

Le poids des maux

P^a_ensé par les mots

Travail de Bachelor

Auteurs :

Cyrielle HOSTETTLER (n° 12655296)

Lucy KAUFFMANN (n° 08323206)

Elodie MOJON (n° 12657201)

Tania OVALLE ERIAS (n° 08324220)

Directrice : Sandrine FAVRE – Chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe : Francine ROCHAT - Infirmière au SSEJ Rive Gauche

Genève, Juillet 2015

« L'enfance est le sol sur lequel nous marcherons toute notre vie. »

Lya Luft - 2005

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de « *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteures, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

L'utilisation d'un qualificatif en particulier pour désigner des professions, le personnel soignant ou des personnes est choisie de manière indifférente et permet d'alléger le texte. Il sous-entend tout autant le genre féminin que masculin.

Fait à Genève, le 27 juillet 2015

Cyrielle HOSTETTLER, Lucy KAUFFMANN, Elodie MOJON et Tania OVALLE ERIAS

Remerciements

Nous tenons, tout d'abord, à remercier Madame Clavijo-Gallay, référente des pratiques infirmières et de la santé communautaire au Service de Santé de l'Enfance et de la Jeunesse, de nous avoir donné des renseignements précieux sur notre sujet et nous avoir aiguillées au début de notre travail.

Nous remercions infiniment nos familles, nos proches et bien sûr nos relecteurs pour leur engagement, leurs conseils, leur temps, leur soutien et leurs encouragements.

Un grand merci à Madame Francine RoCHAT d'avoir accepté d'être notre jurée et pour sa présence à notre soutenance du travail de Bachelor.

Enfin, nous remercions tout particulièrement notre directrice de Bachelor, Madame Sandrine Favre, pour son engagement et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de ce travail. Sa bonne humeur et son soutien lors de nos rencontres nous ont permis d'aller jusqu'au terme de ce travail.

Résumé :

Etat des connaissances : Selon les chiffres de l'OMS, en 2015, environ 42 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un excès pondéral. L'infirmière scolaire joue un rôle prépondérant dans le dépistage et la prévention de l'obésité ainsi que dans la promotion de la santé auprès des élèves.

But : démontrer la nécessité de se référer à un socle théorique lors de la prise en soins complexes d'enfants souffrant d'obésité. L'importance de c, dans le domaine des soins infirmiers, est encore peu pris en considération, alors qu'il est indispensable pour une prise en soins intégrant les aspects physiologiques, psychologiques, et sociétaux.

Méthode : Des 4619 articles internationaux recensés sur ce thème, nous avons extrait 12 articles correspondant au champ de notre revue de la littérature et portant sur la posture de l'infirmière scolaire et les interventions qu'elle met en place dans la prise en soins d'enfants âgés de 6 à 12 ans souffrant d'obésité.

Échantillon : les enfants souffrant d'obésité âgés de 6 à 12 ans, les infirmières scolaires, les proches et tout professionnel au contact avec les enfants de cette tranche d'âge (enseignants, cantiniers) sont les personnes présentes dans les différentes études de cette revue de littérature.

Résultats : les résultats ont été catégorisés en six thèmes permettant d'identifier les besoins des différents sujets des articles sélectionnés. Les six thèmes sont le contexte socio-politique et économique; situation familiale et relation infirmière avec l'enfant et les parents; attitudes, interventions et rôle de l'infirmière; manque de ressources; notion de suivi sur le long terme et la collaboration pluridisciplinaire.

Discussion et perspectives: les investigations empiriques qui ont été effectuées valident l'importance des aspects externes de l'individu, notamment l'activité physique et une alimentation équilibrée. Cependant, il paraît nécessaire dans le futur, de renforcer l'utilisation d'un socle théorique en science infirmière pour mieux accueillir la complexité du vécu de l'enfant. Ce travail de Bachelor ouvre une dimension de la science infirmière qui est appelé à se développer rapidement dans les pratiques infirmières pour répondre aux besoins personnalisés de chaque individu.

Mots-clés :

Ils sont choisis par les auteurs du travail de bachelor pour être au plus près du contenu du travail (il n'y a pas de thesaurus pour les mots-clés). Les principaux mots clés utilisés pour consulter ces ressources ont été : En français : obésité ; infirmière scolaire ; soins infirmiers en milieu scolaire ; prise en soins ; estime de soi. En anglais : *obesity ; nurse school ; school nursing ; care ; self concept*. Nous les avons utilisés seuls ou de manière combinée.

Liste des abréviations

| | |
|----------|--|
| ASSC | Assistante en Soins et Santé Communautaire |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| EVA | Échelle Visuelle Analogique |
| FAAN | Fellow of the American Academy of Nursing |
| HarmoS | Harmonisation de la scolarité obligatoire |
| HEdS | Haute Ecole de Santé – Genève |
| HPM | Pender's Health Promotion Model |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| IMCHB | Interaction Model of Client Health Behavior |
| LSNs | Licensed School Nurses |
| MSN / MS | Master of Science in Nursing |
| n | Échantillon |
| OASN | Ohio Association of School Nurses |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PhD | Philosophiae Doctor est |
| RAM | Roy Adaptation Model |
| RN | Registered Nurses with an Associate's Degree or Diploma in Nursing |
| SSEJ | Service de Santé de l'Enfance et de la Jeunesse |
| USA | United States of America |

Liste des tableaux

Tableau 1. Les paradigmes

Tableau 2. Les Ecoles de pensées (1)

Tableau 3. Les Ecoles de pensées (2)

Tableau 4. Résumé des recherches documentaires Medline via Pubmed

Tableau 5. Résumé des recherches documentaires Cinhal

Tableau 6. Résumé des recherches documentaires The Cochrane Library

Tableau 7. Comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Liste des figures

Figure 1. Le processus de la prise de poids et ses répercussions

Figure 2. Courbe percentile fille

Figure 3. Courbe percentile garçon

Figure 4. Modèle d'adaptation de Roy (RAM)

Figure 5. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

Figure 6. Prévalence des complications médicales et non-médicales par catégories d'âge

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 9 |
| 1. PROBLEMATIQUE | 12 |
| 1.1. L'OBESITE | 12 |
| 1.2. LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT | 15 |
| 1.2.1. SELON SIGMUND FREUD | 15 |
| 1.2.2. SELON ERIK ERICKSON | 17 |
| 1.2.3. SELON CARL ROGERS | 20 |
| 1.3. LA SCIENCE INFIRMIERE | 22 |
| 1.3.1. LES PARADIGMES | 22 |
| 1.3.2. LES METACONCEPTS | 23 |
| 1.3.3. LES ECOLES DE PENSEES | 23 |
| 1.3.4. LES SAVOIRS | 24 |
| 1.4. PREVENTION ET ROLE DE L'INFIRMIERE | 25 |
| 1.5. PROGRAMMES DE PREVENTION EXISTANTS EN SUISSE | 26 |
| 2. CADRE THEORIQUE | 28 |
| 2.1. ANCRAGE DISCIPLINAIRE: CALLISTA ROY | 28 |
| 2.2. MODELE D'ADAPTATION DE ROY | 30 |
| 2.3. METACONCEPTS | 32 |
| 3. QUESTION DE RECHERCHE PROBLEMATISEE | 35 |
| 4. METHODOLOGIE | 36 |
| 4.1. SOURCES D'INFORMATION ET STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE | 36 |
| 4.1.1. MESH TERMS | 36 |
| 4.1.2. BASES DE DONNEES | 36 |
| 4.2. DIAGRAMME DE FLUX | 43 |
| 5. RESULTATS | 44 |
| 5.1. TABLEAU COMPARATIF | 44 |
| 5.2. ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS | 51 |
| 5.2.1. CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET ECONOMIQUE | 51 |
| 5.2.2. INFLUENCE FAMILIALE ET ALIMENTATION | 52 |
| 5.2.3. ATTITUDES, INTERVENTIONS ET ROLE DE L'INFIRMIERE | 53 |
| 5.2.4. MANQUE DE RESSOURCES | 53 |
| 5.2.5. NOTION DE SUIVI SUR LONG TERME | 53 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.2.6 | COLLABORATION PLURIDISCIPLINAIRE | 54 |
| 5.2.7 | PISTE D'ARTICLES : ASPECTS PSYCHOLOGIQUES | 54 |
| 6. | <u>DISCUSSION ET PERSPECTIVES</u> | 55 |
| 7. | <u>LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u> | 64 |
| 8. | <u>LISTE BIBLIOGRAPHIQUE</u> | 68 |
| 9. | <u>ANNEXES</u> | 70 |
| 9.1. | ANNEXE I : FICHES DE LECTURES | 70 |
| 9.2. | ANNEXE II : ARTICLES | 113 |

INTRODUCTION

En ce 21ème siècle, la société occidentale accorde une importance capitale à l'apparence physique. À travers les médias, elle prône la minceur, voire même la maigreur, et boude les rondeurs. Durant des siècles, les formes généreuses étaient synonymes de beauté, de richesse et de santé. Aujourd'hui, cette tendance s'est inversée et la société est devenue lipophobe (Fischler, 1990, p. 297).

L'obésité est une maladie chronique causée le plus souvent par un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Celui-ci peut être lié à un changement des habitudes de vie comme l'augmentation de la consommation d'aliments caloriques riches en graisses et/ou la diminution de l'activité physique. Les statistiques démontrent que l'obésité installée dès l'enfance persiste généralement à l'adolescence, puis à l'âge adulte. De plus, cette pathologie favorise entre autres, le risque de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de cholestérol. Cette constatation en fait un problème majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la santé (OMS, 2015) indique que l'obésité et le surpoids touchent 42 millions d'enfants de moins de 5 ans et pourraient atteindre 70 millions de nourrissons et jeunes enfants d'ici 2025.

Mais qu'en est-il des impacts psychologiques et sociaux chez ces enfants ?

Selon la Haute Autorité de Santé (2011), « les dimensions de qualité de vie les plus détériorées dans le groupe des enfants obèses ... [sont] les dimensions physiques et sociales ». Il a été démontré dans plusieurs études que la qualité de vie d'un enfant dépend du milieu social auquel il appartient. Les enfants grandissant dans des quartiers défavorisés seront plus à même d'être en surpoids. Un cercle vicieux peut s'installer : l'obésité a un impact sur la qualité

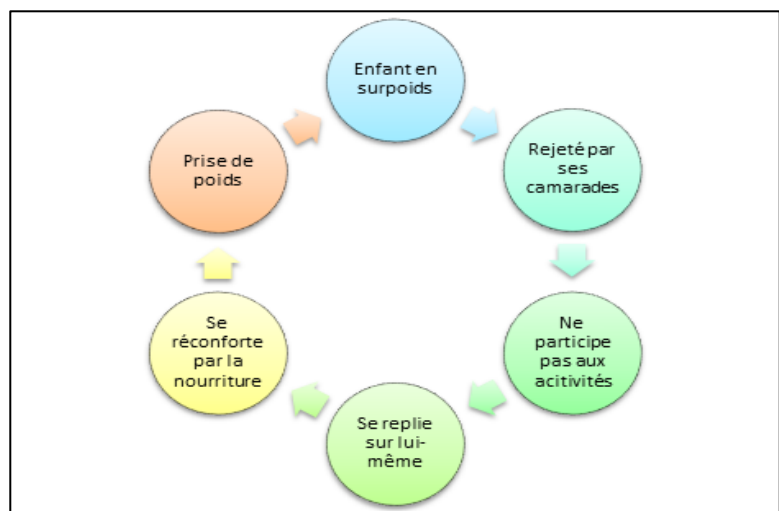


Figure 1. Le processus de la prise de poids et ses répercussions

de vie, et inversement. Par exemple, un enfant obèse sera plus à risque d'être rejeté par ses camarades et de se replier sur lui-même. Nous pouvons imaginer que celui-ci évitera de participer à toutes activités extra-scolaires pour ne pas être confronté aux moqueries et aux regards des autres.

Le thème initial de notre travail de Bachelor à savoir, « *Les interventions de l'infirmière scolaire dans l'évaluation de la souffrance psychique chez l'enfant* », nous a été fortement conseillé par la Haute École de Santé de Genève (HEdS) en partenariat avec le Service de la Santé de l'Enfance et de la Jeunesse (SSEJ). Ces deux institutions nous ont montré la nécessité d'un modèle de prise en soins de la souffrance psychique des enfants en âge scolaire. Suite à un entretien avec Madame Clavijo-Gallay, référente des pratiques infirmières et de la santé communautaire au SSEJ, celle-ci nous a fait part du manque d'un « guide de repérage/d'évaluation » pour les infirmières scolaires concernant la souffrance psychique des enfants en surpoids. Nous avons alors axé notre travail sur ce thème, ainsi que sur les interventions de l'infirmière face à cette situation.

En amont de notre Travail de Bachelor, nous avons effectué, dans le cadre du module de science infirmière, un travail qui représentait la première pierre de notre édifice. Des séminaires dispensés par des enseignants de la HEdS nous ont guidées dans la construction de notre problématique. Cette recherche a mis en évidence le problème psychosocial que représente l'obésité.

La lecture d'articles scientifiques nous a permis de mettre en lumière la stigmatisation et la discrimination subies par les enfants atteints d'obésité dans leur quotidien. En prime, cette souffrance peut amener les garçons et les filles à devenir des victimes du harcèlement scolaire, mais également des bourreaux envers leurs camarades (Griffiths, Wolke, Page, Horwood & the ALSPAC Study Team, 2006, p.123). Une étude épidémiologique a démontré que la stigmatisation des enfants atteints d'obésité a augmenté ces 40 dernières années (Latner et Stunkard, 2003, p.452).

Le rôle de l'infirmière scolaire dans ces situations nous a interpellé: existe-t-il plusieurs moyens d'intervenir, de se positionner face à un enfant harcelé pour sa rotondité ?

Par ce travail, nous souhaitons donner des notions ou des amorces d'éléments de réponses aux infirmières scolaires. Par leur pratique réflexive, elles chemineront ensuite dans la découverte et l'utilisation d'un outillage, qu'elles adapteront selon leurs besoins dans la prise en soins d'enfants atteints d'obésité et souffrants d'un mal-être. Humblement, nous souhaitons proposer la palette de connaissances acquises durant notre formation Bachelor à travers cet écrit.

En réponse à la demande du SSEJ, nous voulions trouver des outils permettant de détecter et d'évaluer la souffrance psychique d'un enfant. Toutefois, notre crainte résidait sur le fait que des études de ce genre aient déjà été faites. Notre travail aurait alors été un inventaire de méthodes et d'outils pour mettre le doigt sur cette souffrance. Le sens que prenait celui-ci ne nous stimulait pas. Il nous fallait alors trouver une voie dans laquelle nous nous identifierions en tant que futures infirmières. Après discussion avec notre directrice de Bachelor, nous avons décidé de nous diriger sur un aspect plus qualitatif de la problématique. Notre question de recherche s'est orientée sur la posture de l'infirmière scolaire selon un modèle théorique face à un enfant subissant les répercussions de l'obésité.

En tant qu'étudiantes, nous n'étions pas sensibilisées à l'importance qu'aurait la science infirmière dans la profession. Tout au long de nos études, nous avons pu intégrer cet aspect tant dans la théorie que dans la pratique notamment lors de nos démarches de soins. Toutefois, nous avons constaté qu'il existe encore parfois un réel fossé entre l'enseignement reçu et la connaissance de la science infirmière par les professionnels du terrain. Il faut dire que l'intégration de cette discipline n'est pas une mince affaire. Autrefois les infirmières ne possédaient pas une science à part entière, leur profession dépendait d'autres sciences, notamment la science médicale. Ce n'est que depuis quelques décennies qu'elle s'est séparée de cette dernière. Un des plus grands défis des soins infirmiers, est de produire et de consolider ses connaissances et ses savoirs propres dans le but de renforcer et de développer l'autonomie des infirmières et d'améliorer les soins prodigués aux personnes.

Par notre travail, nous souhaiterions découvrir quelles sont les différentes interventions des infirmières scolaires dans la société occidentale, et tenter de les intégrer dans notre politique de santé suisse. Nous présenterons tout d'abord le cadre conceptuel de notre recherche ainsi que la question de recherche, en présentant le modèle infirmier choisi et les différents concepts. Puis, nous parlerons de la méthode utilisée pour trouver des articles pertinents et les analyserons. Pour finir, nous présenterons les résultats de notre recherche et les intégrerons dans notre discussion.

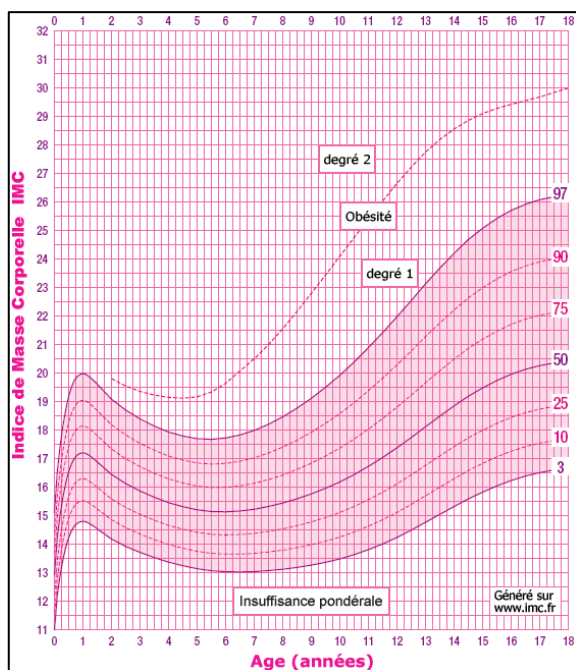
1. PROBLEMATIQUE

Pour mieux cerner et comprendre tous les aspects de notre revue de la littérature, nous allons définir les différents concepts clés la composant. Dans cette section, nous présentons la physiologie de l'obésité, le développement de l'enfant, le concept de qualité de vie et finalement la science infirmière.

1.1. L'obésité

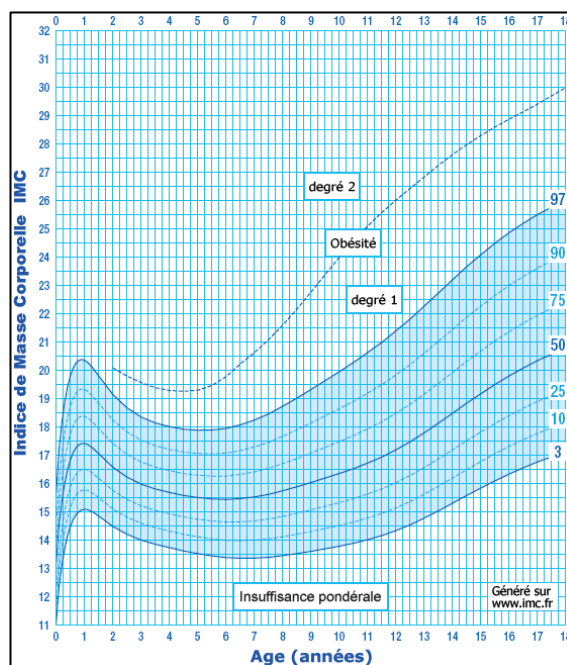
Selon l'OMS (2015), l'obésité et le surpoids se définissent comme "une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé". Il existe une mesure simple appelée « indice de masse corporelle » (IMC) qui permet à l'adulte d'estimer s'il est en insuffisance pondérale, dans la norme, en surpoids ou obèse. Le calcul de l'IMC correspond au poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres). Selon l'OMS, un IMC se situant entre 18 kg/m² et 25 kg/m² indique une corpulence normale. Si celui-ci est inférieur à 18 kg/m², il indique que l'individu est en insuffisance pondérale. Le surpoids correspond à un indice égal ou supérieur à 25 kg/m² et l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m². Au-delà de 40kg/m², nous parlons d'obésité morbide. L'IMC semble être la mesure la plus facile d'emploi du surpoids et de l'obésité car, chez l'adulte, l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il est toutefois nécessaire de ne pas interpréter un résultat trop hâtivement et sans l'avis d'un médecin, car le degré d'adiposité peut être différent d'un individu à l'autre.

Pour notre travail, nous nous sommes intéressées à l'obésité infantile. Selon l'ouvrage du Dr Jean-Michel Borys (2004), intitulé *Je préviens l'obésité de mon enfant*, l'obésité infantile était à l'époque, un phénomène que les scientifiques qualifiaient de « marginal » et qui est devenu aujourd'hui une véritable épidémie mondiale. Selon les chiffres de l'OMS, en 2015, environ 42 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un excès pondéral. Chez eux, l'indice de masse corporelle se modifie au fur et à mesure de leur croissance. A la naissance, le nouveau-né présente un IMC qui équivaut environ à 14kg/m². Celui-ci augmente jusqu'à l'âge adulte. Dans son ouvrage *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent* (2003), le Dr Marie-Laure Frelut explique 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. Le médecin parle d'obésité lorsque l'enfant a un indice de masse corporelle $\geq 97^{\text{ème}}$ percentile selon son âge, et de surpoids lorsque l'indice de masse corporelle $\geq 90^{\text{ème}}$ percentile.



Tiré de : <http://www.imc.fr/images/courbe-corpulence-fille.gif>

Figure 2. Courbe percentile fille



Tiré de : <http://www.imc.fr/images/courbe-corpulence-garcon.gif>

Figure 3. Courbe percentile garçon

Comme expliqué ci-dessus, le changement de masse grasseuse subi par l'enfant peut rendre difficile et ralentir le dépistage de l'excès pondéral. Pour comprendre ces nombreux bouleversements, nous allons citer les phases importantes du développement corporel de l'enfant.

Selon Frelut (2003), citée par Butty et Gassmann (2013), au cours de sa croissance l'enfant grandit et prend du poids. À sa naissance, son corps est composé de 14% de graisse et possède une physionomie mince. Ce pourcentage de graisse augmente jusqu'à 25% entre 6 et 9 mois, le bébé semble plus rond et potelé. Au cours de ces 6 derniers mois, il aura doublé son poids. Dès le 9^{ème} mois, l'enfant va grandir plus qu'il ne va prendre de poids et de ce fait, s'affine. À une année, le bambin aura triplé son poids de naissance. À l'âge de 6 ans, l'enfant subira un rebond d'adiposité, c'est-à-dire qu'il prendra plus de poids qu'il ne grandira. Puis à la puberté, la croissance des filles et des garçons ne sera plus la même. Les garçons grandissent et développent une masse musculaire plus importante, alors que le corps des filles se transforme pour la maternité. Leur masse grasseuse sera plus importante au niveau des hanches et leurs seins se développeront.

Les estimations récentes de l'OMS (2015) montrent qu'en 2014:

Plus de 1,9 milliard des adultes (18 ans et plus) étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions étaient obèses [c'est-à-dire que] 13% de la population adulte

mondiale (11% des hommes et 15% des femmes) étaient obèses et que 39% des adultes (38% des hommes et 40% des femmes) étaient en surpoids.

Une telle augmentation indique que la prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial entre 1980 et 2014. Les enfants, eux aussi, ont été touchés par cette augmentation du phénomène d'excès pondéral.

C'est pourquoi, selon l'OMS (2015) :

L'obésité de l'enfant constitue l'un des plus grands projets de santé publique de notre ère. Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain... Dans les pays en développement et les économies émergentes (classées par la Banque mondiale comme à revenu faible ou intermédiaire), le taux d'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les enfants d'âge préscolaire était supérieur de plus de 30% à celui des pays développés.

Selon Farpour-Lambert et al. (2007), la prise en soins de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est un vrai défi au niveau helvétique. Depuis quelques décennies, le nombre d'enfants concernés par ce fléau a nettement augmenté.

En Suisse, selon Office fédéral de la Santé publique (OFSP) (2008), « les enfants ... de 6 à 12 ans souffrent de surpoids dans 20% des cas et 5% sont obèses ». L'OFSP dans son Programme National Alimentation et Activité physique 2008-2012 (PNAAP) soulignait qu'en 2008 déjà, un enfant sur cinq souffrait de surcharge pondérale. Ce chiffre était cinq fois plus élevé que vingt ans plus tôt.

Selon l'OMS, « 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. De plus Koch et al. (2008), cité par Alvarez, Lévy 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.

1.2. Le développement de l'enfant

Il paraît nécessaire, dans le cadre d'un travail axé sur la prise en soins d'enfants souffrant d'obésité, de souligner le remaniement que subit l'appareil psychique d'un individu à travers les expériences vécues et de rappeler les étapes du développement de l'enfant.

Au début du XXème siècle, Sigmund Freud introduit la psychanalyse et décrit le développement de l'enfant suivant différents stades. Par la suite, différents auteurs vont, à leur tour, expliquer des phases de développement de l'être humain. Bien que les théories divergent, toutes ont en commun certains principes fondamentaux telles que la dynamique intrapsychique et la répercussion des expériences vécues lors de la petite enfance sur le comportement.

1.2.1. Selon Sigmund Freud

Tout au long de sa vie, l'individu passe par différentes étapes afin de trouver son identité et s'approprier sa propre personnalité.

Le psychanalyste Sigmund Freud a analysé le développement de l'enfant. Il l'a divisé en quatre étapes différentes: le stade oral (0 à 18 mois), le stade anal (18 - 24 mois à 4 ans), le stade phallique et le Complexe d'Œdipe (3 à 6 ans) et enfin le stade de latence (7 à 12 ans). Les premières phases de l'enfance sont déterminantes dans l'apprentissage de la vie et de la personnalité de l'individu.

Bien que notre travail porte sur les enfants de 6 à 12 ans, nous trouvons important d'expliquer les stades précédents celui de latence afin de comprendre le comportement des enfants.

Le stade oral

Lors de ce stade, le nourrisson découvre le monde grâce aux cinq sens avec une prédominance du toucher et de la vision. Pour ce faire, il fixe les objets avec le regard et les met à la bouche afin d'enregistrer les informations nécessaires à la compréhension de l'environnement qui l'entoure. De plus, lorsque le nourrisson les avale, il se sent uni à eux. Il pense être l'objet avalé. Selon Freud, la zone bucco-labiale est la source érogène première.

Cette partie du corps est la zone d'excellence du plaisir, c'est par là que passe l'objet du désir : le lait maternel. Le sein ou la tétine du biberon symbolisent l'objet pulsionnel, ils permettent en général la symbiose mère-enfant par le contact de la peau. C'est durant ce stade que l'enfant a son premier contact avec la nourriture et que son rapport avec cette dernière est construit.

La période du sevrage, c'est-à-dire le passage de la nourriture lactée à la cuillère, est la plus difficile pour l'enfant. Ce n'est pas de découvrir de nouvelles saveurs par les aliments introduits qui le frustre, mais plutôt le fait de ne plus être nourri par le sein de la mère. Cette dernière doit procurer davantage de *holding* à l'enfant afin de le rassurer. Si cette phase est réalisée trop tard, le nourrisson prendra le changement d'alimentation et la manière de se nourrir comme étant une punition pour ses pulsions agressives.

