

# **Les attitudes et les interventions infirmières en milieu psychiatrique auprès des adolescents souffrant de troubles alimentaires**

---

*Une revue de littérature étoffée*

Par

**Daniel Gonzalez & Lucile Erard**

Promotion Bachelor 2011-2014

Sous la direction de : Mme Déborah Perrinjaquet

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Juin 2014

## RÉSUMÉ

**But :** Cette revue de littérature va nous permettre de mettre en avant différentes attitudes et interventions infirmières auprès des adolescents souffrants de troubles des comportements alimentaires en milieu psychiatrique. Nous pourrions ainsi déterminer quelles sont les stratégies adéquates pour fournir des soins de qualité.

**Méthode :** Cette revue de littérature étoffée comprend treize recherches scientifiques répondant aux critères méthodologiques. Ces études ont été sélectionnées dans les banques de données suivantes : PubMed et CINAHL. Les études retenues sont en anglais et sont en lien avec la problématique et la question de recherche de ce travail qui est : « *Quelles sont les attitudes et les interventions infirmières, en milieu psychiatrique, auprès des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire ?* ».

**Résultats :** Les résultats des recherches ont démontré plusieurs points importants pour aider les infirmières dans la prise en soins des patients souffrants de troubles alimentaires. Les infirmières ayant une formation dans les troubles alimentaires sont plus motivées et arrivent à mieux soutenir leurs patients car elles connaissent la maladie et ses difficultés. Les patients ont besoin d'un cadre thérapeutique, de structure, lors de l'hospitalisation. Savoir où ils vont et reprendre leur responsabilité petit à petit. Les familles, surtout les parents, doivent être partenaires dans les soins afin de donner des informations aux infirmières sur leur enfant, mais surtout pour comprendre la maladie et le fonctionnement du traitement et de pouvoir le continuer une fois à la maison.

**Conclusion :** Ce travail met en évidence les attitudes et les interventions que les infirmières ont déjà, ou doivent développer pour assurer une prise en soin optimale auprès des adolescents souffrant de trouble du comportement alimentaire. Des pistes d'actions pour la pratique ont été ressorties afin de répondre à la question de recherche.

**Mots-clés :** eating disorders – nursing – anorexia nervosa – adolescents – attitude – family therapy.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions Madame Déborah Perrinjaquet, directrice de notre travail de Bachelor, qui nous a accompagnée et conseillée tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature.

Nous tenions à remercier Madame Marie-Laure Gonzalez pour avoir lu et corrigé notre travail. Un grand merci également à Monsieur Jean-Marc Erard et Monsieur Simon Ducotterd pour la correction des annexes.

Nous tenions également à remercier nos familles et amis respectifs pour leur soutien, leurs encouragements et l'aide qu'ils ont apporté à notre projet.

# TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	2
REMERCIEMENTS .....	3
INTRODUCTION.....	6
1. PROBLÉMATIQUE.....	7
2. BUT ET QUESTION .....	10
3. ETAT DES CONNAISSANCES .....	11
3.1. Troubles des comportements alimentaires :.....	11
3.1.1. Boulimie :.....	11
3.1.2. Anorexie :.....	13
3.2. Adolescence .....	15
3.3. Attitudes et interventions infirmières :.....	16
4. CADRES CONCEPTUELS.....	17
4.1. Concepts.....	17
4.1.1. Crise maturationnelle .....	17
4.1.2. Image de soi.....	18
4.1.3. Rôle infirmier .....	19
4.1.4. Addictions .....	20
5. CADRES DE RÉFÉRENCE.....	22
5.1. Entretien motivationnel .....	23
5.1.1. Roue du changement.....	25
5.2. Modèle de Peplau .....	27
6. MÉTHODE.....	30
6.1. Argumentation du choix du devis.....	30
6.2. Processus de recherche .....	30
6.2.1. Mots clés.....	31
6.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	32
6.2.3. Résultats des stratégies de recherches .....	32

6.3.	Diagramme de présentation des recherches .....	37
7.	RÉSULTATS.....	38
7.1.	Infirmiers .....	39
7.1.1.	Attitudes, valeurs et interventions .....	39
7.1.2.	Contre-attitudes .....	41
7.1.3.	Expériences .....	43
7.2.	Patients.....	44
7.2.1.	Milieu thérapeutique.....	44
7.2.2.	Attitudes et connaissances .....	46
7.2.3.	Equilibre dans les soins.....	47
7.3.	Entourage.....	48
7.3.1.	Soutien .....	48
7.3.2.	Connaissances et perception de la maladie .....	50
8.	DISCUSSION.....	52
8.1.	Analyse et regard critique des recherches sélectionnées .....	52
8.2.	Discussion des résultats .....	52
8.2.1.	Discussion des résultats en lien avec le cadre de Peplau .....	53
8.2.2.	Discussion des résultats en lien avec l'approche motivationnelle .....	54
8.2.3.	Autres approches possibles.....	57
9.	RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE .....	59
10.	PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE .....	61
10.1.	Recherches ultérieures .....	62
11.	LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE .....	63
	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE .....	67
	ANNEXE 1 : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ.....	72
	ANNEXE 2 : GRILLES DE LECTURE DES ÉTUDES SCIENTIFIQUES .....	73

## INTRODUCTION

Dans l'intérêt de notre travail de Bachelor Thesis, nous consacrerons cette revue de littérature à la mobilisation de différentes connaissances afin de nous guider par la suite.

Ce travail est un cheminement de questionnement que nous nous posons en lien avec les interventions et attitudes des infirmières face à des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire. Ceci permettra de répondre à notre problématique et d'y amener des interventions pour notre travail.

Au début de notre projet, nous étions intéressés à creuser les problématiques sur l'image corporelle des patients en milieu somatique. Puis, suite à la lecture de différents documents en lien avec l'image de soi, et plus spécifiquement l'image au corps, nous nous sommes retrouvés face à une riche documentation sur l'image que portent les gens souffrants de troubles des conduites alimentaires (TCA). « Parmi les personnes concernées par les TCA, l'estime de soi est très fortement dépendante de l'image du corps. Cette image est constituée de composantes perceptuelles, subjectives et comportementales. » (Thompson, 1990).

Nous portons un grand intérêt à cette thématique car durant nos différents stages, tant en milieu psychiatrique qu'en milieu somatique, il nous est arrivé de rencontrer des patients souffrants de TCA. Ce qui nous a le plus marqué, c'est la difficulté que les équipes soignantes ont à prendre en soin ce type de patient et le peu de ressources utilisées sur le terrain, alors que la littérature semble très riche sur ce sujet. Nous tendons, à travers cette revue de littérature scientifique, à mettre en avant des moyens plus spécifiques dans la prise en soin de cette catégorie de patients que sont les adolescents souffrant d'un TCA.

