Fonds de recherche
Société et culture
Québec

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

BOURSES DE RECHERCHE DOCTORALES

Recherche-action menant à des pistes de solution pour soutenir les parents d'enfant de 4-5 ans dans l'adoption de saines habitudes de vie

Boursière
Lucie Lemelin, U. de Sherbrooke

Numéro du projet de recherche
2010-2F-137053

Titre de l'action concertée
Problèmes de poids et facteurs sociaux

Partenaire(s) de l'Action concertée
Le Ministère de la Santé et des Services sociaux
Le Centre de recherche en prévention de l'obésité
Le Fonds de la recherche en santé du Québec
et
Le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

Le Fonds s'engage à rendre public les Rapports de recherche produits dans le cadre des Actions concertées. Le contenu n'engage que ses auteurs.

Université de Sherbrooke

Recherche-action menant à des pistes de solution pour soutenir les parents d'enfant de 4-5 ans dans l'adoption de saines habitudes de vie

par
Lucie Lemelin
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques
(sciences infirmières)

Sherbrooke, Québec, Canada
Octobre, 2013

Membres du jury d'évaluation
Cécile Michaud, Présidente du jury (École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke)
Frances Gallagher, Directrice de recherche (École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke)
Jeannie Haggerty, Codirectrice de recherche (Département de médecine familiale de l'Université McGill)
Louise Hamelin-Brabant, Membre du Comité d'encadrement (Département des sciences infirmières de l'Université Laval)
Natalie Alméras, Membre externe (Département de kinésiologie, médecine de l'Université Laval)

© Lucie Lemelin, 2013

À mes petits rayons de soleil Nicolas et Alexandre

RESUME

Recherche-action menant à des pistes de solution pour soutenir les parents d'enfant de 4-5 ans dans l'adoption de saines habitudes de vie

Par Lucie Lemelin
Programmes des sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph.D.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction L'adoption de saines habitudes de vie (SHV) dès le jeune âge constitue une stratégie gagnante contre l'excès de poids (EP). Or, la promotion d'un mode de vie sain auprès des parents visant à les encourager et les soutenir auprès de leur enfant pour qu'ils adoptent de SHV est essentielle. À ce titre, l'infirmière occupe une position privilégiée. En ce sens, elle doit se questionner sur les approches à privilégier. **But** Mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières œuvrant auprès de familles avec jeunes enfants, des pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leurs enfants. **Objectifs** 1) informer les infirmières en estimant la prévalence de l'EP des jeunes enfants de leur région; 2) décrire les représentations sociales (RS) du poids et des habitudes de vie selon les parents d'un enfant d'âge préscolaire; 3) explorer le point de vue des infirmières concernant des stratégies d'intervention visant à promouvoir les SHV à la lumière des résultats des objectifs précédents et 4) déterminer les priorités parmi les stratégies proposées en collaboration avec des parents, experts et intervenants du réseau de la santé. **Méthode** Recherche-action en 4 cycles. Chaque cycle correspond à un objectif de l'étude. *L'amorce de la réflexion* le cycle 1 - Enquête transversale en contexte de vaccination - 259 enfants de 4-5 ans pesés et mesurés. *Nourrir la réflexion*, le cycle 2 - Entrevues semi-dirigées - 14 parents d'enfants âgés de 4-5 ans de poids normal et en EP. *Passer à l'action* les cycles 3 et 4, le cycle 3 - Groupe de discussion - 8 infirmières et 2 nutritionnistes et le cycle 4 - En 3 séquences 1) groupe de discussion auprès de parents, 2) questionnaire acheminé par courriel aux experts et 3) groupe de discussion auprès de participantes ayant collaboré au cycle 3. **Résultats** Cycle 1 - prévalence estimée de 26,3 % d'EP (20,1 % embonpoint - 6.2 % obésité). Cycle 2 - RS du poids, 1) le poids est un enjeu de santé pour les parents d'un enfant de poids normal ou 2) l'apparence potelée s'avère normale pour les parents d'un enfant en EP. RS des habitudes de vie, pour tous les parents il s'agit d'un défi exigeant. Cycle 3 et 4 - Pistes de solution proposées : viser la conscientisation et la sensibilisation des parents fondées sur leur point de vue et celui des intervenants impliqués en se basant sur le développement des aptitudes des personnes (familles) à faire des choix éclairés, l'accessibilité à l'information et la réorientation des services à la communauté. **Conclusion** L'étude illustre un processus de concertation en regard d'une problématique de santé pour arriver à dégager une action efficace basée sur les besoins du milieu. **Mots-clés** promotion de la santé, habitudes de vie, enfants, parents, excès de poids, recherche-action

SUMMARY

Action research leading to possible solutions for supporting parents of children aged 4-5 years in adopting healthy lifestyle habits

By
Lucie Lemelin
Program of clinical sciences

Thesis presented at the Faculty of medicine and health sciences for the obtention of Doctor degree diploma philosophiae doctor (Ph.D.) in Program of clinical sciences, Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction Adopting healthy lifestyle habits (HLH) starting at a young age has proven to be successful in preventing overweight (OW). It is therefore vital to present a healthy lifestyle to parents in such a way as to encourage and support them and their young child as they adopt HLH. Nurses are in an ideal position to fulfill this role; to do so, they must find the best possible ways of proving support to parents. **Objective** In conjunction with the nurses working with the families of young children, highlight possible solutions that will support parents in their efforts to adopt a healthy lifestyle for their children. **Goals** 1) inform nurses of the prevalence of OW in young children in their region of intervention; 2) describe the social representations of weight and lifestyle, according to the parents of preschool-age child; 3) explore nurses' opinions on the intervention strategies aimed at promoting HLH, given the results of goals 1 and 2; and 4) in collaboration with parents, experts and members of the health-care system, prioritize the proposed intervention strategies. **Method** Action research in four phases. Each phase corresponds to a study goal. Phase 1 – *Initiate Planning* – Cross-sectional survey during preschool vaccination - 259 children aged 4-5 years are weighed and measured. Phase 2 – *Planning Continues* – Semi-structured interviews - 14 parents of normal-weight and OW children aged 4-5 years. Phases 3 and 4 – *From Planning to Action* - Phase 3 – Discussion group with 8 nurses and two dieticians and Phase 4 – In three parts 1) discussion group with parents, 2) questionnaire e-mailed to experts, and 3) discussion group with individuals who participated in Phase 3. **Results** Phase 1 – estimated incidence of OW is 26.3% (20.1% had excess body weight; 6.2% were obese). Phase 2 - Social representations of weight, 1) weight is a health issue for parents of normal-weight children or 2) the chubbiness of OW children seems normal to their parents. Social representations of lifestyle: for all participating parents, this was a difficult challenge. Phase 3 and 4 - Proposed solutions: based on input by the parents' and nurses involved, devise initiatives aimed at raising parental awareness, and focus on developing the skills that people (i.e., families) need to make informed choices, making information more accessible and redirecting community services. **Conclusion** The study illustrates a consultation process on a health issue that led to identifying effective action based on community needs. **Key words** health promotion, lifestyle habits, children, parents, excess weight, action research

TABLE DES MATIÈRES

RESUME ..... **III**

SUMMARY ..... **IV**

TABLE DES MATIÈRES ..... **V**

LISTE DES TABLEAUX ..... **VIII**

LISTE DE FIGURES ..... **IX**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **X**

INTRODUCTION **1**

PREMIER CHAPITRE **3**

1.1 Pertinence de l'étude 8
1.2 Buts et objectifs de la recherche 9

DEUXIÈME CHAPITRE **10**

2. RECENSION DES ÉCRITS 11
2.1 Excès de poids chez l'enfant de 4 à 5 ans 11
2.1.1 Définition de l'excès de poids chez l'enfant 12
2.1.2 Mesure et systèmes de classification du poids chez l'enfant 12
2.1.3 Prévalence mondiale de l'excès de poids chez l'enfant 15
2.1.4 Prévalence de l'excès de poids chez l'enfant dans les provinces canadiennes 17
2.2 Facteurs associés à l'excès de poids chez les enfants *19*
2.2.1 Étiologie 19
2.2.2 Habitudes de vie et environnement familial 20
2.3 Conséquences *23*
2.4 Importance d'agir tôt dans la vie de l'enfant *25*
2.5 Perception des parents *27*
2.5.1 Perception du poids des enfants 27
2.5.2 Perception des habitudes de vie des jeunes enfants 29
2.6 Représentation sociale du parent *29*
2.6.1 Représentation sociale du poids des enfants 29
2.6.2 Représentation sociale des habitudes de vie des jeunes enfants 30
2.7 Activités de promotion de saines habitudes de vie *31*
2.8 Synthèse des écrits *35*
2.9 Cadres théoriques de l'étude *36*
2.9.1 La promotion de la santé : perspective issue du modèle écologique 37
2.9.2 Théorie des représentations sociales 41
2.9.3 Le modèle transthéorique 43

TROISIÈME CHAPITRE 48

3. ARTICLE : MATÉRIEL ET MÉTHODE (PROTOCOLE) 49
3.1 Éléments complémentaires à la méthode présentée dans l'article 78

QUATRIÈME CHAPITRE 82

4. PREMIER ET DEUXIÈME ARTICLES 83
4.1 ARTICLE 1 : Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise 83
4.2 ARTICLE 2 : Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans 101

CINQUIÈME CHAPITRE 133

5. RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES 134
5.1 Préambule à la présentation des résultats complémentaires 134
5.1.1 Bref rappel et précisions concernant le déroulement des cycles 3 et 4 135
5.1.2 Structuration de la présentation des résultats des cycles 3 et 4 136
5.2 Cycle 3 : Résultats relatifs à l'élaboration de pistes de solution 136
5.2.1 Interventions et moyens associés au champ d'action de l'acquisition d'aptitudes individuelles 137
5.2.2 Interventions et moyens associés au champ d'action relatif au renforcement de l'action communautaire 140
5.2.3 Interventions et moyens associés au champ d'action relatif à la réorientation des services de santé 143
5.2.4 Moments propices pour intervenir auprès des parents 145
5.2.5 Obstacles susceptibles d'influer sur les interventions 146
5.3 Cycle 4 : Résultats du consensus concernant les pistes de solution proposées au cycle précédent *148*
5.3.1 Opinion des parents 149
5.3.2 Opinion des experts 150
5.3.3 Pistes de solution retenues par les participantes (infirmières et nutritionnistes) au terme de la recherche-action 153

SIXIÈME CHAPITRE 158

6. DISCUSSION GÉNÉRALE 159
6.1 Prévalence de l'EP et amorce de la réflexion par le constat de la persistance de l'excès de poids (cycle 1) 163
6.2 Représentations sociales du poids et des habitudes de vie du parent d'un enfant de 4-5 ans : nourrir la réflexion (cycle 2) 165
6.3 Pistes de solution de promotion de la santé pour passer à l'action (cycles 3 et 4) 168
6.3.1 Conscientiser et sensibiliser : pistes de solution congruentes avec le MTT 169
6.3.1.1 Conscientiser et sensibiliser… le parent 170
6.3.1.2 Conscientiser et sensibiliser… la communauté un pas vers une approche plus globale 173

6.4 Réflexion sur la promotion de la santé selon une approche écologique 174
6.4.1 Considérations éthiques relatives aux solutions proposées 178
6.4.2 Le contexte sociétal dans lequel s'inscrit l'intervention 180
6.4.3 La capacité communautaire comme levier de l'intervention 181
6.5 Forces et limites de la démarche de la présente recherche 182
6.6 Retombées pour chacun des axes de la discipline infirmière 187
6.6.1 Pratique et rôle infirmier à l'égard des saines habitudes de vie 187
6.6.2 Gestion 188
6.6.3 Politique 188
6.6.4 Formation 189
6.6.5 Recherche 190

CONCLUSION 191

REMERCIEMENTS 193

LISTE DES RÉFÉRENCES 195

ANNEXE A QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ CYCLE 1 214

ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CYCLE 1 216

ANNEXE C GUIDE D'ENTREVUE CYCLE 2 223

ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CYCLE 2 230

ANNEXE E GUIDE GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉ CYCLE 3 (INTERVENANTS) 236

ANNEXE F FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CYCLES 3 ET 4 (INTERVENANTS) 246

ANNEXE G QUESTIONNAIRE POUR LES EXPERTS CYCLE 4 252

ANNEXE H FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CYCLE 4 (PARENTS) 259

ANNEXE I APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CSSS 265

ANNEXE J APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CHUS 267

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Embonpoint et obésité selon trois systèmes de classification.....14
Tableau 2. Situation mondiale de l'excès de poids pour l'enfant d'âge préscolaire selon l'IMC 16
Tableau 3. Situation canadienne du poids des enfants avant l'entrée à l'école selon…… l'IMC 18
Tableau 4. Perception parentale du poids des enfants 28
Tableau 5. Stades du modèle transthéorique 45
Tableau 6. Thèmes abordés avec les intervenants lors de l'entrevue 80
Tableau 7. Synthèse des résultats des cycles 1 et 2 135
Tableau 8. Interventions et moyens associés au champ d'action visant l'acquisition d'aptitudes individuelles.....140
Tableau 9. Interventions et moyens associés au champ d'action visant le renforcement de l'action communautaire 142
Tableau 10. Interventions et moyens associés au champ d'action relatif à la réorientation des services de santé 145
Tableau 11. Moments, occasions et lieux propices pour faciliter la réalisation des.....146
Tableau 12. Ressources manquantes susceptibles de faire obstacle aux interventions 147
Tableau 13. Obstacles susceptibles d'influer sur les interventions selon les participantes 148
Tableau 14. Caractéristiques sociodémographiques des mères ayant participé à la…… validation des solutions proposées 149
Tableau 15. Priorisation des interventions selon le point de vue des experts.....153
Tableau 16. Interventions proposées par les intervenantes du CSSS pour soutenir les parents dans l'adoption de saines habitudes de vie pour leur enfant 155
Tableau 17. Comparaison de la démarche de l'étude avec la planification en promotion... de la santé de Renaud et Lafontaine (2011) 177

LISTE DE FIGURES

Figure 1. Processus de la recherche-action 81
Figure 2. Structuration des pistes de solution proposées par les participantes 137
Figure 3. Sept principaux constats découlant de la recherche-action……..
et pistes de solution 160

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDC	Centers of disease control and prevention
EP	Excès de poids
HDL	High density lipoprotein
IMC	Indice de masse corporelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IOTF	International obesity task force
LDL	Low density lipoprotein
MTT	Modèle transthéorique
OMS	Organisation mondiale de la santé
RS	Réprésentations sociales
SHV	Saines habitudes de vie
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance

INTRODUCTION

La présente étude s'intéresse à la promotion de SHV dès le jeune âge dans le but de prévenir l'EP chez les enfants d'âge préscolaire. Plus spécifiquement, l'étude vise à mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières des pistes de solution pour soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leurs enfants d'âge préscolaire.

Dans un premier temps seront exposés la problématique, le but et les objectifs de la recherche ainsi que la recension des écrits qui traite des six thèmes suivants ; 1) l'EP chez l'enfant (définition, prévalence, mesure et classification), 2) les facteurs associés à l'EP chez l'enfant (étiologie, habitudes de vie et environnement familial, conséquences), 3) l'importance d'agir tôt dans la vie de l'enfant, 4) les perceptions des parents en regard du poids et des habitudes de vie de son enfant, 5) les représentations du poids et des habitudes de vie à propos des enfants âgés de 4 à 5 ans[1], 6) les interventions actuelles concernant le problème de l'EP chez l'enfant.

Dans un deuxième temps, la présentation de la méthode sous forme d'article (protocole) précisera le dispositif et le contexte de la recherche de même que les stratégies d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Le protocole de recherche publié, est intitulé *Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle*.

Dans un troisième temps, deux articles insérés à la thèse portent sur les résultats de la recherche ainsi que la discussion de ces résultats. Le premier article, *Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise* présente les résultats du cycle 1 de la recherche. Le second article, *Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans* décrit la perspective parentale à l'égard de l'EP et des habitudes de vie des enfants d'âge préscolaire (cycle 2). Une section rapportant des résultats complémentaires suivra les articles. Elle présente des résultats obtenus aux cycles 3 et 4 de la recherche. Ces résultats relatifs aux pistes de solution proposées par les infirmières et nutritionnistes afin de soutenir les parents d'un

[1] Afin d'alléger le texte, dans le cadre de cette thèse, les âges sont écrits en chiffres.

enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de SHV ne sont pas présentés dans les articles soumis pour publication. Finalement, la discussion générale met en perspective l'apport des résultats de cette étude en relation avec la pratique, la formation, la gestion, la politique et la recherche en sciences infirmières. De plus, on y retrouve les forces et les limites de la thèse. Finalement, la conclusion termine l'ouvrage.

Premier chapitre

L'EP dans l'enfance constitue, sur le plan de la santé publique, une épidémie touchant 40 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde (Chan, 2011). Au Canada, 21,5 % des 2 à 5 ans (Shields, 2006) sont touchés selon les critères de classification du poids de l'enfant de *l'International Organization Task Force* (IOTF). Cette prévalence a doublé entre 1978 et 2005. Selon les dernières données publiées au Québec, l'EP, soit l'accumulation anormale de graisses potentiellement nuisible pour la santé, affecte 13,8 % des enfants de 4 ans selon les critères de classification de l'IOTF (Desrosiers et al., 2005) et place la province au 6^{e} rang des provinces canadiennes. Selon Olshansky et al. (2005), pour une première fois dans l'histoire les enfants nés à partir de l'an 2000 ont une espérance de vie moins élevée que les générations précédentes.

L'origine de l'EP est reliée, d'une part à la génétique, et d'autre part, aux habitudes de vie et à l'environnement (Christoffel, Wang, & Binns, 2012). Bien que la génétique puisse expliquer les différences entre les individus, elle ne peut pas expliquer complètement la tendance démographique actuelle qui démontre une accélération prononcée de l'augmentation du problème (Wardle, Carnell, Haworth, & Plomin, 2008). Dans cette perspective, la présente étude s'intéresse aux éléments reliés aux habitudes de vie dans le contexte d'un environnement parfois hostile à l'adoption de comportements de santé sains. D'ailleurs, depuis la fin des années 90, certains auteurs traitent la question de l'environnement *obésogène* des sociétés modernes (Kirk, Penney, & McHugh, 2010).

La cause principale de l'EP vue sous cet angle réside dans un déséquilibre de la balance énergétique, c'est-à-dire à un apport énergétique plus grand que la dépense énergétique (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002; Rennie, Johnson, & Jebb, 2005). Malgré les facteurs parfois variables à l'origine de ce débalancement, les habitudes de vie et l'environnement demeurent au cœur du problème et constituent des éléments modifiables sur lesquels se pencher.

Or, les premières années de vie sont cruciales pour le développement des habitudes de vie, phase au cours de laquelle les parents jouent un rôle de premier plan auprès des enfants en bas âge (Campbell, Williams, Hampton, & Wake, 2006; Peters, Sinn, Campbell, & Lynch, 2012). Ainsi, la période qui précède l'entrée à l'école s'avère propice pour agir en

partenariat avec le parent, d'autant plus que cette période précède un changement important dans la courbe de croissance nommé rebond d'adiposité. Ce terme désigne l'augmentation de la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC) après six ans : les valeurs de l'IMC diminuent jusqu'à six ans parce qu'avant cet âge, la taille croît plus rapidement que le poids. À six ans, la taille et le poids augmentent simultanément et la courbe subit un rebond. Le but étant de repousser le rebond d'adiposité, puisque s'il survient tôt (avant 6 ans), l'enfant a davantage de risque d'être en EP par la suite (Gardner et al., 2009; Nader et al., 2006; Williams & Goulding, 2009). D'ailleurs, les résultats de l'étude de Nader et al. (2006) indiquent que si l'enfant se situe en EP à 5 ans, c'est-à-dire qu'il présente un IMC correspondant à un niveau plus élevé que le 85^{e} percentile, il a cinq fois plus de risque de présenter un EP à 12 ans.

L'EP n'est pas sans conséquence. Entre autres, au plan psychologique, les enfants présentant un EP risquent de développer une mauvaise estime de soi, de l'isolement social (Fischler, 2001; Harriger & Thompson, 2012) ainsi qu'une mauvaise image d'eux-mêmes dès l'âge de 5 ans (Davison & Birch, 2001). Kalarchian et Marcus (2012) avancent même que les enfants souffrant d'obésité sont plus susceptibles de présenter des troubles de santé mentale telle la dépression. Ils présentent aussi des risques au plan physiologique, notamment d'être atteints de maladies cardiovasculaires, de modifications du profil lipidique (Barton, 2012; Brienza et al., 2012; Saha, Sarkar, & Chatterjee, 2011a; Santos, 2012), d'apnée du sommeil (Bhattacharjee, Hakim, & Gozal, 2012), d'hypertension artérielle (Becton, Shatat, & Flynn, 2012) et de diabète de type 2 (Reilly et al., 2003; Santos, 2012). De plus, ces enfants sont souvent moins actifs physiquement et sont susceptibles de présenter des problèmes de coordination (Reilly et al., 2003). Sur le plan économique, en 2000-2001, l'obésité coûtait au système de soins de santé canadien environ 4,3 milliards de dollars (Katzmarzyk & Janssen, 2004). Ces coûts sociétaux astronomiques sont appelés à augmenter dans les années à venir (Atanasijević-Kunc & Drinovec, 2011; Wang, McPherson, Marsh, Gortmaker, & Brown, 2011). En ce sens, la problématique en est une de société et plusieurs chercheurs, professionnels de la santé et politiciens travaillent, chacun à leur niveau, à tenter de changer cet inquiétant bilan.

À cet effet, plusieurs institutions gouvernementales de divers pays travaillent à développer des programmes visant à améliorer cette situation. D'ailleurs, le Québec s'est doté d'un plan d'action gouvernemental pour la promotion des SHV et la prévention des problèmes reliés au poids pour 2006-2012 (MSSS, 2006). Les axes prioritaires de ce plan d'action incluent, entre autres, de favoriser la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Pour les jeunes enfants, les actions ciblent plusieurs instances, dont les services de garde éducatifs à l'enfance, mais aucune action directe auprès de la famille n'y est proposée. En plus de ce plan, à l'hiver 2012, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS) a, de son côté, émis des recommandations pour guider la pratique des professionnels de la santé concernant le traitement de l'obésité des enfants et des adolescents (Turgeon et al., 2012).

Autant dans les écrits scientifiques que dans les programmes gouvernementaux mis en œuvre, les activités visant spécifiquement les enfants d'âge préscolaire et leur famille sont moins traitées que le sont celles ciblant d'autres catégories d'âge (Waters et al., 2011). En contrepartie, les enfants d'âge scolaire, soit de plus de 5 ans, sont davantage ciblés par les programmes et interventions. Au Québec, à l'âge scolaire on retrouve le programme « École en santé » qui vise à mettre en place des interventions globales en promotion de la santé. Pour certains enfants d'âge préscolaire, il y a les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité au Québec. Les SIPPE ont pour but de soutenir les familles vulnérables dès la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans. Il s'agit d'un accompagnement individualisé et adapté aux besoins des familles. Ces services visent, entre autres choses, l'amélioration des habitudes de vie de la famille. Ce programme s'adresse à une clientèle spécifique et non à l'ensemble de la population (MSSS, 2004), à savoir des familles souvent aux prises avec des difficultés extrêmes pouvant avoir un impact sur la santé telles la toxicomanie, l'alcoolisme, la violence et la pauvreté. Ces problèmes majeurs exigent, par le fait même, une priorisation des interventions autre que la prévention des problèmes d'EP. Aucun programme ou intervention ne s'adresse à la population générale, c'est-à-dire aux familles issues de différents milieux socioéconomiques et il n'y a pas de programmes ou d'interventions qui s'adressent spécifiquement à la période préscolaire. Toutefois, les infirmières rencontrent ces enfants à moments fixes lors du suivi vaccinal. Ce contact régulier et prévisible dans le

temps peut devenir une opportunité d'agir tôt en regard de la problématique du poids dans l'enfance d'autant plus que ce moment est reconnu pour répondre aux préoccupations parentales concernant le développement sain de l'enfant.

Une autre réalité dans le tableau de la problématique de l'EP à l'âge préscolaire relève du fait que peu de parents perçoivent la présence de ce problème chez leur enfant (Bossink-Tuna, L'Hoir, Beltman, & Boere-Boonekamp, 2008; Campbell et al., 2006; Carnell, Edwards, Croker, Boniface, & Wardle, 2005). La plupart du temps, cette non-perception est mesurée en demandant aux parents, souvent à la mère, si elle considère que son enfant a un poids insuffisant, normal ou s'il présente un surplus de poids. Par la suite, une comparaison entre la perception du parent du poids de son enfant et le poids mesuré de l'enfant est réalisée. Malgré cette non perception documentée, peu d'études se sont intéressées à la description en profondeur des raisons l'expliquant, c'est-à-dire les éléments sur lesquels repose la perception parentale à propos de l'EP de l'enfant et des habitudes de vie qui y sont souvent intimement liées. À ce propos, l'étude des représentations sociales nous renseignerait concernant les croyances, les attitudes, les opinions, les connaissances et les perceptions relatives au phénomène. Selon Abric (1994), les représentations sociales guident les comportements. Ainsi, connaître les représentations sociales permettrait de comprendre les conduites des parents et, en ce sens, les habitudes de vie selon la signification que le parent leur accorde. Les infirmières pourraient s'inspirer de ces nouvelles connaissances pour adapter les interventions visant la promotion de l'adoption de SHV auprès des familles avec jeunes enfants.

En somme, il est évident que le problème de l'EP a une ampleur considérable et qu'il est lourd de conséquences pour l'enfant, la famille et sa communauté. Les habitudes de vie et l'environnement sont des éléments importants sur lesquels il est possible d'agir. Dans une perspective de promotion de la santé, ces éléments sont des déterminants de la santé cruciaux à considérer. Explorer des actions de promotion de la santé adaptées et congruentes à la réalité parentale est susceptible de contribuer au développement de facteurs de robustesse et de protection pour la famille au regard de l'EP. Or, l'âge préscolaire est un moment charnière pour agir de concert avec les parents afin de développer de SHV chez l'enfant, même si les parents perçoivent peu ou pas le problème

d'EP à cet âge. De plus, peu d'interventions s'adressent spécifiquement à l'âge préscolaire et aucune d'elles n'est basée sur le point de vue (la représentation) des parents. Ces constats soulèvent une question : comment les infirmières, qui côtoient cette clientèle, peuvent-elles soutenir les familles dans l'adoption de SHV afin de prévenir les problèmes de poids, tout en tenant compte de l'environnement dans lequel celles-ci vivent? Pour répondre à ce questionnement, une recherche-action engageant les infirmières, les intervenants communautaires, les parents et des experts permettra de mieux cerner le point de vue des parents, des intervenants communautaires et des professionnels de la santé quant à la promotion de SHV.

1.1 Pertinence de l'étude

Face à la quasi-absence d'interventions systématiques de promotion des SHV auprès des parents d'enfant d'âge préscolaire, il est impératif pour les infirmières de comprendre le point de vue des parents afin de proposer des interventions adaptées à la réalité parentale. La pertinence de cette étude repose sur l'importance de bien comprendre la représentation du poids et des habitudes de vie du point de vue du parent d'un enfant d'âge préscolaire pour intervenir tôt, efficacement et selon leurs besoins. La clarification de ces éléments est essentielle dans l'ajustement des interventions touchant la promotion de SHV, qui constitue un rôle clé de l'infirmière. D'ailleurs, le développement de SHV durant l'enfance ainsi que les services de santé offerts sont deux déterminants de la santé à cibler pour contrer l'EP (Santé Canada, 2004; MSSS, 2006). L'élaboration de stratégies d'intervention facilitera l'offre d'un service reposant sur des résultats probants et sera susceptible d'améliorer la qualité des services offerts. Par conséquent, les pratiques seront plus pertinentes et ciblées, car elles émaneront, entre autres, de l'avis des parents qui constituent les principaux acteurs en regard de l'adoption de SHV chez l'enfant, soutenus par les intervenants de la santé et du milieu communautaire. La démarche se déroule, bien entendu, dans l'optique de s'attaquer au fléau de la santé publique que représente l'EP. De plus, cette étude permettra de faire avancer les connaissances en sciences infirmières relativement au rôle majeur que jouent les infirmières en promotion de la santé. Les résultats émanant de cette recherche permettront aussi le développement de programmes de promotion de la santé.

1.2 Buts et objectifs de la recherche

Le but de l'étude est de mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières œuvrant auprès des familles, des pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leurs enfants. Les objectifs poursuivis sont : 1) informer les infirmières de l'état de la situation en estimant la prévalence de l'EP dans leur région d'intervention et en décrivant les facteurs associés; 2) décrire les RS du poids et des habitudes de vie selon les parents d'un enfant d'âge préscolaire; 3) explorer le point de vue des infirmières concernant des stratégies d'intervention visant à promouvoir les SHV à la lumière des résultats relatifs aux deux premiers objectifs et 4) déterminer les priorités parmi les stratégies d'intervention proposées par des parents, ainsi que des experts et des intervenants du réseau de la santé.

Deuxième chapitre

RECENSION DES ÉCRITS

Les connaissances actuelles concernant l'excès pondéral chez l'enfant, âgé de 4 à 5 ans, font l'objet de ce chapitre. La définition, la prévalence, les facteurs associés et les conséquences de l'EP sont présentés dans la première section. Une autre partie du chapitre s'attarde à l'importance d'agir tôt dans l'enfance en lien avec les dernières études sur le sujet ainsi que les perceptions et les RS du poids et des habitudes de vie selon une perspective parentale. Ensuite figurent les interventions courantes de promotion de SHV et de prévention des problèmes de poids s'adressant aux enfants âgés de 4 à 5 ans et leurs parents. Pour conclure ce chapitre, les cadres de référence utilisés dans l'étude sont présentés et justifiés.

D'entrée de jeu, précisons que la recherche documentaire des publications scientifiques de langues française ou anglaise a été effectuée dans les bases de données suivantes : CINAHL, Medline, Pubmed, Scopus, PsyInfo et ERIC. Des sites internet gouvernementaux ou institutionnels ont aussi été consultés. Les publications retenues devaient concerner les enfants de 4 à 5 ans et porter sur les thématiques traitées dans la recension des écrits de la thèse et avoir été publiées au cours des cinq dernières années. Les mots clés utilisés étaient: préscolaire (*preschool*), enfant (*child, children*), embonpoint, EP, surpoids, obésité (*overweight, obesity*), prévalence (*prevalence, incidence*), éthiologie (*ethiology*), évaluation et mesure (*mesure, evaluation*) conséquences (*consequence*), intervention, perception et représentation parentale (*parental perception, representation*). D'autres articles pertinents, certains publiés parfois antérieurement, ont été identifiés par la méthode boule de neige en consultant la liste de références des articles déjà sélectionnés.

2.1 Excès de poids chez l'enfant de 4 à 5 ans

Tout d'abord, il importe de spécifier qu'il existe un consensus dans la littérature sur l'importance de l'accroissement des problèmes de poids pour toutes les tranches d'âge de la population. La pandémie mondiale qui affecte la population porte les chercheurs à définir la notion de l'excès pondéral ainsi qu'à établir sa prévalence. L'établissement de système de mesure ou de normes permettant de suivre l'évolution du problème chez l'enfant qui est en pleine croissance s'avère complexe. À ce sujet, dans les lignes qui suivent la définition, la

classification et la prévalence de l'excès pondéral spécifiques aux enfants de 4 à 5 ans sont présentées.

2.1.1 Définition de l'excès de poids chez l'enfant

Dans la littérature, l'EP est nommé de plusieurs façons. Parfois, on retrouve les vocables de surpoids, de poids excédentaire, de surcharge pondérale ou encore d'embonpoint, de rondeur ou d'obésité. En fait, pour tous les termes utilisés, il s'agit d'un excès de masse adipeuse se présentant à des degrés de gravité variables. Pour l'OMS (2012), l'EP ou le surpoids correspond à « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut nuire à la santé ». En somme, il s'agit d'un dépassement des normes établies pouvant causer à différents degrés des problèmes de santé dus à l'accumulation de graisses corporelles.

Étant donné la variété de termes utilisés pour parler du poids excédentaire, il s'avère judicieux de spécifier les champs lexicaux qui seront utilisés dans cette thèse. Ainsi, le terme « excès de poids » dans ce document comprend l'embonpoint et l'obésité qui se définissent à leur tour à l'aide de mesures anthropométriques rapportées dans un système de classification spécifique à l'enfant en fonction de son âge et de son genre. Ces systèmes de classification deviennent des outils de travail pour le chercheur et le clinicien.

2.1.2 Mesure et systèmes de classification du poids chez l'enfant

L'EP est fréquemment mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC) et est subdivisé en catégories prédéterminées par des systèmes de classification qui situent les seuils pour l'embonpoint et l'obésité. Chez l'adulte, un consensus existe concernant les seuils de classification. Ainsi, il est reconnu qu'un IMC de 25 à 30 indique un embonpoint, tandis qu'un IMC plus élevé que 30 désigne de l'obésité (Ogden, Yanovski, Carroll, & Flegal, 2007). Pour les enfants, ce consensus n'est pas établi en raison de la difficulté que représentent les facteurs d'influence associés à l'IMC tels l'âge, le genre et la puberté (Kipping, Jago, & Lawlor, 2008). Cependant, trois systèmes de classification du poids de l'enfant sont couramment utilisés à partir des valeurs d'IMC obtenues grâce aux mesures anthropométriques. Les systèmes de classification qui déterminent les seuils d'embonpoint

et d'obésité pour l'enfant ont été développés respectivement par l'International Obesity Task Force (IOTF) (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000), les Centers of Disease Control and prevention (CDC) (Kuczmarski et al., 2002) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (De Onis, Martorell, Garza, & Lartey, 2006).

Le système de classification de l'IOTF, publié en 2000, détermine une valeur de référence (seuil) pour l'embonpoint et l'obésité concernant les enfants âgés de 2 à 18 ans en extrapolant à partir des seuils d'IMC déterminés pour l'adulte (Cole et al., 2000). Ces valeurs de référence sur la courbe de croissance correspondent au 91^{e} percentile pour l'embonpoint et au 99^{e} percentile pour l'obésité. Elles ont été établies à partir d'une étude réalisée dans six pays : Brésil, États-Unis, Grande-Bretagne, Hong Kong, Nouvelle-Zélande et Singapore. Les valeurs de référence de l'IOTF sont couramment utilisées en recherche, entre autres, au Canada par Shields (2006) et au Québec par Desrosiers et al. (2005). Ce système permet de comparer les données de recherche à l'échelle internationale.

Le système de classification des CDC (Kuczmarski et al., 2002) de 2002 est constitué de courbes de référence américaines basées sur des données nationales d'enquêtes effectuées de 1963 à 1994 auprès d'enfants. Les valeurs de référence sur la courbe de croissance correspondent au 84^{e} percentile pour l'embonpoint et au 95^{e} percentile pour l'obésité. Les courbes des CDC ont été construites à partir de données issues d'enfants ne présentant pas de problème de santé et nourris avec des préparations pour nourrissons. Du point de vue clinique, elles ont été beaucoup utilisées et facilitent la comparaison à des données cliniques antérieures. D'ailleurs au Canada, l'utilisation de ce système de classification était recommandée jusqu'en 2010.

Pour sa part, l'OMS a émis en 2006 de nouvelles références pour le suivi pondéral des enfants sous forme de courbes de croissance (De Onis et al., 2006). Ces valeurs de référence (seuil) sur la courbe de croissance correspondent au 84^{e} percentile pour l'embonpoint et au 97,7^{e} percentile pour l'obésité. Elles découlent d'une étude multicentrique réalisée dans six pays : Brésil, Ghana, Inde, Norvège, Oman et États-Unis. Elles reflètent des références concernant des enfants allaités et vivant dans des conditions de croissance optimales. Ainsi, elles représentent des « *gold standard* » (De Onis, Garza,

Onyango, & Borghi, 2007), c'est-à-dire qu'elles constituent une recommandation de ce qui devrait être plutôt qu'une conclusion tirée du poids observé chez une population d'enfants comme le système des CDC. Les courbes de l'OMS sont celles utilisées dans plusieurs milieux cliniques québécois depuis les deux dernières années. D'ailleurs, depuis 2010, les Diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires recommandent l'utilisation des courbes de l'OMS (2007) (Secker, 2010) pour situer le poids des enfants. Toutefois, étant donné leur intégration récente dans les milieux cliniques, elles présentent des limites quant à la possibilité de comparaison avec les données antérieures souvent évaluées à partir d'autres systèmes de classification.

Des différences importantes sont présentes entre les trois systèmes décrits, ce qui affecte les valeurs obtenues dans les recherches selon le système de classification utilisé. Pour cette raison, les comparaisons et interprétations qui en découlent doivent être réalisées avec beaucoup de prudence. En conclusion, les trois systèmes de classification du poids fréquemment utilisés pour les enfants présentent des seuils différents pour déterminer la présence d'embonpoint ou d'obésité selon leur courbe de croissance respective. Le tableau 1 résume ces seuils.

Tableau 1. Embonpoint et obésité selon trois systèmes de classification

Système de classification	Seuils sur la courbe de croissance	
	Embonpoint	Obésité
IOTF	91^{e}	99^{e}
CDC	84^{e}	95^{e}
OMS	84^{e}	97,7^{e}

Ces différences entre les seuils influencent inévitablement l'étude de la prévalence de l'excès pondéral. Par exemple, un enfant de 5 ans se situant selon son poids et sa taille au 86^{e} percentile sur la courbe de croissance serait considéré dans la norme selon le système de classification du poids des enfants de l'IOTF et plutôt en embonpoint selon ceux des CDC et de l'OMS.

2.1.3 Prévalence mondiale de l'excès de poids chez l'enfant

En 2011, l'OMS publiait un communiqué avançant que plus de 40 millions d'enfants d'âge préscolaire (2 à 5 ans) dans le monde présentaient un EP (Chan, 2011). Ainsi, plusieurs pays se retrouvent aux prises avec une population d'enfants d'âge préscolaire présentant un poids corporel excédentaire en fonction de leur taille. Au Canada, selon Shields (2006), la prévalence de l'EP se situe à 21,5 %. Leur étude a été réalisée en 2004 auprès d'un échantillon de 1 577 enfants canadiens âgés de 2 à 5 ans, en utilisant le système de classification du poids des enfants de l'IOTF. Le tableau suivant donne un aperçu de la situation mondiale de l'EP (embonpoint et obésité) chez les enfants d'âge préscolaire en présentant les données disponibles (publiées).

Tableau 2. Situation mondiale de l'excès de poids pour l'enfant d'âge préscolaire selon l'IMC

Références		Shields (2006)	Fernald et Neufeld (2007)	Mira (2006)[1] et Rito (2006)[2] dans Moreira (2007)	Renzaho et al. (2009)	Critikos et al. (2008)	Salanave et al. (2009)	Ogden et al. (2012)	Larsen et al. (2012)	Vorela et al. (2010)
Pays		Canada	Mexique	Portugal	Australie	Australie	France	États-Unis	Danemark	Finlande
Année de collecte		2004	2003	-	2004	-	2007	2009-2010	-	-
n		1348	7555	408[1] 2361[2]	4983	3015[1] 2881[2]	2699	4111	5580	310
Âge		2 à 5	2 à 6	2 à 6[1] 3 à 5[2]	4 à 5	2 à 4[1] 5 à 8[2]	7 à 9	2 à 19 ∅ de sous-groupe	3 à 5	5 à 11
Mesure		IMC	IMC	IMC	IMC	IMC	IMC	IMC	IMC	IMC
Système de classification		IOTF	CDC	-	IOTF	IOTF	IOTF	CDC	IOTF	IOTF
Prévalence de l'EP	Embonpoint	15,2 %	21,3 % (non indigène) 42,7 % (indigène)	20,6 % [1] G 13,6% / F 20,4% [2]	15,4 %	14,7 % [1] 15,9 % [2]	13 %	12,1 %	2,5 - 3,5 ans: G 9 % / F 10,4 % 3,5 - 4,5 ans : G 3,9 % / F 12,4 % 4,5 - 5,5 ans : G 7,1 % / F 10,9 %	17,4 % (Embonpoint et obésité combinés à 5 ans) 21,6 % (Embonpoint et obésité combinés à 11 ans)
	Obésité	6,3 %	5,9 % (non indigène) 12,1 % (indigène)	7,8 % [1] G 6,5 %/F 6,9 % [2]	5,2 %	14,1 % [1] 15,1 % [2]	2,8 %	9,7 %		

*Lorsque spécifié par genre dans l'étude : G = garçon et F = fille

Pour conclure au sujet de la prévalence mondiale de l'EP chez l'enfant, les résultats présentés dans le tableau 2 permettent d'affirmer que 15 à 30 % des enfants présentent un excès pondéral dès l'âge préscolaire. De plus, ces taux d'embonpoint et d'obésité établis à partir des systèmes de classification des CDC ou de l'IOTF seraient plus élevés selon le système recommandé par l'OMS.

2.1.4 Prévalence de l'excès de poids chez l'enfant dans les provinces canadiennes

En ce qui concerne le Québec, Desrosiers et al. (2005) obtiennent une prévalence de 13,8 % d'EP chez les enfants de 4 ans selon le système de classification du poids des enfants de l'IOTF. Ce qui place la province au sixième rang des provinces canadiennes. Dans le tableau suivant, les données des provinces canadiennes sont présentées et comparées selon les études disponibles.

Tableau 3. Situation canadienne du poids des enfants avant l'entrée à l'école selon l'IMC

Références	Provinces canadiennes	Année de collecte	Mesure	Âge	n	Critères	Prévalence de l'EP mesuré	
							Embonpoint	Obésité
Canning et al. (2004)	Terre-Neuve et Labrador	2000 et 2003	IMC	3 à 5	4161	IOTF	25,6 % (combinés)	
Desrosiers et al. (2005)	Québec	2002	IMC	4	1550	IOTF	9,7 %	3,8 %
Shields (2006)	Terre-Neuve	2004	IMC	2 à 17	8661	IOTF	19 %	17 %
	Nouveau-Brunswick						21 %	13 %
	Nouvelle-Écosse						23 %	9 %
	Manitoba						22 %	9 %
	Ile du Prince Édouard						22 %	8 %
	Saskatchewan						19 %	10 %
	Ontario						19 %	9 %
	Colombie-Britannique						20 %	7 %
	Québec						15 %	7 %
	Alberta						14 %	8 %
Edward et al. (2008)	Alberta	2004	IMC	4 à 6	7369	CDC	13,8 %	11,4 %
						IOTF	11,5 %	6,8 %
Twells et Newhook (2011)	Terre-Neuve et Labrador		IMC	Âge moyen 4,5	1026	CDC	19,1 %(combinés)	
						IOTF	18,2 %(combinés)	
						OMS	26,7 %(combinés)	

Le tableau 3 illustrant la situation canadienne permet de conclure que le Québec tire bien son épingle du jeu en comparaison des autres provinces. Toutefois, au Québec, l'excès pondéral touche un peu plus d'un enfant sur dix d'âge préscolaire (Desrosiers et al., 2005), d'où l'importance de s'attarder aux facteurs associés à ce problème de santé. Ce point sera traité dans la prochaine section.

2.2 Facteurs associés à l'excès de poids chez les enfants

Sachant que les enfants de 4 à 5 ans n'échappent malheureusement pas à la pandémie d'EP actuellement observée, cette section porte sur l'ensemble des causes, des facteurs et des conséquences de l'EP des enfants de 4 à 5 ans.

2.2.1 Étiologie

Lorsqu'on aborde l'étiologie de l'EP, deux volets sont à considérer : l'aspect génétique et l'aspect environnemental. Selon Wardle (2005), l'héritage génétique et les facteurs environnementaux expliquent respectivement 70 % et 30% de la variabilité de l'IMC de la population. Plus récemment, Wardle et al. (2008) ont mené des travaux de recherche au Royaume-Uni auprès de 5 092 enfants (jumeaux) âgés de 8 à 11 ans qui leur ont permis de conclure qu'environ 60 % de l'excès pondéral était expliqué par des facteurs génétiques et 40 % par des causes environnementales. Les auteurs de l'étude arrivent à la conclusion qu'il faut toutefois cibler les causes environnementales surtout en ce qui concerne les enfants qui présentent un fort risque génétique. En somme, les facteurs génétiques déterminent la prédisposition à prendre du poids dans un environnement donné. Ainsi, la conjonction d'un terrain génétiquement favorable aux circonstances environnementales (environnement obésogène) entraîne une susceptibilité accrue à prendre des kilogrammes en trop.

À l'échelle mondiale, une augmentation aussi rapide de l'EP chez les enfants ne peut être uniquement due à des facteurs génétiques, même si ces derniers jouent un rôle important dans cette problématique. De toute évidence, l'expression des gènes liés à l'EP ne survient pas sans un environnement non favorable à la santé (Wardle et al., 2008).

Il s'avère important d'examiner les éléments de l'environnement de l'enfant, notamment les habitudes de vie. Un soutien à l'adoption de SHV soit un accompagnement en ce sens pourrait avoir une influence bénéfique pour l'enfant et sa famille. D'ailleurs, dans une perspective écologique de promotion d'un mode de vie sain, afin de prévenir la problématique de l'excès pondéral, les facteurs environnementaux tels les habitudes de vie sont incontournables. La présente thèse s'intéresse donc aux habitudes de vie reliées au poids chez l'enfant de 4 à 5 ans.

Les habitudes de vie telles les choix alimentaires et la pratique de l'activité physique influencent la balance énergétique. Sachant que l'EP se crée lors d'un débalancement de cette balance énergétique soit lorsque l'apport en calories surpasse la dépense énergétique sur une longue période de temps (Ebbeling et al., 2002; Rennie et al., 2005), les lignes qui suivront dressent les éléments ou causes connues qui influencent cette balance énergétique.

2.2.2 Habitudes de vie et environnement familial

Dans cette section, l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, le sommeil et certains facteurs socioéconomiques associés au poids des enfants sont traités.

Parmi les facteurs associés à l'EP chez l'enfant d'âge préscolaire qui relèvent de l'alimentation, on retrouve la consommation fréquente de boissons sucrées (Bremer & Lustig, 2012; De Ruyter, Olthof, Kuijper, & Katan, 2012; Gillis & Bar-Or, 2003; Johnson, Mander, Jones, Emmett, & Jebb, 2007; Lim et al., 2009). Toutefois, l'étude récente de Danyliw, Vatanparast, Nikpartow, et Whiting (2012) menée auprès de 10 038 jeunes âgés de 2 à 18 ans arrive à des conclusions opposées. Ainsi, ces auteurs n'ont observé aucune relation entre les boissons consommées et le poids sauf en ce qui concerne la consommation de boissons gazeuses (soda) chez les garçons âgés de 6 à 11 ans. D'autres part, toujours en lien avec l'alimentation en Amérique du Nord, la taille des portions pour les enfants dans les restaurants est 24 % plus élevée que nécessaire (Fisher, Rolls, & Birch, 2003), les aliments préparés sont riches en calories (Phillips et al., 2004) et les enfants consomment de grandes quantités de boissons sucrées (Dubois, Farmer, Girard, & Peterson, 2007; Melgar-Quinonez & Kaiser, 2004). L'accessibilité géographique à la restauration rapide ainsi que la disponibilité des mets préparés portent les parents à en consommer

davantage, ce qui contribue au risque pour l'enfant de développer un problème d'obésité (Lee, 2012). De même, Gillis et Bar-Or (2003) avancent qu'une grande disponibilité d'aliments prêts-à-manger dans les épiceries et les restaurants de type «*fast food*» concourt aux changements des dernières années dans les habitudes alimentaires des familles.

De plus, la pratique de restrictions alimentaires négatives se caractérise par une forme de contrôle, qui se manifeste par la pression de manger certains aliments, les récompenses alimentaires, les menaces ou les limitations alimentaires (Murashima, Hoerr, Hughes, & Kaplowitz, 2011) contribuent aussi à un risque plus élevé pour l'enfant de présenter un EP (Faith, Scanlon, Birch, Francis, & Sherry, 2004; Jansen et al., 2012). L'étude longitudinale de Rifas-Shiman et al. (2011) menée auprès de 837 dyades mère-enfant rapporte une association entre, d'une part, la pratique de restrictions alimentaires à 1 an et, d'autre part, un IMC élevé chez l'enfant à 3 ans. Toutefois, les auteurs avancent l'hypothèse que les mères qui restreignent leur enfant sont peut-être celles dont l'enfant présente déjà un excès pondéral à un an. Selon Joyce et Zimmer-Gembeck (2009), qui ont mené une étude auprès de 230 dyades parent-enfant âgés de 4 à 8 ans, il existe aussi une association entre les restrictions alimentaires et le style d'autorité des parents, et l'augmentation de l'IMC de l'enfant.

En ce qui concerne l'activité physique et la dépense énergétique, un mode de vie sédentaire, le temps passé devant un écran (De Ruyter et al., 2012; Dennison, Erb, & Jenkins, 2002; Dubois, Farmer, Girard, & Peterson, 2008) et la présence d'un écran (télévision ou moniteur) dans la chambre à coucher de l'enfant (Feng, Reed, Esperat, & Uchida, 2011) sont reconnus comme facteurs qui contribuent activement au gain de poids (Christakis, Ebel, Rivara, & Zimmerman, 2004). Selon l'étude de Thongbai, Fongkaew, Kennedy, Aree, et Patumanond (2011), les enfants d'âge préscolaire qui regardent la télévision plus de deux heures par jour ont un risque beaucoup plus élevé de présenter de l'obésité. Selon Shea, Harvey-Berino, et Johnson (2010) un enfant qui regarde plus souvent la télévision a tendance à s'alimenter avec de la nourriture plus élevée en calories et pauvre en nutriments. Ainsi, diminuer le nombre d'heures devant la télévision diminue la sédentarité et donc l'obésité (Cox et al., 2012).

Aussi, plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'un risque plus élevé de présenter de l'EP est présent chez les enfants d'âge préscolaire qui dorment moins de 10 heures par nuit (Carter, Taylor, Williams, & Taylor, 2011; Mamun et al., 2007; Reilly et al., 2005). D'abord, au Royaume-Uni en 2005, Reilly et al. (2005) ont mené une étude visant à identifier des facteurs de risque associé à l'obésité auprès de 8 234 enfants âgés de sept ans. Leurs résultats démontrent qu'un temps de sommeil inférieur à 10,5 heures à 3 ans est corrélé positivement à un IMC élevé à sept ans. Pour leur part, Mamun et al. (2007) ont réalisé une étude longitudinale en Australie auprès de 2 494 mères d'enfants nés entre 1981 et 1983 concernant les heures de sommeil des enfants. Leurs résultats démontrent que les jeunes adultes âgés de 21 ans présentant un EP lors de l'étude avaient présenté des problèmes de sommeil entre l'âge de 2 et 4 ans selon leur mère. Enfin, Carter et al. (2011) ont mené leur étude longitudinale en Nouvelle-Zélande auprès de 244 enfants de la naissance jusqu'à 3 à 7 ans. Ils concluent que chaque heure de sommeil supplémentaire entre 3 et 5 ans est associée à une réduction de l'IMC de 0,48 et à une réduction du risque d'être en EP à l'âge de sept ans. Toutefois, l'étude australienne de Hiscock, Scalzo, Canterford, et Wake (2011) apporte un regard différent. Leur étude longitudinale s'est déroulée auprès de 3 844 enfants, avec des prises de mesures entre 0 et 1, 2 et 3 ans, 4 et 5 ans et 6 et 7 ans. Selon les auteurs, il est trop tôt pour conclure que le nombre d'heures de sommeil puisse avoir un quelconque effet sur l'IMC de l'enfant.

Quant aux facteurs socioéconomiques, le faible revenu de la famille peut influencer le poids de l'enfant, considérant qu'avec peu de moyens financiers, il est difficile d'offrir des aliments sains à son enfant (Armstrong, Dorosty, Reilly, & Emmett, 2003). Ainsi, la pauvreté augmente le risque d'obésité chez le jeune enfant (Chambers, Duarte, & Yang, 2009). Le faible revenu familial crée une situation de pauvreté et est souvent associé à un faible niveau de scolarité des parents. En ce sens, si la mère n'a pas terminé ses études secondaires, le risque que l'enfant présente un IMC élevé est plus grand (Dubois et al., 2008). D'autre part, l'indice de masse corporelle des parents est associé au risque pour l'enfant de présenter un EP. Si un seul ou les deux parents présentent un EP, le risque pour l'enfant est respectivement plus élevé de 50 % ou 70 % (Sekine et al., 2002). Selon l'étude récente de Freeman et al. (2012), quand un des deux parents est obèse, les risques pour l'enfant sont plus grands s'il s'agit du père.

En conclusion, notons que les habitudes de vie et l'environnement familial sont susceptibles de jouer un rôle sur le statut pondéral de l'enfant. À cet effet, la qualité et la quantité de l'alimentation ainsi que la pratique de l'activité physique par opposition à la sédentarité et les longues heures passées devant un écran sont des enjeux majeurs à considérer dans la promotion de l'adoption de SHV. De plus, il s'ajoute à ces éléments des facteurs externes à l'enfant, tels que le revenu familial, le niveau scolarité et l'IMC des parents comme composantes d'influence qui doivent être prises en compte dans l'analyse du problème.

2.3 Conséquences

Dans cette partie, les conséquences physiques, psychologiques et économiques de l'EP sont présentées. Plusieurs conséquences physiques à court et à long terme sont reliées à l'EP de l'enfant, entre autres, la maladie cardiovasculaire, la modification du profil lipidique, l'apnée du sommeil, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'asthme et la sténose hépatique (Reilly et al., 2005; Wardle, 2005; Wyllie, 2005) d'où l'importance de s'en préoccuper.

Saha, Sarkar, et Chatterjee (2011b) ont mené une étude auprès de 49 enfants de 6 à 11 ans en EP et de 45 enfants en santé sans problème de poids. Les enfants avec un EP présentaient une tension artérielle significativement plus élevée que celle observée chez le groupe d'enfants sans problème de poids. La résistance à l'insuline et le taux de triglycérides étaient aussi significativement plus hauts parmi les enfants obèses. Le syndrome métabolique était 14,1 % plus élevé dans le groupe en EP.

Pour leur part, Bhattacharjee, Kim, Kheirandish-Gozal, et Gozal (2011) indiquent que l'obésité augmente le risque de présenter de l'apnée du sommeil. D'ailleurs, en 2012, Bhattacharjee et al. (2012) indiquent qu'un sommeil perturbé, en particulier dans le contexte des troubles respiratoires du sommeil, est associé à plusieurs comorbidités, notamment l'obésité. Les auteurs soulèvent l'hypothèse que la hausse rapide du taux d'obésité chez les enfants contribue probablement à l'accroissement de la prévalence d'apnée du sommeil. Ils comparent cependant les deux problèmes de santé à l'expression de la « poule et de l'œuf » concernant la relation entre l'obésité et les troubles du sommeil.

Ils supposent que ces deux conditions convergent et, par ce fait, elles occasionnent une perturbation importante de l'homéostasie lipidique normale. Enfin, les auteurs démontrent que des perturbations du sommeil chez les enfants sont un précurseur de l'obésité par l'intermédiaire de l'homéostasie lipidique désordonnée.

