Année de publication	2008
Pays	Suède
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>Le surpoids est un des plus importants problèmes liés à la santé qui touchent tous les âges dans la société occidentale d'aujourd'hui. La prévalence de surpoids chez les enfants suédois âgés de 4-12 ans est de 17-23 %. Si aucune action n'est entreprise, la prévalence devrait augmenter.</p> <p>Selon à la SBU (the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) il y a un grand besoin de connaissances sur le traitement efficace visant à la réduction de poids. Il est donc important de développer et d'évaluer à long terme des méthodes de prévention et de traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents.</p> <p>Faire participer les infirmières scolaires dans le travail avec les enfants en surpoids peut être une méthode avec un grand potentiel et un bon rapport coût-efficacité. Les professionnels de la santé dans les écoles d'aujourd'hui travaillent pour lutter contre l'obésité infantile. L'objectif de cette étude est de tester un modèle de traitement qui prévient le gain de poids supplémentaire chez les enfants en surpoids et rapporter l'expérience des parents traités et des infirmières scolaires.</p>
Population/échantillon	<p>En 2001, une récolte de poids et de taille a été réalisée dans 32 écoles en Suède. Les enfants avaient environ 7 ans. n = 1043. Toutes les familles des enfants en surpoids ont reçu une lettre d'invitation du coordinateur du projet décrivant le programme qui comprend des conseils initiaux par une diététicienne et le suivi par l'infirmière scolaire au cours d'une période de 1 an.</p> <p>Au total, 35 familles ont participé à des réunions d'informations initiales. Un formulaire d'inscription a été remis aux parents pour confirmer leur participation.</p>

	<p>Vingt familles se sont inscrites pour prendre part au projet en 2002, comprenant 20 enfants de 13 écoles primaires. Plus tard, 19 enfants en surpoids non traités (ne subiront pas le programme) ont été sélectionnés pour faire partie du groupe contrôle.</p> <p>L'étude s'est déroulée dans 13 écoles et comprenait 14 filles, 6 garçons ainsi que leurs familles. Tous les enfants sont nés en 1994. Trois jeunes filles n'ont pas répondu au questionnaire au cours du suivi d'un an. Au cours de l'année d'intervention, les enfants rencontraient 5 fois une infirmière scolaire (extrêmes 1-12). Durant 4 rendez-vous, les enfants étaient accompagnés par leurs parents (extrêmes 1-9). Pour deux enfants, les parents n'ont jamais pris part aux visites de suivi.</p>
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés</u>: child, intervention programme, life style, nurses, overweight, parents, school</p> <p>Devis quantitatif, expérimental</p> <p>Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Lund, en Suède.</p> <p>Toutes les familles ont donné leur accord pour participer. Un formulaire d'inscription a été remis aux parents pour confirmer leur participation dans le projet.</p>
Méthodologie	<p>La formation d'infirmier par l'équipe de l'obésité:</p> <p>Au total, 15 infirmières ont assisté à un cours de courte durée. Le médecin a présenté les risques médicaux de l'obésité (90 minutes). La physiothérapeute a présenté une conférence (30 minutes) sur les besoins d'activité physique des enfants, illustré avec quelques activités réalisables afin réduire la sédentarité et présenté une activité questionnaire. Le diététicien (90 minutes) a expliqué comment faire une anamnèse alimentaire et a donné de simples conseils diététiques. Ensemble, le psychologue et la diététicienne ont eu des séances de groupe avec les infirmières pour permettre une discussion sur la façon de créer un bon environnement pour les enfants et leurs familles, la fréquence des réunions et la faisabilité des activités de prévention dans l'école (30 minutes). Les résultats des séances de groupe ont influé sur la version finale du plan de traitement. Les infirmières ont été instruites sur: comment faire face au contrôle du poids</p>

	<p>à l'école et ont reçu des idées et des conseils sur l'alimentation et sur l'activité physique. Une lettre d'information que les infirmières pouvaient distribuer aux familles a été fournie.</p> <p>Procédure de l'étude:</p> <p>Lors de la première visite, l'infirmière scolaire accompagnée d'une diététicienne a travaillé en collaboration et étaient présentes tout au long des réunions d'activité physique non structurées (gymnastique à l'école, activité durant les loisirs).</p> <p>La fréquence recommandée du suivi et du contrôle du poids était d'une fois par mois pendant la période d'un an (présence parents + enfants). En plus de la mesure du poids, ce fut l'occasion pour les parents, enfants et les infirmières de poser des questions et de discuter. Lors de la première année de suivi, les questionnaires ont été répétés et le poids corporel et la taille ont été mesurés. Ceci a été effectué par la même personne qui a fait la mesure de base (auteurs). Les changements d'IMC (aucun, diminution, augmenter) ont été discutés et les parents se sont exprimés sur les éléments les plus faciles à suivre pour l'enfant et sa famille. Les auteurs ont effectué des évaluations avec les parents puis avec les infirmières scolaires. Les infirmières ont travaillé indépendamment et en continu avec les familles et les enfants tout au long du projet, tandis que la diététicienne a rencontré les familles seulement au début et après l'année d'intervention.</p> <p>Méthodes d'évaluation:</p> <p>Après 1 an, les parents et les infirmières scolaires ont été interrogés avec des questions ouvertes concernant leurs expériences et leurs sentiments sur le programme d'intervention. Les questions posées aux parents étaient axées sur les réactions de la famille au cours de l'intervention et sur les conseils diététiques qui étaient le plus faciles à respecter. Les infirmières scolaires ont également été interrogées sur la collaboration avec le diététicien, les enfants et leur famille.</p>
Résultats	<p>Changements dans l'alimentation, l'activité et le bien-être après 1 an d'intervention:</p> <p>Selon le questionnaire, la consommation moyenne de jus de fruits sucrés a été réduite chez 40 % des enfants après un an de suivi. Quatorze enfants ont utilisé la limonade sans sucre comparativement à six avant l'intervention. Dix enfants ont réduit le nombre ou la taille des portions de nourriture à l'école et 4</p>

	<p>enfants avaient fait de tels changements à la maison. Au départ, la consommation de lait était élevée, jusqu'à 1000-1500 ml/jour, puis était tombé à 400-600 ml/jour après avoir suivi le programme. La plupart des enfants buvaient du lait faible en graisse. Avant l'intervention six enfants allaient à l'école en voiture ou en bus et 12 marchaient ou allaient en vélo. Après le suivi d'un an, le nombre d'enfants qui allaient en voiture ou en bus était de 4 tandis que 6 se rendaient à vélo à l'école et 10 marchaient. Tous les enfants ont pris part à l'entraînement physique à l'école. Le nombre de cours de gym était plus de deux fois par semaine pour quatre des enfants avant l'intervention et le nombre d'enfants était de 10 après l'intervention.</p> <p>Pour résumer, 8 des 20 enfants ont réduit leurs activités sédentaires après un an de suivi. D'ailleurs, quatre d'entre eux ont augmenté leur activité physique dans une certaine mesure. La plupart des enfants ont donné les mêmes réponses à la partie III du questionnaire (bien-être) avant et après l'année d'intervention. Dix-huit enfants se sentaient très bien (ayant un grand nombre amis, d'être bon à l'école, estime de soi, ayant juste la taille du corps adapté à leur âge), mais 10 se mettent facilement en colère. Lors du suivi, cinq filles ne pouvaient pas répondre à la question sur leur propre taille du corps (grosueur), dont quatre se sentaient inchangées, trois se sentaient plus petites et deux se sentaient plus grandes que l'année précédente. Parmi les garçons, 1 sentait qu'il avait une taille inchangée, trois se sentaient plus petits et deux autres se sentaient plus larges que l'année précédente.</p> <p>Quels conseils diététiques ont été les plus faciles à suivre?</p> <p>Dans la plupart des cas, un petit nombre (1-4) des conseils diététiques individualisés ont été donnés. Selon des entretiens avec les parents, la réduction de la consommation de sucre, comme confiture, fruits crème et autres a été le plus facile à adhérer. Il était facile de diminuer les portions de lait à la maison. Il était plus difficile de faire prendre des aliments non sucrés et d'éviter les bonbons et le chocolat. En général, trois conseils diététiques sur les quatre donnés ont été suivis pendant l'intervention, cependant, la variation de l'adhérence entre les individus était considérable.</p> <p>La croissance et l'IMC</p> <p>Entre le dépistage et le début de l'intervention, les enfants ont augmenté en taille et poids. La moyenne de l'IMC n'a pas changé de manière significative dans le groupe d'intervention. Aucune donnée n'était disponible pour le groupe de référence. Après l'intervention de 1 an (suivi 2003) l'IMC a encore diminué.</p>
--	--

	<p>En comparant les changements dans la croissance d'intervention et des enfants de référence au cours des 2 années d'observation, 2001-2003, aucune différence significative n'a été trouvée dans les différentes valeurs moyennes.</p> <p>Variation de l'IMC par rapport à l'observance diététique et nombre de visites:</p> <p>Le nombre moyen de conseils diététiques donnés n'influence pas l'augmentation de l'IMC (n=12) et ceux inchangés (n = 7). Les enfants qui ont diminué leur IMC avaient visité en moyenne 5.3 fois l'infirmière scolaire et pour 65 % d'entre-deux, ils étaient accompagnés de leurs parents. Les 7 enfants qui n'ont pas changé leur IMC avaient visité l'infirmière 7.1 fois. 84 % d'entre eux étaient accompagnés de leurs parents. Les enfants qui ont diminué leur IMC ont eu une bonne adhérence aux conseils du régime alimentaire. Aucune relation n'a pu être établie entre le nombre de visites et le développement du poids.</p> <p>Évaluation de la formation des infirmières scolaires et de leurs expériences après l'intervention:</p> <p>Trois des 15 infirmières n'ont pas répondu au questionnaire sur la formation, huit ont été satisfaites de l'information reçue, et quatre pensent que l'information était insuffisante. Ces quatre infirmières voulaient obtenir des instructions sur la nutrition, des conseils diététiques, des directives plus distinctes en ce qui concerne le projet et la façon de travailler avec la famille afin de motiver l'enfant. Quatre infirmières voulaient plus de temps pour les questions et les réflexions durant la formation. Onze des infirmières étaient satisfaites du travail de groupe en collaboration avec le psychologue et le diététicien, deux infirmières n'ont pas répondu à la question tandis que deux autres désiraient avoir des discussions plus concrètes sur l'alimentation et l'activité physique.</p> <p>L'entretien après la période d'intervention a montré que toutes les infirmières avaient des commentaires positifs au sujet du projet. «Il a été facile d'amener les parents à venir à l'école». «J'ai appris par la diététicienne la façon de travailler concrètement et pratiquement avec des conseils nutritionnels.» Les infirmières étaient devenues plus confiantes dans leur rôle de la promotion de la santé et ont été convaincues de la nécessité de s'adresser directement aux parents afin de faire des changements de mode de vie. Alors qu'auparavant les infirmières ne traitaient pas ces questions. «Avant, nous avons remis les problèmes au médecin scolaire» ou «J'ai maintenant plus de courage, qu'auparavant, j'avais peur de</p>
--	--