Le stade anal

Les pulsions présentes lors de cette phase sont des pulsions d'emprise: l'enfant découvre qu'il peut retenir ses selles et déféquer à sa guise. La zone érogène change, elle passe de la bouche à l'anus. Plus précisément, la source pulsionnelle correspond à la muqueuse ano-recto-sigmoïdienne s'étendant jusqu'à la muqueuse digestive. L'enfant découvre également la fonction des sphincters qui lui permettent tout aussi bien de garder que d'éjecter l'objet pulsionnel. Le désir ne provient désormais plus du sein de la mère, mais des selles de l'enfant lui-même. Durant ce stade, l'enfant comprend être entier mais peut perdre des choses ou les garder en lui. Cela va permettre à l'enfant des secrets lorsqu'il sera plus âgé. Il découvre son intériorité.

Le stade urétral ou phallique

« La zone érogène est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention » (Golse, 2008). Tout comme la période anale, l'enfant peut uriner ou retenir ses urines à sa convenance grâce à l'urètre, cela lui procure un double plaisir. Durant cette phase, l'enfant va commencer à se poser des questions sur la différence de sexe entre son père et sa mère: absence ou présence d'un pénis. Lors de ce stade, il existe l'angoisse de castration phallique, c'est-à-dire l'angoisse de voir son pénis couper chez les garçons. Celui-ci est signe de pouvoir, il n'est pas défini comme étant un organe génital à cette période. Ce qui importe aux enfants de 3 ans n'est pas l'usage du pénis mais simplement du fait d'en avoir un ou non. Ce stade est lié à la phase suivante: le complexe d'Œdipe.

Le complexe d'Œdipe

L'enfant va redéfinir la triangulation entre la mère, le père et l'enfant lui-même. En effet, il veut prendre le dessus sur le parent du même sexe pour avoir le plein pouvoir sur le parent

du sexe opposé. Ainsi ce dernier lui appartiendra totalement. Durant cette phase, l'enfant développe une angoisse de castration différente de celle du stade phallique, car elle est moins narcissique et se concentre sur un objet externe. La peur n'est plus de perdre son pénis mais de vouloir en créer un pour la mère, en ce qui concerne le garçon. Il va essayer de « réparer » sa mère qu'il idéalise toujours comme une « mère pénienne » (Golse, 2008). Quant à la petite fille qui a découvert son clitoris, elle va vouloir avoir un pénis.

Selon Golse (2008) :

Pour la petite fille aucun déni ne peut compenser cette blessure narcissique vécue dans la réalité. C'est cette envie du pénis qui va introduire la fille à la problématique œdipienne par le désir d'un enfant du père, enfant à signification phallique. [...] L'amour œdipien ne doit pas être conçu comme un amour idyllique. C'est un amour doublement entravé : entravé de l'intérieur, car l'attirance pour un parent implique un certain renoncement à l'autre (tiers regretté) et entravé de l'extérieur par la menace de castration (tiers redouté). Ceci explique pourquoi des mouvements anxiodépressifs sont fréquents pendant la phase œdipienne ainsi que des émergences phobiques (peur de perdre l'amour du parent du même sexe en raison de la rivalité).

Le stade de latence

Lors de ce stade l'enfant va réussir à canaliser ses pulsions grâce à l'école et l'envie de se sociabiliser. Il va refouler ses pulsions et va devenir plus câlin, plus tendre envers ses parents. L'enfant va être plus soumis avec l'entrée à l'école et les règles de celle-ci. C'est une phase aconflictuelle qui met fin à la phase œdipienne. Elle est très peu décrite par Freud.

1.2.2. Selon Erik Erickson

Erik Erikson, psychanalyste appartenant à l'école de New-York, est à l'origine de la théorie du développement psychosociale. Celle-ci est spécialement intéressante dans le cas de notre population cible, âgée de 6 à 12 ans, car elle est consacrée à la scolarisation qui représente les balbutiements des interactions sociales.

Tandis que Freud a une approche psychosexuelle, Erikson s'intéresse plutôt aux expériences vécues. Dans la conception de celui-ci, ces dernières sont ressenties selon deux tendances qui par nature s'opposent (pôles positif ou négatif). En réponse, la personne développe ou non des forces adaptatives.

Pour Erikson, chacune de ces étapes ou stade du développement est traversé par une crise. Selon Erikson (1972), « le mot crise, du reste, n'est ainsi employé que dans son contexte évolutif, non point pour désigner une menace de catastrophes mais un tournant, une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialités accentuées » (p.98). Les deux pôles sont présents à chaque stade. C'est à travers l'expérience plus ou moins équilibrée des crises développementales que le nouveau-né, l'enfant ou l'adolescent acquiert de l'habileté pour aborder les périodes successives de son développement.

Erikson décrit huit stades du développement qui s'étendent de la naissance à la vieillesse. Nous trouvons pertinent de décrire l'étape qui inclut notre tranche d'âge et celle qui les précède.

Première crise: Confiance versus méfiance

Ce premier stade coïncide parfaitement avec le stade oral décrit par Freud (de la naissance à 18 mois). Lors de cette crise le nourrisson est amené à faire confiance ou se méfier (respectivement pôle positif et négatif). De cette ambivalence découle une force adaptative qu'Erikson nomme « l'espoir ». L'attachement mère-enfant va permettre d'instaurer ce climat de confiance. Erikson met l'accent sur la qualité de la relation de l'enfant avec la mère se basant sur la quantité de nourriture donnée et au nombre de manifestations d'amour (Erikson, 1966, p. 171). La confiance permet à l'enfant d'intégrer pas à pas que la vie ne comporte pas seulement des obstacles ou du moins qu'ils ne sont pas insurmontables. Quant à la méfiance, elle protège des aléas de la vie.

Selon Bee et Boyd (2003):

Pendant cette période l'enfant doit apprendre à trouver un équilibre entre ses besoins internes et les possibilités de soulagement offertes dans le monde extérieur. Au début de la vie entre la naissance et 3-4 mois, toute son énergie est investie pour apaiser les tensions qui l'envahissent. L'enfant passe d'une phase de dépendance totale à l'égard de son environnement à une autre phase dans laquelle il doit apprendre à conquérir une indépendance relative. La personne significative pour cet apprentissage est la personne maternelle qui doit lui offrir la stabilité nécessaire pour développer de la confiance. Il ne s'agit pas seulement d'apporter une satisfaction aux besoins primaires (p.118-119).

Deuxième crise: Autonomie versus la honte et le doute

Elle s'étend d'environ 18 mois à 4 ans. L'enfant qui a acquis une confiance, souhaite jouir d'une certaine autonomie. C'est le stade où l'enfant expérimente, se positionne, s'oppose. L'enfant est amené à vivre des moments de doutes et parfois de honte. La force adaptative

qui permet à l'enfant de développer sa capacité d'agir (autonomie) ou au contraire à reconnaître son incapacité à tout comprendre (doute) est la « volonté ».

Selon Bee et Boyd (2003) :

Au niveau moteur, l'enfant a déjà acquis le contrôle de la marche lui permettant d'agrandir son univers. Son système nerveux est plus mature et lui permet l'acquisition de deux modes de fonctionnement : retenir et laisser aller et ce qu'il apprend sur le contrôle de son corps se déplace rapidement à tout son environnement; il veut décider et choisir ce qui lui plaît (p.119).

L'autonomie est cruciale pour les stades successifs, elle jouera le rôle de support dans la prise de nouvelles initiatives.

Troisième crise : Initiative versus culpabilité

L'enfant en âge préscolaire (entre 3 et 6 ans) est capable de prendre des initiatives (pôle positif) dans un certain but (force adaptative). L'enfant est alors capable grâce à « ses nouvelles aptitudes cognitives [,] ... de conquérir le monde qui l'entoure. Il essaie d'aller dans la rue tout seul [ou] ... [démonter] entièrement un jouet » (Bee et Boyd, 2003, p.198). Il est possible que l'enfant ressente de la culpabilité (pôle négatif) face aux échecs des actions entreprises. Cette phase introduit la notion de frustration. Face à celle-ci l'enfant est amené à se demander si ses réponses comportementales sont bonnes ou mauvaises. Nous pouvons imaginer qu'il existe des répercussions psychologiques chez l'enfant ayant difficilement vécu ses premières expériences de frustration. La rentrée scolaire représente un événement de taille où l'enfant établit ses premières interactions sociales. Celles-ci seront plus particulièrement travaillées dans la crise suivante.

Quatrième crise : Travail versus infériorité

Ce stade de développement s'étend de 6 à 12 ans. L'enfant en âge scolaire est capable d'élaborer des initiatives qu'il souhaite voir aboutir et se met donc au travail (pôle positif). Il se pose alors plusieurs questions quant à son travail. Est-ce qu'il réussit dans ce qu'il entreprend? Est-ce que tout ce qu'il fait est sans valeur? (Bee et Bold, 2011). Le réseau social s'agrandit, l'enfant est alors confronté au regard d'autrui qui peut lui faire éprouver, selon certaines situations, un sentiment d'infériorité (pôle négatif). Erikson perçoit l'école comme un enjeu de taille dans le développement de la confiance en soi. L'enfant a le besoin inconditionnel de se sentir compétent, d'être reconnu et que ses parents croient en lui. Le sentiment d'infériorité, pouvant être ressenti en lien avec son apparence physique, peut avoir diverses conséquences, notamment l'isolement de l'enfant.

En lisant les écrits de Freud et Erickson, nous avons remarqué que certains stades ou crises étaient plus importants que d'autres, lorsque nous nous questionnons sur l'obésité. Ils pourraient contenir les éléments déclencheurs d'une relation néfaste entre l'enfant et les aliments. Lors du stade oral, par exemple, l'enfant a son premier contact avec la nourriture. Il est tout d'abord nourri au sein, puis découvre différents aliments et textures au cours de ses premières années d'existence. Les préférences de ses papilles gustatives se définissent à cette période pour le suivre tout au long de sa vie. L'identité culinaire de l'enfant se construit non seulement par les découvertes des goûts mais aussi par le contexte qui entoure les repas, comme les attitudes, les réponses et les comportements des parents et de l'enfant.

Moi, Ça, et Surmoi

Selon Freud, l'appareil psychique de l'être humain est divisée en trois parties : le Ça, le Surmoi et le Moi.

Le Ça est l'inconscient de l'individu, il caractérise ses pulsions, c'est-à-dire ses désirs les plus profonds et ses actions pour les assouvir. Le Ça cherche toujours à être satisfait afin d'avoir le moins de tensions intérieures possibles. Les pulsions sont de deux natures: de « vie » et de « mort ». Le Surmoi est considéré par les psychanalystes comme étant la conscience. La dimension qu'il prend est propre à chaque individu. Il représente les règles, la morale et, est par conséquent intimement liée à la culture et à la société dans laquelle l'être humain grandit. Le Moi est la partie consciente de notre psychisme. Il permet d'équilibrer notre personnalité, il joue le rôle de médiateur. C'est grâce à lui que nous avons des souvenirs, des pensées, des émotions et des expériences.

En lien avec notre thème, c'est surtout le développement oral qui importe. C'est à ce stade que l'enfant acquiert son intériorité. Il est probable que l'enfant souffrant d'obésité ait lui aussi des pulsions et le besoin de les assouvir. Pourquoi en vient-il à trop manger ? Nous pouvons imaginer l'importance de la dyade mère-bébé dans l'expérience de la nourriture. Certains parents répondent aux pleurs du nourrisson en lui proposant systématiquement le sein ou le biberon, dans le but de calmer sa frustration. Cette réponse n'induit-elle pas des comportements futurs en lien avec la gestion de l'alimentation et la responsabilité du dedans et du dehors ?

1.2.3. Selon Carl Rogers

Carl Rogers est un psychologue américain né en 1902. Il a participé au développement de l'approche humaniste en psychologie. La partie intéressante de son travail, au sujet du développement de l'enfant, est le concept de soi comprenant la notion d'estime de soi.

Rogers explique que le soi est le centre de l'expérience humaine. Pour lui, il est également la partie exécutive de la personnalité. Ce dernier influence la manière dont la personne se projette dans le monde. La façon dont la personne se perçoit, la sensation d'être un individu unique avec ses passions et ses désirs, constitue le concept de soi. La théorie de la personnalité de Rogers relève également l'importance de se connaître soi-même et d'être authentique malgré le regard des autres.

La première étape de la construction de la personnalité est le développement de l'estime de soi. Cette dernière va naître du regard que l'entourage aura sur l'enfant. De ce fait, Rogers pense qu'il est indispensable que les parents aient sur leur enfant un regard inconditionnellement positif. C'est-à-dire, une acceptation de l'enfant malgré ses actions qu'elles plaisent aux parents ou non. Ainsi, il apprend qu'il possède une valeur intrinsèque et ne juge pas s'il est bon ou mauvais en fonction de l'atteinte des attentes de son entourage. Cependant, pour Rogers, cela ne signifie pas que les parents devraient fermer les yeux sur les bêtises que fait leur enfant. Ils ne doivent pas accepter tous leurs comportements. Il est possible de les punir tout en épargnant leur estime de soi. Il doit être clair pour l'enfant que c'est son attitude qui est condamnée, et non pas sa personne.

Malheureusement, un bon nombre de parents ont un regard positif conditionnel. Ils montrent leur approbation seulement lorsque l'enfant se comporte bien. Il va alors croire qu'il a de la valeur uniquement lorsque ses actions sont acceptées socialement. L'estime de soi est instable puisqu'elle dépend de l'avis des autres à un moment donné. Afin de maintenir son estime de soi, l'enfant ressent le besoin de réprimer ses désirs et ses intérêts. Il apprend à porter un masque pour plaire aux autres. Son concept de soi peut être perturbé et il se sent comme un étranger à ses propres yeux.

Une bonne estime de soi permet à l'enfant, au fur et à mesure de sa croissance, d'atteindre son soi idéal. Il s'agit de l'individu qu'il souhaite devenir. Quand cette image est modelée par ce que les autres attendent de l'individu, il peut être difficile de la reproduire. Rogers a conçu un modèle de thérapie, appelé la thérapie centrée sur le client, qui pousse les personnes à connaître leurs véritables sentiments et à se valoriser eux-mêmes.

Carl Rogers était un optimiste et croyait en la bonté de la nature humaine. Il disait que les personnes blessantes envers les autres avaient elles-mêmes eu un obstacle sur leur parcours menant à leur actualisation de soi, la réalisation de leur potentiel. En conclusion, les parents peuvent aider leur enfant à entreprendre ce voyage en lui montrant leur soutien inconditionnel, et ceci même si ses intérêts et ses désirs diffèrent des leurs (Nevid, 2013, traduction libre, pp. 501-502).

1.3. La science infirmière

Comme l'introduisent Pepin, Kérouac et Ducharme dans leur ouvrage *La Pensée Infirmière* (2010), ce n'est qu'au début des années 50 que les infirmières s'efforcent « de préciser leur domaine d'investigation et de pratique ainsi que leur contribution à la santé des personnes et des populations » (p.3). La science infirmière s'inscrit dans une discipline professionnelle. C'est-à-dire qu'elle est composée de chercheuses et de praticiennes qui s'intéressent au lien avec la théorie, la pratique et la recherche. Selon Pepin et al. (2010), « une discipline est un domaine d'investigation et de pratique ayant une perspective unique ou une façon distincte d'examiner des phénomènes » (p.3). Elle est « dynamique, à l'écoute des besoins émergeant et changeant de la société en constante transformation » (Pepin et al., 2010, p.4). Dans cette optique, nous constatons qu'il est important de faire évoluer la discipline en utilisant différents savoirs propres à la science infirmière. Selon plusieurs auteurs, la discipline de la science infirmière est composée d'une substance (le « contenu ») et d'une syntaxe (le « contenant »). Le contenu fait référence au centre d'intérêt de la discipline composée des cinq savoirs infirmiers et des métaconcepts. Le contenant, quant à lui, se définit par l'utilisation des savoirs et des métaconcepts selon les paradigmes et les écoles de pensée. Dans le corpus de la discipline infirmière, il existe trois paradigmes dans lesquels s'inscrivent des écoles de pensées, des théories et des modèles infirmiers.

1.3.1. Les paradigmes

Ce sont des grands courants de pensées qui ont permis au savoir infirmier de s'affirmer en tant que science. Les paradigmes sont l'ensemble de croyances, valeurs, principes, lois, théories et méthodologies qui servent de référence pour développer la science infirmière. Ils sont une manière de concevoir les soins. Plusieurs auteurs ont décrit ces paradigmes au cours de ces dernières décennies. Ils les ont nommés différemment mais leur sens est commun.

Tableau 1. Les paradigmes

| Auteurs | Paradigmes et philosophies | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------|
| <i>Newman</i> | Particulier-Déterminé | Interactif-Intégratif | Unitaire-Transformatif |
| <i>Fawcett</i> | Réaction | Interaction | Action simultanée |
| <i>Pepin, Kérouac et Ducharme</i> | Catégorisation | Intégration | Transformation |

Pour ce travail, nous avons choisi les termes proposés par Pepin et al., (2010) :

Le paradigme de la *catégorisation* met l'accent sur la fragmentation des phénomènes, c'est-à-dire qu'il est préférable de se limiter à des tâches catégorisées. Le travail à la chaîne en

est un exemple. Le paradigme de l'*intégration* permet de s'interroger sur « les multiples éléments et les manifestations d'un phénomène ainsi que le contexte spécifique dans lequel un phénomène se produit » (Pepin et al., 2010, p.29). Dans le paradigme de la *transformation*, « le changement est perçu comme étant perpétuel, en accélération et unidirectionnel en ce sens qu'on ne peut jamais se retrouver exactement au même point, même si on a l'impression d'un recul » (Pepin et al., 2010, p.30). Les théoriciennes s'inscrivent dans différentes écoles de pensées regroupées dans ces trois paradigmes.

Ces trois paradigmes sont des racines philosophiques et les écoles de pensées, dont nous parlerons ci-dessous, vont s'inscrire dans certaines de ces racines.

1.3.2. Les métaconcepts

Les métaconcepts discutés par les diverses théoriciennes, traversent toute la discipline de la science infirmière et ont différents coloris selon les théories. Il existe quatre métaconcepts : « *personne* », « *santé* », « *soin* » et « *environnement* ». Dans la littérature, ils sont récurrents de manière implicite ou explicite. À l'époque de Florence Nightingale, pionnière dans sa discipline, ils apparaissaient déjà dans ses écrits. Ils ont permis, tout au long de l'évolution de la discipline, de se positionner et de se remettre en question vis-à-vis de l'expérience de santé d'une personne dans son environnement et des soins qu'elle reçoit. Depuis leur appellation dans les années 80, les penseuses se sont basées sur ces métaconcepts pour illustrer leur courant de pensée et se les approprier.

1.3.3. Les écoles de pensées

Les théoriciennes infirmières américaines ont été regroupées dans plusieurs écoles, selon leur courant de pensée, leur vision des métaconcepts et l'université dans laquelle elles ont étudié ou travaillé. Au début des années 90, trois premières écoles ont été décrites par Meleis.

Tableau 2. Écoles de pensée (1)

| | |
|-------------------------------|---|
| École des besoins | Cette école regroupe « les conceptions qui décrivent les besoins de la personne de la personne et les activités spécifiques de l'infirmière en regard de ces besoins. [...] L'infirmière remplace la personne qui, pour un temps, ne peut accomplir elle-même certaines activités liées à sa santé, et l'aide à recouvrer le plus tôt possible son indépendance ». (Pepin et al., 2010, p.51). Cette école est inspirée de la pyramide de Maslow et de la théorie du développement selon Erikson. |
| École de l'interaction | Selon cette école, le soin est un processus interactif entre une personne ayant des besoins et une autre capable de répondre à ceux-ci. Pour cela, l'infirmière fait référence à ses valeurs et à la définition qu'elle a des métaconcepts pour s'impliquer de façon thérapeutique dans le soin. Le soin est une action humanitaire et non mécanique. La maladie est considérée comme une expérience humaine qui peut permettre la croissance si la personne en comprend la signification, et tendre ainsi vers la réalisation de soi (Pepin et al., 2010, p.57). |

| | |
|-----------------------------------|--|
| École des effets souhaités | Cette école perçoit « la personne, la famille ou la communauté comme étant un système en quête d'adaptation ou d'équilibre » (Pepin et al, 2010, p.60). L'infirmière appartenant à cette école, concentre son attention sur les processus d'adaptation et met tout en œuvre pour aider la personne à atteindre ou rétablir cet équilibre. L'infirmière joue un rôle dans la promotion de l'adaptation de la personne ou du groupe dans chacun des quatre modes afin de contribuer à la qualité de vie et à la santé de la personne (Favre ¹ , 2012). Cette école se situe dans le paradigme de la totalité. |
|-----------------------------------|--|

L'essence même d'une discipline est son caractère dynamique et évolutif, c'est pourquoi d'autres écoles sont nées dans le but de répondre aux nouveaux courants de pensée. Un exemple de ce phénomène est l'émergence du paradigme de l'humain devenant décrit par Parse et qui s'inscrit dans l'école des patterns.

Tableau 3. Écoles de pensée (2)

| | |
|---|--|
| École de l'apprentissage de la santé | Cette école « est centrée sur l'adoption de comportements menant à l'amélioration de la santé de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté ». (Pepin et al., 2010, p.63) Le partenariat entre l'infirmière et le patient est essentiel à l'apprentissage de la santé et permet à celui-ci d'améliorer sa qualité de vie et de se responsabiliser. |
| École des patterns | Dans cette école de pensée, le terme « holistique » est un élément clé. L'individu est vu comme un être unitaire en constante interaction avec son environnement. Il est composé de patterns uniques auxquels l'infirmière doit se référer lors de sa prise en soins (Pepin et al., 2010, p.65). |
| École du caring | Cette école décrit la relation interpersonnelle entre l'infirmière et la personne qui vit une expérience de santé ou de maladie. Les théoriciennes appartenant à cette école « soulignent la nécessité de donner la primauté au caring, qui est à la fois une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral [...] La caring signifie aussi faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture [...] Il est, de plus, une expérience partagée au cours de laquelle le sentiment d' « être » de la personne augmente » (Pepin et al., 2010, pp.69-70). |

En lisant les différentes théories des écoles de pensées, nous pouvons nous apercevoir que quatre mêmes concepts apparaissent : les métaconcepts. Leur approche diffère selon la théoricienne.

1.3.4. Les savoirs

Chaque discipline possède un ensemble de connaissances propres, défini par le terme « savoir » (Legendre, 2005, cité par Pepin et al., 2010, p.17). Les savoirs sont composés d'une part de ce que l'individu perçoit et comprend du monde et de sa personne dans un processus dynamique et changeant, et d'autre part de « l'expression de la compréhension sous une forme qui peut être partagée et communiquée aux autres » (Pepin et al., 2010,

¹ Favre, S. (2012). *Psychologie et développement de la personne: « Support » des cours de septembre/octobre 2012*. Haute Ecole de Santé.

p.17). Les savoirs sont en quelque sorte une « paire de lunettes » qui permet une autre vision de la discipline. C'est un outil qui vient interroger l'infirmière dans sa pratique. Il permet d'analyser le comment et le pourquoi des actions infirmières. Ils sont essentiels à la discipline, car ils permettent de supporter « les actions des infirmières pour distinguer leurs apports et contributions spécifiques dans le champ de la santé » (Rogers, 2005). La littérature décrit cinq modes de développement du savoir.

- Le *mode personnel* se base sur l'authenticité de l'infirmière, ses expériences, ses ressentis qui font d'elle un être unique dans sa pratique.
- Le *mode esthétique* ou « l'art de soigner » correspond à la pratique réflexive. L'infirmière se doit de s'interroger sur la signification de ses gestes et des conséquences qu'elle a sur les patients et elle-même (Chinn et Kramer, 2008 cité par Pepin et al., 2010, p.19).
- Le *mode éthique* est la manière dont l'infirmière prend en compte les valeurs du patient et les siennes lors de sa prise en soins.
- Le *mode empirique* représente la façon dont l'infirmière actualise ses connaissances théoriques sur la discipline. Ce mode dynamique englobe la recherche permettant ainsi de remettre en question ses pratiques.
- Le *mode émancipatoire ou socio-politique* est l'influence de l'environnement qui entoure la relation patient-infirmière. Il comprend la culture, l'identité et les perceptions de la santé et de la maladie propres à chaque individu (Pepin et al., 2010, p.21).

1.4. Prévention et rôle de l'infirmière

L'infirmière scolaire joue un rôle important dans la prévention de l'obésité. En effet, elle est en contact avec des enfants non hospitalisés et est donc à même de détecter des enfants à risque d'obésité. L'OMS définit trois niveaux de prévention en matière de santé : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire consiste à empêcher l'apparition de problèmes de santé et permet de réduire l'incidence d'une pathologie, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas. Pour cela, il faut agir sur les comportements à risque et sur l'environnement. L'action peut porter sur la population ou être ciblée sur des individus pouvant développer une pathologie (OMS, 1994, p.7). Dans le cas de l'obésité, il s'agira par exemple pour l'infirmière de donner des leçons sur une alimentation saine ou encore de travailler en collaboration avec la cantine de l'école pour proposer des repas équilibrés aux enfants. La prévention secondaire comprend le dépistage précoce des pathologies et le traitement des premiers symptômes de la maladie, afin d'éviter sa progression (OMS, 1994, p.8) Pour cela, le rôle de l'infirmière scolaire sera

de repérer les enfants à risque de devenir obèses ou présentant les premiers signes d'un excès de poids. Pour finir, la prévention tertiaire a pour but de réduire les complications et les handicaps dus à une pathologie (OMS, 1994, p.8) Ces mesures s'appliquent aux enfants déjà atteints d'obésité. Notre travail porte surtout sur ce type de prévention puisqu'il s'interroge sur le rôle de l'infirmière scolaire envers les enfants souffrant d'obésité.

1.5. Programmes de prévention existants en Suisse

Actuellement, en Suisse, les programmes de prévention de l'obésité et de promotion de la santé en lien avec la surcharge pondérale sont du ressort de la Confédération et des cantons. En 2008, le Conseil fédéral avait chargé l'OFSP de la mise en place du Programme National sur l'Alimentation et l'activité physique (PNAAP). Les quatre acteurs principaux de ce programme sont l'OFSP, l'Office Fédéral du Sport (OFSPo), la Promotion Santé Suisse (PSS) et les cantons. En 2013, la Confédération publiait le rapport sur ce programme.

PNAAP a pour objectif, « la promotion durable de la qualité de vie à travers la responsabilisation de l'individu, les mesures volontaires et la qualité des denrées alimentaires » (OFSP, 2008, p.8).