Du point de vue musculo-squelettique, Wyllie (2005) affirme que les os des enfants souffrent de la surcharge pondérale. Ainsi, aux États-Unis, la majorité des enfants qui présentent des tibias varus ou un glissement de la tête fémorale sont obèses. D'autres problèmes de santé ou conséquences importantes découlent de la présence de l'obésité, dont le diabète de type 2 qui est en augmentation chez les adolescents (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004). L'hypertension artérielle, la résistance à l'insuline, l'hypercholestérolémie, l'asthme et la sténose hépatique font partie de cette liste inquiétante.

Certaines conséquences relèvent davantage de l'aspect psychologique ou social de l'obésité. Pan, Sherry, Park, et Blanck (2012) avancent que chez les adolescents, l'obésité infantile en raison des problèmes d'ordre physique et psychologique qui en découlent, est associée à l'absentéisme scolaire, par conséquent, les performances académiques en souffrent. Les conclusions de leur étude indiquent que les adolescents en embonpoint et en situation d'obésité s'absentent de l'école pour maladie respectivement 36 % et 37 % plus de jours que les adolescents de poids normal.

De surcroît, les enfants présentant un excès pondéral sont plus susceptibles de développer une mauvaise estime de soi et de l'isolement social (Fischler, 2001), ainsi qu'une mauvaise image d'eux-mêmes dès l'âge de 5 ans (Harriger & Thompson, 2012). De plus, ils sont davantage à risque d'être victimes de discrimination, de préjugés, de moqueries et d'ostracisme (Wardle & Cooke, 2005). Tang-Péronard et Heitmann (2008) ont recensé 17 études portant sur la stigmatisation des enfants obèses, dont deux études concernant des enfants d'âge préscolaire. Il ressort que le niveau de stigmatisation est beaucoup plus élevé pour les filles. En effet, les filles en EP subiraient de la violence verbale et physique et seraient marginalisées dans les relations d'amitié et les relations amoureuses. Pour leur part, Wang, Wild, Kipp, Kuhle, et Veugelers (2009) ont réalisé une étude canadienne visant à déterminer l'influence de l'obésité sur le développement de

l'estime de soi. Les résultats de cette étude longitudinale réalisée auprès de plus de 5 000 enfants et adolescents démontrent que ceux qui présentent un EP ont une faible estime d'eux-mêmes en comparaison aux enfants de poids dans la norme. Selon Kalarchian et Marcus (2012), l'enfant obèse voit son risque de présenter de la dépression et des problèmes de santé mentale augmenter. Selon ces auteurs, une faible estime de soi serait associée à une pauvre santé mentale à long terme.

Sur le plan économique, en 2000-2001, l'obésité dans la population générale coûtait au système de soins de santé canadien environ 4,3 milliards de dollars (Katzmarzyk & Janssen, 2004). Ces coûts augmenteront en raison de l'accroissement de l'obésité chez les enfants et des maladies chroniques associées à l'excès pondéral (Atanasijević-Kunc & Drinovec, 2011; Trasande & Elbel, 2012; Wang et al., 2011). Pelone et al. (2011) ont mené une revue systématique des écrits et ont répertorié dix études d'évaluation des coûts liés à l'excès pondéral chez les enfants, soit huit aux États-Unis, une au Canada et une en Irlande. La majorité des études se sont déroulées auprès d'adolescentes et d'adolescents. Toutes arrivent à la conclusion que l'obésité chez les jeunes coûte cher et que les coûts sont appelés à augmenter. Entre 1979-1981 et 1997-1999, le coût de l'obésité infantile aux États-Unis est passé de 35 à 127 millions de dollars (Wang & Dietz, 2002). Une des limites de ces études réside dans le fait que chez les enfants, plusieurs problèmes de santé chroniques liés à l'obésité surviennent plus tard dans la vie.

En conclusion, il ne fait nul doute que les conséquences tant physiques, psychologiques qu'économiques de l'EP sont bien documentées. L'enfant de 4 à 5 ans présentant ce problème ne vit pas toutes ces conséquences, mais se dirige droit vers elles. D'où l'importance d'agir avant que des dommages soient causés. Ce qui amène à se questionner sur la pertinence d'agir tôt dans l'enfance.

2.4 Importance d'agir tôt dans la vie de l'enfant

Comme mentionné précédemment, la survenue du rebond d'adiposité avant l'âge de six ans s'accompagne d'un risque accru d'obésité à un âge plus avancé (Boonpleng, Park, & Gallo, 2012; Brisbois, Farmer, & McCargar, 2012; Kodama, 2011; Nader et al., 2006; Williams & Goulding, 2009). Selon Williams et Goulding (2009), 42 % des enfants ayant

un rebond d'adiposité entre 3 et 5 ans présentaient de l'embonpoint. De ce nombre, 27 % étaient en situation d'obésité à l'âge de 26 ans. Les enfants de 4 à 5 ans obèses ont 12,3 fois plus de risque d'être obèses au début de la vingtaine alors que les adolescents de 9 à 14 ans obèses ont 45,1 fois plus de risque de l'être au même âge (Rooney et al., 2010).

Gardner et al. (2009) affirment qu'une mesure de l'IMC à 5 ans peut prédire la santé métabolique future d'une personne. Des mesures d'IMC, de résistance à l'insuline, de tension artérielle, de triglycérides et du ratio HDL/LDL auprès de 233 enfants à 5 ans et à 9 ans leur ont permis d'arriver à ce constat. De plus, les résultats de leur étude démontrent que 91 % des filles en EP à 5 ans l'étaient toujours à 9 ans et 70 % des garçons en EP à 5 ans le sont demeurés à 9 ans. Pour leur part, Nader et al. (2006) arrivent à des constats similaires. Dans leur étude menée auprès de 1 042 enfants américains, 60 % des enfants qui présentaient un EP dans la période préscolaire (24-36 ou 54 mois) et 80 % des enfants qui présentaient un EP en période scolaire l'étaient toujours à 12 ans. Les résultats de l'étude de Canning, Courage, et Frizzell (2004) impliquant 4 161 enfants âgés de 3 à 5 ans montrent qu'un enfant sur quatre est en EP dès l'âge de 3 ans, appuyant ainsi l'importance d'intervenir tôt dans l'enfance.

Toutefois, les résultats d'une étude canadienne menée par Hejazi, Dahinten, Marshall et Ratner (2009) indiquent que les trajectoires menant à l'obésité chez l'enfant ne sont pas évidentes à comprendre. Ainsi, selon leurs résultats, seulement 14 % des filles et 11 % des garçons présentant de l'obésité à l'âge préscolaire ont conservé ce statut six ans plus tard. De plus, l'IMC chez 22 % des filles et 19 % des garçons obèses en période préscolaire est revenu dans la norme sur la période de six ans pendant laquelle les chercheurs les ont suivis.

Pour conclure, sachant que les jeunes enfants sont influencés par l'environnement alimentaire des adultes qui les entourent, intervenir auprès de la famille s'avère une approche des plus pertinentes (Addessi, Galloway, Visalberghi, & Birch, 2005). En bas âge, les enfants développent leurs habitudes de vie au sein de leur famille (Campbell, Crawford, & Ball, 2006; Jansen et al., 2012). En outre, peu importe le statut pondéral de l'enfant, il est dans l'intérêt de la population générale de mettre en place des actions visant

à promouvoir l'adoption de SHV très tôt dans l'enfance. Des actions en ce sens auraient l'avantage d'agir sur plus d'un déterminant de la santé, notamment sur : l'environnement physique et socioéconomique, les habitudes de vie de la famille, les caractéristiques individuelles (ex. motivation intrinsèque) et les services de santé offerts (Litvak et al., 2006; Renaud & Lafontaine, 2011). La promotion de SHV a pour but d'offrir aux enfants un avenir prometteur sur le plan de la santé

2.5 Perception des parents

La perception est ici envisagée comme la connaissance ou la conscience d'un fait relatif à une situation donnée. La perception qu'ont les parents du poids des enfants et leur perception des habitudes de vie des enfants âgés de 4 à 5 ans sont présentées dans les deux sections suivantes.

2.5.1 Perception du poids des enfants

Des études quantitatives portant sur la perception visent à déterminer si les parents sont conscients du statut pondéral de leur enfant tel qu'évalué selon un des systèmes de classification du poids des enfants reconnus (poids insuffisant, poids normal, embonpoint ou obésité). Les principales études sur le sujet sont présentées au tableau 4 ainsi que le résumé de leurs principales conclusions.

Tableau 4. Perception parentale du poids des enfants

Auteurs	Pays	n	âge	Principales conclusions
Bossink-Tuna et al. (2009)	Pays-Bas	635	2–4	87 % des parents d'enfants obèses ne percevaient pas leur enfant comme obèse.
Crawford et al. (2006)	Australie	291	5-6	89 % des parents d'enfants en EP n'ont pas perçu leur enfant comme tel. 71 % des parents se disent non concernés par le poids de leur enfant. 31 % des parents disent poser des actions pour prévenir les problèmes de poids.
Juliusson et al. (2011)	Belgique	3770	2-19	Pour le sous-groupe des 2 à 5 ans, 91 % des parents d'enfants présentant un EP considèrent que leur enfant a un poids normal.
Manios et al. (2009)	Grèce	2287	2–5	54,5 % des parents d'enfants obèses et de 88,3 % d'enfants en embonpoint ont perçu leur enfant comme ayant un poids normal.
Perrin et al. (2010)	États-Unis	115	4-12	42 % des parents d'enfants en EP pensent que leur enfant a un poids normal.
Vuorela et al. (2010)	Finlande	310	5-11	72,7 % de parents de garçons obèses et de 93,8 % de filles obèses à 5 ans les ont classés comme de poids normal.
Wald et al. (2007)	États-Unis	612	3–12	82,5 % des parents d'enfants de 3-5 ans obèses n'ont pas déterminé que leur enfant avait un poids excessif.

Malgré les différences dans l'âge des enfants ayant participé à ces études, elles concluent toutes que la majorité des parents ne réalisent pas ou n'admettent pas que leur enfant soit en EP lorsque c'est le cas (Bossink-Tuna et al. 2009; Crawford et al. 2006; Doolen, Alpert, & Miller, 2009; Juliusson et al. 2011; Manios et al. 2009; Parry, Netuveli, Parry, & Saxena, 2008; Perrin et al. 2010, Vuorela et al. 2010; Wald et al. 2007). De plus, cette situation est plus prononcée en regard des enfants de moins de 5 ans (Juliusson et al. 2011; Perrin et al. 2010; Vuorela et al. 2010; Wald et al. 2007). Toutefois, une limite de ces études tient au fait qu'elles ne différencient pas la perception du poids de l'enfant du point de vue du parent en fonction de la classe sociale. Il y aurait lieu de se demander si une

différence est présente à ce sujet puisque l'EP est davantage prévalent dans les milieux défavorisés.

2.5.2 Perception des habitudes de vie des jeunes enfants

Certaines études rapportent les comportements adoptés par les parents en regard de l'alimentation, de l'activité physique et du temps que les enfants passent devant un écran (Jaballas, Clark-Ott, Clasen, Stolfi, & Urban, 2011; Pocock, Trivedi, Wills, Bunn, & Magnusson, 2010). Toutefois, l'état actuel des connaissances ne nous renseigne pas sur les perceptions des habitudes de vie des enfants de 4 à 5 ans du point de vue du parent. Par ailleurs, il serait intéressant de s'interroger sur la signification ou les représentations sociales qu'ont les parents du poids des enfants de 4 à 5 ans et des habitudes de vie de ces derniers. La connaissance des RS fournirait une vision plus holistique du point de vue des parents à ce sujet, étant donné qu'elles sont formées non seulement des perceptions, mais également d'autres dimensions.

2.6 Représentation sociale du parent

Selon Abric (1994), les RS sont définies comme une activité mentale par laquelle un groupe reconstitue la réalité et lui attribue un sens. La théorie sociale d'Abric sur les RS est présentée à la section 2.9 de la thèse portant sur les cadres de référence de la présente étude. Il est noté que peu d'études se sont attardées à la RS parentale du poids et des habitudes de vie des enfants de 4 à 5 ans.

2.6.1 Représentation sociale du poids des enfants

Il n'existe aucune étude ayant porté spécifiquement sur la RS que se font les parents du poids des enfants de 4-5 ans. Toutefois, la perception étant une dimension de la RS (Abric, 1994), quelques études qualitatives portant sur la perception du poids apportent un éclairage sur la notion de représentation. De ces études qualitatives, certains résultats nous permettent d'entrevoir en partie la RS du parent. Pelicand et Doumont (2005) ont compilé une cinquantaine de ces études pour en extirper les éléments susceptibles de porter un éclairage sur la RS du poids des enfants du point de vue du parent. Parmi les éléments mis

en évidence, on retrouve la croyance que l'obésité est moins grave que des problèmes tels que le tabagisme passif (Etelson, Brand, Patrick, & Shirali, 2003) et que l'EP devient un problème médical seulement lorsque l'enfant ne peut participer à des activités physiques avec des pairs (Jain et al., 2001). En outre, selon certains parents, les enfants obèses sont « grands et forts» et un « gros bébé » symbolise une bonne santé et de bons soins parentaux (Maynard, Galuska, Blanck, & Serdula, 2003). Plusieurs mères croient que l'enfant qui présente un EP grandira et que l'EP disparaîtra inévitablement (Jain et al., 2001). Des parents pensent que le poids et la taille sont pré déterminés et donc impossibles à changer (Jain et al., 2001). Quoiqu'intéressants ces éléments ne peuvent être utilisés pour identifier globalement la RS des parents au sujet du poids des enfants de 4 à 5 ans. Une description plus large des opinions, attitudes, croyances et connaissances, c'est-à-dire la description d'une RS complète, plus en profondeur concernant le poids des enfants de 4 à 5 ans du point de vue du parent, pourrait aider à comprendre la perspective parentale. Cette connaissance pourrait également guider les efforts actuels des infirmières pour promouvoir de SHV chez les parents de jeunes enfants, puisque la RS d'un phénomène influence les comportements adoptés par les personnes (Abric, 1994).

2.6.2 Représentation sociale des habitudes de vie des jeunes enfants

Le constat est le même que pour la RS du poids de l'enfant, à savoir qu'aucune étude recensée n'a porté spécifiquement sur la RS des habitudes de vie de l'enfant de 4 à 5 ans du point de vue du parent. Toutefois, des études qualitatives permettent d'en dégager un aperçu. La revue systématique réalisée par Pocock et al. (2010) présente 21 études portant sur la perception parentale concernant les comportements de santé susceptibles de prévenir l'EP. Il en ressort que plusieurs parents attribuent le problème de poids à l'alimentation. D'ailleurs, certains affirment que ce n'est pas l'augmentation des heures passées devant un écran qui constitue la source du problème, mais bien l'alimentation. Ils soulèvent l'importance de l'activité physique, mais avouent être préoccupés par la question de la sécurité de leur enfant s'il marche pour se rendre à l'école ou s'il va jouer au parc. Un élément émerge de plusieurs études recensées par les auteurs, à savoir que les parents dénoncent le manque de temps pour cuisiner des mets santé et pratiquer de l'activité physique. Par ailleurs, le constat de ces études porte à croire que les parents se représentent

les habitudes de vie saines somme difficiles à intégrer au quotidien. Toutefois, il est hasardeux d'affirmer ceci considérant les limites de l'état actuel des connaissances à ce sujet.

2.7 Activités de promotion de saines habitudes de vie

Certaines activités ou programmes de promotion de la santé recensés s'adressent à l'ensemble de la population des enfants, tandis que d'autres programmes ciblent les enfants présentant un EP reconnu. Dans le cadre de cette étude, nous nous pencherons sur les interventions visant la promotion de la santé et la prévention pour tous. Cependant, les études s'adressant spécifiquement à cette clientèle sont moins fréquentes que celles s'adressant aux enfants présentant déjà un excès pondéral. De plus, face à la rareté des études pour le groupe d'âge préscolaire les travaux présentés dans cette section incluent aussi des études visant spécifiquement les enfants en EP. À cet effet, l'objectif de la méta-analyse de Flynn et al. (2006) était d'identifier les meilleurs pratiques dans les programmes préconisant la prévention de l'obésité, donc spécifiques à des enfants présentant un EP. Un total de 147 programmes recensés, dont 26 % considérés comme possibles, utiles et efficaces, ont été analysés. Les meilleures pratiques identifiées dans ces études ciblent la population d'enfants d'âge scolaire. Elles comportent l'évaluation de l'IMC, identification des facteurs de risque liés aux maladies chroniques et la promotion de l'activité physique. Parmi les conclusions tirées de cette méta-analyse, les auteurs ont dénoté le manque de programmes pour les enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans). Une limite de cette méta-analyse concerne les critères d'inclusion très larges pour les programmes d'intervention répertoriés. Par conséquent, il est difficile de comparer les résultats des programmes en termes de leur efficacité, puisque les chercheurs ont utilisé différentes mesures pour l'évaluation de l'efficacité de ces programmes. En définitive, selon l'analyse de Flynn et al. (2006), les résultats des études portant sur des programmes d'interventions ne sont pas concluants et peu d'entre eux s'adressent spécifiquement à des enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans).

Pour leur part, Summerbell et al. (2005) ont aussi réalisé une méta-analyse répertoriant 22 études randomisées afin de mesurer l'impact des interventions de promotion d'un mode de vie sain sur l'alimentation ou l'activité physique, ou une combinaison des deux chez les

enfants. Les résultats montrent que les études sur les interventions sont rarement concluantes et qu'il est difficile de comparer les résultats en raison des mesures de résultats et des dispositifs de recherche dissemblables.

Enfin, Nixon et al. (2012) ont quant à eux réalisé une revue systématique des meilleurs modèles de changement de comportement et stratégies de changement de comportement en prévention de l'obésité chez les 4-6 ans. Ils incluent 12 études dans leur analyse, laquelle leur a permis d'affirmer que les meilleurs résultats sont obtenus en utilisant la théorie sociale cognitive (TSC) ou la théorie de l'apprentissage social (TAS). Ils concluent que les interventions qui offrent des résultats positifs en regard de la prévention de l'obésité visent et favorisent un haut niveau d'engagement des parents, ciblent l'activité physique et les changements alimentaires et incluent un suivi à long terme. Une limite relative de cette revue systématique est le petit nombre d'études considérées.

Dans ces méta-analyses que nous venons de présenter, deux études donnent un aperçu des interventions préventives possibles en regard de l'EP. La première étude réalisée par Harvey-Berino et Rourke (2003) consistait en un essai clinique randomisé auprès de 43 mères d'enfants âgés de 2 ans. L'étude visait à déterminer l'efficacité de l'aide apportée à des parents immigrants afin de réduire l'obésité chez leur enfant. Le but de l'intervention éducative à domicile, étalé sur 16 semaines, était d'améliorer les compétences parentales par de l'enseignement adapté aux besoins de la mère afin de développer une alimentation appropriée et de favoriser l'exercice physique. Les résultats ont montré une diminution de 0,27 de l'IMC chez les mères et un engagement de leur part à surveiller la consommation de nourriture de leur enfant. Dans cette étude, la randomisation de l'échantillon n'était pas spécifiée, seules les mères avec un IMC ≥ 25 ont été incluses et la majorité des mères étaient Amérindiennes, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats à d'autres groupes de la population.

Une seconde étude, réalisée par Dennison, Russo, Burdick, et Jenkins (2004), impliquant 83 dyades mère/enfant avait pour objectif d'élaborer et d'évaluer une intervention visant à réduire le temps d'écoute de la télévision. Le programme d'intervention s'étalait sur 39 semaines et comportait 32 sessions éducatives d'une heure

sur l'alimentation et sept sessions visant à encourager la diminution de l'écoute de la télévision pour les parents et les enfants. L'essai clinique a démontré que les enfants ont réduit leur temps d'écoute de la télévision. Cependant, les temps réels d'écoute n'ont pas été mesurés. L'estimation parentale de l'activité sédentaire de l'enfant dans les semaines précédant l'intervention était inférieure à celle suivant l'intervention. Sachant que le temps passé devant un écran réduit le temps consacré aux activités physiques, les résultats de cette étude semblent intéressants par la mise en lumière d'un facteur modifiable par des interventions ciblées. Cependant, l'impact sur le poids n'y est pas présenté.

D'autres études ont été publiées depuis la méta-analyse de Summerbell et al. (2005). Entre autres, Marcus et al. (2009) ont réalisé un essai randomisé auprès de 3 135 enfants suédois du premier au quatrième niveau primaire. L'intervention était offerte à tous sans égard à l'IMC de l'enfant. Ils ont inclus cinq écoles dans le groupe intervention et cinq écoles dans le groupe témoin. L'intervention visait un changement tant dans l'alimentation disponible à l'école que dans la boîte à lunch par une diminution des gras, une augmentation des produits à grains entiers, l'élimination des boissons sucrées, l'augmentation de l'activité physique à 30 minutes par jour et la diminution des activités sédentaires au service de garde après l'école. Les mesures incluaient, entre autres, l'évaluation de l'IMC et un bilan alimentaire par le parent. Les résultats démontrent que le groupe intervention présente une diminution de 3,2 % de l'EP (20,3 à 17,1) et une augmentation de la consommation d'aliments sains. Pour le groupe témoin, une augmentation de l'IMC de 2,8 % (16,1 à 18,9) a été notée.

Pour leur part, Jouret et al. (2009) ont mené une étude auprès de 1 253 enfants français fréquentant 79 garderies. Trois groupes ont été formés : 1) EPIPOI-1, ce groupe recevait de l'information sur l'EP, la santé et un suivi médical, 2) EPIPOI-2, ce groupe recevait de l'information sur l'EP, la santé et un suivi médical en plus d'un programme d'éducation, 3) groupe témoin ne recevant aucune intervention. Dans les groupes 1 et 2, une baisse significative de l'IMC a été observée. Selon les auteurs, l'intervention prévue pour EPIPOI-1 semblait suffisante pour faire une différence chez les enfants défavorisés, alors qu'aucun résultat significatif n'a été observé pour les autres enfants.

Quant à eux, Epstein et al. (2008) ont réalisé un essai randomisé auprès de 70 enfants âgés de 4 à 7 ans. Le but était de mesurer l'effet de la diminution du temps devant un écran sur l'IMC. Des mesures ont été effectuées aux six mois durant une période de deux ans. Ces mesures consistaient en l'évaluation de l'IMC, du temps passé devant un écran, du temps consacré à la pratique de l'activité physique et des calories consommées. Les enfants du groupe intervention, ayant reçu de l'enseignement, ont significativement diminué leur IMC, augmenté le nombre d'heures consacrées à l'activité physique et diminué leurs calories consommées.

En résumé, à l'instar des méta-analyses de Summerbell et al. (2005) et de Flynn et al. (2006), d'autres études citées après 2006 arrivent à des résultats prometteurs à la suite de la mise en place d'intervention de promotion de SHV. Ainsi, malgré un impact parfois minimal sur le poids des enfants, certaines études avancent des résultats encourageants en regard de l'amélioration des comportements de santé. Les études démontrent ainsi la possibilité de modifier les habitudes de vie à savoir de meilleurs choix alimentaires, l'augmentation de la pratique de l'activité physique et l'adoption de comportements moins sédentaires comme des stratégies et des interventions de promotion de la santé gagnantes. Toutefois, il s'avère aussi nécessaire de définir plus précisément le problème ou la RS que le parent a pour mieux intervenir, car elles influencent les comportements de santé adoptés. Ceci passe aussi par l'identification des groupes cibles (parents, détenteurs d'enjeux, ressources communautaires et professionnels de la santé), qui interagissent avec le milieu familial et l'enfant afin de bien circonscrire le problème (Renaud & Lafontaine, 2011).

Étant donné que les résultats des interventions visant à réduire la surcharge pondérale chez les enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans) ne sont pas tous concluants, la présente étude visera à établir une base pour la conception de futures interventions reposant sur la promotion de la santé selon une approche écologique du phénomène. À cette fin, les points de vue des acteurs entourant l'enfant, c'est-à-dire sa famille (parents), les détenteurs d'enjeux de la communauté, soit les intervenants communautaires et les professionnels de la santé, et des experts du problème seront explorés. Ainsi, des interventions adaptées aux parents et potentiellement plus efficaces pourront être mises de l'avant. En ciblant les professionnels de la santé qui entrent régulièrement en contact avec le parent pendant la

période préscolaire, à savoir les infirmières, cette étude se veut fondamentalement orientée vers la promotion de la santé. En déterminant des actions de soutien concrètes visant l'adoption de SHV pour les parents d'enfants de 4 à 5 ans, l'infirmière assume son rôle en promotion de la santé

2.8 Synthèse des écrits

La recension des écrits a permis d'établir les connaissances actuelles entourant la problématique de l'EP chez le jeune enfant ainsi que de déterminer les actions de promotion de SHV évaluées pour contrer cette situation. Pour bien comprendre la situation, la définition de l'EP ainsi que son appréciation par divers systèmes de classification du poids des enfants ont été présentées. Ensuite, l'ampleur de la situation de l'EP au niveau mondial, national et provincial a démontré que la situation était toujours digne d'intérêt puisqu'elle est présente chez plusieurs enfants et entraîne des conséquences tant sur les plans physiques que psychologiques. En plus, du point de vue économique, l'analyse actuelle de la problématique de l'EP laisse entrevoir une pression inquiétante pour les services de santé dans le futur.

Au cœur du problème de l'EP, les habitudes de vie jouent un rôle déterminant. À ce sujet, les professionnels de la santé, dont les infirmières, ont une opportunité d'agir auprès des familles avec jeunes enfants afin de promouvoir l'adoption de SHV, notamment dans le cadre du suivi vaccinal. Les habitudes de vie pour le jeune enfant sont intimement liées à ceux de ses parents et agir tôt dans la vie de l'enfant s'avère une stratégie gagnante relativement à la prévention des problèmes de poids.

Afin de pousser l'analyse des connaissances sur le phénomène de l'excès pondéral, les perceptions qu'ont les parents du poids et des habitudes de vie qui y sont intimement liées ont été présentées. Il a été établi que les parents perçoivent peu ou pas l'EP quand il est présent chez leur enfant. Par contre, les raisons pouvant expliquer ce constat, soit la signification (les RS) que les parents accordent au poids et aux habitudes de vie sont méconnues.

Malgré cette méconnaissance des RS du poids et des habitudes de vie de l'enfant du point de vue parentale, des interventions visant la promotion de la santé et la prévention des problèmes de poids ont été tentées. Elles n'ont pas obtenu de résultats percutants, elles sont néanmoins intéressantes. En ce sens, l'étude réalisée dans le cadre de cette thèse vise, entre autres, le développement des connaissances concernant les RS du poids et des habitudes de vie afin que des stratégies d'intervention mieux ancrées à la réalité parentale voient le jour.

2.9 Cadres théoriques de l'étude

Considérant les conclusions au sujet de la non-perception des parents de la présence de l'EP chez leur enfant d'âge préscolaire et du rôle fondamental qu'ils jouent dans l'adoption des habitudes de vie de leur enfant, les cadres conceptuels utilisés pour cette étude seront : la théorie des RS d'Abric pour mieux définir la perspective parentale concurremment avec le modèle transthéorique (MTT) (Prochaska & DiClemente, 1994) afin de mieux situer l'évolution du parent dans le processus de changement de comportement et ce, à priori dans une perspective écologique fondamentale à l'élaboration d'une intervention de promotion de la santé.

2.9.1 La promotion de la santé : perspective issue du modèle écologique

La promotion de la santé apparaît comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa, 1986). La Charte d'Ottawa (1986) propose des champs d'action pour l'intervention en promotion de la santé, à savoir l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes personnelles des individus et la réorientation des services de santé (Sharma & Romas, 2008). Ces champs d'action peuvent servir de cadre de référence pour la pratique infirmière en promotion de la santé.

L'empowerment constitue un principe fondamental à la promotion de la santé (Déry, 2010), les individus et les communautés doivent être au centre de l'action et des processus de décision (Déclaration de Jakarta, 1997). Selon ce principe, les activités de promotion de la santé, visent à rendre autonomes les individus et les communautés en regard de leur santé. En ce sens, selon Rootman, Goodstadt, Hyndman, McQueen, Potvin et Springett (2001), les principaux critères pour déterminer si une action s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé est l'ampleur de l'engagement individuel dans un processus d'autodétermination ou du développement de la capacité d'une communauté.

Tel que mentionné au paragraphe précédent, l'intervention en promotion de la santé dépasse largement le soutien au développement des habiletés individuelles et englobe une dimension communautaire. La capacité communautaire est un concept englobant qui regroupe plusieurs éléments (McEwen & Wills, 2011). Ce concept se définit selon Wendel et al. (2009) par les habiletés des individus de la communauté à être ensemble, à apprendre et à prendre des décisions adéquates. Ce concept découle d'un intérêt accru de mobilisation des communautés pour leur santé. La communauté doit avoir des fondations solides pour mettre en place des programmes de promotion de la santé. En ce sens, le renforcement de la capacité communautaire en regard de la santé de ses membres est souhaitable et peut devenir un levier important. Dans son intervention en promotion de la santé, l'infirmière doit s'appuyer sur la capacité de la communauté à faire face au changement (Kittinger et al., 2012), par exemple par la création de comités locaux pour la création d'environnements

favorables à la santé. La capacité communautaire se traduit par une communauté présentant du leadership, des ressources et des connaissances nécessaires au changement. Ainsi, la capacité de la communauté soutient, par ses influences, les changements de comportements des individus et des familles en relation de réciprocité avec l'environnement.

Le point d'intérêt de la présente étude concerne les stratégies de promotion de la santé, plus particulièrement en rapport avec les comportements de santé liés à l'adoption de SHV dès l'enfance. Or, la promotion de la santé repose sur une conception écologique de la santé (Green & Kreuter, 2005; Renaud & Lafontaine, 2011), d'où l'importance de fonder cette recherche sur une telle conception. Ainsi, la recherche de solutions pour promouvoir de SHV chez les jeunes enfants couvrira un plus vaste éventail de possibilités d'interventions.

L'utilisation du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) apparaît pertinente dans le cadre de cette étude, car elle permettait de choisir des solutions ou stratégies d'intervention visant plusieurs déterminants de la santé. L'émergence de plusieurs interventions de nature différente en promotion de la santé concernant l'adoption de SHV a confirmé la pertinence d'utiliser ce modèle ainsi que des programmes en promotion de la santé basés sur ce modèle tels les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et le programme École en santé.

Le modèle écologique décrit par Bronfenbrenner (1994) permet de rendre compte d'un phénomène complexe et multidimensionnel tel que la problématique du poids. Le modèle écologique prend en compte que la santé repose sur plusieurs composantes, donc qu'elle est influencée par de multiples variables individuelles, environnementales, sociales, économiques, politiques, culturelles et autres. Ce modèle cadre avec la définition de la santé de l'OIIQ (2010), soit qu'elle est:

> Un processus dynamique et continu dans lequel une personne (famille, groupe ou collectivité) aspire à un état d'équilibre favorisant son bien-être et sa qualité de vie. Ce processus implique l'adaptation à de multiples facteurs environnementaux, un apprentissage ainsi qu'un engagement de la personne et de la société. (p.9)

Bronfenbrenner (1994,1996) propose un modèle comprenant des systèmes en interactions qui sont associés au développement humain, lesquels sont : l'ontosystème, le

microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. Dans le cadre de cette étude, l'ontosystème comprend les caractéristiques propres à l'enfant. Le microsystème quant à lui, inclut la famille et le milieu de garde de l'enfant. Le mésosystème considère les interactions entre les deux systèmes précédents, par exemple entre la famille et le service de garde ou entre la famille et les services de santé. L'exosystème se rapporte aux structures, services, ressources communautaires, programmes et politiques concernant les parents et les enfants, particulièrement en ce qui concerne la promotion de l'adoption de SHV et interagissant avec les systèmes présentés précédemment. Pour sa part, le macrosystème comprend les valeurs, les croyances et la culture sociétale influençant les parents et les enfants en regard de la problématique du poids et des SHV (ex : les individus de tous les âges présentent de plus en plus un EP ainsi l'EP est davantage vu comme normal). Enfin, le chronosystème comprend les influences découlant du passage du temps, par exemple l'expérience de la personne sur les comportements ultérieurs qu'elle adopte ou dans le cadre de cette étude le fait que l'enfance soit une période clé pour l'apprentissage des habitudes de vie.

Une fois ces dimensions connues, l'opérationnalisation d'une approche écologique en promotion de la santé afin de planifier des interventions en regard d'une problématique demande une structure. Certains auteurs ont décrit en quoi consiste la planification ou la démarche de promotion de la santé (ex. Green & Kreuter, 2005). Aux fins de la présente étude, celle de Renaud et Lafontaine (2011) a été retenue parce qu'elle est issue des travaux du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) reconnu dans plusieurs pays en matière de promotion de la santé. Ces auteurs utilisent l'approche écologique pour orienter des programmes de promotion de la santé. De plus, leur démarche s'apparente à celle de la recherche-action.

Ainsi, Renaud et Lafontaine (2011) proposent une démarche de promotion de la santé selon une approche écologique comportant deux phases. La première phase comprend quatre étapes qui sont : 1) définir le problème sur lequel agir, 2) identifier les cibles, 3) identifier les facteurs qui influencent les cibles et 4) identifier les stratégies et les activités. Quant à la deuxième phase, elle inclut : 5) la réalisation d'une réflexion individuelle et collaborative, 6) l'établissement de l'adéquation avec les besoins de la population, 7) le

portrait des ressources et activités sur le terrain, 8) l'analyse stratégique du contexte d'implantation et 9) l'analyse des parties prenantes pour favoriser les partenariats. Dans le cadre de la présente étude, ce modèle de planification en promotion de la santé permettait de regrouper les solutions proposées par les infirmières. Plus précisément, il facilitait la classification des suggestions émanant du discours des participants quant aux interventions de promotion de comportements de santé sains.

La promotion de la santé repose sur le principe que toutes personnes aspirent à une santé optimale et constitue un des sept buts de la pratique infirmière (OIIQ, 2010). Dans le cadre de la promotion de la santé, l'infirmière est un levier, soutenant (soin) la personne (famille, communauté) afin de maintenir ou d'améliorer sa santé tout en tenant compte de son environnement. Rappelons que la personne, la santé, l'environnement et le soin constituent les assises de l'exercice (métaparadigme) professionnel infirmier (Fawcett, 2005; OIIQ, 2010; Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Selon l'AIIC (2008), les infirmières influencent positivement la santé des personnes et de leurs communautés par leurs interventions qui tient compte de plusieurs dimensions ou déterminants de la santé. La façon de voir les quatre concepts du métaparadigme infirmier et leurs interrelations selon une approche écologique de promotion de la santé correspond aux valeurs et postulats avancés par l'OIIQ tels que de considérer la personne comme un être global et d'adopter une vision holistique du soin (OIIQ, 2010). L'infirmière a une approche positive de la santé dans le but de favoriser le bien-être de la population ne se limitant pas à une approche défensive (curative) telle que la lutte contre les maladies (Gottlieb & Feeley, 2007). En ce sens, elle est une ambassadrice de la promotion de la santé.

L'infirmière a en effet un rôle de leader à jouer dans la promotion de la santé (ACSP, 2010). Étant une spécialiste de la santé, elle occupe une place privilégiée pour promouvoir de SHV. La profession infirmière est celle qui comporte le nombre le plus élevé de professionnels dans le domaine de la santé (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2012), en plus de bénéficier d'un contact fréquent et étroit avec les jeunes enfants et leurs parents par exemple lors des suivis relatifs à la vaccination. Grâce à sa formation et à son approche holistique, l'infirmière peut être une ressource importante afin d'accompagner le parent dans son cheminement vers l'adoption de SHV pour son enfant. En établissant une relation

de partenariat centrée sur les besoins et les expériences de santé de la personne et sa famille (Gottlieb & Feeley, 2007), elle leur fournit les données et outils nécessaires afin que leur choix en matière de santé soit éclairé. Les capacités et connaissances de la personne (famille) sont ainsi améliorées et elle se sent plus compétente et motivée à choisir de façon autonome les comportements visant à améliorer ou maintenir sa santé. Un des rôles de l'infirmière en promotion de la santé est d'éclairer et faciliter la décision menant à l'adoption de SHV. Elle a donc le pouvoir d'agir sur le développement de la capacité des parents à faire des choix sains, ce qui serait susceptible de contribuer à l'empowerment de ces derniers en favorisant leur engagement en regard de leur santé.

La promotion de la santé est en cohérence avec la pratique professionnelle infirmière qui prend en considération les dimensions collective et socio-politique de la santé en ciblant des actions sur les déterminants de la santé (Borchardt, 2000; Brocklehurst, 2004; Pender, Murdaugh & Parsons, 2002; Whitchead, 2003). Elle devient une manière d'approcher la multiplicité des facteurs qui interagissent avec la santé. L'infirmière qui intervient afin de promouvoir la santé s'associe à la population pour définir les problèmes, les besoins, les solutions et les interventions en regard d'un problème. Afin de bien comprendre cette dernière, la théorie des RS qui fait l'objet de la section suivant lui sera d'un grand recours.

2.9.2 Théorie des représentations sociales

De nombreux auteurs ont étudié la notion des RS (Abric, 1994; Blanc, 2006; Doise, 1986; Jodelet, 1988; Moliner, 1996; Moscovici, 1961; Roussiau & Bonardi, 2001). Aux fins de la présente étude, la théorie des RS d'Abric (1994), issue des travaux phares de Moscovici et Jodelet, a été privilégiée. D'abord, Moscovici a travaillé, à compter des années soixante, à la reconnaissance conceptuelle des RS. Il a élaboré une théorie générale de construction mentale et sociale par rapport à un objet social, imaginaire, réel ou symbolique (Blanc, 2006). Moscovici définit les RS comme : « une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre les individus » (Moscovici, 1961, p. 302). Par Moscovici, le caractère tangible des RS (paroles, gestes, rencontres) a émergé. Puis, entre les années soixante et quatre-vingt, le concept a acquis un statut théorique incontestable. Ensuite, Jodelet (1989) a

introduit la notion de sens commun. La RS est, pour elle, une « forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune. » (Jodelet, 1989, p. 36). La RS forme les traces d'un consensus et contient des diversités d'expressions individuelles (Jodelet, 1989). Elle a donc une influence indéniable sur les comportements adoptés.

La théorie des RS permettra de bien définir la structure de la perspective parentale quant au poids et aux habitudes de vie de l'enfant de 4-5 ans. Pour sa part, Abric (2001) définit les RS comme : « un ensemble organisé et structuré d'information, de croyances, d'opinions et d'attitudes, elles constituent un système central (ou noyau central) et un système périphérique. » (p.82). Par ailleurs, les RS sont :

> Un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et social et va déterminer leur comportement ou leurs pratiques. La représentation sociale est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de précodage de la réalité, car elle détermine l'ensemble d'anticipations et d'actions. (Abric, 1994, p. 13)

> La représentation [sociale] est informative et explicative de la nature des liens sociaux intra et inter groupes, et des relations des individus à leur environnement social. Par là, elle est un élément essentiel dans la compréhension des déterminants des comportements et des pratiques sociales. Par ses fonctions d'élaboration d'un sens commun, de construction de l'identité sociale, par les attentes et les anticipations qu'elle génère, elle est à l'origine des pratiques sociales. (1994, p.18).

Elles forment un filtre interprétatif (Abric, 1994), par conséquent, l'identifier permet de comprendre les pratiques sociales. D'ailleurs, Abric considère que la RS est en amont des prises de position. Ainsi, elle guide l'action et influence l'adoption de comportements de santé (Abric, 1994). L'intérêt de comprendre les RS dans le domaine de la santé réside dans le fait qu'elles sont une source de modulation des comportements.

Il importe de préciser que la RS a quatre fonctions essentielles : la fonction du savoir, la fonction identitaire, la fonction d'orientation et la fonction justificatrice. La fonction du savoir permet de comprendre et d'expliquer la réalité (Abric, 1994). La fonction identitaire définit l'identité à un groupe, soit l'appartenance. La fonction d'orientation guide les

comportements et les pratiques. Pour sa part, la fonction justificatrice appuie les pratiques et comportements adoptés en regard d'un phénomène. Selon Abric, « L'analyse des fonctions des RS démontre bien comment elles sont indispensables dans la compréhension de la dynamique sociale. » (1994, p.18).

Abric (1994) considère que la RS est organisée autour d'un noyau central et des éléments périphériques gravitent autour de ce noyau. Le noyau central est lié aux aspects historiques et sociologiques et repose sur les valeurs et normes : il forme le sens commun relatif à un phénomène. Quant à lui, le système périphérique est déterminé par l'individu selon son contexte. Ainsi, il permet une certaine adaptation de l'individu à son expérience (Abric, 1994).

Un volet de cette étude portera sur l'exploration de la RS des parents en regard du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans. Ainsi, la théorie des RS d'Abric orientera la collecte des données auprès des parents. À titre d'exemple, les entrevues permettront d'explorer les dimensions de la représentation sociale (croyances, opinions, etc.) afin de dégager ultérieurement la structure de la RS. Une meilleure compréhension des RS enrichira la réflexion et l'action sous-jacentes à la recherche de solutions pour la promotion de SHV dans le cadre de cette recherche-action.

À la lumière des RS qui émergeront, il sera plus facile de comprendre les comportements de santé (habitudes de vie) adoptés par les parents pour leur famille. À partir de cette meilleure compréhension, les stratégies de promotion de l'adoption de SHV proposées pourront être basées sur les RS. Les particularités du processus de changement de comportement, quant à elles s'appuieront sur le MTT.

2.9.3 Le modèle transthéorique

Le MTT permet d'expliquer et de mieux comprendre le processus de changement de comportements (Sharma & Romas, 2008). Selon ce modèle, le processus de changement de comportement comporte six stades, ce qui nous permet de comprendre quand se produisent les changements dans les pensées, les intentions, les attitudes ou les comportements

(Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Les stades de changement de comportement sont décrits au tableau 5.

De plus, ce modèle a été utilisé avec succès dans les interventions auprès des familles. Par exemple, Weiss (2007) s'en est inspiré pour développer un programme d'éducation thérapeutique pour les enfants asthmatiques et leur famille.

Tableau 5. Stades du modèle transthéorique

(Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994)

Stades	Description	Interventions
1 Précontemplation	Ne ressent pas le besoin de changement, nie le problème, n'a aucun intérêt dans le changement	Évaluer la confiance en soi, discuter des avantages et inconvénients du comportement à changer
2 Contemplation	Reconnaît le problème, recueille des informations, ne prend pas de mesures de changement	Sensibiliser
3 Préparation	Décidé à agir, prévoit le changement	Discuter des avantages et des inconvénients aux changements, aider et guider l'individu, lui rappeler ses succès passés
4 Action	Applique le changement comportemental	Discuter des avantages et des inconvénients du changement et fournir un renforcement positif
5 Maintien	Adopte des modifications de style de vie	Renforcer positivement les comportements souhaités, rappeler les succès et reconnaître les signes de danger (rechute)
6 Terminaison	Le problème initial n'est plus une tentation	

Lors de l'utilisation du MTT, l'infirmière doit d'abord identifier le stade de changement de comportement chez les parents de l'enfant. En regard de l'adoption de SHV par le jeune enfant, les parents en ne percevant pas ou peu le problème d'EP chez l'enfant, se situent aux stades 1 ou 2. À la lumière des écrits, il semble que les interventions de promotion de SHV, par exemple l'éducation en regard de la consommation d'aliments sains, sont davantage susceptibles d'atteindre les parents de jeunes enfants si ces derniers sont aux stades 3 et 4 du modèle (Howard, 2007; Sealy & Farmer, 2011). Ils sont alors aptes à prendre conscience du problème et à se sentir concernés par la consommation d'aliments sains. Ainsi, les interventions à ce moment (stades 3 et 4) visent à promouvoir

l'adoption d'un régime alimentaire sain ou à faire de l'activité physique. Ces actions correspondent à des changements de comportement qui nécessitent une intention d'agir face au problème reconnu à ce titre comme important et représentant un risque pour l'enfant.

Par contre, si les parents ne considèrent pas leur enfant comme en EP ou à risque, pourquoi auraient-ils l'intention de changer leurs habitudes de vie? Ainsi, il y a une incompatibilité entre le stade où se retrouvent de nombreux parents (stades 1 et 2) et le stade ciblé par les interventions (stades 3 et 4). Étant donné que la plupart des parents sont à des stades 1 et 2 en ce qui concerne les actions à mettre en œuvre pour agir face à l'EP de l'enfant (Howard, 2007), il est essentiel de comprendre la RS qu'ils se font du poids et des habitudes de vie des enfants afin d'élaborer des stratégies de promotion de la santé adaptées à leur perspective en précisant leurs croyances, attitudes, opinions et connaissances sur le sujet.

Ainsi, si le parent se situe aux stades 1 et 2, l'infirmière sera mieux outillée par la connaissance des RS du parent pour agir sur l'équilibre décisionnel et la perception de l'efficacité personnelle de ce dernier afin de le soutenir en vue d'un éventuel changement dans les comportements de santé adoptés pour son enfant. L'équilibre décisionnel est l'importance que le parent accorde aux avantages et aux inconvénients d'un changement des habitudes de vie. Cette dernière varie selon les stades de changement. Quant à la perception de l'efficacité personnelle, elle constitue le niveau de confiance du parent quant à sa capacité à réussir le changement. Selon Prochaska et al. (1994), ces étapes sont importantes pour atteindre une libération sociale, soit une conscientisation en regard du problème afin de se sentir responsable et commencer à percevoir des bénéfices à un éventuel changement.

Pour conclure la section portant sur les cadres de références, nous pouvons résumer en affirmant que la théorie de la RS d'Abric (1994) permettra de circonscrire la signification accordée par les parents en regard du poids et des habitudes de vie des jeunes enfants. Cette étape sera susceptible d'améliorer notre compréhension du point de vue parental en regard de l'adoption des SHV qu'il privilégie pour son enfant, car les RS influencent les comportements de santé adoptés. Quant au MTT de Prochaska et DiClemente (1994), il

permettra de cibler le niveau d'intervention répondant le mieux aux besoins du parent, c'est-à-dire des interventions qui prennent notamment en compte les RSqu'il a du poids et des habitudes de vie. La mise en lumière des RS du parent aidera à cerner à quel stade de changement de comportement il se situe selon le MTT. Cette information peut guider l'infirmière dans le choix d'interventions appropriées à la situation du parent, car elle fournit une information sur la situation dans la population concernée (macrosystème). Enfin, le modèle écologique permettra de fonder la recherche de solutions selon une approche en cohérence avec la promotion de la santé, concept central sur lequel repose la présente thèse doctorale.

Troisième chapitre

ARTICLE : MATÉRIEL ET MÉTHODE (protocole)

Dans ce chapitre de la thèse, une publication est présentée. Cette publication constitue le protocole de la recherche et expose donc la méthodologie adoptée dans le cadre de l'étude.

Titre de l'article: Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle

Auteures de l'article: Lucie Lemelin, Frances Gallagher, Jeannie Haggerty

Statut de l'article: Publié

Journal : BMC Nursing

Lemelin, L., Gallagher, F., & Haggerty, J. (2012). Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle. *BMC Nursing, 11(12)*, 2-11

Avant-propos:

L'article consiste en la présentation d'un protocole de recherche. Il a été rédigé par la doctorante. Les coauteures ont soumis des commentaires et suggestions à cette dernière qui a apporté des correctifs pour l'obtention d'une version à soumettre au journal sélectionné. Ainsi, l'article décrit de manière exhaustive la méthode de recherche utilisée dans l'étude doctorale.

Le protocole est présenté selon les exigences de rédaction de la revue. Donc, les références sont détaillées dans le style « Vancouver ».

Résumé

Contexte. L'obésité infantile est une épidémie de santé publique. Au Canada, 21,5% des enfants âgés de 2 à 5 sont en excès de poids, ce qui entraîne des conséquences physiques et psychologiques pour l'enfant et des conséquences économiques pour la société. La plupart du temps, les parents ne perçoivent pas que leur enfant présente un excès de poids. Une façon de prévenir l'excès de poids est d'adopter un mode de vie sain. Les infirmières qui ont un contact privilégié avec les jeunes familles peuvent se demander quelle est la meilleure façon de soutenir les parents dans l'adoption d'un mode de vie sain dans le contexte où ils ne perçoivent pas l'excès de poids de leur enfant? Une meilleure compréhension de la RS des parents du poids et des habitudes de vie des enfants pourrait guider l'élaboration de solutions adaptées à leurs besoins. **Méthodes**. Cette étude utilise un dispositif de recherche-action, c'est-à-dire une approche participative mobilisant toutes les parties prenantes autour d'un problème à résoudre. Le but de l'étude est d'identifier, avec les infirmières qui travaillent en petite enfance - familles, les moyens de promouvoir l'adoption d'un mode de vie sain par les parents d'enfants d'âge préscolaire. Les objectifs poursuivis sont: 1) décrire la prévalence de l'excès de poids chez les enfants d'âge préscolaire au moment de la vaccination, 2) décrire la RS du poids et des habitudes de vie des enfants du point de vue des parents; 3) explorer le point de vue des infirmières quant aux pistes de solution susceptibles de soutenir les parents dans l'adoption d'un mode de vie sain à la lumière des résultats des objectifs 1 et 2 ; 4) établir un consensus et identifier des priorités concernant les pistes de solution. Tout d'abord, une enquête sera menée dans les cliniques de vaccination auprès de 288 enfants de 4-5 ans. Ils seront pesés et mesurés. Ensuite, des entrevues semi-dirigées seront menées auprès de 20 parents d'enfant de poids normal et en excès de poids afin de décrire leur représentation du poids et des habitudes de vie des enfants. Sur la base des résultats de ces deux premières étapes, un groupe de discussion focalisé mené auprès d'infirmières permettra d'identifier des pistes de solution à la promotion de l'adoption d'un mode de vie sain par les parents. Enfin, des groupes de discussion de parents et ensuite d'experts donneront leur avis sur ces stratégies. Des analyses statistiques descriptives et des corrélations se feront sur les données d'enquêtes quantitatives à l'aide de SPSS. Les données qualitatives seront analysées à l'aide de l'approche de Huberman et Miles (2003). Le logiciel NVivo sera utilisé pour l'analyse et la gestion des données qualitatives. **Discussion.** La plus-value de cette approche rigoureuse permettra d'identifier et de développer des stratégies d'intervention possibles en partenariat avec des parents d'enfants d'âge préscolaire.

Mots-clés: Excès de poids, enfant, garderie, opinion des parents, promotion de la santé, recherche-action.

Abstract

Background. Childhood obesity is a public health epidemic. In Canada 21.5% of children aged 2–5 are overweight, with psychological and physical consequences for the child and economic consequences for society. Parents often do not view their children as overweight. One way to prevent overweight is to adopt a healthy lifestyle (HL). Nurses with direct access to young families could assess overweight and support parents in adopting HL. But what is the best way to support them if they do not view their child as overweight? A better understanding of parents' representation of children's overweight might guide the development of solutions tailored to their needs. **Methods / design**. This study uses an action research design, a participatory approach mobilizing all stakeholders around a problem to be solved. The general objective is to identify, with nurses working with families, ways to promote HL among parents of preschoolers. **Specific objectives** are to: 1) describe the prevalence of overweight in preschoolers at vaccination time; 2) describe the representation of overweight and HL, as reported by preschoolers' parents; 3) explore the views of nurses working with young families regarding possible solutions that could become a clinical tool to promote HL; and 4) try to identify a direction concerning the proposed strategies that could be used by nurses working with this population. First, an epidemiological study will be conducted in vaccination clinics: 288 4–5-year-olds will be weighed and measured. Next, semi-structured interviews will be conducted with 20 parents to describe their representation of HL and their child's weight. Based on the results from these two steps, by means of a focus group nurses will identify possible strategies to the problem. Finally, focus groups of parents, then nurses and finally experts will give their opinions of these strategies in order to find a direction for these strategies. Descriptive and correlational statistical analyses will be done on the quantitative survey data using SPSS. Qualitative data will be analyzed using Huberman and Miles' (2003) approach. NVivo will be used for the analysis and data management. **Discussion.** The anticipated benefits of this rigorous approach will be to identify and develop potential intervention strategies in partnership with preschoolers' parents and produce a clinical tool reflecting the views of parents and nurses working with preschoolers' parents.

Keywords: Overweight, Childhood, Preschool, Parental opinion, Health promotion, Action research.

Introduction

The focus of this study is the promotion of a healthy lifestyle from an early age to prevent increasing overweight in preschool children. This proposal first outlines the background, the study goals and objectives, and the literature review. The literature concerns overweight in preschool children and associated factors, parents' perception of their child's weight and current efforts to promote a healthy lifestyle in young children. The proposal then describes the research design and setting, the sampling, data collection and analysis strategies. Finally, ethical considerations and anticipated benefits are discussed.

Background

Childhood obesity is a public health epidemic; 22 million children under the age of 5 are affected [1]. In Canada 21.5% of children aged 2–5 years [2] and 13.5% of four-year-olds in Quebec (Canada) are overweight [3]. The prevalence doubled between 1978 and 2005. Though self-reported data suggests a more recent stabilization in prevalence, Lamontagne and Hamel [4] caution against over-confidence in this trend because of the social-desirability bias of self-reported data. Although many factors are involved, lifestyle is at the heart of the problem. In the first years of life, parents play a leading role in the development of a healthy lifestyle [5-7].

Lifestyle and thus modifiable factors associated with overweight in preschool children include frequent consumption of sweetened beverages [8], high-calorie processed foods [9], dietary restrictions [10, 11], hours of sleep [12], physical inactivity, and hours spent in front of a screen [13]. So it is not surprising that prevention efforts focus on adopting a healthy lifestyle, namely a healthy diet and increased physical activity [14].

In 2006, Quebec adopted a six-year action plan to promote healthy lifestyles and prevent weight-related problems in children [6]. Priorities include promoting a healthy diet and physically active lifestyle. The plan is aimed at various authorities, including daycare and early childhood educational services, but no direct action with families is envisaged nor have strategies to promote healthy lifestyles in families been defined. One of the objectives of the Quebec program "Integrated perinatal and early childhood services for families

living in vulnerable situations" is to improve family lifestyles. However, this program is aimed at a specific group and not the entire population [15]. The vulnerable target population presents health risks such as substance abuse, alcoholism and violence.

The preschool period is a good time to act. This is confirmed by longitudinal studies on the growth curve. The aim is to delay the adiposity rebound[1] since if it occurs early (before age 6), the risk of being overweight later increases [16-18].[1] The results of a study by Nader et al. [16] indicate that if a child is overweight at age 5, i.e. has a BMI >85th percentile, he/she is five times more likely to be overweight at age 12. However, normal changes in body form and structure at this age [19], complicate accurate perception of overweight.

Being overweight has serious consequences: children can develop low self-esteem and be socially isolated [20] and have a poor self-image as young as age 5 [21]. They also are at risk of cardiovascular disease, modification of the lipid profile, sleep apnea, hypertension and type 2 diabetes in adulthood [22]. Economically, obesity costs the Canadian health care system about $4.3 billion in 2000–2001 [23].

Despite the consequences of overweight for the child and for society, few parents view their children as overweight [24, 25]. Few studies have attempted to do an in-depth analysis of the reasons for this erroneous view. The representation of childhood overweight and a healthy lifestyle from the parents' point of view, which has received little or no attention to date, could shed light on the reasons for this misperception. Representation consists of beliefs, attitudes, opinions and knowledge about something [26]. Thus it guides the actions of parents and, in this case, behaviours and lifestyles of children.