	<p>dire quoi que ce soit pour les parents à propos de ce problème». Cependant, de nombreuses infirmières ont estimé que la coopération doit continuer avec la clinique pédiatrique et la diététicienne pendant l'année de suivi.</p> <p>Sept infirmières avaient des points de vue négatifs, trois d'entre ont perçu le projet comme trop lourd. Une infirmière a mentionné que cette intervention était bonne avec un petit nombre de famille à traiter avec un plus grand nombre d'enfants, cela aurait été trop laborieux. Un autre problème a été que les parents ont souvent manqué les rendez-vous à l'école, et que l'enfant rencontre l'infirmière seul.</p> <p>Les expériences des parents après l'intervention</p> <p>Toutes les familles ont mentionné certains effets positifs de l'intervention. «Il a été positif de prendre part au projet et d'obtenir du soutien» (sept personnes). «J'ai aimé voir la courbe de l'IMC et d'apprendre que cela peut influencer sur le poids futur. Un travail de longue haleine! C'était bien les visites avec l'infirmière de l'école» (deux personnes). Je pense qu'il est important de continuer à vous rencontrer pour 4 ans (deux personnes). «Ma fille est plus gaie, et maintenant elle veut participer aux cours de gym. «J'ai dit à mes enfants que nous apprenons à manger de la bonne manière, en fait, tout le monde doit participer à des projets comme celui-ci. Treize familles ont eu des expériences négatives. Selon cinq parents, leurs enfants ont été stigmatisés par le projet de diverses manières. «Mon fils est devenu obsédé par le poids», «Ma fille n'a pas mangé son gâteau d'anniversaire, elle se sentait la graisse et dégoûtant», «Parfois, mon fils m'a dit qu'il doit réduire son poids, ou il est taquiné parce qu'il ne peut pas courir aussi vite que d'autres enfants, ils l'appellent gras» (deux personnes).</p> <p>Quatre parents ont parfois du mal, comme le l'enfant est devenu très en colère quand la taille des portions alimentaires et la consommation de bonbons a été limitée. En ce qui concerne les réunions avec l'infirmière: deux mères disent dans l'interview: «Je ne me sentais pas bien, il faut être présent lors de chaque visite avec l'infirmière scolaire.»</p>
Discussion	<p>Avant le projet, quelques-unes des infirmières n'osaient pas travailler avec les enfants obèses ou en surpoids à l'école. Cela peut s'expliquer en partie par le manque de connaissances sur la façon d'aborder le problème. Pour l'infirmière scolaire, les rencontres avec la famille et l'enfant ainsi que la diététicienne ont été l'occasion d'étudier comment un diététicien travaille avec des enfants en surpoids. Dans le même</p>

	<p>temps, les réunions leurs donnaient la possibilité d'en apprendre davantage sur les aliments, les modes de nutrition et les conseils, ce qui pourrait combler les lacunes de leurs au niveau des connaissances.</p> <p>Les infirmières souhaitent plus de temps pour le travail d'équipe et pouvoir avoir un psychologue et un diététicien durant les suivis.</p> <p>La plupart des enfants atteints de surpoids dans l'étude actuelle ont répondu qu'ils se sentaient bien en général, avec l'exception qu'ils se sentaient souvent taquinés par leurs camarades de classe et qu'ils se mettaient facilement en colère. Selon les parents, cinq des enfants ont été stigmatisés par le projet de diverses manières.</p> <p>En général, les parents étaient désireux de servir des aliments «sûrs» pour leurs enfants. Aucun des parents ont acheté des boissons non sucrées pour les enfants, principalement parce qu'ils croyaient que les édulcorants pourraient causer le cancer. Certains parents ont déclaré que tous les membres de la famille avaient essayé de changer leurs habitudes alimentaires d'une manière positive. Il y avait, cependant, des problèmes généraux en matière de réduction de la quantité de nourriture, trouver des alternatives aux aliments entre les repas et pour les célébrations/fêtes. Les commentaires de quelques parents pendant la phase de suivi indiquent qu'un contact direct avec un diététicien aurait été apprécié.</p> <p>Quand un enfant grandit, les parents augmentent leur le temps de travail en dehors du foyer, l'enfant va donc seul en vélo à l'école, lisent plus de livres et de magazines. Durant le suivi, les enfants étaient seuls à la maison une grande partie de la journée, par conséquent, les parents ont peu ou pas de contrôle de l'enfant sur l'alimentation et les heures passées devant la télévision.</p> <p>Beaucoup de parents ont éprouvé des difficultés à limiter l'apport alimentaire leur enfant, car ils ne veulent pas avoir des conflits. Ils considèrent qu'il est favorable qu'un autre adulte puisse dire à leur enfant comment manger. Pour certaines familles de simples conseils diététiques individualisés ont induit un changement.</p> <p>Limites</p> <p>Il y a plusieurs faiblesses avec l'étude, l'une étant la faible participation des parents et des enfants (30 % des enfants en surpoids) dans le programme d'intervention. Peut-être les familles n'ont pas examiné le</p>
--	---

	<p>surpoids comme un problème. Le surpoids chez les enfants est difficile à diagnostiquer étant donné que l'enfant n'a pas l'air d'avoir de la graisse. De plus, c'est plus difficile pour les parents d'accepter le diagnostic.</p> <p>Dans la présente étude, quelques-unes des infirmières soutiennent que certains des parents étaient très irrités quand ils ont téléphoné à propos de la participation au projet. En outre, une sensibilisation accrue ou la peur du risque de développer un trouble de l'alimentation, par exemple anorexie, pourrait être une raison pour ne pas prendre parti du projet. Une autre raison pourrait être une crainte de stigmatisation, compte tenu de la conception de l'intervention avec des visites de l'infirmière pendant les heures d'écoles. Les commentaires de certains parents montrent que ce fut une réalité dans ce projet.</p> <p>Une faiblesse de cette recherche est l'absence d'un groupe témoin. Notre «groupe de référence» se composait d'enfants en surpoids qui avaient pris part à l'examen préalable, mais qui avaient refusé de participer à la phase d'intervention. Comme il y a eu d'intenses discussions sur les risques de surpoids et d'obésité pour la communauté au cours de ces dernières années, même le groupe de référence a pu être influencé et effectuer des changements dans leurs habitudes et leur mode de vie. En fait, les deux tiers des enfants de référence avaient maintenu ou diminué leur IMC. Il est possible que dans certaines familles, la simple connaissance de la présence d'un excès de poids puisse inciter à faire quelques changements de style de vie. Le côté positif de la médaille est que le changement peut être atteint au moyen de petites informations.</p> <p>Le problème général est le faible taux de participation dans ce type d'enquêtes, car il faudrait faire appel à des stratégies spéciales pour atteindre et convaincre les parents et les enfants par rapport à la nécessité de participer à des interventions visant à prévenir l'obésité chez leurs enfants.</p> <p>Nous avons constaté que les infirmières scolaires ont des connaissances pour résoudre le problème de l'obésité. Le travail en collaboration avec les diététiciens et une équipe de soins de santé peut être un moyen efficace pour traiter la surcharge pondérale et l'obésité chez les enfants dans le milieu scolaire.</p>
--	---

Titre	School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity.
Auteurs	Nauta C, Byrne C, Wesley Y.
Titre du journal	Comprehensive Pediatric Nursing
Année de publication	2009
Pays	USA
Question de recherche /hypothèses/Objectifs/Cadre théorique	<p>La littérature suggère que le milieu scolaire et les infirmières scolaires jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'augmentation de l'obésité infantile. Cependant la recherche ne démontre pas clairement que l'école et les infirmières adoptent des comportements de promotion de la santé dans le combat de l'obésité. Il y a peu de recherches en ce qui concerne les connaissances des infirmières scolaires et les pratiques liées à la prévention de l'obésité infantile. Le but de cette étude est de décrire les connaissances des infirmières scolaires du New Jersey et leur pratique liée à l'obésité infantile.</p> <p>Le cadre théorique qui a guidé cette étude était le Pender' s Health Promotion Model (HPM). Le HPM considère 3 facteurs influençant l'obésité de l'enfant:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les caractéristiques individuelles et l'expérience, 2. Les cognitions, affects et comportements spécifiques 3. Les résultats comportementaux. <p>En utilisant ce modèle, on suppose que les infirmières scolaires utiliseraient souvent l'IMC et de l'incidence sur les connaissances des infirmières scolaires sur l'obésité de l'enfant. Par conséquent cette étude décrit la pratique des infirmières scolaires et leurs connaissances par rapport à l'obésité de l'enfant.</p>
Population/échantillon	103 infirmières scolaires résidant dans l'État du New Jersey ont participé à cette étude, mais le questionnaire avait été envoyé à 225 infirmières scolaires.

Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés:</u> Body Mass Index, Child, Clinical Competence/standards, Education, Nursing, continuing/organization, administration, Evidence-Based Nursing, Female, Health Care Surveys, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Health Promotion/methods, Humans, Life Style, Middle Aged, Nurse's Role, Obesity/nursing, Obesity/prevention & control, QuestionnairesSchool Nursing, Weight Loss</p> <p>Devis quantitatif. Un design corrélationnel descriptive (Burns et Grove, 2005) a été utilisé pour donner une idée de la perception des infirmières scolaires en ce qui concerne l'obésité chez les enfants d'âge scolaire.</p> <p>Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p>
Méthodologie	<p>L'instrument original présenté sous forme de questionnaire a été développé pour mesurer les connaissances et la pratique des infirmières scolaires à l'égard de l'obésité chez les enfants. Les auteurs ont envoyé ce document à 225 infirmières scolaires et 103 leur ont été retournés.</p> <p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour déterminer le pourcentage d'infirmières scolaires qui ont coché chaque catégorie des 5 points du même type que l'échelle de Likert. Les résultats différaient entre «fortement en accord» et «tout à fait en désaccord». L'analyse descriptive a également été utilisée pour voir combien de fois les infirmières scolaires utilisent certaines méthodes pour mesurer l'obésité.</p>
Résultats	<p>Au total, 225 questionnaires ont été distribués à partir de 24 janvier 2006 au 10 février 2006 avec 103 questionnaires (46 %) retournés. Les répondants ont été toutes les femmes avec un âge moyen de 50,62 années et avaient une expérience d'infirmière scolaire entre 1 an et 34 ans. Soixante-cinq pour cent des répondants ont indiqué qu'ils ont obtenu leur baccalauréat en sciences infirmières et 34 % ont reçu leur maîtrise. Il n'y avait pas de répondant ayant fait des études de niveau doctorat. Le nombre moyen d'élèves dont s'occupait une infirmière scolaire était de 591.</p> <p>La grande majorité des participants de l'étude croyaient que les mauvais comportements alimentaires (99 %), la consommation calorique excessive (99 %), et un mode de vie sédentaire (97 %) ont eu un rôle majeur dans la survenue de l'obésité infantile. Par ailleurs, les sondages indiquaient que 99 % des infirmières scolaires du New-Jersey pensent que l'obésité infantile est devenue plus courante et 89 %</p>