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève, le programme « Contrepoids » existe depuis 2007. Il porte sur la prévention et le traitement de l'obésité, tant bien chez les adultes que chez les enfants et les adolescents. Son objectif est ainsi de réduire les conséquences de cette pathologie sur la santé. Ce programme tend également à favoriser une formation spécifique pour les professionnels et futurs professionnels de la santé. « Contrepoids » propose des consultations spécialisées, des plans de traitement personnels et des programmes thérapeutiques.

La ville de Fribourg a lancé en 2010 un programme intitulé « Je mange bien, je bouge bien » en lien avec les thématiques de l'alimentation et l'activité physique. Le public visé sont les enfants de 0 à 6 ans ainsi que leurs parents, les éducateurs de la petite enfance, les enseignants, les puériculteurs etc. Entre 2010 et 2013, ce programme a permis de développer et de renforcer de nombreuses mesures existantes, d'en développer de nouvelles, mais également de renforcer le réseau fribourgeois œuvrant dans les domaines de l'alimentation et du mouvement. Les activités déployées pendant quatre ans nécessitent néanmoins un ancrage plus fort afin d'améliorer leur impact à long terme. (Rywalski, Vuitel et Plancherel, 2013, p. 4) Actuellement, une seconde étape, commencée en 2014 et se terminant en 2017, est analysée afin de permettre au programme de renforcer les efforts mis en œuvre pendant quatre ans.

Le canton vaudois a développé en 2012 un dispositif nommé « à dispo! », offrant un soutien pour les jeunes en surpoids. Il a été créé par le programme cantonal « Ça marche ! Bouger plus, manger mieux » afin d'améliorer la communication et l'accessibilité des offres de prise en soins. Ce dispositif, prenant la forme d'une ligne téléphonique, vise à répertorier, créer et rendre visibles les offres de prise en charge du surpoids et de promotion de la santé disponibles dans le canton. « À dispo ! » cherche ainsi à donner aux jeunes Vaudois concernés et leur famille une réponse accessible, adaptée à leurs besoins ("À dispo!", 2015).

À Genève, afin de freiner la progression constante de l'excès de poids, la Fondation Promotion Santé Suisse a développé en 2008 un programme encourageant une alimentation saine et une activité physique régulière, intitulé « Marchez et mangez malin ». Celui-ci mène une campagne de prévention auprès des enfants de 0 à 16 en poursuivant les objectifs suivants : promouvoir un cadre de vie favorable, améliorer les possibilités d'atteindre les enfants, leur famille mais aussi la population et limiter la consommation de boissons sucrées. Ce programme repose sur dix recommandations² essentielles, en lien avec les deux axes principaux à savoir l'alimentation et l'activité physique (République et canton de Genève, 2014).

Nous remarquons qu'il existe plusieurs programmes au niveau national et cantonal en Suisse. Néanmoins, ils sont principalement centrés sur l'alimentation et l'activité physique, ils prennent rarement en compte l'aspect psychologique.

² intégrer, dans les activités quotidiennes, au minimum trente minutes d'activité physique pour les adultes et soixante pour les enfants ; se déplacer à pied ou à vélo le plus souvent possible ; planifier et pratiquer de l'exercice physique ou un sport lors des loisirs ; limiter le temps à l'écran et les autres comportements sédentaires ; remplacer les "régimes miracles" par une bonne hygiène de vie ; équilibrer les repas ; manger cinq fruits et légumes par jour ; consommer un produit gras et/ou sucré au maximum une fois par jour ; respecter les sensations de faim et de satiété ; limiter la consommation de boissons sucrées en buvant de l'eau.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. Ancrage disciplinaire: Callista Roy

Callista Roy est née en octobre 1939 à Los Angeles. Durant sa carrière, elle a pratiqué plusieurs métiers : infirmière, professeure au Mt. Saint Mary's College de Portland, chercheur à la Nursing School de San Francisco ; puis théoricienne et auteur.

Selon Amar et Gueguen (2006), le modèle théorique de Roy s'inspire de la Théorie Générale des Systèmes de Von Bertalanffy (1963) et de la Théorie des Niveaux d'Adaptation de Harry Helson (1964). Ce dernier s'intéressait surtout à la manière dont varie l'adaptation des sujets en fonction des contextes différents. En plus de ces théories, Roy s'intéresse également aux concepts de *coping*³ et de stress. Les fondations de sa théorie sont les principes de l'*humanisme*⁴ et de la *véritivité*⁵. Les postulats philosophiques correspondraient à la charpente.

Parmi les diverses écoles de pensée, Callista Roy se situe dans *l'École des effets souhaités*. Voici les huit postulats de sa philosophie (Amar et Gueguen, 1999) :

- L'être humain est un être « bio-psycho-social ».
- Il est en interaction permanente avec un environnement changeant.
- Il a recours à des mécanismes d'adaptation.
- La santé et la maladie sont une dimension incontournable de la vie.
- L'être humain doit s'adapter pour réagir positivement aux changements.
- L'adaptation dépend du type de stimuli auxquels il est exposé.
- Le stimulus doit être suffisamment efficace pour déclencher une réponse.
- L'être humain possède quatre modes d'adaptation (mode physiologique, concept de soi, fonction de rôles, relation d'interdépendance).

Roy décrit trois types d'assomptions qui représentent ses convictions, c'est-à-dire ce qu'elle assume comme étant la base de sa théorie. Celles-ci sont de nature philosophique, scientifique et culturelle. Ces assomptions concernent les êtres humains, leur environnement, leurs valeurs et croyances à propos des soins et les revendications des théoriciennes (Fawcett, 2013, p. 265).

³ « De manière générale le coping se réfère à tout ce qu'une personne met en œuvre pour faire face à une situation stressante » (Hazanov-Boskovitz, 2003, p.12)

⁴ Selon ce principe les dimensions subjectives de l'expérience humaine sont essentielles à la connaissance de la personne et à sa valorisation (Pepin et al., 2010).

⁵ Terme créé par Roy et qui définit : l'affirmation d'un but commun à l'existence humaine, à savoir un engagement au rehaussement des processus de vie grâce à l'adaptation (Pepin et al., 2010).

Dans ses *assumptions philosophiques*, Roy revendique à propos de l'être humain et de son environnement que :

- le physique et l'environnement social d'une personne sont considérés comme coextensifs (Roy, 2009, p.30).

Vis-à-vis du modèle conceptuel sur l'adaptation :

- le RAM assume l'importance universelle de promouvoir l'adaptation de la personne en bonne santé ou dans la maladie (Roy, 1992b, p.66 citée par Fawcett, 2013, p.266).

L'importance de Dieu dans les *assumptions philosophiques* est de taille, puisque selon Roy :

- chaque personne a une relation de réciprocité avec les autres, le monde et Dieu (Roy, 2009, p.31).
- les personnes utilisent des aptitudes humaines comme la sensibilité, l'instruction et la Foi (Roy, 2009, p.31).
- la diversité de la Création et le Destin commun de l'Humanité dépendent et sont révélés par Dieu (Roy, 2009 cité par Parker et Smith, 2010, p.170).
- les personnes ont une responsabilité dans le processus de maintenir, d'exploiter et de transformer l'Univers (Roy, 2009, p.31).

Concernant les *assumptions scientifiques*, Roy considère que (Roy, 2009 citée par Parker et Smith, 2010, p.170) :

- Le système de matière et d'énergie progresse à des niveaux d'auto-organisation complexes.
- La conscience et les connaissances sont fondamentales pour l'intégration des personnes et de l'environnement.
- La conscience de soi et de l'environnement est enracinée dans la pensée et les sentiments.
- L'être humain, par ses décisions, est responsable de l'intégration des processus créatifs.
- La réflexion et les sentiments sont les médiateurs de l'interaction humaine.
- Les relations de systèmes comprennent l'acceptation et la protection. Ils promeuvent l'interdépendance.
- Les personnes et le monde ont des modèles communs et des relations intégrales (unité cosmique).
- C'est dans la conscience humaine qu'est créée la transformation des personnes et de l'environnement.
- L'intégration des ressources humaines et environnementales permet l'adaptation.

Les *assomptions culturelles* sont décrites ainsi :

- Les expériences au sein d'une culture spécifique influencent la façon dont chaque élément du modèle est exprimé (Roy, 2009, p.31).
- Son modèle peut conduire à des changements dans les activités pratiques telle que l'évaluation des soins infirmiers (Roy, 2009, p.31).
- Dans une culture, il peut y avoir un concept central et qui influence certains éléments du RAM dans une mesure plus ou moins grande (Roy, 2009 citée par Parker et Smith, 2010, p.170).
- Les implications pour l'enseignement et la recherche peuvent différer selon la culture dans laquelle on se situe (Roy, 2009 citée par Parker et Smith, 2010, p.170).

2.2. Modèle d'adaptation de Roy

De 1997 à 2000, Roy affirme que la personne est en relation avec un univers en transformation et avec Dieu (Pepin et al., 2010, p. 61). Elle s'intéresse au processus d'adaptation des individus ou des groupes face à un changement constant et universel. Le concept de l'adaptation possède une qualité dynamique. La personne est perçue comme un système en continuelle adaptation face aux stimuli de son environnement externe et interne (Brunner et Suddarth, 1994). « L'environnement constitue les stimuli focaux, contextuels et résiduels auxquels l'individu fait face » (Roy, 1986, citée par Cloutier, 1995, p.32). La personne répond à ces stimuli en se servant de mécanismes d'adaptation innés ou acquis. Les réponses de la personne face à ces changements déclenchent ce que nous appelons le comportement. Les réponses de ce dernier peuvent être mesurées, observées et rapportées subjectivement.

Il est primordial de comprendre que lorsque nous vivons une situation particulière, celle-ci a différents degrés d'atteinte selon la personne. L'importance de savoir : « *Qu'est ce qui m'affecte sur le moment ?* », « *Qu'est-ce qui intensifie ou atténue la situation que je vis ?* » ou encore « *Qui suis-je, qu'ai-je vécu, quelles expériences vont me permettre de faire face ?* », a une conséquence sur l'adaptation de chacun et sur les réponses que l'individu donne. C'est ce que Roy qualifie de stimuli focal, contextuel et résiduel.

Les stimuli focaux, représentant les facteurs qui agissent directement sur la situation, peuvent être liés ou non à la santé et génèrent une réflexion. Ils sont de nature environnementale, interne ou externe, auxquelles la conscience de l'organisme tente de faire face immédiatement (Roy, 2009, p.35). Les stimuli contextuels regroupent tous les autres facteurs présents dans la situation immédiate et qui contribuent à l'effet du stimulus focal. Ce sont aussi des facteurs environnementaux, internes ou externes, auxquels le système

humain doit faire face, mais ils ne sont pas le centre de l'attention ni de l'énergie (Roy, 2009). C'est la réponse à « *Qu'est ce qui intensifie ou atténue la situation vécue ?* ». Les *stimuli résiduels* représentent les facteurs environnementaux internes ou externes des systèmes humains, leurs effets dans la situation focale sont toutefois moins facilement visibles. La personne peut ne pas être consciente de l'influence de ces facteurs et leurs effets peuvent ne pas être mesurés par l'observateur. Ces stimuli ont un effet indéterminé dans l'attitude de l'individu, du groupe ou du système adaptatif. Ils répondent aux questions : « *Qui suis-je ? Qu'ai-je vécu ? Quelles expériences vont me permettre de faire face ?* ». Les aspects que nous retrouvons le plus souvent dans les stimuli appartiennent à la culture de chaque individu. Ils sont de nature socio-économique, ethnique ou familiale. Ils dépendent également du stade de développement de l'individu, de son sexe, de son patrimoine génétique, de sa vision du groupe et de l'intégrité des modes adaptatifs. Il faut garder à l'esprit que malgré la classification donnée aux stimuli, tout peut changer à tout moment. Selon Roy (2009, p.64), ce qui est focal une fois peut vite devenir contextuel et ce qui est contextuel pourrait rapidement s'estomper et se transformer en une information de second plan et devenir ainsi un élément résiduel. Les trois sortes de stimuli agissent ensemble et ont un effet sur le niveau d'adaptation, qui correspond à « l'habilité de la personne à répondre de façon positive dans une situation donnée » (Andrews et Roy, 1991a citées par Alligood, 2010, p.310). La personne peut faire face aux différents stimuli en se situant dans des niveaux d'adaptation supérieurs ou inférieurs (basse ou haute adaptation). Un comportement en haute adaptation est une action tendant à avoir un effet positif sur la santé de l'individu. Alors qu'un comportement en basse adaptation ne permet pas à la personne d'atteindre une santé optimale.

Roy prétend que la personne ou le groupe s'adapte aux stimuli selon quatre modes : *physiologique*, *concept de soi*, *fonction rôle* et *interdépendance*. Lorsqu'elle décrit les différents modes d'adaptation, elle se réfère autant à l'individu qu'à groupe. Elle les voit tous les deux comme un « système holistique », c'est-à-dire un être ou un ensemble devant être considéré dans sa totalité et dont les parties ne doivent pas être étudiées séparément.

Le mode *physiologique* comprend plusieurs besoins : l'oxygénation, la nutrition, l'élimination, l'activité/le repos, la protection, les sens, les fluides/les électrolytes, la fonction neurologique et la fonction endocrine. Une adaptation adéquate à ses besoins permet de tendre vers l'intégrité du mode physiologique (Andrews et Roy, 1991a, 1991c citées Alligood, 2010, p.311). Le mode *concept de soi* se réfère directement à la personne, ses croyances, son image et ses ressentis. Il y a deux types de soi, le soi *physique* et le soi *personnel*. Le soi dit *physique* comprend les sensations du corps et l'image du corps (Buck, 1991b citée par Alligood, 2010, p.311). Tandis que le soi *personnel* se réfère à l'idéal qu'on a de soi-même et

au « morale-éthique-spirituel » propre à chacun (Buck, 1991b citée par Aligood, 2010, p.312). Afin d'atteindre le mode du concept de soi, il faudrait selon Andrews et Roy (1991a, 1991c) avoir une « intégrité psychique » (Aligood, 2010, p.312). Le mode *interdépendance* comprend les comportements caractérisés par la volonté à donner et recevoir amour et respect. « L'interdépendance [...] fait référence aux relations interpersonnelles intimes entre les individus incluant le désir et la capacité d'aimer, de respecter et de valoriser les autres et le désir d'accepter et de répondre à l'amour, au respect et à la valorisation venant des autres. » (Cloutier, 1995, p.33). Le mode *fonction de rôle* est une hiérarchisation des rôles joués dans la société, en rôles primaire, secondaire et tertiaire. Le sexe d'une personne ou son âge correspondent au rôle primaire. Être le frère, la sœur ou le fils de quelqu'un et avoir un métier ou une profession représente le rôle secondaire. Le rôle tertiaire est, quant à lui, de courte durée, comme par exemple un hobby. La maladie peut interférer et affecter l'un des rôles. Par exemple, elle peut empêcher l'exercice de son métier ou de sa profession. L'intervention de l'infirmière consiste alors à accompagner et aider la personne afin qu'elle atteigne ou maintienne une intégrité sociale.

Voici un schéma qui résume le modèle d'adaptation de Roy depuis la réception des stimuli par la personne aux réponses de celle-ci :

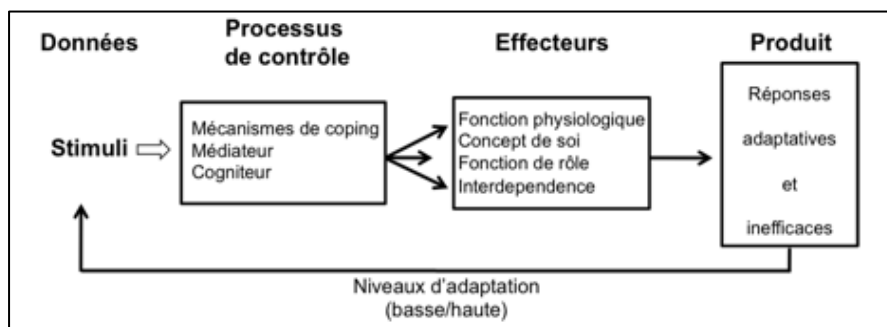


Figure 4. Modèle d'adaptation de Roy (RAM)

2.3. Métaconcepts

La personne

Roy se réfère à la personne en tant que « système holistique d'adaptation ». Elle la définit comme un être bio-psycho-social. Dans le but de maintenir une bonne adaptation et de promouvoir sa transformation et son environnement, la personne met en place des mécanismes d'adaptation. Ceux-ci peuvent être de type *régulateur*, *cognitif* et de *coping*. Les processus physiologiques, dits mécanismes *régulateurs*, permettent de faire face aux aléas de l'environnement et de la vie. Les mécanismes *cognitifs* utilisent des processus psychologiques et sociaux. Ils regroupent tout ce qui est de l'ordre des perceptions, de la

gestion de l'information et de la prise de décision. Le mécanisme de *coping* est vu comme un système stabilisateur. L'application de mécanismes *régulateurs* permet à la personne de s'adapter sur un plan physiologique, tandis que les mécanismes *cognitifs* permettent une adaptation sur le plan émotionnel et cognitif.

Le soin

Il faut reconnaître que, tant physiquement que mentalement et socialement, une santé optimale est impossible pour les systèmes humains. Le rôle de l'infirmière est de promouvoir l'adaptation dans les situations de santé et de la maladie, ainsi que de réaliser l'interaction humaine avec les systèmes de l'environnement par la promotion de la santé. Selon Roy, le but des soins consiste à rétablir un équilibre, une stabilité, une homéostasie, ou à préserver l'énergie de la personne. L'objectif des soins est de promouvoir l'adaptation dans chacun des quatre modes, dans le but de contribuer à la santé, à la qualité de vie et à une mort digne (Andrews et Roy, 1991, 1999 citées par Pepin et al., 2010, p.62). L'action infirmière consiste à évaluer les comportements de la personne ainsi que les facteurs qui influencent ses capacités d'adaptation, puis d'intervenir pour favoriser ces dernières en travaillant sur les stimuli (Favre⁶, 2012).

La santé

Callista Roy définit le concept de santé comme « un processus qui permet d'être ou de devenir une personne intégrée et unifiée. C'est donc la réflexion de son adaptation, de son interaction avec son environnement » (Roy, 1986 citée par Gasse et Guay, 1997, p.101). La théoricienne voit la santé comme un état et un processus évolutif dans lequel l'adaptation permet à la personne de garder son intégrité. « La santé-état est l'adaptation dans chacun des quatre modes. La santé-processus est l'effort constant fourni par l'individu pour atteindre son potentiel maximal d'adaptation » (Pepin et al., 2010, p.78).

L'environnement

Roy définit l'environnement comme un ensemble de stimuli internes et externes incluant toutes les conditions, circonstances et influences qui entourent et affectent le développement et le comportement de la personne (Roy, 1986 citée par Gasse et Guay, 1997, p.101). L'environnement est un concept important dans le modèle de Roy, il est considéré comme l'intérieur et l'extérieur de la personne vu comme un système adaptatif. Selon le RAM, l'humain interagit avec un environnement changeant et apporte des réponses adaptatives. La vie est en constante évolution et présente de nouveaux défis à tout moment. La personne

⁶ Favre, S. (2012). *Psychologie et développement de la personne: "Support" des cours de septembre/octobre 2012*. Haute Ecole de Santé.

a la capacité de trouver de nouvelles réponses à ces conditions changeantes. Même si l'environnement change, elle a la possibilité d'évoluer en permanence, de grandir, de se développer et de transformer le sens de sa vie dans le but de s'adapter.

Les infirmières cherchent à améliorer la relation entre les systèmes par le biais de l'acceptation, la protection, la stimulation de l'interdépendance et les transformations personnelles et environnementales.

3. QUESTION DE RECHERCHE PROBLEMATISEE

A ce stade de notre travail, nous souhaitons rappeler que l'obésité chez l'enfant est un réel problème de santé publique. L'infirmière scolaire tient une place primordiale dans sa prise en soins. En effet, elle joue un rôle clé dans la prévention, le dépistage et la promotion d'un mode de vie sain dans cette population. Elle est amenée à questionner un grand nombre d'enfants et est en contact avec leurs parents et enseignants. Les programmes actuels tendent à améliorer la qualité de vie à travers deux axes: l'alimentation et l'activité physique. Toutefois, la littérature prend-elle en compte les facteurs psychologiques et/ou sociologiques ? Ceux-ci mèneraient-ils à de nouvelles stratégies de prise en soins et à de nouveaux axes de prévention ?

L'infirmière possède toute une palette de couleurs riche de concepts et de notions théoriques et philosophiques. Nous souhaitons porter notre intérêt sur la manière dont elle va utiliser cette palette pour peindre sa toile. Celle-ci est composée de couleurs différentes et d'un style à l'image de chaque infirmière. La prise en soins, représentée par la toile, sera colorée différemment mais son sujet principal restera toujours le bien-être de l'enfant.

Suite à ces interrogations et afin de trouver des articles dans la littérature, nous avons posé la question suivante : En quoi les interventions soignantes de l'infirmière scolaire, en travaillant sur l'estime de soi d'un enfant âgé de 6 à 12 ans, vont-elles influencer le processus de l'obésité ?

P : Enfants obèses âgés de 6-12 ans, obésité

I : Interventions infirmières scolaires

C : Pas de comparaison

O : Prévention et promotion de la santé, estime de soi

T : Pas de temporalité

4. METHODOLOGIE

Dans le cadre de cette revue de la littérature, nous avons procédé à la recherche d'articles scientifiques selon les techniques enseignées à la HEdS. Nous avons entre autres utilisé le questionnement de type PICOT, des Mesh Terms et trois bases de données scientifiques. Nous avons été agréablement surprises de voir que notre question de recherche suscitait des interrogations au sein du corps enseignant. Celles-ci portaient principalement sur les interventions de l'infirmière scolaire en lien avec notre problématique. Il nous paraît important de préciser que durant nos recherches, seul un article parlait de l'utilisation d'un modèle théorique pour la prise en soins d'un enfant.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

4.1.1. Mesh terms

Population (P) : Preschool children, Elementary children, Primary children, Obesity, Obesity in children

Intervention (I) : Care, School nurse, Nurse's role, nurse's theory

Outcome (O) : Health promotion, Self-concept

4.1.2. Bases de données

Nous avons utilisé trois bases de données à savoir Medline via Pubmed, Cinhal et The Cochrane Library pour notre recherche d'articles. Nous avons effectué nos recherches à l'aide d'équations contenant nos Mesh terms, excepté pour cinq articles qui nous ont été conseillé par Mme Clavijo-Gallay. Voici ci-dessous quatre tableaux résumant nos résultats :

MEDLINE via PUBMED

Recherches effectuées le 22 avril 2015.

Critères d'inclusion :

- Texte complet
- Moins de 10 ans
- Langues : Français, Anglais et Italien
- Enfant de 6-12 ans
- Obésité
- Rôle de l'infirmière

Critères d'exclusion :

- Extrait d'article
- Pays autre que : Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Europe, UK, Irlande, US

Tableau 4. Résumé des recherches documentaires Medline via Pubmed

| Équation de recherche | Nombre de résultats | Nombre d'articles retenus | Titre des articles |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Preschool Children [AND] Obesity | 4213 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Preventing childhood obesity : what are we doing right ?”</i> (2014) • <i>“Excess weight among children and adolescent in Switzerland-prevalence and correlates for the early 2010s”</i> (2014) • <i>“Maternal attitudes and behaviors regarding feeding practices in elementary school-aged Latino children: a pilot qualitative study on the impact of the cultural role of mothers in the US-Mexican border region of San Diego, California”</i> (2014) • <i>“Latina mothers' beliefs and practices related to weight status, feeding, and the development of child overweight”</i> (2011) |
| Preschool Children [AND] Nurse's role | 222 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Maternal perception of their overweight children”</i> (2007) • <i>“HEAT: Healthy Eating and Activity Together”</i> (2007) |
| Preschool Children [AND] Obesity [AND] Nurse's role | 8 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Reducing pediatric overweight : nurse-delivered motivational interviewing in primary care”</i> (2013) • <i>“Pediatric overweight or obesity: does the label really matter ?”</i> (2007) |
| Preschool Children [AND] Obesity [AND] Nurse's role [AND] Care | 13 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Cost and effectiveness of treatment options for childhood obesity”</i> (2014) |
| Preschool Children [AND] Obesity [AND] Nurse's role [AND] Health promotion | 2 déjà présents dans la recherche précédente | 1 retenu dans la recherche précédente | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Cost and effectiveness of treatment options for childhood obesity”</i> (2014) |
| Elementary Children [AND] Obesity [AND] Nurse's role | 2 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“School nurses and childhood obesity : a investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to “School nurses and childhood obesity : a investigation</i> |

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| [AND] Health promotion | | | <i>of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity” (2009)</i> |
|------------------------|--|--|--|

CINHAL

Recherches effectuées le 22 avril 2015.

Critères d'inclusion :

- Texte complet
- Moins de 10 ans
- Enfant de 6-12 ans
- Lieu de l'étude : Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Europe, UK, Irlande, USA
- Obésité
- Rôle de l'infirmière

Critères d'exclusion :

- Pays autre que : Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Europe, UK, Irlande, USA

Tableau 5. Résumé des recherches documentaires Cinhal

| Équation de recherche | Nombre de résultats | Nombre d'articles retenus | Titre des articles |
|---|---------------------|------------------------------------|--|
| Elementary student [AND] Obesity [AND] School nurse | 5 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“School programs to reduce the prevalence of obesity and children” (2009)</i> |
| Preschool Children [AND] Nurse's role | 1 | 0 car pas en lien avec notre sujet | |
| Preschool Children [AND] Obesity [AND] Nurse's role | 0 | | |
| Elementary students [AND] Obesity [AND] Health | 32 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Preliminary assessment of a school-based healthy lifestyle intervention among rural elementary school children” (2014)</i> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| promotion | | | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: A parallel-group, randomized control trial” (2013)</i> • <i>“Predictors of overweight and obesity in a sample of rural Saskatchewan children” (2013)</i> |
| Preschool Children [AND] Obesity [AND] Nurse’s role [AND] Health promotion | 0 | | |
| Primary Children [AND] Obesity [AND] Nurse’s role [AND] Health promotion | 0 | | |
| Children 6 to 12 years old [AND] Obesity [AND] Nurse’s role [AND] Health promotion | 0 | | |
| Elementary Children [AND] [AND] Nurse’s role [AND] Health promotion | 6 | 6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Regional Differences as Barriers to Body Mass Index Screening Described by Ohio School Nurses”</i> • <i>“Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a Cox’s interaction model-based study”</i> • <i>“Parental perceptions of the schools’ role in addressing childhood obesity”</i> • <i>“L.I.F.E.: a school-based heart-health screening and intervention program”</i> • <i>“Prevalence of elevated body mass index and blood pressure in a rural school-aged population: implications for school nurses”</i> • <i>“Childhood nutrition: perceptions of caretakers in</i> |

| | | | |
|--|-----|---|---|
| | | | <i>a low-income urban setting"</i> |
| Preschool Children [AND] Obesity [AND] Nurse's role [AND] Nursing Theory [AND] Health promotion | 0 | | |
| Preschool Children [AND] Obesity in children [AND] Nurse's role [AND] Nursing Theory [AND] Health promotion [AND] School nurse | 113 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> • "The challenge of meeting children's mental health needs" (2015) • "Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: A parallel-group, randomized control trial" (2013) • "Mental health you don't have to be an expert" (2014) • "Promoting a relationship-based health practice : A challenge for school nurses" (2013). |

THE COCHRANE LIBRARY

Recherches effectuées le 20 mai 2015.