Nous commencerons par étayer notre problématique qui nous mènera à notre question de recherche. Nous ferons un bref état des connaissances pour mieux comprendre notre questionnement. Puis, nous ressortirons plusieurs concepts qui nous permettront d'argumenter nos cadres de références. Pour finir, nous expliciterons la méthodologie utilisée pour notre futur travail.

## 1. PROBLÉMATIQUE

D'après le site de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), « Les troubles du comportement alimentaire peuvent entraîner de lourdes conséquences pour les personnes qui en sont victimes, que ce soit sur le plan physique, psychique et social. Dans les cas les plus graves, ils aboutissent à l'invalidité, voire au décès. »

En 2010, l'OFSP a mandaté une recherche consacrée à déterminer la prévalence des différents TCA en Suisse sur une population de 10 000 personnes. Cette étude a mis en évidence trois principaux troubles : l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie compulsive. Les résultats ont démontré que presque 3,5% de la population entre 15 et 60 ans souffre ou a souffert une fois dans sa vie d'un TCA. (Schnyder & al. 2010-2012)

D'après la littérature, 90% des adolescents étant touchés par un TCA seraient de sexe féminin contre 10 % chez le sexe masculin. La prévalence des TCA serait en augmentation dans les pays industrialisés chez les jeunes entre 12 et 15 ans :

- 0.5% à 1% pour l'anorexie mentale
- 2% à 5% pour la boulimie
- 14% pour les troubles de conduites alimentaires non spécifiés

Ces troubles seraient une cause sérieuse de morbidité et de mortalité (taux de mortalité à 5 ans est de 5%) chez les adolescents et jeunes adultes. (Shankland, 2009)

Selon le centre de traitement ambulatoire des troubles du comportement alimentaire de Fribourg :

Les TCA sont sources d'une énorme souffrance. Ces pathologies mettent en scène autant de rapport à nos émotions que la peur de perdre un certain contrôle ou le simple fait de se découvrir soi-même. L'obésité, l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique sont aussi une façon – muette ou violente parfois – de s'exprimer.

Il semblerait que, d'un point de vue général, ce sont les aspects psychosociaux (difficultés scolaires, relations sociales, sexualité) qui sont les plus touchés par ces troubles alimentaires même suite au rétablissement d'un poids dit

« normal ». On trouve d'ailleurs une rechute dans près de 50% des cas. (Shankland, 2009).

Le Conseil d'Etat de Fribourg a mis en évidence (2012):

[Qu'] au niveau romand, nos voisins vaudois et neuchâtelois ont mis sur pied des structures d'accueil et de soin. [...] Dans ces deux cantons, trois axes de soins sont mis clairement en avant : l'intervention d'une équipe spécialiste pluridisciplinaire – la mise à disposition de lits d'hôpitaux consacrés uniquement aux personnes atteintes de TCA [...].

Quant au canton de Fribourg, il semble y ressentir un manque, voire même une absence, de structures appropriées. « Certes, un accueil en ambulatoire est offert, de même qu'une hospitalisation en urgence à l'HFR-Riaz et à l'HFR Fribourg-hôpital cantonal – sans compter la possibilité d'un internement à l'hôpital psychiatrique de Marsens. » La seule institution spécialisée se nomme « le Ceptade » et ne comporte qu'un seul médecin spécialiste des TCA, deux psychologues et un diététicien. Alors que les études ont démontré l'importance d'une équipe pluridisciplinaire comprenant : psychiatres, pédopsychologues, médecins internistes, infirmiers, diététiciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes et assistants sociaux. (Xavier Ganioz, député au Grand Conseil, 2011).

L'adolescence est connue comme étant une phase dite « critique » dans les risques pour l'apparition de TCA. En effet, les transformations tant psychiques que physiques rendent les adolescents plus sensibles et donc, plus fragiles. Ces derniers tendent à être plus facilement influencés par les médias et l'image véhiculée d'un idéal de perfection et de beauté à suivre, surtout chez les filles. Une enquête épidémiologique faite par SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) en 2004, a mis en évidence que « 70% des filles âgées de 16 à 20 ans souhaitaient maigrir, 20% d'entre elles reconnaissent même être en permanence préoccupées par cette idée. [...] 30% ont indiqué suivre un régime. » Il semblerait qu'en Suisse la proportion des adolescents touchés par un TCA est en progression.

Selon Buisson (2010),

Lorsqu'un jeune souffre d'une pathologie psychiatrique, l'ensemble de sa vie est perturbée, notamment son rapport aux autres et parfois



sa possibilité de suivre un parcours scolaire classique. En parallèle, les troubles psychiatriques se traduisent fréquemment par une mise en danger du jeune lui-même ou de son entourage. La gravité des troubles nécessite toujours une aide extérieure, aide au jeune lui-même mais aussi à sa famille.

L'infirmier est primordial, dans les équipes pluridisciplinaires, dans la prise en charge des adolescents souffrants de troubles psychiatriques. «[Les infirmiers] prennent en charge le suivi des patients et de leur famille et construisant des dispositifs d'interventions [...] » (Buisson, 2010). Ce même auteur met en évidence des difficultés existantes, dans la prise en charge des jeunes, dans les milieux psychiatriques. Il en ressort que les professionnels ne sont pas suffisamment formés face aux problèmes de la pédopsychiatrie, avec une difficulté à détecter les troubles mentaux. Mais également un travail en réseaux insuffisant, un manque de suivis des patients et des difficultés à prendre en charge les familles.

L'hospitalisation du sujet a lieu lorsque l'état physique ou psychique devient inquiétant ou que la situation familiale n'est plus endurable. Elle peut s'exiger lors de raisons somatiques, comme par exemple, en cas de dénutrition alarmante. « Il y a mise en place d'une alimentation par sonde nasogastrique, afin d'assurer la remontée jusqu'à un poids où le danger vital est écarté. [...] Ce type d'hospitalisation peut aussi être indiqué en raison de l'existence d'un déni [...] chez le patient et son entourage. » (Maisin, 2004, p.269). Autrement, l'orientation vers un service de psychiatrie spécialisée est indiquée. L'infrastructure doit y être adéquate et permettre une prise en soin plus diversifiée qu'en milieu somatique.

A partir de là, nous ressortons différentes problématiques :

- L'importance de la définition des types de troubles alimentaires.
- Le développement d'attitudes adéquates chez les infirmières confrontées à des patients adolescents souffrant de TCA.
- Les interventions efficaces existantes afin d'aider les adolescents atteints de TCA à un rétablissement.