	<p>disent que la plupart des enfants ne sauront pas dépasser le problème. Trente-quatre pour cent des infirmières scolaires du New Jersey échantillonnées recommandent traitement pour la perte de poids pour tous les enfants qui sont obèses. En outre, 25 % des infirmières recommandent habituellement un traitement de perte de poids pour les enfants avec un problème de santé lié à l'obésité.</p> <p>Il a également été constaté que plus de 65 % des infirmières de l'étude ont répondu qu'elles utilisaient parfois, rarement ou jamais le calcul de l'IMC dans l'obésité infantile. En revanche, 71 % des infirmières scolaires sont fortement d'accord par rapport à l'affirmation que le poids normal est important pour la santé des enfants et qu'il faut éliminer les conséquences à long terme de l'obésité infantile. En outre, 94 % des répondants étaient «fortement d'accord» ou «d'accord» qu'un programme complet de santé de contrôle du poids devrait être disponible dans toutes les écoles. De plus, 77 % estiment que les écoles ne font pas assez pour aider à soulager l'obésité infantile. Ensuite, 92 % des répondants ont convenu que les écoles devraient éliminer les distributeurs alimentaires et 86 % sont en accord que les écoles devraient offrir des déjeuners hypocaloriques.</p>
Discussion	<p>Les résultats de cette étude montrent que les infirmières scolaires de l'État du New Jersey semblent bien informées sur l'obésité infantile. Cependant, seulement un tiers des répondants ont indiqué qu'ils vérifient régulièrement l'IMC et qu'ils recommandent des programmes de contrôle du poids. Cette étude indique qu'il y a un pourcentage accru (33,9 %) des personnes interrogées qui se sentent compétentes dans l'utilisation des programmes existants d'amaigrissement pour les enfants. De plus, le pourcentage d'infirmières scolaires qui ont déclaré utiliser les échelles de percentile en fonction de l'IMC est de 34,6 %. Un fait encore plus troublant: peu d'infirmières scolaires (27.2 %) déclarent avoir habituellement recommandé des programmes de traitement pour les enfants ayant un problème de santé lié à l'obésité.</p> <p>Le faible nombre d'infirmières interrogées dans cette étude peut être un biais des résultats. Les responsabilités écrasantes, la charge de travail des infirmières scolaires, le stress, la stigmatisation possible et la réaction des parents peuvent être des obstacles supplémentaires aux résultats. Environ 78 % des personnes interrogées pensent que les écoles n'en font pas assez pour aider à soulager l'obésité infantile.</p>

	<p>En ce qui concerne les connaissances des infirmières scolaires sur l'obésité infantile, 99 % sont d'accord que l'obésité de l'enfant est de plus en plus rependue. Les infirmières de cette étude étaient également conscientes du fait que les mauvaises habitudes alimentaires, l'apport calorique excessif et le mode de vie sédentaire contribuent au problème de l'obésité.</p> <p>La théorie HPM soutient l'utilisation régulière de l'IMC et recommande aux familles des programmes de lutte contre le surpoids. Malheureusement, seulement un tiers des infirmières de l'échantillon ont déclaré avoir utilisé régulièrement le dépistage par l'IMC et des programmes de lutte du surpoids. Plus de la moitié des infirmières de l'échantillon sont d'accord sur le fait qu'un programme de santé complet pour le contrôle du poids doit être mis à disposition dans chaque école. Ils déclarent également avoir besoin de plus de structure et de soutien par l'administration scolaire afin d'aborder le sujet difficile de l'obésité. Les participantes à l'étude ont également convenu que les cafétérias devraient offrir des menus hypocaloriques (92 %) et que les distributeurs alimentaires doivent être éliminés (86 %).</p> <p>Avec les nouvelles réglementations et normes mises en œuvre dans le New-Jersey, les infirmières scolaires peuvent influencer sur les changements de mode de vie grâce à leurs compétences de promotion de la santé. Seulement 35 % des infirmières scolaires ont indiqué qu'elles utilisent les courbes de percentile en fonction de l'IMC «la plupart du temps» ou «souvent». En général, les résultats soutiennent que si les infirmières utilisent la courbe de percentile «la plupart du temps» ou «Souvent», elles ont tendance à recommander un traitement pour la perte de poids. Ce constat peut avoir des répercussions sur la pratique, pour que l'utilisation de l'IMC soit mandatée dans les districts scolaires. Enfin, il pourrait y avoir une augmentation du nombre de familles qui sont visées à des programmes d'amaigrissement.</p> <p>Limites</p> <p>La limite théorique de l'utilisation du modèle HPM a plusieurs facettes. Malgré le fait que cette étude était une réplique de la Moyers et al. (2005) étude qui était une réplique de Price et al. (1987), les variables de l'étude n'ont jamais été clairement liées aux concepts du cadre théorique. La généralisation est limitée en raison d'un échantillon avec un taux de retour de 46 %. Cet instrument est cependant peu fiable et aurait besoin de révisions. Comme les infirmières scolaires sont peut-être les seules professionnelles de la santé</p>
--	--

	<p>que de nombreux enfants voient régulièrement. Finalement, il est important de mener une recherche avec un questionnaire fiable.</p> <p>Implications et recommandations</p> <p>Il est nécessaire de bien développer des outils de mesure psychosociaux afin d'évaluer les connaissances des infirmières scolaires et les perceptions des enfants ayant un IMC élevé. Bien que la question de l'obésité infantile continue de se poser, des outils psychométriques mesurant ces variables sont rares. Par conséquent, les études avec des liens clairs entre un modèle conceptuel et ces mesures sont nécessaires. En outre, des recherches ultérieures sont souhaitables pour déterminer comment les infirmières scolaires envisagent leur futur rôle dans les interventions de l'obésité infantile.</p> <p>Peut-être, comme le suggère par Price et al. (1987) et Kubik et al. (2007), les infirmières scolaires devraient recevoir un soutien pour mener une campagne de prévention par la récolte des résultats des IMC et la recommandation des programmes d'amaigrissement. Par ailleurs, des recherches sont essentielles pour expliquer pourquoi les infirmières n'ont pas confiance dans les recommandations de contrôle du poids et les raisons d'une sous-utilisation de la méthode de dépistage de l'obésité infantile par l'IMC.</p> <p>La résistance des parents est un facteur qui pourrait diminuer la confiance d'une infirmière dans les programmes de prévention de l'obésité. La recherche a montré que les parents et les professionnels de la santé ne s'entendent pas sur le fait de savoir si un enfant est obèse ou pas (Jain, Sherman, Chamberlin, Carter, Pouvoirs, & Whitaker, 2001). D'autres études sont nécessaires pour mesurer l'efficacité des infirmières scolaires dans la lutte contre cette épidémie.</p>
--	---

Titre	School Nurse's Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A qualitative Approach
Auteurs	Ric G. Steele, Yelena P. Wu, Chad D. Jensen, Sydni Pankey, Ann M. Davis and Brandon S. Aylward
Titre du journal	Journal of School Health
Année de publication	2011
Pays	États-Unis
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>Plusieurs études antérieures ont mis en évidence plusieurs barrières spécifiques par rapport à la communication des infirmières scolaires avec la famille des enfants obèses sur la santé reliée au poids.</p> <p>Étant donné que les enfants passent 8 heures par jour dans un établissement scolaire, les chercheurs pensent que les infirmières scolaires est une population cible cruciale, car leur rôle et leur mandat sont de surveiller et de promouvoir la santé des enfants. Ces professionnelles de la santé devraient servir d'intermédiaire entre la famille et l'école.</p> <p>Le but de cette étude est d'analyser les problèmes de santé en utilisant une méthodologie de discussion en groupe par rapport aux obstacles reliés au poids perçus par les infirmières scolaires pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille</p>
Population/échantillon	<p>22 infirmières scolaires de 3 districts du Midwest ont participé à l'étude. En moyenne, les infirmières avaient pratiqué pendant 9,1 années. Une majorité (71 %) des infirmières a travaillé dans les écoles primaires.</p> <p>Chaque infirmière avait en moyenne 617 élèves dans un cercle scolaire. Elles ont également soulevé que 40 % des élèves reçoivent des petits déjeuners et déjeuners gratuits.</p>
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés:</u> School nurses, pediatric obesity, overweight, weight related health, barriers, communication</p> <p>Devis qualitatif phénoménologique</p>

Méthodologie	<p>Instrument</p> <p>Conformément aux procédures recommandées, le groupe cible a été organisé autour d'un ensemble de questions. La première série de mise au point des groupes (qui a nécessité 4 séances pour accueillir les infirmières) a évalué les attitudes des infirmières et leurs connaissances sur l'obésité pédiatrique y compris leurs perceptions des obstacles à aborder par rapport au poids. En ce qui concerne les questions dans le milieu scolaire, la majorité des résultats présentés dans la présente étude ont été triés à partir des groupes de discussion. Suivant les groupes de discussion de cette première récolte de données, un groupe de discussion supplémentaire a évalué les préférences des infirmières en utilisant une intervention éducative. Cette méthode comprenait un ciblage auto-efficace perçu par l'infirmière scolaire pour répondre aux besoins pédiatriques sur la santé reliée au poids. Les infirmières ont assisté à un maximum de séances. Avant les séances avec les groupes de discussion, les questions thématiques ont été examinées par deux psychologues pédiatriques expérimentés sur la santé reliée au poids en lien avec la recherche qualitative. Pendant les séances de groupes, un animateur introduit le sujet puis la discussion est encouragée. Les réponses sont clarifiées tandis qu'un autre animateur prend des notes sur les sujets abordés. Chaque séance de groupe de discussion a duré environ 90 minutes.</p> <p>Procédure</p> <p>Les infirmières scolaires ont reçu des informations sur l'étude actuelle de leur district par e-mail et lors des réunions de santé de district. Bien que le nombre exact des infirmières qui ont reçu cette information ne peut être déterminé, nous estimons qu'environ 100 infirmières scolaires ont reçu des informations à propos de l'étude. Les infirmières scolaires intéressées (n = 33) ont été contactées pour recevoir plus d'informations sur le projet et identifier les jours/heures potentielles pour assister aux séances des groupes de discussion. De ce nombre, 22 ont pu assister à au moins un des groupes de discussion organisés au cours du printemps 2008. Des groupes de discussion ont varié en taille de 2 à 6 participants chacun. Trois étudiants qui ont le niveau master ayant reçu une formation dans la méthodologie de groupe ont dirigé les discussions. Tous les groupes de discussion ont été filmés et/ou enregistrés avec une bande sonore pour la retranscription. Les infirmières ont reçu 50 \$ en contrepartie de leur participation.</p>
---------------------	---

	<p>Analyse des données</p> <p>À l'issue des groupes de discussion, un professionnel transcripteur retranscrit la bande numérique du groupe de discussion. Les transcriptions ont été examinées par du personnel de recherche pour assurer l'exactitude. Les noms des infirmières ont été effacés et ont été remplacés avec des numéros d'identification. Le système de codage comprenait 18 types d'obstacles que les infirmières identifiaient comme des facteurs les empêchant d'aborder la santé liée au poids de l'élève. Après discussion, les codeurs se sont accordés sur 100 % des obstacles identifiés. Les résultats présentés dans cet article sont le consensus des notations.</p>
Résultats	<p>Les infirmières scolaires ont décrit une série d'obstacles qui, de leur point de vue, pourraient les empêcher de travailler sur la santé des étudiants par rapport à leur poids. Ces obstacles sont présentés dans 5 catégories: les facteurs individuels (infirmière), facteurs familiaux, les interactions entre les infirmières et les familles, les facteurs institutionnels et les facteurs sociétaux.</p> <p>Facteurs individuels des infirmières</p> <p>Par exemple, une infirmière a déclaré qu'elle ne dispose pas de ressource ou de document pertinent relatif à la santé reliée au poids. Les infirmières ont également signalé qu'elles ne savaient pas comment aborder avec les enfants et leur famille un sujet aussi sensible que le poids. Certaines infirmières ont noté que leur auto-évaluation des compétences pour résoudre les problèmes de poids constituait un obstacle. Plus précisément, environ un quart des infirmières ont dit qu'elles ne se sentent pas compétentes pour communiquer avec les familles au sujet du poids et de motiver les familles à résoudre les problèmes de poids. Par exemple, une infirmière a signalé: «J'aurais personnellement le sentiment que les parents pensent, comment pouvez-vous parler, vous êtes gros vous-même.»'</p> <p>Facteurs familiaux</p> <p>La plupart des infirmières ont mentionné que les familles de certains élèves n'ont pas vu de problème de poids, et les familles ne semblent pas motivées pour aborder ce sujet. Par exemple, 1 infirmière a noté: «Je pense que la famille saurait très certainement reconnaître qu'ils sont en surpoids, mais je pense que peut-être ils ne voient pas où est-ce qu'ils ont à jouer un rôle dans cela.» Cependant, les infirmières notent</p>