In Quebec, nurses regularly see children for vaccinations and other services prior to school entry. These contacts present an opportunity to take action in early childhood. But how can nurses support families in adopting healthy habits? To answer this question, we have designed an action research study involving nurses, parents and experts to identify the views of parents and healthcare professionals regarding the promotion of a healthy lifestyle and to develop clinical tools based on new knowledge derived from the description of the parents' representation.

Relevance of the study

Currently, in the absence of systematic interventions to promote a healthy lifestyle among parents of preschoolers, it is imperative for nurses to understand the parents' point of view in order to provide them with adequate support. The relevance of this study is that it is important to understand the representation of overweight and healthy lifestyles among preschoolers' parents in order to intervene early and meet their needs effectively. This study is justified because these elements must be clarified in order to tailor interventions to promote healthy lifestyles accordingly. Moreover, the development of healthy lifestyles, healthy development in childhood and the health services available are three determinants of health that need to be targeted to prevent overweight in Canada [7]. Developing a clinical tool for public health nurses will facilitate the provision of evidence-based services and is likely to improve the quality of services. Professional practices will be relevant and based on the viewpoint of parents as key players in adopting healthy lifestyles for their children and helping to address overweight, which is a serious public health problem.

Study goals and objectives

The aim of the study is to identify, with nurses working with families, possible solutions to promote healthy lifestyles among parents of preschool children after exploring parents' representation of overweight and healthy lifestyles in preschoolers. The specific objectives are to: 1) document the current situation (estimate the prevalence of overweight and describe the associated factors) in preschool children attending a vaccination clinic in a region of Quebec, Canada, 2) describe the representation of overweight and health lifestyles according to parents of preschoolers, 3) explore the viewpoint of nurses working with young families concerning possible interventions that could be used to develop a clinical tool to promote healthy lifestyles, and 4) achieve a direction on which strategies to promote and which of the proposed strategies to prioritize.

Literature review

We present current knowledge concerning the issue of overweight in preschool children, specifically: the etiology of overweight and known associated factors the

importance of acting in early childhood and the parents' perception and representation of this issue. Finally, current health promotion efforts to address overweight in children and the conceptual framework used for this research will be presented and justified.

Etiology of overweight and associated factors

For the purpose of this study, the term 'overweight' includes both excess weight and obesity, which are measured by body mass index (BMI).[2] In adults, a BMI of 25 to 30 indicates overweight, and over 30, obesity. In children, three BMI cut-points have been proposed by CDC [27], WHO [28] and IOTF [29], respectively. For the CDC, BMI percentiles classify children as overweight (BMI >85th) and obese (BMI ≥95th). The WHO uses the z-score of BMI-for-age, with children were classified as overweight with a BMI between one and two standard deviations (SD) above the mean and as obese with more than two SD above the mean. This translates to overweight as a BMI >84th and obese as a BMI >97.7th percentile. To obtain accurate baseline values, the IOTF defined BMI thresholds that take the child's age and sex into account. For IOTF, a child is considered overweight with a BMI ≥91th and obese with a BMI ≥99th percentile for their age-sex referent. The IOTF criteria constitute an international definition of childhood overweight. The reference values are based on data obtained from six different countries. This definition makes it possible to assess the prevalence of overweight and compare it to other studies because it was developed specifically for international comparaison.

Etiologically, overweight occurs when calorie intake—the amount of energy consumed–exceeds caloric expenditure over a long period of time [30, 31]. In North America, restaurant portions for children are 24% larger than necessary [32], convenience food is high in calories [33] and children consume large amounts of sweetened beverages [8, 34]. The availability of ready-to-eat food in grocery stores and 'fast food' restaurants contribute to changes in families' eating habits [9]. As for energy expenditure, a sedentary lifestyle, time spent in front of a screen [13, 35, 36] and the presence of a screen (television or monitor) in the child's bedroom all contribute to weight gain [37].

Other parental factors increase the risk of the child being overweight: a) one or both parents being overweight leads to a 50% or 70% higher risk respectively [38]; b) low

family income makes it difficult to afford healthy food [39]; c) mother not having completed high school [13]; and d) dietary restrictions (forbidden fruit is always more attractive) [10, 11]. Also, the risk is higher in preschool children who sleep less than 10 hours per night [12].

Acting early in childhood to promote healthy lifestyles

As mentioned earlier, if the adiposity rebound occurs before age 6, the risk of later obesity is high compared to an adiposity rebound occurring after age 6 [16-18]. Because of this, it is important to act early. In a study by Canning, Courage and Frizzell [40] involving 4161 children from three to five years old, the results show that it is important to take action as young as age 3 since one in four children is overweight by the age of 3½. Knowing that young children can be influenced by the food environment of the adults around them, this factor must be considered when considering the best time to intervene [41]. When the child is young, the family is the place to develop healthy behaviors [5], hence the importance of supporting parents in adopting healthy lifestyles when their children are very young.

Parents' perception of their child's weight

Quantitative studies on perception identified in the literature aim to determine if parents are aware of their child's weight. Six studies, published in English or French, concerning preschool children were published between 2003 and 2010 are presented. Table 1 summarizes the main findings of these studies.

Table 1. Parental perception of child's weight

Authors/Country	Design/Aim	N/yrs	Results
Bossink-Tuna et al. (2009) [24] Netherlands	Cross-sectional surveys Determine parents' perceptions of their child's weight compared to measured weight	635 2–4	87% of parents of overweight children disagreed that their child was overweight
Carnell et al. (2005) United Kingdom [25]		564 3–5	98.1% of parents of overweight children and 82.9% of parents of obese children did not perceive him/her as overweight
Manios et al. (2009) Greece [42]		2287 2–5	55.4% of parents of overweight children and 88.0% of at-risk-of-overweight children perceived him/her as normal weight
Maynard et al. (2003) United States [43]		5500 2–11	32.1% of mothers of overweight children reported that he/she was about the right weight
Vuorela et al. (2010) Finland [44]		310 5	72.7% of parents of overweight boys and 93.8% of overweight girls classified them as normal weight
Wald et al. (2007) United States [45]		612 3–12	82.5% of the parent of 3–5 years-old children their overweight children did not identify their child as overweight

Despite differences in the children's age, target populations and slight variations in how weight perceptions were measured, all of the studies found that the parents did not view their overweight child as having excess weight. The study by Maynard, Galuska, Blanck and Serdula [43] and Manios et al. [42] are the only two with a representative sample of the population nationally. The other studies shown in Table 1 looked at samples from a program for underprivileged children in which overweight is more pronounced. Only four of the five studies concerned preschoolers only.

Parents' representation of overweight and lifestyle

Parents' representation of overweight could partly explain why they do not see it, which could in turn guide efforts to promote healthy lifestyles. Many authors have studied the concept of representation [46-52]. Representation is a mental activity by which a group reconstitutes the reality before it and attributes a meaning to it [46]. Abric [26] proposes an operational definition that is the sum of opinions, attitudes, beliefs and knowledge about a specific situation. Also, the representation guides behavior and is a precursor to taking action [46].

There are no studies on parents' representation of overweight and healthy lifestyles in preschool children; there are a few studies on the representation of food. However, Pelicand and Doumont [53] identified 50 exclusively or partly qualitative studies on the perception of the child's weight to shed some light, from interview transcripts, on representation. Among the factors identified was a belief that obesity is less important than other health risks like passive smoking [54] and that overweight is a medical problem when the child cannot participate in physical activities with peers [55]. Moreover, according to some parents, overweight children are "big and strong" and a "big baby" is a sign of good health and good parenting [43]. The younger the child, the more overweight is made light of by mothers, believing that the child will inevitably grow and overweight will disappear [55]. Other parents think that weight and height are preprogrammed and thus impossible to change [55]. These aspects are interesting but cannot be used to comprehensively identify parents' representation of overweight and healthy lifestyles in children. A description of opinions, attitudes, beliefs and knowledge, i.e. a comprehensive representation of overweight and healthy lifestyles, could help to understand why parents see little or no overweight when it is present in their child. This knowledge could also help guide current efforts to promote healthy lifestyles in parents of young children.

Interventions to promote healthy lifestyles and prevent overweight in children

The aim of the meta-analysis by Flynn et al. [56] was to identify programs advocating obesity prevention best practices. A total of 147 programs were found and 26% were considered feasible, useful and effective. The best practices identified were those targeting

the school population and including a BMI assessment, identification of chronic disease risk factors and participants' involvement in physical activities. One of the findings was a lack of programs for children up to age 5 and widely-varying practices. A limitation of this meta-analysis was the broad inclusion criteria for programs making them difficult to compare in terms of effectiveness because of their different designs and measures. Summerbell et al. [57] also did a meta-analysis of 22 randomized studies to measure the impact of interventions addressing diet or physical activity or a combination of the two in children. The results show that the studies on interventions are rarely conclusive and that it is difficult to compare results because of differing designs, interventions and measures. Of the studies identified by these two meta-analyses, two specifically targeted preschool children and give an insight into possible overweight prevention interventions.

The first study by Harvey, Berino and Rouke [58] was a randomized clinical trial with 43 mothers of two-year-olds aimed at determining the effectiveness of helping immigrant parents to reduce obesity. In-home meetings provided education on diet and physical activity. The focus for the intervention was to improve parenting skills to develop appropriate eating and exercise behaviors to prevent obesity. The results showed a 0.27 decline in the mothers' BMI and a commitment to monitor their child's food intake. In this study, the randomization of the sample was not specified, only mothers with a BMI $\geq$25 were included and the majority of the mothers were Native American, which limits the generalizability of the results. In the second study by Dennison, Russo, Burdick and Jenkins [59] involving 83 mother/child dyads, the aim was to develop and evaluate an intervention to reduce television viewing time. The intervention programme consisted of 39 weeks of 1-hour sessions, including 32 sessions on healthy eating and seven sessions to encourage reduction of TV viewing for both parents and children. The stratified randomized clinical trial showed that the children reduced their television viewing time but actual times were not measured; parental estimates of the child's sedentary activity in previous week were lower than before the intervention. Knowing that at that time spent in front of a screen reduces the time spent on physical activities, the results seem interesting. However, the impact on weight was not presented. In summary, the results of intervention studies are inconclusive and few of them looked at preschool children.

Despite none or minimal impact on weight, these studies demonstrate short and medium-term changes in health habits, notably in better food choices, increased physical activity and less sedentary behavior. Identifying appropriate strategies and interventions for successful health promotion requires a precise definition of the problem, identification of the target group (parents and professionals), the influencing factors (home environment) [60].

Thus, the evidence of interventions to reduce childhood overweight is inconclusive. With this study, we hope to establish a foundation for designing a future intervention based on the ecologic model that will also take into account the evidences actually published. To that end, we are taking into consideration the points of view of the major determinant of the child environment, the parent. Understanding what influences the parent's representation of overweight will help design interventions adapted to the stages of change. We also target clinicians who come into predictable and regular encounters with the parent during the preschool period. Exploring the viewpoint and engaging clinicians and local decision-makers will outline the scope of influence and action they can exert, especially in targeting actions or communication that take into account parental representation of overweight. Finally, we will consider experts opinion on the subject to encompass a broader scope of potential strategies to better support parents in promoting healthy lifestyles for their children.

Conceptual framework

In view of the findings regarding parents' misperception of overweight in their preschool children, the fundamental role that parents play in the adoption of children's healthy lifestyles and interventions that primarily target a change in behavior by the adoption of healthy lifestyles, the conceptual framework used for this study is the Transtheoretical Model [61]. This is a model used to change behaviors [62]. According to the Transtheoretical Model, behavioral change takes place through five stages, allowing us to understand when changes in thoughts, intentions, attitudes or behaviors occur [63]. The stages in the model are outlined in Table 2. This model has also been used in interventions

with families. For example, Weiss [64] based the therapeutic education of asthmatic children and their families on this model.

Table 2. Stages of the transtheoretical model

	Description	Interventions
1	Does not feel the need for change, denies the problem, has no interest in change	Evaluate self-confidence, discuss the pros and cons of the behavior to be changed
2	Recognizes the problem, gathers information, does not take action	Raise awareness
3	Decides to act, plans the change	Discuss the pros and cons, help and guide the individual in his/her approach, remind of past successes
4	Applies new behavioral strategies	Discuss the pros and cons of the change and provide positive reinforcement
5	Incorporates changes in own lifestyle	Positively reinforce desired behaviors, remind of successes and recognize danger signs
6	Initial problem is no longer a temptation	

From the literature review, it appears that interventions promoting healthy lifestyles with parents of young children are more likely to reach a population aware of the overweight issue (stages 3 and 4) because they see a problem that concerns them. The interventions, aimed at adopting a healthy diet or doing physical activity, correspond to changes in behavior that require first an intention to act with regard to the problem perceived as important and representing a definite risk for the child. If parents do not view their child as being overweight, why would they intend to change their lifestyle? Thus there is an incompatibility between the stage many parents are at and the stage targeted by interventions. Given that most parents are at stages 1 and 2 with respect to their children's overweight, it is vital to understand parents' representation of overweight and healthy lifestyles in preschool children in order to develop strategies to promote healthy lifestyles and raise awareness (stages 1 and 2) by clarifying parents' beliefs, attitudes, opinions and knowledge.

Nonetheless, promotion of health lifestyles much take into account the environment in which parents and their children adopt health behaviours. Thus, the ecologic model of Bronfenbrenner (1979) will be used as the conceptual background in order to consider the different elements to be considered in the design of interventions to promote adoption of healthy behaviours. So, the Transtheoretical Model will allow health professionals to adapt interventions to the stage of change and of motivation of the parent, integrating both parents' representation of child overweight and knowledge coming from the literature. The ecological model will allow intervention on obesogenic environment which parents sometimes inadvertently create.

Method

Research design

The action research design is a systematic and participatory investigation approach based on the pragmatic-interpretative paradigm [65, 66]. This design, through cycles or loops, helps to understand problems and formulate actions directed towards problem-solving [67]. The ultimate aim, objectives and orientations are based on discussion and negotiation with the participants. The researcher takes a participatory attitude to achieve real cooperation [67]. The type of action research proposed by Stringer and Genat [67] targets reflexive professional practice aimed at empowering professional groups to defend clients' interests. Thus the focus is on the professional who defines the problem based on his/her own practice. The change targets professional practice and the solutions emerging from the professionals and target population. In this study, nurses working with preschool children try to determine possible interventions to promote healthy lifestyles among parents of preschool children to prevent increasing overweight.

In the present action research four cycles (loops) are proposed. Each loop meets a study objective and is composed of a reflection phase and an action phase. Each loop will be described in terms of the methodological approach, sampling strategy and data collection and analysis methods. First, however, the research setting is described.

Research setting

For this study the research team consists of two professors and a doctoral student. Throughout the study, an advisory committee of stakeholders in the region where the study is conducted will contribute at various steps in the study. The committee members will monitor the study and participate in the thinking regarding its objectives. They come from the local health and social services agency, network of daycare centres, CSSS, the municipality and parents.

The intervention area is a region in the province of Quebec, Canada. The population of this region was 43,953 in 2008 and included 6,006 children up to 14 years of age [68]. The preschool vaccination clinics reach many families in both urban and rural areas.

Awareness of overweight in preschoolers (loop 1)

As the starting point for the study, the nurses participating in the study want to know more about overweight in their preschool population. The first step will be to conduct a prevalence survey. This will provide the participating nurses and researchers with a profile of the population served to initiate thinking and discussions of the study issue. Descriptive quantitative data will be collected to document the situation by estimating the prevalence of overweight and describe the known risk factors.

Sample (loop 1)

The study population will be composed of preschoolers who came to vaccination clinics in 2010. The probabilistic sample will comprise 288 consecutive children, for a 95% confidence level, a 5% margin of error and a prevalence that could go up to 25%. The 25% estimate will provide sufficient statistical power. The sample will be created with the consent of the nurses working in the vaccination clinics.

Data collection (loop 1)

The variable of interest is childhood overweight (BMI) for which the reference values used will be those developed by Cole et al. [29]. The following variables will be described:

the child's age, sex, health problems and medications, the family's postal code (socioeconomic level), the parents' education, and the height and weight (self-declared) of the parent bringing the child to the vaccination clinic. Data will be collected with a self-administered questionnaire developed specifically for the study, which will be cognitively tested with ten parents to ensure the clarity of the questions, visual presentation and time required to complete it. It will be anonymous and a consent form will be given and explained to parents prior to the questionnaire. At the vaccination clinic, the student-researcher will measure the child's height and weight and enter this information on the questionnaire, together with the age and sex. She will then give the questionnaire to the parent. At this point, the parent can decide to complete the questionnaire or not. It is expected to take five minutes. A subsection of the questionnaire will invite the parent to voluntarily provide contact information to participate in an interview or focus group in the later loops in the study. After completion, the questionnaire will be left at a specified place.

Description of parents' representation of overweight and lifestyle (loop 2)

For loops 2, 3 and 4, an inductive qualitative approach will be used to explore the views of parents, nurses, and experts. The qualitative approach has the advantage of describing in depth important social aspects relating to a situation [69]. This approach will also encourage nurses to participate in the search for intervention strategies to promote healthy lifestyles adapted to both the parents' needs and the situation at the clinic. Throughout these loops, the researcher will keep a log documenting the views of the student researcher and the effect of the site on the student.

Loop 2 will start with presenting to the participant nurses the results obtained in loop 1, namely the population profile. Then discussions will take place between the nurses and student researcher concerning the information required from parents to continue the reflection. The objective of loop 2 is to describe the representation of parents of preschool children of overweight and healthy lifestyles of children in this age group. The representation will be constructed from parents' beliefs, opinions, attitudes, knowledge and perceptions about their preschool child's weight and life habits. This information will give the nurses and researchers a better understanding of the parents' views and help them

reflect on possible strategies to facilitate the promotion of healthy lifestyles with parents of preschool children.

Sample (loop 2)

The study population is composed of parents of four- and five-year-olds who come to the preschool vaccination clinic. The purposive sample will be created on the basis of the BMI calculated from Cole et al.'s [29] reference values. The sample will include 20 parents (key informants) of a normal weight or overweight child who, on the questionnaire completed in the previous step, agreed to be contacted for the next step in the study. The inclusion criteria will be having completed the questionnaire in loop 1 and understanding French. Parents of children with health problems (e.g. Trisomy 21) or taking medication that can affect weight (e.g. corticosteroids) will be excluded from this part of the study. Taking into account factors associated with overweight identified in loop 1 will ensure maximum variability when selecting the loop 2 participants.

Data collection (loop 2)

Data will be collected in two semi-structured interviews, conducted with the help of an evolving guide. The interviews will explore the concept of the representation of overweight and lifestyles from the parents' viewpoint. The first will last about 60 minutes and the second 30 minutes. For the interviews, the researchers have developed an interview guide based on the literature on representation, overweight and healthy lifestyles. The guide will be added to, improved and modified following the discussions with the advisory committee and nurses during the presentation of the results from loop 1 and in the light of findings from the literature. A few examples of questions in the guide are as follows: What words or images come to mind when you think about the lifestyles and weight of four- and five-year-old children? Talk to me about children's weight and lifestyles. Four- and five-year-old children can be overweight - What do you think about that? What challenges do parents face concerning lifestyles?

The procedure will consist of a first telephone call to the parents to explain the objective of this loop, answer their questions, obtain their consent and make an

appointment. The consent form will be read and signed before the first interview. The second in-depth interview will take place three to five weeks after the first and serves to specify the researchers' understanding of the first interview and to explore in-depth some additional issues. A summary of the previous interview will be sent to the parent before the second interview. All interviews will be recorded and transcribed. Data will be considered saturated when there is data redundancy and no new information is identified [69, 70].

Search for possible solutions to promote healthy lifestyles (loop 3)

The objective of this loop is to explore the views of nurses working with young families concerning possible strategies to develop a clinical tool to promote healthy lifestyles based on the results from the previous loop. The search for interventions will be affected by the results obtained concerning the parents' views on the representation of overweight and healthy lifestyles, the conceptual framework (transtheoretical model) and relevant literature.

Sample (loop 3)

The sample will consist of 9 participating nurses working with the target population. As participants, the nurses and researchers will work together to identify possible interventions adapted to the population's needs.

Data collection (loop 3)

The data will be collected through a focus group discussion, using a guide designed for this purpose. The aim of the questions will be to document the nurses' views of the results from loop 2. First, a meeting will be held with the nurses to present the objective of this third loop and give them a consent form. They will be given a week to complete and return the consent form by mail to the student researcher. The focus group is an approach that has a flexible structure, is quick and inexpensive and is aimed at developing a consensus. The focus group will be held with a facilitator and an observer. The facilitator will ask questions, encourage participation [71] and manage the order of speaking and dominant

members [72]. The observer will take notes, verify the content discussed and clarify certain elements. The meeting will last 2 hours and the discussion will be recorded and transcribed.

Search for direction concerning the proposed strategies (loop 4)

The objective of this last loop is to guide the choice of potential solutions stemming from the work done in the previous loop with the nurses. The solutions will be discussed with the nurses themselves, parents and experts.

Sample (loop 4)

Three purposive groups will be formed. The first group will consist of six parents of preschool children, the second group will involve nine participating nurses working with the target population, and the third will consist of six advisors who have agreed to act as experts (a pediatrician, nutritionist, nurse, community health worker, endocrinologist, other researchers)

Data collection (loop 4)

This loop involves three phases. First, a focus group discussion with seven parents will obtain their views regarding the proposed strategies. Second, a focus group discussion with ten nurses will gather obtain their views regarding the proposed solutions. Both focus groups will be held with a facilitator and an observer. They will last 60 to 90 minutes and the discussions will be recorded and transcribed. Informed consent will be obtained from the participants (parents and nurses) before the meetings. From both groups we will identify strategies, privileging those that emerge independently from both groups and those that the nurses are confident they can implement. Third, a postal questionnaire including open-ended questions will be sent to the seven experts asking for their opinion regarding the possible strategies suggested by the parents, nurses and researchers. The experts will be requested to rank the suggested strategies by expected impact and relevance. This loop with identify a small number of strategies that will be form the starting point of a subsequent intervention study.

Data analysis (loops 1, 2, 3 and 4)

The statistical analyses of the data from loop 1 will provide a prevalence estimate, i.e., percentage of children of normal and overweight (excess weight and obese). SPSS software will be used.

For qualitative data, recorded sessions will be transcribed and analyzed using Huberman & Miles [73] method. For loop 2, parental representation, the data will be condensed using a preliminary analysis grid with various categories, based on predetermined categories that emerged from the literature review, to which emerging categories will be added. The data will be regrouped according to common characteristics of elements in the content and the four representation attributes (beliefs, attitudes, opinions and knowledge). Two researchers will code the data, which will be presented using matrices based on conceptual groupings. The analysis process will start by listening to the interviews, then coding the content of the interviews. The analysis grid will be refined throughout the process because the data from loop 2 will be analyzed concurrently with the interviews. Finally after reviewing the categories and coding and discussions with the advisory committee, the determination of a final categorization can be completed. The same process will be used for focus group discussions in loops 3 and 4. During the analysis process, there will be regular discussions with the research team. Then, based on the data analyzed, literature review and views of the experts, strategies to promote healthy lifestyles (solutions considered) can be proposed. The qualitative data will be managed with NVivo software.

Rigor of the research process

Throughout the action research, rigorous methodological standards will be met. Credibility, which is the correspondence between the participants' constructions and the reconstructions formulated, will be achieved by an iterative process between researchers, parents and nurses. In addition, triangulation of data sources (parents, professionals, experts and literature) and triangulation of researchers will ensure better correspondence between the results and field data. Data will be co-analyzed including a reflexive stance and there will be frequent team discussions. Finally, recording and transcribing the individual

interviews and focus groups will make it possible to confirm the findings by independent analysis. The context, participants' characteristics and results will be detailed in depth, which facilitates transferability. To ensure reliability, i.e., taking into account the evolution of the phenomenon, a lot of time will be spent in the field and discussions with the advisory committee will be held throughout the study [69]. A logbook will be kept and an observer will attend the focus groups in order to keep track of the contextual aspects.

Ethical considerations

The study was approved by the research ethics boards of the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) and Université de Sherbrooke and the Centre de Santé et des Services sociaux (CSSS) Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel. Parents and nurses will be asked to sign free and informed consent forms before each data collection. Parents and nurses will be able to withdraw from the study at any time without prejudice. Anonymity will be preserved for those parents who do not wish to be contacted again, and no nominative information will be retained. Confidentiality will be safeguarded in the usual way, such as by keeping the data under lock and key for 5 years, with access restricted to the research team.

The main ethical issues in this study relate to stigmatization of the child and culpability of the parent. Preschool children are a vulnerable group. It will not be possible to identify them (the questionnaire in loop 1 does not ask for children's names), which reduces the risk of being stigmatized. Also, to reduce the risk of stigmatization, we will ask the parents for permission to weigh and measure all the children, regardless of their apparent weight, for the study. The risk of stigmatization arises later in the lives of children who are overweight for a significant period of time. The parents of children of both normal and overweight will be interviewed, which will minimize the culpability aspect potentially related to the subject of the study. Precautions will be taken when formulating the questions for the interview guide used in loop 2. In addition, psychological support for the family will be available if required at the local health centre (a partner in the study). Particular attention will be paid throughout the study so that parents feel competent in their role.

Anticipated benefits

The results will give an appreciation of the magnitude of the weight problem in a specific region of Québec and the opportunity to evaluate weight in a vaccination clinic, will describe parents' representation of overweight and healthy lifestyles in preschoolers, will initiate reflection for the professionals involved and will put in place actions designed to equip parents and families of preschool children in order to prevent and reduce the risks of being overweight. Identification by the professionals of strategies to promote healthy lifestyles in families with preschoolers will be derived from evidence-based data from parents and the literature. The professionals involved in this action research will become more aware of the phenomenon and more expect to benefit from a transfer of knowledge. In addition, the nurses will have resources that will help them intervene and make maximum use of meetings with parents of preschool children to address this health problem. The proposed solutions will foster the integration of new interventions into current practice and open the door to future research on these interventions.

Conclusion

This action research will create partnerships between professionals, parents and experts; these, in turn, are expected to lead to interventions to promote the adoption of healthy lifestyles and prevent overweight in young children. The specific nature of the proposed interventions will be co-determined with the different stakeholders. Specifically, depending on the orientations that emerge from the current research, we will use participatory methods to combine input from our different stakeholders with the evidentiary base on interventions to design an intervention. Again drawing on participatory and qualitative methods, we will test the acceptability and feasibility of the proposed intervention to broader sample of parents and health professionals. We will follow with a pilot study, then a full experimental design to evaluate its efficacy. In addition, the partner and members of the advisory committee for this study will work closely with the researchers to suggest innovative ways to disseminate the results and to integrate results into practice.

Notes:

[1]The adiposity rebound is the increase in body mass index (BMI) after age 6: the BMI declines until age 6 as height increases faster than weight. At age 6 height and weight increase simultaneously and the curve rebounds.

[2] BMI = Weight (kg)/Height $(m)^2$

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests

Authors' contributions

The protocol was designed and drafted by Lucie Lemelin in the context of her doctoral studies in Nursing Sciences. Frances Gallaher, as principal supervisor, and Jeannie Haggerty as co-supervisor, advised on design and provided input to various versions of the protocol. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This research project is unfunded but Lucie Lemelin received salary and some research support through a doctoral training award by the Quebec Ministry of Education Sport and Leisure, and was granted leave to conduct her doctoral studies by the Department of Nursing Sciences at the Université du Quebec en Outaouais.

References

1. World Health Organization (WHO): **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Obesity and Overweight**.: 2005. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf] Accessed July 2012.

2. Shields M: **Overweight Canadian children and adolescents. Nutrition: Findings from the Canadian Community Health Survey**. Ottawa: Statistics Canada; 2005.

3. Desrosiers H, *et al*: **Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans**. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2005.

4. Lamontagne P, Hamel D: **Le poids corporel chez les enfants québécois 1978 à 2005.**: INSPQ; 2009. Accessed http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/936_PoidsEnfant1978-2005.pdf

5. Campbell KJ, Crawford DA, Ball K: **Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children.** *Int J Obes* 2006, **30**(8):1272–1280.

6. Lachance B, Pageau M, Roy S: **Investir pour l'avenir.** Québec: Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006.

7. Health Canada; 2004. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/renewal-renouv/1997-nfoh-fnss-v2/index-eng.php] Accessed July, 2012.

8. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K: **Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children.** *J Am Diet Assoc* 2007, **107**(6):924–934.

9. Gillis LJ, Bar-Or O: **Food away from home, sugar-sweetened drink consumption and juvenile obesity.** *J Am Coll Nutr* 2003, **22**(6):539–545.

10. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Storey M, Stunkard AJ: **Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction.** *Pediatrics* 2004, **114**(4):e429–e436.

11. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B: **Parent-child feeding strategies and their relationship to child eating and weight status.** *Obes Res* 2004, **12**(11):1711–1722.

12. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A: **Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study.** *Br Med J* 2005, **330**(7504):1357–1359.

13. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K: **Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children.** *Public Health Nutr* 2008, **11**(12):1267–1279.

14. Lau D, Douketis J, Morrison K, Hramiak I, Sharma A, Ur E: **2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [Summary].** *Can Med Assoc J* 2007, **176(**8 suppl):SF1–SF14.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS): **Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité** *[Integrated perinatal and early childhood services for families living in vulnerable situations]*.: 2004. Accessed http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf

16. Nader FR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, Friedman S, Mei Z, Susman EJ: **Identifying risk for obesity in early childhood.** *Pediatrics* 2006, **118**(3):e594–e601.

17. Gardner DSL, Hosking J, Metcalf BS, Jeffery AN, Voss LD, Wilkin TJ: **Contribution of early weight gain to childhood overweight and metabolic health: a longitudinal study (EarlyBird 36).** *Pediatrics* 2009, **123**(1):e67–e73.

18. Williams SM, Goulding A: **Patterns of growth associated with the timing of adiposity rebound.** *Obesity* 2009, **17**(20):335–341.

19. Ball J, Bindler R: **Soins infirmiers en pédiatrie** *(2e édition)*. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique inc.; 2010.

20. Fischler C: **L'homnivore.** Paris: Éditions Odile Jacob; 2001.

21. Davison KK, Birch LL: **Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls.** *Pediatrics* 2001, **107:**46–53.

22. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH: **Health consequences of obesity.** *Arch Dis Child* 2003, **88**(9):748–752.

23. Katzmarzyk PT, Janssen I: **The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update.** *Physiol Nutr Metab* 2004, **29**(1):90–115.

24. Bossink-Tuna HN, L'Hoir MP, Beltman M, Boere-Boonekamp MM: **Parental perception of weight and weight-related behaviour in 2- to 4-year-old children in the eastern part of the Netherlands.** *Eur J Pediatr* 2009, **168:**333–339.

25. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J: **Parental perceptions of overweight in 3–5 y olds.** *Int J Obes* 2005, **29:**353–355.

26. Abric J-C: *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses universitaires de France; 1994.

27. Centers for Disease Control and Prevention: *CDC Growth Charts*.: [www.cdc.gov/growthcharts] Accessed July, 2012. PDF Accessed http://www.cdc.gov/growthcharts/2000growthchart-us.pdf

28. WHO Multicentre Growth Reference Study Group: **WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age.** *Acta Paediatr* 2006, **suppl 450:**76–85.

29. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH: **Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey.** *Br Med J* 2000, **320**(6):1–6.

30. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS: **Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure.** *Lancet* 2002, **360:**473–482.

31. Rennie KL, Johnson L, Jebb A: **Behavioural determinants of obesity.** *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2005, **19**(3):343–358.

32. Fisher J, Rolls B, Birch L: **Children's bite size and intake of an entrée are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions.** *Am J Clin Nutr* 2003, **77**(5):1164–1170.

33. Phillips SM, Bandini LG, Naumova EN, Cyr H, Colclough S, Dietz WH, Must A: **Consumption of high-calorie, low-nutrient-dense foods over the adolescent period: relationship to body weight and fatness in a longitudinal setting.** *Int J Obes* 2004, **12:**461–472.

34. Melgar-Quiñonez HR, Kaiser LL: **Relationship of child-feeding practices to overweight in low-income Mexican-American preschool aged children.** *J Am Diet Assoc* 2004, **104:**1110–1119.

35. Dennison B, Erb T, Jenkins P: **Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children.** *Pediatrics* 2002, **109**(6):1028–1035.

36. Robinson T: **Television viewing and childhood obesity.** *Pediatr Clin N Am* 2001, **48**(4):1017–1025.

37. Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP, Zimmerman FJ: **Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age.** *J Pediatr* 2004, **145**(5):652–656.

38. Sekine M, Yamagami T, Hamanishi S, Handa K, Saito T, Nanri S, Kawaminami K, Tokui N, Yoshida K, Kagamimori S: **Parental obesity, lifestyle factors and obesity in preschool children: results of the Toyama Birth Cohort study.** *J Epidemiol* 2002, **12**(1):33–39.

39. Armstrong J, Dorosty AR, Reilly JJ: **Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population based cross sectional study.** *Arch Dis Child* 2003, **88:**671–675.

40. Canning P, Courage M, Frizzell L: **Overweight and obesity in preschool children in Newfoundland and Labrador.** *Can Med Assoc J* 2004, **171**(3):240–242.

41. Addessi E, Galloway AT, Visalberghi E, Birsh LL: **Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children.** *Appetite* 2005, **45:**264–271.

42. Manios Y, Kondaki K, Kourlaba G, Vasilopoulou E, Grammatikaki E: **Maternal perceptions of their child's weight status: the GENESIS study.** *Public Health Nutr* 2008, **12**(8):1099–1105.

43. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK: **Maternal perceptions of weight status of children.** *Pediatrics* 2003, **111**(5):1226–1231.

44. Vuorela N, Saha M-J, Salo M: **Parents underestimate their child's overweight.** *Acta Paedistrica* 2010, **99:**1374–1379.

45. Wald ER, Ewing LJ, Cluss P, Goldstrohm S, Cipriani L, Colborn DK, Weissfeld L: **Parental perception of children's weight in a paediatric primary care setting.** *Child Care Health Dev* 2007, **33**(6):738–743.

46. Abric J-C: *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses universitaires de France; 1997.

47. Blanc N: *Le concept de représentation en psychologie*. Paris: In Press editions; 2006.

48. Doise W: *Les représentations sociales: définition d'un concept*. Paris: Presses universitaires de France; 1986.

49. Jodelet D: **Représentation sociale: phénomènes, concept et théories**. In *Psychologie sociale*. 7th edition. Edited by Moscovici S. Paris: Presses universitaires de France; 1988.

50. Moliner P: *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations sociales à l'étude des images sociales*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 1996.

51. Moscovici S: *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses universitaires de France; 1961.

52. Roussiau N, Bonardi C: *Les représentations sociales. États des lieux et perspectives*. Hayen: Mardaga; 2001.

53. Pelicand J, Doumont D: *Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et enfants? UCL–RESO Dossier technique 05-36, Université catholique de Louvain.*: 2005. Accessed July 2012 http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos36.pdf

54. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A: **Childhood obesity: do parents recognize this health risk?** *Obes Res* 2003, **11**(11):1362–1368.

55. Jain A, Sherman SN, Chamberlain LA, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC: **Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight?** *Pediatrics* 2001, **17**(5):1138–1146.

56. Flynn MA T, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC: **Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with "best practice" recommendations.** *Obes Rev* 2006, **7**(suppl.1):7–66.

57. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ: **Interventions for preventing obesity in children.** *Cochrane Collab* 2005, **Issue 2:**1–70.

58. Harvey Berino J, Rouke J: **Obesity prevention in preschool Native-American children: a pilot study using home visiting.** *Obes Res* 2003, **11:**606–611.

59. Dennison BA, Russo TJ, Burdick PA, Jenkins PL: **An intervention to reduce television viewing by preschool children.** *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, **158:**170–176.

60. Renaud L, Lafontaine G: **L'élaboration et la realisation d'intervention écologiques en promotion de la santé**. In *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Edited by. Lévis: Les presses de l'Université Laval; 2006:25–41.

61. Prochaska JO, Diclemente CC: *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar: Krieger Publication; 1994. Homewood, IL: Dorsey.

62. Sharma M, Romas JA: *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2008.

63. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE: **The transtheoretical model and stages of change**. In *Health behavior and health education*. Edited by. San Francisco: Jossey-Bass; 2008:97–121.

64. Weiss L: **Pourquoi l'asthme reste-t-il une maladie sous-traitée? La faute du patient?** *Arch Pediatr* 2007, **14**(6):696–698.

65. Anadòn M: *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation*. Québec: Les presses de l'Université Laval; 2001.

66. Savoie-Zajc L: **La recherche-action en éducation: ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites**. In *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation*. Edited by Anadón M. Québec: Presses de l'Université Laval; 2001:15–49.

67. Stringer E, Genat W: *Action research in health*. Upper Saddle River: Pearson Education; 2004.

68. Institut de la Statistique du Québec: 2008. Accessed [http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil15/societe/demographie/demo_gen/pop_age15_mrc_an.htm] Accessed July, 2012.

69. Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayers R, Pires A P: *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologies*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1997.

70. Sandelowski M: **Theoritical saturation**. In *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Edited by Given LM. Thousand Oaks: Sage; 2008:875–876.

71. Wilkinson S: *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage; 2003.

72. Reed J, Payton VR: **Focus groups: issues of analysis and interpretation.** *J Adv Nurs* 1997, **26**(4):765–771.

73. Huberman MB, Miles AM: *Analyse des données qualitatives*. 2nd edition. Brussels: Editions De Boeck; 2003.

3.1 Éléments complémentaires à la méthode présentée dans l'article

Étant donné le dispositif de recherche-action sur lequel repose la présente étude, qui consiste en un processus de cocréation évolutif entre les participantes et l'équipe de recherche, certains ajustements ont été apportés à la méthode. Cette section de la thèse complète la description de la méthode de recherche figurant dans la publication présentée précédemment. D'entrée de jeu, soulignons la pertinence de fonder la recherche-action sur le paradigme pragmatico-interprétatif (Anadòn, 2001; Savoie-Zajc, 2001) puisque la présente recherche vise à résoudre un problème en utilisant les méthodes les mieux adaptées pour y parvenir, notamment par l'interprétation de données qualitatives issues d'une expérience réelle.

Il est important de préciser qu'aucune modification majeure n'a été apportée concernant le premier cycle de la recherche. Une seule précision est apportée, dans le protocole au cycle 1. En effet, l'échantillon souhaité était de type probabiliste (aléatoire ou sélection par hasard), toutefois, les limites rencontrées sur le terrain nous ont amené à réaliser un échantillon non probabiliste accidentel (c'est-à-dire à inclure tous les enfants se présentant en clinique de vaccination). Dans cet optique une des limites de l'enquête est son caractère transversal, sa capacité à fournier un portrait à un moment précis dans le temps. D'ailleurs une seule mesure du poids et de la taille des enfants de l'échantillon a été prise. Toutefois, pour les besoins de l'étude, soit de présenter aux intervenants du CSSS la situation actuelle du poids des enfants qu'ils rencontrent dans leur clinique de vaccination cette démarche nous a semblé adéquate. De plus, les données sociodémographiques collectées ont permis d'établir une représentativité intéressante de la clientèle (cf. chapitre 4).

Dans une perspective de promotion de l'adoption de SHV sain auprès de tous les parents d'un jeune enfant, nous avons déterminé, en cours d'étude, qu'il s'avérait plus judicieux lors du cycle 2 de décrire les RS du poids plutôt qu'axer seulement sur l'EP. Cette position neutre nous a aussi permis de mener les entrevues auprès des parents sans orienter leur discours en suggérant un terme précis comme l'EP. Nous sommes d'avis que cette position neutre, créée en utilisant le terme *poids*, est plus susceptible de laisser

émerger la perspective parentale sans biais. De plus, cette approche minimise le risque de stigmatisation pouvant engendrer de la culpabilité ou autres sentiments désagréables, particulièrement chez les parents dont l'enfant présente un EP.

De plus, lors du cycle 3 qui devait initialement se dérouler auprès d'infirmières œuvrant auprès de la clientèle, à la demande des participantes (cochercheurs), deux nutritionnistes, impliquées elles aussi auprès de la clientèle, ont été incluses au groupe de discussion. Cette démarche d'équipe se voulant inclusive dans la recherche de solutions afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV permettait de rendre compte de la réalité de l'équipe terrain qui regroupe des infirmières et nutritionnistes. Afin de compléter la description de la collecte des données, les thèmes abordés avec les participantes au cycle 3 sont davantage détaillés dans le tableau 6.

Tableau 6. Thèmes abordés avec les intervenants lors de l'entrevue de groupe au cycle 3

1. Présentation des résultats de la recension des écrits de l'étude sur les points suivants :
    - Prévalence de l'EP au Canada et au Québec et ses conséquences
    - Rôle des habitudes de vie associées au poids
    - Perception des parents à propos du poids des enfants
    - Rôle de l'infirmière en promotion de la santé (lignes directrices et recommandations canadiennes)
2. Bref rappel du but et des objectifs de l'étude
3. Présentation des résultats du cycle 1 - Prévalence de l'EP chez la clientèle desservie par le CSSS
4. Présentation des résultats du cycle 2 - RS parentales du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans
5. Application du MTT adapté au problème de l'EP des jeunes enfants (Howard, 2007)
6. Discussion de groupe

*Les points 1 à 5 en 40 minutes et le point 6 en 80 minutes

Précisons que pour le cycle 4, le groupe était composé de six experts, soit :

- Une nutritionniste du MSSS
- Une nutritionniste, professeure chercheuse
- Une infirmière, professeure chercheuse spécialiste du MTT
- Un intervenant communautaire local impliqué auprès des familles avec jeunes enfants
- Une endocrinologue pédiatrique
- Une infirmière du CSSS, représentante de l'ASSS

L'analyse des données recueillies auprès des experts au cycle 4 a été réalisée à partir de la compilation des questionnaires (cf. annexe G). Pour chacune des interventions proposées, l'expert qualifiait la pertinence et l'utilité de l'intervention (non pertinente, moyenne, satisfaisante, bonne ou excellente). Ensuite, il pouvait ajouter des commentaires de nature qualitative en regard de chaque intervention. Pour conclure, l'expert était invité à ordonnancer les interventions proposées par les participantes au cycle 3 en regard de leur priorité de réalisation.

Lors des analyses qualitatives aux cycles 2-3 et 4 une approche qualitative mixte (Huberman et Miles, 2003) plutôt qu'exclusivement inductive a été utilisé.

En terminant, la figure qui suit représente la recherche-action entreprise dans le cadre des études doctorales.

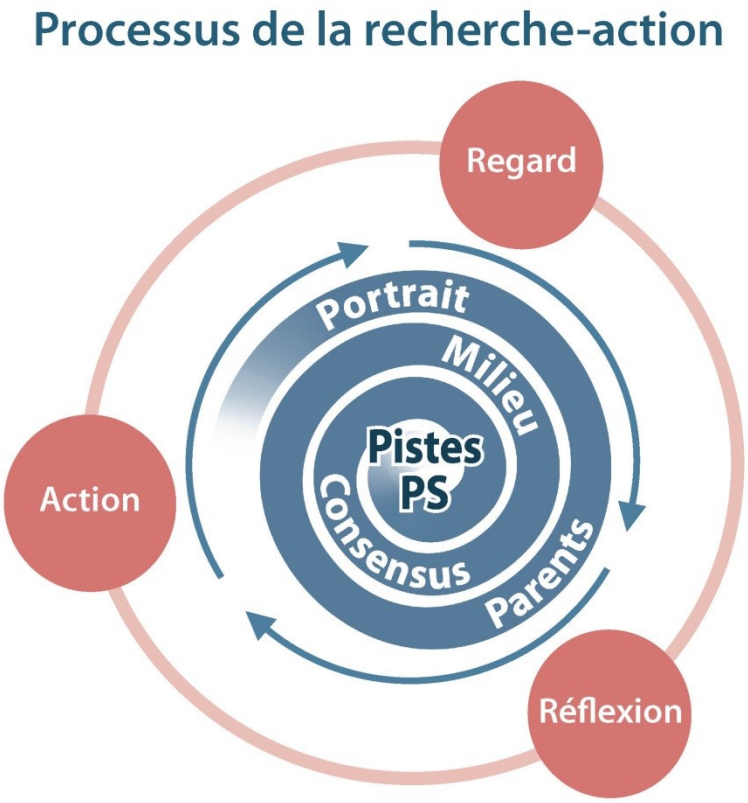


Figure 1. Processus de la recherche-action, inspiré de Stringer et Genat (2004)

PS : promotions de la santé

Quatrième chapitre

PREMIER ET DEUXIÈME ARTICLES

Dans ce chapitre de la thèse, deux publications sont présentées. Les deux publications présentent respectivement les résultats obtenus lors des cycles 1 et 2 de la présente recherche-action. Pour leur part, les résultats des cycles 3 et 4 font l'objet du chapitre 5 et sont présentés sous forme de résultats complémentaires.

4.1 ARTICLE 1 : Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise

Auteures de l'article: Lucie Lemelin, Jeannie Haggerty, Frances Gallagher

Statut de l'article: Accepté le 5 septembre 2013

Journal: Santé Publique

Lemelin, L., Gallagher, F., & Haggerty, J. (2013). Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise. *Santé publique, 25(5)*, X-X (*numéros de page non disponibles lors du dépôt initial*)

Avant-propos:

Cet article a entièrement été rédigé par l'étudiante. Des commentaires et suggestions des coauteures ont permis de peaufiner la version soumise pour publication. L'article porte sur les résultats du cycle 1 de la recherche-action dont l'objectif était d'informer les participants (infirmières et nutritionnistes) de l'état de la situation en estimant la prévalence de l'EP dans leur région d'intervention.

L'article est présenté selon les exigences de rédaction de la revue. Le formulaire d'autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration suit ce paragraphe.

Il est à préciser que ce premier article portant sur l'objectif 1 de l'étude soit *informer les infirmières de l'état de la situation en estimant la prévalence de l'EP dans leur région d'intervention* a débordé des intentions initiales de la chercheuse. En effet, au cours de la recherche le système de classification du poids utilisé dans le milieu où s'est déroulée la recherche a changé. Cette situation a fait naître des questionnements qui ont mené à la publication de cet article.

Résumé

Introduction : Le surpoids chez l'enfant est une situation préoccupante en santé publique. L'utilisation de différents systèmes de classification du poids chez l'enfant en recherche et en clinique donne lieu à des classifications variables du poids, ce qui peut avoir un impact sur la prévalence du surpoids, une situation qui complexifie le suivi de l'évolution de ce problème de santé dans la population. L'étude vise à comparer trois systèmes de classification du poids de l'enfant en estimant la prévalence du surpoids selon chacun des systèmes.

Méthode : En 2010, une étude menée auprès de 259 enfants de 5 ans a été réalisée lors de la vaccination préscolaire systématique. La taille et le poids des enfants ont été mesurés. La prévalence de surpoids a été établie et comparée aux critères de l'*International Obesity Task Force* (IOTF), des *Centers of Disease Control and prevention* (CDC) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Résultats : Selon le système d'IOTF, 16,6% des enfants de l'étude présentent un surpoids (13,5% embonpoint - 3,1% obésité). Selon celui des CDC, 24,3% présentent un surpoids (15,2% embonpoint - 9,1% obésité). Selon l'OMS, cette prévalence est de 26,3% (20,1% embonpoint - 6,2% obésité). De plus, selon les critères de l'IOTF, l'obésité touche davantage les filles que les garçons (2,7% *vs* 0,4%) alors qu'avec les deux autres systèmes, les proportions sont similaires.

Conclusion : Cette étude démontre que la prévalence du surpoids chez les enfants varie en fonction du système de classification utilisé. Ces résultats appuient la nécessité de considérer le système utilisé en clinique et en recherche dans le suivi de l'évolution de la prévalence du surpoids.

Mots clés : Prévalence, enfant, obésité, surpoids, préscolaire

Prevalence, child obesity, overweight, preschool

INTRODUCTION

Le surpoids chez l'enfant de 5 ans représente un problème de santé publique important dans les pays industrialisés [1, 2]. Au Canada 21,5% des 2 à 5 ans [3] présentent un surpoids [4] selon l'*International Obesity Task Force* (IOTF)[5]. Pour déterminer la présence de surpoids chez l'enfant, la méthode fréquemment utilisée consiste à déterminer l'indice de masse corporelle (IMC). Chaque IMC calculé est reporté sur une courbe afin de déterminer si la valeur obtenue représente un poids insuffisant, normal ou excédentaire (embonpoint ou obésité) et ce, en fonction de l'âge et du genre. Or, il existe plus d'un système de référence pour déterminer le statut pondéral de l'enfant. Trois systèmes de classification du poids sont communément utilisés, à savoir ceux de l'IOTF[5], des *Centers of Disease Control and prevention* (CDC)[6] et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[7]. Ces trois systèmes peuvent conduire à une estimation différente de la prévalence du surpoids.

La présente recherche vise à comparer ces trois systèmes de classification du poids[8] en estimant la prévalence du surpoids (embonpoint et obésité) chez des enfants de 5 ans d'une région du Québec comptant des zones urbaines, semi-rurales et rurales. Le but de l'étude est de démontrer la variabilité entre les différents résultats de classification de l'IMC obtenus en regard des trois systèmes de classification couramment utilisés. Face à la rareté des études canadiennes ayant comparé les résultats découlant de l'utilisation des principaux systèmes de classification, il nous apparaît important de poursuivre la réflexion en ajoutant des données de recherche sur le sujet. La comparaison des résultats obtenus selon chacun des trois systèmes de classification permettra d'étayer des distinctions entre les classifications du poids obtenues et de discuter des enjeux pour la santé publique, la clinique et la recherche.

UN BREF SURVOL DES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION DU POIDS

Le tableau I compare les seuils d'IMC correspondant à l'embonpoint et à l'obésité pour les trois systèmes. Le système de classification du poids des enfants de l'IOTF publié en 2000 détermine des valeurs de référence pour l'embonpoint et l'obésité chez les enfants de 2 à 18 ans[5]. Ces valeurs de référence sur la courbe de croissance correspondent au 91^{e} percentile (embonpoint) et au 99^{e} percentile (obésité). Elles ont été établies auprès d'échantillons

représentatifs à l'échelle nationale à partir d'une étude transversale réalisée dans six pays (Brésil, États-Unis, Grande-Bretagne, Hong Kong, Nouvelle-Zélande et Singapore). Ces valeurs de référence sont extrapolées des mesures connues chez l'adulte (IMC ≥ 25 embonpoint et IMC ≥ à 30 obésité). Elles sont couramment utilisées en recherche, notamment au Canada, car elles permettent de comparer les données de recherche à l'échelle internationale. Cependant les classifications obtenues à partir de ce système semblent donner des taux de prévalence du surpoids moins élevés que ceux obtenus avec d'autres classifications, surtout en regard des taux d'obésité chez les garçons[9].

Tableau I Valeurs de référence de l'IMC pour le surpoids chez l'enfant de 5 ans selon trois systèmes de classification

	Surpoids			
	Embonpoint IMC à 5 ans		Obésité IMC à 5 ans	
	garçons	filles	garçons	filles
IOTF[1]	17.4	17.1	19.3	19.2
CDC[2]	16.9	16.8	17.9	18.3
OMS[3]	16.6	16.9	18.3	19.3

Cole, Bellizzi (5), Kuczmarski, Ogden (6), OMS (7)

Le deuxième système de classification, soit la version 2002 des CDC[6], surtout utilisé en clinique, se compose de courbes de référence basées sur des données nationales de cinq enquêtes transversales effectuées aux États-Unis de 1963 à 1994. Les courbes des CDC ont été construites à partir de données concernant des enfants âgés de 2 à 20 ans nourris avec des préparations pour nourrissons et ne présentant aucun problème de santé. Le seuil d'embonpoint se situe au 84^{e} percentile des courbes, alors que celui de l'obésité se situe au 95^{e} percentile.

Selon le troisième système, suggéré par l'OMS[7] en 2006, l'embonpoint se situe au 84^{e} percentile sur la courbe de croissance et l'obésité au 97,7^{e} percentile. Les valeurs de référence découlent d'une étude longitudinale multicentrique réalisée dans six pays (Brésil,

États-Unis, Ghana, Inde, Norvège et Oman) auprès d'enfants âgés de 18 à 71 mois qui ont été allaités et qui vivaient dans des conditions favorisant une croissance optimale. Ces références sont des valeurs étalons[9]. Elles sont utilisées dans plusieurs milieux cliniques canadiens et américains depuis les deux dernières années. Étant donné leur intégration récente, la comparaison avec des données antérieures s'avère difficile, ces dernières découlant souvent de mesures effectuées avec d'autres systèmes de classification. Cette situation amène, entre autres, les chercheurs à utiliser les critères de l'IOTF sur lesquels les résultats de plusieurs recherches sont basés.

De plus, concernant les contextes différents dans lesquels ces trois systèmes de classification du poids de l'enfant ont été développés, il appert qu'ils entraînent des différences importantes quant aux résultats que l'on tire lors de leur utilisation. D'abord, les systèmes de l'IOTF et des CDC reposent sur des échantillons d'enfants représentatifs de la population soit d'enfants présentant des caractéristiques sociodémographiques variées contrairement à celui de l'OMS qui provient d'un échantillon d'enfants vivant dans des conditions optimales de santé. En ce sens, le système de classification de l'OMS se rapproche d'un idéal développemental pour les enfants plutôt que de représenter un portrait de la situation pondérale d'un échantillon d'enfants. Par ailleurs, comme le système de l'IOTF, celui de l'OMS permet des comparaisons internationales reflétant la situation observée dans plusieurs pays, alors que le système des CDC a été construit à partir d'observations réalisées sur une population issue d'un seul pays. Les milieux cliniques de plusieurs pays utilisent maintenant le système de l'OMS. Par contre, l'utilisation récente du système proposé par l'OMS, tant en clinique qu'en recherche, ne favorise pas pour l'instant la comparaison à des données antérieures. Les seuils différents quant à la détermination de l'embonpoint et de l'obésité pour chacun des systèmes complexifient les comparaisons entre données issues de ces systèmes de classification différents. Alors, le clinicien qui utilise au quotidien le système de l'OMS doit être sensibilisé à ces différences. Une vigilance pour le lecteur des résultats de recherche présentés s'avère pertinente.

Quelques études seulement ont permis de comparer les résultats obtenus en termes de surpoids selon le système de classification utilisé. D'abord, Willows, Johnson (10) en 2007 ont mené une étude canadienne auprès de 562 enfants Cree âgés de 2 à 5 ans afin d'estimer

et de comparer la prévalence de surpoids selon l'IOTF et les CDC. Cette étude a mis en évidence des différences entre les systèmes : selon l'IOTF, 52,9% des enfants de l'étude présentaient un surpoids (31,6% embonpoint - 21,3% obésité) alors qu'avec les CDC, ils étaient 64,9% (27,5% embonpoint - 37,4% obésité) à présenter un problème de poids. Les auteurs concluent que le système de l'IOTF est moins sensible quant à l'identification de l'obésité.

Pour leur part, Shields and Tremblay (11) ont publié des résultats issus de données collectées en 2004 auprès de 8661 enfants canadiens âgés de 2 à 17 ans. Ils ont comparé la prévalence de surpoids d'après trois systèmes de classification. Pour le sous-groupe des 2 à 5 ans, 21,5% des enfants présentaient un surpoids selon le système de l'IOTF, (15,2% embonpoint - 6,3% obésité), 30,2% selon les CDC (16,5% embonpoint - 13,7% obésité) et 34,5% d'après l'OMS (23,9% embonpoint - 10,6% obésité). Les auteurs rappellent l'importance de considérer le système utilisé dans la comparaison entre les taux de prévalence. Enfin, Twells and Newhook (9) en 2011 ont comparé les trois systèmes à partir de mesures réalisées auprès de 1026 enfants d'âge préscolaire de Terre-Neuve et du Labrador au Canada et ont, eux aussi, relevé des différences notables entre les systèmes. La présence de surpoids chez les enfants s'élevait à 18,2% en utilisant l'IOTF (9,9% embonpoint - 8,3% obésité), à 19,1% selon les CDC (2,5% embonpoint - 16,6% obésité) et à 26,7% selon l'OMS (15,4% embonpoint - 11,3% obésité).