Critères d'inclusion

- Moins de 10 ans
- Revues Cochrane (All Cochrane Reviews)
- Autres revues (Other reviews)
- Études (Trials)

Tableau 6. Résumé des recherches documentaires The Cochrane Library

| Équation de recherche | Nombre de résultats | Nombre d'articles retenus | Titre des articles |
|---|--|---------------------------|---|
| Obesit* (mots clé) [AND] Child* (mots clé) [AND] "Self-Concept" | 1 résultat sur 36795, dans la catégorie "Autres" | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • "Identifying effective behavioural models and behaviour change strategies underpinning preschool- and school-based obesity prevention interventions aimed at 4–6-year-olds: a systematic review" (2012) |

| | | | |
|---|---|---|--|
| (mots clé) | revues" | | |
| | 57 résultats sur 859632, dans la catégorie "Étude" dont 5 datant de plus de 10 ans | 0 | |
| Obesit* (mots clé) [AND] Child* (mots clé) [AND] "Nurse" (mots clé) [AND] School (mots clé) [AND] Intervention (mots clé) | 3 résultats sur 859632, dans la catégorie "Etudes" | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>"The COPE Healthy Lifestyles TEEN Program: Feasibility, Preliminary Efficacy, & Lessons Learned from an After School Group Intervention with Overweight Adolescents"</i> (2007) |
| Obesit* (mots clé) [AND] Child* (mots clé) [AND] Nurs* (recherche dans texte) [AND] School* (recherche dans texte) [AND] Intervention (recherche dans texte) | 3 résultats sur 8890, dans la catégorie "Revue Cochrane" | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>"Interventions for preventing obesity in children"</i> (2011) • <i>"Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents"</i> (2014) |
| | 39 résultats sur 859632, dans la catégorie "Etudes" dont 3 datant de plus de 10 ans | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>"Prevalence of obesity and motor performance capabilities in Tyrolean preschool children - Springer"</i> (2014) • <i>"The Impact of an Intervention Taught by Trained Teachers on Childhood Overweight"</i> (2012) |
| Obesit* (titre, résumé, mots clé) [AND] Child* (titre, résumé, mots clé) [AND] Nurs* (titre, résumé, mots clé) [AND] School* (titre, résumé, mots clé) [AND] Intervention (titre, résumé, mots clé) | 8 résultats sur 859632, dans la catégorie "Etudes" | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>"A controlled study of lifestyle treatment in primary care for children with obesity"</i> (2013) |

ARTICLES IDENTIFIES HORS DES BASE DE DONNEES

Voici six articles obtenus en effectuant des recherches soit avec le nom de l'un des auteurs soit conseillés par des professionnels de la santé.

- *“BMI changes in children and adolescents attending a specialized childhood obesity center: a cohort study”* (2013)
- *“Evaluation of the overweight/obese child--practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity”* (2010)
- *“Medical and non-medical complications among children and adolescents with excessive body weight”* (2014)
- *“Surpoids et obésité : Importance du problème chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris, en 2009”* (2009)
- *“Prévalence de l'obésité et facteurs associés chez les enfants de 5-6 ans en Haute-Savoie, France”* (2008)
- *“The Ethics of Childhood Obesity Treatment - from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO)”* (2014)

4.2. Diagramme de flux

Pour résumer nos résultats, nous avons effectué un diagramme de flux illustrant les étapes du processus de notre recherche. .

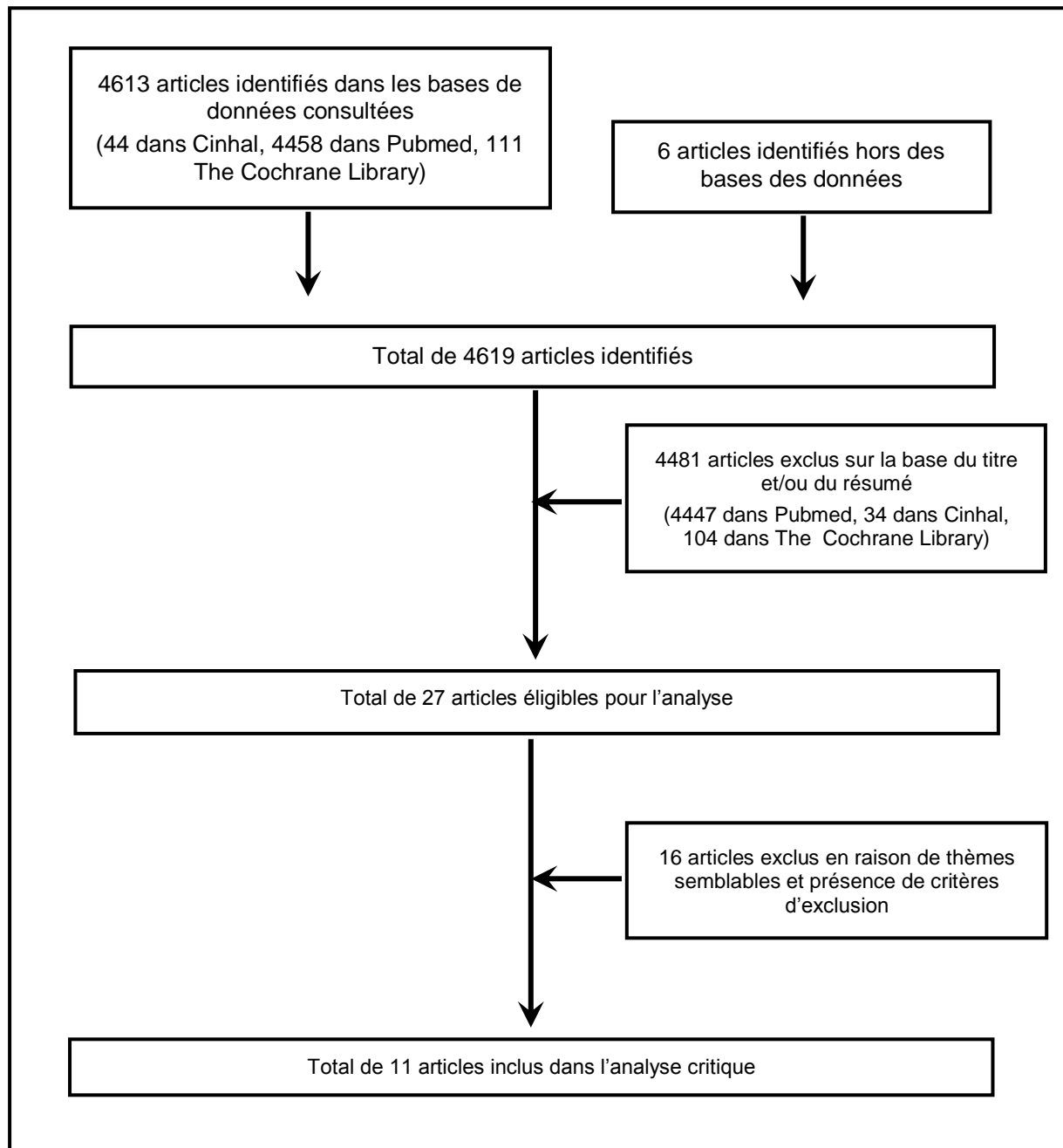


Figure 5. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

5. RESULTATS

Plusieurs recherches ont été sélectionnées en lien avec la thématique afin de réaliser cette revue de littérature. Après une analyse minutieuse de celles-ci à l'aide de grilles de lecture critique (cf. Annexes point 10), onze articles scientifiques ont été retenus pour ce travail. Dans un premier temps, ces articles sont présentés dans un tableau comparatif. Puis, les principaux résultats sont décrits et critiqués.

5.1. Tableau comparatif

Tableau 7. Comparatif des études retenues pour l'analyse critique

| Numéro de l'article | Auteurs-Année | Population / Type étude | But de l'étude | Intervention / Méthode / Instrument de mesure | Principaux résultats | Limites |
|---------------------|--------------------------------|---|---|---|--|---|
| 1 | Morrison-Sandberg et al., 2011 | Infirmières scolaires agréées au Minnesota. Recherche qualitative longitudinale de type phénoménologique. | Étudier les différents aspects liés à la prévention de l'obésité et la promotion de la santé par des infirmières scolaires en école primaire. | Les auteures ont utilisé la méthode des entretiens semi-dirigés à l'aide de questions ouvertes et incitatives auprès d'infirmières scolaires. | Manque de temps et de personnel pour mener une campagne de prévention efficace. Existence d'une collaboration entre les infirmières et les réseaux intra et extra-scolaires. Infirmières conscientes des répercussions psychologiques et sociales de l'obésité sur l'enfant. | L'échantillon de l'étude est faible. Comparaison difficilement réalisable entre les régions. |
| 2 | Kelly et Patterson, 2006 | n = 17 "Caretakers" (12 mères, 1 père, 1 grand-mère, 2 tantes et 1 cousin) Recherche qualitative | Étudier et comprendre les comportements des parents pouvant influencer l'obésité de leurs enfants dans un quartier à bas | Discussions en groupes. Structurées par un guide d'interviews semi-structurés | Accès difficile à une nourriture saine et équilibrée dans les quartiers à bas revenus où les fast-foods sont très présents. Finances des familles et temps ont un impact sur la qualité des repas. | Les auteures ne décrivent pas de limite à leur étude. Nous constatons néanmoins, que le nombre de sujets composant l'échantillon est faible (n=17). |

| | | | | | | |
|---|------------------------|--|--|---|--|---|
| | | transversale | revenu. | | Utilisation fréquente de plats tout prêts VS plats cuisinés à la maison. | |
| 3 | Haney et Erdogan, 2013 | n = 420 élèves (222 garçons et 198 filles) en 7 ^{ème} primaire, âgés de 10-11 ans Étude descriptive corrélationnelle | Reconnaître l'importance de l'influence qu'ont les variables démographiques, sociales, personnelles sur la santé des enfants. | Questionnaire sur les habitudes alimentaires. Calcul de l'IMC. | Les filles ont une alimentation plus saine que les garçons. Niveau sociale plus élevé = repas plus équilibrés. | L'étude ne peut pas être généralisée à toute la Turquie. Les réponses aux questionnaires restent subjectives. L'étude ne renvoie pas à la consommation de nourriture habituelle de l'enfant. L'un des composants de l'échelle IMCHB n'a pas été pris en compte dans cette étude. |
| 4 | Nauta et al., 2009 | n = 103 infirmières scolaires résidants dans l'État du New Jersey | Démontrer le rôle primaire que jouent les infirmières scolaires dans la prévention et les interventions auprès des enfants obèses. | Un questionnaire de 55 items a été distribué à 106 infirmières scolaires. Un coefficient de Cronbach a été calculé pour mesurer la fiabilité des questions posées lors d'un test. Pour comprendre s'il existe une corrélation entre les variables ordinales, tel que l'utilisation ou non de l'IMC par percentile afin de | <u>Etiologie de l'obésité :</u> <ul style="list-style-type: none"> Plus de 97% des infirmières pensent que de mauvaises habitudes alimentaires, une consommation excessive de calories et un style de vie sédentaire jouent un rôle majeur dans l'étiologie de l'obésité. De 20% à 37% des infirmières pensent que les facteurs culturels, le manque d'inquiétudes de la part des parents et un niveau socioéconomique bas ne jouent qu'un rôle mineur dans l'étiologie de l'obésité. <u>Impact de l'obésité :</u> <ul style="list-style-type: none"> 86,4% des infirmières sont fortement d'accord ou d'accord que l'obésité infantile a des conséquences de taille dans le rejet par les pairs. | La généralisation des résultats est difficilement faisable dû au choix d'un l'échantillon de convenance. Le taux de participation des infirmières est faible (46%). Le coefficient alpha de 0.7 est minimalement acceptable. |

| | | | | | | |
|---|-----------------------|---|--|---|---|--|
| | | | | <p>définir l'obésité vis à vis des pratiques proposées pour traiter le surpoids, cette étude à utiliser le coefficient de corrélation de Spearman.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – 27.8% des infirmières sont fortement d'accord ou d'accord qu'il est nécessaire de proposer un traitement pour aider l'enfant à perdre du poids que si celui-ci a des complications en raison de son obésité. <p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 30.1 % des infirmières n'utilisent que parfois, rarement ou jamais leurs impressions obtenues par la clinique. – 65.5 % des infirmières utilisent la plupart du temps ou souvent le poids par percentile. | |
| 5 | Fontaine et al., 2008 | n = 1008 enfants habitant en Haute-Savoie | <p>Mesurer la prévalence de l'obésité infantile en milieu scolaire avec un focus sur les zones défavorisées du département de Haute-Savoie et analyser si la condition socio-économique, les habitudes alimentaires, l'exercice physique, la sédentarité et l'image de soi ont un impact sur cette prévalence.</p> | <p>Au cours de la visite médicale obligatoire dont bénéficient les enfants de 5 ou 6 ans en milieu scolaire français.</p> <p>Balance étalonnée pour la mesure du poids.</p> <p>Mètre pour mesurer la taille.</p> <p>Questionnaire pour l'enfant.</p> <p>Questionnaire par</p> | <p>Facteurs associés à l'obésité :</p> <ul style="list-style-type: none"> – enfant ne mange jamais au restaurant scolaire – antécédent familial de surpoids – avoir 2 parents non-originares de la France métropolitaine ou de la Suisse | <p>Biais de mesure dû à la subjectivité dans la modalité d'enquête de l'analyse du régime alimentaire des enfants.</p> <p>Biais de déclaration dû au fait que l'enfant était souvent dépendant à la nourriture préparée par les adultes.</p> |

| | | | | | | |
|---|----------------------|---|--|--|--|--|
| | | | | la famille en face à face ou par téléphone. | | |
| 6 | Fourage et al., 2010 | <p>n = 4440 enfants scolarisés dans le secteur publique en grande section maternelle et en CE2.</p> <p>Etudes transversales</p> | <p>Evaluer le comportement nutritionnel et l'activité physique exercée par les enfants en grande section maternelle et en CE2 puis voir si cela à une influence sur la prévalence du surpoids et de l'obésité.</p> | <p>Lors de la visite médicale annuelle dont bénéficient les élèves français :</p> <p>Enfants en grande section maternelle → âge, taille, poids et sexe.</p> <p>CE2 → âge, taille, poids et sexe. Questionnaire sur les habitudes alimentaires et activités physiques.</p> <p>Questionnaire sur connaissances dans le domaine de la nutrition.</p> <p>Questionnaire supplémentaire visant à savoir ce qu'ils ont retenu des recommandations alimentaires.</p> | <p>La prévalence du surpoids et de l'obésité est légèrement plus élevée chez les filles</p> <p>La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente dans les quartiers à niveau socio-économique plus faible.</p> <p>Le programme "Pikabouge" à plus de chance d'être utile à l'enfant, si celui-ci est entouré par des individus connaissant bien ce programme.</p> <p>Bénéficiaires du programme "Pikabouge" ont tendance à avoir un meilleur comportement alimentaire et pratique plus souvent une activité physique que les "non-Pikabouge".</p> | <p>L'utilisation du sondage à deux degrés auto-pondéré a pour effet de diminuer la précision des estimations</p> <p>Le comportement nutritionnel des enfants relève des pratiques déclarées et non des pratiques réellement mises en œuvre. Elles peuvent subir des transformations ou des déformations.</p> |

| | | | | | | |
|---|------------------------|--|---|--|---|--|
| 7 | Holmström et al., 2013 | <p>n = 16 infirmières scolaires, recrutées par lettre</p> <p>Étude qualitative descriptive</p> | Décrire les expériences des infirmières scolaires concernant le concept de dialogue de santé, mis en place dans les écoles suédoises. | <p>Infirmières scolaires interviewées menées sur la base d'un guide d'interviews.</p> | <p>Dialogues entre enfants et infirmières scolaires favorise l'épanouissement et le développement de ceux-ci.</p> <p>Position de pouvoir de l'adulte peut avoir un impact sur une bonne promotion de qualité de vie pour l'enfant.</p> <p>Afin de repérer au mieux une situation inhabituelle, les infirmières scolaires doivent avoir des connaissances sur le développement physique et psychique de l'enfant.</p> <p>Infirmières scolaires ne se sentent pas assez soutenues dans leur métier et trouvent qu'il manque de collaboration.</p> | <p>L'échantillon est faible (n=16) et par conséquent, ne représente pas au plus près l'opinion des infirmières de toute une région.</p> |
| 8 | Tucker et al., 2013 | <p>n = 130 intervenants, dont 60 font partie d'un groupe contrôle (sans intervention) et 70 d'un groupe expérimental (avec intervention)</p> <p>Étude quasi-expérimental</p> | <p>Evaluer la faisabilité et les résultats d'une prévention primaire basée sur les entretiens motivationnels sur l'obésité des enfants de 4 à 18 ans.</p> | <p>Groupe contrôle vu une première fois, puis 6 mois et 12 mois après. Les enfants reçoivent une prise en soins standard.</p> <p>Groupe témoin vu aux mêmes intervalles. En plus de la prise en soins standard, ils participaient à des entretiens motivationnels.</p> | <p>La différence de diminution de l'IMC entre les deux groupes est significative.</p> <p>Augmentation de la quantité de fruits et légumes ingérés pendant les repas par le groupe d'intervention comparé au groupe contrôle.</p> <p>6ème = 80% des enfants satisfaits des entretiens motivationnels.</p> <p>12ème mois = mise en avant de la difficulté à suivre de bonnes conduites alimentaires.</p> | <p>Biais de répartition, car les auteurs affirment que la répartition dans les différents groupes n'était pas aléatoire.</p> <p>Subjectivité du rapport des données par les participants eux-mêmes.</p> <p>Mesure de l'IMC ne précise pas si sa diminution est due à la perte de masse maigre ou de masse grasseuse.</p> <p>Abandon d'une partie des participants au cours de l'étude. Ces derniers étaient peut-être ceux ayant le plus besoin de cette intervention.</p> |

| | | | | | | |
|----|----------------------|--|--|---|--|--|
| 9 | Stalter et al., 2011 | <p>n = 25 infirmières scolaires de l'Ohio</p> <p>Étude longitudinale descriptive</p> | <p>Identifier les obstacles et les facteurs facilitateurs des pratiques infirmières de l'Ohio au niveau de l'IMC des enfants dans des écoles urbaines, de banlieue ou rurales.</p> | <p>Focus groupes de 6 à 10 infirmières, constitué en fonction des réponses à un questionnaire démographique et des questions semi-structurées</p> | <p>Détresse financière, manque de contrôle de l'Académie pour les écoles en milieu urbains.</p> <p>Infirmières scolaires en milieu rural réticentes à dépister les enfants en surpoids car ne savent pas vers qui les orienter.</p> <p>Lacunes politiques : Infirmières scolaires n'ont pas de directives précises et doivent suivre des ordres non pertinents.</p> <p>Manque de confidentialité du suivi de l'enfant car celui-ci se fait peser devant tous ses camarades. Locaux infirmiers souvent trop petits.</p> <p>Professeurs de gymnastique = grande aide pour les infirmières.</p> | <p>Echantillon est difficilement généralisable à la totalité du territoire américain pour plusieurs raisons:</p> <ul style="list-style-type: none"> – constitué de femmes caucasiennes et ayant plus ou moins les mêmes conditions de travail – l'étude s'est déroulée qu'en Ohio <p>Biais de déclaration car certaines infirmières se connaissent, et ont pu se sentir réticentes à partager leur expérience objectivement.</p> <p>Biais de sélection car l'un des critères d'inclusion est limité aux membres de l'OASN.</p> |
| 10 | Maggio et al., 2013 | <p>n = 283 enfants et adolescents: 145 filles et 138 garçons</p> <p>Étude de cohorte prospective longitudinale</p> | <p>Vérifier s'il existe des évolutions au niveau des IMC d'enfants et d'adolescents souffrant d'obésité après avoir suivi un programme individualisé.</p> | <p>Enfants envoyés par leur médecin, l'infirmière scolaire ou les Hôpitaux Universitaires de Genève.</p> <p>Exclusion de certains participants selon certains critères (IMC normal, etc.)</p> | <p>Après 6 mois de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 140 participants ont un IMC diminué – 102 participants ont gardé le même IMC. – 41 participants ont un IMC qui a augmenté. <p>Quatre consultations médicales sont efficaces pour diminuer l'IMC.</p> | <p>Niveau de preuve moins élevé qu'une étude randomisée contrôlée.</p> <p>Les entraînements physiques auxquels participaient les enfants n'étaient pas standardisés.</p> <p>Le nombre d'abandon a diminué la pertinence de l'étude.</p> |

| | | | | | | |
|----|---------------------|---|--|--|--|---|
| 11 | Maggio et al., 2014 | <p>n = 774 nouveaux patients en surpoids se présentant dans un centre pédiatrique traitant l'obésité.</p> <p>Sous-groupe composé d'un échantillon (n = 174 sujets)</p> <p>est comparé à la cohorte</p> <p>Etude de cohorte prospective et retrospective longitudinale</p> | <p>Déterminer la prévalence des complications liées à l'obésité dans une cohorte d'enfants et d'adolescents en surpoids,</p> <p>Faire une comparaison entre trois groupes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – des enfants en surpoids – obèses – extrêmement obèses | <p>Entretiens semi-directifs</p> <p>Outils statistiques:</p> <p>Ecart type standardisé, ANOVA, Z-score, OR, Student-t tests, Chi-carré, Corrélation de Pearson</p> | <p>Composition de la cohorte: 15.4% d'en surpoids, 56.3% obèses et 28.3% extrêmement obèses.</p> <p>Des complications, de diverses natures, liées au surpoids et/ou à l'obésité sont présentes en moyenne dans plus d'un tiers des sujets de la cohorte.</p> | <p>Le taux de données manquantes dans les résultats de laboratoire de la cohorte est élevé (63%). Les complications liées aux aspects psychosociaux sont les plus fréquentes, mais ne sont pas suffisamment détaillées. Elles sont toutes mises dans la même catégorie, à savoir : les complications non-médicales.</p> |
|----|---------------------|---|--|--|--|---|

5.2 Analyse des résultats obtenus

Dans cette partie, nous présentons les principaux résultats des onze articles que nous avons retenus pour ce travail.

5.2.1 Contexte socio-politique et économique

Dans les diverses études effectuées aux États-Unis, le problème majeur est l'augmentation de l'indice masse corporelle chez les enfants. Les personnes habitant dans des zones défavorisées et les minorités ethniques sont les plus touchées par le surpoids ou l'obésité. Les statistiques indiquent que le taux d'enfants obèses a doublé depuis les années 80. Selon Morrison-Sandberg, Kubik et Johnson (2011), l'IMC des enfants aux États-Unis a augmenté de manière drastique ces trente dernières années. Les infirmières scolaires se sentent parfois démunies face à cette situation, car elles n'ont pas de cadre de référence, ni de lignes de conduite à tenir. Elles souhaitent améliorer la prise en soins des enfants obèses, mais ne connaissent pas leur besoins réels en matière de santé, en milieu scolaire. Les articles mettent en évidence le manque de sensibilisation et de prévention de l'obésité.

Aux Etats-Unis, les magasins où la population se procure des produits frais ont tendance à disparaître au profit des supermarchés. La multiplication des fast-foods dans certains quartiers diminue la diversité des restaurants peu coûteux. De plus, en Amérique du Nord, les fruits et les légumes sont plus chers que les aliments en conserve et les jus de fruit (Kelly et Patterson, 2006, p. 348). Ce phénomène en expansion engendre une augmentation des apports nutritionnels quotidiens. Selon Kelly et Patterson (2006), il est démontré que la consommation de graisses et de boissons sucrées est au-dessus de la quantité recommandée et que les enfants sont moins actifs physiquement que la génération précédente.

En Suisse la plupart des comorbidités liées à l'obésité sont rares, toutefois, elles sont susceptibles d'accroître (Maggio et al., 2014). La prévalence de l'obésité infantile en Suisse est de 20% (Saarsalu, Zimmermann, Aeberli (2014) cité par Maggio et al., 2014, p.1). Les complications liées à l'obésité sont de plusieurs natures. L'étude genevoise de Maggio et al. (2014) en présente plusieurs qui sont classées en quatre catégories : orthopédiques, cardiovasculaires, métaboliques et non-médicales. La Figure 6. présente la prévalence de ses complications par tranches d'âges. Les enfants âgés de 8 à 12 ans sont ceux qui présentent la prévalence des complications non-médicales, liées notamment à l'apparence physique, le harcèlement scolaire et familiale, la plus élevée, allant jusqu'à 83.5%.

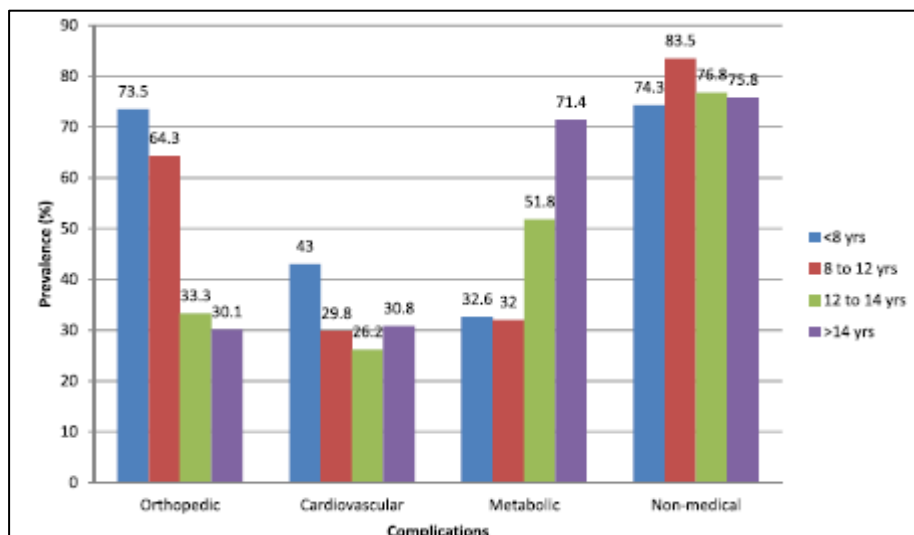


Figure 6. Prévalence des complications médicales et non médicales par catégories d'âge.