## 2. BUT ET QUESTION

Au vu des aspects développés dans la problématique, la question de recherche qui sera traitée dans notre Bachelor Thesis est la suivante :

**« Quelles sont les attitudes et les interventions infirmières, en milieu psychiatrique, auprès des adolescents souffrant de troubles alimentaires ? »**

Le but de cette revue de littérature sera de :

Faire ressortir quelles attitudes et interventions sont utilisées par le personnel soignant en institution psychiatrique face à des adolescents atteints de troubles alimentaires. Nous pourrions ainsi déterminer les stratégies efficaces et les comportements adéquats pour des soins de qualité.

### **3. ETAT DES CONNAISSANCES**

Afin de mieux comprendre notre question de recherche, il est nécessaire de définir ce que l'on entend par « troubles alimentaires », « adolescence » et « attitudes et interventions infirmières ».

#### **3.1. TROUBLES DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES :**

D'après Perroud (2010) les troubles des comportements alimentaires (TCA) regroupent plusieurs troubles dont les plus connus sont la boulimie et l'anorexie. Pour cette raison, nous nous centrerons uniquement sur ces deux pathologies dans ce chapitre, bien qu'il en existe d'autres. Il ne nous semblait pas pertinent de traiter des autres troubles de conduites alimentaires étant donné leur rareté dans la littérature. Certaines personnes présentent des troubles alimentaires qui ne correspondent pas spécifiquement à l'anorexie ou la boulimie et on nomme ces troubles : les troubles des conduites alimentaires non spécifiés. (Michaud, s.d)

Le point commun, entre l'anorexie et la boulimie, est « le désir de contrôler son poids en contrôlant son alimentation » (Perroud, 2010). Ce problème découle directement de la société moderne où les femmes sont très attachées à leur silhouette, ce qui leur donne une meilleure estime d'elle-même. (Perroud, 2010).

##### **3.1.1. Boulimie :**

Le DSM IV définit la boulimie par plusieurs points :

- Survenue récurrente de crises de boulimie (consommation rapide de larges quantités de nourriture en un temps limité).
- Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise, c'est-à-dire, de ne pas pouvoir s'arrêter ou de ne pas contrôler ce que l'on mange.
- Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissement provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercices physiques excessifs (le poids est proche de la normale).

- Préoccupations persistantes, voire obsessionnelles au sujet du poids et de la silhouette. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

Les crises de boulimie surviennent en moyenne deux fois par semaine pendant au moins trois mois.

Les conséquences de la boulimie peuvent être propres à chaque personne. Mais on observe un nombre de comportements qui reviennent régulièrement.

Le site de l'association boulimie-anorexie nous donne quelques exemples :

- Obsession : la nourriture envahit toutes les pensées. La planification des crises, comment tout éliminer à la fin de celle-ci. La personne atteinte est incapable de se concentrer sur autre chose et peut organiser son emploi du temps en fonction des crises.
- Contrôle : la personne atteinte de boulimie fait tout pour donner une image parfaite d'elle-même, elle cache son état et sa maladie.
- Repas : elle évitera tous les repas en public. Lorsqu'elle doit manger en compagnie, elle le fera, mais un petit peu, et s'absentera souvent aux toilettes.
- Image de soi : elle a une piètre image d'elle-même, est honteuse de son comportement. Le moment des crises ne font qu'augmenter son dégoût d'elle-même ce qui en résulte à un manque de confiance en elle.
- Régimes : La personne souffrant de boulimie est obsédée par son poids et tentera par tous les moyens d'éliminer ce qu'elle a ingurgité pendant les crises. Elle sautera plusieurs repas jusqu'à avoir trop faim et recommencer une crise.
- Comportement social « chaotique » : elle n'arrive pas à tenir parole, à gérer son argent, etc. Les dépenses pour sa nourriture peuvent lui causer des problèmes financiers qui peuvent mener au vol. Toute son énergie passe par sa préoccupation pour la nourriture et au fur et à mesure, elle abandonnera ses loisirs, ses amies, et va s'isoler.

Le DSM V définit la boulimie par de fréquents épisodes d'hyperphagie boulimie suivie par des comportements inappropriés tels que des vomissements auto-induit pour éviter la prise de poids.

### **3.1.2. Anorexie :**

Selon Shankland (2009), il est nécessaire de ne pas confondre l'anorexie mentale avec l'anorexie secondaire, qui se traduit par une perte d'appétit, suite par exemple, aux effets secondaires d'un traitement médicamenteux. L'anorexie mentale est une conduite pathologique visant à une restriction alimentaire volontaire. On y trouve deux types de conduite anorexique : l'anorexie mentale de type restrictif et l'anorexie-boulimie.

Le DSM-IV-TR définit les critères de base de l'anorexie par ces points :

- Restriction alimentaire : réduction de l'apport calorique, évitement de la graisse et des protéines, planification de régimes stricts.
- Amaigrissement : perte d'au moins 15% ou plus du poids initial, avec refus de maintenir le poids du corps au-dessus du minimum requis, compte tenu de l'âge et de la taille.
- Aménorrhée : chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.
- Image déformée du corps qui consiste en une perception erronée, quasiment illusoire, d'être grosse même si le corps est décharné.
- Frayeur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, qui ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement.

La maigreur est le symptôme le plus frappant chez une personne anorexique, il se définit par une diminution de la corpulence qu'on peut évaluer à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC). La valeur limite de l'IMC est de 17.

D'après l'association anorexie-boulimie, il existe deux types d'anorexie :

1. Le type restrictif : ou la personne s'interdit la plupart des aliments. Elle s'impose un régime très strict, elle saute les repas et jeûne.
2. Le type avec accès de boulimie : le plus fréquent. La personne atteinte d'anorexie lorsqu'elle s'est trop privé de nourriture, arrive à un moment

sur une fringale énorme, qui la pousse à ingurgiter des quantités incroyables de nourriture. Elle se fera vomir par la suite.

Plusieurs comportements peuvent être observés chez les personnes anorexiques. Tout d'abord des signes d'hyperactivités qui permettront à la malade de perdre encore plus de poids, donc de devenir très maigre. Des signes de déni de la maladie et de dépression.

Les manifestations de l'anorexie sont particulières à chaque personne. Cependant, l'association boulimie-anorexie a décrit les manifestations les plus fréquentes :

- Le déni de la gravité de la maigreur actuelle : la personne souffrante ne croit pas avoir un problème avec la nourriture.
- Obsession : maigrir est le maître mot de la vie de la personne souffrant d'anorexie. Toutes ses pensées sont occupées à comptabiliser les calories qu'elle a mangées. Elle se demande tout le temps « comment faire pour maigrir, pour cacher le fait qu'elle ne mange pas, pour éviter d'être invité chez des amis ? ». Elle peut passer des heures devant le miroir pour observer chaque cm<sup>2</sup> de son corps.
- Image de soi : la personne atteinte d'anorexie a une faible image d'elle-même. Elle ne se trouve pas belle, elle a beaucoup de peine à s'accepter telle qu'elle est.
- Autodestruction : pour faire face à une trop grande souffrance, elle cherche à se faire du mal et peut avoir des comportements d'automutilation, voire même de tentatives de suicide.
- Contrôle : pour avoir le sentiment de contrôler sa vie, la personne atteinte d'anorexie met tout en place pour contrôler le nombre de calorie qu'elle mange, sélectionne les bons aliments. Elle contrôle également l'évacuation de la nourriture. Soit par des vomissements provoqués, soit par des laxatifs/diurétiques. Son organisation est imperturbable.
- Perfectionnisme et maniaquerie : elles sont très brillantes à l'école car leur travail est préparé à la perfection. A la maison, l'anorexique a besoin

d'être active, elle fait le ménage, fais beaucoup de sport et maintient un ordre impeccable.