Les différences observées résident dans la sensibilité des seuils de détermination de l'embonpoint et de l'obésité (voir tableau I). Les populations ciblées sont parfois issues de sous-régions ou de populations canadiennes pour lesquelles la prévalence de surpoids est plus élevée, entre autres, la population amérindienne qui est particulièrement affectée par le surpoids. Bref, un constat émerge des études présentées concernant l'attention à porter au système utilisé dans la surveillance et la comparaison des taux de prévalence de surpoids.

Par ailleurs, la décision d'intervenir ou non auprès d'un enfant et de sa famille repose notamment sur le système de référence utilisé pour l'interprétation de l'IMC. En clinique, le choix d'un système de classification peut représenter un défi, considérant l'évolution des recommandations observée au cours de la dernière décennie. Les lignes directrices

canadiennes de 2006[12] concernant la prévention de l'obésité recommandaient l'utilisation des tables de croissance des CDC. Plus récemment, soit depuis 2010, les Diététistes du Canada, la Société canadienne de Pédiatrie, le Collège des Médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des Infirmières et Infirmiers communautaires recommandent l'utilisation des courbes de l'OMS (2007)[13]. Le défi existe aussi en recherche pour le suivi de la prévalence populationnelle et les comparaisons entre les résultats des études. Par ailleurs, il peut être difficile de comparer les résultats cliniques avec ceux découlant de la recherche, vu la variabilité dans l'utilisation des systèmes de classification du poids[11].

MÉTHODE

Une enquête descriptive transversale a été réalisée de mai à juillet 2010 auprès d'un échantillon non probabiliste accidentel de 259 enfants âgés de 5 ans. Les enfants et leurs parents issus d'une région du Québec et se présentant en clinique de vaccination pendant la période de l'enquête ont été invités à participer à la recherche. Rappelons qu'au Québec, le calendrier vaccinal recommande l'administration d'un vaccin combiné dcaT-Polio (diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite) à l'âge de 4 à 6 ans avant l'entrée à l'école[14]. Au Québec, l'enfant entre à l'école lorsqu'il a 5 ans avant le 30 septembre de l'année en cours.

L'infirmière de la clinique de vaccination informait le parent de la tenue de l'étude et le dirigeait vers la première auteure. Cette dernière expliquait en quoi consistait l'étude et répondait aux questions des parents. Les parents consentant à participer remplissaient en cinq minutes un questionnaire portant sur la santé de l'enfant, le poids autodéclaré du parent, son niveau de scolarité et le code postal de la résidence familiale (pour générer l'indice de défavorisation[2])[15]. Cet indice classe les unités de recensement en quintiles selon les statistiques issues des recensements telles que la proportion de la population sans diplôme d'études secondaires, le revenu moyen et le pourcentage de familles monoparentales. Le cinquième quintile correspond à la classe la plus défavorisée.

[2] Bases de données administratives dans le secteur de la santé au Canada qui facilitent le suivi des inégalités sociales: matérielle (privation de biens et de commodités) et sociale (fragilité du réseau) à partir du code postal.

La première auteure a mesuré (cm) et pesé (kg) tous les enfants, après qu'ils eurent retiré souliers et vêtements supplémentaires (chapeau, manteaux, etc.) et ce, en utilisant la même toise et la même balance électronique de la marque MyWeight XL-440. Les mesures étaient réalisées pendant la période d'attente de 15 minutes requise après la vaccination, dans le but de surveiller les effets secondaires de la vaccination. Pour l'enfant, outre le poids et la taille, les autres variables considérées étaient l'âge, le genre, le poids en kilogrammes et la taille en cm.

Des analyses statistiques descriptives furent réalisées : fréquences, moyennes et écarts-types avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS 18.0). Les estimés de prévalence sont rapportés en pourcentage avec un intervalle de confiance à 95%. De plus, le consentement écrit du parent de l'enfant a été obtenu au préalable. Les comités d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CSSS de Saint-Jérôme, du CHUS et de l'Université de Sherbrooke ont approuvé cette recherche.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Le taux de participation a été de 97%, ainsi 259 parents d'un enfant âgé de 4-5 ans ont accepté de participer à l'étude parmi les 267 sollicités. La région ciblée par cette étude se situe au 4^{e} rang des 17 régions québécoises en importance, représentant près de 7% de la population totale du Québec. Le tableau II présente les caractéristiques des parents des enfants de l'échantillon. L'âge moyen des enfants se situe à 5 ans et 2 mois, 47% sont des garçons et 53% des filles.

Tableau II Caractéristiques des parents des enfants de l'échantillon

Genre	
Pères	20,9%
Mères	79,1%
Total	258 parents ont répondu pour 259 enfants
Poids	
Normal	56,1%
Embonpoint	26,0%
Obésité	17,9%
Scolarité	
Primaire	1,6%
Secondaire	32,9%
Collégial	34,9%
Universitaire	30,5%

Le tableau III illustre le statut socioéconomique des familles de l'échantillon. En 2007, au Québec les gens situés dans le quintile 1 (supérieur), avaient des revenus > 90051$/an, dans le quintile 2 ≤ 90051$/an, dans le quintile 3 ≤ 58700$/an, dans le quintile 4 ≤ 39499$/an et ≤ 22740$/an dans le quintile 5 [(16)]. Au Québec, le seuil de pauvreté correspond approximativement à un revenu annuel entre 22000$ et 25000$ selon le nombre d'enfants dans la famille.

Tableau III Niveau socioéconomique des familles des enfants de l'échantillon

Indice de défavorisation*	Familles de l'échantillon (Taux global de défavorisation matérielle et sociale)	Population québécoise en 2006	
		Matérielle	Sociale
1er quintile	11,3%	18,2%	18,2%
2e quintile	36,2%	22,0%	21,5%
3e quintile	32,8%	24,5%	25,1%
4e quintile	13,2%	20,8%	21,5%
5e quintile	6,5%	14,5%	13,6%

**L'indice de défavorisation[35] est un indicateur de la situation socioéconomique des familles. Il a été créé pour mieux comprendre l'étendue des besoins des familles démunies. Robert Pampalon, chercheur à l'Institut de santé publique du Québec a développé cet indice qui tient compte des dimensions matérielles (faible revenu, scolarité, emploi) et sociales (veuf, séparé, divorcé, vivre seul, monoparental) de la pauvreté.*

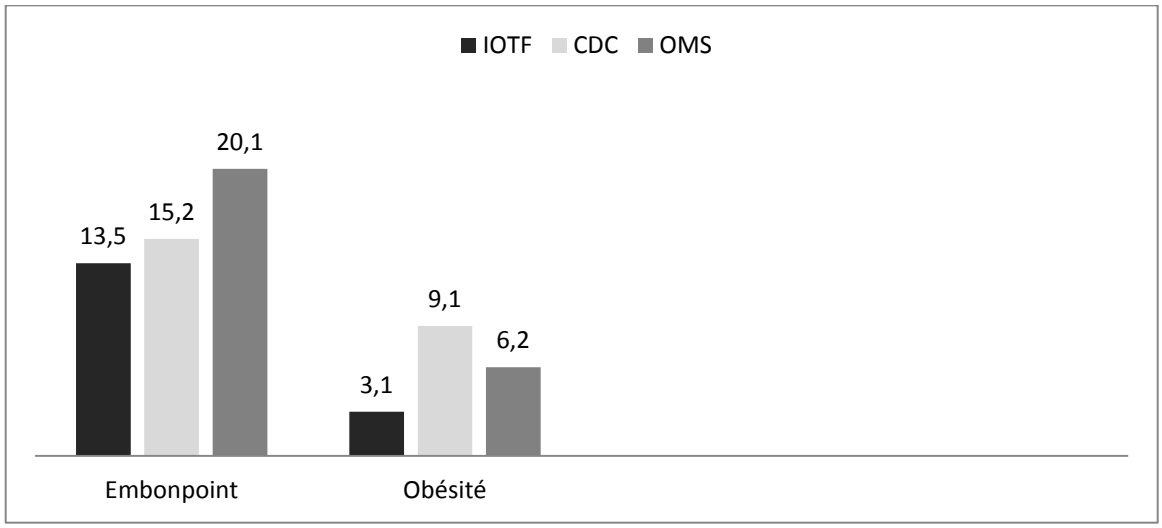
Nous observons que 44% des parents présentaient un surpoids (26% embonpoint - 18% obésité). Ces taux sont inférieurs à ceux rapportés au Québec et au Canada. En 2004, 57 % des adultes québécois présentaient un surpoids (35 % embonpoint - 22 % obésité) [17]. Au plan des caractéristiques sociodémographiques, l'échantillon est varié incluant une proportion aussi importante de garçons que de filles, issus de familles de tous les niveaux socioéconomiques et dont les parents présentent des caractéristiques variées quant à leur IMC et leur niveau de scolarité.

Prévalence du surpoids de l'enfant selon le système de classification utilisé

Concernant l'IMC des enfants, la figure I illustre la différence entre les prévalences obtenues à partir des systèmes de classification de l'IOTF (embonpoint 13,5% - obésité 3,1%), des CDC (embonpoint 15,2% - obésité 9,1%) et de l'OMS (embonpoint 20,1% - obésité 6,2%). Avec le système de classification de l'IOTF, le seuil de la prévalence de surpoids (embonpoint + obésité) est supérieur à celui des deux autres systèmes (16,6% pour 24,3% et 26,3% résultats combinés), les pourcentages d'enfants avec embonpoint et obésité étant inférieurs à ceux découlant de l'interprétation de l'IMC avec les courbes de l'OMS ou

des CDC. Cependant, l'utilisation du système de l'OMS conduit à l'identification d'un pourcentage plus élevé d'enfants présentant de l'embonpoint, comparativement aux résultats obtenus avec les CDC (20,1% vs 15,2%). Par contre, le système des CDC a un seuil inférieur à celui du système de l'OMS (6,2%), concernant l'évaluation de l'obésité (9,1%).

Figure I Comparaison de la prévalence de surpoids selon les systèmes de classification de l'IOTF, des CDC et de l'OMS, garçons et filles combinés



DISCUSSION

Dans cette étude, malgré la taille restreinte de l'échantillon, une bonne variabilité des caractéristiques sociodémographiques des participants est notée. D'abord, tous les niveaux socioéconomiques des familles sont représentés, toutefois, les familles du 5^{e} quintile sont sous représentées comparativement à la population de la région. Par ailleurs, les parents de l'échantillon présentent un niveau de scolarisation plus élevé que celui observé dans la région d'appartenance. Ainsi, plus de parents détiennent un diplôme >12^{e} année (65,4% vs 43,4% pour la région) et moins de parents détiennent un diplôme d'études ≤12^{e} année (34,5% vs 56,6% dans la région) que l'ensemble des parents de la région. Or, il est reconnu que les enfants sont plus à risque de développer un problème de surpoids lorsque leurs parents ont un niveau de scolarité inférieur à 12 année^{s}[18]. Sachant que les enfants issus d'un milieu défavorisé au plan financier et social présentent davantage de surpoids, nous posons l'hypothèse que les résultats obtenus sont conservateurs.

Aussi, il appert que le taux de surpoids des parents dans la présente étude se situe à un niveau inférieur à ceux rapportés au Québec et au Canada. En 2004, 57 % des adultes québécois présentaient un surpoids (35 % embonpoint - 22 % obésité) [17] alors qu'en 2009, 61 % des adultes canadiens étaient en surpoids (37 % embonpoint - 24 % obésité) [19]. Cependant, la prévalence du surpoids obtenu dans la présente étude se compare à celle observée dans la population générale et ce, même si elle est inférieure, puisque les données sur le poids des parents ont été auto-rapportées et qu'il est reconnu que cette stratégie de collecte génère habituellement des valeurs inférieures à celles obtenues par la mesure du poids et de la taille qui auraient été mesurées [20].

À la lumière des résultats obtenus, un constat demeure : le problème de surpoids chez les enfants semble subsister. En utilisant le système de classification de l'IOTF, les taux de prévalence de surpoids observés dans cette étude semblent plus élevés que ceux rapportés par des études antérieures. Par exemple, Desrosiers et al. en 2005[4] ont observé une prévalence de 13,8% (IOTF) de surpoids pour des enfants d'un âge comparable, alors que nous obtenons un taux de 16,6% (I = [14,3;18,9] p = 0.05). Bien que les résultats de la présente étude doivent être interprétés avec précaution, considérant la taille de l'échantillon, il est plausible de penser qu'ils s'inscrivent dans la tendance mondiale d'une augmentation du surpoids [21]. Cette situation est préoccupante pour la santé publique, sachant les conséquences importantes de surpoids pour l'enfant, sa famille et la société, que ce soit sur le plan physique[22, 23], psychologique[24] ou économique[25]. D'ailleurs, plusieurs stratégies sont proposées à travers le monde pour tenter de résoudre ce problème. Entre autres, l'urgence d'agir précocement auprès de l'enfant et sa famille sur les déterminants de la santé avant même l'apparition des problèmes de poids[26-28]. Dans cette optique, la promotion de saines habitudes de vie auprès des parents et des enfants demeure une voie à privilégier [29, 30], ce qui implique l'importance pour les acteurs de la santé publique d'être en mesure d'évaluer adéquatement et de suivre l'évolution de la prévalence de surpoids, en tenant compte des différences que présentent les systèmes de classification. La présente étude illustre bien cette variabilité entre les systèmes de classification du poids de l'enfant.

Par ailleurs, les acteurs de la santé publique qui assurent le suivi de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité devraient prendre en considération les résultats de notre étude

et celles des autres auteurs [9-11, 31, 32] qui ont fait les mêmes constats. Il semble en effet que l'utilisation du système de l'OMS pour interpréter les données résulte en une prévalence de surpoids plus élevée que le recours au système de l'IOTF. En général, les systèmes proposés par les CDC et l'OMS permettent d'arriver à des évaluations globales de surpoids assez similaires. Toutefois, les résultats concernant l'obésité varient considérablement, ceux obtenus avec l'IOTF étant inférieurs à ceux obtenus des deux autres systèmes de classification. La différence observée entre les CDC et l'OMS ne porte pas sur le taux global de surpoids, mais plutôt sur la proportion d'enfants avec embonpoint ou obésité. Cette différence s'explique par le fait que le seuil établi pour déterminer les catégories de surpoids diffère d'un système à l'autre [11].

Cette situation soulève des questions tant sur le plan clinique que sur le plan de la recherche. Tout d'abord, sur le plan clinique l'intervenant qui évalue l'IMC de l'enfant doit être en mesure de sélectionner le système de classification le plus approprié, celui qui lui permettra de déterminer les enfants auprès desquels il doit intervenir plus spécifiquement. Depuis quelques années, le système de l'OMS est privilégié[8]. Ce dernier est plus qu'un système de classification, il constitue une norme de croissance. Le praticien doit évaluer l'IMC de l'enfant ≥ 2 ans et les risques pour sa santé [33]. Le but étant de bien orienter l'enfant et sa famille, d'approfondir l'évaluation des risques pour la santé chez l'enfant et d'intervenir tôt dans l'enfance afin de promouvoir un mode de vie sain et de minimiser les conséquences du surpoids. Toutefois en utilisant le système de classification de l'OMS, l'intervenant doit savoir qu'il s'agit de valeurs étalon et que lors de déviation quelconque de l'enfant, il doit impérativement tenir compte du contexte développemental de ce dernier.

Sur le plan de la recherche, aux fins de surveillance et de comparaisons mondiales, les chercheurs auraient avantage à utiliser un système employé à l'échelle internationale. À cet effet, Shields and Tremblay [11] suggèrent le système de l'IOTF, lequel constitue une référence internationale. Cependant, il serait préférable que les chercheurs recourent au système de l'OMS lorsqu'ils s'adressent aux cliniciens pour favoriser la communication et le transfert des connaissances. Par le transfert de connaissances, on entend enrichir les pratiques professionnelles et les services en utilisant les connaissances issues de la recherche [34]. Dans la présente étude, on entend la communication des tendances actuelles

en matière de prévalence du surpoids à partir d'un outil connu et utilisé par les cliniciens au quotidien. Conséquemment, ce langage connu et maîtrisé par les cliniciens serait susceptible d'être capté plus aisément et de rappeler l'importance du problème et des risques et conséquences encourus par les enfants qui présentent du surpoids. Ainsi, les intervenants resteront aguerris et seront susceptibles de mieux utiliser les connaissances pour le déploiement et le développement de stratégies d'intervention en matière de promotion d'un mode de vie sain et de prévention du surpoids. Considérant la portée internationale de l'OMS, pourquoi ne pas envisager qu'il remplace celui de l'IOTF en recherche? Ce système de référence présente des valeurs étalons (données provenant d'enfants allaités dans une situation de vie optimale) constituerait possiblement la meilleure référence.

Recommandations

En somme, il existe plus d'un système de classification pour déterminer si un enfant présente de l'embonpoint ou de l'obésité. Quelles références le clinicien ou le chercheur devrait-il utiliser? Selon les Diététistes du Canada, la Société canadienne de Pédiatrie, le Collège des Médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des Infirmières et Infirmiers communautaires, il est recommandé pour le clinicien d'utiliser les courbes de l'OMS (2007)[13]. Pour sa part, le chercheur doit utiliser un système facilitant les comparaisons pour le suivi de la progression du problème dans le temps. À ce titre, le système de classification de l'IOTF est toujours une référence internationale puisque plusieurs recherches l'ont utilisé et l'utilise toujours. Toutefois, il serait indiqué que le chercheur recourt au système de classification de l'OMS afin de favoriser la communication et le transfert des connaissances selon des référents qui ont du sens pour les cliniciens. Enfin, d'autres études comme celle-ci doivent être réalisées pour illustrer les différences et éventuellement en mesurer les impacts en clinique comme en recherche, car des décisions administratives et des orientations politiques concernant la prévention des problèmes de poids chez l'enfant d'âge préscolaire en découlent.

Pour conclure, il importe de souligner que cette étude comporte certaines limites. D'abord, le fait que l'étude ait été réalisée dans une seule région du Québec, son caractère transversal

et la taille de l'échantillon limitent la généralisation des résultats à l'ensemble de la population ainsi que la portée de la comparaison des trois systèmes de classification du poids. Une autre limite concerne la sous-représentation des familles démunies au plan socioéconomique par rapport à la population de référence. Malgré ces limites, les résultats de l'étude devraient sensibiliser les professionnels de la santé et les chercheurs aux différences entre les systèmes de classification et à l'impact de l'interprétation du poids sur le plan de l'intervention clinique ou encore sur le plan de la comparaison de données de recherche. Qui plus est, les conclusions de la présente recherche s'ajoutent à celles d'autres études [9, 11] en ce qui a trait aux enjeux relatifs aux multiples systèmes de classification. À la lumière de ces constats, il serait souhaitable que la direction de la santé publique et les ministères concernés au Canada prennent position et recommandent l'utilisation de la classification de l'OMS autant pour l'évaluation clinique que pour la recherche.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier le comité de la recherche de l'École des sciences infirmières (Université de Sherbrooke), en particulier les professeures Annie Turcotte et Sylvie Jetté, pour la révision d'une version précédente de cet article.

Références

1. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity. 2006;1(1):11-25. PubMed PMID: ISI:000245083800004. English.
2. Orsi CM, Hale DE, Lynch JL. Pediatric obesity epidemiology. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. 2011;18(1):14-22.
3. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information = Rapports Sur La Santé / Statistique Canada, Centre Canadien D'information Sur La Santé. 2006;17(3):27-42.
4. Desrosiers H. Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans. Institut de la statistique du Québec 2005.
5. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. British Medical Journal. 2000;320(7244):1240-3.
6. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Mei Z, et al. 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development. Vital And Health Statistics Series 11, Data From The National Health Survey. 2002 (246):1-190.
7. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992) Supplement. 2006;450:76-85.
8. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: Using the new who growth charts. Paediatrics and Child Health. 2010;15(2).
9. Twells L, Newhook LA. Obesity prevalence estimates in a Canadian regional population of preschool children using variant growth references. BMC Pediatrics. 2011;11.
10. Willows ND, Johnson MS, Ball GDC. Prevalence estimates of overweight and obesity in cree preschool children in northern Quebec according to international and US reference criteria. American Journal of Public Health. 2007;97(2):311-6.
11. Shields M, Tremblay MS. Canadian childhood obesity estimates based on WHO, IOTF and CDC cut-points. International Journal of Pediatric Obesity. 2010;5(3):265-73.
12. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne. 2007;176(8):S1-S13.
13. Secker D. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts. Canadian Journal Of Dietetic Practice And Research: A Publication Of Dietitians Of Canada = Revue Canadienne De La Pratique Et De La Recherche En Diététique: Une Publication Des Diététistes Du Canada. 2010 2010 Spring;71(1):e1-e3.
14. Québec Gd. Protocole d'immunisation du Québec. 2009.
15. Pampalon R, Hamel D, Raymond G. Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec. In: publique Inds, editor. 2004.
16. Gouin P, Ste-Marie G. Les services publics: un véritable actif pour les ménages québécois. http://www.irec.net/upload/File/servicespublics260212.pdf: 2012.

17. Mongeau L, Audet N, Aubin J, Baraldi R. L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003 In: statistique IndspdQeIdl, editor. 2005 L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique, 23 pages. p. 23 pages.
18. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children. Public Health Nutrition. 2008;11(12):1267-79.
19. Canada S. Enquête canadienne sur les mesures de la santé : composition corporelle et condition physique. 2012.
20. Villanueva EV. The validity of self-reported weight in US adults: A population based cross-sectional study. BMC Public Health. 2001;1:1-10.
21. Chan M. Maladies non transmissibles : un fléau pour la santé, mais aussi pour l'économie2011. Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2011/un_ncds_09_19/fr/.
22. Bhattacharjee R, Kim J, Kheirandish-Gozal L, Gozal D. Obesity and obstructive sleep apnea syndrome in children: A tale of inflammatory cascades. Pediatric Pulmonology. 2011;46(4):313-23.
23. Lee YS. Consequences of childhood obesity. Annals of the Academy of Medicine Singapore. 2009;38(1):75-81.
24. Tang-Péronard JL, Heitmann BL. Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. Obesity Reviews. 2008;9(6):522-34.
25. Katzmarzyk PT, Janssen I. The Economic Costs Associated With Physical Inactivity and Obesity in Canada: An Update. Canadian Journal of Applied Physiology. 2004;29(1):90-115.
26. Gardner DSL, Hosking J, Metcalf BS, Jeffery AN, Voss LD, Wilkin TJ. Contribution of early weight gain to childhood overweight and metabolic health: A longitudinal study (EarlyBird 36). Pediatrics. 2009;123(1):e67-e73.
27. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. Pediatrics. 2006;118(3).
28. Williams SM, Goulding A. Early adiposity rebound is an important predictor of later obesity. Obesity. 2009;17(7):1310.
29. Anderson SE, Whitaker RC. Household routines and obesity in US preschool-aged children. Pediatrics. 2010;125(3):420-8.
30. Berge JM, Everts JC. Family-based interventions targeting childhood obesity: A meta-analysis. Childhood Obesity. 2011;7(2):110-21.
31. De Onis M, Garza C, Onyango AW, Borghi E. Comparison of the WHO child growth standards and the CDC 2000 growth charts. Journal of Nutrition. 2007;137(1):144-8.
32. Vidal E, Carlin E, Driul D, Tomat M, Tenore A. A comparison study of the prevalence of overweight and obese Italian preschool children using different reference standards. European Journal of Pediatrics. 2006;165(10):696-700.
33. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2007;176(8):S1-13.
34. Contandriopoulos D. Some thoughts on the field of KTE. Healthcare policy. 2012;7(3):29-37.

35. INSPQ. L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref. http://wwwinspqqcca/santescope/documents/Guide_Metho_Indice_defavo_mars_2009pdf. 2009; (Institut National de santé public du Québec).

4.2 ARTICLE 2 : Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans

Auteures de l'article: Lucie Lemelin, Frances Gallagher

Collaboratrice: Jeannie Haggerty

Statut de l'article: Accepté le 19 juillet 2013

Journal: Revue de l'Association de recherche en soins infirmiers

Lemelin, L., & Gallagher, F. (2013). Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans. *Recherche en soins infirmiers, 144,* 54-67.

Avant-propos:

Cet article a entièrement été rédigé par l'étudiante. Des commentaires et suggestions de la coauteure et de la collaboratrice ont permis de peaufiner la version soumise pour publication. L'article porte sur les résultats du cycle 2 de la recherche-action dont l'objectif était de décrire les représentations sociales du poids et des habitudes de vie de l'enfant de 4-5 ans du point de vue parental.

L'article est présenté selon les exigences de rédaction de la revue. Le formulaire d'autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration suit ce paragraphe.

RÉSUMÉ

Contexte : Pour un enfant âgé de 4-5 ans, les parents assument un rôle important en regard de l'adoption d'un mode de vie sain. Les représentations sociales constituent une information clé afin de bien comprendre le choix des comportements de santé promus par le parent auprès de son enfant.

Objectif : Décrire les représentations sociales de parents d'un enfant âgé de 4 à 5 ans au sujet du poids et des habitudes de vie des enfants de ce groupe d'âge.

Méthodes : Dans le cadre d'une étude qualitative descriptive, deux entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès de 14 parents dont l'enfant de 4 à 5 ans est de poids normal ou en excès de poids (embonpoint ou obésité) et ce, jusqu'à saturation des données. Les données recueillies, auprès de cet échantillon intentionnel, ont fait l'objet d'une analyse inductive.

Résultats : Des parents se représentent le poids comme un enjeu de santé, alors que d'autres considèrent l'apparence potelée de l'enfant comme normale à 4-5 ans. L'ensemble des parents participants se représente les habitudes de vie comme un défi exigeant.

Conclusion : Les résultats procurent des orientations pour l'élaboration de stratégies de promotion d'un mode de vie sain congruentes aux impératifs parentaux.

Mots clés poids, enfant, préscolaire, perspective parentale, représentations sociales

ABSTRACT

Background: For preschool children aged 4 to 5 years, parents play a key role in the adoption of a healthy lifestyle. Social representations are central to understanding the choice of health behaviours promoted by the parent in their child's life.

Objective: To describe the social representations of parents with respect to the weight and lifestyle of children aged 4 to 5.

Methods: In a descriptive qualitative study, two semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of 14 parents who had either normal weight or (obese) children aged 4 to 5 until data saturation was achieved. The collected data was analyzed using inductive analysis.

Results: Some parents view weight as a health issue while others consider a chubby appearance as normal for child aged 4 to 5 years. All participating parents view lifestyle as a demanding challenge.

Conclusion: The results provide guidance for developing healthy lifestyle strategies that are consistent with parental obligations.

Keyword: parenting, child weight, child lifestyle, social representation

Problématique

Les instances de santé publique font actuellement face à une prévalence élevée et croissante de l'excès de poids (EP)[3] chez le jeune enfant. L'incidence mondiale de l'EP chez les enfants s'élève selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à 42 millions. Au Canada, 21,5 % des enfants de 2 à 5 ans sont en EP (Shields, 2006). L'EP entraîne des conséquences physiques et psychologiques pour les enfants (Dubois & Girard, 2006; Lee, 2009; Orsi et al., 2011). Au plan physique, la maladie cardiovasculaire, la modification du profil lipidique et l'apnée du sommeil sont quelques exemples de répercussions possibles d'un EP chez l'enfant (Reilly et al., 2005; Wardle, 2005; Wyllie, 2005). Au plan psychologique, les enfants présentant un EP sont susceptibles de développer une mauvaise estime de soi et de l'isolement social (Fischler, 2001) ainsi qu'une mauvaise image d'eux-mêmes (Harriger & Thompson, 2012). De surcroît, la présence d'EP en bas âge (2 à 5 ans) rend l'enfant cinq fois plus à risque d'être en EP à l'âge de 12 ans et s'accompagne d'un risque accru d'obésité à l'âge adulte (Gardner et al., 2009; Nader et al., 2006; Williams & Goulding, 2009).

Or de nos jours, les enfants naissent et grandissent dans des environnements qualifiés d'obésogènes, favorisant l'inactivité, la sédentarité et des habitudes alimentaires néfastes chez un nombre grandissant d'enfants (Goodway & Getchell, 2009). Les facteurs environnementaux influent sur les habitudes de vie et les comportements de santé, qui à leur tour jouent un rôle important en regard du poids (Campbell et al., 2006; Manios, Kourlaba, et al., 2010). À titre d'exemple, plusieurs enfants consomment fréquemment des aliments riches en énergie, des boissons sucrées et des portions plus volumineuses que l'apport recommandé (Scaglioni, Arrizza, Vecchi, & Tedeschi, 2011). Par ailleurs, une faible consommation de fruits et légumes, la consommation fréquente de mets préparés et les comportements sédentaires, telles les longues heures passées devant un écran, sont aussi reconnus comme favorisant l'augmentation du poids corporel (De Ruyter et al., 2012; Dubois et al., 2007; Moreno & Rodriguez, 2007; Rennie et al., 2005). De plus, certains facteurs socioéconomiques, tels le faible revenu de la famille et un faible niveau de scolarité chez la mère, peuvent influencer le poids de l'enfant (Armstrong et al., 2003).

[3] Dans cet article, l'excès de poids inclut l'embonpoint et l'obésité.

Force est de constater que les enfants d'âge préscolaire (2 à 5 ans) acquièrent leurs habitudes de vie au sein de leur famille (Scaglioni et al., 2011). À ce moment de la vie, les parents constituent des acteurs clés influençant les comportements de santé de leurs enfants, notamment en ce qui concerne l'alimentation et la pratique d'activités physiques. À cet âge, les parents et la famille élargie représentent les principaux modèles adultes pour l'enfant (Campbell et al., 2006). Les préférences alimentaires de ce dernier se développent à partir des aliments disponibles à la maison et des comportements alimentaires de ses parents. La pratique d'activités physiques est elle aussi influencée par les pratiques parentales (Laure, Leleu, & Mangin, 2008).

Les écrits indiquent aussi que les parents d'un enfant d'âge préscolaire ne perçoivent pas ou peu l'existence d'un problème de poids lorsqu'il est présent chez leur enfant (Akhtar-Danesh, Dehghan, Morrison, & Fonseka, 2011; Jaballas et al., 2011). Les connaissances issues de la recherche apportent peu d'éclairage sur l'origine de cette non-perception de la part des parents. Par ailleurs, l'état actuel des connaissances ne nous permet pas de comprendre les choix de comportements de santé des parents pour leur famille et leur enfant. D'où l'importance pour l'infirmière de bien connaître la perspective parentale relative au poids et aux habitudes de vie des enfants, plus spécifiquement en ce qui concerne l'alimentation et la pratique d'activités physiques, afin de promouvoir l'adoption d'un mode de vie sain.

En ce sens, les représentations sociales constituent une avenue intéressante pour approfondir notre compréhension de la perspective parentale du poids et des habitudes de vie et ainsi mieux intervenir auprès des familles avec jeunes enfants. Selon Abric (1994) les représentations sociales procurent une meilleure compréhension des motivations à adopter certains comportements de santé. Les croyances, les opinions, les perceptions, les attitudes et les connaissances sont des dimensions qui structurent la représentation sociale, qui à son tour détermine le choix des comportements (Abric, 1994). Donc, en vue de l'élaboration d'interventions de promotion de la santé auprès des parents, les représentations sociales du poids et des habitudes de vie sont susceptibles de fournir à l'infirmière des connaissances importantes et plus complètes adaptées à la réalité des parents.

D'ailleurs, les infirmières jouent un rôle de premier plan dans la promotion de la santé (OIIQ, 2010); possédant de solides connaissances, elles sont à même d'offrir un soutien professionnel aux parents avec de jeunes enfants. Au Québec, elles bénéficient dans leur exercice en santé communautaire d'un contact régulier et prévisible avec ces parents, entre autres, dans le cadre de la vaccination. Cette activité infirmière peut devenir une opportunité de promotion de la santé afin d'agir tôt en regard de la problématique du poids dans l'enfance. Par ailleurs, le soutien infirmier des parents dans l'adoption d'un mode de vie sain rejoint les éléments centraux de la discipline infirmière soit le centre d'intérêt que forme le métaparadigme : la personne (famille), la santé, le soin et l'environnement. Ainsi, la personne (famille) est considérée, par les infirmières, au centre de la relation de soins et elle évolue dans un environnement déterminé où elle vit des expériences de santé (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010). La santé des enfants et de leurs familles est au cœur des préoccupations des infirmières qui désirent leur fournir le soutien nécessaire (soin) à l'adoption d'un mode de vie sain. Ce soutien doit être cohérent au développement d'une santé optimale pour les enfants, en tenant compte de l'environnement moderne de la famille et de l'enfant, et de la perspective parentale en regard du poids et des habitudes de vie.

La présente étude vise à explorer les représentations sociales du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue de parents en s'inspirant de la théorie des représentations sociales d'Abric (1994). Cette exploration des représentations sociales se veut une étape préliminaire essentielle pour le choix et le développement de stratégies d'intervention en matière de promotion d'un mode de vie sain adaptées aux familles avec jeunes enfants.

Recension des écrits

Perceptions des parents concernant le poids et les habitudes de vie des enfants de 4-5 ans

À ce jour, une des dimensions des représentations sociales du poids et des habitudes de vie explorée par la recherche concerne les perceptions. Ainsi, deux études récentes fournissent des résultats décrivant la perception parentale du poids de leurs enfants. L'étude de Manios et al. (Manios, Moschonis, Grammatikaki, Anastasiadou, & Liarigkovinos,

2010) a été réalisée en Grèce auprès de 2287 mères d'un enfant âgé de 2 à 5 ans. Les résultats démontrent que 88,3 % des mères sous-estiment le poids de leur enfant lorsqu'il est en embonpoint et 54,5 % le font lorsqu'il présente de l'obésité. Pour leur part, Júlíusson et al. (Júlíusson, Roelants, Markestad, & Bjerknes, 2011) ont mené une étude similaire en Belgique auprès des parents de 3770 enfants âgés de 2 à 19 ans. De cet échantillon, 960 enfants étaient âgés de 2 à 5 ans. Parmi ce sous-groupe, 91,2 % des parents considéraient leur enfant de poids normal alors qu'il présentait un EP. Toutefois, les auteurs de l'étude ne spécifient pas la prévalence de l'EP des enfants de ce sous-groupe. Il ressort de ces deux études que le regard des parents sur l'EP de leur enfant ne correspond pas à son poids réel.

Selon les auteurs Júlíusson et al. et Manios et al., les perceptions parentales du poids de leur enfant déterminent l'engagement des parents en regard d'un excès pondéral potentiel chez l'enfant. Par conséquent, l'éducation à la santé visant à familiariser les parents au sujet des courbes de croissance constitue une intervention susceptible de favoriser la modification des perceptions parentales du poids de leur enfant (Manios, Moschonis, et al., 2010). Dans le même ordre d'idées, Júlíusson et al. considèrent qu'il est indispensable d'assurer un suivi régulier du poids des enfants, accompagné d'une rétroaction aux parents, car la conscientisation constitue le point de départ d'une modification des habitudes de vie de la famille (Prochaska et al., 2008).

Les connaissances actuelles sur les perceptions apportent un éclairage sur le point de vue des parents et, en ce sens, elles renseignent sur l'importance d'informer les parents sur les normes de croissance. Mais, elles ne peuvent à elles seules, expliquer les motivations à adopter ou non des comportements de santé. Elles n'apportent pas un éclairage sur les éléments culturels rattachés au phénomène de l'EP. Par contre, le concept des représentations sociales offre une avenue prometteuse pour une vision holiste de la perspective parentale.

Représentation parentale du poids et des habitudes de vie

Dans le cadre d'une recension des écrits sur les représentations sociales des parents de l'alimentation et de l'obésité des enfants, Pelicand et Doumont ont retenu 50 articles provenant de sept pays différents. Les auteurs ont retenu des études portant majoritairement sur la perception du poids des enfants et comportant un volet qualitatif duquel ils ont tenté de dégager les représentations sociales. Les auteurs ont constaté que les parents éprouvent beaucoup de difficulté à attribuer un statut pondéral conforme au résultat de l'évaluation par un professionnel de la santé à leur enfant, phénomène plus accentué chez les mères avec un niveau d'éducation plus faible ou d'origine culturelle différente. Une explication plausible à cette situation peut résider dans l'augmentation de la prévalence de l'EP chez les enfants (Júlíusson et al., 2011; Manios, Moschonis, et al., 2010). Notamment, les parents du 21^{e} siècle sont de plus en plus exposés à la présence d'enfants présentant un EP, ce qui peut conduire à une normalisation de ce statut pondéral. De plus, concernant les représentations sociales, le parent considère souvent l'EP comme un problème passager en bas âge. En ce sens, il importe d'explorer plus en profondeur la réalité ou le point de vue du parent, car les représentations sociales qu'ils ont du poids et des habitudes de vie des enfants de 2 à 5 ans vont influencer les comportements de santé qu'ils adoptent et les stratégies utilisées dans leur rôle auprès de leur enfant (Abric, 1994).

Ainsi, les interventions proposées par les infirmières pour soutenir les parents doivent tenir compte de la perception du parent et des représentations sociales qu'il a du poids et des habitudes de vie des enfants. Par exemple, un parent non conscient du problème ou des risques que son enfant encourt ne sera pas enclin à changer les habitudes de vie à la maison (Howard, 2007). D'ailleurs, Howard (2007), en se basant sur le modèle de changement de comportement de Prochaska et DiClemente (1994), affirme que les parents engagés dans l'adoption de comportements de santé sains pour leur enfant et leur famille sont conscients du risque associé à la surcharge pondérale et aptes à identifier la présence d'un EP. Dans la plupart des cas, quand le parent valorise un mode de vie sain, il appert qu'il est conscient des risques associés à l'excès pondéral (Howard, 2007). Ce choix de vie repose sur ses croyances, opinions et connaissances en regard de l'EP, lesquelles composent la structure des représentations sociales. Ainsi, les représentations sociales que le parent élabore en

regard du poids et des habitudes de vie des enfants de 2 à 5 ans influent sur de l'ouverture ou non à modifier les comportements de la famille non favorables à la santé. Toutefois, les écrits recensés démontrent rapidement que les représentations sociales du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue du parent sont méconnues. Ainsi, des lacunes dans l'état actuel des connaissances sur le sujet nous portent à réaliser une étude plus approfondie.

Méthode

Les résultats présentés dans le cadre de cet article proviennent du deuxième cycle d'une recherche-action comportant quatre cycles et dont le but était de mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières œuvrant auprès des familles, des pistes de solution à la promotion de saines habitudes de vie auprès de parents d'un enfant âgé de 4 à 5 ans[1]. Une approche qualitative descriptive (Thorne, 2008) a été privilégiée pour le deuxième cycle de l'étude dans le but de décrire les représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants de 4 à 5 ans[1].

Milieu et participants à l'étude

L'étude s'est déroulée dans un centre de santé et des services sociaux (CSSS) d'une région du Québec. Au plan démographique, cette région se situe au quatrième rang en importance parmi les 17 régions formant le Québec; elle comporte des zones urbaines, semi-rurales et rurales. Lors du premier cycle de la recherche, la première auteure a pesé et mesuré 259 enfants âgés de 4 à 5 ans et a invité les parents à fournir leurs coordonnées pour une entrevue ultérieure (cycle 2). Un échantillon par choix raisonné (Fortin, 2010) jusqu'à saturation des données (Pires, 1997) a été sélectionné parmi les 251 parents ayant laissé leurs coordonnées. Ainsi, 14 parents d'un enfant de 4 à 5 ans résidents de la région, autant des parents de garçons que de filles, et des parents d'un enfant présentant un IMC normal, en embonpoint et en obésité, ont été joints dans l'optique d'obtenir une variation dans la composition de l'échantillon.

Collecte des données

La première auteure a réalisé deux entrevues semi-dirigées enregistrées en version audio numérique, auprès de chacun des 14 parents participants, soit un total de 28 entrevues. Ces entrevues individuelles ont été menées d'octobre 2010 à septembre 2011 dans un lieu au choix du parent (maison ou bureau de la première auteure). Ainsi, des entrevues souples (Kvale & Brinkmann, 2009) ont favorisé l'expression des parents participants et laissé place à l'émergence de leur point de vue. Le guide utilisé pour la première entrevue comportait des questions ouvertes permettant l'exploration des dimensions structurant les représentations sociales selon le cadre théorique d'Abric (1994), à savoir les croyances, les opinions, les perceptions, les attitudes, et les connaissances des parents participants au sujet du poids et des habitudes de vie des jeunes enfants. À titre d'exemple, l'intervieweur demandait aux parents quels mots ou images ils associaient à la routine de l'enfant à travers le récit d'une journée type, ou la vision du parent à propos du poids et des habitudes de vie (alimentation, activités physiques et écrans) des enfants de son entourage. Des questions d'approfondissement (ex. Pouvez-vous me donner un exemple de…? Que voulez-vous dire par…?) ont été utilisées pour mieux saisir la perspective parentale.

La seconde entrevue semi-dirigée avait lieu environ deux à quatre semaines après le premier entretien avec le parent. Lors de cette entrevue, le résumé synthèse de la première rencontre avec le parent lui était présenté afin qu'il puisse préciser, confirmer, modifier et compléter le contenu de la première entrevue. De plus, cette entrevue servait à approfondir les thèmes à l'étude. La première entrevue durait de 45 à 60 minutes et la seconde entrevue entre 15 et 30 minutes.

Déroulement de l'étude

Le recrutement des parents a débuté après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain de l'établissement de santé où l'étude s'est déroulée et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Lors de la vaccination des enfants de 4-5 ans (selon le calendrier québécois de vaccination), les parents se présentant à la clinique du CSSS avec leur enfant étaient invités

par l'infirmière à rencontrer la première auteure. Celle-ci leur expliquait la recherche, répondait à leurs questions et les invitait à y participer sur une base volontaire. Tel que mentionné plus tôt, lors du premier cycle de la recherche-action, la première auteure procédait à l'évaluation du poids et de la taille de l'enfant et le parent remplissait un court formulaire sociodémographique. À la fin de ce court questionnaire, le parent complétait une section lui permettant de manifester son intérêt pour être contacté aux fins d'une entrevue portant sur le poids et les habitudes de vie des enfants de 4-5 ans. Les parents sélectionnés à partir de ce questionnaire ont été joints par téléphone. À cette occasion, leur volonté à participer à une entrevue individuelle a été de nouveau vérifiée et une première rencontre a été fixée à l'heure et à l'endroit de leur convenance (bureau de l'intervieweur, à la maison ou autre). Lors du premier entretien, le consentement écrit du parent a été obtenu. Les données recueillies ont été conservées sous clé et seuls les membres de l'équipe de recherche y avaient accès. De plus, ces derniers se sont engagés à respecter la confidentialité des propos échangés lors des entretiens.

Analyse des données

Toutes les entrevues ont été enregistrées en version audionumérique et transcrites intégralement aux fins de l'analyse. Les transcriptions ont été importées sur QRS NVivo 10 (Qualitative and Research International, 2012) pour faciliter le processus d'analyse qualitative et la gestion des données. La procédure d'analyse qualitative des données, basée sur les travaux de Huberman et Miles (2003), comportait trois étapes non consécutives. La première étape visait à condenser les données, soit à les trier et à les organiser. Pour ce faire, une grille d'analyse « mixte » a été élaborée, c'est-à-dire une grille formée de catégories prédéterminées à partir du cadre de référence d'Abric (1994) auxquelles se sont ajoutées des catégories émergeant du discours des participants. Ainsi, une approche inductive laissant place à la subjectivité des différents participants a été utilisée pour dégager les unités de sens et construire les catégories et thèmes. La deuxième étape consistait à présenter les données, préalablement codées, sous forme de matrices conceptuelles afin d'en tirer des conclusions. À partir des matrices et des thèmes, il nous a été possible de dégager la structure des représentations sociales. La troisième étape, qui s'est déroulée tout au long du processus de recherche, avait pour but l'élaboration et la

vérification des conclusions. À titre d'exemple, la seconde entrevue auprès des parents a permis de consolider les conclusions émergentes.

Les figures 1 et 2 présentent les principaux thèmes ayant servi à la construction des matrices, lesquelles ont conduit à la construction de la structure des représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans.

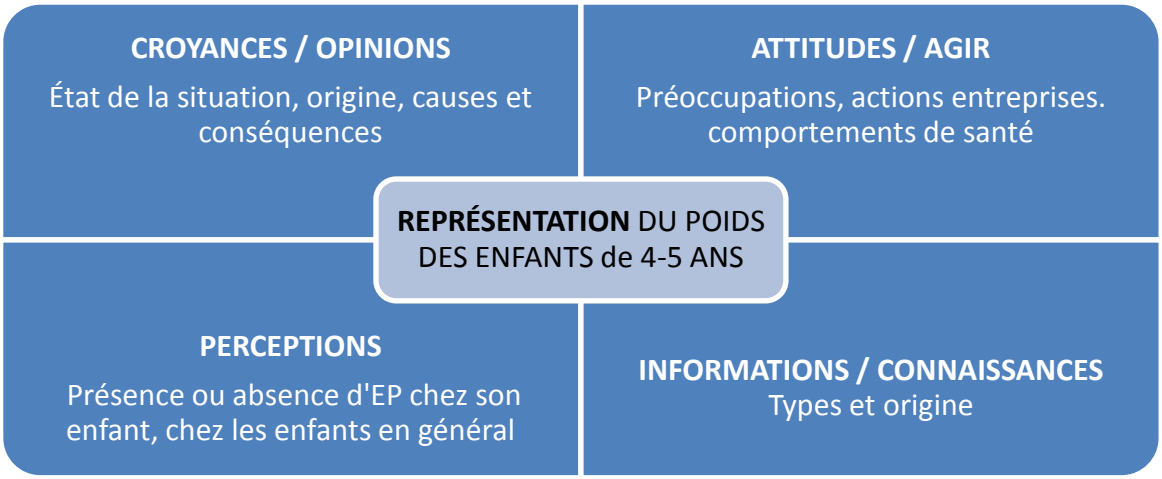


Figure 1. Thèmes associés à la représentation sociale du poids

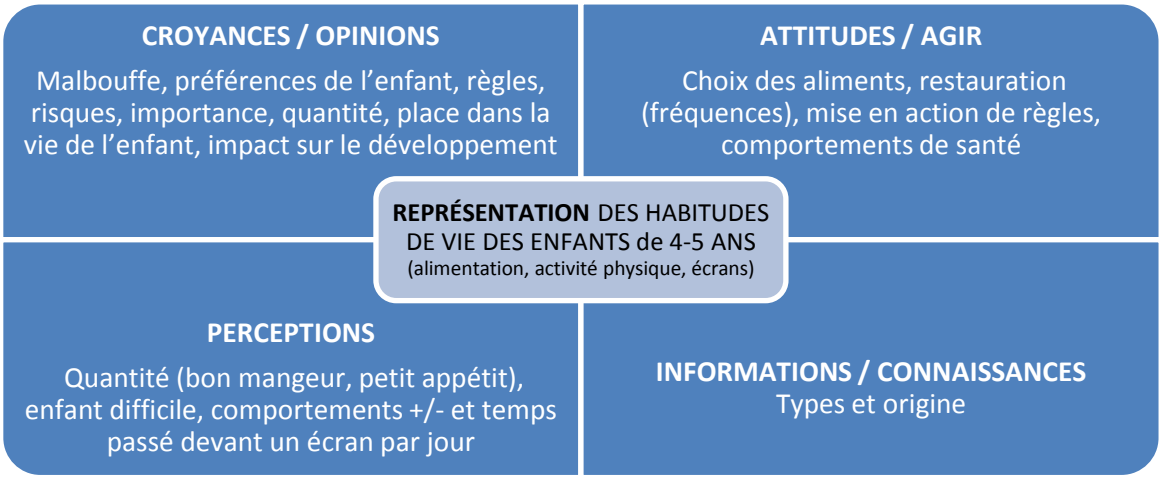


Figure 2. Thèmes associés à la représentation sociale des habitudes de vie

Résultats

Participants

Parmi les 14 parents ayant participé aux entretiens, 13 étaient des mères. Quatre parents ont auto déclaré un poids et une taille indiquant un IMC dans la norme, cinq de l'embonpoint et quatre de l'obésité. Un parent a refusé de fournir ses mensurations. En regard de la scolarité, deux parents détenaient une 12^{e} année, quatre une 15^{e} année et sept avaient plus d'une 15^{e} année de scolarité.

Représentations sociales du poids des enfants de 4-5 ans : ENJEU DE SANTÉ OU APPARENCE POTELÉE NORMALE

D'entrée de jeu, soulignons que les résultats de l'étude permettent de dégager deux représentations sociales du poids des enfants de 4-5 ans. Les parents d'un enfant de poids normal se représentent le poids des enfants de 4-5 ans comme **un enjeu de santé** auquel on doit porter une attention et dont on doit se préoccuper. Par contre, les parents d'un enfant en EP (embonpoint ou obésité) se représentent le poids de ces enfants comme une **apparence potelée normale**. Les dimensions de la structure de ces représentations sociales du poids, appuyés d'extraits du discours des parents, figurent au tableau 1.

Une des dimensions sur laquelle reposent les représentations sociales du poids concerne la perception parentale du poids de leur propre enfant âgé de 4 ou 5 ans. À cet égard, on constate, chez les parents interviewés, que la perception du poids ne correspond pas toujours à la définition et à la classification utilisée par les professionnels de la santé, c'est-à-dire que la vision du parent en regard du poids de son enfant diffère du poids mesuré, classifié et rapporté sur la courbe de croissance par la première auteure. En regard de ce point, on constate chez les parents d'un enfant présentant un EP une justification morphologique du statut pondéral de leur enfant. Ainsi, ils avaient tendance à justifier le poids de leur enfant en se référant à sa grandeur ou à sa masse osseuse. Par ailleurs, une majorité de participants croit que les enfants de 4-5 ans étireront avec le temps, c'est-à-dire qu'ils aminciront en raison de la croissance normale à cette période de la vie. Les parents interrogés tendent à dire que les enfants de ce groupe d'âge ont une apparence potelée qui s'estompera avec le temps : *« Ils sont un peu plus potelés, ils ont le visage un peu plus*

rond. » (Parent 11 – garçon de poids normal). Ainsi, si l'enfant semble potelé aux yeux du parent, celui-ci considère la situation comme normale.

De plus, lorsque le poids de leur enfant est normal, selon l'IMC calculé avec le système de classification de l'IOTF, les parents interviewés estiment que les autres enfants de 4-5 ans sont généralement trop gros. Si leur enfant de 4-5 ans présente de l'embonpoint, ils considèrent que les enfants du même âge ont un poids normal. Enfin, ils jugent que les autres enfants de 4-5 ans sont trop maigres lorsque leur propre enfant présente de l'obésité. Chez les parents participants, nous constatons que le poids de leur enfant constitue un point de repère ou une forme de barème pour déterminer ce qui constitue pour eux la normalité.

Quant aux causes d'un EP, les parents d'un enfant de poids normal croient que les habitudes de vie des enfants, à savoir leur alimentation et leurs activités physiques, constituent les déterminants de leur statut pondéral. Pour leur part, les parents d'un enfant en EP considèrent que les habitudes de vie et la génétique influencent sur le statut pondéral des enfants de 4-5 ans.

Pour conclure, concernant les représentations sociales du poids des enfants de 4-5 ans, les résultats de cette étude nous permettent d'affirmer qu'une majorité de parents interrogés sous-estiment l'excès pondéral de leur enfant. Les parents d'un enfant de poids normal reconnaissent tout de même la problématique de l'EP et sont préoccupés par la situation pondérale des enfants. Cependant, les parents d'un enfant présentant de l'embonpoint normalisent la situation alors que les parents d'un enfant obèse la sous-estiment. Ainsi, pour les parents des enfants en EP, une certaine indifférence envers le poids des enfants de 4-5 ans semble présente. Cette attitude repose sur le fait que les parents ne sont peut-être pas conscients de la présence d'un EP et qu'ils normalisent la situation. D'ailleurs, les parents d'un enfant en embonpoint croient que la problématique de l'EP chez les enfants de 4-5 ans est surtout présente ailleurs qu'au Québec.

Tableau 1. Structure des représentations sociales parentales du poids des enfants de 4-5 ans : Enjeu de santé ou une apparence potelée normale

ENJEU DE SANTÉ

Parents d'un enfant de poids normal

- **Perception du poids de son enfant**
  «Je le trouve pas trop petit. Je le trouve parfait» (Parent 13, garçon)
- **Les enfants de 4-5 ans sont généralement trop gros**
  «Je trouve qu'il y a un certain EP. Pas toujours, mais je trouve qu'il y a une majorité [d'enfants avec EP].» (Parent 7, fille)
- **La cause de l'EP relève des habitudes de vie**
  «Ils ont un poids santé. Pas parce que c'est leur nature, c'est parce qu'il y a certaine règle.» (Parent 7, fille)

APPARENCE POTELÉE NORMALE

Parents d'un enfant en embonpoint

- **Perception du poids de son enfant**
  «Elle est pas faite sur un « frame » de chat. Elle est costaude, mais elle est pas grosse.» (Parent 2, filles)
- **Les enfants de 4-5 ans sont généralement de poids normal**
  «Les enfants, je les trouve corrects. Je vois pas d'enfant obèse» (Parent 14, garçon)
- **La cause de l'EP relève des habitudes de vie ou de la génétique**
  «Ça peut venir des parents, ça peut venir de l'inactivité, ça peut venir de la génétique.» (Parent 8, garçon)

Parents d'un enfant obèse

- **Perception du poids de son enfant**
  «Son poids est normal par rapport à sa grandeur.» «Il est super grand ça fait que, oui, il a l'air costaud. Il est pas gros. Il est plus massif.» (Parent 10, garçon)
- **Les enfants de 4-5 ans sont généralement petits**
- **La cause de l'EP relève des habitudes de vie ou de la génétique**
  «Je fais des gros et grands gars » (Parent 5, garçon)

Représentation sociale des habitudes de vie des enfants : UN DÉFI EXIGEANT AU QUOTIDIEN

La représentation sociale des parents concernant les habitudes de vie des enfants nous renseigne sur un déterminant significatif du poids des enfants, considérant le rôle des parents dans l'adoption de comportements sains pendant l'enfance. Tout comme nos observations relatives aux perceptions du poids, il semble que la perspective parentale des habitudes de vie des 4-5 ans diffère selon le statut pondéral de leur enfant, mais tous expriment, à des degrés divers, à quel point les habitudes de vie représentent un défi pour eux. Cette représentation sociale des parents à propos des habitudes de vie des enfants repose sur leur opinion concernant les causes à l'origine des problèmes de poids chez les enfants de 4-5 ans. Plus précisément, pour les parents participants dont le poids de leur enfant est normal, ce sont les habitudes de vie de la famille qui entraînent les problèmes de poids. Les parents d'un enfant en embonpoint ou en situation d'obésité soulèvent le rôle des habitudes de vie, mais ils avancent aussi l'influence de la génétique sur l'excès pondéral. Les tableaux 2 et 3 présentent quelques extraits des entrevues réalisées auprès des parents qui corroborent le défi que représente l'adoption de saines habitudes de vie pour la famille.