5.2.2 Influence familiale et alimentation

Certains articles soulignent l'influence de facteurs sociaux sur la qualité de l'alimentation. La tradition et la culture d'une famille sont deux des éléments prépondérants des habitudes alimentaires. Dans l'article de Kelly et Patterson (2006), il est écrit que certaines familles ont l'habitude de manger jusqu'à se sentir rassasiées. Leurs enfants répètent cette manière de faire la plupart du temps. La situation financière de la famille est également à prendre en compte. Comme dit précédemment, les produits de qualité et sains sont plus onéreux et difficilement abordables dans certaines régions du monde. Les familles doivent choisir entre la quantité ou la qualité de ce qu'ils consomment. Un autre facteur influençant leurs choix est le temps qu'ils ont à disposition pour préparer les repas. Dans l'étude de Kelly et Patterson (2006), la plupart des parents participants avaient un travail à plein temps et élevaient seuls leur enfant (p.348) Ils rapportaient ne pas avoir l'envie ni la patience de cuisiner après une journée de travail. C'est pourquoi, ils avaient tendance à acheter des plats tout prêts au lieu de cuisiner eux-mêmes. Ces idées rejoignent les propos de Haney et Erdogan (2013), rappelant l'importance du niveau social de la famille au niveau de l'accès à une alimentation saine. L'infirmière doit prendre en compte tous ces aspects lors de la prise en soins. Connaître au mieux la situation familiale lui permet de mieux cibler ses interventions en fonction des besoins de la famille (Kelly et Patterson, 2006, p.351).

5.2.3 Attitudes, interventions et rôle de l'infirmière

L'article de Morrison-Sandberg et al. (2011) ainsi que celui de Haney et Erdogan (2013) mettent en avant le rôle primordial de l'infirmière dans la prévention et la prise en soins de l'obésité. L'âge de l'enfant, au moment des premiers entretiens avec l'infirmière, agit sur l'efficacité des interventions. Selon Fontaine, Guigné, Bernard et Gruaz (2008), une prise en soins précoce de l'enfant diminue les risques qu'il souffre d'obésité dans sa vie d'adulte. L'infirmière a une place de choix pour identifier les enfants à risque et délivrer le plus tôt possible des messages de prévention primaire et secondaire.

Lorsqu'elle intervient auprès de l'enfant, l'infirmière se doit d'appliquer la notion de non-jugement et de lui laisser un espace afin qu'il s'exprime librement. Selon le concept de dialogue de santé étudié par Holmström, Asplund et Kristiansen (2013), entamer un dialogue avec les enfants permet à ces derniers de se développer et de s'épanouir. Elle se doit de les traiter comme des individus à part entière (p.33).

5.2.4 Manque de ressources

A plusieurs reprises, les études mettent en évidence que les infirmières scolaires doivent faire face à un manque de ressources pour permettre un suivi régulier auprès des enfants en excès pondéral ainsi qu'une promotion et prévention suffisante. Selon Stalter, Chaudry et Polivka (2011), il arrive souvent que les locaux infirmiers dans les établissements scolaires soient trop exigus pour assurer une bonne prise en soins. De ce fait, la confidentialité n'est pas toujours respectée. En effet, lors des visites médicales, l'enfant est parfois pesé devant ses camarades de classe. Selon Morrison-Sandberg et al. (2011) les infirmières scolaires soulignent un manque de temps et de personnel pour mener à bien une campagne de prévention pour lutter contre le surpoids et l'obésité (p.15). De plus, les participantes à cette étude indiquent qu'il n'y a pas toujours de cadre de référence de soins auquel elles pourraient se référer (Morrison-Sandberg et al., 2011, p.16) Au niveau politique, ces dernières signalent un manque de soutien, car elles ne reçoivent aucune directive précise et doivent suivre parfois des ordres qui n'ont pas de pertinence. Selon Stalter et al., (2011), en milieu urbain, les infirmières scolaires pointent du doigt la détresse financière comme étant un frein à leur bonne pratique

5.2.5 Notion de suivi sur long terme

Deux des articles analysés ont démontré l'efficacité d'un suivi à long terme et continu, en comparaison d'un suivi occasionnel et moins rigoureux.

Dans l'article de Tucker et al. (2013), l'expérience a démontré que les enfants ayant été mieux encadrés pendant une année ont eu une diminution d'IMC plus importante. Il est également dit que les comportements et les habitudes alimentaires mettent un certain temps pour être modifiés. En effet, dans cette étude, la diminution la plus importante de l'IMC du groupe d'intervention a eu lieu à partir du 6^{ème} mois (p.545). Les approches à court terme ont donc moins d'impact qu'un suivi à long terme dans le cas de l'obésité. Le groupe d'intervention recevait également un suivi téléphonique à domicile, leur permettant de partager leurs difficultés et de recevoir des conseils de professionnels. Ce suivi rapproché a été grandement apprécié des parents et des enfants. Leur motivation et la baisse de leur IMC étaient supérieures à celles du groupe de contrôle (p.546).

L'article de Maggio et al. (2013) appuie cette tendance en expliquant que environ quatre consultations médicales avec des professionnels qualifiés sont efficaces pour la diminution de l'IMC.

5.2.6 Collaboration pluridisciplinaire

L'infirmière scolaire est une pièce maîtresse dans la prise en soins des enfants en surpoids ou obèses. Nonobstant, elle n'est pas la seule dans cette démarche. Elle développe une collaboration interdisciplinaire au sein de l'école, notamment avec les professeurs de sport. Dans leur article, Morrison-Sandberg et al. (2011) expliquent qu'il existe également un échange entre l'infirmière scolaire et différents réseaux extra-scolaires, tels que les hôpitaux ou des agences de santé publique. Toutefois, cette collaboration ne porte pas toujours sur l'obésité et il y a un manque de clarté sur la suite de la prise en soins des enfants. Selon Stalter et al. (2011), les infirmières des milieux ruraux sont réticentes à dépister les cas d'enfants en surpoids, car elles ne savent pas vers qui les orienter par manque de professionnels de la santé à proximité.

5.2.7 Piste d'articles : aspects psychologiques

Un faible nombre d'articles mentionnent les aspects psychologiques chez les enfants souffrant de surpoids ou d'obésité. Toutefois, Morrison-Sandberg et al. (2011) soulignent que les infirmières scolaires sont conscientes des répercussions psychologiques et sociales de l'obésité sur les enfants.

6. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Dans ce chapitre, les résultats principaux et les limites des onze articles sont discutés. Les différents concepts expliqués dans la première partie de ce travail sont utilisés pour étayer nos propos. Les recommandations tirées de ces articles et de nouvelles pistes de réflexion sont présentées. Nous tenons à préciser que neuf articles sur onze sont de pays étrangers et illustrent peu la situation en Suisse.

Les divers articles analysés (six sur onze) mettent un accent particulier sur ce que nous constatons dans notre pratique quotidienne. Avoir du temps est primordial pour dépister une pathologie et élaborer une campagne de prévention et de promotion de la santé en prenant en compte toute la complexité d'un tel projet. Rome ne s'est pas construite en un jour ! Le temps est une ressource que les infirmières estiment insuffisante pour la prise en soins d'un enfant souffrant d'obésité. Il est vrai que les infirmières scolaires ont souvent une grande charge de travail et doivent s'occuper d'un grand nombre d'enfants. Selon les listes d'affectation publique du personnel du SSEJ 2014-2015, dans certaines communes genevoises, une infirmière scolaire est affectée à plusieurs écoles et amenée à prendre en soins plus de 1000 élèves. Sa méthode de travail doit être efficace et ciblée pour couvrir les besoins de tous ces enfants. La question est de savoir comment les infirmières scolaires utilisent le temps à disposition pour une prise en soins personnalisée de l'enfant. Les articles analysés n'amènent pas suffisamment d'éléments de réponse aux infirmières. Sachant que le temps est toujours une préoccupation, la question est de savoir comment elles souhaiteraient l'aménager. Qu'est-ce qui guident leurs priorités ? Qu'est-ce qui sous-tend et permet de guider leur pratique et leurs choix de stratégies ?

Selon Caprio et Genel (2005), cité par Nauta, Byrne et Wesley (2009), l'obésité infantile est considéré comme le trouble nutritionnel le plus répandu mais étonnamment le plus évitable (p.17). Des interventions précoces et appropriées sont considérées comme cruciales. Une campagne de prévention et de promotion de la santé commence par un dépistage de la maladie concernée. Il semble judicieux que chaque individu touché de près ou de loin par le surpoids ou l'obésité soit questionné individuellement, cela afin d'élaborer une campagne de prévention adaptée. Ceci permettrait de sensibiliser la population qu'elle soit atteinte ou non de la maladie. Certains articles démontrent l'efficacité de stratégies mises en place : le suivi à long terme et continu est primordial pour diminuer l'IMC (Tucker et al., 2013, p.545) et il est nécessaire d'avoir du temps pour dialoguer avec l'enfant et mener une prévention efficace. Mais qu'est-ce qu'une "prévention efficace" ? Comment pouvons-nous juger qu'elle

est utile et a un impact sur le problème de santé visé ? Quelles connaissances ont-elles à ce sujet ? Nauta et al. (2009) déclarent qu'il existe trop peu de recherches concernant les connaissances et les pratiques des infirmières scolaires sur la prévention de l'obésité infantile. 35% d'entre elles rapportent un manque de compétence dans les programmes de perte de poids (p.16). Pourtant, elles sont en première ligne pour dépister les cas d'élèves souffrant d'obésité ou de surpoids.

La littérature décrit le rôle de l'infirmière scolaire comme primaire dans le dépistage et la prévention mais aussi dans la prise en soins. Toute maladie chronique requiert un suivi pluridisciplinaire et la mise en place d'un réseau autour de l'enfant, afin de lui offrir une prise en soins personnalisée et de qualité. Toutefois, dans certains des articles analysés (trois sur onze), les infirmières rapportent qu'il leur est parfois difficile de créer un partenariat avec les autres professionnels non soignants. Stalter et al. (2011) recueillent dans leur article les témoignages d'infirmières scolaires de l'Ohio. Celles-ci déclarent que les enseignants ne sont parfois pas collaborant et refusent de laisser les élèves les rencontrer pendant les heures de cours (p. 443). Il est important de préciser qu'elles collaborent non seulement avec les professeurs d'éducation physique, mais également avec le personnel de la cantine, le médecin pédiatre de l'enfant et surtout les parents. Cette collaboration pluridisciplinaire et la complexité des situations rendent la mission de l'infirmière subtile. Comme citez dans les différents articles, c'est l'infirmière scolaire qui a le rôle de coordonner les actions de chacun et les aiguiller dans la bonne direction. Sans locomotive le train n'est que wagons ! Cependant, choisir une « bonne direction » amène différents questionnements. Qui décide de ce qui est bon ou mauvais ? En fonction de quoi ? Qui est au bénéfice de cette bonne direction choisie ? L'enfant est-il toujours au centre de ces questionnements ?

Que nous soyons concernés ou non par un excès de poids, chacun de nous est soumis à une prévention quotidienne en ce qui concerne le domaine de la nutrition, aussi bien sur des panneaux publicitaires dans la rue que dans les médias. Actuellement, qui n'est pas au courant du bénéfice pour la santé de manger cinq fruits et légumes par jour ? Qui ne s'interroge pas sur sa motivation ou non à exercer une activité sportive ? Bien sûr, nous ne pouvons qu'être enthousiastes de voir naître des campagnes de prévention et de promotion concernant la santé "extérieure" de l'individu. Mais nous nous posons tout de même des questions sur la réaction qu'a une personne atteinte d'obésité, face à une affiche qui prône la maigreur, d'autant plus si c'est un enfant. Qu'en est-il du bien-être intérieur ? Nous pensons que l'exposition permanente de l'enfant face aux normes idéales recherchées par la société pourrait avoir un effet inverse sur le résultat attendu. La culpabilité et/ou le découragement

d'un enfant qui s'aperçoit qu'il n'arrive pas à atteindre cet idéal, ne pourraient-ils pas le fâcher et lui donner envie de se rebeller ? Nous pensons qu'il est important que l'enfant puisse garder son libre arbitre lors de sa prise en soins. C'est à lui de déterminer quel être humain il souhaite devenir. De plus, il est nécessaire de relever que souvent les médias ont des messages contradictoires : Mange des légumes mais vient les déguster chez Mc Donald car dans un menu enfant, il y a des légumes coupés en fins bâtonnets, mais aussi, un hamburger et des frites. Il est difficilement imaginable que l'enfant ne choisisse de manger que les carottes ou courgettes de son menu. Par conséquent, nous sommes témoins de ces incohérences publicitaires qui portent à confusion.

Alors que la société prône la nourriture saine, les fast-foods inondent nos villes, promettant des repas rapides et peu onéreux. Le problème étant parfois qu'au lieu de découvrir de nouvelles saveurs, les individus et surtout les enfants préfèrent consommer des aliments aux goûts familiers, généralement sucrés ou gras. Par ailleurs, nous trouvons important de souligner le fait que la Suisse est un pays multiculturel et de cela découle forcément des représentations et des aspects socio-culturels qui diffèrent. Mais qu'en est-il au niveau de l'alimentation ? Est-ce qu'un écolier japonais aura les mêmes plaisirs gustatifs qu'un écolier fribourgeois ? Est-ce cette notion-là qui influence la famille sur ses habitudes alimentaires ? Dans différents articles, nous avons pu constater que l'origine de la personne n'avait pas automatiquement une importance sur la qualité de la nourriture consommée. En revanche, pour les familles vivant dans les zones défavorisées et ayant peu de revenus, il existe une tendance à l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité. A noter que c'est souvent dans ces quartiers d'habitations que s'implantent les fast-foods.

Pour Roy, deux métaconcepts sont centraux. Tout d'abord, la *personne* qui trouve des réponses adaptatives et fait face aux différents stimuli. Puis, *l'environnement*, composé de trois vecteurs (stimuli focaux, contextuels et résiduels), interfère dans l'adaptation de l'individu. Le modèle d'adaptation de Roy montre qu'une personne atteint une haute adaptation, lorsqu'elle met en place des stratégies adaptatives (médiatrice, cognitrice et/ou mécanisme de coping) améliorant sa condition. Dans son travail, l'infirmière analyse les stimuli focaux, contextuels et résiduels de l'enfant et devrait les avoir de façon systématique à l'esprit lors de sa prise en soins. C'est en tricotant avec l'enfant et son environnement, qu'elle l'aide à atteindre des stratégies de haute adaptation lui permettant ainsi de mieux faire face aux différents stimuli. Toutefois, lorsque l'infirmière scolaire propose de bousculer l'alimentation et/ou les activités extra-scolaires de l'enfant, il est nécessaire qu'elle intègre les proches dans ce processus dynamique. Ceux-ci pratiquent-ils un sport à côté de leur

emploi ? Mangent-ils équilibrés à la maison ? Ont-ils le temps ou l'envie de préparer les repas eux-mêmes ? La famille fait partie de l'environnement de l'enfant. Ne pas l'intégrer dans la prise en soins de ce dernier, ne pourrait-il pas le conduire dans un conflit de loyauté ? Vouloir suivre les règles, les normes et les conseils d'une infirmière ou faire plaisir aux parents, appartenir au clan familial, être en accord avec les standards et les valeurs familiales ? Nous devons porter une attention particulière à ces différents aspects car nous faisons l'hypothèse que la culture de certaines familles peut être en désaccord avec la culture occidentale.

Selon l'étude genevoise de Maggio et al. (2014), il existe une corrélation entre les antécédents médicaux familiaux des sujets et la présence de complications tel que l'hypertension artérielle, le dysfonctionnement dyslipidémique et le diabète de type 2. Si l'un des parents ou grands-parents est atteint de l'une de ces complications, alors le sujet présente respectivement 42%, 13% et 16% de risque de développer ces mêmes pathologies (p.5). Force est de constater qu'une fois de plus les aspects psychosociaux ne sont pas ou peu traités dans la littérature. Lorsque l'infirmière scolaire s'intéresse aux stimuli résiduels, tels que les antécédents médicaux de l'enfant, ceux qui se réfèrent aux aspects psychosociaux sont de taille et peuvent être pesants pour l'enfant.

Selon le CDC (Centre de contrôle et de prévention des maladies aux USA), les facteurs génétiques, comportementaux et environnementaux influencent l'obésité chez l'enfant (Nauta et al., 2008, traduction libre, p.17). Il est du rôle propre de l'infirmière de mettre en application son savoir empirique en actualisant ses connaissances. Elle se doit de connaître les dernières avancées en matière d'outil de dépistage, de facteurs de risque, d'interprétation de courbes ou encore de liens entre l'IMC et la survenue de complications. Mais qu'en est-il des facteurs internes et propres à chaque enfant ? Dans les onze articles sélectionnés, un seul traitait, de façon plus approfondie, des aspects psychologiques internes de l'enfant, en abordant le harcèlement à l'école et à la maison ainsi que les aspects liés à l'apparence physique. Les comportements psychosociaux, comme vu dans l'introduction (cf. Figure 1), sont décrits comme faisant partie d'un cercle vicieux. Ils ont des conséquences sur la survenue de l'obésité qui induit à son tour des répercussions psychosociales. Dans l'étude suisse de Maggio et al. (2014), celles-ci sont démontrées comme étant les plus fréquentes. Néanmoins, elles ne sont pas corrélées avec l'IMC des enfants. Dans la cohorte de cette étude, classée en trois groupes: enfants en surpoids, obèses et extrêmement obèses, les complications psychosociales ne surviennent pas plus fréquemment dans le groupe des enfants extrêmement obèses que dans les deux autres

(p.7). Comme expliqué auparavant, l'enfant doit être considéré dans son ensemble : son conflit de loyauté, ses problèmes psychosociaux en plus de son IMC comme le préconise le modèle d'adaptation de Roy.

A travers les quatre modes décrits dans le RAM (mode physiologique, d'interdépendance, fonction de rôle et de concept de soi), il est possible pour l'infirmière d'évaluer les comportements de haute et de basse adaptation de l'enfant (cf. point 2.2). Le *mode physiologique* étant largement traité dans la littérature par le biais des différentes études liées à l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, il paraît pertinent de développer les autres modes de l'enfant souffrant d'obésité. Le *mode d'interdépendance*, caractérisés par la volonté de donner et recevoir amour et respect, fait appel aux besoins fondamentaux de tout être. Selon la pyramide de Maslow, l'enfant a un besoin d'appartenance et d'affection, qui comprend différents sous-besoins comme: le besoin d'être aimé, d'attention et d'être apprécié pour ses qualités. Ce mode fait aussi référence "aux relations interpersonnelles intimes entre les individus ... [et] au respect venant des autres" (Cloutier, 1995, p.33). Le rôle tertiaire du *mode de fonction de rôle* représente les hobbies. Un excès pondéral pourrait venir interférer son équilibre. Les activités extra-scolaires doivent être vues comme une ressource. Dans ce mode, l'intervention de l'infirmière scolaire consiste à œuvrer dans l'accompagnement de l'enfant et l'aider à maintenir son intégrité sociale. Le *mode du concept de soi* se réfère à l'image que la personne a d'elle-même. Dans le cas de l'obésité, il est important que l'infirmière explore le soi physique de l'enfant, qui comprend l'image qu'il a de son corps. En effet, cette idée est représentée dans l'article de Maggio et al. (2014), où 66% des enfants de l'étude considèrent l'apparence physique comme étant le problème majeur (p.4). Selon Rogers, l'estime de soi dépend en grande partie de l'attitude de l'entourage (Nevid, 2013, p. 501). Si l'infirmière remarque la souffrance de l'enfant par rapport au regard des autres, elle aurait la possibilité de lui faire réaliser qu'il est plus que l'image renvoyée par autrui. Un concept qui vient étayer cette discussion est l'effet Pygmalion ou aussi connu comme l'effet Rosenthal et Jacobson, car celui-ci joue un rôle dans l'estime de soi. L'infirmière scolaire dans le regard conscient et inconscient qu'elle porte sur l'enfant pourrait induire des comportements positifs et/ou négatifs inattendus. En effet, selon Bernardin (2010), "les personnes qui travaillent dans les lieux où se retrouvent des enfants ... en difficultés ... s'assignent comme premier objectif de reconstruire de l'estime de soi" (p.10). Reconstruire, construire de l'estime de soi ? Voilà une piste intéressante mais au combien complexe ! Ceci renvoie directement à l'importance d'une posture infirmière réfléchie et aux savoirs qu'elle souhaite mettre en exergue. Comment infirmière peut renforcer l'estime de soi de l'enfant ?

Lors d'une prise en soins, l'infirmière scolaire devrait dans la mesure du possible s'intéresser à l'être humain unitaire bio-psycho-social et spirituel qu'elle rencontre. Il est important de prendre en compte tout ce qui constitue l'environnement de l'enfant, pour prévenir une éventuelle prise de poids mais également se focaliser sur l'alimentation excessive de l'enfant. En fin de compte, c'est lui qui décide de "mettre à l'intérieur" les aliments. Qu'est-ce qui se joue pour qu'un individu décide de se remplir? Comme exposé dans la problématique (cf. point 1.2), les psychanalystes, Freud et Erickson, expliquent que l'enfant, durant les premiers mois de vie, a besoin de manger pour se sentir vivant. Il éprouve des pulsions de s'alimenter et s'il ne les assouvit pas, il se sent frustré, perd confiance en sa mère et commence à se méfier. Cependant, il est possible que par peur de décevoir la personne maternelle lors des repas préparés par celle-ci, l'enfant avale tout pour lui faire plaisir sans forcément aimer ce qu'il mange. Ces situations peuvent avoir un impact sur le comportement alimentaire de l'enfant tout au long de sa vie. Nous posons l'hypothèse qu'un enfant obèse est peut-être passé par l'une ou ces deux étapes. Il les aurait vécues de manière négatives, et de ce fait entretiendrait un rapport conflictuel avec la nourriture. Le vécu de la figure parental concernant les comportements nutritionnels aurait, lui aussi, des conséquences sur ses habitudes alimentaires. Manger est un besoin fondamental pour chacun de nous. Se nourrir pour rester en vie ! Seulement, grâce à l'apport de plusieurs chercheurs dont certains psychanalystes, nous savons aujourd'hui qu'autour de la nourriture se joue aussi des éléments psychoaffectif et relationnels. Dans les premières années de vie de l'enfant, ce dernier est dépendant d'autrui pour se nourrir. Cet autrui est en général sa mère, son père, ses proches significatifs qui sont ou devraient aussi être sources de protection et de sécurité. Nous pensons que ceci est un point clé que l'infirmière scolaire ne devrait pas omettre en le prenant en considération lors de sa prise en soins.

Dans les articles que nous avons lus, nous avons remarqué que les infirmières avaient souvent un rôle de témoin vis-à-vis des enfants souffrant d'obésité. Aucune d'entre elles n'a abordé des notions de stratégie et de remise en question quant à leur rôle. Ces articles mettent surtout en avant leur place dans le dépistage des cas d'enfants à risque et le fait qu'elles prodiguent des conseils sur l'alimentation et l'activité physique. Leur rôle est surtout de faire un constat de la situation de l'enfant et de l'encourager à changer ses habitudes. La part de responsabilité du médecin de famille, dans la prise en soins d'un enfant scolarisé souffrant d'obésité, est à prendre en considération par l'infirmière scolaire qui est détentrice d'informations clés, ceci afin de collaborer et de devenir allié. Quel est donc le rôle propre de l'infirmière ? Pour donner des pistes de réflexion à ce sujet, nous nous sommes inspirées de

quatre des cinq savoirs de la science infirmière, qui peuvent en effet donner un indice quant à la direction à prendre. Le premier est *le savoir personnel*. Il permet à l'infirmière de puiser dans sa personnalité et ses expériences, afin de trouver des solutions et des idées pouvant la guider dans sa prise en soins. Il serait important que l'infirmière mobilise ses ressources. Il est bien de reconnaître ses souffrances et de dire quand nous sommes « à bout », mais il faut rebondir en oeuvrant à trouver des solutions. Même si la société, dans laquelle elle exerce, ne lui donne que peu de moyens pour agir, elle se doit de s'interroger sur ce qu'elle peut mettre en place à son niveau pour améliorer la situation. Que peut-elle imaginer pour être la plus efficace possible malgré son manque de ressources ? Pour le *savoir esthétique*, elle exerce une pratique réflexive. Cela lui permet d'être moins dans l'observation et plus dans la remise en question et la recherche de l'impact de ses gestes. Pour chaque action menée, elle devrait se demander les effets que cela aura sur l'enfant et évaluer si son approche est bonne. Dans *le savoir empirique*, l'infirmière remet également en question sa pratique, mais cette fois-ci en mettant à jour ses connaissances sur le sujet qu'elle traite, grâce à la lecture d'articles scientifiques. La comparaison de ses actions avec les recommandations de certains lui permet d'avoir du recul afin de les évaluer. Cette méthode est un bon complément au savoir personnel basé sur les expériences individuelles. De plus, les disciplines médicales et infirmières, comme beaucoup de matières scientifiques, sont en constante évolution. Le *savoir émancipatoire* pousse l'infirmière à connaître les impacts de la société actuelle sur la relation qui va se jouer entre l'enfant et elle. Concernant ce sujet, il est encore une fois important de prendre en compte l'aspect psychologique en rapport avec l'obésité. Comme nous l'avons dit dans l'introduction, le regard de la société est parfois sévère envers les personnes ayant du surpoids. N'existe-t-il pas un travail à faire sur le regard des autres concernant l'obésité ? Faciliter l'intégration des enfants obèses et comprendre leurs difficultés ne les aideraient-ils pas à s'accepter tels qu'ils sont ? L'infirmière scolaire devrait aussi se détacher de cette vision et ne pas se focaliser uniquement sur le poids mais aussi sur le vécu de l'enfant. Au lieu d'aborder le problème avec l'enfant, en parlant directement de son poids, elle pourrait lui demander comment il se sent et s'il s'entend bien avec ses camarades de classe. Ainsi, l'angle d'approche serait différent et moins orienté sur les habitudes alimentaires et sportives de l'enfant. Si nous suivons ce raisonnement, la posture de l'infirmière repose alors moins sur le constat et plus sur une posture créative. Un lien avec le concept de soi selon Rogers (cf. point 1.2.3) semble pertinent. Effectivement, l'infirmière scolaire devrait se concentrer davantage sur le ressenti des enfants. Cette démarche serait un signe de créativité. Il s'agit de trouver l'équilibre entre la prise en soins du corps de l'enfant et celle de son esprit.