	<p>que certains enfants ayant des problèmes de poids ont des relations familiales compliquées, ce qui a rendu plus difficiles les interventions infirmières.</p> <p>Certaines infirmières ont également mentionné des obstacles tels que le temps et les ressources limitées des familles pour surveiller l'activité physique de leurs enfants ou les habitudes alimentaires. Plus précisément, les infirmières scolaires ont rapporté que les facteurs familiaux et culturels représentent des obstacles à leurs efforts. Les obstacles signalés peuvent être classés en 4 thèmes: les barrières linguistiques, le manque de connaissances sur les aliments commun entre les différents groupes culturels, perceptions de taille/forme normale du corps et de hautes prévalences des problèmes de poids chez certains groupes culturels. Dans l'ensemble, les infirmières ont déclaré se sentir moins compétentes dans l'information donnée aux familles. Enfin, certaines infirmières soulignent un manque de motivation chez les enfants qui constitue un obstacle à la résolution des problèmes de poids dans les écoles. Ces résultats peuvent expliquer les résultats précédents dans le sens où les infirmières scolaires conseillaient les enfants et leur famille lorsque ceux-ci leur demandaient des informations.</p> <p>Interactions entre les infirmières et les familles</p> <p>La majorité des infirmières ont mentionné que la crainte des réactions des autres est un obstacle qui les empêche d'aborder le poids des élèves. Principalement, les infirmières ont cité la peur de la réaction des parents à recevoir des informations sur le poids de leur enfant. Les infirmières craignent que les parents se sentent personnellement attaqués ou que leur enfant ait été discriminé. De même, certaines infirmières ont déclaré craindre que d'avoir des services liés au poids à l'école serait stigmatiser les enfants et les familles. En outre, les infirmières s'inquiètent sur les conséquences pour elles-mêmes si les parents se plaignent auprès de l'administration scolaire. Un autre obstacle relevé est la difficulté d'avoir une discussion sur le poids avec les élèves, car il est rare d'examiner un élève pour un problème non urgent. Environ un tiers des infirmières ont exprimé des préoccupations au sujet des expériences passées avec les parents qui ont été offensés, des efforts scolaires inefficaces pour intervenir sur le poids, ou un manque de suivi par les familles quand on se réfère aux programmes de gestion du poids de la communauté.</p>
--	---

	<p>Facteurs institutionnels</p> <p>Plus de la moitié des infirmières participant ont mentionné qu'il y avait des barrières institutionnelles qui constituent des obstacles à la prévention de l'obésité. En particulier, de nombreuses infirmières ont cité un manque de soutien de l'administration. Par ailleurs, certaines infirmières ont perçu une réticence de la part des écoles à mettre en œuvre des programmes de prévention de l'obésité à cause d'une peur de la réaction des parents face à ces programmes. Fait intéressant, certaines infirmières ont remarqué que les administrateurs étaient peu favorables à mettre en œuvre des programmes de prévention du surpoids parce qu'elles-mêmes, infirmières scolaires avaient des problèmes personnels de surpoids.</p> <p>Relatif à l'appui institutionnel, la grande majorité des infirmières scolaires ont mentionné des contraintes de temps. Ceux-ci ont été exprimés dans une variété de façons. Par exemple, les participants ont indiqué qu'ils avaient de nombreuses responsabilités et une gamme d'étudiants avec des problèmes de santé multiples à traiter, pas seulement l'obésité. Une infirmière a déploré: «Je déteste utiliser le temps comme une excuse, mais je pense que les infirmières scolaires sont tout simplement arrachées dans tous les sens.» De plus, certaines infirmières ont indiqué que le temps d'enseignement était une contrainte parce qu'il est difficile pour elles de fournir un enseignement aux élèves dans leurs classes. Comme mentionné précédemment, plusieurs des infirmières scolaires qui ont participé aux groupes de discussion ont indiqué qu'elles travaillaient dans plusieurs écoles. Les observations suggèrent que les infirmières scolaires peuvent se sentir accablées par trop de responsabilités, ce qui laisse peu de place à l'attention et aux préoccupations d'ordre médical non urgent, comme des problèmes de poids. Inversement, les infirmières ont noté que d'avoir le soutien de l'administration, des enseignants et des entraîneurs de sport serait très utile si les infirmières devaient mettre en œuvre des services de prévention. Les trois quarts de l'échantillon ont également cité la nourriture à l'école comme un obstacle institutionnel pour traiter les étudiants en surpoids. Par exemple, les infirmières ont mentionné qu'il peut être difficile pour les étudiants de trouver un choix de menu sain au petit-déjeuner et au déjeuner de l'école. Enfin, les infirmières notent que les étudiants reçoivent souvent des collations malsaines comme une récompense pour leur rendement scolaire ou pour des événements spéciaux tels que des fêtes d'anniversaire et/ou des vacances.</p>
--	--

	<p>Facteurs sociétaux</p> <p>Près de la moitié des infirmières de notre échantillon a approuvé une variété de normes sociétales qu'elles ont perçues comme des obstacles à la résolution des problèmes de poids. Ces normes incluent une augmentation des comportements sédentaires, l'accent sociétal sur les sports de compétition plutôt qu'une activité physique permanente, l'évolution des perceptions de poids normal, la prolifération des aliments non nutritifs, et l'augmentation de la taille des portions. Un exemple illustratif fourni par une infirmière de l'école a été: «Les gens ne se perçoivent peut-être pas comme étant en surpoids, car cela devient la norme. C'est presque incroyable quand vous sortez et que vous voyez quelqu'un qui est de taille normale.» Les infirmières ont expliqué ces facteurs sociétaux comme des obstacles pour approcher des enfants et leur famille au sujet de la gestion du poids (par exemple, une augmentation du poids est considérée comme normale), et comme un obstacle à la réussite dans les conseils sur la gestion du poids (par exemple, une mauvaise alimentation et le comportement sédentaire vont diminuer la réussite de l'intervention).</p>
Discussion	<p>Grâce à une méthodologie des groupes de discussion, l'étude actuelle a permis d'identifier les obstacles perçus par les infirmières scolaires dans la prévention de l'obésité infantile. Les avantages de la recherche qualitative sont la richesse des données obtenues et la possibilité d'évaluer les perspectives des participants. Ces données sont souvent extrêmement utiles dans la conception des interventions pour remédier aux problèmes sociaux et comportementaux importants. Par ailleurs, notre étude est unique car les barrières sont auto-identifiées par des infirmières scolaires.</p> <p>L'étude actuelle a identifié plusieurs obstacles majeurs liés au poids. Les éléments principaux ressortis de l'étude sont notamment des caractéristiques familiales, le manque de motivation de l'enfant, la peur des réactions des autres et la difficulté d'établir des relations avec les enfants. Les autres obstacles identifiés grâce à la méthodologie des groupes de discussion ont été similaires aux barrières relevées par d'autres enquêtes. Plusieurs points ont été mis en évidence dans l'auto-évaluation des infirmières. Notamment, un manque de connaissance et de ressources, la surveillance et la prise en charge du poids est un défi trop important. Le manque de soutien et le manque de temps sont les principales barrières soulevées. Une grande majorité de nos répondants ont indiqué qu'elles manquaient de connaissances et de compétences</p>

	<p>pour fournir des informations aux familles par rapport à l'obésité infantile. Ces données soulignent l'importance d'une intervention visant à renforcer les connaissances des infirmières.</p> <p>Nos résultats suggèrent que les infirmières scolaires ont un rôle qui pourrait être approfondi concernant l'obésité de l'enfant. En effet, elles pourraient effectuer des évaluations régulières ainsi qu'un suivi psychologique. Elles feraient également le lien avec les parents de ces enfants.</p> <p>En plus des facteurs individuels des infirmières scolaires qui seraient des obstacles à la communication, les résultats indiquent que les facteurs familiaux des infirmières peuvent limiter la collaboration et la discussion avec les familles sur les problèmes de santé reliés au poids. On retiendra en particulier les questions d'origine ethnique et les différences culturelles environnantes. Par exemple le manque de connaissances sur les habitudes culturelles, ne sachant pas comment approcher les familles ainsi que de remplacer les mauvaises habitudes qui ont une importance dans chaque culture. Toutefois, contrairement aux craintes et aux angoisses de nombreuses infirmières scolaires, la compétence culturelle n'exige pas nécessairement que l'on soit un expert sur tous les aspects de chaque groupe culturel rencontré.</p> <p>Cependant, plus spécifiquement, les politiques du district scolaire qui a délimité clairement les rôles des infirmières scolaires sont autorisées ou mandatées pour améliorer la communication entre les infirmières et les familles.</p>
--	---

Titre	Regional Differences as Barriers to Body Mass Index Screening Described by Ohio School Nurses
Auteurs	Ann M. Stalter, Rosemary V. Chaudry and Barbara J. Polivka
Titre du journal	Journal of School Health,
Année de publication	2011
Pays	États-Unis, état d'Ohio
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>Des questions (ci-dessous) ont été posées à des infirmières scolaires liées aux facteurs et aux pratiques de dépistage par l'IMC. Les infirmières scolaires ont été interrogées dans un contexte de l'école primaire dans l'état de l'Ohio:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Quelles sont les pratiques de dépistage? (2) Quels sont les facteurs politiques? (3) Quels sont les facteurs de l'environnement physique de l'école? (4) Quels sont les facteurs de l'environnement social de l'école? (5) Quels sont les risques de l'école/facteurs de protection? (6) Quels sont les facteurs accès à des soins de santé de qualité?
Population/échantillon	<p>Un échantillon d'infirmières scolaires de 25 régions urbaines, rurales et de banlieue ont été recrutées dans une région de l'Ohio. Trois groupes de discussion ont été organisés avec entre 6 et 10 infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion. Les critères d'inclusion étaient: (1) être membre du OASN (Association des infirmières scolaires); (2) détenir une licence de RN (Registered nurse), et (3) être employées comme infirmière à temps plein dans une école primaire publique dans une région urbaine, rurale ou suburbaine. Les critères d'emploi à temps plein ont été créés pour refléter l'intérêt de la population concernée (infirmières scolaires de l'Ohio), en particulier parce que 90 % des infirmières</p>

	scolaires qui travaillent dans cet état sont à temps plein et 54 % des infirmières scolaires qui travaillent à temps plein le font dans des écoles élémentaires.
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés:</u> Child and adolescent health ; public health; school nurses; school nursing practice</p> <p>Devis qualitatif</p> <p>Chaque participant a rempli le questionnaire démographique et le formulaire de consentement éclairé.</p>
Méthodologie	<p>Instruments</p> <p>Des groupes de discussion, des protocoles de recrutement pour déterminer l'admissibilité, un questionnaire démographique avec des listes de questions semi-structurées ont été établis. Les données démographiques du questionnaire adressé aux infirmières scolaires demandaient leurs caractéristiques ainsi que celles de leurs écoles. Les caractéristiques des infirmières incluaient 11 items tels que la certification, les années d'expérience, la préparation pédagogique, le type d'école assignée, le nombre d'écoles affectées, la race, l'ethnie, etc.</p> <p>Les caractéristiques de l'école comprenaient 12 questions telles que les caractéristiques socioéconomiques des étudiants, la configuration du système scolaire (rural, urbain, suburbain), le nombre d'enfants aux déjeuners et si le système scolaire ou les bâtiments étaient dans des milieux universitaires, financiers ou en construction. Deux infirmières scolaires chercheuses ayant une expertise en soins infirmiers scolaires ont examinés les questions afin de valider le contenu.</p> <p>Procédure</p> <p>Les membres de l'OASN (N = 352) ont été informés de l'étude par un e-mail du président de l'association. Les participants intéressés (n = 43) ont contacté le directeur d'enquête par e-mail. Vingt-cinq (58 %) des participants intéressés répondaient aux critères d'inclusion. Les groupes étaient formés selon leur proximité.</p> <p>Chaque séance de groupe de discussion a été enregistrée sur une bande audio avec 2 bandes enregistreuses. Avant le début des enregistrements, chaque participant a rempli le questionnaire</p>