Rappelons que deux habitudes de vie des enfants de 4-5 ans ont été discutées avec les participants, soit 1) l'alimentation ainsi que 2) la pratique d'activités physiques et l'utilisation des écrans (télévision, ordinateur et console de jeux). Tous les participants arrivent à la conclusion que les habitudes de vie représentent un **défi exigeant** au quotidien pour les parents. Le tableau 2 présente la structure des représentations sociales des habitudes de vie selon les participants à l'étude. Plus spécifiquement, pour les parents d'un enfant de poids normal, l'alimentation symbolise rigueur et discipline. Pour leur part, les parents d'un enfant en embonpoint ou obèse soulignent l'importance de conserver la notion de plaisir associée à l'alimentation, plaisir qui rime souvent avec malbouffe et sucreries. Qui plus est, les parents d'un enfant obèse insistent sur l'importance d'éviter de priver l'enfant de gâteries sur une base régulière afin de préserver l'aspect épicurien associé à l'alimentation et ils disent avoir de la difficulté à dire non à leur enfant. Les parents d'un enfant de poids normal soulignent la difficulté de faire de bons choix alimentaires en raison de l'accès facile et de la disponibilité de plusieurs produits riches en sucre et en gras. Par

ailleurs, un consensus émerge du discours des participants en regard de la difficulté pour les parents qui vivent en contexte de pauvreté de nourrir adéquatement leurs enfants.

Quant à la pratique d'activités physiques, les opinions des participants divergent à ce propos, une fois de plus modulées selon le poids de leur propre enfant. Ainsi, les parents d'un enfant de poids normal considèrent que les enfants de 4-5 ans ne font pas suffisamment d'activités physiques libres comme jouer dehors ou d'activités organisées tel un cours de soccer (foot) ou de danse. À l'opposé, les parents d'un enfant en EP considèrent que les enfants en font trop. D'ailleurs, les parents d'un enfant obèse précisent, de surcroît, que la pratique d'activités physiques débute trop tôt dans la petite enfance, particulièrement dans le cadre d'activités structurées. Tous les parents croient en l'importance de limiter et de diminuer le temps passé par les enfants de 4-5 ans devant un écran. Toutefois, les parents d'un enfant obèse avouent utiliser la télévision et les jeux vidéo comme un dépanneur, c'est-à-dire comme un moyen leur permettant d'avoir du temps pour effectuer diverses tâches familiales (ex. préparation des repas) ou encore comme stratégie pour calmer les enfants lorsqu'ils sont trop turbulents dans la maison. Le tableau 3 présente les dimensions de la représentation sociale des habitudes de vie des parents relative à la pratique d'activités physiques et au temps passé devant un écran.

Tableau 2. Structure de la représentation sociale parentale des habitudes de vie : Alimentation

Parents d'un enfant de poids normal	• **L'alimentation est synonyme de discipline** *«Beaucoup de la discipline qui rentre là-dedans [alimentation des enfants].» (Parent 3, fille)* • **Les choix alimentaires sont souvent de piètre qualité** *«Les gens achètent des repas déjà préparés, puis les enfants font de la haute pression parce qu'ils prennent trop de sel.» (parent 11, garçon)* • **La mauvaise alimentation est associée à la pauvreté** *«Je sais que les familles* [plus pauvres] *consomment beaucoup de liqueurs [boissons gazeuses] et tout ça parce qu'ils manquent d'argent pour acheter du lait ou du jus parce que ça coûte plus cher.» (parent 11, garçon)*
Parents d'un enfant en embonpoint	• **L'alimentation est synonyme de displine, mais aussi de plaisir** *«Au niveau de l'alimentation il y a des règles, les différences vont être plus au niveau des desserts: crème glacée, même pouding au chocolat. Des gâteries si on veut, qu'on va permettre.» (parent 12, fille)* • **La mauvaise alimentation est associée à la pauvreté** *«J'ai toujours observé que dans la semaine où les gens* [en contexte de pauvreté reçoivent leur allocation gouvernementale], *dans les épiceries, ce qui est en* [solde], *c'est la liqueur, les produits congelés prêts à servir, prêts à manger, les pizzas, les chips, tout ce qui est fast food. » (parent 12, fille)*
Parents d'un enfant obèse	• **La malbouffe est synonyme de plaisir** *«Tu sais, bien manger, mais aussi mettre un peu de piquant des fois, transgresser les règles. » (parent 6, fille)* • **Le parent avoue avoir de la difficulté à dire non** *«Mais si elle veut un autre plat de lasagne, je peux-tu lui donner là, c'est pas mauvais là. Je veux dire… c'est pas parce qu'elle a droit à ça normalement que je vais lui donner juste ça là. Elle a faim.» (parent 6, fille)* • **La mauvaise alimentation est associé à la pauvreté** *«Des parents qui sont peut-être pas capables d'assumer les coûts des aliments de qualité.» (parent 10, garçon)*

Tableau 3. Structure de la représentation sociale parentale des habitudes de vie : Activités physiques et écrans

Parents d'un enfant de poids normal	• **Les enfants ne pratiquent pas assez d'activités physiques** *«Il y en a qui font pas d'exercice du tout. Les enfants restent dans la maison toute la journée, ils bougent pas.» (Parent 11, garçon)* • **Il importe de diminuer le temps passé devant un écran** *«C'est pas normal de passer quatre heures, cinq heures dans une journée sur une console de jeu vidéo. Je pense qu'il faut limiter la durée.» (Parent 7, fille)* • **Les écrans sont trop présents dans la vie des enfants** *«J'ai l'impression que les enfants regardent trop la télévision parce que les parents ont besoin de répit. » (Parent 1, garçon)*
Parents d'un enfant en embonpoint	• **Les enfants pratiquent trop d'activités physiques** *«Les enfants, ils avaient pas le droit au transport scolaire. Mon garçon, il est obligé d'y aller à pied. C'est un kilomètre. À cet âge c'est beaucoup trop de marche.» (Parent 8, garçon)* • **Il importe de diminuer le temps passé devant un écran** *«Tu sais, je veux pas qu'il passe trop de temps là-dessus non plus.» (Parent 14, garçon)* • **Les écrans servent de dépanneur au parent** *«La période télévision normalement est vraiment juste avant le souper, ce qui m'aide beaucoup.» (Parent 12, fille)*
Parents d'un enfant obèse	• **Les enfants pratiquent trop d'activités physiques et trop tôt** *«À 4- 5 ans, il était un peu trop jeune, c'est trop tôt pour commencer à entrer dans le sport. » (Parent 10, garçon)* • **Il importe de diminuer le temps passé devant un écran** *«Ils ont tellement de jeux… Le Wii, la télé… Il y a des postes, c'est juste des bonhommes* [dessins animés]*, ça fait qu'ils peuvent passer la journée parqués* [assis] *là.» (Parent 4, fille)* • **Les écrans servent de dépanneur au parent** *«Je vais lui laisser Diego* [bande dessinée] *au complet, c'est 25 minutes environ que j'ai pour me préparer moi.» (Parent 10, garçon)*

Pour conclure, les parents affirment que les routines (ex. : repas, sommeil, hygiène) sont exigeantes à instaurer et à maintenir, car les enfants traversent une période développementale marquée par l'affirmation de soi qui rend parfois la tâche difficile pour le parent : *« Au souper, c'est le 5 à 7 de l'enfer. Moi, j'appelle ça le 5 à 7 de l'enfer. » (Parent 6 – fille obèse)*. Ainsi, la représentation sociale parentale des habitudes de vie qui émerge de cette étude est qu'elles sont exigeantes au quotidien, qu'elles imposent beaucoup d'efforts aux parents. Le défi pour les parents interviewés relève de la discipline nécessaire pour encourager les enfants à adopter de saines habitudes de vie. La responsabilité parentale dans ce domaine ne se résume pas à connaître les principes d'une saine alimentation, encore faut-il les appliquer. En ce sens, la responsabilité parentale dans ce domaine semble complexe : *« ... je connais le Guide alimentaire canadien, mais c'est pas toujours évident de le faire* [de l'appliquer concrètement]*.» (Parent d'un garçon obèse).* Qui plus est, les participants ont nommé le manque de temps lié à un horaire chargé comme un facteur de taille qui vient justifier leur position à cet égard.

Discussion

Cette étude se veut une des premières à documenter les représentations sociales de parents à propos du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans. En ce sens, elle apporte une nouvelle compréhension de la réalité parentale, ajoutant ainsi aux connaissances actuelles. Concernant les représentations sociales, Abric (1994) estime qu'elles se situent en amont des prises de position, qu'elles orientent les actions, notamment les comportements de santé. Ainsi, les représentations sociales guident les comportements et sont précurseurs à l'action (Abric, 1994). L'intérêt de comprendre ces dernières dans le domaine de la santé réside dans le fait qu'elles sont une source de modulation des comportements. Par conséquent, les résultats de la présente étude peuvent aider à comprendre ce qui sous-tend l'agir des parents concernant le rôle qu'ils jouent dans la promotion de saines habitudes de vie pour leur enfant.

Les résultats de la présente étude sont éloquents par la mise en évidence de deux visions caractérisées soit par une préoccupation (le poids est un enjeu de santé), soit par une indifférence à propos de l'EP (apparence potelée normale). Ces résultats correspondent aux

deux représentations sociales du poids des enfants de 4-5 ans chez les participants. Ces dernières reposent notamment sur la justification morphologique avancée par des participants. Par ailleurs, les comportements de santé adoptés diffèrent d'un groupe de parents (parent d'un enfant de poids normal) à l'autre (parent d'un enfant en EP).

Le fait de se représenter le poids de l'enfant de 4-5 ans comme une apparence potelée normale soulève des questions sur le lien existant entre les représentations sociales du poids des enfants et les comportements de santé adoptés. Cette représentation sociale apporte une explication de la persistance de la problématique en raison de l'indifférence relative exprimée par les parents soit une « apparence potelée normale ». Face à la persistance du problème de l'EP chez les jeunes enfants, il est inquiétant d'observer une certaine mésestimation du problème, accompagnée d'une normalisation du poids de l'enfant. Pour ces parents, la représentation sociale qu'ils se font du poids des enfants complique la tâche de juger de la présence d'un EP chez leur enfant. D'ailleurs, selon les études sur le sujet, une grande majorité des parents ne perçoivent pas la présence de l'EP chez leur enfant de 4-5 ans (Akhtar-Danesh et al., 2011; Doolen et al., 2009; Jaballas et al., 2011; Júlíusson et al., 2011; Manios, Moschonis, et al., 2010; Pelicand & Doumont, 2005). Or, il y a lieu de porter une attention aux perceptions, considérant qu'il s'agit d'une dimension de la structure des représentations sociales. La présente étude arrive à la même conclusion particulièrement chez les parents d'un enfant avec un EP.

Le parent compare le poids de son propre enfant à celui des enfants du même âge. Cependant, il justifie le statut pondéral de son enfant en se fondant sur des caractéristiques morphologiques qu'il lui attribue : « *il est costaud, il a de gros os* ». Cette impression chez les parents de la présente recherche n'est pas réellement erronée puisqu'à cet âge, l'enfant subit une métamorphose physiologique liée au rebond d'adiposité (Boonpleng et al., 2012; Williams & Goulding, 2009). Toutefois, le rebond d'adiposité qui survient trop tôt avant l'âge de six ou sept ans s'avère étroitement lié à l'obésité (Boonpleng et al., 2012; Gardner et al., 2009; Nader et al., 2006; Williams & Goulding, 2009). L'écart entre la perception du parent, structurant en partie la représentation sociale du poids des enfants, et le poids mesuré de son propre enfant, appuie l'hypothèse à l'effet que la prévalence plus élevée de l'EP actuelle pourrait teinter la conception de la normalité du poids des enfants aux yeux

des parents. Ce point de vue est aussi avancé par d'autres auteurs (De Onis, Blössner, & Borghi, 2012; Larsen et al., 2012; Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2012).

Outre les perceptions, d'autres dimensions de la représentation sociale sont importantes à considérer. À cet effet, notons le rôle des croyances et opinions des parents concernant l'EP chez les enfants de 4-5 ans. Ainsi, les participants pensent que l'EP chez les enfants de 4-5 ans est un problème temporaire surtout si l'enfant a moins de 5 ans. Dans cette étude, cinq parents sur 14 croient que les enfants « étirent » avec le temps, c'est-à-dire que leur silhouette s'amincit. Pelicand et Doumont (2005) ont relevé la même tendance dans leur recension des écrits portant sur les représentations sociales des parents relativement à l'alimentation et à l'obésité chez les enfants.

Les résultats appuient l'existence d'un lien entre les représentations sociales du poids et les comportements de santé (habitudes de vie) adoptés. À partir de ce constat, on peut s'interroger quant au contenu et à l'impact des messages de promotion d'un mode de vie sain (marketing social) auprès de parents pour qui le poids ne constitue pas une préoccupation, particulièrement ceux dont l'enfant présente un EP. D'ailleurs, le recours au marketing social, une stratégie reconnue en promotion de la santé, permettrait d'orienter les messages selon les caractéristiques de ce segment de la population (Douglass Storey, Saffitz, & Rimon, 2008).

Malgré que des participants se préoccupent peu du poids de leur enfant, ils considèrent tout de même que les causes principales de l'EP chez l'enfant de 4-5 ans se rapportent à 1) l'alimentation riche en sucre et en gras et 2) au manque d'activités physiques. D'ailleurs, l'analyse que font les parents des causes est corroborée par plusieurs auteurs concernant particulièrement la taille excessive des portions, la surconsommation de sucre ainsi que les aliments riches en gras (Bremer & Lustig, 2012; Danyliw et al., 2012; De Ruyter et al., 2012; Manios, Kourlaba, et al., 2010). Ainsi, les participants détiennent des informations et connaissances appuyées sur des résultats probants concernant l'alimentation. Il ressort de cela que leurs informations et connaissances relatives aux habitudes de vie des enfants âgés 2 à 5 ans reposent en partie sur des connaissances scientifiques.

Quant à la pratique d'activités physiques, les études confirment ce que les parents d'un enfant de poids normal avancent à savoir que nos jeunes ne sont pas suffisamment actifs (Laure et al., 2008). Toutefois, la pratique d'activités physiques appert trop fréquente pour les parents dont l'enfant présente un EP. Cette croyance est observée chez les parents d'un enfant qui bénéficierait assurément de plus d'activités physiques. À cet âge, le parent fait figure de modèle pour l'enfant et une source de stimulation importante à la pratique d'activités physiques (Laure et al., 2008). Toutefois, les conditions de vie de la famille telles la pauvreté ou l'environnement, notamment la disponibilité d'installations pour la pratique d'activités physiques (parcs) s'avère déterminante en regard du poids (Lobstein & Millstone, 2007).

L'ensemble des parents invoque le rythme de vie effréné des sociétés modernes associé à une réduction du temps consacré à la préparation des repas pour expliquer la représentation des habitudes de vie comme un défi exigeant et complexe. D'ailleurs, des études corroborent cette nouvelle réalité parentale (Hearst et al., 2012; Stenhammar et al., 2012). La discipline nécessaire relative aux habitudes de vie représente un défi majeur pour les participants de l'étude.

Pour conclure, sachant que les changements de comportements de santé en matière d'alimentation et d'activité physique reposent sur une prise de conscience de la situation pondérale des enfants ou des risques qu'il encourent (Howard, 2007; Prochaska et al., 2008), cette information sur les représentations sociales du poids et des habitudes de vie de l'enfant de 4-5 ans du point de vue parental est fondamentale pour orienter les interventions des infirmières. Elles ont un rôle à jouer pour premièrement aider les parents à prendre conscience de la situation pondérale de leur enfant de 4-5 ans et deuxièmement leur offrir un soutien afin de faciliter l'adoption d'un mode de vie sain dans un environnement qui leur appert non facilitant. Force est de constater que les parents détiennent des connaissances sur l'alimentation et la pratique d'activités physiques, mais comment intégrer un mode de vie sain dans un rythme de vie parfois étourdissant: voilà leur défi au quotidien. Cette particularité de la réalité parentale justifie l'importance pour les infirmières qui œuvrent auprès des familles avec jeunes enfants de développer des interventions afin de

soutenir les parents dans l'acquisition des habiletés individuelles nécessaires pour l'adoption d'un mode de vie sain (Renaud & Lafontaine, 2011).

Forces et Limites de l'étude

D'abord, cette étude est une des premières à explorer les représentations parentales du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans. Elle tente aussi de compléter et d'approfondir les connaissances actuelles, surtout axées sur la perception parentale du poids de leur enfant, en explorant d'autres dimensions des représentations sociales, un concept reconnu comme influant l'adoption de comportements de santé.

Par ailleurs, plusieurs éléments confirment la rigueur scientifique de cette recherche qualitative, soit les critères de crédibilité, confirmation, fiabilité et transférabilité (Laperrière, 1997). L'attention portée au point de vue du chercheur par la tenue d'un journal de bord réflexif et à la subjectivité du parent dans le cadre d'entrevues souples, comportant des questions ouvertes favorisent la crédibilité des résultats. La confirmation de la compréhension des chercheurs du point de vue des parents au cours de la deuxième entrevue et l'approfondissement des thèmes permettent d'affirmer que les résultats de l'étude ne sont pas uniquement le fruit de la construction du chercheur. Une autre force de l'étude consiste en l'atteinte d'une certaine saturation des données, puisque les dernières entrevues n'apportaient pas de nouveau matériel. Le fait de ne pas avoir informé le parent de l'interprétation du statut pondéral de son enfant diminuait les risques que cette information oriente le point de vue du parent en le conscientisant au statut pondéral de son enfant. Les entrevues ont été enregistrées, retranscrites et cocodées pour en assurer la stabilité, la cohérence, l'exactitude et la vraisemblance des données assurant ainsi la fiabilité. Enfin, la description du profil sociodémographique des participants et de la variation des caractéristiques des parents (IMC, niveau de scolarité) et des enfants (IMC, genre) permettent de juger des possibilités de transférabilité. Toutefois, soulignons le fait que l'étude se déroulait dans une seule région du Québec auprès de parents de race caucasienne détenant un niveau de scolarité plus élevé que la moyenne régionale. Nous pouvons aussi supposer que les parents souhaitant participer à des entrevues portant sur les thèmes du poids et des habitudes de vie avaient une ouverture à parler de ces sujets.

Retombées anticipées

Les résultats peuvent être source d'inspiration pour les infirmières et les autres professionnels de la santé. Ainsi, ils peuvent nourrir la réflexion sur la diversité des mesures à mettre en place pour contrer la problématique de l'excès de poids chez les jeunes enfants et ce, dans une perspective de promotion de la santé (Renaud & Lafontaine, 2011). Différentes stratégies d'intervention pourraient être identifiées. La connaissance des représentations sociales du parent à propos du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans peut donner lieu à des discussions à plus grande échelle au sein du réseau de la santé en impliquant les responsables de la santé publique et les divers intervenants qui travaillent auprès de ces familles. Au cours de ces discussions, plusieurs niveaux d'interventions peuvent être examinés à la lumière des représentations sociales. Pensons à des interventions auprès de la famille, au sein des groupes communautaires ou au niveau de la santé publique. Les résultats de la présente étude procurent une base fertile pour le développement de stratégies d'interventions adaptées à la réalité parentale par exemple comment bien s'alimenter lorsqu'on manque de temps. Il y a lieu de se pencher sur la disponibilité de structures publiques permettant la pratique d'activités physiques en toute sécurité et la disponibilité d'aliments sains pour toutes les familles. Une mobilisation des personnes impliquées auprès de l'enfant est indispensable, incluant les infirmières qui peuvent faire preuve de leadership en alliant leur voix à celles de la communauté et des parents pour l'accès à des environnements favorables à la santé. Dans le même ordre d'idées, il importe d'appuyer le maintien et le développement de programmes tels Villes et villages en santé, Écoles en santé ainsi que le maintien du Programme national de santé publique.

Au plan clinique, les résultats confirment l'importance d'agir sur plusieurs plans selon une approche écologique de la promotion de la santé (Renaud & Lafontaine, 2011). Ils appuient la nécessité pour les infirmières de profiter de toutes les occasions possibles pour évaluer la condition santé de l'enfant et soutenir le parent dans la recherche de solutions favorisant l'adoption d'un mode de vie sain. Les résultats de l'étude confirment qu'un meilleur soutien parental dans l'apprentissage des comportements alimentaires semble essentiel. Ils montrent à quel point les parents pourraient profiter du counselling des

infirmières au sujet de l'alimentation, de la pratique d'activités physiques et de l'établissement de routines pour leur enfant âgé de 4 ou 5 ans. Nous appuyons l'idée proposée par Howard (2007) qu'il est de la responsabilité des intervenants de la santé de discuter ouvertement avec le parent des risques de l'EP et du statut pondéral de son enfant, d'évaluer avec lui ses connaissances et ses ressources nécessaires pour arriver à développer un mode de vie familial sain.

Par ailleurs, d'autres recherches sont nécessaires pour élargir et approfondir notre compréhension des représentations sociales des parents au sujet du poids et des habitudes de vie des jeunes enfants. Des interventions infirmières fondées sur la connaissance des représentations sociales pourront faire l'objet de recherche évaluant divers aspects de ces interventions tels que leur acceptabilité, leur faisabilité ainsi que l'implantation et l'effet de ces interventions auprès des parents. Il serait, entre autres, pertinent d'étudier des interventions basées sur la théorie de changement de comportement de Prochaska et DiClemente (1994).

Pour conclure, devant le fléau des problèmes liés au poids dans nos sociétés modernes, des discussions doivent porter sur l'éducation auprès des familles, une éducation à la santé qui va au-delà du simple transfert des connaissances et reposant sur une compréhension des représentations sociales. Par leurs interventions éducatives, les infirmières peuvent, entre autres, porter une attention aux perceptions, croyances, opinions et attitudes ainsi qu'aux connaissances des parents concernant le poids et les habitudes de vie des enfants de 4 à 5 ans.

Références

Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations* (Presses universitaires de France éd.). Paris.

Akhtar-Danesh, N., Dehghan, M., Morrison, K. M., & Fonseka, S. (2011). Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: A Q-methodology study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23*(2), 67-75.

Armstrong, J., Dorosty, A. R., Reilly, J. J., & Emmett, P. M. (2003). Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: Population based cross sectional study. *Archives of Disease in Childhood, 88*(8), 671-675.

Boonpleng, W., Park, C. G., & Gallo, A. M. (2012). Timing of adiposity rebound: a step toward preventing obesity. *Pediatric nursing, 38*(1), 37-42.

Bremer, A. A., & Lustig, R. H. (2012). Effects of sugar-sweetened beverages on children. *Pediatric Annals, 41*(1), 26-30.

Campbell, K. J., Crawford, D. A., & Ball, K. (2006). Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5-6 year-old children. *International Journal of Obesity, 30*(8), 1272-1280.

Danyliw, A. D., Vatanparast, H., Nikpartow, N., & Whiting, S. J. (2012). Beverage patterns among Canadian children and relationship to overweight and obesity. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism, 37*(5), 900-906.

De Onis, M., Blössner, M., & Borghi, E. (2012). Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. *Public Health Nutrition, 15*(1), 142-148.

De Ruyter, J. C., Olthof, M. R., Kuijper, L. D. J., & Katan, M. B. (2012). Effect of sugar-sweetened beverages on body weight in children: Design and baseline characteristics of the Double-blind, Randomized Intervention study in Kids. *Contemporary Clinical Trials, 33*(1), 247-257.

Doolen, J., Alpert, P. T., & Miller, S. K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: A metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(3), 160-166.

Douglass Storey, J., Saffitz, G. B., & Rimon, J. G. (2008). Social marketing. Dans Jossey-Bass (Éd.), *Health behavior and health education (4e edition)*. San Francissco: Jossey-Bass.

Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., & Peterson, K. (2007). Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(6), 924-934.

Dubois, L., & Girard, M. (2006). Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *International Journal of Obesity, 30*(4), 610-617.

Fischler, C. (2001). *L'homnivore* (E. O. Jacob Éd.): Paris.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche, 2e édition Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.

Gardner, D. S. L., Hosking, J., Metcalf, B. S., Jeffery, A. N., Voss, L. D., & Wilkin, T. J. (2009). Contribution of early weight gain to childhood overweight and metabolic health: A longitudinal study (EarlyBird 36). *Pediatrics, 123*(1), e67-e73.

Goodway, J., & Getchell, C. (2009). *Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children from Birth to Age 5*. Amer Alliance for Health Physical: National Association for Sport and Physical Education.

Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry, 24*(3), 247-253.

Hearst, M. O., Sevcik, S., Fulkerson, J. A., Pasch, K. E., Harnack, L. J., & Lytle, L. A. (2012). Stressed Out and Overcommitted! The Relationships Between Time Demands and Family Rules and Parents' and Their Child's Weight Status. *Health Education and Behavior, 39*(4), 446-454.

Howard, K. R. (2007). Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.), 23*(2), 73-79.

Jaballas, E., Clark-Ott, D., Clasen, C., Stolfi, A., & Urban, M. (2011). Parents' perceptions of their children's weight, eating habits, and physical activities at home and at school. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(5), 294-301.

Júlíusson, P. B., Roelants, M., Markestad, T., & Bjerknes, R. (2011). Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 100*(2), 260-265.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *interviews*. London: Sage.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-388). Dans Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayers R, Pires A P: *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologies*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Larsen, L. M., Hertel, N. T., Mølgaard, C., Christensen, R. D., Husby, S., & Jarbøl, D. E. (2012). Prevalence of overweight and obesity in Danish preschool children over a 10-year period: A study of two birth cohorts in general practice. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 101*(2), 201-207.

Laure, P., Leleu, E., & Mangin, G. (2008). Promotion de la santé des tout-petits par l'activité physique : intérêts et obstacles. *Santé publique, 20*(3), 239-248.

Lee, Y. S. (2009). Consequences of childhood obesity. *Annals of the Academy of Medicine Singapore, 38*(1), 75-81.

Lobstein, T., & Millstone, E. (2007). Context for the PorGrow study: Europe's obesity crisis. *Obesity Reviews: An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity, 8 Suppl 2*, 7-16.

Manios, Y., Kourlaba, G., Grammatikaki, E., Androutsos, O., Moschonis, G., & Roma-Giannikou, E. (2010). Development of a diet-lifestyle quality index for young children and its relation to obesity: The Preschoolers Diet-Lifestyle Index. *Public Health Nutrition, 13*(12), 2000-2009.

Manios, Y., Moschonis, G., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A., & Liarigkovinos, T. (2010). Determinants of Childhood Obesity and Association with Maternal Perceptions of Their Children's Weight Status: The "GENESIS" Study. *Journal of the American Dietetic Association, 110*(10), 1527-1531.

Moreno, L. A., & Rodriguez, G. (2007). Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 10*(3), 336-341.

Nader, P. R., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Susman, E. J. (2006). Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics, 118*(3).

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 307*(5), 483-490.

OIIQ. (2010). *Perspective de l'exercice de la profession infirmière*. Westmount, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Olshansky, S. J., Passaro, D. J., Hershow, R. C. Layden, J., Carnes, B. A., Brody, J., Hayflick, L., Allison, D. B. & Ludwig, D. S. (2005). A potential decline in life expectancy in the United, States in the 21st century. *New England Journal, 352(11)*, 1138-1145.

Orsi, C. M., Hale, D. E., & Lynch, J. L. (2011). Pediatric obesity epidemiology. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 18*(1), 14-22.

Pelicand, J., & Doumont, D. (2005). *Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants? Implication et influence dans les stratégies éducatives.* UCL - RESO Unité d'Education pour la Santé, (Réf. : 05-36). Série de dossiers techniques, Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé »

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière (3e éd.)*. Montréal, QC Chenelière Éducation.

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtant Morin.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar: Krieger Publication.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). *The transtheoretical model and stages of change. In Health behavior and health education*: San Francisco: Jossey-Bass.

Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: Cohort study. *British Medical Journal, 330*(7504), 1357-1359.

Renaud, L., & Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. (978-2-9812578-1-9). Collection partage: REFIPS.

Rennie, K. L., Johnson, L., & Jebb, S. A. (2005). Behavioural determinants of obesity. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism, 19*(3 SPEC. ISS.), 343-358.

Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *American Journal of Clinical Nutrition, 94*(6), 2006S-2011S.

Shields, M. (2006). Overweight and obesity among children and youth. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information = Rapports Sur La Santé / Statistique Canada, Centre Canadien D'information Sur La Santé, 17*(3), 27-42.

Stenhammar, C., Wells, M., Åhman, A., Wettergren, B., Edlund, B., & Sarkadi, A. (2012). Children are exposed to temptation all the time - Parents lifestyle-related discussions in focus groups. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 101*(2), 208-215.

Thorne, S. E. (2008). *Interpretive description*. Walnut Creek California: Left Coast Press.

Wardle, J. (2005). Understanding the aetiology of childhood obesity: implications for treatment. *Proceedings of the Nutrition Society, 64*, 73-79.

Williams, S. M., & Goulding, A. (2009). Early adiposity rebound is an important predictor of later obesity. *Obesity, 17*(7), 1310.

Wyllie, R. (2005). Obesity in childhood: An overview. *Current Opinion in Pediatrics, 17*(5), 632-635.

Cinquième chapitre

RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Dans le chapitre précédent, deux articles rapportent les résultats obtenus au cours des deux premiers cycles de l'étude doctorale. Le présent chapitre expose les résultats des cycles 3 et 4 de la recherche. Un préambule précède toutefois la présentation de ces résultats complémentaires. Il sert de rappel des principaux résultats des cycles précédents et du déroulement des deux derniers cycles de la recherche-action.

5.1 Préambule à la présentation des résultats complémentaires

Avant d'entreprendre la présentation des résultats complémentaires, un rappel des étapes précédentes de la recherche s'avère opportun. Ainsi, dans le cadre de cette recherche-action, un processus de résolution de problèmes rigoureux a été conduit (Stringer & Genat, 2004). Pour ce faire, quatre cycles ont été menés par l'étudiante au doctorat, ses deux directrices de thèse et les participantes de l'étude (infirmières et nutritionnistes). Par ailleurs, tout au long de l'étude, c'est-à-dire avant chacun des cycles, un comité de suivi de la recherche a été consulté. La composition de ce comité est détaillée dans le protocole de recherche publié (cf. chapitre 3). Lors des trois rencontres planifiées, les membres du comité de suivi partageaient leurs idées et opinions sur chacun des cycles de l'étude avec l'équipe de recherche afin de bonifier les démarches ultérieures à entreprendre.

Ainsi la démarche de recherche-action a permis d'obtenir, aux cycles 1 et 2, des résultats exposés au chapitre 4. Ces résultats renseignent sur la prévalence estimée de l'excès de poids chez la population des 4-5 ans du territoire du CSSS où se déroulait l'étude et sur les RS des parents du poids et des habitudes de vie des enfants de ce groupe d'âge. Ces résultats ont nourri la réflexion des participantes (infirmières et nutritionnistes) lors des cycles suivants (cycle 3 et 4). Le tableau 7 présente une brève synthèse de ces résultats des cycles 1 et 2.

Tableau 7. Synthèse des résultats des cycles 1 et 2

Cycles	Objectifs	Résultats
1	Informer les infirmières et nutritionnistes de l'état de la situation en estimant la prévalence de l'EP des enfants d'âge préscolaire de leur région d'intervention (Réflexion et discussion)	Prévalence (enfants n=259) de l'EP selon trois systèmes de classification • IOTF: 16,6 % (13,5 % embonpoint - 9,1 % obésité) • CDC: 24,3 % (15,2 % embonpoint - 9,1 % obésité) • OMS: 26,3 % (20,1 % embonpoint - 6.2 % obésité)
2	Décrire les RS du poids et des habitudes de vie selon les parents (n=14) (Réflexion et discussion)	RS du poids • enjeu de santé • apparence potelée normale RS des habitudes de vie • défi exigeant au quotidien

En se fondant sur les résultats probants issus d'un processus de recherche rigoureux, les cycles 3 et 4 ont pu être entrepris avec les infirmières et nutritionnistes participantes. Ces deux derniers cycles de la recherche-action avaient pour but d'identifier des pistes de solution susceptibles de soutenir les parents d'un enfant de 4-5 ans dans l'adoption de SHV à partir des résultats des cycles 1 et 2. Les participantes infirmières et nutritionnistes pouvaient alors prendre conscience de la situation qui prévaut dans la population de leur territoire, s'inspirer de nouvelles connaissances sur les RS des parents du poids et des habitudes de vie des enfants de ce groupe d'âge et de la recension des écrits à ce sujet et ce, dans l'optique de prévenir les problèmes de poids.

5.1.1 Bref rappel et précisions concernant le déroulement des cycles 3 et 4

Pour réaliser les cycles 3 et 4, les participantes (infirmières et nutritionnistes), à titre de parties prenantes, dans une relation de collaboration avec les chercheuses, ont discuté ensemble de pistes de solution susceptibles de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant. En ce sens, un processus de coconstruction a été entamé. Rappelons que cette recherche-action a pour toile de fond la promotion de la santé fondée sur une vision écologique de la santé. Par ailleurs, la présentation du modèle de Prochaska et Diclemente

et des résultats sur les RS des parents a mis en évidence que plusieurs parents participants se situaient soit au stade de pré contemplation, soit au stade de contemplation du processus de changement de comportement selon le modèle transthéorique (Prochaska & DiClemente, 1994). Les participantes ont pris en compte cette particularité des parents en proposant des solutions cohérentes avec ces stades. Ainsi, deux stratégies ont retenu leur attention, soit la conscientisation et la sensibilisation, indiquées respectivement aux stades de pré contemplation et de contemplation. Découlant de cette position, des solutions sous forme d'intervention ont été formulées au cycle 3. Précisons que les participantes connaissaient et utilisaient le MTT dans leur pratique clinique, ce qui peut expliquer l'orientation de leurs propositions d'interventions. En fait, elles s'en sont inspirées. Finalement, au cycle 4, à la lumière de consultations auprès de parents et d'experts, et de la recension des écrits, les participantes ont identifié les solutions qui leur semblaient les plus prometteuses pour promouvoir l'adoption de SHV par les parents pour leurs enfants âgés de 4 ou 5 ans.

5.1.2 Structuration de la présentation des résultats des cycles 3 et 4

Après avoir effectué une analyse inductive des pistes de solution ont pu être regroupés (Huberman & Miles, 2003) sous trois rubriques correspondant aux champs d'action suivants en promotion de la santé : 1) la création de milieux de vie favorables, 2) l'élaboration de politiques publiques saines, 3) le développement des aptitudes individuelles, 4) le renforcement de l'action communautaire et 5) la réorientation des services de santé (cf. chapitre 2). Ce regroupement structure la présentation des données et en facilite la compréhension.

5.2 Cycle 3 : Résultats relatifs à l'élaboration de pistes de solution

Lors de la tenue du groupe de discussion (durée 120 minutes), les participantes (infirmières et nutritionnistes) ont réalisé un remue-méninges et des tours de table ont permis à toutes de s'exprimer. Le groupe de discussion était composé de dix participantes, soit de huit infirmières et de deux nutritionnistes. Une participante avait moins de cinq ans d'expérience, une participante avait entre cinq et dix ans d'expérience et huit participantes avaient plus de dix ans d'expérience professionnelle en santé communautaire auprès des jeunes enfants et des parents. Partant des résultats des cycles 1 et 2 de la présente recherche,

elles ont réfléchi à des manières d'intervenir afin de soutenir les parents à la lumière de leur réalité.

En lien avec la pertinence de conscientiser et de sensibiliser les parents à l'importance d'adopter de SHV pour le développement optimal de la santé des enfants et par conséquent éviter le risque de présenter un problème de poids et de vivre toutes les conséquences négatives qui sont reliées, les participantes (infirmières et nutritionnistes) ont proposé des interventions et identifié des ressources humaines et matérielles nécessaires ou utiles à leur réalisation. La présentation de ces résultats se regroupe dans trois champs d'action connus en promotion de la santé qui forment des rubriques détaillées dans lesquelles on retrouve les interventions proposées (voir figure 2).

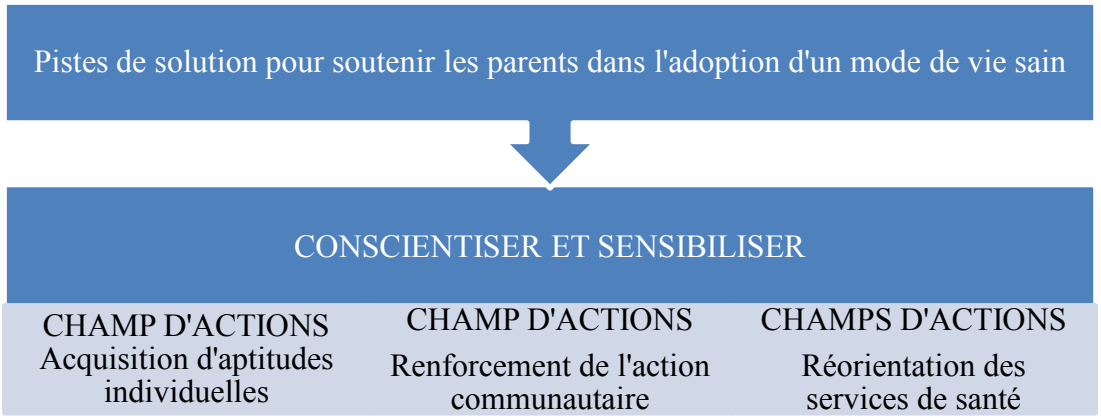


Figure 2. Structuration des pistes de solution proposées par les participantes

5.2.1 Interventions et moyens associés au champ d'action de l'acquisition d'aptitudes individuelles

Les interventions déterminées dans ce champ d'action visent la conscientisation et la sensibilisation (stade 1 et 2 du MTT, cf. chapitre 2) des parents en regard du poids et des habitudes de vie des jeunes enfants par l'éducation à la santé. La première catégorie d'intervention relève de l'information, la seconde de la communication, et la troisième du soutien au développement des aptitudes des parents.

Précisons que la conscientisation et la sensibilisation apparaissent comme des éléments récurrents dans le discours des participantes et sont transversales à toutes les catégories d'interventions. Les participantes affirment qu'il est important d'*« amener en* [mode] *réflexion »* et de « *pousser leur* [Parent] *réflexion »*. En ce sens, une première catégorie d'interventions proposées concerne l'information sur les SHV.

Ainsi, les participantes insistent, en premier lieu, sur le fait de sensibiliser les parents de jeunes enfants au sujet des portions alimentaires recommandées pour les enfants âgés de 2 à 5 ans et les signes de satiété chez l'enfant. Elles suggèrent aussi de les renseigner sur les heures maximales recommandées pour les activités devant des écrans et le nombre d'heures souhaitable pour la pratique de l'activité physique à cet âge. À ce sujet, elles considèrent qu'« *Il faut premièrement les informer »* et les *« sensibiliser par rapport à l'impact de la télévision »*. Elles suggèrent aussi d'*« Organiser des groupes aussi, tu sais des groupes de sensibilisation par exemple à l'importance des saines habitudes de vie »* au sein de la communauté, à partir d'organismes communautaires existants.

Dans la même lignée, les participantes souhaitent la création d'outils, tels que *« Les assiettes en plastique où tu as les portions dedans »* permettant de démontrer de façon concrète et imagée la taille des portions de chacun des groupes alimentaires. Cet outil pourrait être remis par les infirmières, dans le cadre de diverses activités de groupe ou individuelles (vaccination, visite à domicile, activité de groupe portant sur les SHV) pour appuyer les informations communiquées en regard de la taille des portions et de la diversité des aliments nécessaires pour l'enfant de 4-5 ans.

Elles ont relevé plusieurs outils existants qui peuvent être davantage utilisés pour informer et éduquer les parents et les partenaires communautaires concernant les habitudes de vie. À ce sujet, elles ont nommé *« Le livre d'Énergie cardio. », « Le livre boîte à lunch qui a été très promu par notre nutritionniste, puis les livres avec des recettes en moins de 30 minutes »* et le fait que *« Les producteurs laitiers ont aussi un cartable complet concernant les saines habitudes de vie ».*

Les participantes désirent aussi élargir la gamme de ressources documentaires actuellement disponibles en produisant d'autres documents écrits visant à conscientiser et à

sensibiliser les parents. Elles souhaitent que cette documentation prenne la forme de véhicules susceptibles de rejoindre les parents. À cet effet, cette deuxième catégorie d'interventions vise la communication auprès d'un large auditoire. Ainsi, elles suggèrent de :

> *Produire des articles, ça pourrait peut-être être une idée, d'expliquer un peu comment on calcule ça* [IMC]*, c'est quoi un poids normal, combien d'activités physiques qu'un enfant devrait faire, combien de temps devant la télé, c'est quoi la normale. En haut de ça, c'est quoi les risques*.

Il pourrait s'agir d'*« Une chronique santé dans les journaux »*, de l'envoi postal rappelant la vaccination préalable à l'entrée à l'école ou l'utilisation d'un mode de communication utilisé dans les centres de la petite enfance sous forme d'info-parents. Les info-parents se présentent sous forme de dépliant d'information remis aux parents ou de petit journal de communication interne pour la clientèle de l'organisme.

Une seconde intervention soulevée, dans cette deuxième catégorie, consiste à expliquer la notion de courbes de croissance et leur lecture (interprétation), sans toutefois élaborer de façon détaillée la manière d'intégrer cette intervention à leur pratique actuelle auprès des enfants et des familles. Les participantes désirent à ce sujet « *Faire connaître les outils* [courbes de croissance] *»*. Cette position était partagée par toutes les participantes.

Enfin, les participantes proposent de développer une intervention visant à soutenir les parents relativement à la gestion familiale, donc à leurs aptitudes parentales. Cette intervention relève de la catégorie développement des aptitudes des parents. En ce sens, toutes les participantes souhaitent que des rencontres de parents soient organisées lors desquelles les parents échangeraient au sujet des trucs qu'ils utilisent pour une meilleure organisation familiale, par exemple au sujet des repas, de la pratique d'activités physiques et de la planification pour arriver à tout concilier. Elles avancent aussi l'importance de discuter avec les parents de la plus-value d'adopter des routines avec l'enfant pour faciliter la gestion familiale.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ces interventions, des moyens ont été identifiés par les participantes du groupe de discussion. Le tableau 8 illustre les interventions décrites

dans le champ d'action du développement des aptitudes individuelles ainsi que les moyens suggérés pour en faciliter la réalisation.

Tableau 8. Interventions et moyens associés au champ d'action visant l'acquisition d'aptitudes individuelles

Personnes ciblées	Interventions	Moyens
Parents d'un enfant d'âge préscolaire	Informer sur les sujets suivants : • Portions à l'âge préscolaire • Signes de satiété • Importance de limiter le temps-écran • Normes quant au temps à consacrer pour la pratique de l'activité physique entre 2 et 5 ans Expliquer les courbes de croissance Faciliter le développement d'habiletés de gestion familiale en encourageant l'adoption de routine	Approche de groupe ou de masse : • Documentation existante • Journaux locaux • Envoi postal fait avant l'entrée à l'école (profiter du rappel vaccination) • Rencontres en milieu familial pour la clientèle SIPPE • Ateliers portant sur la gestion du temps des familles modernes et sur la façon d'établir des limites avec l'enfant sur le plan de la discipline Approche individuelle : • Remise d'un napperon illustrant les portions (couleur) à chaque enfant lors de la visite vaccinale

5.2.2 Interventions et moyens associés au champ d'action relatif au renforcement de l'action communautaire

Les interventions et moyens présentés dans cette section se rapportent au champ d'action de la promotion de la santé concernant le renforcement de l'action communautaire. L'établissement de partenariats avec les acteurs communautaires locaux est essentiel, selon les participantes, afin de faciliter la réalisation des interventions identifiées lors du présent cycle et ce, toujours en poursuivant une stratégie de conscientisation et de sensibilisation auprès des parents. D'ailleurs, à cet effet, le comité de suivi de l'étude, par sa composition, a permis d'amorcer la construction des ponts entre l'équipe de recherche et les partenaires communautaires. Au cours des discussions au sein de ce comité, des idées de collaboration entre le CSSS et les partenaires communautaires ont émergé pour la mise en œuvre des interventions proposées, telles des activités organisées pour les parents par le Comité d'action local de la ville ou des activités réalisées par les centres de la petite enfance sur le

thème des habitudes de vie qui seraient développées par des professionnels (infirmières, nutritionnistes) de la santé du CSSS.

En réponse à la création d'alliances avec les partenaires communautaires, une des premières interventions souhaitées par les participantes réside dans la création par des professionnels de la santé d'une trousse d'information portant sur les SHV à l'âge préscolaire pouvant être utilisée par les intervenants communautaires et les services de garde. Cette initiative est en cohérence avec les stratégies de conscientisation et de sensibilisation des parents aux SHV. Les sujets abordés pourraient être les mêmes que ceux énumérés dans le tableau 8 concernant l'acquisition d'aptitudes individuelles. À ce sujet, les participantes suggèrent unanimement de répertorier tous les outils utiles et de les joindre à la trousse de promotion des SHV.

Ensuite, elles proposent de stimuler la mise en place d'activités de quartier, de créer des défis parent-enfant pour favoriser la pratique de l'activité physique et des activités de cuisine collective. Considérant la disponibilité limitée des ressources humaines, elles suggèrent: des *« Ateliers libres, mais le même principe que la halte-allaitement. Tu viens à la vaccination de six mois, puis tu as un petit atelier libre* » de nature *« interactive ».* De plus, elles considèrent intéressant d'organiser des ateliers *« Cuisiner avec les enfants, qu'ils ramènent la recette aux parents »*; pour les parents, les activités pourraient être *« Sous forme de mini-conférences ou d'atelier* »*.*

De manière plus large, au plan communautaire, elles souhaitent la création de lieux propices à la pratique de l'activité physique *« des parcs aménagés, pour tout le monde »,* ainsi *« dans les parcs, ça serait bien de mettre des jeux d'enfants* et *de parents* [appareils d'entraînement] *».* En plus, les participantes prônent la création d'activités de groupe pour favoriser la pratique de l'activité physique chez les parents et leur enfant sous forme *« d'une demi-heure de télévision en tout et partout dans la journée »*. De plus, elles suggèrent:

> *Des groupes de marche, clubs de marche, pour les jeunes qui marchent pour aller à l'école. Donc, c'est un parent bénévole qui part et qui fait sa trotte finalement, et qui prend tous les jeunes en s'en allant pour les faire marcher à l'école*.

Elles ajoutent que l'organisation d'activités physiques dans les parcs pourrait encourager les parents et les enfants à être plus actifs. *« C'est sûr que si on les envoie au parc, ils vont jouer. Mais si l'on a un organisateur communautaire qui peut faire un trajet organisé, ça permet à l'enfant de faire quelque chose d'organisé et structuré »* donc recourir à un *« Animateur dans les parcs, utiliser les ressources au niveau des stagiaires qui sont en technique de garderie au Cégep, en technique d'éducation »*, comme ressource pour la réalisation de telles activités auprès des jeunes enfants.

Les participantes croient aussi en l'importance d'aménager les lieux physiques du CSSS qui sont fréquentés par les parents (ex. : salle d'attente, salle de jeux). Par exemple, ils peuvent servir pour diffuser de l'information : *« La petite salle de jeux, on s'entend tu qu'il y a une table de salle de jeux. Il y a un jeu dessus, je pense que c'est tout. Bien, il y aurait peut-être lieu de mettre plus ».* De plus, elles souhaitent l'*« aménagement d'un espace pour bouger [dans la salle de jeux]. Parce qu'on les assit sur les chaises, puis on leur dit; ne bouge pas »*. Le résumé de ces interventions apparaît dans le tableau 9.

Tableau 9. Interventions et moyens associés au champ d'action visant le renforcement de l'action communautaire

Personnes ciblées	Interventions	Moyens
Ressources communautaires locales	Créer une trousse de promotion des SHV pour les intervenants en milieu de garde	Alliances avec des partenaires communautaires
	Stimuler la création d'activités de quartier favorisant l'activité physique (ex. : club de marche)	Création de lieux physiques (aménagement d'espace) pour que l'enfant puisse bouger
	Créer des défis parents enfants concernant l'adoption des SHV	Aménagement des lieux physiques du CSSS
	Créer un atelier « cuisinons ensemble »	

5.2.3 Interventions et moyens associés au champ d'action relatif à la réorientation des services de santé

Les interventions et moyens proposés dans cette section concernent la réorientation des services de santé en fonction des besoins des parents et de leurs enfants afin de tout mettre en œuvre pour un système de soins servant au mieux les intérêts de santé de la population (Charte d'Ottawa, 1986). En ce sens, les interventions soulevées par les participantes ciblent les instances ayant un pouvoir sur les mesures de nature communautaire à mettre en place afin de promouvoir de SHV auprès des familles avec jeunes enfants. Ainsi, les participantes suggèrent de *« Sensibiliser le gouvernement* [sur l'importance d'agir en promotion de la santé afin de contrer le problème de l'excès poids chez les jeunes] *»*. Par ailleurs, elles soulèvent l'idée de conscientiser et sensibiliser les décideurs à la problématique en les informant des résultats de la présente étude. De plus, elles considèrent qu'il est important de dénoncer le manque d'accessibilité à des épiceries dans certains quartiers de la ville. Toutefois, elles ne précisent pas la manière de procéder afin de réaliser cette intention.

Dans un second temps, les interventions et moyens proposés amènent aussi les participantes à discuter des services actuels, et de leur souhait d'étendre leur offre de service en ajoutant l'évaluation de l'indice de masse corporelle de l'enfant. Elles proposent de le faire lorsqu'elles rencontrent l'enfant pour un suivi de santé (vaccination, rencontre dans le cadre du programme SIPPE ou autres). À ce sujet, elles affirment que *« Le premier objectif, ça serait peut-être le dépistage - Qu'il y ait un dépistage aussi avec l'IMC pour tous les enfants ».* De plus, les infirmières participantes estiment que l'évaluation du statut pondéral de l'enfant est réaliste dans le cadre de la vaccination comme en témoignent ces propos : *« Faire l'IMC en vaccination, moi je pense que c'est possible »*. Pour les participantes, il importe de faire *« Le dépistage, puis l'information aux parents sur la réalité par rapport au poids de leur enfant »*. En somme, il s'agit d'évaluer l'IMC de l'enfant et de communiquer les résultats aux parents. En ce sens, elles voudraient *« Agrandir un petit peu plus grand la couverture de nos services »* comme offrir un suivi à la clientèle régulière concernant les habitudes de vie.

Outre l'évaluation de l'IMC et l'idée de promouvoir de SHV pour tous, les interventions proposées comportaient aussi une offre de services spécialisés pour les parents dont l'enfant présente un EP. Ainsi, le parent dont l'enfant présente un EP qui le désire doit pouvoir être orienté vers le soutien nécessaire à ces besoins. Les participantes ont soulevé la nécessité d'offrir de la formation continue et les outils nécessaires pour que les infirmières puissent intervenir efficacement auprès des parents dont l'enfant présente un excès pondéral ou puissent les orienter, le cas échéant vers d'autres catégories de professionnels de la santé. Toutefois, pour les participantes, cette démarche doit s'inscrire dans la suite d'une concertation préalable impliquant des gestionnaires, médecins et professionnels de la santé de l'équipe du CSSS qui sont susceptibles d'intervenir auprès de l'enfant d'âge préscolaire et de sa famille. De plus, selon les participantes des discussions doivent avoir lieu avec les gestionnaires et les partenaires du réseau de la santé et de la communauté dans le but d'identifier les ressources disponibles pour les familles ayant un enfant avec un EP. Une fois cette étape franchie, l'identification en équipe multidisciplinaire des critères balisant le recours à d'autres ressources constitue un pré requis à l'évaluation systématique de l'IMC. Par la suite, les participantes souhaitent la création d'une clinique spécifique pour les enfants présentant une problématique de poids. Le tableau qui suit présente un résumé des interventions et moyens soulevés dans cette section.

Tableau 10. Interventions et moyens associés au champ d'action relatif à la réorientation des services de santé

Personnes ciblées	Interventions
Instances	Conscientiser, informer les décideurs locaux des résultats de la recherche (prévalence de l'excès poids, opinion des parents et stratégies proposées par les intervenants) Élargir le partenariat avec le Comité d'Action local de la ville Dénoncer le manque d'accessibilité des ressources alimentaires dans les quartiers (Distance des épiceries vs dépanneurs)
Enfants d'âge préscolaire et leurs parents	Modifier l'offre de service • Calculer l'IMC de tous les enfants rencontrés à partir 2 ans et le situer sur la courbe de croissance • Informer le parent du résultat • Orienter les parents d'un enfant en EP qui le souhaitent à des services adaptés

Les participantes ont aussi dégagé des moments propices à la réalisation des interventions et des obstacles susceptibles d'entraver la mise en œuvre des interventions proposées. Ils font l'objet des deux sections suivantes.

5.2.4 Moments propices pour intervenir auprès des parents

Les moments et occasions propices à l'intervention auprès des familles avec un enfant d'âge préscolaire sont identifiés pour que les parents puissent bénéficier des interventions proposées précédemment. Selon les participantes, il est préférable d'intervenir auprès des parents lorsqu'ils ont plus de disponibilité et qu'ils ne sont pas sur le marché du travail, par exemple pendant le congé de maternité, soit avant que l'enfant ait six mois. Aussi, elles suggèrent de profiter du rendez-vous pour la vaccination et des communications postales tel que mentionné précédemment. Le tableau 11 résume les différents moments à privilégier selon les participantes.

Tableau 11. Moments, occasions et lieux propices pour faciliter la réalisation des interventions

Moments, occasions et lieux propices	Verbatim
Âge idéal	*« Rejoindre les parents qui ont des enfants de 6 mois avant le retour sur le marché du travail ou à l'école ».* *« Ils ont du temps à six mois, ils ne sont pas retournés sur le marché du travail ».*
Rendez-vous pour la vaccination	*« Presque tout le monde est sensibilisé à la vaccination ».* *« Faire des choses suite à la vaccination, profiter du moment ».*
Envoi postal préscolaire : préparatif à l'école	*« L'envoi d'un document qui rappelle aux gens que les jeunes doivent être vaccinés pour la rentrée scolaire ».*
Milieu de garde ou l'école	*« Organiser des activités en parascolaire, tout de suite après l'école ou la garderie ».*
Soirée, week-end ou jour de congé	*« Il ne faut pas que ça se passe le jour ces activités-là. Si c'est le jour, c'est la fin de semaine ou c'est en soirée tôt ».* *« Quand tu vas chercher ton enfant après ta journée de travail ».*

5.2.5 Obstacles susceptibles d'influer sur les interventions

Enfin, les participantes du groupe de discussion ont mis en lumière quelques obstacles susceptibles d'entraver la réalisation des interventions suggérées. Ainsi, du point de vue des participantes, les ressources matérielles, humaines, financières et organisationnelles représentent des préoccupations. Le tableau 12 présente des extraits de verbatim correspondant à des lacunes sur le plan des ressources.