En réalisant cette revue de la littérature, nous avons été étonnées que peu d'articles fassent référence à un modèle théorique. En effet, tout au long de nos études, les infirmières fondatrices des théories nous ont donné les clés pour guider nos soins de manière optimale, et ce, quel que soit le service dans lequel nous nous trouvions. Elles nous ont guidées dans nos gestes et nos actions. Ces modèles conceptuels nous ont fait prendre conscience du rôle propre de l'infirmière. C'est, entre autres, ce qui nous différencie d'une assistante en soins et santé communautaire (ASSC). C'est à nous, jeunes infirmières, de promouvoir et de montrer toute la réflexion qu'il y a derrière la prise en soins d'un patient. Que nous soyons assistante sociale, ASSC ou femme de chambre, nous sommes toutes capables de faire une EVA à un patient. Nous, futures infirmières, savons que l'EVA représente la réponse à toute une démarche de soins faite auprès et avec le patient et son entourage. Il ne s'agit pas seulement de noter la valeur et la transmettre au médecin. Il faut aller plus loin dans notre pratique. Nous souhaitons transmettre notre savoir afin d'améliorer les conditions de travail des infirmières scolaires, et élargir leur vision de soignantes. Nous avons choisi de prendre le modèle de Roy car il semble abordable par un plus grand nombre. Bien que nous l'ayons compris et repris plusieurs fois lors de nos études, ce n'est pas forcément le modèle qui convienne à chacune. En effet, nous avons appris à nous approprier une théorie mais également à la fusionner avec d'autres pour obtenir une prise en soins qui nous corresponde. Nous pourrions présenter un cadre de référence grâce à notre travail afin d'aider l'infirmière à se questionner sur l'impact physique mais surtout psychique de l'obésité chez l'enfant scolarisé. Comme nous l'avons expliqué tout au long de notre discussion, nous pensons que l'infirmière scolaire devrait observer davantage l'enfant dans sa globalité et ne plus être que dans le constat.

La question que nous devons nous poser et qui reprend l'entièreté de notre travail est de comprendre comment l'infirmière, dans une situation particulière telle que la prise en soins en milieu scolaire d'un enfant atteint d'obésité, va mettre en action tout son savoir infirmier comprenant ses qualités et ses limites pour soigner l'enfant. Nous posons l'hypothèse que toutes infirmières recherchent un idéal. Celui-ci tendrait à modeler une prise en soins mélangeant les soins techniques pratiques, entretiens relationnels et les théories infirmières. Pourtant, la réalité du terrain semble ne pas permettre aux infirmières d'œuvrer dans ce sens.

La frustration parfois ressentie par l'infirmière scolaire peut avoir différentes origines comme la situation de soins rencontrée, la souffrance engendrée par les exigences professionnelles contradictoires ou encore la souffrance personnelle et morale. En tant que jeunes

soignantes, n'omettons pas d'avouer aux lecteurs que nous avons déjà expérimenté ce type de souffrance, et que nous sommes conscientes d'être sûrement amenées à la revivre. Parfois, ne pas se sentir à la hauteur nous mène à porter un regard critique sur nos capacités et nos valeurs professionnelles. Nous partageons de façon unanime une vision évolutive de la créativité de l'infirmière dans sa pratique à travers des remises en questions permanentes non seulement sur ses connaissances mais également sur ses émotions.

Pour finir, il est primordial que l'infirmière décèle au plus tôt les souffrances physiologiques et psychiques de l'enfant scolarisé afin de prévenir d'éventuels maux futurs. Pour atteindre ce but, elle devrait avoir un regard sensibilisé à la « clinique des petits bobos », c'est-à-dire avoir une vision suffisamment large pour capter les brèches que l'enfant lui laisse entrevoir et dans lesquelles elle pourrait se faufiler pour le panser. Nous savons que le harcèlement collectif commis par les camarades de classe : « Tu es moche ! », « Tu es gros ! », « Je ne te veux pas dans mon équipe ! » peuvent avoir des répercussions conséquentes sur la santé mentale de l'enfant qui est à l'aube de la puberté. Durant cette période, celui-ci se cherche et se crée une identité, ce qui le fragilise émotionnellement. Parfois, ce mal-être peut conduire au suicide. Ce dernier engendre tout un tas de questions : « Que s'est-il passé pour en arriver à un tel acte ? Depuis combien de temps, cela durait-il ? Pourquoi ne nous sommes-nous rendu compte de rien ? Qu'aurions-nous pu faire ?, etc. » Les parents culpabilisent, ne comprennent pas cet acte fatal qu'a « choisi » l'enfant pour s'extraire du cercle vicieux qu'est le harcèlement. De plus, le développement des réseaux sociaux, ces dernières années, influence ce comportement. Leur facilité d'accès engendre un réel risque car les parents peuvent parfois perdre le contrôle des faits et gestes de leur enfant sur Internet. Beaucoup d'insultes, d'images et vidéos prises à l'insu de l'individu en surpoids ou obèse circulent et sont alarmantes mais semblent insignifiantes pour la plupart. Il se peut que ce dernier soit atteint dans son estime, n'ose pas dénoncer par peur de représailles et culpabilise. Il cachera sûrement ces faits à ses proches pour ne pas les affoler. Ce sont des attaques insidieuses qui sont généralement découvertes trop tard.

Il est clair, notre travail le fait ressortir, qu'un manque existe au niveau des recherches sur ce qui se joue psychologiquement pour l'enfant lorsqu'il est atteint de ce problème de santé publique mondialement répandu. Nous voulons que cet écrit permette d'accroître la curiosité de certaines infirmières scolaires qui auront l'envie d'user de leur créativité pour combler le manque de la littérature actuelle.

7. LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- A dispo! (2015). A votre disposition! - « A dispo! ». Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.a-dispo.ch/>
- Alligood, M. R. (2010). *Nursing Theory: Utilization & Application* (4ème éd.). Mosby Elsevier.
- Alvarez, F., Lévy, E., & Roy, M. (2010). *Pédiatrie et obésité : un conflit entre nature et culture ?*. Montréal, CHU Sainte Justine.
- Amar, B., & Gueguen, J.-P. (2006). *Soins infirmiers. Concepts et théories, démarche de soins* (Vol. 1). Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson.
- Amar, B., & Gueguen, J.-P. (2008). *Nouveaux cahier de l'infirmière: Soins infirmiers I : Concept et théories, démarches de soins* (2ème éd.). Masson.
- Bee, H., & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement. Les âges de la vie*. Québec: de Boeck.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *Psychologie du développement. Les âges de la vie*. (4ème éd.). Erpi.
- Borys, J.-M. (2004). *Je préviens l'obésité de mon enfant*. France: Balland.
- Brunner, & Suddarth. (1994). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Bruxelles: De Boeck.
- Butty, L., & Gassmann, V. (2013). *Prévention de l'obésité infantile par l'infirmière scolaire*. Haute école de santé, Fribourg. Consulté à l'adresse http://doc.rero.ch/record/203056/files/Butty-Gassmann_BT.pdf
- Cloutier, J. (1995). Réponses psychosociales d'adaptation à l'interruption volontaire de grossesse d'un groupe d'adolescents. *Recherche en soins infirmiers*, 41, 21-64.
- Erikson, E. (1966). *Enfance et société* (2ème éd.). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et Crise: la quête de l'identité* (Flammarion). Paris.
- 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, 18(2), 37-40.
- Favre, S. (2012). *Psychologie et développement de la personne: « Support » des cours de septembre/octobre 2011*. Haute Ecole de Santé.
- Fawcett, J. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3ème éd.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fischler, C. (1990). *L'Homnivore: Le Goût, la Cuisine et le Corps*. Paris: Édition Odile Jacob.
- Fontaine, D., Guigné, C., Marlène Bernard, M. B., & Gruaz, D. G. D. (2008). Prévalence de l'obésité et facteurs associés chez les enfants de 5-6 ans en Haute-Savoie, France.

- Fourage, C., Vincelet, C., Richard, G., Thery, A., Dabbas, M., Chatignoux, E., ... Saunal, A. (2009). Surpoids et obésité : Importance du problème chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris, en 2009.
- Frelut, M. L. (2003). *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Odile Jacob.
- Gasse, J.-M., & Guay, L. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers* (2ème éd.). Cap-Rouge (Québec): Presses Inter Universitaires.
- Golse, B. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: complément sur l'émergence du langage* (4ème éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Griffiths, L. J., Wolke, D., Page, A. S., & Horwood, J. P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91(2), 121-125.
<http://doi.org/10.1136/adc.2005.072314>
- Haney, M., Ozturk, & Erdogan, S. (2013). Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a Cox's interaction model-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1346-1356. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06126.x>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Actualisation des recommandations 2003*.
- Hazanov-Boskovitz, O. (2003). *Etude du coping des adolescents dans un contexte expérimental*. Université de Genève Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Genève.
- Holmström, M., Rising, Asplund, K., & Kristiansen, L. (2013). Promoting a relationship- based health practice: A challenge for school nurses. *British Journal of School Nursing*, 8(1), 30-38.
- Kelly, L., & Patterson, B. (2006). Childhood nutrition: perceptions of caretakers in a low-income urban setting. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.)*, 22(6), 345-351. <http://doi.org/10.1177/10598405060220060601>
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11(3), 452-456. <http://doi.org/10.1038/oby.2003.61>
- Maggio, A. B., Martin, X. E., Saunders Gasser, C., Gal-Duding, C., Beghetti, M., Farpour-Lambert, N. J., & Chamay-Weber, C. (2014). Medical and non-medical complications among children and adolescents with excessive body weight. *BMC Pediatrics*, 14.
<http://doi.org/10.1186/1471-2431-14-232>
- Maggio, A. B., Saunders Gasser, C., Gal-Duding, C., Beghetti, M., Martin, X. E., Farpour-Lambert, N. J., & Chamay-Weber, C. (2013). BMI changes in children and adolescents attending a specialized childhood obesity center: a cohort study. *BMC Pediatrics*, 13, 216.
<http://doi.org/10.1186/1471-2431-13-216>
- MA Healthcare Ltd. (2014). *British Journal of School Nursing*. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.magonlinelibrary.com/journal/bjsn>

- Morrison-Sandberg, L. F., Kubik, M. Y., & Johnson, K. E. (2011). Obesity prevention practices of elementary school nurses in Minnesota: findings from interviews with licensed school nurses. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 27(1), 13-21. <http://doi.org/10.1177/1059840510386380>
- 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. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32(1), 16-30. <http://doi.org/10.1080/01460860802610186>
- Nevid, J. S. (2013). *Psychology Concepts and Applications* (4ème éd.). California: Wadsworth Cengage Learning.
- Observatoire régional de santé île-de-France. (2015). Mentions légales. Consulté à l'adresse <http://www.ors-idf.org/index.php/mentions-legales>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2008). *Programme national alimentation et activité physique 2008 – 2012 (PNAAP 2008 – 2012)*. Berne.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1994). *La prévention du diabète sucré*. Genève. Consulté à l'adresse https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40118/1/WHO_TRS_844_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2015). Obésité et surpoids. Consulté 13 juillet 2015, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories & Nursing practice* (3ème éd.). F.A. Davis Company.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 e édition). Chenelière Éducation.
- République et canton de Genève. (2014). Promotion de la santé et prévention - Marchez et Mangez malin ! Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/marchez_mangez_malin-1034.html%20
- Roy, S. C. (2009). *The Roy adaptation model* (3ème éd.). Upper Saddle River: NJ: Pearson.
- Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1991). *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk: CT: Appleton & Lange.
- Rywalski, A., Vuitel, C., & Plancherel, F. (2013). *Programme cantonal fribourgeois «Je mange bien, je bouge bien» 2014-2017*. Direction de la santé des affaires sociales (DSAS).
- Soares Sobral, S. C. (2013). *La perception du risque de santé futur chez les femmes enceintes ayant été récemment diagnostiquées avec un diabète gestationnel* (Master Sciences en sciences infirmières). Université de Lausanne - Faculté de biologie et de médecine et Haute écoles spécialisée de suisse occidentale - Domaine santé, Genève.

- 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*, 81(8), 437-448. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00600.x>
- Tucker, S. J., Ytterberg, K. L., Leno, L. M., Schmit, T. L., Mucha, D. I., Wooten, J. A., ... Mongeon Wahlen, K. J. (2013). Reducing pediatric overweight: nurse-delivered motivational interviewing in primary care. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(6), 536-547. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.02.031>

8. LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Bernardin, J. (2010). Le rôle des attentes dans la construction de l'image de soi: « l'effet Pygmalion ». *Groupe français d'éducation nouvelle*, 138, 10-14.
- BMC Pediatrics. (2015). Instructions for Authors. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.biomedcentral.com/bmcpediatr/authors/instructions>
- De Bouvet, A., & Sauvagne, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique*. (De Boeck). Bruxelles.
- Etat de Genève. (2015). Établissements de l'enseignement primaire - Direction générale de l'enseignement obligatoire (DGEO). Consulté 15 juillet 2015, à l'adresse <http://www.ge.ch/primaire/etablissements/>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2015a). Contrepoids. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.hug-ge.ch/contrepoids>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2015b). L'équipe. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.hug-ge.ch/pediatric-generale/equipe>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2015c). Professeur Maurice Beghetti. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hug-ge.ch%2Fsites%2Finterhug%2Ffiles%2Fstructures%2Fspecialites_pediatriques%2Fdocuments%2Fbiosketch_prof._maurice_beghetti_bis.pdf&ei=ESp0VY2tJM2I7AbF-4LYBA&usg=AFQjCNGGJM7a-1LwKr_ehrLJKn1aAym3sA&sig2=Ly4Dz9VcglI5PGq_n5UU0A&bvm=bv.95039771,d.d24
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2015d). Spécialités pédiatriques. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.hug-ge.ch/specialites-pediatriques/medecine-exercice-obesite-equipe>
- Institut Servier (last). (2006). *L'obésité: un problème d'actualité, une question d'avenir*. Elsevier Masson.
- Montignac, M. (2003). *Prévenir et combattre l'obésité chez l'enfant avec la méthode Montignac*. Flammarion.
- Ourednik, A. (2003). *La Notion de Pulsion chez Nietzsche et Freud*. Université de Lausanne, Lausanne. Consulté à l'adresse http://ourednik.info/consultables/Freud-Nietzsche_Pulsion.pdf
- SCImago Journal & Country Rank. (2015). Journal of Advanced Nursing - Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. Consulté 25 mai 2015, à l'adresse <http://www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=28159&tip=sid>

Service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ). (2015). Listes d'affectation publique du personnel SSEJ 2014-2015 (Version 08 septembre 2014). Consulté 15 juillet 2015, à l'adresse <http://edu.ge.ch/ssj/spip.php?article30>

The Journal of School Nursing. (2015). The Journal of School Nursing. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://jsn.sagepub.com/>

The University of Texas at Austin. (2015a). Faculty Directory, School of Nursing. Consulté 7 mai 2015, à l'adresse <https://www.utexas.edu/nursing/faculty/profiles/johnsonk/>

The University of Texas at Austin. (2015b). Karen Johnson - Faculty Directory - School of Nursing. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <https://www.utexas.edu/nursing/faculty/profiles/johnsonk/>

University of Minnesota. (2012). Adolescent Health : Learning Compassion : The Lead Peace Story. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse http://www.nursing.umn.edu/prod/groups/nurs/@pub/@nurs/@adolnurs/documents/asset/nurs_asset_377045.pdf

University of Minnesota. (2013). Martha Kubik - School of Nursing - University of Minnesota. Consulté 7 mai 2015, à l'adresse <http://www.nursing.umn.edu/faculty-staff/martha-kubik/>

Widener University. (2015). Faculty & Research - Profile of Barbara J. Patterson. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse <http://www.widener.edu/academics/faculty/pattersonb/default.aspx>

9. ANNEXES

9.1. Annexe I : Fiches de lectures

Article n°1 :

Morrison-Sandberg, L. F., Kubik, M. Y., & Johnson, K. E. (2011). Obesity prevention practices of elementary school nurses in Minnesota: findings from interviews with licensed school nurses.

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

Cette article a été écrit par trois infirmières possédant toutes un Bachelor en soins infirmiers.

- Leslie F. Morrison-Sandberg a travaillé plusieurs années en tant qu'éducateur à l'Université d'état de Saint-Cloud dans le département des soins infirmiers. Auparavant, elle a été infirmière scolaire et infirmière en santé publique. En 2012, elle entreprend un PhD en soins infirmiers pour l'adolescent.
- Martha Y. Kubik est professeure assistante et directrice de *International Programming* à l'Université du Minnesota, États-Unis. Elle a effectué des recherches sur des sujets comme les comportements de santé chez les adolescents, ainsi que l'activité physique et la nutrition chez les jeunes. Elle a obtenu un PhD en épidémiologie en 2002.
- Karen E. Johnson est professeure assistante à l'Université du Texas à Austin aux États-Unis. Elle a étudié à l'Université du Minnesota et possède un PhD en soins de santé publique et santé chez l'adolescent depuis 2007.

Le nom et type de revue : The Journal of School Nursing

Cette revue est publiée deux fois par mois et a pour but d'améliorer les connaissances sur la santé des enfants scolarisés et l'administration scolaire. (Le premier numéro a été imprimé en octobre 2000 et le dernier en juin 2015). Cette revue s'adresse à tous les professionnels de la santé. Elle publie diverses recherches telles que les nouvelles pratiques cliniques et politiques (*evidence-based*). Cette revue fait partie de la "*Committee on Publication Ethics*" (traduction libre).

Le lieu de l'étude :

Cette étude a été menée dans le Minnesota au sein de 21 écoles. Celles-ci ont été divisées en trois catégories: urbaine, de banlieue et rurale (p.13).

Les objectifs pratiques :

Comprendre les pratiques actuelles des soins infirmiers en milieu scolaire liées à l'obésité dans les écoles primaires du Minnesota, les opinions concernant le programme de prévention scolaire et l'intérêt porté par les infirmières scolaires dans la mise en œuvre de programme de prévention de l'obésité (traduction libre, p.14).

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Étudier les différents aspects liés à la prévention de l'obésité et la promotion de la santé par des infirmières scolaires en école primaire.

Question de recherche :

Non mentionné.

Hypothèse de travail :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite. Nous avons supposé que l'hypothèse des auteurs est de démontrer et relever les différences dans les priorités de soins et les pratiques infirmières dans la prévention de l'obésité, selon les infirmières et la localisation des écoles (p.18).

Cadre théorique de la recherche :

La notion de l'IMC revient à plusieurs reprises dans cet article. L'IMC des enfants aux États-Unis a augmenté de manière drastique ces trente dernières années. L'obésité a un impact non seulement sur la physiologie de l'enfant mais aussi sur des aspects psychologiques et sociaux. La prévention de l'obésité est considérée comme un problème de santé publique majeur (p.13-14).

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les infirmières scolaires jouent un rôle clé dans la prévention de l'obésité chez les enfants scolarisés en école primaire (p.14).

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Les auteures ont utilisé la méthode des entretiens semi-structurés à l'aide de questions ouvertes et incitatives auprès d'infirmières scolaires (p.15).

Population de l'étude :

Les infirmières scolaires agréées dans le Minnesota ayant un Bachelor en soins infirmiers. Celles-ci doivent être diplômées du Département de l'Education, enregistrées comme infirmières et infirmières en santé publique dans le registre infirmier du Minnesota. L'étude est menée dans des écoles ayant plus de 300 élèves entre la 3ème primaire et la 7ème primaire (HarmoS) et plus de 20% d'élèves participant au "*free/reduced school meal program*" (p.14).

Type d'analyse :

C'est une recherche qualitative longitudinale de type phénoménologique. Les auteures mettent en évidence un biais de sélection (p.19).

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

Quatre points principaux sont ressortis des résultats.

- Les infirmières scolaires ont souligné le manque de temps et de personnel pour mener une campagne de prévention efficace (p.15). Un manque de coordination au niveau de l'état est également signalé (p.16).
- Toutes les participantes ont décrit la présence de services de prévention primaire dans leurs établissements, comme par exemple la collaboration avec le personnel de la cafétéria (p.16).
- Les infirmières scolaires sont conscientes des répercussions psychologiques et sociales de l'obésité sur les enfants (p.17).
- Il existe une collaboration entre l'infirmière scolaire et différents réseaux extra-scolaires, tels que les hôpitaux, des agences de santé publique. Toutefois, elle ne porte pas toujours sur l'obésité (p.17).

Conclusions générales :

Elles peuvent se trouver en page 20 sous le titre "*conclusions*". A savoir que les infirmières scolaires dans le Minnesota exercent des soins pour prévenir l'obésité sur des bases limitées et souhaiteraient les améliorer.

e) Éthique

Il n'y a pas d'information concernant la signature d'un contrat entre les auteures et les participantes. Par contre, il est mentionné que chacune des infirmières a reçu 50\$ en remerciement pour leur participation à l'étude.

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Grâce à cet article, nous avons mieux cerné les enjeux qui s'opèrent autour du rôle de l'infirmière scolaire aux USA. Certes dans un pays non européen, mais où la problématique de l'obésité est omniprésente. Cet article met en lumière plusieurs aspects de notre problématique. De plus, certains des propos avancés par les auteures viennent étayer nos hypothèses. Ils nous donnent des pistes de réflexions comme, l'importance d'une coordination inter établissements, et le manque de ressources auquel les infirmières scolaires doivent affronter.

g) Limites

Les auteures mettent en avant le faible nombre de participantes à l'étude, rendant ainsi une comparaison entre les régions géographiques difficilement réalisable (traduction libre, p.19).

h) Pistes de réflexion

Les auteures mettent en évidence que pour les participantes, ce qui est "le plus difficile est qu'il n'existe pas de cadre de référence en soins auquel elles pourraient se référer" (traduction libre, p.18). LSNs devraient :

- sensibiliser les directeurs d'écoles, les parents et la communauté vis-à-vis de l'obésité et des pratiques actuelles;
- connaître les besoins des élèves, les limites et les opportunités liées à la prévention de l'obésité (traduction libre, p.20).

Les auteures suggèrent de donner plus de ressources aux infirmières scolaires en matière de temps, de personnel et d'éducation, afin de coordonner leurs actions (p.20).

Article n°2 :

Kelly, L., & Patterson, B. (2006). Childhood nutrition: perceptions of caretakers in a low-income urban setting

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

Les deux auteurs ont un diplôme en soins infirmiers ainsi qu'un doctorat.

- *Lynn E. Kelly est professeur en soins infirmiers à l'Université de Widener.*
- *Barbara J. Patterson est actuellement directrice de programme de doctorat à l'Université de Widener. Elle effectue des recherches notamment sur l'evidence-based practice et sur le support social.*

Le nom et type de revue : The Journal of School Nursing

Cette revue est publiée deux fois par mois et a pour but d'améliorer les connaissances sur la santé des enfants scolarisés et l'administration scolaire. (Le premier numéro a été imprimé en octobre 2000 et le dernier en juin 2015). Cette revue s'adresse à tous les professionnels de la santé. Elle publie diverses recherches telles que les nouvelles pratiques cliniques et politiques (*evidence-based*). Cette revue fait partie de la "*Committee on Publication Ethics*" (traduction libre).

Le lieu de l'étude :

Les données de cette étude ont été recueillies dans la région nord-est des États-Unis, dans une zone urbaine à bas revenus.

Les objectifs pratiques :

Comprendre quels sont facteurs qui favorisent l'obésité dans les familles à bas revenus, en étudiant la compréhension des parents envers la nutrition de leurs enfants et leurs habitudes.

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Étudier et comprendre les comportements des parents pouvant influencer l'obésité de leurs enfants.

Question de recherche :

Les auteurs nomment trois questions de recherche :

1. Quelles sont les perceptions des parents vivant dans un quartier à bas revenu envers la nutrition des enfants ?
2. Quelles sont les influences de leurs choix quant à la préparation des repas ?
3. Quels sont les obstacles et les facilités à choisir une alimentation saine dans un quartier à bas revenu ?

(traduction libre, p.346)

Hypothèse de travail :

Il n'y a pas d'hypothèse énoncée proprement dans cet article mais nous pouvons la déduire. Les auteures pensent qu'il existe plusieurs facteurs influençant la manière dont les parents abordent la nutrition de leurs enfants (p. 345).

Cadre théorique de la recherche :

L'obésité et la nutrition chez les enfants apparaissent à plusieurs reprises dans cette étude. Dans l'introduction, plusieurs statistiques provenant de différents travaux sont énumérées. Il y est par exemple souligné que le taux d'obésité a doublé depuis les années 80 et que le nombre d'enfants atteints de pathologies liées à l'obésité est également en augmentation. Une autre étude montre que les enfants issus de minorités ethniques sont plus particulièrement touchés par ce problème (p. 345).

En ce qui concerne la nutrition, il est démontré que la consommation de graisses et de boissons sucrées sont au-dessus de l'apport recommandé et que les enfants sont moins actifs physiquement que la génération précédente (p. 346).

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Lorsqu'une infirmière planifie une intervention afin de promouvoir un mode de vie sain pour les enfants, elle se doit de commencer à travailler sur la perception des parents de ce qui est sain (p. 346).

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Les auteures décrivent leur étude comme une étude d'ethnographie centralisée sur un thème. Elles ont formé des petits groupes et discuté d'un sujet en particulier afin de récolter des données (p. 346). Un guide d'interview semi-structuré a été utilisé pour mener la discussion. Les données ont ensuite été analysées en étant lues, afin de les comprendre

dans leur contexte. Puis chaque mot ou phrase ont été codifiés selon leur signification afin d'être regroupés par thème (p. 347).

Population de l'étude :

17 caretakers, ayant des enfants de 6 à 9 ans, ont pris part à cette étude. Les auteures définissent le terme caretaker comme "un individu qui est responsable pour déterminer la composition des repas offerts à l'enfant" (traduction libre, p. 346).

Il y avait dans ces 17 personnes : 12 mères, un père, une grand-mère, deux tantes et un cousin. Ces personnes habitaient dans une région où peu de magasins étaient disponibles pour acheter de la nourriture. Dans le quartier, il y avait surtout des petits magasins et des fast-foods (p. 347).

Type d'analyse :

C'est une recherche qualitative transversale.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

Plusieurs résultats sont apparus pour chaque question de recherche.

- Concernant la perception des parents de la nutrition de leur enfant, ces derniers connaissent quels sont aliments bons pour la santé. Ils étaient aussi capables de décrire les différents groupes d'aliments (p. 347). Les parents faisaient également le choix de contrebalancer un repas riche en calories avec un repas plus sain dans les jours qui suivaient. Ils ont fait part de leur difficulté à accéder à de la nourriture équilibrée dans un quartier à bas revenu où les fast-foods prédominent (p. 348).
- La tradition est le premier élément influençant les parents dans le choix de l'alimentation. Par exemple, certains parents ont pour habitude de manger jusqu'à ce qu'ils se sentent rassasiés et ont donc tendance à manger de plus grandes quantités aux repas. Les finances de la famille ont également un impact sur les repas. Les fruits et les légumes coûtent plus chers que d'acheter des aliments en boîtes et des jus de fruits. Le temps joue aussi un rôle sur la qualité des repas. La majorité des participants travaillaient à plein temps et beaucoup élevaient seul leur enfant (p. 348). Des repas déjà prêts étaient donc souvent utilisés (p.349).