- Abandon de ses loisirs et perte de sa vie sociale : la personne souffrant d'anorexie va petit à petit s'enfermer dans son monde et être de moins en moins accessible pour son entourage.
- Recherche de chaleur : à force de maigrir, l'anorexique va chercher constamment de la chaleur. Contre des radiateurs, avec des bouillottes, avec plusieurs couches de vêtements, etc.
- Difficulté à trouver le sommeil : avec le temps, elle a de plus en plus de peine à dormir. Ses troubles du sommeil et son amaigrissement entraînent des difficultés de concentration et un épuisement.
- Hyperactivité : elle fait du sport de manière extrême dans le but de maigrir le plus vite possible.
- Comportements extrémistes : elle peut passer d'un comportement de désintérêt total à un comportement où il faut absolument réussir. Elle a des périodes d'euphorie où tout va bien et d'un coup elle repart dans une forte dépression, de découragement et d'isolement. Elle a tendance à agir de manière très directe, sans réfléchir aux conséquences.

Selon le DSM V, l'anorexie mentale touche principalement les adolescentes et les jeunes femmes. Elle est caractérisée par une image corporelle déformée et une minceur excessive, qui conduit à une perte de poids sévère, avec une peur pathologique de grossir.

### **3.2. ADOLESCENCE**

Selon l'OMS, l'adolescence est la « période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre l'âge de 10 et 19 ans ». Durant cette période, beaucoup de bouleversements sont notés et il s'agit d'une phase critique dans la vie.

L'adolescence prépare à l'âge adulte et l'on observe plusieurs étapes dans le développement. Outre la maturation physique et sexuelle, il s'agit pour les adolescents d'apprendre à développer leur identité et d'établir des relations d'adultes. L'adolescence est un moment au cours duquel « les risques sont

importants et où le contexte social peut exercer une influence déterminante ». (OMS, 2014).

Les adolescents ne sont pas complètement capables de comprendre un comportement et le lien avec ces conséquences. Cette incapacité peut les rendre vulnérables à l'exploitation sexuelle ou à des comportements à hauts risques. C'est pour cette raison que l'entourage de la famille est primordiale pour les « aider à faire face aux pressions qu'ils subissent et à réussir le passage de l'enfance à l'âge adulte. » (OMS, 2014).

### **3.3. ATTITUDES ET INTERVENTIONS INFIRMIÈRES :**

Selon Allport (1935), une attitude « est un état mental de préparation à l'action qui exerce une influence dynamique sur nos comportements ». En d'autres termes, c'est une façon de se comporter, à porter un jugement ou à être dans une situation donnée. L'attitude va engendrer un comportement qui est défini comme « une action ou une réaction de la personne à un stimulus donné ». (Phaneuf, 2010)

Une intervention « correspond à une action thérapeutique destinée à enrayer une maladie, à modifier un état pathologique ». (Dallaire, 2008, p.235). Ce terme est utilisé pour désigner quelque chose que le patient a reçu ou des actes que l'infirmière a faits pour « l'individu, la famille et la communauté ». (Dallaire, 2008, p.235). L'infirmière planifie des soins afin essayer d'obtenir des résultats positifs chez les patients. L'intervention vise un changement positif ou un résultat précis. (Dallaire, 2008, p.255).



## **4. CADRES CONCEPTUELS**

Nous allons mettre en évidence des concepts en lien avec notre thématique, puis nous expliciterons les cadres de référence choisis.

### **4.1. CONCEPTS**

Trois concepts clés ont été mis en avant lors de nos recherches et nous semblent importants à la compréhension de notre objet d'étude : le concept de crise maturationnelle, l'image de soi et le rôle professionnel.

#### **4.1.1. Crise maturationnelle**

Erikson (1974), définit la crise maturationnelle comme étant des crises dans la construction de la personnalité. Ces « crises » sont au nombre de 8 stades psychosociaux dans la vie d'un individu : stade de nourrisson, la première enfance, l'âge préscolaire, l'âge scolaire, l'adolescence, le jeune adulte, l'âge adulte et la vieillesse. La réussite du passage d'un stade de manière satisfaisante est primordiale afin que la personne puisse affronter de manière adéquate le stade suivant. Sans cela, la recherche de l'identité ne pourra se faire correctement.

Ce même auteur « insiste sur le fait qu'on doit constamment modifier et adapter son comportement pour garder la maîtrise de sa propre vie. » Il arrive que le stress ainsi que l'angoisse ne permettent pas à l'individu de surmonter sa crise actuelle et qu'il demeure sur un palier de développement.

« La personne qui n'aurait pas résolu la crise d'identité typique de l'adolescence pourrait montrer des difficultés à s'engager dans une relation affective stable ou sombrer dans une maladie qu'elle n'arrive pas à accepter [...]. » (Kozier & Erb, 2005, pp. 477-479)

Si la résolution des crises des 8 stades se font de manière appropriée, la personnalité de l'individu se verra en « bonne » santé psychosociale. Mais, à l'inverse, si la résolution est imparfaite ou qu'il y ait un échec à un stade, la personne se verra en difficulté face à la résolution de la crise suivante.

#### 4.1.2. Image de soi

Il est nécessaire de définir ce qu'on entend par « Image ». Selon Gregg-McQuilkin (2003), « l'image [est une] conception populaire d'une personne, d'une institution ou d'une nation, projetée spécifiquement à travers les médias. »

L'image est un phénomène complexe synthétisant les représentations sociales d'un ensemble d'éléments, mais aussi le souvenir du vécu d'une personne en lien avec l'objet décrit. Cette représentation mentale exprime un fait théorique, pouvant s'éloigner de la réalité, mettant en évidence un modèle normatif pouvant être nourri par différents stéréotypes. (Parrot, 1973).

Afin de mieux comprendre le concept de l'image de soi, il nous est important de définir ce qu'est l'estime de soi : L'estime de soi est un concept primordial à l'équilibre psychologique. En effet, s'il est positif, il amène à un bien-être de l'individu, d'être efficace et de mieux affronter les problèmes de la vie. Cependant, lorsqu'il est négatif, il amène à de la souffrance et à une perturbation de l'équilibre. (Christophe & Lelord, 1999).