Tableau 12. Ressources manquantes susceptibles de faire obstacle aux interventions

Ressources matérielles *« Faire l'IMC en vaccination, moi je pense que c'est possible sauf qu'il faut avoir les outils. Pour le moment, on ne les a pas ».* [outils : balance et toise] *« Tu sais au CLSC, ça serait le fun d'avoir peut-être plein de choses, lieux et ressources* [matériel tel que livres, images, exemples de collations santé…] *».*
Ressources humaines personnes-ressources dans la communauté *« Trouver des bénévoles ». « C'est des bénévoles. Ça fait que des fois, ils t'appellent puis ils peuvent plus venir ».* Donc, si des activités demandent des bénévoles pour leur réalisation ou leur réussite, les participantes sont inquiètes de leur assiduité.
Ressources financières *« Il faudrait un budget pour réaliser les interventions proposées ».*
Ressources organisationnelles (ressources professionnelles) *« Je n'en ai aucune idée si les infirmières ici en petite-enfance pouvaient voir dans un premier temps, puis référer par la suite au médecin ».* *« Et souvent quand on réfère* [à un médecin de l'hôpital]*, c'est un an ou deux d'attente à l'hôpital ».* *« La nutritionniste là-bas* [hôpital]*, est-ce qu'elle a droit de l'accepter ou pas* [la référence de l'infirmière]*, selon sa chef de service ce qui est déterminé, c'est qu'il faut une référence médicale ».* *« C'est une affaire de politiques internes* [orienter vers une autre catégorie de professionnels] *on peut. Mais, c'est parce qu'eux ne veulent pas à l'interne. On s'est mis ces limites-là qu'on veut avoir une évaluation médicale ».* *« Si on permet que les infirmières fassent des références, bien il va y en avoir bien plus. Mais, il va falloir plus de nutritionnistes ».*

Des caractéristiques des parents sont vues comme des obstacles à la promotion de SHV. Les participantes ont nommé la possibilité d'un manque de motivation et de la résistance au changement, du manque de temps et de l'absence de modèle de rôle pour les parents. Le tableau 13 présente ces éléments.

Tableau 13. Obstacles susceptibles d'influer sur les interventions selon les participantes

Manque de motivation des parents *« La motivation des parents. »* *« C'est bien beau mettre tout en place, mais je pense que s'ils ne sont pas motivés, on ne peut pas faire grand-chose. »* *« C'est la participation qui est rarement là. »*
Manque de temps des parents *« Ils sont pressés dans le temps, ce n'est pas des conditions pour apprendre quand tu es pressé »*
Résistance au changement des parents *« C'est difficile de les faire changer »*
Absence de modèle de rôle pour les parents *« Les parents qui n'ont pas reçu le modèle ont de la difficulté à donner un modèle à leurs enfants »*

Pour conclure, le cycle 3 de la présente étude a permis d'identifier des interventions variées en matière de promotion de la santé qui ont été regroupées en trois champs d'action à savoir le développement des aptitudes individuelles, le renforcement de l'action communautaire et la réorientation les services de santé. En plus, les discussions entre les participantes ont permis de dégager des moments propices et des obstacles potentiels à la mise en place des interventions visant principalement la conscientisation et la sensibilisation. À la suite de ces réflexions de la part des participantes (infirmières et nutritionnistes) impliquées auprès de la clientèle, une priorisation des interventions fera l'objet de la section suivante.

5.3 Cycle 4 : Résultats du consensus concernant les pistes de solution proposées au cycle précédent

Le cycle 4 a consisté à établir un consensus concernant la pertinence des interventions proposées au cycle 3. Les participantes (infirmières et nutritionnistes) les ont aussi classées en ordre de priorité en s'inspirant de leurs expériences et leurs connaissances, et du point de vue des parents et des experts. À cet effet, sept parents ont d'abord été consultés, suivi par la consultation auprès d'un groupe de six experts. Enfin les participantes du CSSS (infirmières et nutritionnistes) ont été revues pour conclure la recherche-action (cf.

chapitre 3). Dans un premier temps, les résultats du groupe de discussion avec les parents seront présentés suivis de l'avis des experts qui ont été consultés par courriel. Pour conclure, les résultats découlant de la dernière rencontre de groupe auprès des participantes, consistant à un retour à la suite des consultations seront détaillés.

5.3.1 Opinion des parents

Les sept mères[4] qui ont participé à ce groupe de discussion (durée 60 minutes) avaient toutes deux enfants ou plus dont au moins un se retrouvait dans l'intervalle de 2 à 5 ans pour un total de dix enfants. L'ensemble de ces mères était soit en congé de maternité, soit à l'extérieur du marché du travail et fréquentait la maison de la famille. Elles ont été recrutées par une intervenante communautaire organisant des activités auxquelles ces mères participaient. Il est à préciser que l'échantillon souhaité était de six mères. Cependant, lors de la rencontre sept mères se sont présentées.

Tableau 14. Caractéristiques sociodémographiques des mères ayant participé à la validation des solutions proposées

	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants âgés de 2 et 5 ans
7 mères	22 enfants	10 enfants

Les mères étaient d'accord avec les solutions proposées par les participantes concernant le **développement des aptitudes individuelles**; elles ont appuyé vivement l'importance pour les parents d'inculquer à leurs enfants des valeurs relatives aux SHVdès le jeune âge telles que consommer des légumes à chaque repas et manger à table en famille. Elles ont aussi insisté sur le fait que les parents ne connaissent pas suffisamment les ressources communautaires disponibles (ex distribution de fruits et légumes pour les familles à faibles revenus, cuisine collective) pour les soutenir et que davantage d'information serait bénéfique pour aider les parents à en savoir plus à ce sujet. En somme, elles appuient les interventions proposées.

[4] Il s'agit de sept nouvelles mères n'ayant pas participé aux cycles précédents de la recherche.

À propos du **renforcement des actions communautaires**, elles souhaitent ardemment que des activités locales soient offertes surtout concernant la pratique de l'activité physique telle de l'animation de quartiers dans les parcs et gymnases-écoles (hiver). Concernant l'alimentation, elles ont accueilli avec enthousiasme l'idée d'avoir accès à un napperon représentant les portions recommandées selon l'âge de l'enfant. Elles considèrent qu'il faut augmenter l'accès à des fruits et légumes à de moindres coûts pour soutenir les familles qui éprouvent des difficultés financières à se procurer des aliments frais et favorables à la santé. En ce sens, elles vont même jusqu'à proposer de faciliter l'obtention de bons de réduction afin d'amoindrir le coût des aliments et la facture d'épicerie.

Quant à la **réorientation des services de santé**, les mères participantes souhaiteraient qu'un corridor de services soit mis en place, c'est-à-dire un accès à des professionnels de la santé pouvant soutenir les parents d'un enfant présentant un EP. De plus, elles désirent connaître le résultat de l'évaluation de l'IMC de leur enfant lors des visites de santé (ex. : lors des rendez-vous pour la vaccination). Elles espèrent avoir l'heure juste et être soutenues quant aux actions à poser pour le bien-être de leur enfant.

Bref, ces mères ont exprimé leur accord avec les interventions proposées au cycle 3, par les infirmières et nutritionnistes du CSSS, et n'ont pas ajouté d'éléments nouveaux, sauf avoir plus d'informations sur les ressources du milieu. D'ailleurs, elles souhaitaient la mise en application rapide de ces interventions dans leur communauté. En parallèle, des experts dans le domaine de la santé des jeunes enfants intéressés à l'objet de cette étude ont été consultés au sujet des solutions proposées. La section suivante présente leur opinion à ce sujet.

5.3.2 Opinion des experts

Les experts ont commenté les interventions proposées au cycle 3 en les priorisant, c'est-à-dire en précisant les interventions à considérer en priorité ou les plus pertinentes et en donnant leur opinion sur les points forts et les points faibles des interventions dans une section réservée à cette fin. Plus précisément, les experts ont reçu un formulaire par courriel (cf. annexe G) afin de déterminer si les interventions proposées par les participantes

(infirmières et nutritionnistes) étaient, à leurs yeux, de qualité moyenne, bonne, très bonne ou excellente.

Les experts ont unanimement considéré l'évaluation de l'indice de masse corporelle comme l'intervention la plus pertinente. À cet égard, cinq des six experts affirment que cette intervention est très bonne et nécessite peu de temps à réaliser. Toutefois, ils considèrent qu'il faille prendre le temps d'expliquer aux parents la courbe de croissance et les risques associés selon le positionnement de l'IMC de l'enfant sur la courbe ou les risques associés à de mauvaises habitudes de vie. Ils suggèrent de soutenir les parents dans l'adoption de moyens concrets pour corriger la situation au besoin. Pour les experts, comme plusieurs parents ne semblent pas conscients du problème de poids chez leur enfant, l'intervention consistant à expliquer aux parents l'IMC de son enfant et sa situation sur la courbe de croissance peut les aider à prendre conscience de la situation. Cependant, ils font une mise en garde à propos de la limite d'une évaluation ponctuelle de l'IMC, laquelle s'avère peu significative ou représentative du statut pondéral général de l'enfant. En raison de la croissance rapide des enfants, les experts considèrent plus judicieux de réaliser plus d'une mesure dans le temps. À ce titre, ils suggèrent d'évaluer l'IMC sur une base annuelle pour assurer un meilleur suivi et de privilégier l'orientation des parents vers les services de première ligne plutôt que vers un service de 2^{e} ou 3^{e} ligne en présence d'un problème. Ils jugent qu'il est préférable de miser sur les ressources de la communauté à titre de mesure complémentaire pour soutenir les parents dans l'adoption de SHV, notamment en raison de la pénurie actuelle de ressources professionnelles. Ainsi, un partenariat entre les intervenants et les ressources communautaires leur apparaît garant d'un meilleur soutien pour le parent.

Pour assurer l'efficacité des interventions proposées, les experts mentionnent que les parents doivent d'abord être sensibilisés aux risques d'un problème de poids chez leur propre enfant. En ce sens, l'éducation à la santé représente pour eux une intervention indispensable, qui toutefois doit être optimisée de façon à mieux guider le développement des aptitudes parentales à faire des choix éclairés en matière d'habitudes de vie. Un expert propose que les interventions éducatives visent des objectifs explicites et mesurables, énoncés selon une taxonomie des objectifs (ex. : taxonomie de Bloom). Les experts

suggèrent de faire un choix judicieux des méthodes pédagogiques utilisées, afin d'obtenir de meilleurs résultats. La faisabilité des interventions d'éducation suscite un questionnement en lien avec la barrière que représentent le manque de ressources financières et le manque de temps des professionnels de la santé.

Les interventions visant la diffusion d'information auprès de toutes les instances concernées par la problématique de l'EP et par la question des habitudes de vie des enfants (parents, intervenants communautaires, professionnels de la santé et décideurs) ont été qualifiées de très bonne qualité par quatre des six experts dans une perspective de promotion de la santé. L'action politique auprès des détenteurs d'enjeux appert comme très intéressante pour les experts. Ils estiment important d'amener certaines questions au niveau politique nationale, car *« Il est vrai que le litre de lait se vend cher et que les cours d'école ne sont pas très belles* ». Il est donc difficile pour les jeunes enfants de manger plus sainement et de bouger davantage. Ils sont aussi d'avis qu'il importe de mieux outiller les parents et de leur faciliter l'accès à des aliments sains et diversifiés afin qu'ils puissent adopter de SHV. Les experts accordent de l'importance aux actions communautaires. Parmi les interventions proposées, ils appuient positivement l'aménagement des espaces du CSSS afin de les rendre plus propices à l'activité physique. Ils considèrent certaines activités éducatives comme prioritaires, à savoir la conception d'une trousse pour les intervenantes et intervenants en milieu de garde et la création d'un atelier « cuisinons ensemble ». Enfin, le fait de renforcer l'action communautaire leur appert très pertinent, surtout si les interventions sont réalisées dans les milieux où on retrouve la clientèle, comme dans les centres de la petite enfance.

Pour conclure, concernant l'opinion des experts nous constatons qu'ils appuient les interventions proposées. Toutefois, ils y ont apporté des nuances et des précisions. L'évaluation de l'IMC est l'intervention prioritaire à mettre en place (champ d'action : réorientation des services à de santé) pour cinq des six experts. L'éducation à la santé (champ d'action : développement des aptitudes individuelles) émerge comme étant la deuxième intervention en importance pour cinq des six experts. Enfin, ils approuvent unanimement en troisième lieu les interventions visant le renforcement de l'action communautaire. À ce sujet, ils supportent comme intervention prioritaire celle visant la

création d'une trousse pour les intervenants en milieu communautaire, ce qui permettrait de favoriser le développement de la capacité communautaire.

Tableau 15. Priorisation des interventions selon le point de vue des experts

Champs	Interventions priorisées	Précisions
Réorientation des services de santé	1. Évaluer l'IMC sur une base annuelle	Prendre le temps de bien expliquer au parent
Développement des aptitudes individuelles	2. Éduquer à la santé	Déterminer des objectifs d'apprentissage mesurables en regard des SHV
Renforcement de la capacité communautaire	3. Créer une trousse de promotion des SHV	

Après avoir recueilli les opinions des parents et des experts, un retour auprès des participantes (infirmières et nutritionnistes) a été réalisé afin de clore cette étude. Ce retour auprès des participantes fait l'objet de la section suivante.

5.3.3 Pistes de solution retenues par les participantes (infirmières et nutritionnistes) au terme de la recherche-action

Rappelons que le cycle 4, visait à établir un consensus entre les participantes (infirmières et nutritionnistes) du CSSS concernant les solutions à prioriser et à mettre de l'avant en s'inspirant des points de vue exprimés par des parents et des experts à propos des interventions proposées. En ce sens, les premières étapes du cycle 4 ont alimenté la réflexion des participantes. Il ressort de cette réflexion que les champs d'action proposés ont tous été retenus et selon l'ordre de priorité apparaissant au tableau 15.

Toutes les participantes du cycle 3 ont été invitées à une rencontre sur leur lieu de travail afin de déterminer les solutions qu'elles retiennent pour promouvoir l'adoption de SHV par les parents d'enfants d'âge préscolaire. Lors des échanges réalisés sous forme de discussion de groupe semi-dirigée, cinq personnes étaient présentes, soit trois infirmières, une nutritionniste et un médecin-pédiatre qui s'est ajouté au groupe initial des participantes.

Parmi les participantes, une infirmière gestionnaire a été présente pour toutes les rencontres organisées avec les participantes dans le cadre de cette étude.

Lors de cette rencontre, les participantes ont affirmé leur accord avec l'opinion des parents relativement à l'importance de les informer sur les ressources à leur disposition et les priorités d'interventions proposées par les experts. Plus précisément, au même titre que les experts, elles accordent de l'importance à l'évaluation de l'IMC, une intervention qu'elles désirent effectuer dans le cadre de leurs activités professionnelles auprès de la clientèle des jeunes enfants. Cependant, elles posent l'hypothèse que davantage de retards de croissance que d'EP seront décelés, particulièrement chez la clientèle du programme SIPPE. Elles appuient l'idée qu'une alliance avec des ressources communautaires telles que le comité d'action locale : Avenir d'enfants. Selon elles, cette alliance est essentielle à la promotion des SHV. En général, elles estiment que les interventions proposées sont fort intéressantes et pertinentes, mais qu'elles représentent un défi important en regard de leur mise en application dû au manque de ressources professionnelles (infirmières) et de leur concentration vers la clientèle SIPPE.

En sommes, il appert que les interventions proposées ont été accueillies favorablement tant par les parents que les experts. Elles ont été regroupées et priorisées en trois catégories soit 1) la réorientation des services à la communauté, 2) le développement des aptitudes individuelles et 3) le renforcement communautaire. Pour chacune de ces catégories des interventions souhaitées par les participants, les parents et les experts sont nommés. Bien que toutes les interventions aient été acceptées et souhaitées par les trois groupes (parents, participantes et experts) certaines ont émané d'un seul groupe, parfois de deux ou des trois groupes (Voir tableau 16).

Tableau 16. Interventions proposées par les intervenantes du CSSS pour soutenir les parents dans l'adoption de saines habitudes de vie pour leur enfant

Interventions choisies parmi celles proposées par des experts (E), des parents (P) ou des participants (I)

		Interventions
1.	Réorientation des services à la communauté	• Évaluer de l'IMC de l'enfant et en informer le parent du résultat (E-P-I) • Orienter les parents d'un enfant en EP qui le souhaitent à des services adaptés (P-I) • Conscientiser, informer les décideurs locaux des résultats de la recherche (prévalence de l'excès poids, opinion des parents et stratégies proposées par les intervenants) (I) • Élargir le partenariat avec le Comité d'actions locales de la ville (I) • Dénoncer le manque d'accessibilité des ressources alimentaires dans les quartiers (Distance des épiceries vs dépanneurs) (I)
2.	Développement des aptitudes individuelles	• Faire de l'éducation à la santé (E) • Informer (Portions, Signes de satiété, Limiter le temps-écran, Normes quant au temps à consacrer pour la pratique de l'activité physique entre 2 et 5 ans) (I) • Faciliter le développement d'habiletés de gestion familiale en encourageant l'adoption de routine (I) • Inculquer (parent) des valeurs relatives aux SHV pour l'enfant (P) • Diffuser de l'information concernant les ressources disponibles (P)
3.	Renforcement de l'action communautaire	• Créer une trousse de promotion des SHV (E-P-I) • Stimuler la création d'activités de quartier favorisant l'activité physique (P-I) • Créer des défis parents enfants concernant l'adoption des SHV (I) • Créer un atelier « cuisinons ensemble » (I)

Pour le premier champ d'action relatif à la réorientation des services de santé, l'intervention priorisée est l'évaluation de l'IMC. Pour le second champ d'action relatif au développement des aptitudes individuelles, la création d'une trousse de promotion des SHV adaptée à la clientèle et accessible aux intervenants communautaires est l'intervention à prioriser. Enfin quant au renforcement de l'action communautaire, tous les moyens de diffusion de l'information mentionnés sont à exploiter.

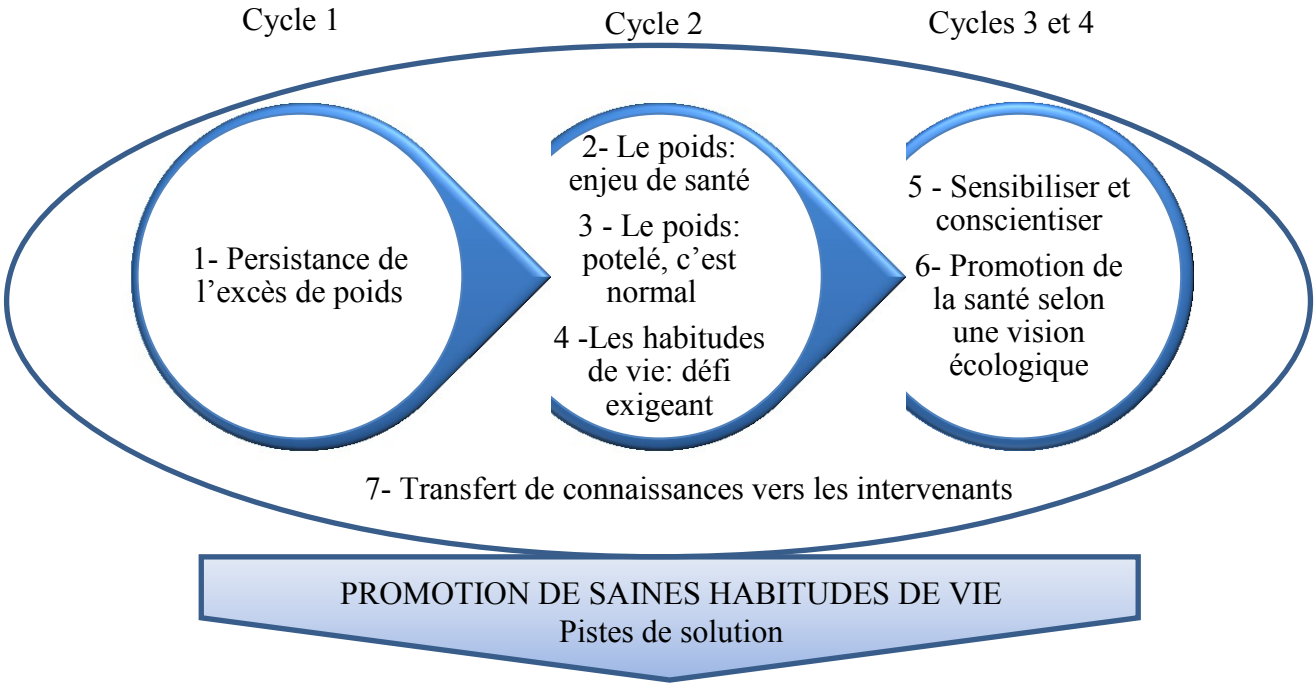
Pour conclure, le chapitre des résultats complémentaires (cycle 3 et 4), il importe de retenir que les pistes de solution proposées par les infirmières et nutritionnistes (participantes) visent principalement la conscientisation et la sensibilisation auprès des parents tout en se basant sur les RS du poids et des habitudes de vie des parents d'enfant de 4-5 ans. Pour ce faire, la promotion de la santé est la pierre angulaire des actions mise de l'avant. Ces dernières sont regroupées sous trois rubriques : 1) le développement des aptitudes individuelles (familles) à faire des choix éclairés, 2) l'accessibilité aux gens à l'information et 3) la réorientation des services à la communauté. Les résultats de ce chapitre seront discutés au chapitre suivant.

Sixième chapitre

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette démarche de recherche-action en quatre cycles avait pour but de mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières et nutritionnistes œuvrant auprès de familles avec jeunes enfants, des pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leurs enfants. Ce chapitre porte plus spécifiquement sur la discussion générale qui expose six constats liés aux 4 cycles et un constat portant sur le dispositif de recherche utilisé. Ainsi, il se veut une discussion sous forme de synthèse pour les cycles 1 et 2 (cf. chapitre 4) puisque chacun des articles présente une discussion détaillée des résultats. Cette synthèse fait l'objet de la première section pour le cycle 1 : prévalence de l'EP et amorce de la réflexion. La seconde section intitulée RS du poids et des HV du parent d'en enfant de 4-5 ans : nourrir la réflexion traite du cycle 2. Quant aux cycles 3 et 4, ils font l'objet de la troisième section pourtant sur les pistes de solution en promotion de la santé pour passer à l'action. Enfin, une discussion pour l'ensemble de la thèse nous amène à une réflexion sur la promotion de la santé selon une approche écologique, suivie des forces et limites de la présente recherche et des retombées des résultats de l'étude pour les axes de la discipline infirmière.

Dans la figure 3 à la page suivante, les principaux constats émergents de la présente recherche-action sont illustrés sous forme de schéma ainsi que les pistes de solution proposées pour promouvoir l'adoption de SHV auprès des parents avec jeunes enfants.



Réorientation des services à la communauté

- Évaluer l'IMC de l'enfant et en informer le parent du résultat
- Orienter les parents d'un enfant en EP qui le souhaitent à des services adaptés
- Conscientiser, informer les décideurs locaux des résultats de la recherche (prévalence de l'excès poids, opinion des parents et stratégies proposées par les intervenants)
- Élargir le partenariat avec le Comité d'actions locales de la ville
- Dénoncer le manque d'accessibilité des ressources alimentaires dans les quartiers (distance des épiceries vs dépanneurs)

Développement des aptitudes individuelles

- Faire de l'éducation à la santé
- Informer (portions, signes de satiété, limiter temps-écran, normes de temps pour la pratique de l'activité physique entre 2 et 5 ans)
- Faciliter le développement d'habiletés de gestion familiale
- Inculquer (parent) des valeurs relatives aux SHV pour l'enfant
- Diffuser de l'information concernant les ressources disponibles

Renforcement de l'action communautaire

- Créer une trousse de promotion des SHV
- Stimuler la création d'activités de quartier favorisant l'activité physique
- Créer des défis parents enfants concernant l'adoption des SHV
- Créer un atelier « cuisinons ensemble »

Figure 3. Sept principaux constats découlant de la recherche-action et pistes de solution

6.1 Prévalence de l'EP et amorce de la réflexion par le constat de la persistance de l'excès de poids (cycle 1)

Le premier cycle de la recherche-action a permis de décrire l'état de la situation pondérale des enfants de 4-5 ans se présentant en clinique de vaccination en estimant la prévalence de l'EP de ces derniers. Cette étape préliminaire a permis aux participantes (infirmières et nutritionnistes) ainsi qu'aux détenteurs d'enjeux de nourrir leur réflexion concernant la situation et, par conséquent, lors des cycles subséquents de la recherche-action à déterminer d'éventuelles pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant.

L'enquête transversale réalisée démontre que la prévalence estimée de l'EP chez les enfants est présente dans l'ordre de 16,6 % (I = [14,3; 18,9 (p = 0.05)] (IOTF). Ce résultat est comparable à celui de l'enquête québécoise de Desrosiers et al. (2005) qui avait observé une prévalence de 13,8 % (IOTF) d'EP pour des enfants du même âge. Les résultats du cycle 1 font émerger un premier constat : la persistance de l'EP chez le jeune enfant. En fait, une augmentation de la prévalence est présente. Cependant, la taille de l'échantillon nous amène à être conservateur et à confirmer une persistance du problème. Une enquête d'envergure pourrait davantage confirmer une augmentation. Toutefois, ces résultats appuient l'importance d'agir précocement auprès de l'enfant et sa famille sur les déterminants de la santé et ce, avant même l'apparition des problèmes de poids, tout comme le recommandent les études de Gardner et al. (2009) et Williams et al. (2009). De plus, ils légitiment l'importance de mieux saisir la situation en explorant la perspective parentale à propos du poids et des habitudes de vie des jeunes enfants. Une meilleure compréhension de cette dernière permet aux intervenants de la santé de s'outiller afin de dégager des pistes de solution pour soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant.

Dans cette optique, nous considérons que la promotion de SHV auprès des parents et des enfants en bas âge demeure une voie à privilégier tel que le recommandent Berge et Everts (2011). La finalité est de soutenir l'enfant et sa famille dans d'adoption de SHV tôt dans l'enfance afin de minimiser les conséquences de l'EP à moyen et à long terme.

Quant aux résultats du cycle 1 concernant la prévalence estimée de l'EP chez le jeune enfant ils nous ont amenés à nous interroger sur les systèmes de classification du poids chez l'enfant. Ce questionnement est né du fait que des changements sur le plan des recommandations pour la pratique concernant système de classification du poids de l'enfant à utiliser sont survenus en cours d'étude. Ainsi, en lien avec l'examen des taux de prévalence de l'EP chez le jeune enfant, il a été démontré dans la publication de Lemelin, Gallagher et Haggerty (2013) que les systèmes de classification utilisés, au nombre de trois chez les enfants pour déterminer leur statut pondéral modulent la classification du poids (normal, embonpoint ou obésité) (cf. chapitre 4 - premier article). À cet effet, une première recommandation porte sur l'utilisation du système de classification de l'OMS lorsque les chercheurs s'adressent aux cliniciens, pour favoriser la communication et le transfert de connaissances. Cette recommandation repose sur l'hypothèse que la communication des tendances actuelles en matière de prévalence de l'EP chez l'enfant à partir d'un outil connu et utilisé par les cliniciens au quotidien est susceptible d'être plus signifiant pour eux. Dans cette recherche-action le transfert de connaissances vers les intervenants a été déterminant et l'utilisation du système de classification de l'OMS employé par ces derniers un incontournable dans ce processus.

En somme, dans le cadre de ce premier cycle de la recherche-action, la démarche entreprise a constitué le point de départ d'une réflexion permettant aux participantes (infirmières et nutritionnistes) de connaître l'ampleur du problème. Par l'enquête, elles ont acquis un meilleur aperçu de la situation, appuyant ainsi la pertinence de nourrir leur réflexion concernant l'exploration de pistes de solution pour soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant. Cette étape s'inscrit en cohérence logique avec le dispositif de recherche-action voulant que les participantes jouent le rôle de parties prenantes de la recherche (Stringer & Genat, 2004). À partir du constat de ce cycle, les participantes ont légitimé l'importance de réfléchir à des pistes de solution concernant le soutien parental pour l'adoption de SHV. À ce stade, l'adhésion à la recherche a été solidifiée et une appropriation du problème s'est consolidée. Il en a résulté une mobilisation vers une démarche de résolution de problème.

Afin de nourrir leur réflexion, les participantes avaient besoin d'une meilleure compréhension de la situation. À cette étape de la recherche-action, elles détenaient l'information concernant l'estimation de la prévalence du problème d'EP chez leur clientèle. Cependant, cette information était limitée et ne les renseignait pas sur la vision des parents en lien avec le problème : élément fondamental, selon elles, à une meilleure compréhension. En ce sens, le cycle 2, visant à connaître les RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue parental, s'avérait pertinent. La discussion entourant les constats émergeant de cette démarche fait l'objet de la section suivante.

6.2 Représentations sociales du poids et des habitudes de vie du parent d'un enfant de 4-5 ans : nourrir la réflexion (cycle 2)

Le second cycle a consisté à décrire les RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue de leurs parents. Il s'agit d'une contribution originale au développement des connaissances concernant la perspective parentale. Ce cycle amène des réponses en lien avec le besoin des participantes (infirmières et nutritionnistes) de connaître la perspective parentale du poids et des habitudes de vie des jeunes enfants. Les nouvelles connaissances dégagées de cette seconde étape ont permis aux participantes du cycle 3 œuvrant auprès de cette clientèle de nourrir leur réflexion quant à d'éventuelles pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant.

De ce cycle trois grands constats ont été dégagés. D'une part, les parents d'un enfant de poids normal considèrent le poids de ces derniers comme un enjeu de santé, alors que d'autre part les parents d'un enfant en EP jugent qu'être potelé à l'âge préscolaire, c'est normal. Nous constatons que la représentation du poids de l'enfant selon les parents diffère en fonction du statut pondéral de leur propre enfant. De plus, nous apprenons que les habitudes de vie représentent pour l'ensemble des parents un défi exigeant. Les constats de ce cycle amènent de nouvelles connaissances et une meilleure compréhension de la perspective parentale du poids et des habitudes de vie de l'enfant, soit des informations clés pour réfléchir à des pistes de solution adaptées.

Selon la théorie développée par Abric (1994), les RS influencent les comportements de santé adoptés. À titre d'exemple, il est plausible d'émettre l'hypothèse que le parent qui

considère normal l'EP à l'âge de 4-5 ans, ne sera pas porté à entreprendre des actions pour changer la situation. En ce sens, il importe pour les participantes (infirmières et nutritionnistes) de bien comprendre les représentations des parents concernant le poids et les habitudes de vie de leur enfant. Cette vision parentale du poids du jeune enfant, retrouvée chez les parents d'enfants en EP dans la présente étude, va dans le même sens que les résultats d'autres études montrant qu'une grande majorité de parents ne perçoivent pas l'EP lorsqu'il existe chez l'enfant (Akhtar-Danesh et al., 2011; Doolen et al., 2009; Jaballas et al., 2011; Júlíusson et al., 2011; Manios, Moschonis et al., 2010; Pelicand & Doumont, 2005). Cependant, les résultats de la présente étude nous permettent d'aller plus loin en émettant l'hypothèse qu'il ne s'agit pas seulement d'une non-perception de l'EP, mais plutôt d'une normalisation et par conséquent d'une banalisation du problème d'EP lorsqu'il se présente chez l'enfant de 4-5 ans (Lemelin & Gallagher, 2013). D'ailleurs, la normalisation de l'EP se manifeste par une justification morphologique de celui-ci chez l'enfant: « *il est costaud, il a de gros os* ».

La compréhension de cette réalité concernant les RS du poids de l'enfant de 4-5 ans du point de vue parental devient fondamentale pour mieux orienter les interventions des infirmières, parce que les changements de comportements de santé en matière d'alimentation et d'activité physique reposent sur une prise de conscience de la situation pondérale des enfants ou des risques qu'ils encourent (Howard, 2007; Prochaska et al., 2008). Ainsi, à la lumière de ces nouvelles connaissances, les participantes (infirmières et nutritionnistes) à l'étude ont considéré que plusieurs parents se situaient aux stades de pré contemplation et contemplation selon le modèle de changement de comportement de Prochaska et DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1994). En ce sens, la conscientisation (augmenter le niveau de conscience) et la sensibilisation (l'éveil émotionnel), sont deux modalités d'intervention indiquées à ces stades et forment la trame de fond de la réflexion des participants concernant les pistes de solution visant à soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant, c'est-à-dire vers un changement des comportements de santé.

Par ailleurs, pour ce qui est des connaissances et de la compréhension des RS relatives aux habitudes de vie des enfants, elles sont vues par tous les parents comme un défi

exigeant au quotidien. Cet aspect original de la recherche aide aussi à comprendre les comportements adoptés par les parents. Par exemple, le sentiment d'un manque de temps pour cuisiner, une situation relevée par les parents, peut amener à consommer davantage de mets préparés ou de repas provenant de la restauration rapide puisque la préparation de repas santé devient à leurs yeux un défi exigeant. Quant à la pratique de l'activité physique, elle risque de ne pas figurer dans les priorités familiales faute de temps. Les parents associent le caractère astreignant de leurs responsabilités à un rythme de vie accéléré, aux défis que représentent la gestion familiale et à la discipline nécessaire associée à une alimentation saine. Hearst et al. (2012) ainsi que Stenhammar et al. (2012) corroborent ces éléments. Ces résultats nous amènent à discuter de trois thèmes qui touchent les familles d'aujourd'hui et sont susceptibles d'influencer l'adoption des SHV : le rythme de vie accéléré, la gestion familiale et le défi qu'impose une discipline.

Le rythme de vie accéléré peut contribuer à ébranler le sentiment d'efficacité des parents qui se représentent les habitudes de vie comme une exigence quotidienne majeure dans un contexte de vie effréné (Sinclair & Naud, 2005; Saint-Jacques, Turcotte & Oubrayrie, 2012). D'ailleurs, les parents confirment que les écrans (téléviseur, jeux vidéo et ordinateur) deviennent des moyens accessibles et rapides d'occuper les enfants pour leur permettre d'avoir du temps pour effectuer les activités de la vie domestique telles la préparation des repas. Ce point nous ramène à la gestion familiale, et à la conciliation des exigences personnelles du père et de la mère comme la carrière et, d'autre part, les tâches ménagères, les repas, les besoins des enfants, la garderie ou l'école et les loisirs familiaux. À ce sujet, les parents relèvent l'importance pour eux d'avoir des trucs et de l'information pour faire face à ce défi qui constitue un casse-tête pour plusieurs d'entre eux. Un des éléments ciblés par les parents dans la gestion familiale concerne le défi de la discipline. Pour plusieurs parents cet aspect représente un défi et un soutien au développement des aptitudes parentales à ce sujet nous apparaît pertinent. Mieux outillés, ils pourraient prendre du pouvoir sur leur situation, ce qui renvoie à la notion, d'empowerment des parents. Or, l'empowerment est un concept fondamental de la promotion de la santé (Déry, 2010). Le fait de rendre autonomes les individus et les communautés en regard de leur santé s'avère essentiel en matière d'adoption de comportements de santé favorables (Godin, 2006). Soutenir les parents dans leur pouvoir d'agir face à la prise en charge de la santé (habitudes

de vie) de leur enfant par le changement des environnements nocifs semble une avenue intéressante.

Pour conclure, à la lumière des constats issus du cycle 2, soit que 1) les parents d'un enfant en EP considèrent que c'est normal à cet âge et que 2) les SHV représentent un défi exigeant pour l'ensemble des parents, les participantes ont pu déterminer selon elles à quels stades de changement de comportements se situent les parents de l'étude. Elles les ont situés aux stades de pré contemplation et de contemplation, ce qui les a amenées à orienter leur réflexion concernant les pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant vers des actions visant la conscientisation et la sensibilisation. Cette position en regard du parent de l'étude leur permet de dégager des stratégies et interventions mieux adaptées à la perspective parentale et ce, dans le but de les aider à passer à l'action par la promotion des SHV. Les constats découlant de cette étape de la réflexion sont discutés à la section suivante.

6.3 Pistes de solution de promotion de la santé pour passer à l'action (cycles 3 et 4)

Cette section expose la discussion concernant les résultats à la fois des cycles 3 et 4 intimement reliés et ce, même si la réflexion s'est déroulée en deux temps. Rappelons que le troisième cycle de l'étude a consisté à passer à l'action en déterminant des pistes de solution afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV à la lumière du point de vue des parents plus précisément leurs RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans. Pour sa part, le quatrième cycle avait pour but d'établir des priorités parmi les interventions proposées à partir de l'opinion de parents et d'experts. Ce cycle a permis de s'assurer de la pertinence et de la congruence des interventions identifiées au cycle 3 (cf. chapitre 5).

Au cycle 3, pour classer les interventions proposées par les participantes, trois grands champs d'action en promotion de la santé ont été utilisés : la réorientation des services à la communauté, le développement des aptitudes individuelles et le renforcement de l'action communautaire. Toutes les interventions identifiées avaient pour but de conscientiser et de sensibiliser les parents à l'importance des SHV, ce qui correspond aux interventions

recommandées aux stades 1 et 2 du MTT (Prochaska & DiClemente, 1994). Le tableau 15 (cf. chapitre 5) présente l'ensemble des interventions proposées.

6.3.1 Conscientiser et sensibiliser : pistes de solution congruentes avec le MTT

Les interventions proposées par les intervenantes visent la conscientisation et la sensibilisation des parents au sujet de l'importance de l'adoption de SHV pour leur enfant. Les intervenantes ont délibérément choisi cette stratégie ou solution en se basant sur le MTT de Prochaska et DiClemente (1994), en fonction du fait que la majorité de parents participants se situe aux stades 1 et 2 du modèle, tenant ainsi compte de leurs RS du poids et des habitudes de vie des enfants de ce groupe d'âge. À ce sujet, rappelons que les résultats indiquent que le poids est un enjeu de santé pour les parents d'un enfant de poids normal (stade 2 du MTT), alors qu'une apparence potelée est normale pour les parents d'un enfant en EP (stade 1 du MTT). Quant aux habitudes de vie, elles constituent un défi exigeant pour tous les parents (cf. chapitre 2) et constituent un élément à considérer au niveau des procédés de changement de comportement survenant entre les stades du MTT. En fait, cette position des parents s'insère dans la réévaluation personnelle, soit une évaluation personnelle des sentiments éprouvés face aux comportements souhaités.

En ce qui a trait à la sensibilisation et la conscientisation, Howard (2007) ainsi que Sealy et Farmer (2011) sont d'avis avec la pertinence d'orienter les interventions auprès des parents concernant le poids des enfants vers les stades de pré contemplation et la contemplation du MTT. À ces stades, il est approprié de viser la conscientisation et la sensibilisation (Prochaska & DiClemente, 1994). Selon Prochaska et al. (2008), le stade de pré contemplation se caractérise par un manque d'information, une certaine ignorance ou un déni du problème. Pour sa part, le stade de contemplation se différencie par une certaine connaissance du problème, au cours duquel la personne envisage parfois des solutions sans de plan précis de mise en application. Considérant ceci, il importe de lui fournir de l'information afin de la sensibiliser et de l'accompagner vers un éventuel changement de ses comportements de santé (habitudes de vie). Toutefois, une certaine prudence s'impose, car l'étude n'a pas été construite dans le but de produire une évaluation rigoureuse du stade de changement de comportement du parent en regard du poids de son enfant.

Ainsi, la nécessité d'orienter les interventions vers la sensibilisation et la conscientisation constitue un constat majeur de ce cycle afin de promouvoir l'adoption de SHV chez les parents afin que leurs enfants grandissent dans un environnement favorisant leur santé. Dans cet ordre d'idée, des actions concrètes ont été émises dans le but de soutenir les parents. De la formulation de ces actions émerge un autre constat, celui de la pertinence d'utiliser une vision écologique des stratégies de promotion des SHV que nous discuterons ultérieurement.

Les interventions, tant sur le plan de la réorientation des services à la communauté qu'au plan du développement des aptitudes individuelles ou du renforcement de l'action communautaire visent la conscientisation et la sensibilisation des parents à l'importante d'adopter de SHV pour l'enfant dès le jeune âge. Par ailleurs, parmi les interventions proposées, certaines touchent des déterminants individuels, familiaux, communautaires ou liés au réseau de la santé, ce qui correspond à une vision écologique de la promotion de la santé (Renaud & Lafontaine, 2011). Nous constatons qu'une vision écologique se dégage des propositions d'interventions de promotion des SHV proposées par les participantes (infirmières et nutritionnistes).

6.3.1.1 Conscientiser et sensibiliser… le parent

Les actions ciblant les parents sont orientées vers l'information et l'éducation concernant les habitudes de vie (alimentation et activité physique). Elles correspondent à des interventions documentées dans les écrits comme étant indiquées pour agir sur des facteurs modifiables influençant les habitudes de vie et le poids (Wardle et al., 2008). En effet, la recension des écrits de la présente étude a démontré que plusieurs facteurs modifiables liés à l'EP chez l'enfant relève de ses habitudes de vie telles la qualité de l'alimentation, la taille des portions (Fisher et al., 2003), la consommation de boissons sucrées (Bremer & Lustig, 2012; De Ruyter et al., 2012), la sédentarité et les longues heures passées devant les écrans (Cox et al., 2012; Feng et al., 2011; Thongbai et al., 2011). Ainsi, les études confirment que les habitudes de vie ont un rôle à jouer sur le statut pondéral de l'enfant. En ce sens, qu'une majorité des interventions proposées par les intervenantes visent à informer le parent concernant les habitudes de vie apparaît comme

une démarche pertinente, car il s'agit de facteurs modifiables reconnus dans la littérature (Wardle et al., 2008).

Au chapitre 2, nous avons pu constater que d'autres études préalables à la recherche doctorale ont porté sur les interventions éducatives auprès des parents relativement aux habitudes de vie (Davison, Jurkowski, Li, Kranz, & Lawson, 2013; Fitzgibbon et al., 2006; Summerbell, 2007; Waters et al., 2011). Certaines de ces interventions portaient sur l'alimentation, d'autres sur la pratique de l'activité physique, le temps passé devant l'écran ou de façon simultanée sur l'ensemble de ces habitudes de vie. Entre autres, Havey-Berino et Rourke (2003) ont démontré une diminution de l'IMC chez les mères de jeunes enfants ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé. Pour leur part, Dennison et al. (2004), à la suite d'un programme d'éducation à la santé, ont rapporté une diminution du temps passé par les enfants devant le téléviseur.

Une intervention considérée tant par les intervenantes que par les parents et les experts concerne l'évaluation de l'IMC pour tous les enfants de plus de 2 ans. À cet effet, Howard (2007) affirme qu'il s'agit de la meilleure approche auprès du parent afin de le conscientiser au statut pondéral de son enfant. Cette opportunité permet d'ouvrir le dialogue avec le parent sur les habitudes de vie de l'enfant non seulement dans le but d'un poids santé, mais également pour son développement optimal. En 2012, l'INESSS a publié des recommandations concernant le traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en première et deuxième lignes. Il ressort qu'il est souhaitable de mesurer l'IMC dans le cadre de l'évaluation globale de l'enfant.

Enfin au cycle 4, les mères de l'étude ont démontré un intérêt à connaître le résultat de l'évaluation de l'IMC de leur enfant lors des visites de santé (ex. : lors des rendez-vous pour la vaccination). Elles espèrent obtenir l'heure juste et être soutenues quant aux actions à poser pour le bien-être de leur enfant. À ce sujet, une convergence des idées entre les parents, les participantes (infirmières et nutritionnistes) et les experts existe. D'ailleurs à ce titre, il convient de préciser que l'opinion des participantes, plus précisément les infirmières, a cheminé sur le sujet durant le processus de recherche-action. Dans un premier temps, elles ne considéraient pas faisable, même si importante, l'évaluation systématique

de l'IMC des jeunes enfants, entre autres, en clinique de vaccination. Dans un second temps, à la lumière de la recension des écrits, des recommandations pour la pratique ainsi que des résultats obtenus au cycle 1, elles ont reconsidéré d'elles-mêmes leur position et ont exprimé la possibilité d'évaluer l'IMC en clinique de vaccination.

Bien qu'elles veuillent procéder à l'évaluation de l'IMC, elles sont soucieuses de l'offre de services. Au plan éthique, déceler la présence d'un problème de poids chez l'enfant nécessite selon elles d'avoir une offre de service adéquate. Donc, les infirmières souhaitent un accès à des ressources spécifiques et spécialisées pour les parents. Leur préoccupation correspond d'ailleurs à un déterminant de la santé, soit l'accès à des services de santé.

Toutefois, nous posons l'hypothèse que la persistance de l'EP chez la population des enfants d'âge préscolaire peut s'expliquer par le fait que les interventions ciblent l'individu uniquement, soit le parent. Il appert que l'éducation à la santé présente certaines limites en ce sens (Roussille & Deschamps, 2013). Il s'avère intéressant de souligner que parmi les interventions proposées (cf. chapitre 5 – tableau 15) certaines se situent dans une perspective plus large et visent d'autres acteurs que les parents, par exemple les décideurs locaux ou les partenaires d'organismes communautaires.

Ainsi, pour obtenir de meilleurs résultats, nous proposons une approche écologique de promotion de la santé dans laquelle le parent se sentirait soutenu comme c'est le cas pour les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) qui repose sur une telle approche. Cette dernière nous semble plus prometteuse. En ce sens les interventions diversifiées (évaluation du stade où se situe le parent, entrevue motivationnelle, approche individuelle et de groupe, soutien relatif à la gestion familiale…) proposées par les intervenantes dans cette étude notamment celles visant le renforcement de l'action communautaire semblent être complémentaires et essentielles à celles d'informer et d'éduquer les parents. D'ailleurs, Godin (2006) affirme que les interventions de promotion de la santé doivent « accorder une importance équivalente à l'individu et à son environnement social » (p. 486)

6.3.1.2 Conscientiser et sensibiliser… la communauté un pas vers une approche plus globale

Les approches individuelles (parents) sont utiles et nécessaires, mais des approches plus larges nous semblent essentielles en matière de promotion de l'adoption de SHV. Globalement les actions communautaires visant le développement des capacités de la communauté, c'est-à-dire le développement d'environnements favorables (ASPC, 2010) à l'activité physique, l'accès à une alimentation saine et abordable pour les personnes en situation de pauvreté ainsi que des outils pour les organismes communautaires sont souhaitables. À ce sujet, les infirmières et les parties prenantes peuvent agir sur le plan politique et devenir des leviers favorisant le développement de la capacité communautaire afin de renforcer les actions entreprises en termes de conscientisation et de sensibilisation. Par exemple, dans le cadre de la recherche-action entreprise elles pourraient créer une alliance avec le comité d'action local Avenir d'enfant pour la réalisation de certaines des interventions proposées et intercéder auprès des décideurs locaux pour qu'ils appuient la réalisation des projets proposés.

Les interventions proposées aux cycles 3 et 4 de la présente thèse par les intervenantes, appuyées par les parents et les experts, s'avèrent pertinentes à la lumière des écrits sur le sujet. De plus, elles semblent plus complètes et novatrices que celles relevées dans la littérature, car un volet important vise le renforcement de la capacité communautaire qui sera davantage discuté dans la section qui suit. Cette perspective novatrice relative au renforcement de la capacité communautaire est susceptible de constituer un facteur de réussite à la dissémination des informations au sujet des SHV.

Ainsi, concernant les pistes de solution proposées au cycle 3 et confirmées au cycle 4, nous constatons qu'elles reposent sur des éléments fondamentaux de la promotion de la santé. Donc, une réflexion plus générale des résultats globaux de la thèse portant sur la promotion de la santé, les enjeux éthiques de cette dernière, le contexte sociétal moderne dans lequel elle s'exerce ainsi que le développement de la capacité communautaire en résultant seront discutés dans les lignes qui suivent.

6.4 Réflexion sur la promotion de la santé selon une approche écologique

Dans le cadre de cette étude, il apparaît évident que la promotion de la santé selon une approche écologique représente l'approche à privilégier pour soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant d'âge préscolaire.

La promotion de la santé constitue un des sept énoncés descriptifs du but de la pratique infirmière (OIIQ, 2010). Toutefois, selon Dallaire, Gagnon et O'Neill (2010) historiquement « La profession infirmière s'est souciée plus de prévention de la maladie » (p.343) qui constitue lui aussi un énoncé descriptif du but de la pratique infirmière. Ces auteurs avancent qu'une « tendance à réduire la promotion de la santé à des interventions visant à modifier les comportements individuels reliés à la santé » (p. 344) subsiste. Pour contrer ce faux pas, ils proposent l'utilisation d'une approche socio-environnementale de la santé et affirment qu'une approche écologique est parfaitement adaptée. La présente recherche-action ayant impliqué plusieurs acteurs concernés par le problème à l'étude (parents, infirmières, nutritionnistes, experts et instances locales) et ayant comme but la promotion de la santé selon une approche écologique s'inscrit dans une cohérence avec une vision disciplinaire contemporaine de la promotion de la santé. Cependant, le côté « traitement » des enfants en EP demeure très présent dans le discours des participantes (infirmières et nutritionnistes), ce qui s'éloigne de l'essence de la promotion de la santé. Il est légitime ou pertinent que les infirmières et nutritionnistes se préoccupent des enfants présentant des problèmes de poids et qu'elles proposent un accès à des services spécialisés en pareil cas. Par contre, nous sommes en accord avec Dallaire et al. (2010) à l'effet que les infirmières doivent relever « le défi de ne pas limiter la santé aux traitements curatifs » (p.355). Soulignons toutefois que les participantes ont aussi proposé des interventions touchant l'environnement, notamment pour stimuler la pratique de l'activité physique.

Il demeure intéressant de constater que certaines stratégies de promotion de la santé proposées dans la Charte d'Ottawa (1986) et reprises par Blanchet et al. (1993) tels le soutien des milieux de vie, le renforcement du potentiel des personnes, la réorientation du système de santé et services sociaux et le renforcement de l'action communautaire sont couvertes par les interventions de promotion de SHV émergeant de la présente étude tel que

vu au tableau 15 (cf. chapitre 5). Les stratégies proposées lors de cette grande réflexion collective visent ultimement la mise en œuvre d'actions concrètes ciblant les déterminants de la santé. À ce sujet, O'Neil, Dupéré, Pederson et Rootman (2006) identifient les méthodes d'intervention telles que l'éducation à la santé, la communication, le marketing social, l'action communautaire, le changement organisationnel et l'action politique comme des formules gagnantes en promotion de la santé. Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé passe par la participation active des communautés (cf. chapitre 2), ce que cette étude propose par la création d'alliances avec des organismes communautaires œuvrant auprès des parents avec jeunes enfants. Ainsi, les interventions de promotion de la santé visent, entre autres, à augmenter la capacité communautaire, c'est-à-dire à renforcer les moyens et les ressources de la communauté en regard de la santé de ses membres (Wendel et al., 2009) en concordance avec le cadre de référence en promotion de la santé présenté au chapitre 2 de cette thèse.

Il est reconnu que les infirmières peuvent avoir un l'impact sur plusieurs déterminants de la santé ainsi que sur la capacité communautaire (Kittinger et al., 2012). En agissant sur les déterminants de la santé, les infirmières couvrent les principales dimensions de leur pratique soit : la promotion de la santé, la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie de la population (OIIQ, 2010). Plus précisément, les infirmières peuvent agir selon Godin, (2006) et O'Neil et al., (2006) sur le réseau de soutien social, par exemple, dans cette étude en évaluant la qualité de l'environnement entourant l'enfant tel le milieu de garde et les services offerts à la famille. De plus, elles ont la possibilité de réaliser des actions de promotion des SHV auprès de la communauté au sujet des changements qui améliorent la qualité de l'environnement entourant l'enfant. Concernant l'environnement social et physique, les infirmières peuvent donner l'exemple, fournir des modèles de comportements associés aux SHV, enseigner aux familles des stratégies qui visent à améliorer la condition physique, à maîtriser le stress et à utiliser efficacement les services de santé. Sur le plan des habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles, leur rôle leur permettent de diffuser de l'information, de participer à la modification du mode de vie. Elles peuvent y arriver en guidant les personnes dans leur apprentissage de stratégies efficaces de résolution de problèmes et de prise de décision familiale. Elles sont à même d'aider les personnes à déterminer, à

atteindre et évaluer leurs objectifs de santé. Toutes ces actions visent le développement sain durant la petite enfance. Afin d'agir sur ces déterminants, les infirmières doivent déployer des stratégies d'intervention pertinentes et congruentes pour les familles. Cet objectif a été réalisé dans le cadre de cette étude en déterminant des actions concrètes regroupées sous trois champs d'action en promotion de la santé.

Ainsi, les connaissances découlant de la présente étude fournissent des pistes pour le choix et l'amorce d'actions menant à un changement social et à un développement des capacités de la communauté (Pillsbury Pavlish & Dexheimer Pharris, 2012). En fait, des nouvelles connaissances sont disponibles pour y amorcer un changement social.

La recherche-action réalisée dans le cadre de cette étude doctorale correspond aux étapes de planification en promotion de la santé proposée par Renaud et Lafontaine (2011). Le tableau suivant présente une comparaison entre la démarche proposée par Renaud et Lafontaine et celle de la présente recherche-action, illustrant la pertinence de la démarche de promotion de la santé réalisée.

Tableau 17. Comparaison de la démarche de l'étude avec la planification en promotion de la santé de Renaud et Lafontaine (2011)

Renaud et Lafontaine (2011) Intervenir en PS	Présente étude Recherche-action
Phase 1	
1) Définir le problème sur lequel agir	Problématique Recension
2) Identifier les cibles	Recension Cycle 1 — Enquête de prévalence chez les 4-5 ans de la région d'intervention)
3) Identifier les facteurs qui influencent les cibles	Cycle 2 — Description des RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue des parents
4) Identifier les stratégies et les activités	Cycle 3 — Identification de stratégies d'intervention avec les participantes (infirmières et nutritionnistes)
Phase 2	
5) Réaliser une réflexion individuelle et collaborative	Cycle 4 — Priorisation des interventions avec tous les parents, les experts et les participantes
6) Assurer l'adéquation avec les besoins de la population ciblée	Cycle 4 — Priorisation des interventions avec les parents, les experts et les participantes
7) Connaître le portrait des ressources et activités sur le terrain	Cycles 3 et 4 — Identification de stratégies d'intervention avec les intervenants et priorisation des interventions avec tous les parents, les experts et les participantes
8) Faire une analyse stratégique du contexte d'implantation	Projet après l'étude doctorale
9) Analyser les parties prenantes pour favoriser le partenariat	Projet après l'étude doctorale

La recherche-action, à titre de dispositif de recherche dans le cadre de cette thèse s'est avérée une méthode de recherche indiquée pour identifier des actions en promotion de la santé. D'ailleurs, elle a été utile pour amorcer la réflexion (cycle 1), nourrir la réflexion (cycle 2) et passer à l'action (cycle 3 et 4) en identifiant des actions de promotion de la santé selon une approche écologique.

Enfin, le choix d'un dispositif de recherche-action pour mener cette étude a été aussi une valeur importante. Tel que Hamelin-Brabant et Gauthier (2010) le suggèrent relativement aux normes socio sanitaires, la présente étude a visé à créer un équilibre entre les compétences professionnelles et les compétences parentales en cherchant à comprendre les RS du parent dans le but de déterminer des interventions de promotion des SHV. Toutefois, pour ces auteurs « une certaine prudence s'impose dans la façon d'édicter des normes socio sanitaires et éducatives à l'égard des parents et des enfants » (p. 15), car un risque de mettre en doute la compétence parentale existe. À cet égard, la présente étude vise à sensibiliser et à conscientiser les parents à partir de leur façon de voir le poids et les habitudes de vie de l'enfant âgé de 4-5 ans, ce que nous croyons susceptible de contrer cet effet.