	<p>démographique et le formulaire de consentement éclairé. À l'issue des discussions en groupe, chaque participant a reçu un cadeau de 20 \$.</p> <p>Analyse des données</p> <p>La collecte s'est déroulée sur 2 ans (2004-2006) parce que la collecte et l'analyse de données étaient un processus répétitif qui a eu lieu entre 3 groupes de discussion.</p> <p>L'animateur et le co-animateur ont vérifié les transcriptions pour en assurer l'exactitude. Après vérification, des documents ont été saisis dans un logiciel d'analyse de données qualitatives. Les données ont été codées par des expressions ou des énoncés qui reflètent les catégories. En outre, un audit a été mené par un chercheur doctorant en études qualitatives pour établir la fiabilité et la confirmabilité.</p>
Résultats	<p>Les infirmières scolaires (N = 25) se caractérisent selon les écoles où elles étaient employées en milieu urbain (40 %), en milieu rural (28 %), ou en banlieue (32 %). Presque tous les participants (96 %) étaient des femmes et Caucasiennes. 66 % des participants ont eu au moins 5 années d'expérience en tant qu'infirmière scolaire dans une école primaire publique. Toutes les infirmières scolaires étaient titulaires d'un diplôme de baccalauréat, 60 % des infirmières en milieu urbain ont obtenu une maîtrise alors qu'elles étaient 12,5 % en milieu suburbain et 0 % en milieu rural. L'obtention de repas scolaires gratuits a été un indicateur pour évaluer les revenus de la population. Plus de la moitié des infirmières interrogées ont indiqué que la majorité des étudiants dans leurs écoles reçoivent des repas scolaires gratuits.</p> <p>Les résultats globaux sont résumés par thèmes régionaux émergents.</p> <p>Pratique de dépistage par l'IMC</p> <p>Dans l'ensemble, les infirmières scolaires décrivent que le dépistage par l'IMC est un processus généralement réalisé de façon multiphasique avec l'audition, la vision ou de surveillance de la pression sanguine. Le processus de dépistage par l'IMC se composait de la planification, de la délégation, de la surveillance de la hauteur et du poids, du calcul de l'IMC, du traçage de celui-ci, de l'identification des risques, de l'orientation et du suivi. Des différences régionales par rapport aux pratiques de dépistage ont émergé. Ce qui ressortait était une discrétion de la part du milieu urbain, une réticence du milieu rural et</p>

	<p>un chaos dans le milieu urbain. Des distinctions régionales compliquent le processus de dépistage de l'IMC tel qu'il est décrit et vécu par l'infirmière scolaire. La discrétion en milieu suburbain était présente car les infirmières de banlieue étaient préoccupées par la sensibilité de l'identification d'un enfant comme à risque d'obésité. Le suivi se base uniquement sur les risques de surpoids et est décrit comme un problème trop sensible. Tous les participants ont exprimé que les enfants de cinquième et la sixième année scolaires sont les plus vulnérables par rapport aux résultats de l'IMC. En milieu rural la réticence est un phénomène présent ainsi, les infirmières scolaires refusent de dépister les enfants. Sur les huit infirmières du milieu rural qui ont participé à la séance de groupe de discussion, seulement une parle de l'obésité. Les autres infirmières pensent qu'elles n'arrivent pas à avoir un suivi régulier du poids pour chaque enfant. Une infirmière a déclaré qu'elle était réticente à demander de l'aide extérieure, car cela prend plus de temps d'expliquer que de faire directement soi-même.</p> <p>Facteurs politiques</p> <p>Dans l'ensemble, les infirmières scolaires avaient des préoccupations par rapport à l'absence de politique qui obstrue la pratique de dépistage de l'IMC.</p> <p>Les facteurs politiques ont été similaires entre les milieux suburbains et ruraux. Un thème a été ressorti par les infirmières en milieu urbain : « la commande par un chef de direction ». Les dirigeants comprennent tous les directeurs d'école alors que les décrets étaient décrits par les infirmières comme des directives administratives non mandatées visant à guider les intervenants communautaires. Les infirmières de milieu urbain ont utilisé les principaux décrets afin de déterminer la charge de travail prioritaire et d'obtenir un soutien administratif pour les interventions. Une infirmière de l'école urbaine décrit le chef et les décrets de cette façon: «C'est un suicide politique de les ignorer. Ils sont la base pour que je garde mon emploi.»</p> <p>École et environnement physique</p> <p>Selon les infirmières scolaires, les attributs physiques des écoles ont influencé la collecte de données. Les infirmières scolaires préfèrent un espace de travail dédié uniquement pour les évaluations de santé, pour les tâches administratives et pour les interventions. Au niveau régional, les infirmières de banlieue pensent que si la clinique scolaire est proche de l'espace des cours de gym, cela a un impact positif sur la capacité</p>
--	--

	<p>de recueillir des données tout en conservant la confidentialité. Les élèves sont en effet rapidement sur place lorsqu'il y a un problème.</p> <p>Dans une autre école, l'espace de soins est plus grand mais il y a beaucoup de va et vient donc il est difficile de garder une confidentialité et de garder un moment en privé. «La salle de gym est à l'autre extrémité du bâtiment, donc je dois tout faire dans une zone qui n'est pas propice.» Le bruit a un impact négatif sur la collecte et le calcul des données. Les infirmières de la banlieue décrivent les espaces cliniques comme manquant de vie privée: «Il est très difficile de tenir des conversations ou de se concentrer avec précision sur notre travail.»</p> <p>Une préoccupation des infirmières rurales est également de ne pas avoir assez de place pour évaluer les enfants. Elles acceptent une pénurie de fourniture et du matériel en mauvais état, mais un espace restreint est difficile à accepter. Elles considèrent le manque d'espace comme insurmontable. Elles doivent parfois travailler dans des placards à balais, des salles de conférences ou la bibliothèque. Les infirmières scolaires doivent parfois se battre avec certains professeurs pour avoir accès à certains espaces. Avoir un endroit approprié est donc leur besoin le plus important pour favoriser l'intimité des enfants.</p> <p>L'environnement social de l'école</p> <p>Les infirmières scolaires décrivent l'accessibilité des enseignants comme une clé au dépistage efficace. Les infirmières scolaires identifient les commissions scolaires, les directeurs, les enseignants d'éducation physique, les parents et la communauté comme des facteurs essentiels dans le dépistage de l'obésité. Les commissions scolaires ont été considérées comme influentes dans la décision de fournir et de mettre en place des programmes de dépistage. Le manque d'organisation et de participation de la communauté était un thème relevé. Les infirmières scolaires ont estimé que les communautés ne se sentaient en général pas concernées par l'amélioration de l'obésité. Par conséquent, il n'y avait pas de programme accessible pour orienter les enfants. Par exemple, les infirmières de banlieue ont dit que les mamans sont toujours bénévoles dans les cliniques scolaires. Par contre, la question de confidentialité n'est pas garantie. Il faudrait proposer une formation sur la confidentialité afin de protéger les informations sur la santé des enfants.</p>
--	--

	<p>Une discussion sur les priorités de santé et les pratiques de dépistage étaient compatibles avec le pouvoir, l'argent, et qui savait quoi sur qui. La puissance que les enseignants ont sur les horaires et l'accès des infirmières scolaires aux enfants est un combat quotidien. Les infirmières scolaires ont examiné comment le directeur soutien, favorise ou défavorise un programme de dépistage. Les infirmières pensent également que de parler du surpoids de l'enfant est une source de conflit également avec les parents.</p> <p>Accès aux soins de santé de qualité</p> <p>Des différences ont émergé entre les régions par rapport à la collecte des données et aux interventions des infirmières scolaire. Cela était particulièrement évident en ce qui concerne la charge de travail et la délégation. Une infirmière de banlieue décrit son travail: «J'ai plus de 3400 élèves, dans deux écoles différentes à 3 kilomètres de distance. Il n'y a aucun moyen pour que je puisse recueillir toutes ces informations et les gérer correctement.» Une autre infirmière de l'école de banlieue décrit la délégation: «Si je délègue, je dois passer du temps sur la confidentialité, la documentation, l'exactitude, l'orientation, et le suivi. Ensuite, je dois superviser et évaluer.»</p> <p>Les infirmières en milieu rural ont raconté avoir été tiraillées entre les soins aigus et les soins chroniques. «Je m'occupe de personnes dans trois bâtiments scolaires avec 1700 étudiants et les bâtiments sont à 5 kilomètres de distance. Deux nouveaux élèves diabétiques insulino-dépendants me prennent du temps, je travaille avec eux trois fois par jour.»</p> <p>En résumé, ce que l'infirmière dit à propos de la charge de travail et de la délégation des tâches: «Il n'a pas d'importance combien nous essayons de réduire la charge de travail des équipes, la ligne de fond est que tout le monde doit s'impliquer et doit accepter que l'obésité soit un grave problème de santé et c'est une question d'éducation des enfants».</p> <p>Risques et facteurs de protection de l'école</p> <p>Indépendamment de la géographie, les infirmières scolaires décrivent les fast-foods et la culture américaine comme un facteur de risque pour les enfants dans les écoles. En effet, certaines écoles offrent un environnement favorisant la consommation de fast-food et les activités sédentaires. Le principal facteur de risque qui a émergé spécifique au dépistage par l'IMC était la région géographique.</p>
--	--