Conclusions générales :

Comprendre les obstacles et les facilités des parents face à l'alimentation de leur enfant permet aux infirmières scolaires de mieux cibler leurs interventions (p. 351).

e) Éthique

L'étude a reçu l'approbation du *University Institutional Review Board* pour la protection des sujets humains. Une feuille de consentement a été signée par les participants et leur identité cachée par des pseudonymes (p.347).

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Les auteures ont mis en avant l'importance d'une vision globale de la situation familiale. Les infirmières scolaires doivent également comprendre que les parents de milieux défavorisés sont face à des obstacles lorsqu'il s'agit de préparer des repas équilibrés. Il est aussi difficile de changer des habitudes alimentaires familiales (p. 350).

h) Limites

Les auteures ne décrivent pas de limite à leur étude, mais nous pouvons sans doute dire que le nombre de sujets composant l'échantillon est faible (n=17).

Article n°3 :

Haney, M., Ozturk, & Erdogan, S. (2013). Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a Cox's interaction model-based study

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteures :

Cette étude a été réalisée par :

- Meryem Ozturk Haney : PhD, RN, Lecturer, Public Health Nursing Department, Dokuz Eylul University Nursing Faculty, Izmir, Turkey
- Semra Erdogan : PhD, RN, Professor, Public Health Nursing Department, Istanbul, University Nursing Faculty, Istanbul, Turkey

Le nom et type de revue : **Journal of Advanced Nursing**

C'est un journal scientifique international. Il propose des recherches de haute performance concernant les Evidence-based pour les infirmières et les sages et pour la promotion de la santé. Il a également l'ambition d'apporter de nouvelles connaissances à la pratique, au management et à l'éducation. (Traduction libre, 2015)

Le lieu de l'étude :

Istanbul, Turquie

Les objectifs pratiques :

Reconnaître l'importance de l'influence qu'ont les variables démographiques, sociales, les variables personnelles sur la santé des enfants (BMI et régime alimentaire).

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Identifier ce qui influence les régimes alimentaires des enfants scolarisés.

Question de recherche :

Non mentionnée.

Hypothèse de travail :

Non mentionnée.

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Pour créer le questionnaire utilisé pour l'étude, les auteurs ont repris l'*Interaction Model of Client Health Behavior (IMCHB)*.

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Un questionnaire pour les familles a été donné en 2007 concernant les habitudes alimentaires et les mesures de la taille et du poids des enfants ont été prises afin de calculer leur IMC.

Population de l'étude :

420 élèves (222 garçons et 198 filles) en 7^{ème} primaire (Harmos), âgés de 10-11 ans, et leurs parents, de trois différentes écoles publiques d'Istanbul.

Type d'analyse :

Étude descriptive corrélationnelle

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

- Les filles ont une alimentation plus saine que les garçons
- Les familles ayant un « niveau social plus élevé » ont une alimentation plus saine

Conclusions générales :

Les hommes turcs ont plus de risque que les femmes turcs d'avoir une mauvaise alimentation. Elles jouent un rôle primordial dans la prévention de l'obésité infantile et dans la promotion de la santé (alimentation saine, motivation à améliorer sa qualité de vie, etc).

e) Éthique

Les participants n'ont pas reçu de contribution pour participer à l'étude. Les auteurs de l'étude ont demandé l'accord des écoles, des enfants et des parents avant de la débiter.

Démarche interprétative

f) Limites

Les auteurs mentionnent quelques limites de la recherche :

- Les résultats ne peuvent pas être généralisés pour toute la Turquie car l'étude a été faite à seulement trois différentes régions d'Istanbul.

- Aucune intervention concernant une bonne alimentation n'a été prodiguée aux participants. Et l'un des composants de l'échelle IMCHB n'a pas été pris en compte dans cette étude.
- L'étude ne renvoie pas à la consommation de nourriture habituelle de l'enfant.
- Étant une étude descriptive, les réponses aux questionnaires restent subjectives, les enfants ont peut-être répondu ce qu'ils leur semblaient le mieux socialement, ne reflétant pas ainsi la réalité.

g) Pistes de réflexion

Selon les auteurs, il faudrait prendre en considération les facteurs de risque socio-économique dans les programmes de la prévention contre l'obésité chez les enfants.

Article n°4 :

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

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteures : Toutes les trois sont de profession infirmière.

- Colleen Nauta est une infirmière diplômée d'un droit pratique américain (RN) et d'un master en soin infirmier (MSN). Elle exerce actuellement en tant qu'infirmière scolaire dans une école primaire du New Jersey, USA (Frederic A. Priff Elementary School, Waretown).
- Claire Byrne est une infirmière diplômée de Kean University, New Jersey (RN). Elle possède également un master en soin infirmier (MSN). Elle a travaillé depuis maintenant six ans dans un hôpital du New Jersey, le "Newark Beth Israel Medical Center"
- Yvonne Wesley, RN, PhD, FAAN, Kean University, Union, New Jersey, USA

Le nom et type de revue : Issues in Comprehensive Pediatric Nursing

Cette revue internationale dotée d'un comité de lecture contribue à la base des connaissances des infirmières et autres professionnels de la santé soignant des enfants. Les thèmes traités sont liés à tous les aspects de l'application des connaissances (de la pratique fondée sur les preuves) dans la pratique des soins de santé pédiatrique. Cette revue propose notamment, des recherches de type quantitative et qualitative, des revues systématiques de la littérature, des descriptions de processus et/ou projets qui permettent de traduire les connaissances en pratique (à l'aide de descriptions de l'assurance de la qualité et de stratégies d'amélioration de la performance) et finalement des mesures de résultats de santé.

Le lieu de l'étude : New Jersey, USA

Les objectifs pratiques : Démontrer le rôle primaire que jouent les infirmières scolaires dans la prévention et les interventions auprès d'enfants obèses. (p.17)

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche : Cette étude a pour objectif de donner une image des perceptions des infirmières scolaires en regard de l'obésité chez les élèves en âge scolaire. (p.18)

Question de recherche :

Non mentionnée.

Hypothèse de travail :

Non mentionnée.

Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique qui a guidé l'étude de cet article est le modèle de promotion de la santé de Pender's (HPM). Le HPM a pour but d'identifier des facteurs cognitifs, individuels et perceptuels "qui peuvent être modifiés par les caractéristiques situationnelles, personnelles ou interpersonnelles afin que les personnes puisse participer aux comportements favorisant la santé quand il y a un motif d'action" (Pender et al., 2011, cite par Soares Sobral 2013). (p. 20)

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les perceptions, les connaissances et les pratiques en matière de prévention de l'obésité infantile.

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Dans un premier temps, un questionnaire de 50 items a été distribué à 220 infirmières scolaires, puis ce questionnaire a été revu et modifié. Finalement, il contenait 55 items et il a été distribué à 106 infirmières scolaires (3 infirmières retraitées n'ont finalement pas participé). Un coefficient de Cronbach¹ a été calculé pour mesurer la fiabilité des questions posées lors d'un test. (p.21)

Pour comprendre s'il existe une corrélation entre les variables ordinales, tel que l'utilisation ou non de l'IMC par percentile afin de définir l'obésité vis à vis des pratiques proposées pour traiter le surpoids, cette étude a utilisé le coefficient de corrélation de Spearman. (p.23)

¹ Est une statistique utilisée notamment en psychométrie pour mesurer la cohérence interne ou la fiabilité d'un questionnaire par exemple. Sa valeur s'établit entre 0 et 1 et est considérée comme « acceptable » à partir de 0.7.

Population de l'étude :

Un échantillon de convenance de 103 infirmières scolaires résidant dans l'état du New Jersey et ayant participé à des réunions départementales d'infirmières scolaires. (p. 21)

Type d'analyse :

Etude corrélative descriptive. (p.21)

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

Dans les 103 formulaires retournés, toutes sont des femmes âgées en moyenne de 50.62 ans et ayant en moyenne 11 ans d'expérience (de 1 à 34 ans). (p.21)

Etiologie de l'obésité :

- Plus de 97% des infirmières scolaires de l'étude pensent que de mauvaises habitudes alimentaires, une consommation excessive de calories et un style de vie sédentaire jouent un rôle majeur dans l'étiologie de l'obésité.
- De 20% à 37% des infirmières scolaires pensent que les facteurs culturels, le manque d'inquiétude de la part des parents et un niveau socioéconomique bas ne jouent qu'un rôle mineur dans l'étiologie de l'obésité.

Impact de l'obésité :

- 86,4% des infirmières scolaires sont fortement d'accord ou d'accord que l'obésité infantile a des conséquences de taille dans le rejet par les pairs.
- 27.8% des infirmières scolaires sont fortement d'accord ou d'accord qu'il est nécessaire de proposer un traitement pour aider l'enfant à perdre du poids que si celui-ci a des complications en raison de son obésité.

Outils utilisés :

- 30.1 % des infirmières n'utilisent que parfois, rarement ou jamais leurs impressions obtenues par la clinique.
- 65.5 % des infirmières utilisent la plupart du temps ou souvent le poids par percentile.

Conclusions générales :

Alors qu'une très grande majorité des infirmières scolaires (99%) sont consciente que la prévalence de l'obésité devient de plus en plus importante, 35% d'entre elles

Particularité ou originalité de l'étude :

Cette étude démontre des aspects multidimensionnels de la perception, des connaissances et des pratiques d'infirmières scolaires vis à vis de l'obésité (étiologie, conséquences, choix d'interventions).

e) Éthique

Ce questionnaire est approuvé par « l'Institutional Review Board from the Office of Research » ainsi que par « Sponsored Programs Division of Institutional Advancement at Kean University ». La collecte de données s'est terminée le 10 février 2006. (p.21-22)

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Le questionnaire utilisé a été soumis à une statistique (coefficient alpha) permettant d'évaluer la cohérence interne de celui-ci. Ce coefficient alpha de Cronbach est de 0.77, soit supérieur à la valeur considérée comme "acceptable" (0.7), on constate que la cohérence ou la fiabilité des questions posées dans le questionnaire reste faible. (p.21)

g) Limites

La généralisation des résultats est limitée due au fait qu'il a été utilisé un échantillon de convenance. De plus, le taux de participation de 46% de la part des infirmières scolaire était faible. Le coefficient alpha de 0.7 est minimalement acceptable. (p.28)

h) Pistes de réflexion

Cet article suggère la nécessité de développer des outils de mesure psychosociaux performants pour évaluer les connaissances et les perceptions qu'on les infirmières scolaires sur les enfants avec un IMC élevé. (p.28)

Ces auteurs relèvent la nécessité d'effectuer des recherches qui permettraient de déterminer la vision que les infirmières ont de leur rôle futur auprès d'enfants souffrant d'obésité et le choix des interventions qu'elles privilégieraient. (p.29)

Article n°5 :

Fontaine, D., Guigné, C., Marlène Bernard, M. B., & Gruaz, D. G. D. (2008). Prévalence de l'obésité et facteurs associés chez les enfants de 5-6 ans en Haute-Savoie, France

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

L'étude présentée dans cet article a été menée par l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes de Lyon en France.

Les auteurs :

- Denis Fontaine est médecin de santé publique et directeur d'études.
- Christophe Guigné est médecin conseiller technique de l'Inspection d'Académie de Haute-Savoie.
- Marlène Bernard est une statisticienne, chargée d'études.
- Delphine Gruaz est chargée d'étude.

*Le nom et type de revue : **Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)***

Le BEH est une revue à comité de lecture éditée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), qui publie des articles proposés par l'ensemble des acteurs de santé publique. Un comité de rédaction, composé de membres de l'InVS et de membres extérieurs, définit la ligne éditoriale, garantit la qualité scientifique des contenus et veille à la cohérence des thématiques abordées. Il veille également au respect des dispositions éthiques, légales et réglementaires dont relèvent les études présentées. La revue paraît sous la responsabilité morale et juridique du directeur de publication, directeur général de l'InVS.

Rédactrice en chef : Judith Benrekassa

Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï

Secrétariat de rédaction : Farida Mihoub

Le lieu de l'étude :

Cette étude a été menée de novembre 2007 à mars 2008 dans le département de Haute Savoie, en France.

Les objectifs pratiques :

Non mentionnés.

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche : Cette étude a pour objectif de mesurer la prévalence de l'obésité infantile en milieu scolaire avec un focus sur les zones défavorisées du département de Haute-Savoie. Le but étant d'analyser si la condition socio-économique, les habitudes alimentaires, l'exercice physique, la sédentarité et l'image de soi ont un rôle dans la maladie de l'obésité.

Question de recherche :

Non mentionnée.

Hypothèse de travail :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite. Nous avons supposé que l'hypothèse des auteures est de démontrer et relever les différences dans les priorités de soins et les pratiques infirmières dans la prévention de l'obésité, selon les infirmières et la localisation des écoles. (p.18)

Cadre théorique de la recherche :

La notion de l'IMC revient à plusieurs reprises dans cet article. L'IMC des enfants aux États-Unis a augmenté de manière drastique ces trente dernières années. L'obésité a un impact non seulement sur la physiologie de l'enfant mais aussi sur des aspects psychologiques et sociaux. La prévention de l'obésité est considérée comme un problème de santé publique majeur. (p.13-14)

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les infirmières scolaires jouent un rôle clé dans la prévention de l'obésité chez les enfants scolarisés en école primaire. (p.14)

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

L'enquête a été réalisée par le personnel médical et infirmier scolaire lors de la visite médicale obligatoire dont bénéficient les enfants de 5 ou 6 ans en milieu scolaire français. Les outils utilisés sont la balance étalonnée pour la mesure du poids, un mètre pour mesurer la taille, un questionnaire pour l'enfant et un questionnaire pour la famille en face à face ou par téléphone.

Population de l'étude :

Un échantillon représentatif de 1008 enfants sur les 9325 enfants de grande section maternelle en Haute-Savoie.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée de novembre 2007 à mars 2008. Pour l'analyse des facteurs associés à l'obésité, les enfants dont les questionnaires étaient manquants soit par refus des parents soit par impossibilité de les joindre, ont été exclus ainsi que les enfants d'une maigreur extrême.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

- La prévalence de l'obésité ne diffère pas entre les filles et les garçons
- La prévalence est plus élevée dans les zones défavorisées
- 5 facteurs sont significativement associés à l'obésité :
 - Avoir deux parents originaires d'autres pays que la France métropolitaine et la Suisse.
 - Ne jamais aller au restaurant scolaire
 - Avoir une collation fournie par l'école à la récréation du matin
 - Apporter une collation pour la récréation de l'après-midi
 - Avoir un antécédent familial de surpoids

e) Éthique

Il n'y pas d'information concernant la signature d'un contrat entre les auteurs et les participants.

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Cette étude met en lumière plusieurs aspects de notre problématique, notamment les facteurs favorisant l'obésité chez les enfants. De plus, certains des propos avancés par les auteurs viennent étayer nos hypothèses. Ils nous donnent des pistes de réflexions comme, l'importance de prendre en soins l'enfant dès son plus jeune âge pour éviter qu'il souffre d'obésité à l'âge adulte.

g) Limites

L'analyse du régime alimentaire des enfants ne pouvait pas être précise en raison des modalités d'enquête et du fait de la dépendance de l'enfant à la nourriture préparée par ses parents.

h) Pistes de réflexion

Pas de piste de réflexion proposée.

Article n°6 :

Fourage, C., Vincelet, C., Richard, G., Thery, A., Dabbas, M., Chatignoux, E., Saunal, A., Grémy, I. (2009). Surpoids et obésité : Importance du problème chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris, en 2009

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Christel Fourage, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France
- Catherine Vincelet, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France
- Geneviève Richard, Santé scolaire, DASES Paris
- Anne Thery, Santé scolaire, DASES Paris
- Myriam Dabbas, Service de nutrition, Hôpital Necker Enfants-Malades
- Edouard Chatignoux, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France
- Adrien Saunal, cartographe à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France
- Isabelle Grémy, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Le nom et type de revue : L'Observatoire régional de santé

“ L'Observatoire régional de santé est un département technique autonome de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAU Ile-de-France). L'ORS est un organisme qui contribue à l'aide à la décision dans le domaine sanitaire et social. Il a pour vocation de renforcer le dispositif régional d'observation de l'état de santé en vue d'améliorer les connaissances en Ile-de-France.

Le site Internet de l'ORS Ile-de-France s'adresse aussi bien aux organismes œuvrant dans le domaine de la santé publique qu'à toute personne sensibilisée à la politique de santé en Ile-de-France.

Sa mission principale est de mettre à disposition les études réalisées par l'ORS Ile-de-France afin d'améliorer l'information sur l'état de santé de la population de la région. A ce titre, les informations fournies sur le site de l'ORS visent à améliorer, et non à remplacer, la relation existante entre un patient et son médecin.

L'ORS Ile-de-France assure entièrement le financement de son site, c'est pourquoi l'ORS n'accepte aucune forme de publicité, ni ne reçoit de fonds publicitaires. L'ORS Ile-de-France est lui-même subventionné à part égale par le Conseil régional d'Ile-de-

France et l'Agence régional de santé d'Ile-de-France.” (Observatoire régional de santé ile-de-France, 2015)

Le lieu de l'étude :

Cette étude a été menée à Paris auprès d'enfants scolarisés dans le secteur public. Une part des enfants est en grande section maternelle et l'autre part en CE2.

Les objectifs pratiques :

La ville de Paris et plus précisément le service de santé scolaire souhaite réactualiser les données de prévalence de l'obésité et du surpoids pour les enfants en milieu scolaire âgés de 5 à 9 ans environ.

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Evaluer le comportement nutritionnel (sachant que certains enfants ont suivi un programme nutritionnel nommé “Pikabouge”) et l'activité physique exercée par les enfants en grande section maternelle (5-6 ans) et en CE2 (8-9 ans) puis voir si cela a une influence sur la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Question de recherche :

Non mentionné.

Hypothèse de travail :

Non mentionné

Cadre théorique de la recherche :

Non mentionné dans l'étude.

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Non mentionnés

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Les chercheurs de ces deux études ont utilisé la méthode du sondage à deux degré auto-pondérés. Cette méthode permet un recrutement équilibré des enfants dans les différentes écoles quelle que soit leur taille. Les écoles représentent les unités primaires et ont été tirées

avec un poids proportionnel au nombre d'enfants inscrits en grande section maternelle et en CE2. Les unités secondaires sont représentées par les enfants qui ont été sélectionnés grâce à un tirage au sort aléatoire dans chaque école.

Les élèves ayant bénéficié du programme "Pikabouge" n'ont pas été tirés au sort.

Données récoltées auprès des enfants concernés lors de la visite médicale annuelle :

- Enfants en grande section maternelle → âge, taille, poids et sexe. Informations récoltées par le service de santé scolaire.
- Enfants en CE2 → âge, taille, poids et sexe. Données biométriques enregistrées lors de leur bilan de santé précédent. Questionnaire sur leurs habitudes alimentaires et activités physiques. Puis 8 questions portant sur leurs connaissances dans le domaine de la nutrition.
- Enfants CE2 ayant suivi le programme "Pikabouge" → Même procédé que les élèves de CE2 n'ayant pas eu de suivi de programme nutritionnel. Questionnaire supplémentaire visant à savoir ce qu'ils ont retenu des recommandations alimentaires faites en grande section maternelle.

Population de l'étude :

Les enfants scolarisés dans le secteur public en grande section maternelle et en CE2.

Type d'analyse :

Il s'agit de trois études transversales. Une première étude concerne les enfants de grande section maternelle, une seconde porte sur les élèves de CE2 et une troisième étude concerne les élèves de CE2 ayant suivi le programme nutritionnel "Pikabouge" lorsqu'ils étaient en grande section maternelle.

d) Présentation des résultats

Le programme "Pikabouge" a plus de chance d'être utile à l'enfant, si celui-ci est entouré par des individus connaissant bien le programme. (Réunions d'information, conférences, dépliants Pikabouge etc.)

En grande section maternelle :

- Le surpoids et l'obésité touchent environ un enfant parisien sur dix.
- La prévalence du surpoids et de l'obésité est légèrement plus élevée chez les filles.
- La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente dans les quartiers à niveau socio-économique plus faible.

En CE2 :

- Le surpoids et l'obésité touche environ un enfant parisien sur six.
- La prévalence du surpoids et de l'obésité est légèrement plus élevée chez les filles.
- l'obésité est deux fois plus importante dans les quartiers à niveau socio-économique plus faible.
- Consommation plus élevée de boissons type soda à la place de l'eau.
- Grignotage entre les repas est plus fréquent.

Bénéficiaires du programme "Pikabouge" :

- Un petit-déjeuner plus fréquemment pris au quotidien par les enfants "Pikabouge"
- Moins de consommation de boissons autre que l'eau lors du repas du soir.
- Légère différence au niveau de l'activité physique et sportive entre les enfants « Pikabouge » et les « non Pikabouge »

e) Éthique

Il n'y pas d'information concernant la signature d'un contrat entre les auteures et les participants.

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Ces études nous permettent de constater que les élèves ayant suivi le programme "Pikabouge" ont tendance à avoir de meilleures habitudes alimentaires et pratique physique que ceux n'ayant pas bénéficié du programme.

g) Limites

L'utilisation du sondage à deux degrés auto-pondéré a pour effet de diminuer la précision des estimations par rapport à celles que nous pourrions obtenir à l'aide d'un sondage aléatoire simple.

Le comportement nutritionnel des enfants relève des pratiques déclarées et non des pratiques réellement mises en œuvre. Elles peuvent subir des transformations ou des déformations.

h) Pistes de réflexion

Etant donné que le programme "Pikabouge" permet d'améliorer les connaissances des enfants (et des parents) sur le domaine nutritionnel et de sensibiliser à l'importance de l'activité physique sur la prévalence de l' "excès de poids", il serait intéressant d'offrir un tel programme à tous les autres enfants se trouvant aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

Article n°7 :

Holmström, M., Rising, Asplund, K., & Kristiansen, L. (2013). Promoting a relationship- based health practice: A challenge for school nurses

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteures :

- Malin Rising Holmström, infirmière scolaire et étudiante de doctorat à la Mid Sweden University.
- Kenneth Asplund, professeur en soins infirmiers à la Mid Sweden University.
- Lisbeth Kristiansen, enseignante en soins infirmiers à la Mid Sweden University.

Le nom et type de revue : **The British Journal of School Nursing**

The British Journal of School Nursing est un journal promouvant des soins de qualité en soins infirmiers. Il existe depuis 2006 et est la seule revue à être publiée spécifiquement pour les infirmières scolaires en Angleterre.

Le lieu de l'étude :

Les données ont été récoltées dans des écoles suédoises.

Les objectifs pratiques :

Décrire les expériences des infirmières scolaires concernant le concept de dialogue de santé, mis en place dans les écoles suédoises.

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Dans cette étude, l'objet de la recherche est l'expérience des infirmières scolaires avec un concept de dialogue de santé dont le but est de motiver et d'aider les enfants à devenir acteur de leur propre santé.

Question de recherche :

Non mentionnée.

Hypothèse de travail :

Elle n'est pas mentionnée dans l'article, car il s'agit de récolter des données pouvant donner un tableau actuel de l'avis des infirmières scolaires sur le concept de dialogue de santé.

Cadre théorique de la recherche :

L'introduction de cet article nous explique les principaux buts d'une infirmière scolaire. Il s'agit promouvoir le développement de l'enfant en travaillant sur leur santé physique et mentale, de promouvoir un style de vie sain et de créer une relation avec les enfants en étant disponible (p.30). Elles sont aussi dans une position leur permettant d'influencer positivement la santé des enfants scolarisés, que cela soit de manière individuelle ou en classe. (p.31)

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le concept de dialogue de santé est expliqué dans l'introduction. Il est composé de trois parties : un questionnaire sur la santé du participant, un rendez-vous avec l'enfant et ses parents, et un recensement des résultats dans une base de données épidémiologiques. En Suède, cette pratique est effectuée chez les enfants scolarisés à 6 ans, 10 ans, 13 ans et 16 ans. (p.31)

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Les infirmières scolaires ont été interviewées afin de connaître leur avis sur le concept de dialogue de santé. Les interviews duraient entre 30 à 60 minutes et étaient conduites sur la base d'un guide d'interview. (p.31)

Population de l'étude :

Les infirmières scolaires participant à l'étude ont été recrutées par des lettres envoyées à 40 infirmières scolaires d'une région de Suède. Le critère de participation était d'avoir au minimum deux ans d'expérience avec le concept étudié. Sur les 40 lettres envoyées, 36 infirmières ont souhaité participer à l'étude. Sur ces 36 infirmières, 16 ont été sélectionnées en prenant en compte l'âge des enfants avec qui elles travaillaient et également la région où elles exerçaient. Les infirmières scolaires étaient toutes des femmes et leurs années de pratique variaient de 4 à 20 ans. (p.31)

Type d'analyse :

C'est une étude qualitative descriptive comme énoncé par les auteures dans l'extrait. (p.31)

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

Les résultats de l'étude ont été divisés en 6 catégories :

- L'expérience des infirmières scolaires sur l'approche promouvant la relation montre que les infirmières se doivent traiter les enfants comme des individus à part entière. Entamer des discussions avec eux leur permet de se développer et de s'épanouir. C'est la clé pour le concept de dialogue de santé. (p.33)
- L'expérience des infirmières scolaires sur les difficultés dans la relation avec les enfants scolarisés démontre qu'il ne faut pas faire la morale à l'enfant ou utiliser cette position de pouvoir que peut avoir un adulte sur un enfant. Il est important de ne pas être trop dur avec lui sous peine de la promotion d'une qualité de vie saine ne fonctionne pas. (p.34)
- L'expérience des infirmières scolaires sur la promotion de la santé met en avant l'importance de connaître le développement physique et psychique « normal » d'un enfant. Ceci leur permettra de repérer les situations inhabituelles. Les infirmières scolaires ont également ressenti du soutien de la part des parents et des enseignants ce qui les a soulagé au niveau de leur part de responsabilité. (p.34)
- L'expérience des infirmières scolaires sur les difficultés à promouvoir la santé fait ressortir leur travail est souvent solitaire et qu'il aboutit à peu d'actions. Elles ne se sentent pas assez soutenues et manquent d'interactions entre elles, ainsi qu'avec différents autres corps de métiers. Les résultats obtenus grâce au concept de dialogue de la santé ne sont souvent pas analysés en groupe. Il est souligné qu'il est également possible de « tricher » sur les résultats et ceci est considéré comme une faiblesse par les infirmières scolaires. (p.35)
- L'expérience des infirmières scolaires dans l'identification de la santé montre que les infirmières reconnaissent un lien entre la santé et l'apprentissage. (p.35)
- L'expérience des infirmières scolaires sur l'identification des problèmes de santé met en avant que ceux liés au surpoids sont connus de toutes les infirmières scolaires participant à l'étude. (p.35)

Conclusions générales :

Cette étude a permis de souligner les forces et les faiblesses du concept de dialogue de santé. Il offre aux infirmières scolaires un moyen d'assurer un suivi sur plusieurs années de la santé des enfants scolarisés. Cependant, cette méthode leur demande un travail individuel et fait ressortir un sentiment d'isolement dans la prise en charge. (p.37)

e) Éthique

Une lettre d'information a été envoyée aux municipalités de la région qui ont donné leur consentement. Les participantes ont également été informées du déroulement de l'étude. (p.31)

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Cet article met en avant l'importance de la relation entre l'infirmière scolaire et l'enfant dans la promotion de la santé. Il appuie également le besoin des infirmières scolaires de partager leurs expériences et leurs connaissances avec d'autres infirmières scolaires.

g) Limites

Bien que les auteures affirment que l'échantillon d'infirmières scolaires diversifié prélevé était représentatif de l'expérience des infirmières scolaires de la région, nous pouvons toutefois nous interroger quant à savoir si cet échantillon de 16 infirmières représente au plus près l'opinion des professionnelles d'une région. (p.37)

h) Pistes de réflexion

Cet article propose dans sa conclusion la mise en place d'une organisation permettant aux infirmières scolaires de partager leurs expériences respectives. Un feedback des résultats du concept de dialogue de santé serait également bénéfique. (p.37)

Article n°8 :

Tucker, S. J., Ytterberg, K. L., Lenocho, L. M., Schmit, T. L., Mucha, D. I., Wooten, J. A., ... Mongeon Wahlen, K. J. (2013). Reducing pediatric overweight: nurse-delivered motivational interviewing in primary care

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteures :

- Sharon J. Tucker PhD du département des services infirmiers et soin au patient, de recherche en soins infirmiers et en Evidence-based practice, à l'Université d'Iowa.
- Karen L. Ytterberg : MD, à la Mayo Clinic, département de médecine communautaire en pédiatrie et adolescence.
- Lisa M. Lenocho : BSN, RN, département de médecine communautaire en pédiatrie et adolescence, Mayo Clinic
- Tammy L. Schmit : RN, BSN, département de médecine communautaire en pédiatrie et adolescence, Mayo Clinic
- Judith A. Wooten : RN, département de médecine communautaire en pédiatrie et adolescence, Mayo Clinic
- Christine M. Lohse MS à la Mayo Clinic en recherche de soins infirmiers.
- Kari J. Mongeon Wahlen RN, MS à la Mayo Clinic en recherches pédiatriques et informatiques.