Pour conclure, la promotion de la santé selon une approche écologique constitue la démarche à adopter. Une discussion entourant ces points sera plus détaillée dans les sections suivantes. Trois enjeux sont à considérer : 1) l'aspect éthique de l'intervention, 2) le contexte sociétal de l'intervention et 3) le développement de la capacité communautaire comme levier de l'intervention.

6.4.1 Considérations éthiques relatives aux solutions proposées

Deux enjeux sont importants à considérer relativement aux aspects éthiques : le risque de culpabiliser les parents et celui de stigmatiser l'enfant. Dans cette étude, les démarches souhaitées pourraient jusqu'à un certain point entraîner un sentiment de culpabilité chez les parents. Massé (2003) affirme que les personnes ciblées par des actions de promotion de la santé risquent même d'être des « bien portants soucieux » (p.257). Ainsi, l'infirmière doit être consciente des risques à l'effet que le parent ne devienne excessivement inquiet face au statut pondéral de son enfant et de ses habitudes de vie conséquemment aux interventions

proposées. À ce sujet, Hamelin-Brabant et Gauthier (2010) affirment que le rôle de l'infirmière est d'accorder une attention particulière à ce que le parent se sente à la hauteur, compétent dans son rôle relatif au développement et à la santé optimale de son enfant. Cet aspect devra être considéré dans l'application des interventions proposées.

Pour Massé (2003) la santé publique fait toujours face au dilemme d'intervenir ou de ne pas intervenir. Selon cet auteur, il n'y a pas de pratique en santé publique sans culpabilisation, mais il faut toutefois chercher à minimiser ce genre d'impact. Il précise que cette situation ne doit pas justifier l'inaction qui elle aussi est potentiellement dommageable. En ce sens, les pistes de solution proposées dans la présente recherche respectent le principe d'agir pour le mieux-être des enfants. Ainsi, agir comme le proposent les pistes de solution émises dans cette étude s'avère opportun. Le fait que la perspective parentale soit très importante dans le cadre de cette étude et qu'un retour auprès de ces derniers a été réalisé au cycle 4 permet d'assurer une certaine vigilance en regard du risque de culpabiliser le parent. Lors de toute intervention, l'infirmière devra porter une attention particulière au sentiment de compétence des parents.

D'autre part, malgré les efforts déployés pour ne pas stigmatiser les enfants pouvant présenter un EP en préconisant l'amélioration de la santé pour tous, donc en évitant de cibler des individus en particulier, Massé (2003) attire l'attention sur la difficulté à respecter le principe de bienfaisance au cœur du discours de la santé publique. Selon lui, l'approche de promotion de la santé porte tout de même à culpabiliser des individus et ce, malgré les efforts déployés pour ne pas stigmatiser les enfants pouvant présenter un EP par une approche globale de promotion de la santé visant l'amélioration de la santé pour tous. Toutefois, les résultats de la présente étude sont de nature à minimiser le risque d'étiquetage, puisque les stratégies et interventions proposées concernent tous les enfants. Plus précisément, les interventions proposées ne ciblent pas que des enfants en EP, mais bien tous les enfants et leurs parents et reposent sur un discours de SHV pour tous. Elles visent l'adoption de SHV dès le jeune âge, puisque les problèmes d'EP peuvent survenir à un âge plus avancé, d'autant plus qu'à partir de l'adolescence, le niveau d'activité physique diminue.

Une démarche de promotion de la santé globale plutôt qu'une approche curative auprès d'enfants en regard du poids est au cœur de cette recherche, entres autres parce que l'accent n'a pas été mis sur les enfants en EP, mais plutôt sur l'adoption de SHV pour tous. Cette démarche se base sur le désir profond de promouvoir une meilleure santé pour tous les jeunes enfants, car un poids normal n'est pas garant de bonne santé et n'est pas nécessairement le reflet d'un mode de vie sain. De plus, il s'avère essentiel d'un point de vue éthique de ne pas stigmatiser les enfants présentant un EP. Cette position a été une préoccupation importante des parties prenantes de la recherche en raison des préjudices potentiels d'une telle action. À cet effet, Hamelin-Brabant et Gauthier (2010) font une mise en garde à savoir que « la mesure du poids, de la taille peut en effet vulnérabiliser voire stigmatiser certains enfants très tôt dans leur parcours de vie » (p.30). Cette connaissance d'un risque important pour l'enfant appuie une démarche de promotion de la santé inspirée de l'approche écologique. L'application de cette démarche se réalise dans un contexte sociétal contemporain précis qui amène avec lui des défis à considérer. Cet aspect est l'élément discuté dans la section suivante.

6.4.2 Le contexte sociétal dans lequel s'inscrit l'intervention

La société moderne, avec son rythme de vie accéléré, les deux parents se retrouvant souvent sur le marché du travail, fait en sorte que plusieurs parents de l'étude affirment manquer de temps pour adopter de SHV telles que prendre le temps de préparer des repas sains et faire de l'activité physique avec les enfants. D'ailleurs, à cet égard, les résultats de l'étude font état du besoin des parents concernant les habiletés de gestion familiale en pareil contexte. Les parents doivent faire face à plusieurs responsabilités face, entre autres, à l'offre alimentaire, au moment et au lieu de consommation des aliments par leur enfant (Marquis, 2010). Le professionnel de la santé en l'occurrence l'infirmière, quant à elle, est là pour aider les parents à développer les compétences dont ils ont besoin pour assumer leurs responsabilités (Marquis, 2010), en regard de la santé. Ainsi, l'infirmière peut soutenir l'accroissement des compétences des parents par du counseling adapté au stade de changement comportement du parent. Elle peut aussi lui fournir de l'information ou organiser des groupes de pairs pour faciliter l'échange de connaissance et de trucs entre parents.

Ces interventions sont d'autant plus appropriées puisque les parents font face aux défis d'éduquer des enfants dans un environnement obésogène où l'alimentation nocive à la santé est facilement disponible et où la sédentarité est de plus en plus présente dans la population (Cooke, 2012). Plusieurs ressources en petite enfance sont orientées vers la clientèle vulnérable, ce qui ne favorise pas une approche de promotion de la santé pour tous. Ainsi, une large partie de la clientèle se retrouve sans service alors qu'elle peut avoir des préoccupations de santé importantes.

Afin de faciliter le rôle du parent, l'appui des professionnels de la santé, dont celui des infirmières, et de la communauté est essentiel. Les infirmières ne peuvent pas à elles seules intégrer une approche visant l'émancipation des membres de la communauté en regard de l'adoption de SHV. L'auto prise en charge des membres de la communauté semble une avenue plus réaliste. Pour ce faire, le développement des ressources communautaires constitue une piste à privilégier pour soutenir le parent dans sa démarche vers l'adoption de SHV. À cet effet, la collaboration des intervenants des CSSS (ex. : organisateur communautaire, infirmière, kinésiologue) est un atout de premier plan à la création d'environnements favorables à l'adoption de SHV

6.4.3 La capacité communautaire comme levier de l'intervention

La capacité communautaire repose sur la prémisse que tout individu étant impliqué dans la communauté a quelque chose à apporter à celle-ci afin de contribuer à la résolution des problèmes ou à l'amélioration des conditions de santé de ses membres (Minkler & Wallerstein, 2012; Wendel et al., 2009). En ce sens, le rôle de la communauté pour soutenir les familles avec jeunes enfants en ce qui concerne l'adoption de SHV pour les jeunes enfants implique qu'elle soit mieux informée sur le sujet. Le but étant que les activités de conscientisation et de sensibilisation soient supportées et valorisées par les membres de la communauté. Pour arriver à ces résultats, les infirmières doivent soutenir le développement des compétences de la communauté en regard de la promotion de la santé. En bout de piste, l'objectif vise à ce que les parents de jeunes enfants soient mieux soutenus dans l'adoption de SHV pour l'enfant. Il est à noter que la responsabilité à l'égard du soutien des parents dans l'adoption de SHV ne repose pas uniquement sur les épaules des infirmières, mais

constitue une responsabilité à partager avec les membres de la communauté dont l'engagement est essentiel.

Une première action en ce sens a été entamée par le transfert de connaissances entrepris dans cette étude vers le personnel du CSSS et auprès des partenaires de la communauté. Grâce au comité de suivi de la recherche-action, des idées concrètes ont émergé et des alliances sont nées. Toutefois, les infirmières du CSSS hésitent à s'engager dans ces alliances en raison de l'investissement de temps nécessaire pour la réalisation des diverses interventions proposées. En ce sens, des projets concrets à réaliser avec les partenaires communautaires demeurent à élaborer et à détailler.

6.5 Forces et limites de la démarche de la présente recherche

Les forces et limites des cycles 1 et 2 ont été discutées en partie dans les articles. Ainsi, quelques éléments seulement sont soulevés dans la discussion générale des forces et limites.

La plus grande force de cette étude réside dans le choix du devis pour répondre aux objectifs fixés. En effet, selon Pillsbury Pavlish et Dexheimer Pharris (2012), une recherche-action collaborative basée sur la communauté permet l'intégration rapide des résultats de recherche dans la pratique clinique. À cet effet, les infirmières qui ont participé à l'étude se disent maintenant plus conscientes de l'importance du problème et mieux outillées pour parler ouvertement avec le parent du poids et des habitudes de vie de l'enfant d'âge préscolaire. Ainsi, le dispositif de recherche-action a constitué un tremplin pour l'appropriation collective du problème et des solutions grâce à la participation de toutes les personnes concernées. Un aspect original de cette recherche concerne le fait que les pistes de solution déterminées reposent sur une démarche rigoureuse de recherche-action.

La forme participative et collaborative valorisée tout au long du processus de recherche a été constante et constitue un point fort en lien avec les valeurs et postulats de la recherche-action tels que Stringer et Genat (2004) le soulignent. Les cycles de la recherche-action correspondant à l'amorce de la réflexion, l'étape de nourrir la réflexion et le passage à l'action ont impliqué plusieurs acteurs concernés par le problème de poids chez le jeune

enfant (chercheurs, parents, infirmières, nutritionnistes, experts, intervenants communautaires et décideurs locaux), ce qui assure de la crédibilité à la démarche réalisée.

De plus, l'approche qualitative descriptive utilisée pour la réalisation du cycle 2 a permis aux participantes de comprendre plus en profondeur la perspective parentale sur deux aspects importants concernant le poids et les habitudes de vie chez le jeune enfant, soit les RS du poids et les RS des habitudes de vie de l'enfant de 4-5 ans. D'ailleurs, la description en profondeur des représentations constitue une autre force importante sur le plan de la crédibilité et de la transférabilité des résultats.

À cela s'ajoute la rigueur du processus de collecte et d'analyse des données pour chacun des quatre cycles de la recherche. Ainsi, des outils de collecte de données diversifiés ont été développés spécifiquement pour cette étude en collaboration avec d'autres chercheuses. Le journal de bord, ainsi que la vérification fréquente auprès des directrices de recherche ont aussi permis d'objectiver les démarches de l'étudiante. De plus, l'enregistrement et la retranscription intégrale des données collectées aux cycles 2 et 3 et leur traitement par logiciel a permis d'assurer la fiabilité des données. De plus, la description du milieu et des participants pour chacun des cycles contribue à la transférabilité.

La recherche-action est un rendez-vous entre la théorie et la pratique, il s'agit d'une opportunité pour une pratique réflexive, d'une démarche qui correspond bien à la discipline professionnelle infirmière (Fontaine & Vornarx, 2010). Selon ces auteurs, la recherche-action valorise la réhabilitation des savoirs émanant de l'expérience (cycle 3), permet d'intégrer une démarche réflexive autant pour les chercheurs que pour les autres acteurs et stimule la transformation des pratiques.

Dans le même ordre d'idée, l'échange de connaissances a été une pierre angulaire de la recherche. À cet effet, Bigras et Bouchard (2011) considèrent que l'échange de connaissances en petite enfance doit passer par la communication d'informations et la participation interactive de tous les acteurs concernés. La présente recherche-action a tenté de favoriser au maximum ces aspects. Selon ces auteurs, les personnes s'approprient mieux les résultats de recherche lorsqu'elles participent au processus de planification, ce qui a été

un point majeur dans la présente étude. Small (2005) indique que les ingrédients de réussite des échanges de connaissances entre chercheurs et praticiens sont : une collaboration égalitaire, la réponse aux questions des praticiens ainsi que l'implication de partenaires communautaires pour que la recherche soit un processus évolutif et que tous bénéficient de cette dernière. Dans la présente étude, tous ces éléments ont été respectés, notamment lors des rencontres avec les infirmières et nutritionnistes.

La recherche-action s'inscrit dans le paradigme de la transformation en sciences infirmières (Mertens, 2009). Ce paradigme promeut des valeurs humanistes où la personne est considérée de manière holistique. Dans ce paradigme la relation avec la personne est d' « être avec » et correspond aux aspirations et valeurs de la discipline infirmière en ce 21^{e} siècle (OIIQ, 2010; Pepin et al., 2010). Ainsi, les fondements et valeurs véhiculées par le dispositif de recherche choisi pour cette étude a conduit directement à la détermination d'intervention visant à outiller les familles vers l'autodétermination en regard de leur santé. Le mode participatif et inclusif des parents, infirmières et détenteurs d'enjeux en regard du problème grandissant de l'EP chez le jeune enfant a permis de dégager des interventions répondant à ce critère. La réflexion collective découlant de cette recherche a été nourrie d'une triangulation des sources d'information (parents, infirmières, experts et chercheurs), ce qui a grandement contribué à l'exercice de priorisation des actions proposées, assurant ainsi une meilleure crédibilité et fiabilité des résultats.

Par contre, pour chacun des cycles de l'étude, des limites sont présentes. Au cycle 1, la petite taille de l'échantillon et l'intervalle de confiance nous permettent d'avancer une estimation de la prévalence. Par contre, nous ne pouvons pas vraiment déterminer si la prévalence est beaucoup plus élevée ou plus faible que d'autres estimations relevées dans la littérature. La taille de l'échantillon a été limitée par le nombre d'enfants fréquentant les cliniques de vaccination, mais elle est tout de même suffisante pour signaler l'existence d'un problème qui doit être pris en compte.

Au cycle 2, l'échantillon relativement petit limite la capacité de comparer plus en profondeur les RS spécifiques aux parents ayant eux-mêmes un poids normal versus les parents présentant un EP auto-déclaré. Cependant, une saturation des données permet

d'affirmer que les résultats étaient suffisamment solides pour aider les intervenants à reconnaître la nécessité de sensibiliser et de conscientiser les parents afin de les soutenir dans leur défi commun : l'adoption de SHV.

Au cycle 3, les parents interrogés étaient des mères intéressées à participer, il ne s'agissait pas d'un échantillon intentionnel avec une variation maximale des caractéristiques des participantes. Ainsi, cela n'a pas permis de rendre compte de toutes les nuances des RS. En ce sens, avant la mise en œuvre d'une intervention concrète, il serait important de tester l'acceptabilité de celle-ci auprès d'un groupe plus large de parents.

Quant aux experts, au cycle 4, leur nombre était limité et leur degré d'accord variable, mais tout de même leurs points de vue convergeaient en ce qui concerne les priorités à cibler. Toutefois, l'inclusion des intervenants était une force et bien que tous n'ont pas pu participer au cycle 4, il demeure qu'il est peu probable que les conclusions auraient été différentes.

Globalement, les 20 critères d'évaluation la recherche-action selon Waterman, Tillen, Dickson et de Koning (2001) ont été respectés. Ainsi, un énoncé clair du but et des objectifs de l'étude en plus d'une description complète des étapes du projet (cycles) ont été présentés. La recherche-action réalisée se caractérise par sa flexibilité et son adaptabilité, entre autres, par l'inclusion de nouveaux participants (nutritionnistes) et l'ajout de démarches telle la comparaison des systèmes de mesure de l'IMC de l'enfant (cf. article 1 – chapitre 4). La pertinence de la recherche-action pour les praticiens a été démontrée et la relation entre la chercheuse et les participants a été au cœur du processus de recherche. Le projet a été géré de manière appropriée (calendrier du projet réaliste) et un souci des aspects éthiques a été omniprésent. Les données ont été recueillies selon des stratégies répondant aux objectifs émis et aux critères de rigueur scientifique. L'analyse des données a été rigoureuse (co-analyse) et les résultats de chaque cycle sont exposés clairement. Par ailleurs, les forces et limites de chacun des cycles de la recherche-action sont discutées de façon à situer le lecteur.

Pour conclure cette section, le but ultime de l'étude visait à mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières (intervenants) œuvrant auprès des familles, des pistes de solution à la promotion de SHV auprès de parents d'enfants d'âge préscolaire. En ce sens, la réflexion collective reposant sur des données ancrées dans le milieu a permis de faire émerger des interventions pertinentes et congruentes à la réalité des parents et des intervenants communautaires. Du consensus obtenu entourant les champs d'action et les interventions et activités proposées entre les parents, les intervenants et les experts, il ressort la possibilité d'élaborer un plan d'action intéressant et répondant à un idéal souhaité par tous.

6.6 Retombées pour chacun des axes de la discipline infirmière

Les résultats de la réflexion importante menée dans cette étude sont susceptibles d'avoir des retombées pour chacun des axes de la discipline infirmière, soit la pratique, la gestion, la politique, la formation et la recherche (Pepin et al., 2010). À ce sujet, cette influence, sous forme de retombées et de recommandation pour chacun des axes, fait l'objet de la présente section.

6.6.1 Pratique et rôle infirmier à l'égard des saines habitudes de vie

Soulignons les retombées immédiates de la recherche-action auprès des infirmières ayant participé à cette étude. Elles ont acquis des connaissances au sujet du poids chez l'enfant d'âge préscolaire. Elles ont pris conscience de l'importance de réaliser le suivi pondéral de tous les enfants en procédant à l'évaluation du poids et de l'environnement familial de ces derniers dès l'âge de 2 ans. Par conséquent, nous appuyons la recommandation de l'INESSS à l'effet d'évaluer l'IMC de tous les enfants de plus de 2 ans (Turgeon et al., 2012) sur une base régulière et de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour l'enfant.

Les propositions d'actions de promotion des SHV soulevées dans cette étude s'avèrent des avenues intéressantes à examiner dans l'optique de mieux adapter la pratique infirmière à la perspective parentale (RS). Ainsi, l'importance d'offrir des services adaptés au point de vue du parent concernant le poids et les habitudes de vie afin d'avoir un impact sur les familles est reconnue. D'ailleurs, la compréhension des RS (perspectives parentales) du poids et des habitudes de vie de l'enfant de 4-5 ans a éveillé l'intérêt des infirmières pour une pratique infirmière prenant en compte le rôle majeur des RS dans l'adoption de comportement favorisant l'adoption de SHV. Bref, les résultats de la présente recherche constituent une base pour poursuivre la réflexion vers la planification et la mise en œuvre des actions proposées.

Une autre retombée réside dans la mobilisation des acteurs du milieu autour de la question du développement de la capacité communautaire, auprès des parents, infirmières, nutritionnistes, intervenants communautaires et décideurs locaux. Cette mobilisation avec

ce travail en partenariat constitue un élément favorable. En ce sens, une retombée centrale de l'étude concerne la création de lien entre les partenaires communautaires (ex. comité d'action locale : Avenir d'enfant) et les intervenants de la santé dont les infirmières et les propositions d'alliances éventuelles ayant pour but le déploiement des actions proposées dans cette étude.

6.6.2 Gestion

Pour ce qui est de la gestion, des éléments importants quant aux ressources nécessaires afin d'accompagner les jeunes familles dans l'adoption de SHV ont été nommés. De plus, des éléments relatifs à la révision du mode de fonctionnement interne concernant l'orientation par l'infirmière de la clientèle vers des professionnels de la santé telle une nutritionniste ou une kinésiologue constitueront des points à discuter plus en profondeur au sein de l'établissement participant à la recherche.

Ainsi, nous recommandons d'examiner les frontières du rôle des infirmières par rapport à d'autres intervenants du réseau de la santé. L'infirmière devrait pouvoir diriger la clientèle qui le nécessite vers des intervenants spécifiques telle une nutritionniste. Cette souplesse dans l'exercice du rôle pour lequel l'infirmière est formée permettrait d'offrir un corridor de services aux parents d'enfants ne bénéficiant pas de services spécifiques tels que le programme SIPPE. C'est d'ailleurs le souhait des parents interviewés ainsi que celui des infirmières participantes. À ce sujet, le fait qu'une infirmière gestionnaire était présente tout au long de la recherche sera facilitant afin de poursuivre la réflexion sur le sujet. La collaboration interdisciplinaire serait une autre avenue prometteuse à explorer pour mieux soutenir les parents.

6.6.3 Politique

La politique est la capacité à contraindre ou influencer (O'Neill, Gagnon, & Dallaire, 2006). À la suite de cette recherche, il s'avère opportun que les infirmières puissent être en mesure d'influencer les décideurs locaux afin que des mesures favorisant l'adoption de SHV soient mises de l'avant (ex. aménagement de lieux pour la pratique de l'activité physique, disponibilité d'épiceries dans les quartiers). Les familles doivent être soutenues

par leur milieu. Moins de services de soutien aux familles pourraient signifier plus d'EP pour les jeunes et un coût économique à venir pour les services de santé qui auront à prendre en charge les conséquences physiques et psychologiques qui se développent chez les personnes en EP. Pour ce faire, les infirmières auront besoin de formation continue, car le pouvoir d'influence politique est un habilité en développement chez ces dernières (Pepin et al., 2010). Les communautaires semblent de toute évidence représenter une avenue reconnue par les parents, les infirmières, les experts et accueillie ouvertement par les partenaires de la communauté ayant participé à la recherche.

6.6.4 Formation

Les retombées pour la formation sont nombreuses. Les résultats de l'étude permettront de sensibiliser les futures infirmières quant à l'importance de l'évaluation du poids chez l'enfant lors de leur formation initiale. Elles seront ainsi davantage en mesure d'expliquer aux parents l'importance de SHV pour l'enfant en raison des conséquences de l'EP. En étant plus au fait du counseling auprès des parents en ce qui concerne la conscientisation et la sensibilisation à propos du poids et des habitudes de vie, elles seront plus à même d'orienter leurs interventions d'accompagnement des parents. D'autre part, la réflexion à l'égard de cette problématique sera susceptible d'amener un travail sur soi chez les infirmières, c'est-à-dire sur leur perspective de la problématique et des actions à entreprendre à cet égard.

Du point de vue de la formation continue, nous recommandons la création de moments propices d'échanges entre les professionnels de la santé afin de poursuivre les réflexions concernant le poids et les habitudes de vie chez les jeunes enfants. Les résultats de l'étude appuient la pertinence de soutenir le développement des connaissances et habiletés des infirmières concernant le MTT. L'acquisition de ces habiletés les outillera afin d'accompagner les parents selon une approche motivationnelle.

6.6.5 Recherche

Quant à la recherche, de nouveaux résultats probants définissant les RS du poids et des habitudes de vie de l'enfant d'âge préscolaire du point de vue du parent ont été exposés. Ces résultats constituent un prérequis au développement d'intervention et à une action bien ciblée. Ils ouvrent la porte à des recherches pour évaluer l'efficacité des interventions identifiées au cycle 3.

À l'avenir, il serait souhaitable de mieux cerner la contribution des infirmières et d'étudier les effets d'une formation en promotion de la santé pour ces professionnelles relative aux SHV. Éventuellement, elles permettront d'évaluer l'impact des interventions communautaires infirmières sur le développement de la capacité des communautés.

Plusieurs avenues de recherche s'ouvrent à partir des résultats de cette étude quant à l'habileté des infirmières à jouer leur rôle en promotion de la santé ou en lien avec la qualité des soins en regard de la promotion des SHV. Aussi l'enthousiasme des infirmières à intervenir sous un angle salutogénique plutôt que pathogénique et l'effet sur la satisfaction des infirmières à la suite de l'intervention pourrait être évalué. Ainsi d'autres cycles peuvent être ajoutés à la recherche-action effectuée pour la planification et la mise en application des interventions proposées menant à les expérimenter concrètement.

Cette recherche-action constitue le premier pas d'un programme de recherche visant le développement d'actions en promotion des SHV qui touche plusieurs types d'intervention. Les prochaines étapes consisteraient à développer des outils et de la formation pour habiliter les intervenants de la santé, les parents, et les organismes communautaires à créer des milieux de vie favorables au développement de comportements sains à l'égard du poids et des habitudes de vie chez les enfants d'âge préscolaire et leurs parents. Enfin, les actions découlant de cette étude doivent être évaluées dans d'autres contextes pour modéliser les éléments essentiels dans le soutien des parents vers l'adoption de comportements de santé sains pour le bien-être et le développement optimal de leurs enfants.

CONCLUSION

Le but de cette étude était de mettre en lumière, en partenariat avec des infirmières œuvrant auprès de famille avec jeune enfant des pistes de solution à la promotion de SHV auprès de parents d'enfant de 4 à 5 ans. Pour y arriver, quatre objectifs ont fait l'objet des cycles de la recherche-action: 1) déterminer l'état pondéral des enfants de 4-5 ans de la région, 2) décrire les RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue parental, 3) explorer avec des infirmières et nutritionnistes des stratégies et interventions de promotion des SHV auprès des parents, 4) déterminer des priorités parmi les interventions proposées avec des parents et des experts.

La prévalence estimée indique que l'EP est présent chez les enfants de 4-5 ans. De plus, il n'est pas un problème toujours perçu par les parents. Les résultats des RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4-5 ans du point de vue des parents démontrent que les parents d'enfants en EP sont rarement conscients que leur enfant présente de l'EP. En ce sens, les parents doivent être mieux informés et éduqués sur l'IMC et ce que cela signifie. Pour ce faire, les infirmières doivent avoir une rétroaction régulière auprès du parent. Globalement, les interventions en matière de promotion des SHV doivent se concentrer sur sensibilisation et la prise de conscience des parents relativement à l'importance d'adopter ce mode de vie dès le jeune âge de l'enfant.

Les résultats obtenus démontrent bien que les habitudes de vie doivent demeurer au cœur des préoccupations individuelles et collectives des parents et des intervenants. Chez le jeune enfant, la promotion des SHV et la prévention de l'EP sont importantes. Il faut agir tôt pour que tout au long de sa vie l'enfant adopte des comportements de santé sains et évite l'EP. Les conséquences néfastes de l'EP chez l'enfant sont nombreuses tant aux plans physiques, psychologiques qu'économique pour la collectivité. Le maintien d'un poids normal est, en ce sens, souhaitable. Les infirmières et des nutritionnistes qui sont en contact régulier avec les parents peuvent aider ceux-ci à relever ce défi. Aussi, il serait intéressant de considérer l'apport d'autres acteurs tels que les kinésiologues et les ressources communautaires pour soutenir les parents.

Pour ce faire, les infirmières et les autres professionnels de la santé devraient utiliser les meilleures stratégies et interventions de promotion de la santé afin de soutenir les parents dans l'adoption de SHV pour leur enfant. À ce sujet, comprendre les RS du poids et des habitudes de vie des enfants de 4 à 5 ans du point de vue parental est un atout important pour les intervenants.

La santé est une ressource majeure pour une société et la promotion de la santé a justement pour but de créer des conditions favorables à son épanouissement. Cependant, la promotion de la santé ne peut être appuyée que par les infirmières, elle nécessite l'intervention de tous, c'est-à-dire les instances gouvernementales, les autorités locales, les professionnels de la santé et les parents. Pour cela, l'action commune portée par le renforcement de la capacité communautaire est un élément important sur lequel agir afin que les communautés se prennent en charge relativement aux habitudes de vie et favorisent des environnements propices à l'adoption de SHV. Cela exige que les professionnels de la santé acceptent que la communauté soit porte-parole en matière de SHV et d'environnements favorables. L'action des professionnels doit alors se concentrer sur l'augmentation des ressources disponibles aux parents et acteurs communautaires pour préserver et développer leur propre santé et celle de leur enfant. Ainsi, les parents appuyés de leur communauté pourront transmettre des outils à leurs enfants pour qu'ils adoptent de SHV. Cette transmission sera bénéfique pour l'avenir, car elle est le gage des futures transmissions intergénérationnelles d'un mode de vie sain.

Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer toute ma gratitude à ma directrice de thèse Frances Gallagher, Ph. D., elle a su me guider avec brio à travers la belle aventure de la réalisation d'études doctorales. Sa patience, sa confiance et son approche sensible ont soutenu ma détermination. De plus, sa générosité et sa rigueur ont permis de pousser ma réflexion beaucoup plus loin. Lorsque j'accompagne des étudiants aux cycles supérieurs, s'aspire ressembler à Frances. Cette personne d'exception a un don pour l'accompagnement et le développement des étudiants.

Je remercie également ma codirectrice, Jeannie Haggerty, Ph. D., elle s'est montrée à l'écoute et a permis d'approfondir des éléments essentiels dans cette thèse. J'exprime aussi ma gratitude à Cécile Michaud, Ph. D., et Louise Hamelin-Brabant, Ph. D., deux femmes extraordinaires rencontrées dans le cadre de mon comité d'encadrement, elles ont accepté de répondre à mes questions avec générosité et gentillesse. J'ai grandement aimé être entouré d'un comité d'encadrement hors pair.

Enfin, tout au long de mon parcours, des personnes clés m'ont entouré sur le plan professionnel et personnel et je tiens à les remercier. Ainsi, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, pour leur soutien et leurs encouragements au cours de la réalisation de cette thèse. Ici, je souligne mon équipe de travail du département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et plus particulièrement ma grande amie Chantal Verdon. Elle a vécu toutes mes émotions du début à la fin de cette aventure. Chantal m'a écouté, épaulé et entouré dans toutes les étapes de mon projet.

Je n'oublie pas ma famille pour sa contribution, leur soutien et leur patience. Merci, maman et papa, d'avoir fait de moi la femme que je suis en me soutenant depuis ma tendre enfance. Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance envers mon conjoint Sylvain, mon rempart depuis plus de 20 ans. Il a partagé mes moments de découragements et mes petites victoires en demeurant solide à la fois pour moi et pour nos garçons.

Merci à Nicolas et Alexandre, mes deux garçons, mes amours qui ont souvent partagé leur maman avec les études et le travail. Ils ont à maintes occasions permis de préserver mon équilibre. Je dédicace cette thèse à mes enfants, mes deux rayons de soleil.

Merci à tous et à toutes

Liste des références

Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations* (Presses universitaires de France éd.). Paris.

Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie et Société, 4*, 81-103.

Addessi, E., Galloway, A. T., Visalberghi, E., & Birch, L. L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite, 45*(3), 264-271.

AIIC (2008). *L'avenir que l'AIIC privilégie: La santé pour tous*. Consulté de : http://www2.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/preferred_future_webcast_f.pdf

Akhtar-Danesh, N., Dehghan, M., Morrison, K. M., & Fonseka, S. (2011). Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: A Q-methodology study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23*(2), 67-75.

Anadòn, M. (2001). *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation*. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Anderson, S. E., & Whitaker, R. C. (2010). Household routines and obesity in US preschool-aged children. *Pediatrics, 125*(3), 420-428.

Armstrong, J., Dorosty, A. R., Reilly, J. J., & Emmett, P. M. (2003). Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: Population based cross sectional study. *Archives of Disease in Childhood, 88*(8), 671-675.

ASPC (Agence de la santé publique du Canada). (2010). Huit études de cas illustrant l'approche de développement de communautés saines et durables expérimentée au Québec. Consulté de :http://a211.qc.ca/wp-content/uploads/2013/07/Huit%20%C3%A9tudes%20de%20cas%20DD_bleed_LR.pdf

Association Canadienne de santé publique (ACSP), (2010). La pratique infirmière en santé publique – en santé communautaire au Canada. (4e édition). Consulté de: http://www.chnc.ca/documents/Lapratiqueinfirmiereensantepublique-ensantecommunautaireauCanadaRolesetActivites2010.pdf

Atanasijević-Kunc, M., & Drinovec, J. (2011). *Social and economical burden of obesity - Multi - Model analysis.* Communication présentée à la, Cavtat/Dubrovnik, 509-514.

Barton, M. (2012). Childhood obesity: A life-long health risk. *Acta Pharmacologica Sinica, 33*(2), 189-193.

Becton, L. J., Shatat, I. F., & Flynn, J. T. (2012). Hypertension and Obesity: Epidemiology, Mechanisms and Clinical Approach. *Indian Journal of Pediatrics*, 1-6.

Berge, J. M., & Everts, J. C. (2011). Family-based interventions targeting childhood obesity: A meta-analysis. *Childhood Obesity, 7*(2), 110-121.

Bhattacharjee, R., Hakim, F., & Gozal, D. (2012). Sleep, sleep-disordered breathing and lipid homeostasis: Translational evidence from murine models and children. *Clinical Lipidology, 7*(2), 203-214.

Bhattacharjee, R., Kim, J., Kheirandish-Gozal, L., & Gozal, D. (2011). Obesity and obstructive sleep apnea syndrome in children: A tale of inflammatory cascades. *Pediatric Pulmonology, 46*(4), 313-323.

Bigras, N., & Bouchard, C. (2011). *L'échange de connaissances en petite enfance*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Blanc, N. (2006). *Le concept de représentation en psychologie* (In Press editions éd.). Paris.

Boonpleng, W., Park, C. G., & Gallo, A. M. (2012). Timing of adiposity rebound: a step toward preventing obesity. *Pediatric nursing, 38*(1), 37-42.

Borchardt, G. L. (2000). Said another way. Role models for health promotion: The challenge for nurses. *Nursing Forum, 35(3)*, 29-32.

Bossink-Tuna, H. N., L'Hoir, M. P., Beltman, M., & Boere-Boonekamp, M. M. (2008). Parental perception of weight and weight-related behaviour in 2- to 4-year-old children in the eastern part of the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 1-7.

Bremer, A. A., & Lustig, R. H. (2012). Effects of sugar-sweetened beverages on children. *Pediatric Annals, 41*(1), 26-30.

Brienza, C., Grandone, A., Di Salvo, G., Corona, A. M., Di Sessa, A., Pascotto, C., Calabro, R., Toraldo, R., Perrone, L. & Miraglia del Giudice, E. (2012). Subclinical hypothyroidism and myocardial function in obese children. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *23*(9), 898-902.

Brisbois, T. D., Farmer, A. P., & McCargar, L. J. (2012). Early markers of adult obesity: A review. *Obesity Reviews, 13*(4), 347-367.

Brocklehurst, N. (2004). Public heath and its implication for practice. *Nursing Standard, 18(49)*, 48-54.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*: Cambridge: Havard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development *International Encyclopedia of Education (2éd.)* (pp. 1643-1647): Oxford : Pergamon Press.

Campbell, K. J., Crawford, D. A., & Ball, K. (2006). Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5-6 year-old children. *International Journal of Obesity, 30*(8), 1272-1280.

Campbell, M. W. C., Williams, J., Hampton, A., & Wake, M. (2006). Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Medical Journal of Australia, 184*(6), 274-277.

Canada, S. (2004). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier - Volume II - Rapports de synthèse et documents de référence*. Consulté de : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/renewal-renouv/1997-nfoh-fnss-v2/index-fra.php#a4.

Canada, S. (2012). *Enquête canadienne sur les mesures de la santé : composition corporelle et condition physique*. Consulté de : http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm.

Canning, P. M., Courage, M. L., & Frizzell, L. M. (2004). Prevalence of overweight and obesity in a provincial population of Canadian preschool children. *Canadian Medical Association Journal, 171*(3), 240-242.

Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D., & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity, 29*(4), 353-355.

Carter, P. J., Taylor, B. J., Williams, S. M., & Taylor, R. W. (2011). Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: The FLAME study. *BMJ, 342*(7809).

Chambers, E. C., Duarte, C. S., & Yang, F. M. (2009). Household instability, area poverty, and obesity in urban mothers and their children. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved, 20*(1), 122-133.

Chan, M. (2011). Maladies non transmissibles : un fléau pour la santé, mais aussi pour l'économie. Consulté de : http://www.who.int/dg/speeches/2011/un_ncds_09_19/fr/index.html

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. (1986). Consulté de: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf

Christakis, D. A., Ebel, B. E., Rivara, F. P., & Zimmerman, F. J. (2004). Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age. *Journal of Pediatrics, 145*(5), 652-656.

Christoffel, K. K., Wang, X., & Binns, H. J. (2012). Early origins of child obesity: Bridging disciplines and phases of development - September 30-October 1, 2010. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(4), 1227-1262.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal, 320*(7244), 1240-1243.

Contandriopoulos, D. (2012). Some thoughts on the field of KTE. *Healthcare policy, 7*(3), 29-37.

Cooke, L. (2012). L'appétit et le poids des enfant. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Consulté de : http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/Obesite.pdf#page=7

Cox, R., Skouteris, H., Rutherford, L., Fuller-Tyszkiewicz, M., Dell' Aquila, D., & Hardy, L. L. (2012). Television viewing, television content, food intake, physical activity and body mass index: a cross-sectional study of preschool children aged 2-6 years. *Health Promotion Journal of Australia, 23*(1), 58-62.

Dallaire, C., Gagnon, F., & O'Neill, M. (2010). Santé, environnement et politique, ou le lien paradoxal entre svoir infirmier et sciences sociales. Dans L. Hamelin-Brabant, L. Bujold & N. Vonarx (Éds.), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements. Tome 2*. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Danyliw, A. D., Vatanparast, H., Nikpartow, N., & Whiting, S. J. (2012). Beverage patterns among Canadian children and relationship to overweight and obesity. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism, 37*(5), 900-906.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics, 107*(1), 46-53.

Davison, K. K., Jurkowski, J. M., Li, K., Kranz, S., & Lawson, H. A. (2013). A childhood obesity intervention developed by families for families: Results from a pilot study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(3), 1-11.

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle. (1997). OMS, Genève, Consulté de : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

De Onis, M., Blössner, M., & Borghi, E. (2012). Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. *Public Health Nutrition, 15*(1), 142-148.

De Onis, M., Garza, C., Onyango, A. W., & Borghi, E. (2007). Comparison of the WHO child growth standards and the CDC 2000 growth charts. *Journal of Nutrition, 137*(1), 144-148.

De Onis, M., Martorell, R., Garza, C., & Lartey, A. (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Pædiatrica, Suppl 450*, 76-85.

De Ruyter, J. C., Olthof, M. R., Kuijper, L. D. J., & Katan, M. B. (2012). Effect of sugar-sweetened beverages on body weight in children: Design and baseline characteristics of the Double-blind, Randomized INtervention study in Kids. *Contemporary Clinical Trials, 33*(1), 247-257.

Dennison, B. A., Erb, T. A., & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics, 109*(6), 1028-1035.

Dennison, B. A., Russo, T. J., Burdick, P. A., & Jenkins, P. L. (2004). An Intervention to Reduce Television Viewing by Preschool Children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158*(2), 170-176.

Déry, V. (2010). D'un problème de santé individuel à un mal sociétal: le rôle des hôpitaux promoteurs de la santé dans l'épidémie d'obésité pédiatrique. Dans F. Alvarez, É. Levy & M. Roy (Éds.), *Pédiatrie et obésité: Un conflit entre nature et culture*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Desrosiers, H., Bédard, B., Dubois, L., Gray-Donald, K., Lachance, B., Tremblay, M.-E., . . . Tremblay, D. (2005). *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*. Québec: Institut de la statistique du Québec.

Desrosiers, H. (2005). *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*. Institut de la statistique du Québec.

Doise, W. (1986). *Les représentations sociales : Définition d'un concept* (Presses universitaires de France éd.). Paris.

Doolen, J., Alpert, P. T., & Miller, S. K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: A metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(3), 160-166.

Douglass Storey, J., Saffitz, G. B., & Rimon, J. G. (2008). Social marketing. Dans Jossey-Bass (Éd.), *Health behavior and health education (4e edition)*. San Francissco: Jossey-Bass.

Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., & Peterson, K. (2007). Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(6), 924-934.

Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., & Peterson, K. (2008). Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children. *Public Health Nutrition, 11*(12), 1267-1279.

Dubois, L., & Girard, M. (2006). Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *International Journal of Obesity, 30*(4), 610-617.

Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. *Lancet, 360*(9331), 473-482.

Etelson, D., Brand, D. A., Patrick, P. A., & Shirali, A. (2003). Childhood obesity: Do parents recognize this health risk? *Obesity Research, 11*(11), 1362-1368.

Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-Child Feeding Strategies and Their Relationships to Child Eating and Weight Status. *Obesity Research 12*(11), 1711-1722.

Fawcett, J. (2005). *Framework for Analysis and Evaluation of Nursing Models.* Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theory (2ième edition). F.A. Davis Company. Philadelphia

Feng, D., Reed, D. B., Esperat, M. C., & Uchida, M. (2011). Effects of TV in the Bedroom on Young Hispanic Children. *American Journal of Health Promotion, 25*(5), 310-318.

Fischler, C. (2001). *L'homnivore* (E. O. Jacob Éd.): Paris.

Fisher, J. O., Rolls, B. J., & Birch, L. L. (2003). Children's bite size and intake of an entrée are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions. *American Journal of Clinical Nutrition, 77*(5), 1164-1170.

Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Schiffer, L., Van Horn, L., Kaufer Christoffel, K., & Dyer, A. R. (2006). Hip-Hop to Health Jr. for Latino preschool children. *Obesity (Silver Spring, Md.), 14*(9), 1616-1625.

Flynn, M. A. T., McNeil, D. A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., & Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews: An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity, 7 Suppl 1*, 7-66.

Fontaine, M., & Vornarx, N. (2010). La recherche-action dans les sciences infirmières une connivence à (re) découvrir. Dans N. Vonarx, L. Bujold & L. Hamelin-Brabant (Éds.), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants*. Québec: Presses de l'Université Laval.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche, 2e édition Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.

Freeman, E., Fletcher, R., Collins, C. E., Morgan, P. J., Burrows, T., & Callister, R. (2012). Preventing and treating childhood obesity: Time to target fathers. *International Journal of Obesity, 36*(1), 12-15.

Gardner, D. S. L., Hosking, J., Metcalf, B. S., Jeffery, A. N., Voss, L. D., & Wilkin, T. J. (2009). Contribution of early weight gain to childhood overweight and metabolic health: A longitudinal study (EarlyBird 36). *Pediatrics, 123*(1), e67-e73.

Gillis, L. J., & Bar-Or, O. (2003). Food Away from Home, Sugar-Sweetened Drink Consumption and Juvenile Obesity. *Journal of the American College of Nutrition, 22*(6), 539-545.

Godin, G. (2006). La responsabilité individuelle en matière de promotion de la santé un enjeu à reconsidérer (Chapitre 22). Dans O'Neil, M., Dupéré, S., Pederson, A. P. & Rootman, I. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives critiques*, Québec : Presses de l'Université Laval. 540 p.

Goodway, J., & Getchell, C. (2009). *Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children from Birth to Age 5*. Amer Alliance for Health Physical: National Association for Sport and Physical Education.

Gottlieb, L. & Feeley, N. (2007). *La collaboration infirmière-patient. In partenariat complexe.* Montréal : Beauchemin Chenelière. 184 p.

Gouin, P., & Ste-Marie, G. (2012). Les services publics: un véritable actif pour les ménages québécois. Consulté de :http://www.irec.net/upload/File/servicespublics260212.pdf.

Green & Kreuter (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th edition. New York, NY: McGraw-Hill

Hamelin-Brabant, L., & Gauthier, M. (2010). L'enfant d'hier à aujourd'hui: représentation sociales, normes sociosanitaires et soins infirmiers. Dans L. Hamelin-Brabant, L. Bujold & N. Vonarx (Éds.), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements. Tome 2*. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry, 24*(3), 247-253.

Harvey-Berino, J., & Rourke, J. (2003). Obesity prevention in preschool Native-American children: A pilot study using home visiting. *Obesity Research, 11*(5), 606-611.

Hearst, M. O., Sevcik, S., Fulkerson, J. A., Pasch, K. E., Harnack, L. J., & Lytle, L. A. (2012). Stressed Out and Overcommitted! The Relationships Between Time Demands and Family Rules and Parents' and Their Child's Weight Status. *Health Education and Behavior, 39*(4), 446-454.

Hiscock, H., Scalzo, K., Canterford, L., & Wake, M. (2011). Sleep duration and body mass index in 0-7-year olds. *Archives of Disease in Childhood, 96*(8), 735-739.

Howard, K. R. (2007a). Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses, 23*(2), 73-79.

Howard, K. R. (2007b). Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.), 23*(2), 73-79.

INSPQ. (2009). L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref. Consulté de : http://www.inspq.qc.ca/santescope/documents/Guide_Metho_Indice_defavo_mars_2009.pdf, (Institut National de santé public du Québec).

Jaballas, E., Clark-Ott, D., Clasen, C., Stolfi, A., & Urban, M. (2011). Parents' perceptions of their children's weight, eating habits, and physical activities at home and at school. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(5), 294-301.

Jain, A., Sherman, S. N., Chamberlin, L. A., Carter, Y., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics, 107*(5), 1138-1146.

Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W. V., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., . . . Tiemeier, H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*.

Jodelet, D. (1988). Représentation sociale : Phénomènes, concept et théories *Psychologie sociale* (Presses universitaires de France éd.). Paris.

Johnson, L., Mander, A. P., Jones, L. R., Emmett, P. M., & Jebb, S. A. (2007). Is sugar-sweetened beverage consumption associated with increased fatness in children? *Nutrition, 23*(7-8), 557-563.

Joyce, J. L., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite, 52*(3), 726-734.

Júlíusson, P. B., Roelants, M., Markestad, T., & Bjerknes, R. (2011). Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 100*(2), 260-265.

Kalarchian, M. A., & Marcus, M. D. (2012). Psychiatric comorbidity of childhood obesity. *International Review of Psychiatry, 24*(3), 241-246.

Katzmarzyk, P. T., & Janssen, I. (2004). The Economic Costs Associated With Physical Inactivity and Obesity in Canada: An Update. *Canadian Journal of Applied Physiology, 29*(1), 90-115.

Kipping, R. R., Jago, R., & Lawlor, D. A. (2008). Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ, 337*(7675), 922-927.

Kirk, S. F. L., Penney, T. L., & McHugh, T. L. F. (2010). Characterizing the obesogenic environment: The state of the evidence with directions for future research. *Obesity Reviews, 11*(2), 109-117.

Kittinger,S, D., Nihoa, W. K., Nigg, C. R., Payne, C., Ta, V. M., & William, J. R., (2012). An assessment of community capacity to prevent adolescent alcohol consumption. *Health promotion practice*, *13*, 670-678.

Kodama, H. (2011). Current status and treatment of obesity and lifestyle-related diseases in children. *Teikyo Medical Journal, 34*(3), 219-226.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Soins infirmiers – Théorie et Pratique*. (2^{e} édition – Tome 1), ERPI : Montréal.

Kuczmarski, R. J., Ogden, C. L., Guo, S. S., Grummer-Strawn, L. M., Flegal, K. M., Mei, Z. & Johnson, C. L. (2002). 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development. *Vital And Health Statistics. Series 11, Data From The National Health Survey*(246), 1-190.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *interviews*. London: Sage.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-388). Montréal: Gaëtan Morin.

Larsen, L. M., Hertel, N. T., Mølgaard, C., Christensen, R. D., Husby, S., & Jarbøl, D. E. (2012). Prevalence of overweight and obesity in Danish preschool children over a 10-year period: A study of two birth cohorts in general practice. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 101*(2), 201-207.

Lau, D. C., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., & Ur, E. (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 176*(8), S1-13.

Lau, D. C. W., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., & Ur, E. (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne, 176*(8), S1-S13.

Laure, P., Leleu, E., & Mangin, G. (2008). Promotion de la santé des tout-petits par l'activité physique : intérêts et obstacles. *Santé publique, 20*(3), 239-248.

Lee, H. (2012). The role of local food availability in explaining obesity risk among young school-aged children. *Social Science and Medicine, 74*(8), 1193-1203.

Lee, Y. S. (2009). Consequences of childhood obesity. *Annals of the Academy of Medicine Singapore, 38*(1), 75-81.

Lemelin, L. & Gallagher, F. (2013). Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans. *Recherche en soins infirmiers, 144,* 54-67.

Lemelin, L., Gallagher, F & Haggerty, J. (2013). Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise. *Santé publique, 25(5)*, X-X

Lim, S., Zoellner, J. M., Lee, J. M., Burt, B. A., Sandretto, A. M., Sohn, W., . . . Lepkowski, J. M. (2009). Obesity and sugar-sweetened beverages in african-american preschool children: A Longitudinal study. *Obesity, 17*(6), 1262-1268.

Litvak, E., Allard, D., Clapperton, I., Desrochers, M., Dupont, M. A., & Lacroix, C. (2006). *Guide de planification populationnelle pour soutenir le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique*.

Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews, Supplement, 5*(1), 4-104.

Lobstein, T., & Millstone, E. (2007). Context for the PorGrow study: Europe's obesity crisis. *Obesity Reviews: An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity, 8 Suppl 2*, 7-16.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Montreal, Quebec, Canada: ERPI (Editions du renouveau pédagogique Inc.).

Mamun, A. A., Lawlor, D. A., Cramb, S., O'Callaghan, M., Williams, G., & Najman, J. (2007). Do childhood sleeping problems predict obesity in young adulthood? Evidence from a prospective birth cohort study. *American Journal of Epidemiology, 166*(12), 1368-1373.

Manios, Y., Kourlaba, G., Grammatikaki, E., Androutsos, O., Moschonis, G., & Roma-Giannikou, E. (2010). Development of a diet-lifestyle quality index for young children and its relation to obesity: The Preschoolers Diet-Lifestyle Index. *Public Health Nutrition, 13*(12), 2000-2009.

Manios, Y., Moschonis, G., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A., & Liarigkovinos, T. (2010). Determinants of Childhood Obesity and Association with Maternal Perceptions of Their Children's Weight Status: The "GENESIS" Study. *Journal of the American Dietetic Association, 110*(10), 1527-1531.

Marchand, V. (2010). Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: Using the new who growth charts. *Paediatrics and Child Health, 15*(2), 77-79.

Marquis, M. (2010). Le rôle des parents dans l'obésité de leur enfant: pratiques, responsabilités et partenariats à développer. Dans F. Alvarez, É. Levy & M. Roy (Éds.), *Pédiatrie et obésité: Un conflit entre nature et culture*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique*. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Maynard, L. M., Galuska, D. A., Blanck, H. M., & Serdula, M. K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics, 111*(5 Part 2), 1226-1231.

McEwen, M. & Wills E. M. (2011). *Theoretical basis for nursing.* 3 edition: Lippincott Williams & Wilkins.

Melgar-Quinonez, H. R., & Kaiser, L. L. (2004). Relationship of child-feeding practices to overweight in low-income Mexican-American preschool-aged children. *Journal of the American Dietetic Association, 104*(7), 1110-1119.

Mertens, D. M. (2009). *Transformative research and evaluation*. New York: The Guildford Press.

Minkler, M. & Wallerstein, N. (2012). Improving health throught communuty organization and communuty building: Perspectives from health education and social work, dans Minkler, M. (2012). Communuty organizing and communauty building for health and welfare (Third edition). British Library.

Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales* (Presses universitaires de Grenoble éd.). Grenoble.

Mongeau, L., Audet, N., Aubin, J., & Baraldi, R. (2005 L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique, 23 pages.). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003.*

Moreno, L. A., & Rodriguez, G. (2007). Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 10*(3), 336-341.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public* (Presses universitaires de France éd.). Paris.

MSSS. (2004). *Services à l'intention des jeunes familles, des familles vivant dans la pauvreté ou en contexte de vulnérabilité*. Consulté de : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-01.pdf.

MSSS. (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir*. Consulté de : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/92885999c9ad58748525720d00653c6b?OpenDocument.

Murashima, M., Hoerr, S. L., Hughes, S. O., & Kaplowitz, S. (2011). Confirmatory factor analysis of a questionnaire measuring control in parental feeding practices in mothers of Head Start children. *Appetite, 56*(3), 594-601.

Nader, P. R., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., . . . Susman, E. J. (2006). Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics, 118*(3), e594-601.

Nixon, C. A., Moore, H. J. Douthwaite, W., Gibson, E. L., Vogele, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manois, Y. & Summerbell, C. D. (2012). Identifying effective behavioural models and behaviour change strategies underpinning preschool-and school-based obesity prevention interventions aimed at 4-6-years-olds : a systematic review. *Obesity, 13(suppl.1)*, 106-117.

O'Neill, M., Gagnon, F., & Dallaire, C. (2006). La, les, le politique: trois manière d'aborder l'action politique en santé communautaire. Dans G. Carroll (Éd.), *Pratiques en santé communautaire* (pp. 113-128). Montréal: Chenelière éducation.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 307*(5), 483-490.

Ogden, C. L., Yanovski, S. Z., Carroll, M. D., & Flegal, K. M. (2007). The Epidemiology of Obesity. *Gastroenterology, 132*(6), 2087-2102.

OIIQ, (2010). *Perspective de l'exercice de la profession infirmière*. Westmount, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

OMS, (2012). Obésité et surpoids. Consulté de : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html

O'Neil, M., Dupéré, S., Pederson, A N. & Rootman, I. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives critiques*, Québec : Presses de l'Université Laval. 540 p.

Orsi, C. M., Hale, D. E., & Lynch, J. L. (2011). Pediatric obesity epidemiology. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 18*(1), 14-22.

Olshansky, S. J., Passaro, D. J., Hershow, R. C. Layden, J., Carnes, B. A., Brody, J., Hayflick, L., Allison, D. B. & Ludwig, D. S. (2005). A potential decline in life expectancy in the United, States in the 21st century. *New England Journal, 352(11)*, 1138-1145.

Pampalon, R., Hamel, D., & Raymond, G. (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec*. (2-550-42964-8). Consulté de : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/295-IndiceDefavorisation_2001.pdf.

Pan, L., Sherry, B., Park, S., & Blanck, H. M. (2012). The Association of Obesity and School Absenteeism Attributed to Illness or Injury Among Adolescents in the United States, 2009. *Journal of Adolescent Health*.

Parry, L. L., Netuveli, G., Parry, J., & Saxena, S. (2008). A systematic review of parental perception of overweight status in children. *The Journal of ambulatory care management, 31*(3), 253-268.

Pelicand, J., & Doumont, D. (2005). *Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants? Implication et influence dans les stratégies éducatives*. UCL - RESO Unité d'Education pour la Santé, (Réf. : 05-36). Série de dossiers techniques, Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé »

Pelone, F., Specchia, M. L., Veneziano, M. A., Capizzi, S., Bucci, S., Mancuso, A., Ricciardie, W. & De Belvis, A. G. (2011). Economic impact of childhood obesity on health systems: A systematic review. *Obesity Reviews*, *13*(3), 431-440.

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière (3e éd.)*. Montréal, QC Chenelière Éducation.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Peters, J., Sinn, N., Campbell, K., & Lynch, J. (2012). Parental influences on the diets of 2-5-year-old children: Systematic review of interventions. *Early Child Development and Care, 182*(7), 837-857.

Phillips, S. M., Bandini, L., Naumova, E., Cyr, H., Colclough, S., Dietz, W., & Must, A. (2004). Consumption of high-calorie, low-nutrient-dense foods over the adolescent period: relationship to body weight and fatness in a longitudinal setting. *International Journal Obesity*(12), 461-472.