	<p>Facteurs facilitants</p> <p>Les infirmières scolaires décrivent les professeurs d'éducation physique comme un élément clé dans le dépistage par l'IMC. Les enseignants d'éducation physique apprennent aux enfants à adopter un esprit et un travail d'équipe. Les infirmières scolaires de banlieue ont identifié les professeurs de sport particulièrement importants, car ils renforcent le message de santé et de l'auto-responsabilité. Les infirmières pensent également qu'une récolte de données à proximité d'un cours de gymnastique est souhaitable, car les ordinateurs portables avec des logiciels de calculs de poids sont à disposition pour les professeurs de gymnastique uniquement dans les gymnases. Les infirmières du milieu rural croyaient que le dépistage pourrait être renforcé par l'emploi de professionnels qualifiés pour aider à la récolte des données. Elles pensent qu'un travail collaboratif serait plus efficace plutôt que d'embaucher de l'aide non qualifiée.</p> <p>En ce qui concerne les infirmières des banlieues, leurs facteurs facilitateurs incluent les professeurs d'éducation physique ainsi qu'une collaboration avec les enseignants. Les logiciels de calcul mis à disposition des professeurs de sport seraient également aidant.</p>
<p>Discussion</p>	<p>Les résultats de cette étude montrent que des différences entre les régions peuvent exister dans les écoles de l'Ohio pour le dépistage de l'obésité par les infirmières scolaires. Ces différences peuvent être liées à la politique, l'environnement physique de l'école, l'environnement social de l'école et des facteurs de qualité de soins. Les obstacles par rapport au dépistage par l'IMC variaient selon les écoles des régions suburbaines, rurales et les milieux urbains. Les obstacles identifiés dans cette étude sont compatibles avec les conclusions d'études antérieures qui mettent en évidence l'absence de politique qui influence le dépistage.</p> <p>Cette étude est unique, car elle a identifié les facteurs qui ont facilité le dépistage de l'obésité pour les infirmières scolaires.</p> <p>Les infirmières scolaires rurales avaient moins d'éducation, d'expérience et d'années de participation dans l'OASN. Toutes les infirmières scolaires dans cette étude étaient passionnées par la santé scolaire. Elles considéraient l'IMC comme une mesure précise et un indicateur pour la santé scolaire. Les facteurs facilitants ont été considérés comme des méthodes pour assurer une collaboration, une approche de la</p>

	<p>santé et de protection de la nature scolaire. Les enseignants partagent des rôles complémentaires avec les infirmières en termes d'éducation à la santé. Ensemble, ils peuvent fournir un modèle adapté à l'âge, au sexe et à la culture des enfants. Ils peuvent également promouvoir des comportements de santé sains tels qu'une bonne alimentation, une activité physique régulière et une gestion du poids.</p> <p>En ce qui concerne les services de nutrition, des consultants alimentaires tels que les diététiciens peuvent sélectionner des repas et des aliments qui reflètent la culture des élèves. Les aliments doivent répondre non seulement la diététique, mais être facilement sélectionnés à partir des leçons introduites dans les classes.</p> <p>Les infirmières peuvent apporter une éducation pour les employés de la cafétéria afin de renforcer l'idée qu'une alimentation faible en calorie peut influencer sur l'IMC des enfants. Les conseillers scolaires peuvent faire des évaluations régulières pour voir si les actions mises en place pour le dépistage de l'obésité sont efficaces. Les conseillers scolaires peuvent être une liaison entre les bénéficiaires de l'apprentissage, les prestataires de l'apprentissage, et tuteurs des apprenants.</p> <p>Afin d'assurer un environnement scolaire sain, tous les acteurs de l'école ont un rôle dans la promotion à l'école, un lieu sûr pour apprendre et grandir. Du concierge au directeur, chaque acteur peut influencer la promotion de la santé par un contexte sain. Le directeur de l'école est responsable de donner le ton pour un environnement scolaire sain.</p> <p>En termes de dépistage par l'IMC, le directeur scolaire devrait aller annoncer et faire respecter les démarches du programme de dépistage.</p> <p>La promotion de la santé par le personnel implique un engagement de tous les employés de l'école pour suivre un mode de vie sain en participant à des évaluations de santé, à des activités d'éducation et de fitness. En termes de dépistage par l'IMC, les employés des écoles devraient être les premiers à monter sur la balance puis de calculer leur propre IMC. S'il est élevé, ils doivent participer à une amélioration de leur santé ainsi qu'au suivi d'un programme sous la supervision et la direction de l'infirmière de l'école. En ce qui concerne le dépistage par l'IMC, une fois que les données sont récoltées, l'information peut être</p>
--	--

	<p>utilisée pour développer des moyens créatifs pour promouvoir les activités de promotion de la santé communautaire et familiale.</p> <p>Par rapport à l'organisation des programmes de dépistage, les infirmières scolaires ont exprimé des préoccupations par rapport au manque de directives dans leur environnement de travail. Étant donné la charge de travail et le grand nombre d'élèves, la récolte des données de l'IMC est un processus complexe.</p> <p>Selon les données nationales, seulement 45 % des écoles élémentaires ont des infirmières scolaires à temps plein qui travaillent dans 2.2 écoles en moyenne. Vingt-cinq pour cent des écoliers américains n'ont pas accès à une infirmière de l'école. La délégation de tâches de contrôle de l'IMC est un problème de charge de travail des infirmières de l'école. Dans l'Ohio, d'autres membres du personnel non licenciés sont formés pour effectuer des tâches de soins infirmiers qualifiés. Le personnel non autorisé comprend des secrétaires (68,3 %), des aides (18,1 %), des transporteurs (16,2 %) et les préposés aux soins personnels (14,6 %). Les résultats de cette étude ont indiqué que les infirmières scolaires, en particulier infirmières scolaires rurales étaient réticentes à avoir du personnel non qualifié. Le résultat final indépendamment de la géographie ou de l'aide accessoire est que l'infirmière scolaire devrait avoir une charge de travail réduite pour pouvoir avoir la capacité d'évaluer la santé de l'enfant.</p>
--	--

Titre	Perceptions of School Nurses Regarding Obesity in School-Age Children
Auteurs	The journal of school nursing
Titre du journal	Moyers P., Bugle L. and Jackson E.
Année de publication	2005
Pays	États-Unis, état du Missouri
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>1. Quelles sont les perceptions des infirmières scolaires concernant les causes et la gravité de l'obésité de l'enfant?</p> <p>2. Quels sont les obstacles perçus et les compétences des infirmières scolaires pour fournir un traitement de l'obésité infantile?</p> <p>3. Quelles sont les perceptions des infirmières scolaires du concernant le rôle de l'école dans la prévention et le traitement de l'obésité infantile?</p>
Population/échantillon	Les infirmières scolaires dans le milieu des écoles publiques du 8e district du Congrès du Missouri ont été interrogées au sujet de leurs perceptions de l'obésité infantile. Un total de 168 infirmières scolaires a été interrogé. 106 infirmières ont répondu au questionnaire.
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés:</u> School nurse, obesity, childhood</p> <p>Devis qualitatif, non expérimental, enquête descriptive.</p> <p>Le retour de l'étude donnait un consentement implicite. L'approbation par le Comité sur la recherche avec des sujets humains au sud-est du Missouri a été effectuée.</p>
Méthodologie	Le projet a utilisé un modèle descriptif en s'inspirant d'une étude de Price et ses collègues (1987) qui ont évalué les perceptions des infirmières scolaires concernant l'obésité chez les enfants en âge scolaire. L'enquête utilisée par Price et ses collègues (1987) a été développée en utilisant des analyses

	<p>documentaires et des recherches antérieures sur les attitudes et les croyances liées à l'obésité par des professionnels. L'enquête initiale était un questionnaire de 50 items qui nécessitait 15 minutes à remplir. L'enquête a été révisée pour cette étude avec la permission de l'auteur. L'instrument révisé consistait en 55 questions réparties en 9 sections en utilisant un l'échelle de Likert pour les réponses. La première et la deuxième section de l'outil incluaient des articles sur des perceptions des infirmières scolaires concernant l'obésité chez les enfants en âge scolaire et le programme de contrôle du poids. Les sections 3 et 4 portaient sur le rôle de l'école et les compétences des infirmières scolaires par rapport au problème omniprésent de l'obésité infantile. Dans la section 5, nous trouvons différents critères utilisés pour déterminer l'obésité. Cette section a été révisée à partir de l'original afin d'étudier et d'inclure l'indice de masse corporelle (IMC). Les risques associés à l'obésité infantile et l'étiologie de l'obésité infantile ont fait l'objet des sections 6 et 7. Quant à la section 8, elle portait sur les sources de contrôle du poids et les informations utilisées par les infirmières scolaires. La section finale comportait des questions démographiques. La validité du contenu de l'outil révisé a été établie grâce à un examen par trois infirmières scolaires expérimentées qui ne faisaient pas partie de la population interrogée.</p> <p>L'instrument de l'enquête a été adapté pour ensuite être mis à l'essai dans trois écoles d'infirmières et des écoles élémentaires rurales du sud de l'Illinois. L'enquête a nécessité moins de 10 minutes à compléter. La fiabilité interne de l'instrument dans l'étude pilote ainsi que cette étude elle-même a été déterminée à l'aide l'Alpha de Cronbach.</p> <p>Toutes les infirmières pratiquant dans le 8ème district du Missouri ont été interrogées en utilisant un outil adapté. Les enquêtes ont été envoyées, suite à l'approbation par le Comité sur la recherche avec des sujets humains au sud-est du Missouri. Une lettre de motivation était incluse au questionnaire expliquant le but de l'étude et assurant la confidentialité des réponses. Des cartes de rappel ont été postées 2 semaines après l'envoi initial.</p>
Résultats	<p>Un total de 106 sondages (63 %) a été retourné. Les données démographiques, notamment le niveau d'éducation, l'âge, les années d'expériences professionnelles en tant qu'infirmière scolaire, le ratio d'élèves et les niveaux de l'école dans laquelle elles travaillent faisaient partie du questionnaire. L'infirmière typique avait 42 ans avec un diplôme d'infirmière associée qui avait travaillé comme infirmière</p>

	<p>scolaire pendant 7 ans. L'infirmière était généralement responsable pour 538 élèves de la pré-maternelle jusqu'au lycée.</p> <p>Perceptions sur les causes et la gravité de l'obésité infantile</p> <p>Les infirmières de cette étude ont été invitées à évaluer 11 éléments comme ayant un rôle majeur, un rôle mineur ou aucun rôle dans la cause de l'obésité infantile. Une grande majorité des infirmières croyaient que le mauvais comportement alimentaire (94,3 %), une consommation calorique excessive (94,3 %), et un mode de vie sédentaire (95,3 %) ont joué un rôle majeur dans le développement de l'obésité infantile. En ce qui concerne la gravité de l'obésité infantile, les répondants croient que l'obésité infantile devient plus répandue, que le poids normal était important pour la santé des enfants et que les enfants obèses ne peuvent pas sortir de leur obésité. Ainsi, l'obésité pourrait provoquer un rejet par les pairs. Les sujets ont été invités à évaluer le rôle de l'obésité infantile comme un facteur causal dans sept maladies. Les résultats démontrent que l'obésité joue un rôle majeur dans le développement de l'hypertension (95,3 %), le diabète sucré de type 2 (94,3 %), les maladies coronariennes (89,6 %), et d'AVC (80,2 %). Les répondants étaient moins d'accord quant à savoir si l'obésité joue un rôle majeur dans le stress (74,5 %), l'arthrose (67 %), et le cancer du côlon (50 %). L'enquête comportait sept points concernant les compétences et les obstacles perçus dans l'élaboration d'un traitement de l'obésité infantile. Seulement un quart des infirmières scolaires se sont senties compétentes en recommandant un programme de perte de poids chez les enfants. La majorité des répondants (86,7 %) croient qu'il est difficile pour les parents de conseiller leurs enfants au sujet de la perte de poids, mais que cela n'est pas gênant (51,9 %). Seulement 39,6 % des répondants ont trouvé que le conseil professionnel est gratifiant. Cependant, les personnes interrogées n'étaient pas totalement en accord concernant leurs croyances par rapport au succès du traitement de l'obésité infantile. Un peu plus de la moitié des répondants (53,8 %) croient qu'avec un bon encadrement des enfants avec un surpoids très important sont capables de perdre du poids et 57,5 % estiment qu'avec une bonne orientation, les enfants obèses sont capables de maintenir leur poids après avoir perdu des kilos.</p>
--	---

La perception du rôle de l'école dans la prévention et le traitement de l'obésité infantile

La majorité des infirmières scolaires (70,8 %) croit que les écoles n'en font pas assez pour aider à soulager l'obésité des enfants. Il faudrait fournir une approche globale de programme de santé avec des unités sur la nutrition et le contrôle du poids dans chaque école. En éliminant la malbouffe, les distributeurs automatiques, en offrant des repas hypocaloriques et en poursuivant ou rétablissant des cours d'éducation physique pour les enfants en surpoids, la prévalence devrait diminuer. Une majorité des répondants (86,8 %) croit que infirmières scolaires doivent être des modèles et donner l'exemple par le maintien de leur propre poids. Bien que n'étant pas opposés aux programmes de contrôle de poids dans les écoles, seulement 39,6 % des répondants ont convenu que les infirmières scolaires étaient tenues d'informer les parents sur les risques de l'obésité pour la santé.