L'estime de soi est basée sur trois piliers nécessaires pour un bon équilibre de son estime : la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui), la vision de soi (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir), l'amour de soi (se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations).

Des chercheurs expliquent que l'estime de soi est composée de multiples estimations de soi, venant de différents domaines et n'ayant pas forcément un fonctionnement interdépendant. Mais d'autres chercheurs pensent que l'estime de soi n'est pas séparable et divisible, car on ne peut avoir une bonne estime de soi dans un domaine sans que cela ne touche à un autre domaine. « L'estime de soi ne peut alors se comprendre que comme un regard global sur soi-même ». (Parrot, 1973).

L'importance de la maigreur contraste avec le sentiment de bien-être, ce sentiment étant induit par la conséquence du jeûne sur la production d'endorphines. (Skankland, 2009) Ce « bien-être » écarte l'anxiété ainsi que les symptômes dépressifs, poussant la personne à continuer dans son comportement.

Selon Angélique Gimenez, psychothérapeute (2011) : « Grand nombre des personnes souffrant de trouble du comportement alimentaire ont une estime d'elle-même extrêmement basse et sont excessivement exigeantes envers elles-mêmes. » Ces personnes ayant des difficultés dans différents domaines de leurs vies, elles font en sorte d'avoir une emprise totale sur leur aspect physique.

#### **4.1.3. Rôle infirmier**

Nous choisissons de nous servir du modèle d'intermédiaire culturel, selon Michel Nadot, car il permet de mettre en évidence le rôle de l'infirmière auprès du patient.

Le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot permet aux infirmières de «se situer et de se positionner dans un monde où les demandes des uns et des autres (SC1, 2 et 3) ne sont pas toujours en synergie». En effet, au centre de ces systèmes, l'infirmière doit avoir suffisamment de connaissances pour «pouvoir décoder et répondre à des langages venant de champs disciplinaires divers». (Nadot, 2008, p.237)

Michel Nadot décrit la médiologie de la santé comme : l'étude systématique de l'activité soignante dans son ensemble avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage. Ce sont trois ensembles qui vont bénéficier des prestations soignantes et façonner les exigences de la fonction. [...] L'infirmière fournit, en toute circonstance et souvent simultanément, des prestations au système de santé (SC1), au corps médical (SC2), à la personne soignée et son entourage (SC3). L'infirmière, en tant qu'intermédiaire culturelle entre ces 3 systèmes, occupe donc une place stratégique dans le monde des soins [...].

Description des systèmes culturels :

Un système culturel est un « ensemble d'éléments symboliques qui guident l'action et la contrôlent ». Les différents systèmes fournissent des informations qui « seront décodées par l'infirmière et entraîneront des actions, des activités ou certaines pratiques de sa part ». Elle rend donc service à chacun des systèmes en répondant à leur demande.

Les systèmes culturels « portent les chiffres de 1-2-3 en fonction de l'apparition chronologique des écrits au sein du système hospitalier ». Le premier est donc l'institution, suivie par le corps médical et pour finir, les soignants.

La position d'intermédiaire culturelle qu'a l'infirmière, même si elle est complexe, va permettre « un bon fonctionnement du système global et une prise en charge pertinente du patient » (Nadot, 2008, p.365). Elle doit être capable « d'analyser les services qu'elle rend aux différents systèmes, les raisons qui la poussent à privilégier les demandes de l'un ou l'autre, les arguments, connaissances, valeurs qu'elle met en avant pour justifier ses choix et ses actions [...]. »

Ce modèle fournit une « structure globale pour décrire et analyser l'ensemble de l'activité infirmière, en expliquant en quoi soigner est un service rendu autant à l'institution et au corps médical, qu'à la personne soignée. ».

#### **4.1.4. Addictions**

Goodman explique qu'une addiction est un :

processus par lequel un comportement, susceptible de permettre à la fois un plaisir mais aussi le soulagement d'un malaise, s'organise d'une manière qui inclut la notion de perte de contrôle et également la poursuite du comportement, malgré la connaissance de ses conséquences négatives (Perrinjaquet, 2011).

Selon Perroud (2010), les troubles alimentaires rejoignent les addictions sur quelques points. Par exemple, « dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique des comportements impulsifs répondent [à la définition d'addiction] ». Ces comportements sont liés au besoin d'éliminer une tension. (Perroud, 2010.p.19)

Pour ce qui est de l'anorexie, son fonctionnement et son lien avec les addictions est plus éloigné que pour la boulimie. Le comportement de restriction n'est « animé ni par un certain degré d'impulsivité, ni par la recherche de la satisfaction immédiate d'un besoin ou d'un plaisir. » (Perrou, 2010. p.19) Son lien avec les addictions est marqué par le mode de « pensées dichotomiques », présent aussi dans les autres troubles. Ces personnes fonctionnent en « tout ou rien ». Un autre lien est les sentiments d'anxiété très présents, que l'on retrouve dans les addictions. (Perroud, 2010. p.19)

Les troubles alimentaires intègrent les addictions ou les dépendances. « Tant par le comportement de recherche de produits et de sensations en vue de combler un vide interne, que par l'auto renforcement automatique (psychique et psychologique) de la conduite [...]. (Ambresin, s.d) Un processus comparable à l'addiction retient le patient avec son comportement alimentaire et ses attitudes. Autant au « niveau biologique, qu'au niveau psychique [...], par des effets [...] de sensations procurées par ces comportements. » (Corcos et al. 2000).

## 5. CADRES DE RÉFÉRENCE

Pour pouvoir analyser les résultats des recherches, il est nécessaire d'avoir recours à certains cadres théoriques et cadres de références en lien avec le thème de ce travail.

Nous expliciterons d'abord l'entretien motivationnel qui est primordial pour pouvoir aider les infirmières à faire face au changement et d'accompagner les patients dans ce processus.

Les comportements à risques lors de l'adolescence augmentent et ces jeunes personnes ont peu de prise en compte de leurs problèmes médicaux, ce qui peut conduire à des problèmes de santé à long terme. Les « conflits avec les parents et la pression des pairs contribuent à accentuer [leur] stress » et ils se sentent mal compris. Malgré cela, les adolescents sont plein d'énergie et leur capacité de changement est grande. De ce fait, les interventions que les soignants aimeraient faire seront beaucoup plus difficiles à mettre en place car un adolescent qui n'est pas motivé à changer peut « s'opposer à toutes les suggestions que [nous ferons]. » L'entretien motivationnel est une méthode de changement de comportement qui va permettre aux soignants de créer une relation « authentique » et d'améliorer le potentiel de l'adolescent pour envisager un changement. (Naar-King & Suarez, 2011) Ce cadre nous permettra de mieux comprendre quelles sont les interventions et les attitudes des infirmières, utiles afin d'encourager les adolescents à entamer le processus de guérison de leur trouble. Les aider à maintenir cette motivation et leur donner les ressources nécessaires pour continuer leur parcours.