Pillsbury Pavlish, C., & Dexheimer Pharris, M. (2012). *Community-Based collaborative action research*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F., & Magnusson, J. (2010). Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews, 11*(5), 338-353.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar: Krieger Publication.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good – A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward.* New York: Collins Living.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). *The transtheoretical model and stages of change. In Health behavior and health education*: San Francisco: Jossey-Bass.

Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., . . . Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: Cohort study. *British Medical Journal, 330*(7504), 1357-1359.

Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C. J. H. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood 88*(9), 748-752.

Renaud, L., & Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. (978-2-9812578-1-9). Collection partage: REFIPS.

Rennie, K. L., Johnson, L., & Jebb, S. A. (2005). Behavioural determinants of obesity. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism, 19*(3 SPEC. ISS.), 343-358.

Rifas-Shiman, S. L., Sherry, B., Scanlon, K., Birch, L. L., Gillman, M. W., & Taveras, E. M. (2011). Does maternal feeding restriction lead to childhood obesity in a prospective cohort study? *Archives of Disease in Childhood, 96*(3), 265-269.

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin,, L. Springett, J. et al. (2001). *Evaluation in health promotion*. Copengague : WHO regional publications. European series no. 92.

Roussiau, N., & Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales. États des lieux et perspectives* (Hayen: Mardaga éd.).

Roussille, B. et Deschamps, J-P. (2013). Aspects éthiques de l'éducation pour la santé… ou les limites de la bienfaisance. *Santé publique, 2(suppl.)*, 85-91.

Saha, A. K., Sarkar, N., & Chatterjee, T. (2011a). Health consequences of childhood obesity. *Indian Journal of Pediatrics, 78*(11), 1349-1355.

Saha, A. K., Sarkar, N., & Chatterjee, T. (2011b). Health Consequences of Childhood Obesity. *Indian Journal of Pediatrics*, 1-7.

Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. & Oubrayrie-Roussel, N. (2012). L'éducation familiale à l'heure des compétences parentales. *Enfances, Famille, Générations, 16*, 1-16.

Santé Canada (2004). La santé au Canada: un héritage à faire fructufier Volume II – Rapports de synthèse et documents de référence, 184 p. Consulté de : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/renewal-renouv/1997-nfoh-fnss-v2/index-fra.php#a4

Santos, R. D. (2012). Elevated uric acid, the metabolic syndrome and cardiovascular disease: Cause, consequence, or just a not so innocent bystander? *Endocrine, 41*(3), 350-352.

Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation: ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites. Dans *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation*. Edited by Anadón M. Québec: Presses de l'Université Laval, 15–49.

Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *American Journal of Clinical Nutrition, 94*(6), 2006S-2011S.

Sealy, Y. M., & Farmer, G. L. (2011). Parents' stage of change for diet and physical activity: influence on childhood obesity. *Social Work Health Care, 50*(4), 274-291.

Secker, D. (2010). Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts. *Canadian Journal Of Dietetic Practice And Research: A Publication Of Dietitians Of Canada = Revue Canadienne De La Pratique Et De La Recherche En Diététique: Une Publication Des Diététistes Du Canada, 71*(1), e1-e3.

Sekine, M., Yamagami, T., Hamanishi, S., Handa, K., Saito, T., Nanri, S., . . . Kagamimori, S. (2002). Parental obesity, lifestyle factors and obesity in preschool children: Results of the Toyama Birth Cohort Study. *Journal of Epidemiology, 12*(1), 33-39.

Sharma, M., & Romas, J. A. (2008). *Theoretical foundations of health education and health promotion*: Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Shea, B. E., Harvey-Berino, J. R., & Johnson, R. K. (2010). Watching television: how does it influence the dietary quality of children? *Nutrition Bulletin, 35*(2), 165-171.

Shields, M. (2006). Overweight and obesity among children and youth. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information = Rapports Sur La Santé / Statistique Canada, Centre Canadien D'information Sur La Santé, 17*(3), 27-42.

Shields, M., & Tremblay, M. S. (2010). Canadian childhood obesity estimates based on WHO, IOTF and CDC cut-points. *International Journal of Pediatric Obesity, 5*(3), 265-273.

Sinclair, F. & Naud, J. (2005). Soutien social et émergence du sentiment d'efficacité parentale: une étide pilote de la contribution du programme ÉcoFamille. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 193-208.

Small, S. A. (2005). Bridging research and practice in the family and human sciences. *Family relations, 54*(2), 320-334.

Stenhammar, C., Wells, M., Åhman, A., Wettergren, B., Edlund, B., & Sarkadi, A. (2012). Children are exposed to temptation all the time -Parents lifestyle-related discussions in focus groups. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 101*(2), 208-215.

Stringer, E. & Genat, W. (2004). *Action research in health*. Upper Saddle River: Pearson Education.

Summerbell, C. D. (2007). The identification of effective programs to prevent and treat overweight preschool children. *Obesity, 15*(6), 1341-1342.

Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database, 20*(3), 1-80.

Tang-Péronard, J. L., & Heitmann, B. L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews, 9*(6), 522-534.

Thongbai, W., Fongkaew, W., Kennedy, C. M., Aree, P., & Patumanond, J. (2011). Risk factors contributing to overweight among preschool children. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 15*(1), 13-27.

Trasande, L., & Elbel, B. (2012). The economic burden placed on healthcare systems by childhood obesity. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 12*(1), 39-45.

Turgeon, M., Mimeault, J., Lob, C., Pinsonneault, L., Renaud, J., & Hua, P. (2012). *Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne - Guide de pratique clinique*. Consulté de : http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=65&user_inesssdoc_pi1%5Buid%5D=1847&cHash=bd59ad48904759ab74c70c1317a2b4d5.

Twells, L., & Newhook, L. A. (2010). Can exclusive breastfeeding reduce the likelihood of childhood obesity in some regions of Canada? *Canadian Journal of Public Health, 101*(1), 36-39.

Twells, L., & Newhook, L. A. (2011). Obesity prevalence estimates in a Canadian regional population of preschool children using variant growth references. *BMC Pediatrics, 11*(21), 1-6.

Vidal, E., Carlin, E., Driul, D., Tomat, M., & Tenore, A. (2006). A comparison study of the prevalence of overweight and obese Italian preschool children using different reference standards. *European Journal of Pediatrics, 165*(10), 696-700.

Villanueva, E. V. (2001). The validity of self-reported weight in US adults: A population based cross-sectional study. *BMC Public Health, 1*, 1-10.

Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & de Koning, K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment, 5(23)*, 1-162.

Wang, F., Wild, T. C., Kipp, W., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2009). The influence of childhood obesity on the development of self-esteem. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information = Rapports Sur La Santé / Statistique Canada, Centre Canadien D'information Sur La Santé, 20*(2), 21-27.

Wang, G., & Dietz, W. H. (2002). Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979-1999. *Pediatrics, 109*(5), E81-81.

Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*(1), 11-25.

Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet, 378*(9793), 815-825.

Wardle, J. (2005). Understanding the aetiology of childhood obesity: implications for treatment. *Proceedings of the Nutrition Society, 64*, 73-79.

Wardle, J., Carnell, S., Haworth, C. M. A., & Plomin, R. (2008). Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *American Journal of Clinical Nutrition, 87*(2), 398-404.

Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact obesity on psychological well-being. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism, 19*(3 SPEC. ISS.), 421-440.

Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., . . . Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews,7*(12), 1-226.

Weiss, L. (2007). Pourquoi l'asthme reste-t-il une maladie sous-traitée? La faute du patient? *Archives de pédiatrie, 14*(6), 696-698.

Wendel, M. L., Burdine, J. N., McLeroy, K. R., Alaniz, A., Norton, B., & Felix, M. R. J. (2009). Community capacity: theory and application. Dans R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Éds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (Vol. Second edition). San Francisco: Jossey-Bass.

Whitehead, D. (2003). Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms. Bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing, 12(6)*, 796-805.

WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. (2006). *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992). Supplement, 450*, 76-85.

Williams, S. M., & Goulding, A. (2009). Early adiposity rebound is an important predictor of later obesity. *Obesity, 17*(7), 1310.

Willows, N. D., Johnson, M. S., & Ball, G. D. C. (2007). Prevalence estimates of overweight and obesity in cree preschool children in northern Quebec according to international and US reference criteria. *American Journal of Public Health, 97*(2), 311-316.

Wyllie, R. (2005). Obesity in childhood: An overview. *Current Opinion in Pediatrics, 17*(5), 632-635.

Annexe A

Questionnaire auto-administré cycle 1

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Date : 2010/ mm / jj

Enfant

Date de naissance : aaaa / mm / jj _____ M ☐ F ☐

Taille : cm _____ Poids : kg _____

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé connus ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, précisez…

_____

Votre enfant prend-t-il des médicaments ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, précisez…

_____

De quelle origine ethnique est votre enfant ?

_____

Mère	**Père**
Taille : _____	Taille : _____
Poids : _____	Poids : _____
Scolarité complétée : Secondaire ☐ Collégial ☐ Université ☐ Autres : _____	Scolarité complétée : Secondaire ☐ Collégial ☐ Université ☐ Autres : _____
Code postal : ☐☐☐ ☐☐☐	Code postal : ☐☐☐ ☐☐☐

Accepteriez-vous d'être contacté dans les prochains mois afin de participer à la suite de cette étude ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, complétez les informations suivantes :

Nom : _____	Prénom : _____
Signature : _____	Numéro de téléphone : ☐☐☐ ☐☐☐-☐☐☐☐

Annexe B

Formulaire de consentement cycle 1

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

FORMULAIRE D'INFORMATION DE CONSENTEMENT DU PARENT (BOUCLE 1)

Titre du projet: Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?

Étudiante chercheuse : Lucie Lemelin inf. Ph. D. (c), étudiante au doctorat - Programmes de sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke

Codirectrices: Frances Gallagher, Ph. D., professeure adjointe École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Jeannie Haggerty Ph. D., département de médecine familiale Centre hospitalier St Mary Université McGill

Répondante locale: Claire Godin, conseillère clinique regroupement Famille-Enfance-Jeunesse

Organisme subventionnaire : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche mené dans le cadre d'études doctorales par l'étudiante chercheuse. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer le formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements suivants.

Vous êtes invité(e) à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche vise à identifier des moyens pour aider les parents concernant l'alimentation saine et l'activité physique chez leur enfant d'âge préscolaire.

BUTS DU PROJET

Cette recherche vise à trouver pour les infirmières des moyens pour aider les parents au sujet de l'alimentation et de l'activité physique chez leur enfant d'âge préscolaire. L'étude comporte plusieurs étapes. Cette première étape de l'étude a pour but d'évaluer le poids des enfants d'âge préscolaire se présentant à la clinique de vaccination du CSSS de Saint-Jérôme. Le présent formulaire concerne exclusivement cette première étape.

NATURE ET DURÉE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous consentez à ce que votre enfant soit mesuré et pesé afin d'évaluer le poids et la taille des enfants d'âge préscolaire de la région.

De plus, vous serez invité(e) à remplir un court questionnaire anonyme portant sur votre enfant et vous (*pour votre enfant*, les questions porteront sur son état santé et la prise de médicament; *pour vous*, les questions porteront sur votre poids, votre taille et votre niveau de scolarité). La dernière partie du questionnaire est facultative à remplir. Elle consiste en une autorisation de communiquer avec vous pour vous proposer de participer à d'autres parties de la présente recherche. Si vous remplissez cette section, une assistante de recherche pourra vous rejoindre ultérieurement pour vous proposer de participer à d'autres étapes de la recherche.

AVANTAGES

Vous pourriez retirer un avantage personnel de votre participation au projet, mais on ne peut vous le garantir. À tout le moins, en participant à la recherche, vous aiderez à débuter une réflexion afin de développer des interventions susceptibles d'aider les parents d'enfant préscolaire concernant l'alimentation et l'activité physique.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes pour mesurer et peser votre enfant et un maximum de 15 minutes de votre part pour remplir le questionnaire.

CONFIDENTIALITÉ

Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies lors de cette étude, les questionnaires seront conservés sous clé, dans le bureau de l'étudiante chercheuse à l'UQO Saint-Jérôme, et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et les codirectrices de recherche. La protection de vos informations personnelles sera assurée par l'utilisation de codes. L'étudiante chercheuse et les codirectrices conserveront la clé des codes.

Les versions électroniques seront sauvegardées de manière à être accessibles uniquement par l'étudiante chercheuse et ses codirectrices.

Toutes les données seront détruites dans 5 ans après la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants et ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de l'étude, ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Ils vous seront, aussi, communiqués par lettre ou par courriel à votre choix.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme et du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ou par les établissements concernés, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants des organismes subventionnaires. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par une des chercheuses responsables.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation et celle de votre enfant à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans avoir à donner de raison. Le participant sera retiré de l'étude si sa condition de santé (ex. trisomie 21) ou la prise de médicament spécifique (ex. corticostéroïdes) influence son poids. Par ailleurs en cas de retrait du participant, les données recueillies seront détruites.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En cas de préjudice lié à votre participation à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, madame Lucie Lemelin (450-530-7616 poste 4006).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Saint-Jérôme, madame Claudette Lagacé, au (450) 431-8444.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme, du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toutes révisions et toutes modifications apportées au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche « *Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?* », je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Ainsi, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et on m'en remettra une copie signée et datée.

Nom du participant : _____ (lettres moulées)

Signature du participant : _____ Date : _____

PERSONNE AYANT EXPLIQUÉ LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement :_____ (lettres moulées)

Signature de la personne qui obtient le consentement :_____ Date : _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée et datée au sujet de recherche.

Nom d'une codirectrice *(lettres moulées)*	Signature de la codirectrice	Date
Nom de l'étudiante chercheuse *(lettres moulées)*	Signature de l'étudiante chercheuse	Date

Annexe C

Guide d'entrevue cycle 2

Guide d'entrevue individuelle 1
avec le parent

DIRECTIVES POUR L'INTERVIEWER

Lire le formulaire de consentement à haute voix avec le parent. Préciser que le but est de connaître leur point de vue sur l'alimentation, l'activité physique et le poids chez l'enfant d'âge préscolaire. Mentionner que l'on n'est pas là pour lui poser des questions difficiles, pour le juger ou pour faire passer un test. Son point de vue est important pour les infirmières afin qu'elles puissent mieux aider les parents au sujet des habitudes de vie des enfants d'âge préscolaire. Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si le parent a des questions, s'il comprend bien le contenu du formulaire.

Si le parent accepte de participer à l'étude, lui demander de signer le formulaire de consentement en deux copies et lui en laisser une, l'autre sera déposée sous clé à l'endroit désigné.

Rappeler le but de l'entrevue individuelle : connaître le point de vue des parents concernant l'alimentation, l'activité physique et le poids chez l'enfant d'âge préscolaire.

Préciser au parent qu'il peut mettre fin à l'enregistrement en tout temps, qu'il peut demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne lui cause préjudice.

Expliquer au parent que le contenu de l'entrevue est confidentiel et mentionner les principales mesures qui seront prises pour préserver son anonymat.

Préciser que c'est son point de vue qui nous intéresse. En ce sens, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions.

Expliquer le déroulement de l'entrevue

Merci de nous accorder du temps aujourd'hui. Votre opinion est précieuse pour nous. La rencontre se divise en trois parties.

Dans la première partie, je vous demanderai ce qui vous vient en tête quand on parle d'habitudes de vie et de poids.

Dans la deuxième partie, je vous demanderai de me parler de votre enfant (le nommer). Ces questions porteront sur les habitudes de vie de votre enfant. Nous parlerons d'habitudes de vie en lien avec son alimentation, ses activités physiques et ses loisirs ainsi que les défis que ça représente pour vous. Et, je vous poserai quelques questions sur ce que vous pensez en général du poids des enfants de 4-5 ans.

Finalement, je vous demanderai votre avis sur l'aide dont les parents ont besoin concernant les habitudes de vie et le poids de leur enfant de 4-5 ans.

PARTIE 1 : Général

Représentation	1- **Quels sont les mots et/ou les images qui vous viennent en tête quand vous pensez au poids des enfants de 4 à 5 ans?**
Représentation	1- **Quels sont les mots et/ou les images qui vous viennent en tête quand vous pensez aux habitudes de vie des enfants de 4 à 5 ans?**

Questions permettant d'explorer ce qui sous-tend la représentation Reprendre les mots ou images et demander au parent, par exemple…

d'expliquer cette image ou ces mots

d'expliquer ce qui l'amène à avoir cette image ou ces mots lorsqu'il pense au poids et aux habitudes de vie des enfants de cet âge (Qu'est-ce qui fait que vous …)

Pouvez-vous m'en dire plus sur cette image…

D'où vous vient cette image ou cette expression?

Qu'est-ce qui vous faire dire cela?

PARTIE 2 : Maintenant, je vais vous inviter à me parler de votre enfant

Attitudes	2- **Voulez-vous me décrire une journée type (journée ordinaire) de votre enfant (le nommer)? (alimentation, exercices, sommeil, marche pour se rendre à l'école ou ailleurs) – semaine / fin de semaine.**
	Éléments à explorer si non mentionnés spontanément
Opinion	Parlez-moi de l'alimentation de votre enfant
Opinion	Parlez-moi de l'activité physique que fait votre enfant / Avec qui fait-il de l'activité physique?
Attitudes	Quelle est son appréciation (que pense-t-il ou à quel point aime-t-il) la pratique des activités physiques, quelles sont ses préférences en termes d'activités
Attitudes	Comment vous sentez-vous en regard de la pratique d'activité physique de votre enfant?
Opinion	3- **Parlez-moi du poids de votre enfant.**
	Éléments à explorer si non mentionnés spontanément
Représentation	Quand vous pensez au poids de votre enfant, quelles images ou quels mots vous viennent en tête?
	Explorer la signification de ces mots ou images (voir autre question plus tôt).
Croyances/ connaissances	Selon vous, quelles activités de votre enfant peuvent avoir un effet sur son poids? Demander d'expliquer ce qui l'amène à nommer ces activités.

PARTIE 2 : (Suite) Maintenant, je vais vous inviter à me parler des enfants en général

Opinion	Parlez-moi du poids et des habitudes de vie des enfants au Québec.
Opinion/croyances	Les enfants de 4-5 ans peuvent présenter un surplus de poids – Qu'en pensez-vous? (Parlez-moi des possibilités, causes, conséquences…)
Opinion/croyances	On entend souvent dire que les enfants étirent ou deviennent plus minces avec le temps. Que pensez-vous de cela?
Opinion	Quels sont les défis auxquels les parents font face à propos des habitudes de vie? Quel est le rôle des parents?
Connaissances	Parlez-moi des principaux obstacles à une alimentation saine avec un enfant d'âge préscolaire?
Croyances/ connaissances	Selon vous, le surplus de poids d'un enfant d'âge préscolaire est relié à quoi?
Croyances/ connaissances	Selon vous quelle est la meilleure façon d'agir face à une enfant d'âge préscolaire qui présente un surplus de poids?

PARTIE 3 : Besoins

Opinion

4- Selon vous, de quoi **les parents auraient besoin pour aider leur enfant à adopter (avoir) des saines habitudes de vie concernant l'alimentation et la pratique de l'activité physique?**

Éléments à explorer si non mentionnés spontanément

De quelle façon les infirmières pourraient-elles vous soutenir? / Quoi ne pas faire?

De quelle façon les autres intervenants pourraient-ils vous soutenir? Donner des exemples au besoin (nutritionniste, personnes qui s'occupent des loisirs, les services de garde…)

CONCLUSION

5- **Suite à nos discussions, est-ce qu'il y a d'autres renseignements que vous souhaitez ajouter pour nous aider à bien comprendre votre point de vue? Ou d'autres points que vous jugez importants de nous communiquer?**

Éléments à explorer si non mentionnés spontanément

Comment avez-vous trouvé l'expérience de participer à cette entrevue?

Je vous **remercie** énormément pour votre générosité. Tous les renseignements que vous m'avez transmis pourront éclairer les intervenants et susciteront une réflexion importante sur les interventions à mettre en place pour soutenir les parents.

Parler de **l'entrevue de validation** et informez le parent que l'on communiquera avec lui sous peu pour fixer un rendez-vous en personne ou par téléphone.

Guide d'entrevue individuelle 2

de validation et d'approfondissement avec le parent

Expliquer brièvement le déroulement de l'entrevue :

Merci de nous accorder du temps aujourd'hui pour valider notre compréhension des éléments dont nous avons discuté lors de notre première rencontre. Je vous rappelle que votre opinion est précieuse pour nous. Tout ce que vous allez nous dire sera confidentiel. L'entretien aura une durée d'environ 30 minutes et nous reverrons ensemble ce qui ressort de notre première rencontre. Je vous demanderai quelques précisions et vous pourrez changer ou ajouter des choses au besoin.

[Les éléments seront déterminés après l'analyse des entrevues et seront propres à chaque entretien.]

Vérifier si le parent est d'accord avec le résumé, s'il veut ajouter ou modifier des éléments. Remercier le parent de sa générosité.

Annexe D

Formulaire de consentement cycle 2

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU PARENT (BOUCLE 2)

Titre du projet : Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?

Étudiante chercheuse : Lucie Lemelin inf. Ph. D. (c), étudiante au doctorat - Programmes de sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke

Codirectrices: Frances Gallagher, Ph. D., professeure adjointe École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Jeannie Haggerty Ph. D., département de médecine familiale Centre hospitalier St Mary Université McGill

Répondante locale: Claire Godin, conseillère clinique regroupement Famille-Enfance-Jeunesse

Organisme subventionnaire: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche mené dans le cadre d'études doctorales par l'étudiante chercheuse. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer le présent formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements suivants.

Vous êtes invité (e) à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse.

BUTS DU PROJET

Cette recherche vise à trouver pour les infirmières des moyens pour aider les parents au sujet de l'alimentation et de l'activité physique chez leur enfant d'âge préscolaire. L'étude comporte plus d'une étape. Dans la première partie de l'étude, nous avons évalué le poids des enfants d'âge préscolaire se présentant à la clinique de vaccination du CSSS de Saint-Jérôme. Cette seconde partie de l'étude a pour but de tenter de décrire l'image qu'ont les parents de l'excès de poids et des saines habitudes de vie.

NATURE ET DURÉE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous participerez à une première entrevue individuelle visant à donner votre point de vue sur l'alimentation, l'activité physique et l'excès de poids des enfants d'âge préscolaire. Votre avis sur le sujet est crucial, car vous êtes à titre de parents les mieux placés concernant les habitudes de vie de votre enfant.

Afin de connaître le point de vue des parents, 20 à 30 parents seront recrutés.

L'entrevue sera réalisée à l'endroit qui vous conviendra le mieux, soit à votre domicile, au CSSS de Saint-Jérôme ou dans un autre lieu de votre choix, au cours de l'automne 2010.

Une assistante de recherche vous rencontrera au jour et à l'heure qui vous conviendront le mieux. L'entrevue sera enregistrée avec une enregistreuse audio numérique. Elle durera environ une heure. Les sujets abordés seront le poids des enfants québécois et de votre enfant, l'alimentation et l'activité physique de votre enfant et les besoins des parents pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie avec leur enfant.

Vous serez aussi invité (e) à participer à une deuxième entrevue de 30 minutes afin de compléter la première entrevue et de nous assurer de notre bonne compréhension de votre point de vue. Cette deuxième entrevue aura lieu environ un mois après la première.

AVANTAGES

Vous pourriez retirer un avantage personnel de votre participation au projet, mais on ne peut vous le garantir. À tout le moins, en participant à la recherche, vous aiderez à développer des interventions susceptibles d'aider les parents d'enfant d'âge préscolaire concernant l'alimentation et l'activité physique.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

Il est possible que le fait de participer à l'entrevue suscite en vous des questionnements ou des émotions en lien avec les sujets discutés. Si vous en éprouvez le besoin, vous pourrez, à la suite de l'entrevue, consulter un professionnel de la santé (infirmière, nutritionniste).

Le seul inconvénient associé au projet est le temps de participation, soit environ de 60 minutes la première fois, et 30 minutes la deuxième fois.

CONFIDENTIALITÉ

Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies lors de cette étude, les versions papier des données recueillies seront conservées sous clé, dans le bureau de l'étudiante chercheuse à l'UQO Saint-Jérôme, et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et les codirectrices de recherche. La protection de vos informations personnelles sera assurée par l'utilisation de noms fictifs et de codes pour identifier les données. L'étudiante chercheuse et les deux codirectrices conserveront la clé des codes.

Les versions électroniques seront sauvegardées de manière à être accessibles uniquement par l'étudiante chercheuse et ses codirectrices.

Toutes les données seront détruites 5 ans après la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document

Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants et ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de l'étude, ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Ils vous seront, aussi, communiqués par lettre ou par courriel à votre choix.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme et du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ou par les établissements concernés, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants des organismes subventionnaires. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par une des chercheuses responsables.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps, sans avoir à donner de raison. Aucun participant ne sera retiré de l'étude par l'étudiante chercheuse, sauf en cas de force majeure. Dans un tel cas, le contenu de l'entrevue sera détruit ou conservé, au choix du participant.

Si vous vous retirez de l'étude, le contenu de l'entrevue sera détruit ou conservé, à votre choix. Celui-ci sera documenté.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude. Cependant, pour vous remercier de votre participation à l'étude, vous recevrez un cadeau d'une valeur de 10.00 $ lors de la seconde rencontre.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En cas de préjudice lié à votre participation à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, madame Lucie Lemelin (450-530-7616 poste 4006).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Saint-Jérôme, madame Claudette Lagacé, au (450) 431-8444.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme, du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche « *Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?* », je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Ainsi, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et on m'en remettra une copie signée et datée.

Nom du participant : _____ (lettres moulées)

Signature du participant : _____ Date : _____

PERSONNE AYANT EXPLIQUÉ LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je lui ai spécifié qu'en cas de retrait de l'étude, le contenu de l'entrevue serait détruit ou conservé, à son choix. Ce choix sera documenté.

Nom de la personne qui obtient le consentement :_____ (lettres moulées)

Signature de la personne qui obtient le consentement :_____ Date : _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée et datée au sujet de recherche.

_____	_____	_____
Nom d'une codirectrice (lettres moulées)	Signature de la codirectrice	Date
_____	_____	_____
Nom de l'étudiante chercheuse (lettres moulées)	Signature de l'étudiante chercheuse	Date

Annexe E

Guide groupe de discussion focalisé cycle 3 (intervenants)

GUIDE D'ENTREVUE POUR LES INTERVENANTS*

CONSIGNES POUR L'INTERVIEWER

* Lire le formulaire de consentement à haute voix avec l'intervenant. Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si l'intervenant a des questions, s'il comprend bien le contenu du formulaire.

* À la lumière de ces informations, si l'intervenant accepte de participer à l'étude, lui demander de signer le formulaire de consentement en deux copies et lui en laisser une, l'autre sera déposée sous clé à l'endroit désigné.

* Rappeler le but de la recherche qui est de mieux comprendre comment les interventions des infirmières et des intervenants psychosociaux peuvent aider davantage les clients à se sentir plus en contrôle (empowerment) face aux situations qu'ils vivent.

* Préciser à l'intervenant qu'il peut mettre fin à l'enregistrement en tout temps, qu'il peut demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne lui cause de préjudice.

* Expliquer à l'intervenant que le contenu de l'entrevue est confidentiel et mentionner les principales mesures qui seront prises pour préserver son anonymat.

* Préciser que c'est son point de vue qui nous intéresse, ses perceptions, son expérience. En ce sens, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions.

* Expliquer brièvement le déroulement de l'entrevue :

« Vous avez eu un certain nombre de visites à domicile avec tel client. Au cours de notre entrevue, j'aimerais que vous me parliez des rencontres que vous avez eues avec ce client.

Rappeler qu'il y a un questionnaire sur les données sociodémographiques à compléter à la fin de l'entrevue.

*Inspiré et adapté des guides d'entrevue utilisés par St-Cyr Tribble et al. (2003) et Godbout (2007).

1. Pour débuter, j'aimerais que vous m'expliquiez les raisons qui vous ont amené à choisir (*nommer la personne*) comme une situation dans laquelle l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser sur quoi elle/il se base, critères, éléments, sentiments, etc.

2. En dépit du fait que vous avez choisi cette personne parce que l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien, y a-t-il des aspects qui présentent des difficultés?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser de façon concrète les aspects qui présentent une difficulté et les raisons qui expliquent pourquoi cela représente une difficulté pour elle/lui.

Les prochaines questions portent sur les interventions que vous avez menées avec (nommer la personne dont l'autoprise en charge de sa santé se déroule bien).

3. Avant de débuter la première partie de l'entrevue, j'aimerais que vous me donniez les informations suivantes :

- **Depuis quand faites-vous des visites à domicile pour cette clientèle?**
- **Depuis quand offrez-vous des soins et des services à ce client, incluant les entretiens téléphoniques?**
- **À quelle fréquence lui faites-vous des visites à son domicile? Les rencontres ont-elles lieu aux semaines, aux mois ou autre?**
- **Quelle est la durée moyenne d'une rencontre?**
- **Qu'est-ce qui fait que cet horaire a été pensé de cette façon? En quoi, cet horaire répondait-il à vos attentes, à vos besoins? Selon vous, pourquoi les rencontres ont-elles été organisées ainsi?**
- Quelle était votre perception de la situation au moment où vous avez connu ce client?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Évaluation de la situation par l'intervenant
- Façon dont il interprétait les besoins, les demandes, les problèmes de la personne, tenaient-elles compte des croyances?
- Identification des déficits et potentiels
- Perception des conditions de vie de la personne (conditions matérielles d'existence, conditions personnelles d'existence, situation familiale incluant le soutien intra-familial et extra-familial)

- Vérifier si l'évaluation initiale de la situation s'est modifiée suite à la première rencontre
- Quels sont les facteurs qui ont agi sur ces différences (analyse de la situation, analyse de l'environnement familial, nouvelle information et laquelle, etc.)?
- Quelles étaient ses impressions sur le déroulement éventuel de la situation et sur quoi se base-t-elle/il pour les décrire?

5. Racontez-moi comment se déroule en général une visite chez cette personne?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Début, poursuite et fin d'une rencontre
- Description des données de contexte (présence ou non d'un membre de la famille, personne significative, etc.)
- Mesures prises pour maintenir la continuité des soins (modalités de prise de rendez-vous, qui les initient et pourquoi)
- Facultatif : différences avec ma visite…

6. Au cours de vos visites avec la personne, pouvez-vous me nommer et me décrire les interventions qui ont été faites?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Préciser le type d'interventions qui a été fait (ex. : interventions de type instrumental, éducatif/enseignement, mobilisation du soutien, interventions auprès de la famille et autres interventions)
- Qu'est-ce qui l'a amené à favoriser un type d'interventions plutôt qu'un autre?
- Pour chaque type d'interventions, décrire comment elle ou il s'est prise pour mener à bien les interventions, atteindre ses objectifs, comment évalue-t-elle/il les résultats, l'efficacité des interventions?
- Réactions de la personne/famille aux interventions faites ou proposées et comment ces réactions ont modelé ou modifié les interventions proposées, délégation d'interventions à la personne/famille.
- A-t-elle/il eut recours à des ressources/soutien d'autres collègues ou professionnels de la santé (collaboration interdisciplinaire, types de ressources utilisées, etc.)?

7. Parmi l'ensemble des interventions que vous avez faites, pouvez-vous me décrire lesquelles ont été les plus favorables (ou aidantes) pour aider à l'empowerment, à l'autoprise en charge de (nommer la personne)?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Qu'est-ce qui a été le point tournant pour réaliser cette autoprise en charge?
- S'était-elle/il fixé des objectifs d'interventions d'autoprise en charge spécifiques?
- Quels ont été les facteurs aidant ou ceux qui ont nui aux interventions d'habilitation qui ont mené à l'autoprise en charge?

8. Parlez-moi du type de relation d'aide que vous avez voulu mettre en place avec cette personne et ce qui vous guidait dans l'établissement de cette relation. Veuillez illustrer à partir d'exemples concrets.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Qualité de la relation
- Évolution de la relation au cours du suivi (quoi, comment)
- Comment expliquer que cette relation soit ainsi (rôle de l'intervenant, la personne, l'entourage)
- Facultatif : Y avait-il des aspects à éviter dans cette relation avec la personne?

J'aimerais maintenant que vous me parliez des changements que vous avez ou non remarqués chez la personne.

9. Dites-moi en quoi la situation de la personne a changé ou n'a pas changé en comparaison de la situation qui prévalait au début de vos rencontres.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Y a-t-il ou non des changements remarqués?
- Nature des changements
- Dans la situation reliée aux motifs de la visite (problèmes de santé)
- Dans la situation de la personne au plan personnel (actions, valeurs, attitudes)
- Vérifier si l'intervenant croit que la personne voit des changements, lesquels et à quoi il les attribue.
- Au besoin : les changements sont-ils bénéfiques ou non pour la personne?
- Au besoin : l'infirmière/l'infirmier anticipe-t-elle/il des changements à venir et quels indices permettent de croire que ces changements pourraient survenir?

10. À quoi attribuez-vous la présence ou l'absence de ces changements?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- À l'intervention réalisée (facteurs facilitants ou contraignants)?
- Aux caractéristiques de la personne (facteurs facilitants ou contraignants, la contribution de la personne dans l'atteinte des objectifs)?
- Aux caractéristiques de l'entourage de la personne (facteurs facilitants ou contraignants)?
- À d'autres facteurs?

11. Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au sujet de cette situation d'intervention et dont vous aimeriez me faire part?

- *Je vais maintenant vous posez essentiellement les mêmes questions, mais cette fois au sujet des interventions faites auprès de (nommer la personne, laquelle l'autoprise en charge de sa santé présente certaines difficultés)*

12. J'aimerais que vous m'expliquiez les raisons qui vous ont amené à choisir (nommer la personne) comme une situation dans laquelle l'autoprise en charge de sa santé présente certaines difficultés?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser sur quoi elle/il se base, critères, éléments, sentiments, etc.

13. En dépit du fait que vous avez choisi cette personne parce que l'autoprise en charge de sa santé présente des difficultés, y a-t-il des aspects qui se déroulent bien?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Faire préciser de façon concrète les aspects qui se déroulent bien et les raisons qui expliquent pourquoi ça se déroule bien pour elle/lui.

14. Avant de débuter la première partie de l'entrevue, j'aimerais que vous me donniez les informations suivantes :

- **Depuis quand faites-vous des visites à domicile pour cette clientèle?**
- **Depuis quand offrez-vous des soins et des services à ce client, incluant les entretiens téléphoniques?**
- **À quelle fréquence lui faites-vous des visites à son domicile? Les rencontres ont-elles lieu aux semaines, aux mois ou autre?**
- **Quelle est la durée moyenne d'une rencontre?**

- **Qu'est-ce qui fait que cet horaire a été pensé de cette façon? En quoi, cet horaire répondait-il à vos attentes, à vos besoins? Selon vous, pourquoi les rencontres ont-elles été organisées ainsi?**

15. Quelle était votre perception de la situation au moment où vous avez connu ce client?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Évaluation de la situation par l'infirmière/infirmier
- Façon dont elle/il interprétait les besoins, les demandes, les problèmes de la personne, tenaient-elles compte des croyances
- Identification des déficits et potentiels
- Perception des conditions de vie de la personne (conditions matérielles d'existence, conditions personnelles d'existence, situation familiale incluant le soutien intra-familial et extra-familial)
- Vérifier si l'évaluation initiale de la situation s'est modifiée suite à la première rencontre?
- Quels sont les facteurs qui ont agi sur ces différences (analyse de la situation, analyse de l'environnement familial, nouvelle information et laquelle, etc.)?
- Quelles étaient ses impressions sur le déroulement éventuel de la situation et sur quoi se base-t-elle/il pour les décrire?

16. Racontez-moi comment se déroule en général une visite chez cette personne?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Début, poursuite et fin d'une rencontre
- Description des données de contexte (présence ou non d'un membre de la famille, personne significative, etc.)
- Mesures prises pour maintenir la continuité des soins (modalités de prise de rendez-vous, qui les initient et pourquoi)
- Facultatif : différences avec ma visite…

17. Au cours de vos visites avec la personne, pouvez-vous me nommez et de décrire les interventions qui ont été faites?

Thèmes à explorer sinon abordés spontanément :

- Préciser le type d'interventions qui a été fait (ex. : interventions de type instrumental, éducatif/enseignement, mobilisation du soutien, interventions auprès de la famille et autres interventions)
- Qu'est-ce qui l'a amené à favoriser un type d'intervention plutôt qu'un autre?

- Pour chaque type d'interventions, décrire comment elle ou il s'est prise pour mener à bien les interventions (son plan d'action), comment évalue-t-elle/il les résultats, l'efficacité des interventions?
- Réactions de la personne/famille aux interventions faites ou proposées et comment ces réactions ont modelé ou modifié les interventions proposées
- A-t-elle/il eut recours à des ressources/soutien d'autres collègues ou professionnels de la santé (collaboration interdisciplinaire, etc.)?

18. Pouvez-vous me décrire de quelle façon vous avez tenté de favoriser l'autoprise en charge de sa santé avec (nommer la personne)?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Préciser le type d'interventions que vous auriez voulu mettre en place pour la favoriser
- Qu'est-ce qui aurait été déterminant pour réaliser cette autoprise en charge?
- S'était-elle/il fixé des objectifs d'interventions d'autoprise en charge spécifiques?
- Quels auraient été les facteurs qui auraient pu faciliter cette autoprise en charge?

19. Parlez-moi du type de relation d'aide que vous avez voulu mettre en place avec cette personne et ce qui vous guidait dans l'établissement de cette relation. Veuillez illustrer à partir d'exemples concrets.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Qualité de la relation
- Évolution de la relation au cours du suivi (quoi, comment)
- Comment expliquer que cette relation soit ainsi (rôle de l'intervenant, la personne, l'entourage)?
- Facultatif : Y avait-il des aspects à éviter dans cette relation avec la personne?
- ***J'aimerais maintenant que vous me parliez des changements que vous avez ou non remarqués chez la personne.***

20. Dites-moi en quoi la situation de la personne a changé ou n'a pas changé en regard de la situation qui prévalait au début des visites à domicile.

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- Y a-t-il ou non des changements remarqués?
- Nature des changements
- Dans la situation reliée aux motifs de la visite (problème de santé)
- Dans la situation de la personne au plan personnel (actions, valeurs, attitudes)

- Vérifier si l'infirmière/l'infirmier croit que la personne voit des changements, lesquels et à quoi elle les attribue
- Au besoin : les changements sont-ils bénéfiques ou non pour la personne?
- Au besoin : l'infirmière/l'infirmier anticipe-t-elle/il des changements à venir et quels indices permettent de croire que ces changements pourraient survenir?

21. À quoi attribuez-vous la présence ou l'absence de ces changements?

Thèmes à explorer si non abordés spontanément :

- À l'intervention réalisée (facteurs facilitants ou contraignants)?
- Aux caractéristiques de la personne (facteurs facilitants ou contraignants, la contribution de la personne dans l'atteinte des objectifs)?
- Aux caractéristiques de l'entourage de la personne (facteurs facilitants ou contraignants)?
- À d'autres facteurs?

22. Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au sujet de cette situation d'intervention et dont vous aimeriez me faire part?

- *La dernière partie de cette entrevue traite de votre perception de l'autoprise en charge de sa santé de manière générale.*

23. De manière générale, comment décririez-vous une personne qui a pris en charge sa santé?

- Faire élucider, au besoin, les termes utilisés dans sa description.

24. Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent l'intervention à l'autoprise en charge de sa santé?

- Est-ce que ce sont principalement des facteurs reliés à la personne soignée, à l'environnement familial, à l'environnement de travail, etc.?
- Lequel (ou lesquels) de ces facteurs est le plus important et pourquoi?

25. Selon vous, quels sont les facteurs qui entravent l'intervention à l'autoprise en charge de santé?

- Est-ce que ce sont principalement des facteurs reliés à la personne soignée, à l'environnement familial, à l'environnement de travail, etc.?
- Lequel (ou lesquels) de ces facteurs est le plus important et pourquoi?

26. Pouvez-vous me décrire quelle place occupe l'intervention qui favorise l'autoprise en charge de sa santé dans votre pratique (ou l'importance que vous lui accordez)?

- Faire ressortir les éléments clés pour elle ou lui.
- Facultatif : Les éléments de définition (au besoin)
- Facultatif : La place qu'occupe l'autoprise en charge de sa santé dans sa pratique.

27. Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au sujet de l'autoprise en charge de sa santé et dont vous aimeriez me faire part?

28. Comment avez-vous trouvé l'expérience de participer à cette entrevue?

- Impression que sa collaboration a été aidante ou non.
- Questions gênantes ou non, difficiles à répondre ou non.
- Changements suggérés pour améliorer les entrevues.

Annexe F

Formulaire de consentement cycles 3 et 4 (intervenants)

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DE L'INFIRMIÈRE (BOUCLES 3 ET 4)

Titre du projet: Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?

Étudiante chercheuse : Lucie Lemelin inf. Ph. D. (c), étudiante au doctorat - Programmes de sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke

Codirectrices: Frances Gallagher, Ph. D., professeure adjointe École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Jeannie Haggerty Ph. D., département de médecine familiale Centre hospitalier St Mary Université McGill

Répondante locale: Claire Godin, conseillère clinique regroupement Famille-Enfance-Jeunesse

Organisme subventionnaire : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche mené dans le cadre d'études doctorales par l'étudiante chercheuse. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer le présent formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Vous êtes invité(e) à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse.

BUTS DU PROJET

La recherche en titre, vise à mieux soutenir les parents d'enfants d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie, à la lumière de leur représentation de l'excès de poids et des saines habitudes de vie. L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier des stratégies de promotion des saines habitudes de vie avec les infirmières œuvrant en petite enfance famille.

NATURE ET DURÉE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous ferez partie d'un groupe de discussion visant à déterminer des pistes de solution à la promotion des saines habitudes de vie. Ce groupe de discussion se rencontrera à trois reprises pendant la recherche. Un nombre de 9 à 11 infirmières sera recruté. La première rencontre aura lieu à l'automne 2010 et durera environ 90 minutes. Au cours de cette rencontre, des échanges auront lieu sur les informations pertinentes à recueillir lors des entrevues auprès des parents. La seconde rencontre aura lieu à l'hiver 2011 et durera 120 minutes. À cette occasion, la discussion visera à identifier des pistes de solution pour promouvoir des saines habitudes de vie auprès des parents d'enfant d'âge préscolaire à la lumière des résultats découlant d'entrevues menées auprès d'eux. Enfin, la dernière rencontre aura lieu à l'automne 2011 et durera de 60 à 90 minutes. Elle visera à valider les pistes de solution utiles à constituer un outil clinique pour les infirmières. Les rencontres se dérouleront sur les lieux de votre travail et seront enregistrées de façon audionumérique.

AVANTAGES

Vous pourriez retirer un avantage personnel de votre participation au projet, mais on ne peut vous le garantir. À tout le moins, en participant à la recherche, vous aiderez à développer des interventions susceptibles d'aider les parents d'enfant d'âge préscolaire concernant l'alimentation et l'activité physique.

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des interventions susceptibles de soutenir les parents d'enfants d'âge préscolaire quant à l'adoption de saines habitudes de vie est le bénéfice direct anticipé.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

Le seul inconvénient associé au projet est le temps de participation.

CONFIDENTIALITÉ

Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies lors de cette étude, les versions papier des données recueillies seront conservées sous clé, dans le bureau de l'étudiante chercheuse à l'UQO Saint-Jérôme, et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et les codirectrices de recherche. La protection de vos informations personnelles sera assurée par l'utilisation de noms fictifs et de codes pour identifier les données. L'étudiante chercheuse et les deux codirectrices conserveront la clé des codes.

Les versions électroniques seront sauvegardées de manière à être accessibles uniquement par l'étudiante chercheuse et ses codirectrices.

Toutes les données seront détruites 5 ans après la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document

Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants et ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de l'étude, ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Ils vous seront, aussi, communiqués sous forme de conférence sur les lieux de votre travail.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme et du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ou par les établissements concernés, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants des organismes subventionnaires. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par une des chercheuses responsables.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout, sans avoir à donner de raison.

Si vous vous retirez de l'étude, le contenu des discussions de groupe sera conservé afin d'assurer l'intégrité de l'étude. Les participants ne seront pas retirés par l'étudiante chercheuse.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude. Cependant, pour vous remercier de votre participation à l'étude, lors des rencontres une collation santé sera offerte.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En cas de préjudice lié à votre participation à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, madame Lucie Lemelin (450-530-7616 poste 4006).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Saint-Jérôme, madame Claudette Lagacé, au (450) 431-8444.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme, du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche « *Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?* », je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Ainsi, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et on m'en remettra une copie signée et datée.

Nom du participant : _____ (lettres moulées)

Signature du participant : _____ Date : _____

PERSONNE AYANT EXPLIQUÉ LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement :_____ (lettres moulées)

Signature de la personne qui obtient le consentement :_____ Date : _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée et datée au sujet de recherche.

_____	_____	
Nom d'une codirectrice *(lettres moulées)*	Signature de la codirectrice	Date
_____	_____	
Nom de l'étudiante chercheuse *(lettres moulées)*	Signature de l'étudiante chercheuse	Date

Annexe G

Questionnaire pour les experts cycle 4

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Informations générales

Nom : Date :

Titre professionnel :

Organisation :

Évaluation des stratégies d'intervention

Dans un premier temps, nous voudrions connaître votre opinion concernant les stratégies d'intervention et les objectifs proposés par le groupe de travail (cycle 3 de la recherche). Pour chacune des six cibles correspondantes aux schémas qui vous ont été fournis, veuillez répondre aux questions suivantes.

Stratégie d'intervention : ÉDUCATION À LA SANTÉ

	Non pertinente	Moyenne	Satisfaisante	Bonne	Excellente
Pertinence de la stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Pertinence des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de cette stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐

Points forts :

Points faibles :

Commentaires supplémentaires :

Stratégie d'intervention : ÉVALUATION DE L'IMC	Non pertinente	Moyenne	Satisfaisante	Bonne	Excellente
Pertinence de la stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Pertinence des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de cette stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐

Points forts :

Points faibles :

Commentaires supplémentaires :

Stratégie d'intervention : REVOIR L'OFFRE DE SERVICES	Non pertinente	Moyenne	Satisfaisante	Bonne	Excellente
Pertinence de la stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Pertinence de l'objectif et des moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de cette stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de l'objectif et des moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐

Points forts :

Points faibles :

Commentaires supplémentaires :

Stratégie d'intervention : COMMUNICATION					
	Non pertinente	Moyenne	Satisfaisante	Bonne	Excellente
Pertinence de la stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Pertinence des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de cette stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐

Points forts :

Points faibles :

Commentaires supplémentaires :

Stratégie d'intervention : ACTION COMMUNAUTAIRE					
	Non pertinente	Moyenne	Satisfaisante	Bonne	Excellente
Pertinence de la stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Pertinence des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de cette stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité des objectifs et moyens proposés	☐	☐	☐	☐	☐

Points forts :

Points faibles :

Commentaires supplémentaires :

Stratégie d'intervention : ACTION POLITIQUE	Non pertinente	Moyenne	Satisfaisante	Bonne	Excellente
Pertinence de la stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Pertinence des objectifs proposés	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de cette stratégie	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité des objectifs proposés	☐	☐	☐	☐	☐

Points forts :

Points faibles :

Commentaires supplémentaires :

Nous aimerions que vous puissiez ordonnancer les stratégies d'intervention suggérées par le groupe de travail. Indiquez un chiffre de 1 à 6 devant les cibles, le chiffre 1 étant la stratégie prioritaire.

Ordonnancement des cibles	
☐	Éducation à la santé (approche individuelle et de groupe)
☐	Évaluation de l'IMC
☐	Revoir l'offre de service
☐	Communication (approche de masse)
☐	Action communautaire
☐	Action politique

Si vous avez des commentaires, suggestions ou autre concernant cette recherche, veuillez les indiquer ci-dessous.

Commentaires supplémentaires :

Annexe H

Formulaire de consentement cycle 4 (parents)

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU PARENT (BOUCLE 4)

Titre du projet: Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?

Étudiante chercheuse : Lucie Lemelin inf. Ph. D. (c), étudiante au doctorat - Programmes de sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke

Codirectrices: Frances Gallagher, Ph. D., professeure adjointe École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Jeannie Haggerty Ph. D., département de médecine familiale Centre hospitalier St Mary Université McGill

Répondante locale: Claire Godin, conseillère clinique regroupement Famille-Enfance-Jeunesse

Organisme subventionnaire: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche mené dans le cadre d'études doctorales par l'étudiante chercheuse. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer le présent formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements suivants.

Vous êtes invité(e) à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse.

BUTS DU PROJET

Cette recherche vise à trouver pour les infirmières des moyens pour aider les parents au sujet de l'alimentation et de l'activité physique chez leur enfant d'âge préscolaire. L'étude comporte plus d'une étape. Dans la première partie de l'étude, nous avons évalué le poids des enfants d'âge préscolaire se présentant à la clinique de vaccination du CSSS de Saint-Jérôme. Dans la seconde partie, des parents ont été rencontrés afin de décrire l'image qu'ils ont de l'excès de poids et des saines habitudes de vie. Ensuite, dans une troisième partie, nous avons exploré le point de vue des infirmières concernant des pistes de solution susceptibles d'accompagner les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption d'une saine alimentation et la pratique d'activité physique. Cette quatrième

partie de l'étude a maintenant pour but d'obtenir votre opinion concernant les pistes de solution qui sont proposées afin d'accompagner les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption d'une saine alimentation et la pratique d'activité physique.

NATURE ET DURÉE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Votre participation à cette étape du projet de recherche consiste à participer à un groupe de discussion pour partager votre opinion sur un outil clinique contenant des pistes de solution pour aider les parents d'enfants d'âge préscolaire concernant l'alimentation et l'activité physique. Votre avis sur le sujet est crucial, car à titre de parent vous connaissez votre enfant et les défis que représentent l'alimentation saine et la pratique régulière de l'activité physique. En effet, vous êtes certes la personne la mieux placée pour savoir ce qui peut vous aider dans votre rôle de parent. Afin de connaître le point de vue des parents, 10 à 15 parents seront recrutés. Un groupe de discussion d'une durée de 60 à 90 minutes aura lieu à l'automne 2011 dans un local du Campus de l'UQO Saint-Jérôme. Le sujet abordé concernera votre opinion sur des solutions proposées par les infirmières pour soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie. La discussion de groupe sera enregistrée de façon audionumérique.

AVANTAGES

Vous pourriez retirer un avantage personnel de votre participation au projet, mais on ne peut vous le garantir. À tout le moins, en participant à la recherche, vous aiderez à confirmer des interventions susceptibles d'aider les parents d'enfant d'âge préscolaire concernant l'alimentation et l'activité physique de leurs enfants.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit de 60 à 90 minutes.

CONFIDENTIALITÉ

Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies lors de cette étude, les versions papier des données recueillies seront conservées sous clé, dans le bureau de l'étudiante chercheuse à l'UQO Saint-Jérôme, et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et les codirectrices de recherche. La protection de vos informations personnelles sera assurée par l'utilisation de noms fictifs et de codes pour identifier les données. L'étudiante chercheuse et les deux codirectrices conserveront la clé des codes.

Les versions électroniques seront sauvegardées de manière à être accessibles uniquement par l'étudiante chercheuse et ses codirectrices.

Toutes les données seront détruites 5 ans après la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants et ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de l'étude, ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. Ils vous seront, aussi, communiqués par lettre ou par courriel à votre choix.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme et du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ou par les établissements concernés, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants des organismes subventionnaires. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par une des chercheuses responsables.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps, sans avoir à donner de raison.

Si vous vous retirez de l'étude, le contenu des discussions de groupe sera conservé afin d'assurer l'intégrité de l'étude. Les participants ne seront pas retirés de l'étude par l'étudiante chercheuse.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude. Cependant, pour vous remercier de votre participation à l'étude, lors de la rencontre une collation santé sera offerte.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En cas de préjudice lié à votre participation à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, madame Lucie Lemelin (450-530-7616 poste 4006).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Saint-Jérôme, madame Claudette Lagacé, au (450) 431-8444.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Les comités d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme, du CHUS (pour l'Université de Sherbrooke) ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche « *Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?* », je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Ainsi, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et on m'en remettra une copie signée et datée.

Nom du participant : _____ (lettres moulées)

Signature du participant : _____ Date : _____

PERSONNE AYANT EXPLIQUÉ LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement :_____ (lettres moulées)

Signature de la personne qui obtient le consentement :_____ Date : _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions que le sujet de

recherche avait à cet égard qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée et datée au sujet de recherche.

Nom d'une codirectrice *(lettres moulées)*	Signature de la codirectrice	Date
Nom de l'étudiante chercheuse *(lettres moulées)*	Signature de l'étudiante chercheuse	Date

Annexe I

Approbation du comité d'éthique du CSSS

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

rue Montigny
Jérôme (Québec) J7Z 5T3

290
Saint-

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Saint-Jérôme, le 9 avril 2010

Mme Lucie Lemelin
Étudiante-chercheure
UQO- Campus Saint-Jérôme
5, rue Saint-Joseph (bureau J3222)
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 0B7

Mme Frances Gallagher
Codirectrice
Professeur adjointe
École des Sciences infirmières
Université de Sherbrooke
Frances.gallagher@usherbrooke.ca

Mme Jeannie Haggerty
Codirectrice
Département de médecine familiale
Centre hospitalier St-Mary
Université McGill
Jeannie Haggerty/Hopital St-Mary/Reg06/SSSS

Objet: **Protocole 2010-213-C**
- *Comment soutenir les parents d'enfant d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie*

Approbation finale

Mesdames,

Nous confirmons la réception ce jour des quatre (4) formulaires d'information et de consentement (version française datée du 9 avril 2010), concernant l'étude citée en rubrique, le tout en réponse aux demandes du Comité d'éthique de la recherche. À la lecture des documents reçus, le tout est jugé satisfaisant et nous procédons donc à l'approbation finale de ladite étude.

Nous vous retournons sous pli copie des formulaires portant l'estampille d'approbation du Comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les participants.

La présente constitue l'approbation finale du protocole par le Comité qui est valide pour un an à compter du 23 mars 2010, date de l'approbation initiale. Nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou aux formulaires de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Nous vous rappelons également que le projet ne pourra débuter que lorsque la Direction générale vous en donnera l'autorisation.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Annexe J

Approbation du comité d'éthique du CHUS

CHUS
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN

Le 30 avril 2010

Dre Frances Gallagher
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé

OBJET: Projet # **10-038**
Comment soutenir les parents d'enfants d'âge préscolaire dans l'adoption de saines habitudes de vie?

Dre Gallagher,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué le protocole de recherche ainsi que les documents afférents à l'étude citée en objet de la lettre. La présente est pour vous informer que le CÉR a approuvé votre projet. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Veuillez également trouver ci-joint, s'il y a lieu, le formulaire de consentement approuvé par le CÉR et portant le sceau d'approbation. Vous devez utiliser des photocopies de ce formulaire pour obtenir le consentement des sujets.

Nous avons avisé le directeur scientifique du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel de l'approbation de votre projet. Vous devez **attendre son autorisation avant de le débuter.**

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

Jean-Pierre Tétrault, M.D.
Président du comité

Téléphone : 819 346-1110 poste 12855
Télécopieur : 819 820-6439
Courriel électronique : ethique.chus@ssss.gouv.qc.ca
Site Web : www.crchus.qc.ca

HÔPITAL FLEURIMONT
3001, 12e Avenue Nord
Bureau Z5-2014
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4