Lorsqu'on a demandé les références de l'obésité, 51,9 % des infirmières interrogées ont habituellement recommandé un traitement pour la perte de poids que pour les enfants, dont les parents leur ont demandé de l'aide. Seulement 24,5 % ont indiqué qu'elles recommandaient systématiquement un programme pour la perte de poids à tous les élèves obèses, tandis que 48,1 % ne recommandent habituellement pas de traitement pour la perte de poids pour tous les enfants obèses. La méthode la plus fréquemment utilisée est l'impression clinique pour le dépistage de l'obésité. Celle-ci est également privilégiée dans la littérature pour évaluer l'obésité infantile. En outre, que l'évaluation du poids à l'aide des percentiles n'était presque jamais utilisée.

Test de propositions théoriques

La méthode de Spearman a été utilisée pour déterminer la corrélation entre les obstacles perçus au traitement de l'obésité infantile ainsi que le comportement dans l'évaluation et l'orientation des enfants qui étaient obèses. La perception des obstacles qui a été relevée démontrait que les parents ne conseillaient pas leurs enfants en surpoids et que la perte de poids est difficile. Un manque de satisfaction professionnelle est ressorti, car l'obésité ne se prête pas à un traitement et que, même avec une bonne orientation, les enfants ne seraient pas en mesure de maintenir leur poids après la perte de poids.

	Il n'y avait aucune corrélation statistiquement significative trouvée entre les barrières décrites dans les articles qui reflètent les types de mesures utilisées pour évaluer l'obésité infantile.
Discussion	<p>Les résultats de cette étude indiquent que l'obésité infantile est encore plus préoccupante pour les infirmières scolaires, alors qu'elle ne l'était pas pour les infirmières scolaires décrites dans l'étude de Price et ses collègues (1987). Presque toutes les infirmières de cette étude estiment que l'obésité chez les enfants a été de plus en plus répandue. Des études ont identifié l'obésité comme un facteur de risque majeur dans le développement de l'hypertension et des maladies coronariennes, mais dans les deux études, l'obésité est associée au développement d'autres maladies telles que l'arthrose, le stress, et le cancer du côlon.</p> <p>En ce qui concerne l'étiologie de l'obésité infantile selon les infirmières scolaires dans cette étude étaient les mauvaises habitudes alimentaires, la consommation excessive de calories, et un mode de vie sédentaire. Les résultats de l'étude de Prince (1987) ont révélé les mêmes croyances bien qu'un faible pourcentage associait un mode de vie sédentaire à l'obésité chez les enfants. Les réponses des sujets concernant le rôle de l'hérédité et de la culture sur l'obésité de l'enfant étaient similaires avec un peu plus de la moitié des répondants dans les deux études indiquant que ces facteurs étaient une cause majeure. Aucune preuve n'existe pour soutenir une prédisposition génétique dans l'obésité. Les trois quarts des infirmières interrogées pensent que les distributeurs de nourriture dans les écoles devraient être retirés et favoriser des repas hypocaloriques. Ces résultats étaient similaires à ceux rapportés par Price et ses collègues. La préoccupation liée à des machines de malbouffe semble être soutenue par le pourcentage d'écoles, en particulier les collèges et les lycées, qui fournissent des distributeurs, des cantines, ou snack-bars.</p> <p>En ce qui concerne les perceptions des infirmières concernant leurs propres compétences et responsabilités liées à l'obésité infantile, plus des trois quarts des infirmières croyaient qu'elles devraient servir de modèles pour leurs élèves par le maintien d'un poids normal pour elles-mêmes. Moins de la moitié des répondants estiment qu'elles ont l'obligation de conseiller les parents des enfants obèses concernant les risques d'obésité. Encore une fois, les réponses étaient comparables à ceux rapportés par</p>

	les infirmières dans l'étude de Price (1987). Seulement environ un quart des sujets dans les deux études ont cru qu'ils étaient compétents pour prescrire des programmes de perte de poids pour les enfants.
--	--

Titre	Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota finding from interviews with licenced school nurses
Auteurs	Leslie F. Morrison-Sandberg, Martha Y. Kubik and Karen E. Johnson
Titre du journal	The journal of school nursing
Année de publication	2011
Pays	Minnesota / USA
Question de recherche/hypothèses/Objectifs	<p>Bien que des recherches précédentes ont déjà constaté que de nombreuses infirmières scolaires croient que les services de santé scolaires doivent être utilisés pour la prévention de l'obésité (Kubik, Story et Davey 2007 ; Stang, Story et Kalina, 1997), il y a peu de connaissances sur les rôles et les responsabilités actuelles des infirmières scolaires concernant la prévention de l'obésité.</p> <p>Les buts de cette étude étaient premièrement de mieux comprendre la pratique actuelle des infirmières scolaires concernant l'obésité dans les écoles primaires du Minnesota. Deuxièmement, les opinions d'informateurs clés (différents professionnels en milieu scolaire) concernant un programme de prévention de l'obésité mené par les infirmières scolaires dans les écoles ont été recueillies. Enfin, les intérêts des infirmières scolaires dans la mise en œuvre des programmes de prévention de l'obésité ont été récoltés.</p>
Population/échantillon	Afin d'en apprendre davantage sur les pratiques de prévention de l'obésité par les infirmières scolaires dans une variété de lieux géographiques, plusieurs établissements scolaires ont été sélectionnés à l'aide d'une technique d'échantillonnage intentionnelle. Les établissements inclus dans la recherche employaient des infirmières scolaire agréées (LSN= licensed school nurses agréées par le ministère de l'Éducation), avaient au minimum 300 élèves de la première à la quatrième année scolaire et avaient au moins 20 % des étudiants de minorité raciale et ethnique ou qui participaient au programme fédéral de repas scolaire à prix réduit ou gratuit.

	<p>L'échantillon a été classé par localisation géographique (rurale, banlieue, urbaine) avec un minimum de 6 écoles par emplacement géographique (7 urbaines, 12 banlieues et 10 en milieu rural). Les représentants de 23 établissements ont été contactés et 21 (7 urbains, 8 de la banlieue et 6 rural) ont accepté de participer à l'étude. Les raisons du refus de participation étaient principalement le manque de connaissance des pratiques de prévention de l'obésité dans le milieu scolaire ou un manque de temps.</p>
Mots clés/Devis/Aspects éthiques	<p><u>Mots clés:</u> obesity; elementary; role promotion/development; qualitative research</p> <p>Étude qualitative</p> <p>L'étude a été approuvée par la commission d'examen de l'Université du Minnesota.</p>
Méthodologie	<p>Un guide d'interviews semi-structurées a été élaboré. Il comprenait des questions ouvertes et incitatives. Une introduction informait sur la position actuelle et les responsabilités des participants, les expériences précédentes, la dotation en personnel infirmier pour l'établissement scolaire et les qualifications des participants afin d'être informateurs clés. Le reste du guide parle de la pratique des infirmières scolaires, y compris la prévention primaire et secondaire de l'obésité. Il aborde également les thèmes de collaboration en milieu scolaire, des moqueries liées au poids de l'enfant et la collaboration communautaire. La dernière partie du guide explore les opinions sur un programme de prévention dirigé par des infirmières scolaires.</p> <p>Les informateurs clés qui ont accepté de participer à l'étude ont rencontré un chercheur pour une entrevue de 45 à 90 minutes. Ils ont reçu 50 dollars pour leur participation.</p> <p>Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites mot à mot pour faciliter l'analyse. Deux chercheurs formés ont extrait les données du texte et les ont classées par catégories et thèmes. Les retranscriptions ont été codées par chaque chercheur puis examinées par les deux chercheurs ensemble. Un troisième chercheur a aidé pour effectuer la catégorisation.</p>
Résultats	<p>Caractéristiques de l'échantillon</p> <p>Les caractéristiques de chaque établissement varient selon la localisation. Les établissements se situant dans un quartier urbain avaient le plus haut taux de participation, d'inscriptions d'élèves faisant partie de</p>

	<p>la minorité et de participation au programme des repas scolaires à prix réduit ou gratuit. Les établissements se situant en banlieue avaient le plus faible taux d'élèves qui participaient au programme de repas scolaires à prix réduit ou gratuit. Les établissements se situant en milieu rural avaient le plus faible taux d'inscription des élèves.</p> <p>Parmi les infirmières scolaires agréées participantes, plus de la moitié étaient employées par le directeur ou directeur adjoint de service de santé (n =12). Le reste des infirmières agréées avaient des responsabilités d'une ou plusieurs écoles primaires. Sur tous les participants, le nombre médian d'années d'expérience dans le poste actuel est de 6 ans et le nombre moyen d'années comme infirmières agréées était de 14 ans. Les rôles et les responsabilités varient et incluent des fonctions de supervision et d'administration, la participation à des comités des établissements scolaires, des supervisions du personnel (différent niveau d'infirmière en santé publique), la délégation des fonctions infirmières à du personnel non formé et prodiguer des soins.</p> <p>Priorités des infirmières scolaires</p> <p>Presque tous les informateurs clés (90 %) décrivent que les plus importants problèmes auxquels font face les infirmières scolaires sont la gestion de la charge de travail, la dotation en personnel, les recommandations pour le rôle des infirmières scolaires agréées (LSN), la priorité des tâches et la limite de temps et de ressources.</p> <p>La plupart des participants (76 %) ont identifié que le niveau de santé des enfants comme des maladies chroniques est l'un des problèmes prioritaires pour l'infirmière scolaire. Plus de la moitié décrivent que les obstacles de la famille et de la communauté sont l'accès aux soins, les problèmes parentaux et les inquiétudes financières de la famille.</p> <p>Sur 21 participants, 17 (80 %) ont déclaré que l'obésité était une préoccupation majeure. Les conditions liées à l'obésité, telles que les maladies chroniques et la stigmatisation sont également des préoccupations pour les infirmières scolaires.</p>
--	--

Pratiques actuelles de prévention de l'obésité

Les deux tiers des participants ont décrit que les efforts actuels de prévention de l'obésité sont «insuffisants», «limités», «informels» et «non coordonnés». Près de la moitié ont dit qu'ils aimeraient offrir davantage de services de prévention de l'obésité. Toutefois, lors du sondage, tous les participants ont signalé fournir une variété de services cohérents avec la prévention de l'obésité.