Pour terminer, nous utiliserons le modèle de Peplau qui appuie l'entretien motivationnel en expliquant les différentes phases de la relation ainsi que les rôles particuliers des infirmières.

Selon Peplau (1995). Les infirmières ont de multiples rôles qu'elles exercent en fonction des besoins des individus, pour nous des adolescents. Leur formation, leur expérience, leur contact avec le patient et les familles leur permettent d'exercer ces rôles en se focalisant sur les patients et en travaillant avec d'autres professionnels. Ce cadre de référence démontre que « les besoins, les frustrations, les conflits, ou l'anxiété peuvent devenir source d'évolution tant

pour le patient que son infirmière ». (Soudan, 2012). Le processus de soins est « éducatif et thérapeutique » lorsque le patient et l'infirmière arrivent à se connaître et se respectent mutuellement et donc partagent la résolution de problèmes. L'infirmière peut amener les adolescents à développer leurs capacités pour résoudre leurs problèmes par eux-mêmes. (Soudan, 2012).

### **5.1. ENTRETIEN MOTIVATIONNEL**

L'entretien motivationnel (EM) est une « méthode de communication centrée sur le patient [...] qui permet d'aider à l'exploration et à la résolution de l'ambivalence face au changement. » (Lécallier & Michaud, 2004)

Selon Miller & Rollnick (2013), dans notre métier d'infirmier, nous avons naturellement des discussions sur le changement chaque jour avec les patients. Nous demandons des informations, nous investiguons et sommes attentif à « la réticence, au désir ou à l'engagement face au changement ». (Miller & Rollnick, 2013, p.3)

L'EM « implique de prêter attention au langage naturel sur le changement et en particulier sur la façon d'avoir une conversation plus efficace sur le sujet » (Miller & Rollnick, 2013, p.4) Le but de l'EM est que les personnes puissent décrire un changement pour eux même, grâce à leurs propres valeurs et leurs propres intérêts.

Pour ces mêmes auteurs, nous pouvons observer différentes formes de conversations soignants-soignés :

1. Une conversation de style directif : Ici, le soignant fournit des informations, des consignes, des conseils. Dans ce genre de relation le patient peut se sentir obligé d'obéir et de se conformer à ce qu'on lui dit.
2. Une conversation du style suivre : Dans cette relation les soignants essayent de comprendre et de ne pas imposer leur paroles. Le patient reste libre dans ses choix et le soignant est ici pour le laisser faire à sa façon.
3. Une conversation du style guide : C'est ce que nous recherchons dans l'EM. Un guide « compétent a de bonnes capacités d'écoute et propose son expertise lorsqu'elle est nécessaire ». Il ne faut pas trop en faire, ni trop peu pour aider le patient.

Le premier automatisme chez les soignants est d'avoir plutôt un style directif pour aider les patients à aller sur le chemin de la guérison. Ceci s'appelle le « réflexe correcteur », il s'agit de vouloir corriger une situation, tenté de la redresser pour le bien du patient. (Miller & Rollnick, 2013)

Souvent, les patients ne voient pas l'utilité d'un changement ou ils ont des raisons de le faire et des raisons de ne pas le faire. C'est la phase de l'ambivalence, où ils « restent bloqués sur la roue du changement » (Miller & Rollnick, 2013, p.6). Lors de cette phase, les personnes ont souvent un discours mélangé avec des arguments pour le changement et des arguments contre. Lorsqu'ils arrivent à un début de décision, c'est là que les inconvénients de celle-ci apparaissent le plus évidents et donc ils se retrouvent à choisir l'autre solution. Alors, que doit faire le soignant lorsque la personne se trouve ambivalente ? Si l'on argumente pour l'un des côtés, la personne va forcément défendre l'autre côté. Il est donc préférable de ne pas prendre position pour l'une ou l'autre des solutions.

Pour Miller & Rollnick (2013), le but est d'essayer d'entraîner le patient à verbaliser les raisons du changement car les personnes, en général, sont plus favorable à un changement lorsqu'ils se l'entendent dire eux-mêmes. Il ne faut pas donner de conseil mais on peut essayer de poser une série de questions et écouter attentivement les réponses données :

1. « Pour quelles raisons voudriez-vous faire ce changement ? »
2. « Comment pourriez-vous vous y prendre pour le mener à bien ? »
3. « Quelles sont les trois meilleures raisons que vous avez pour effectuer ce changement ? »
4. « A quel point est-ce important pour vous de faire ce changement, et pourquoi ? »

Suite à ces questions, il suffit de faire un résumé de ce que le patient nous a dit. Grâce à cette conversation, la personne va s'entendre parler du changement et se sentira soutenu dans sa démarche.

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. [...] C'est en premier lieu une



conversation sur le changement, [...] une conversation collaborative, jamais un cours ou un monologue. C'est plus une façon de guider que de diriger. Et, comme son nom l'indique, son objectif premier est de renforcer la motivation au changement – la motivation propre de la personne. (Miller & Rollnick, 2013, pp.12-13)

Miller & Rollnick (2013.), mettent l'accent sur quatre aspects de l'esprit de l'EM :

- Le partenariat est le premier aspect essentiel. Il dit que l'EM ne se pratique pas « sur » une personne mais en collaboration avec elle. L'intervenant ne peut réussir à faire changer une personne sans que celle-ci y soit d'accord, car ce sont ces personnes qui sont les experts de leur propre vie et celle qui se connaissent le mieux. « Le but est alors de comprendre ce que fut jusque-là cette vie, de voir le monde à travers les yeux de l'autre plutôt que de substituer sa vision à la sienne. » (Miller & Rollnick, 2013, p.16)
- Le deuxième aspect est le non-jugement qui est basé sur le travail de Carl Rogers. « Il consiste à accepter sans réserve ce que le client apporte. » (Miller & Rollnick, 2013, p.16)
- Un autre aspect est l'altruisme. « Être altruiste, c'est promouvoir de façon active le bien-être de l'autre, donner la priorité aux besoins de l'autre. » (Miller & Rollnick, 2013, p.20). Il est impossible d'être altruiste dans son propre intérêt. Ici il s'agit de montrer que l'on peut être digne de confiance pour le patient.
- Le dernier aspect est l'évocation et démontre que les patients ont en eux les motivations et les ressources pour faire face aux changements. Le soignant doit rechercher ces ressources plutôt que d'évaluer les déficits du patient.