Le nom et type de revue : **Journal of Pediatric Nursing**

Ce journal aborde des sujets comme l'Evidence-Based practice et l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit du journal officiel de la société des infirmières pédiatriques.

Le lieu de l'étude :

Les données ont été récoltées dans un centre médical du centre des Etats-Unis.

Les objectifs pratiques :

Le but de cette étude est de tester le programme « Let's Go 5-2-1-0 » mis en place sous forme d'entretiens motivationnels par des infirmières chez des enfants en surpoids de 4 à 18 ans et leurs parents. (p.536)

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Evaluer la faisabilité et les résultats d'une prévention primaire basée sur les entretiens motivationnels sur l'obésité des enfants de 4 à 18 ans. (p.536)

Question de recherche :

Cette étude effectue une comparaison entre une prise en charge clinique standard lors des visites médicales des enfants, et l'addition d'un entretien motivationnel à cette prise en charge standard. (p.539)

Hypothèse de travail :

Les auteures ne mentionnent pas d'hypothèse de travail.

Cadre théorique de la recherche :

L'obésité est abordée dans l'introduction de l'article et est mis en lien avec l'apparition précoce de problème de santé chez les adultes (p.536). La notion de prévention primaire est également traitée. Une approche de prévention primaire est l'entretien motivationnel, afin que les enfants et leurs parents prennent de bonnes habitudes de vie et aient un impact positif sur leur santé. (p.537)

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le programme « Let's Go 5-2-1-0 » est aussi présenté dans cette introduction. Ce dernier a été développé aux Etats-Unis et comporte trois items sur lesquels se concentrer pour changer les mauvaises habitudes de santé (p.537). L'entretien motivationnel est utilisé dans cette étude pour présenter ce programme aux parents et aux enfants.

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

L'étude comportait deux phases. La première était d'enrôler les participants d'un groupe de contrôle. Ce groupe a été vu une première fois, puis 6 mois et 12 mois plus tard. Ils n'ont reçu que la prise en charge dite « standard » (p.539).

Pour la deuxième phase, un autre groupe de participant a été engagé. En plus d'avoir une prise en charge standard, ce groupe a également eu dans la même journée ou semaine des entretiens motivationnels. Ils recevaient aussi des appels téléphoniques entre chaque rendez-vous, afin de partager leur progrès, leurs difficultés et élaborer des stratégies (p.540). La satisfaction des parents et des enfants était également testée à chaque rendez-vous.

Population de l'étude :

Les enfants et leurs parents ont été recrutés dans un centre médical pédiatrique du centre des Etats-Unis. Les enfants étaient âgés de 4 à 18 ans et devaient se situer entre le 85^{ème} et le 95^{ème} percentile de la courbe IMC. Les enfants avec des comorbidités significatives et des problèmes de santé aigus ont été mis de côté pour éviter des biais. La prise de certains médicaments, une grossesse en cours, un diagnostic de pathologie mentale, le suivi d'un régime et une langue parlée autre que l'anglais ont également été des critères d'exclusion. (p.538)

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

Plusieurs comparaisons ont été effectuées entre le groupe contrôle et le groupe d'intervention.

- La différence dans la diminution de l'IMC entre les deux groupes était statistiquement significative. Dans le groupe contrôle, 30 enfants (58%) ont maintenu ou baissé leur IMC contre 32 enfants (73%) du groupe d'intervention. (p.543)
- Les enfants du groupe d'intervention ont plus augmenté la quantité de fruits et légumes servis au repas que les enfants du groupe de contrôle. Ils ont également réussi à maintenir plus longtemps cette habitude. (p.543)
- En ce qui concerne la satisfaction des parents et des enfants envers les entretiens motivationnels, 80% des participants étaient satisfaits au 6^{ème} mois. Au 12^{ème} mois, ils ont fait part de leurs difficultés à ne pas reprendre de mauvaises habitudes alors que les appels téléphoniques de suivi se faisaient plus rares. Les professionnels de santé ayant délivré ce programme ont entre autres aimé l'accès aux familles, les idées concrètes de changement, le fait d'inclure les participants dans leur prise en soins et l'utilisation de ce programme comme outil de prévention. (p.545).

Conclusions générales :

Les résultats mettent en avant les changements d'habitudes du groupe d'intervention, ainsi que la diminution du BMI ayant eu lieu dans les deux groupes au cours des 12 mois. Cela montre que les comportements ont besoin de temps pour changer et que les approches à court termes ne sont peut-être pas assez efficaces dans le cas de l'obésité. En effet, la diminution la plus importante du BMI du groupe d'intervention a eu lieu à partir du 6^{ème} mois

(p.545). Les participants ont soulevé les points forts du programme. Ils ont apprécié la relation avec l'intervenant, le fait d'inclure toute la famille dans la prise en soins, les appels téléphoniques de suivi et le soutien de l'intervenant dans la prise en charge du problème de santé de leur enfant. (p.546)

e) Éthique

Une approbation du « Institutional Review Board (IRB) » a été reçue pour cette étude. Selon leur politique, les enfants de moins de 8 ans n'avaient pas besoin de signer de formulaire de consentement. Les enfants âgés de 8 ans et plus, ainsi que leurs parents, devaient signer un formulaire de consentement. Le choix de ne pas participer à l'étude ou de se retirer à tout instant a été expliqué à tous les participants (p.539).

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Cet article montre les bénéfices d'une prise en charge individualisée et d'un suivi propre à chaque enfant. Le fait d'être présent pour l'enfant et sa famille est un élément important pour des résultats satisfaisants.

g) Limites

Les limites de l'article sont abordées à la fin de la discussion. Les auteurs soulignent que la répartition dans les différents groupes n'était pas aléatoire. Certaines variables peuvent donc être présentes dans un groupe et absentes de l'autre. Les habitudes de vie étaient rapportées par les participants eux-mêmes. Certains ont pu surestimer ou sous-estimer certaines données. En ce qui concerne l'IMC, il est possible que les enfants dont l'IMC a diminué aient perdu de la masse maigre. L'IMC ne fait pas la distinction entre la perte de poids dû à une diminution de la masse musculaire ou de la masse grasseuse. Cette valeur est donc à interpréter avec précaution. Finalement, un nombre de participants, ayant abandonné l'étude en cours de route, n'ont pas pu être inclus dans les résultats. Ce pourcentage d'abandon est habituel dans les études longitudinales. Il faut cependant garder à l'esprit que ceux qui arrêtent l'étude étaient peut-être ceux ayant le plus besoin de cette intervention (p.546).

h) Pistes de réflexion

Ce programme peut offrir une prise en soins adéquate, afin de diminuer non seulement l'obésité chez les enfants, mais aussi les problèmes de santé liés à cette pathologie lorsqu'ils sont adultes (p.546).

Article n°9 :

Stalter, A., M., Chaudry, R., V., & Polivka, B., J. (2011). Regional Differences as Barriers to Body Mass Index Screening Described by Ohio School Nurses

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteures :

Cette étude a été réalisée par :

- Stalter Ann M. : PhD, RN, College of Nursing and Health,
- Chaudry Rosemary V. : PhD, MHA, MPH, College of Nursing, TheOhio StateUniversity
- Polivka Barbara J. : PhD, RN, College of Nursing, TheOhio StateUniversity

Le nom et type de revue : **Journal of School Health**

Cette revue appartient et a été publié pour la première fois en 1930 par l'Association de la Santé dans les Écoles Américaines (American School Health Association). Il est publié mensuellement et donne des informations sur la promotion de la santé dans les écoles (traduction libre, 2015).

Le lieu de l'étude :

Dans trois régions de l'Ohio, aux États-Unis : sud-ouest, sud-est, nord-est.

Les objectifs pratiques :

La prévention des infirmières scolaire contre l'obésité infantile. Comprendre ce qu'elles font et comment, dans quelles conditions.

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Identifier les obstacles et les facteurs facilitateurs des pratiques infirmières de l'Ohio au niveau de l'IMC des enfants dans des écoles urbaines, de banlieue ou rurales.

Question de recherche :

Cette étude se base sur le model adapté du healthy People 2010 et comporte 6 questions :

- Quelles sont les méthodes de dépistage du surpoids et de l'obésité ?
- Quels sont les facteurs politiques ?
- Quels sont les facteurs physiques environnementaux de l'école ?

- Quels sont les facteurs sociaux environnementaux liés à l'école ?
- Quels sont les facteurs de risque/ de protection liés à l'école ?
- Quels sont les facteurs d'accès à la qualité de prise en soins ?

(traduction libre, 2015)

Hypothèse de travail :

Non mentionnée.

Cadre théorique de la recherche :

Il est question de savoir comment les infirmières de différentes régions prennent en soin des enfants souffrant d'obésité, et comment elles dépistent le surpoids, la promotion et la prévention de la santé. L'article fait régulièrement référence aux diverses conditions de travail auxquelles sont confrontées les infirmières scolaires.

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les auteurs se sont basés sur la version adaptée du modèle de santé des déterminants de la santé des gens en 2010. (Health People 2010 Determinants of Health Model)

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

La récolte des données s'est fait par des focus group de 6 à 10 infirmières scolaires. Pour constituer ces focus groupes, les auteurs ont donné aux infirmières un questionnaire démographique et une liste de questions semi-structurées.

Population de l'étude :

25 infirmières scolaires venant du sud-ouest, sud-est et nord-est de l'Ohio. Les écoles dans lesquelles travaillent les infirmières sont soit dans un milieu urbain, de banlieue ou rural. Les participantes ont été choisies selon leur taux d'activité (100%), leur école (école primaire publique), elles doivent avoir un diplôme en soins infirmiers et être membre de l'Association de l'Ohio des Infirmières Scolaires (OASN).

Type d'analyse :

Étude longitudinale descriptive.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

- *Concernant les infirmières :*
 - Les repas gratuits à l'école est un indicateur du revenu de la population.
 - Il a été constaté que dans les trois régions, il n'y a pas les mêmes populations
 - Les infirmières des milieux urbains décrivent les écoles dans lesquelles elles travaillent comme étant sans surveillances de l'académie, en construction et en détresse financière. A l'inverse, les infirmières des milieux ruraux ou suburbains ne rencontrent pas ces difficultés.
- *Concernant les différentes questions posées auparavant :*
 - Les infirmières au niveau suburbain ont remarqué un risque plus élevé d'être en surpoids ou obèses chez les enfants de 9 – 10 ans.
 - Les infirmières du milieu rural sont réticentes à dépister les enfants en surpoids car ne savent pas vers qui les orienter.
 - Les infirmières des milieux urbains ne peuvent pas prévoir un dépistage à cause des décisions administratives.
 - Il y a des lacunes au niveau politique : les infirmières n'ont pas de directives précises et doivent suivre des ordres non pertinents.
 - L'emplacement de leur bureau n'est généralement pas bien placé et souvent trop petit.
 - Lorsqu'elles doivent examiner tous les élèves d'une classe, il est compliqué d'avoir une confidentialité car ils sont tous réunis : chacun monte sur la balance et se fait mesurer devant tout le monde.
 - Il y a des facteurs socio-économiques à prendre en compte.
 - Les parents et les principales des écoles s'impliquent de manière différente dans la prévention de l'obésité infantile suivant leur milieu de vie (urbain, de banlieue ou rural).
 - Il y a une charge de travail différente dépendant du milieu urbain, de banlieue ou rural.
 - Les infirmières dénoncent les fast food et la sédentarité comme facteurs de risque de l'obésité.
 - Les professeurs de gymnastique sont d'une grande aide pour les infirmières.
 - Les infirmières constatent un manque de temps, de soutien politique et de confidentialité. Elles ont également une très grande charge de travail.

Conclusions générales :

Les résultats de cette étude montrent qu'il existe des différences régionales dans l'état de l'Ohio. Il est compliqué pour les infirmières scolaires de se lancer dans un programme contre l'obésité à cause des difficultés mentionnées ci-dessus. Il y a également des différences au niveau des connaissances des infirmières provenant des trois milieux comparés dans l'étude (urbain, banlieue, rural). (p.445)

Particularité ou originalité de l'étude :

Aucune

e) Éthique

Les participantes ont signé un consentement et ont reçu un bon cadeau de 20\$.

Démarche interprétative

f) Limites

Les auteurs ont constaté plusieurs limites (p.447) :

- l'échantillon était constitué de femmes caucasiennes et ayant plus ou moins les mêmes conditions de travail.
- L'étude s'étant déroulée en Ohio, elle n'est pas généralisable pour les écoles des autres états.
- Certaines infirmières se connaissaient, par ce fait elles n'ont peut-être pas osé dire ce qu'elles pensaient réellement de peur du jugement de leurs amies.
- les critères d'inclusion et d'exclusion ont limité la taille de l'échantillon.

g) Pistes de réflexion

Les infirmières doivent être conscientes des obstacles présents dans la prévention de l'obésité afin de pouvoir se positionner sur le besoin d'une stratégie efficace et de prodiguer aux enfants une prise en soins de qualité. Elles pourraient ainsi promouvoir la santé pour les enfants. (p.448)

Article n°10 :

Maggio, A. B., Saunders Gasser, C., Gal-Duding, C., Beghetti, M., Martin, X. E., Farpour-Lambert, N. J., & Chamay-Weber, C. (2013). BMI changes in children and adolescents attending a specialized childhood obesity center: a cohort study

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Maggio Albane : médecin pédiatre, diététicienne et nutritionniste
- Saunders Gasser Catherine : médecin pédiatre à Coppet
- Gal-Duding Claudine : infirmière spécialisée
- Beghetti Maurice : médecin responsable de l'unité de cardiologie pédiatrique et chef du service des spécialités pédiatriques à l'Hôpital des enfants de Genève.
- Martin Xavier : maître d'activités physiques adaptées, service des spécialités pédiatriques, département de l'enfant et de l'adolescent
- Farpour-Lambert Nathalie : médecin adjointe, service des spécialités pédiatriques, département de l'enfant et de l'adolescent
- Chamay-Weber Catherine : Médecin adjointe spécialiste FMH en pédiatrie et spécialiste des adolescents et des troubles du comportement alimentaire

*Le nom et type de revue : **BMC Pediatrics***

C'est un journal qui propose des articles sur différents sujets pédiatriques en lien avec la génétique moléculaire, les physiopathologies et l'épidémiologie.

Le lieu de l'étude :

Centre pédiatrique pour enfants souffrant d'obésité aux Hôpitaux Universitaire de Genève, Suisse.

Les objectifs pratiques :

Investiguer sur le changement du BMI d'un enfant ou d'un adolescent avec ses propres "coordonnées" lors d'un séjour dans un centre pour personne en surpoids. (Traduction libre, p. 1)

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Par cette étude, les auteurs veulent vérifier s'il existe des évolutions au niveau des IMC d'enfants et d'adolescents souffrant d'obésité après avoir suivi un programme individualisé.

Question de recherche :

Non mentionnée.

Hypothèse de travail :

Les auteurs ont posé l'hypothèse que le soutien familial avec un environnement sain, des activités et/ou des prédispositions génétiques peuvent contribuer à amélioration du poids des adolescents souffrant d'obésité.

Cadre théorique de la recherche :

Non mentionnée.

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

CONTREPOIDS

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Les enfants de l'étude ont été envoyés soit par leur médecin traitant, soit par l'infirmière scolaire ou par l'hôpital des enfants de Genève.

Les auteurs ont exclu:

- Les enfants ayant un IMC dans la norme.
- Les enfants venus une seule fois au centre.
- Les enfants faisant partie d'un programme thérapeutique sur les comportements familiaux durant la période de l'étude. (Traduction libre, p. 2)

Les auteurs ont inclus dans leur étude les enfants souffrant de pathologies endocriniennes ou génétiques.

Les participants ont été suivis pendant une période de 6 mois dans le centre et devaient s'y rendre au minimum deux fois.

Les procédures des traitements étaient basées sur le programme CONTREPOIDS. (p.2)

Population de l'étude :

283 enfants et adolescents âgés entre 3.3 ans et 17.1 ans: 145 filles et 138 garçons.

Type d'analyse :

Étude de cohorte prospective longitudinale (Janvier 2008 à décembre 2010).

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

- 140 participants ont un IMC diminué à la fin des 6 mois de suivi.
- 102 participants ont gardé le même IMC.
- 41 participants ont un IMC qui a augmenté.

Conclusions générales :

Environ quatre consultations médicales avec des professionnels qualifiés sont efficaces pour la diminution d'un IMC.

e) Éthique

Les parents des participants ont signé un accord mais n'ont pas reçu de récompenses pécuniaires.

Démarche interprétative

f) Limites

Les auteurs ont constaté plusieurs limites (p. 5) :

- Le fait que l'étude soit prospective longitudinale et non pas une étude randomisée contrôlée est une limite.
- Les entraînements d'activité physique étaient non-standardisés.
- Le nombre d'abandon a diminué la pertinence de l'étude.

g) Pistes de réflexion

Les auteurs estiment que d'autres études devraient être mises en place pour évaluer les résultats à long terme d'interventions individualisées. (Traduction libre, p. 5)

Article n°11

Maggio, A. B., Martin, X. E., Saunders Gasser, C., Gal-Duding, C., Beghetti, M., Farpour-Lambert, N. J., & Chamay-Weber, C. (2014). Medical and non-medical complications among children and adolescents with excessive body weight

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Albane BR Maggio, Médecin pédiatre participant au programme *Contrepoids*, Service des spécialités pédiatriques, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)
- Xavier E Martin, maître d'activités physiques adaptées, service des spécialités pédiatriques, Membres du programme *Contrepoids*, Service de spécialité pédiatrique, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)
- Catherine Saunders Gasser, Médecin pédiatre ayant participé au programme *Contrepoids*, Service des spécialités pédiatriques, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)
- Claudine Gal-Duding, Infirmière spécialisé ayant participé au programme *Contrepoids*, Service des spécialités pédiatriques, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)
- Maurice Beghetti, Professeur Maurice Beghetti MD, FE responsable de l'unité de cardiologie pédiatrique et chef du service des spécialités pédiatriques à l'Hôpital des enfants de Genève
- Nathalie J Farpour-Lambert, Médecin pédiatre responsable du programme *Contrepoids*, Service des spécialités pédiatriques, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)
- Catherine Chamay-Weber, Médecin adjointe spécialiste FMH en pédiatrie et spécialiste des adolescents et des troubles du comportement alimentaire, Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)

Le nom et type de revue : **BMC Pediatrics**

Le lieu de l'étude :

Centre pédiatrique pour enfants souffrant d'obésité aux Hôpitaux Universitaire de Genève, Suisse. (p.2)

Les objectifs pratiques :

Déterminer la prévalence des complications et co-morbidités liées à l'obésité dans une population d'enfants et d'adolescents en surpoids. (p.1)

b) L'objectif de l'article et cadre théorique

Objet de la recherche :

Déterminer la prévalence des complications et co-morbidités liées à l'obésité dans une cohorte d'enfants et d'adolescents en surpoids, consultant dans un centre spécialisé dans le thème de l'obésité. Puis, ainsi faire une comparaison entre trois groupes, à savoir: des enfants en surpoids, obèses et extrêmement obèses. (p.1-2)

Question de recherche :

Non mentionnée.

Hypothèse de travail :

Les auteurs ont fait l'hypothèse que le nombre de complications augmente avec le statut pondéral. (p.2)

Cadre théorique de la recherche :

Non mentionnée

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

IMC, écart type standardisé ou z-score, complications médicales et non-médicales liées au surpoids et/ou l'obésité, co-morbidité

c) Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données :

Concernant les antécédents médicaux des enfants, des entretiens semi-directifs ont été utilisés pour obtenir des informations personnelles. (p.2)

En regard aux données cliniques, dans un premier temps, l'IMC des participants a été calculé lors des examens physiques et dans un second temps, un z-score a été établi pour classer les participants en trois groupes (surpoids, obèse et extrêmement obèse). Dans un troisième temps, la pression artérielle a été prise avec le même appareil, au bras droit, après 10 minutes de décubitus dorsal et avec un brassard adapté. (p.2)

Quant aux données laboratoires, différents appareils ont été utilisés pour calculer différentes données du sang (glycémie, le cholestérol total, la lipoprotéine de cholestérol à haute densité et basse densité, les triglycérides, etc.). (p.2)

Vis à vis des données statistiques, les données sont présentées à travers de moyennes, d'écart type standardisé et de chiffres et de pourcentages. Des tests statistiques sont utilisés, notamment, le *Student T-test* et le *Chi-carré*. Un *Ods Ratio* (OR) est calculé à l'aide d'un modèle de régression logistique pour démontrer les complications spécifiques au groupe "contrôle" ou au groupe "cas". Une analyse de la variance (ANOVA) est calculée pour comparer la présence de complication par statut pondéral, par catégories d'âge et par groupes ethniques. Le coefficient de corrélation de Pearson est utilisé pour corréler les antécédents médicaux familiales et la présence de complications. (p.3)

Population de l'étude :

774 nouveaux patients en surpoids amenés à consulter dans un centre pédiatrique traitant l'obésité et âgés de 1.7 à 17.9 ans (399 filles et 375 garçons avec une moyenne d'âge de 11.1 ± 3 ans). (p.3)

Un sous-groupe est créé par la suite pour minimiser les effets d'un éventuel biais dû au manque de données dans certaines étapes de l'étude de cohorte longitudinale ($n = 774$). Celui-ci est composé de 174 sujets et a été comparé à l'ensemble de la cohorte. (p.5)

Type d'analyse :

Étude de cohorte rétrospective et prospective longitudinale (janvier 2008 à août 2012). (p.2)

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche :

La cohorte est de 15.4% de sujets en surpoids, 56.3% de sujets obèses et 28.3% de sujets extrêmement obèse. (p.3)

Les principaux résultats sont classés en quatre catégories de complications : orthopédiques, liées aux facteurs de risques cardiovasculaires, métaboliques et non-médicales.

- Des complications orthopédiques sont présente chez 53.6% des sujets. La prévalences de cette complication augmente avec l'augmentation du statut pondéral (p.3).

- Des risques cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle et des anomalies des lipides sont présentes chez 31.2% des sujets. La prévalence est significativement augmentée chez les sujets obèses et extrêmement obèses (p.3).
- Des complications métaboliques sont présentes chez 42.1% des sujets (exemple: perturbation de la glycémie) (p.3).
- Dans l'échantillon, 79.6% des sujets présentent des complications non-médicales en lien avec leur bien-être. Ces complications se traduisent par un souffle court, une qualité de sommeil perturbée, de harcèlement à l'école ou à la maison, des perturbations liées à l'apparence physique, etc.). Pour certains de ces items la prévalence évolue de façon indépendante du statut pondéral (p.4).

Les résultats montrent une corrélation entre les antécédents médicaux familiaux des sujets et la présence de complications tels que l'hypertension artérielle, dysfonctionnement dyslipidémique et diabète de type 2. Si pour l'une des complications citées précédemment, un parent ou un grand-parent en est atteint, alors le sujet l'est aussi dans respectivement 42%, 13% et 16% des cas. (p.5)

Dans le sous-groupe créé presque 90% des enfants est touché par au moins une complication médicale sans différence entre les genres. (p.5)

Conclusions générales :

Une grande majorité des enfants et des adolescents avec un excès pondéral souffre malheureusement d'un grand éventail de complications.

Les aspects psychosociaux ne doivent pas être sous-estimés étant donné que les complications non-médicales qui y sont liées représentent les complications les plus fréquentes. (p.7)

Les médecins et les professionnels de la santé jouent un rôle important dans le dépistage

Particularité ou originalité de l'étude :

La rigueur dans l'utilisation des tests était de taille.

e) Éthique

Tant les parents que les enfants ont rempli un consentement écrit concernant la phase prospective de l'étude. Tous les participants ont participé de plein gré. Le comité d'éthique mère-enfant des Hôpitaux Universitaires de Genève a approuvé l'étude. (p.2)

Démarche interprétative

f) Apports de l'article

Cet article évalue tant les aspects psychologique que les physiologiques. De plus, les auteures ont tenté au mieux d'éviter les biais d'inclusion et de sélection. Les critères de sélections sont pointus. Le taux de données manquantes de certain critère de l'étude de cohorte est faible de manière générale (seulement 6% de données manquantes pour l'histoire médicale, 6% pour les examens cliniques, 13% pour les données de la pression artérielle).

g) Limites

Le taux de données manquantes dans les résultats de laboratoire de la cohorte est élevé (63%). Les complications liées aux aspects psychosociaux sont les plus fréquents, mais ne sont pas suffisamment détaillés. Ils sont tous mis dans la même catégorie, à savoir : les complications non-médicales

h) Pistes de réflexion

L'établissement de moyens de prévention en lien avec le gain excessif de poids dans la population afin d'éviter les complications.

9.2. Annexe II : Articles