Tous les participants ont indiqué que l'établissement de l'école primaire fournit un certain type de service de prévention primaire. Les infirmières donnent des conseils de bien-être et collaborent avec l'équipe du service alimentaire, avec les enseignants de sport dans 90 % des établissements. D'autres services de prévention incluent le dépistage par la mesure de la taille et du poids et en donnant un bulletin d'information sur la nutrition et l'activité physique aux parents et dans les salles de classe.

Les programmes de dépistage par la mesure de la taille et du poids varient en fonction des avis personnels, de l'intérêt de la communauté et des priorités des infirmières scolaires. Un tiers des établissements fournissent un dépistage par l'IMC pour certains étudiants. Le dépistage était plus fréquent en milieu rural (50 %) par rapport à moins d'un quart des écoles urbaines. Près de la moitié ont le désir d'effectuer un dépistage, mais ne le faisaient pas ou avaient abandonné en raison des obstacles tels que la mauvaise réaction des parents lors de l'annonce du résultat du dépistage, les restrictions de personnel, ou la préoccupation que le dépistage n'a pas été utilisé pour l'éducation, le conseil ou la surveillance.

Plus de 90 % des informateurs clés ont indiqué que les services de prévention secondaires ont été fournis par les infirmières scolaires. Les services ont été variés et basés sur les besoins des élèves. Par exemple, les infirmières surveillent la taille, le poids, la pression artérielle et évaluent la croissance et la nutrition des élèves. Elles fournissent des conseils préventifs aux parents concernant les changements alimentaires et le soutien qu'ils doivent apporter à leur enfant concernant les moqueries liées au poids. Les participants ont indiqué que les besoins de prévention secondaire ont été intermittents et que les infirmières scolaires étaient souples et fournissaient des services lorsque cela s'en faisait sentir.

	<p>Problèmes psychosociaux</p> <p>Les participants ont signalé que les infirmières scolaires étaient conscientes des conséquences psychosociales reliées à l'obésité de l'enfant. Plus d'un tiers des participants ont estimé que les moqueries reliées au poids étaient très fréquentes. Tous les établissements scolaires ont des politiques ou des procédures mises en place pour sensibiliser et aider les élèves sur le sujet de l'intimidation en général. Toutefois, aucun des établissements n'avait un programme spécifiquement conçu pour traiter les moqueries liées au poids.</p> <p>Les informateurs clés ont également décrit la nécessité d'être sensible au côté émotionnel qu'engendre l'obésité sur les familles et les enfants. Plus de deux tiers des participants pensent que le surpoids est pénible pour les enfants et leur famille et plus d'un tiers pensent que l'obésité affecte la santé mentale ou l'image corporelle des étudiants. Les participants ont également noté que les élèves voient les services de santé comme un lieu sûr. Les participants disent que les infirmières scolaires doivent entrer en contact avec les parents et les élèves pour la prévention de l'obésité avec sensibilité et discrétion et ainsi se concentrer sur la promotion de la santé plutôt que sur l'apparence ou le mode de vie des familles.</p> <p>Collaboration communautaire</p> <p>La plupart des participants (95 %) ont expliqué que les infirmières scolaires ont une expertise et collaborent avec la communauté professionnelle de la santé. Les efforts de collaboration incluent une équipe avec des médecins, des infirmières praticiennes, les cliniques, les hôpitaux et les organismes de santé publique. Malgré une tendance culturelle de collaboration, moins de la moitié des informateurs clés décrivent collaborer avec les professionnels de la santé communautaires en ce qui concerne l'obésité ou des problèmes reliés au poids comme l'alimentation.</p> <p>Acceptabilité et faisabilité d'un programme de prévention de l'obésité mené par les infirmières scolaires</p> <p>Les participants ont estimé que les infirmières scolaires, les administrateurs scolaires et les parents soutiendraient probablement un programme de prévention de l'obésité dirigé par les infirmières scolaires à l'école primaire. Les informateurs clés ont également indiqué soutenir le personnel pour ces</p>
--	---

	<p>programmes. Plus de la moitié estimaient que les administrateurs scolaires seraient intéressés et soutiendraient un programme de prévention de l'obésité de l'enfant et près de trois quarts estiment que certains parents seraient intéressés par ce programme. Plus d'un tiers précisent également que les parents et la communauté devraient faire partie des efforts de prévention de l'obésité.</p> <p>Certains ont suggéré que le meilleur moment pour offrir un programme de prévention de l'obésité était au cours de la scolarité obligatoire car cela apporterait une meilleure fréquentation et minimiserait les problèmes de transport. D'autres estimaient qu'avant ou après la journée d'école, cela était plus approprié, car les interruptions de cours seraient minimales. Environ la moitié des participants pensaient que le personnel que le personnel actuel des établissements scolaires pourrait faciliter la mise en place d'un tel programme. Alors que la plupart notent que des ressources supplémentaires seraient nécessaires. La plupart des participants pensaient que le programme devait être proposé en soirée pour les parents et plus de la moitié mentionnaient que l'offre d'un repas ou une autre mesure incitative permettraient une meilleure fréquentation et une meilleure participation.</p> <p>Les obstacles potentiels au niveau de la famille étaient les transports, les horaires de la famille, la langue, la diversité culturelle et les ressources de la famille. Un tiers décrit l'importance de fournir des programmes adaptés à la culture et offrir des services pour les personnes qui ne parlent pas l'anglais comme langue principale. La plupart estimaient que la barrière de la langue pourrait être gérée par des ressources de l'école telles que des traducteurs ou des agents de liaison. Les deux tiers ont suggéré que des problèmes comme les quartiers dangereux, les contraintes financières de la famille et l'accès à des aliments sains pourraient affecter le succès d'un programme de prévention de l'obésité de l'enfant dirigé par les infirmières scolaires. Malgré les obstacles cités par les participants, près de 40 % ont noté qu'en raison de l'absence de service et d'assistance significative à la communauté par le système de santé, les infirmières scolaires devraient fournir des services de prévention de l'obésité.</p> <p>Résultats dans la localité</p> <p>À travers les localités, les participants ont décrit les différences dans les priorités des soins infirmiers et les pratiques de prévention de l'obésité. Par rapport aux informateurs clés représentant les établissements scolaires de banlieues et ruraux, ceux des quartiers urbains ont souvent rapporté que l'information des</p>
--	---

	<p>autres professionnels de l'école sur le rôle des infirmières scolaires et le travail avec les problèmes des familles font partie des priorités des infirmières scolaires. Ils ont également estimé qu'ils seraient moins favorables aux efforts de prévention de l'obésité et décrivent des obstacles au programme de prévention dirigé par les infirmières scolaires tels que le transport et un programme culturellement approprié. Les informateurs clés des établissements de banlieues ont plus souvent signalé que le travail avec les familles et les problèmes de santé des élèves faisaient partie des priorités des infirmières scolaires. Ils ont également souligné l'importance des enjeux psychosociaux liés au programme de prévention de l'obésité et la collaboration avec la communauté.</p>
Discussion	<p>Les informateurs clés étaient généralement d'avis que l'obésité était une préoccupation notable pour les infirmières des écoles primaires et celles-ci ont présenté une variété de services de prévention primaires et secondaires de l'obésité. Cependant les services sont limités par le temps et le manque de ressources. Les infirmières scolaires doivent collaborer avec d'autres fournisseurs de santé concernant les différents problèmes de santé des élèves. Cela a déjà été rapporté dans d'autres études.</p> <p>Conformément à d'autres études menées dans le Minnesota (Kubik, Story, et Davey, 2007), cette étude a constaté que les infirmières scolaires prennent en charge la prévention de l'obésité dans les écoles. Tous les informateurs clés ont indiqué que les infirmières scolaires offrent actuellement certains services de prévention de l'obésité dans le milieu scolaire.</p> <p>Selon les informateurs clés, les infirmières scolaires des écoles primaires fournissent à la fois des services de prévention primaire et secondaire. Cependant, le sentiment général était que les services de prévention de l'obésité étaient insuffisants par rapport aux besoins. En outre, la plupart estimaient que les infirmières scolaires pourraient fournir davantage de services si des ressources suffisantes et plus de temps étaient disponibles. Ces résultats sont importants, car ils permettent de mieux comprendre comment la prévention de l'obésité a été intégrée dans la gamme des services déjà fournis par les infirmières scolaires sans l'intervention des politiques et de la structure qui eux, permettrait la coordination, l'évaluation, la durabilité, et éventuellement le remboursement financier pour ces services au fil du temps.</p> <p>Le dépistage de l'IMC a été l'objet de plusieurs recherches et a été un sujet de controverse pour les pratiques de prévention de l'obésité à l'école. Les informateurs clés ont noté que certains dépistages ont</p>

	<p>lieu au niveau des établissements scolaires dont ils étaient représentants. Plusieurs informateurs clés expriment que les obstacles au dépistage sont le manque de temps, le manque de suivi et la perception de l'opposition parentale. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études portant sur les infirmières scolaires. Les chercheurs dans cette étude ont révélé que les barrières au dépistage étaient les ressources scolaires insuffisantes pour appuyer le suivi et le manque de soutien ou d'intérêt parental.</p> <p>Points forts et limites</p> <p>Cette étude a plusieurs points forts. Elle se trouve parmi les premières recherches décrivant le rôle des infirmières des écoles primaires en lien avec les services de prévention de l'obésité. L'utilisation d'un devis qualitatif et des techniques d'échantillonnage permettent une description du rôle de l'infirmière scolaire, les pratiques et les croyances des différents établissements scolaires dans des lieux géographiques diversifiés (urbain, rural et de banlieue).</p> <p>Cette étude a aussi ses limites. L'échantillon de l'étude était un échantillon de convenance des infirmières scolaires agréées des établissements scolaires du Minnesota, un état avec des exigences minimales d'éducation spécifiques. Il est possible qu'un échantillon plus large d'infirmières scolaires y compris ceux qui ne sont pas des infirmières scolaires agréées entraîne des résultats différents. Les résultats de cette étude étaient spécifiques aux pratiques des infirmières scolaires agréées dans le Minnesota, limitant ainsi la généralisation. En raison du petit nombre de participants par zone géographique, les comparaisons entre lieux étaient limitées.</p> <p>Implications des infirmières scolaires</p> <p>La prévention de l'obésité est considérée comme une priorité de santé. L'école primaire est un lieu optimal pour influencer les habitudes de vie qui peuvent limiter l'obésité. De plus, les infirmières scolaires agréées fournissent des soins de santé auprès de la population et collaborent avec les fournisseurs de soins de santé et les dirigeants communautaires. Elles sont idéalement placées pour fournir des services de prévention de l'obésité aux enfants d'âge scolaire.</p>
--	---

	<p>Conclusion</p> <p>Les infirmières scolaires d'école primaire dans le Minnesota fournissent des services limités de prévention de l'obésité et beaucoup sont intéressées par l'expansion de ces efforts. Davantage de recherches sont indiquées, y compris des études supplémentaires concernant le rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention de l'obésité et des études évaluant des programmes de prévention de l'obésité dirigés par l'infirmière scolaire. Surtout, les efforts devraient se concentrer sur la subvention des ressources pour fournir à la fois le personnel et l'éducation nécessaires afin d'assurer la coordination des services de prévention de l'obésité.</p>
--	---