« L'entretien motivationnel n'est pas une façon de piéger les gens dans le changement : c'est le moyen de mobiliser leurs propres motivations et leurs propres capacités à changer ». (Miller & Rollnick, 2013, p.16)

### **5.1.1. Roue du changement**

Pour Tupker & Sagorsky (s.d), la roue du changement de Prochaska et DiClemente fait partie intégrante de l'entretien motivationnel car elle décrit les

différentes étapes du changement. A chaque étape, le patient doit se fixer de nouveaux objectifs et ainsi passer à l'étape suivante. Les écarts et les rechutes font partie de la thérapie.

Différentes étapes ont lieu : (Tupker & Sagorsky, s.d.)

- La pré-contemplation : le sujet ne voit pas qu'il y a un problème et n'envisage pas de changement. Le but du thérapeute va être de le laisser se rendre compte de son comportement problématique et de créer un lien de confiance avec. Le thérapeute va également donner des informations afin de le sensibiliser.
- La contemplation : le sujet prend conscience de son problème mais reste très ambivalent quant à son envie de changer. Le thérapeute va peser le pour et le contre de ce changement.
- La préparation : le patient s'imagine changer de comportement. Le but du thérapeute dans cette étape est de renforcer sa motivation, de poser des objectifs avec lui tout en respectant son rythme.
- L'action : ici, les patients changent. Ils élaborent de nouveaux comportements et sont très actifs dans leur changement. Le thérapeute doit l'aider à gagner confiance en lui et l'accompagner dans le processus.
- La maintenance : dans cette étape, le patient adapte ses objectifs et ses comportements pour qu'ils durent sur le long terme. Le thérapeute va « généraliser ces nouveaux comportements » et rendre le patient attentif aux situations difficiles afin de gérer les rechutes.
- La rechute : qui n'est pas considérée comme un échec, mais comme un événement utile au processus de changement. Lorsqu'une rechute a lieu, le patient se retrouve à une étape précédente. A ce stade, le thérapeute l'encourage à tirer profit des erreurs et réévalue les objectifs et les intentions.

Nous avons décidé d'utiliser ce modèle dans notre travail car, selon nous, les infirmières doivent être en mesure d'aider le patient à trouver sa propre

motivation pour procéder aux changements nécessaires à sa vie quotidienne en lien avec ses troubles alimentaires.

## **5.2. MODÈLE DE PEPLAU**

Hildegarde Peplau fait partie de l'école de l'interaction qui « centre son intérêt sur le processus d'interaction entre l'infirmière et le patient, entre le soignant et le soigné. » (Mias, 1993, p.6)

Pour elle, « les soins infirmiers constituent une démarche interpersonnelle et souvent thérapeutique qui comprend des actions qui requièrent la participation de deux personnes ou plus, (...) » (Peplau, 1952, p.1)

### ***Les étapes de la relation infirmière/patient :***

Ces étapes « se chevauchent dans la relation (...), chacune est caractérisée par une imbrication de rôles et de tâches relatifs au problème de santé posé. A mesure que l'infirmière et le patient apprennent à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles et tâches se redéfinissent. » (Peplau, 1952, p.2)

Ces phases sont : (Peplau, 1952, p.3-6)

1. *L'étape d'orientation* : Le patient identifie son problème de santé et les personnes ressources. Durant cette phase, le soignant et le soigné sont deux étrangers et durant cette phase, l'infirmière met en œuvre quatre types de rôles infirmiers :
  - a) *Personne ressource* : elle donne les informations nécessaires au patient.
  - b) *Conseillère, assistance psychosociale* : elle écoute le patient.
  - c) *Substitut maternel, paternel ou fraternel* : elle permet au patient de revivre des sentiments vécus lors de relations antérieures. Et lui donne de nouvelles figures symboliques qui lui permettent de réorienter ses sentiments.
  - d) *Expert technique* : elle sait manipuler différents appareils.

L'orientation est essentielle à la pleine participation du patient et à l'intégration complète de l'événement maladie dans le cours de ses expériences de vie. Elle permet au patient de clarifier ses premières

impressions globales du problème en demandant et en recevant de l'aide.

2. *La phase d'identification* : Le patient identifie l'infirmière comme une personne qui peut diminuer l'insécurité liée à sa maladie. L'infirmière a pour mission de permettre l'expression émotionnelle du patient. Elle pourra également clarifier les idées préconçues du patient au sujet des infirmières et des soins infirmiers, mais aussi ses propres idées concernant le patient et sa capacité à gérer le problème.

Les soins infirmiers symbolisent l'acceptation des malades tels qu'ils sont, et leur assistance en période de stress. Le patient apprend à utiliser la relation infirmière-patient à mesure qu'ils en viennent à se connaître et à se respecter mutuellement.

3. *La phase d'exploitation* : Le patient atteint une phase où il peut vraiment tirer bénéfice de la relation avec l'infirmière. L'observation du patient permet à l'infirmière d'aider celui-ci à trouver un équilibre entre besoin de rester dépendant et besoin d'être indépendant.
4. *La phase de résolution* : Cette phase est un « processus de libération, de marche vers l'indépendance. C'est le patient qui en donne les premiers signes, mais l'infirmière doit les percevoir et les encourager. » (Mias. 1993, p.10)

### **Les rôles infirmiers :**

Dans son modèle, Hildegard Peplau définit les étapes de la relation infirmière-patient grâce à six rôles que va jouer l'infirmière : (Nightingale & Peplau, s.d.)

1. *Le rôle de personne étrangère* : elle accorde respect et intérêt au patient comme elle en accorderait à un étranger lors de la première rencontre.
2. *Le rôle de personne de ressource* : elle apporte des réponses spécifiques à des questions formulées par les patients.
3. *Le rôle d'enseignante* : elle aide le patient à tirer parti de l'expérience qu'il vit.

4. *Le rôle de leader démocratique* : dans de nombreuses situations au niveau du patient ou de l'équipe, « elle encourage la participation de tous aux efforts de tous ». (Peplau, 1952, p. 47)
5. *Le rôle de substitut* : elle est souvent poussée par les patients qui le font inconsciemment (mère, frère, sœur, père). Il faut donc explorer avec les patients, les zones de différences et de ressemblances de la relation présente et des relations antérieures. L'idéal consiste à permettre au patient de ré-exprimer des sentiments archaïques, sans pour autant oublier le rôle professionnel de l'infirmière attentive à stimuler le développement de la personnalité.
6. *Le rôle de conseiller* : elle travaille à la promotion d'expérience favorisant la santé physique et mentale.

Peplau « a cherché à étudier comment chaque personne réagit face à la maladie et comment dans ce contexte, la relation infirmière-patient va s'établir et évoluer [...] ». (Nightingale & Peplau, s.d., p.6)

## **6. MÉTHODE**

### **6.1. ARGUMENTATION DU CHOIX DU DEVIS**

Nous utiliserons la revue de littérature systématique comme devis pour notre étude. Selon N. Nadot (2010-2011), la revue systématique de littérature (systematic review) est une « [d]émarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser avec rigueur, les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné. »

Cela permettra une évaluation critique des recherches effectuées, sur un thème ou un questionnement semblable, puis d'en faire une analyse des résultats et d'en extraire une synthèse. Tout ceci, afin de répondre à une question que nous même, nous nous posons.

### **6.2. PROCESSUS DE RECHERCHE**

Le processus de travail pour une revue de littérature systématique se base sur un schéma pré-établi afin de confirmer la validité des recherches utilisées.

Nous utiliserons des banques de données telles que PUBMED et CINAHL, pour nos recherches d'articles scientifiques. Nous avons également été attentifs aux sources de nos articles trouvés car elles nous ont permis de nous diriger vers d'autres recherches.

Sur ces banques de données, nous prendrons les recherches scientifiques les plus adaptées et les plus pertinentes à notre problématique. Nous nous baserons sur les résumés ou les introductions des différents articles en nous servant des critères d'inclusions et d'exclusions cités ci-dessous. Suite à cela, nous utiliserons les grilles de lecture critique d'un article scientifique, en annexe, afin d'en extraire les informations utiles à notre travail.

Nous synthétiserons ensuite les différents résultats des articles et les analyserons afin de tenter de répondre de manière pertinente à notre question de recherche. Les résultats seront ensuite mis en lien avec le cadre de référence et les concepts cités plus haut. Notre travail s'achèvera par un chapitre qui résumera nos résultats, puis sur une discussion. (Loiselle, 2007)

### 6.2.1. Mots clés

Voici les mots clés que nous aurons utilisés afin de faire nos recherches, dans les banques de données, citées auparavant.

Anglais	Français
<b>Nurse</b>	Infirmière
<b>Nursing</b>	Soins infirmiers
<b>Eating disorders</b>	Trouble alimentaire
<b>Eating disorders/psychologie</b>	Troubles alimentaires / psychologie
<b>Eating disorders/nursing</b>	Trouble alimentaire / soins infirmiers
<b>Anorexia nervosa</b>	Anorexie mentale
<b>Anorexia nervosa/nursing</b>	Anorexie mentale/soins infirmiers
<b>Anorexia nervosa/psychology</b>	Anorexie mentale / psychologie
<b>Anorexia nervosa therapy</b>	Thérapie pour l'anorexie mentale
<b>Adolescents</b>	Adolescents
<b>Attitude</b>	Attitude
<b>Attitude to health</b>	Attitudes pour la santé
<b>Motivation</b>	Motivation
<b>Food Habits/psychology</b>	Habitudes alimentaires / psychologie
<b>Treatment</b>	Traitement

<b>Caregivers</b>	Aidants naturels
<b>Therapists</b>	Thérapeutes
<b>Family therapy</b>	Thérapie de famille
<b>Body Image</b>	Image corporelle

### 6.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nos critères d'inclusion sont :

- Adolescent (10-19 ans)
- Une personne étant ou ayant été atteinte d'un trouble du comportement alimentaire.
- Les interventions infirmières.
- Des études en anglais.
- Des études entre 2000 et 2013.
- Le contexte se passe dans un établissement pour troubles alimentaires.

Nous avons exclu les critères suivants :

- Les enfants et les adultes.
- Les personnes n'ayant pas été atteintes d'un trouble du comportement alimentaire.
- Les interventions non-infirmières et non-autonomes.
- Le contexte somatique (urgence médicale)

### 6.2.3. Résultats des stratégies de recherches

Après ces différentes étapes, 13 études ont été trouvées en lien avec la question de recherche. Dans les tableaux suivants se trouvent les stratégies employées pour trouver les recherches scientifiques :

<b>Base de données</b>	<i>PUBMED</i>
<b>Mots-clés</b>	« Anorexia Nervosa », « Nursing »



<b>Nombres trouvés</b>	64
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakker, R., Van Meijel, B., Van Ommen, J., Meerwijk, E., &amp; Van Elburg, A. (2011). <b>Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions.</b> <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i>, 24, 16-22. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Van Ommen, J., Meerkijk, EL., Kars, M., Van Elburg, A. &amp; Van Meijel, B. (2008). <b>Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective.</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 18, 2801-2808.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Base de données</b>	<i>PUBMED</i>
<b>Mots-clés</b>	« Anorexia Nervosa/nursing » ; « Adolescent »
<b>Nombres trouvés</b>	95
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugai, J., Stein-Parbury, J. &amp; Roche, M. (2012). <b>Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective.</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22, 2020-2029.</li> <li>• Withney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. &amp; Terasure, J. (2005). <b>Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study.</b> <i>The British Journal of Psychiatry</i>. 187:444-9.</li> <li>• Ramjan, L.M., (2004). <b>Nurses and the « therapeutic relationship »: caring for adolescents with anorexia</b></li> </ul>

	<p><b>nervosa</b>. <i>Journal of advanced nursing</i>, 45(5), 495-503.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• King, S.J., de Sales, T. (2000). <b>Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective</b>. <i>Journal of Advanced nursing</i>. 32(1):139-47.</li> </ul>
--	---

<b>Base de données</b>	CINHAL
<b>Mots-clés</b>	« Anorexia Nervosa » ; « Adolescent » ; « Attitude to health »
<b>Nombres trouvés</b>	9
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turrell, S.L., Davis, R., Graham, H. &amp; Weiss, I. (2005) <b>Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness</b>. <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i>, 18(3), 116-26.</li> </ul>

<b>Base de données</b>	CINHAL
<b>Mots-clés</b>	« Eating disorders » ; « Treatment » ; « Attitude »
<b>Nombres trouvés</b>	128
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Walker, S. &amp; Lloyd, C., (2011). <b>Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience</b>. <i>International Journal of Therapy and Rehabilitation</i>. 18 (7): 383-91.</li> </ul>

<b>Base de données</b>	CINHAL
<b>Mots-clés</b>	« Anorexia Nervosa Treatment » ; « Patient » ; « Body Image »
<b>Nombres trouvés</b>	59
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tierney, S. (2008). <b>The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa.</b> <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association.</i> 13(6):368-75.</li> </ul>

<b>Base de données</b>	CINHAL
<b>Mots-clés</b>	« Anorexia Nervosa » ; « Adolescent » ; « Nursing »
<b>Nombres trouvés</b>	23
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Westwood, L.M., Kendal, S.E. (2012). <b>Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature.</b> <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</i> 19(6):500-8. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colton, A. &amp; Pistrang N. (2004). <b>Adolescents' experiences of inpatient treatment.</b> <i>European eating disorders review.</i> 12(5):307-16.</li> </ul> </li> </ul>

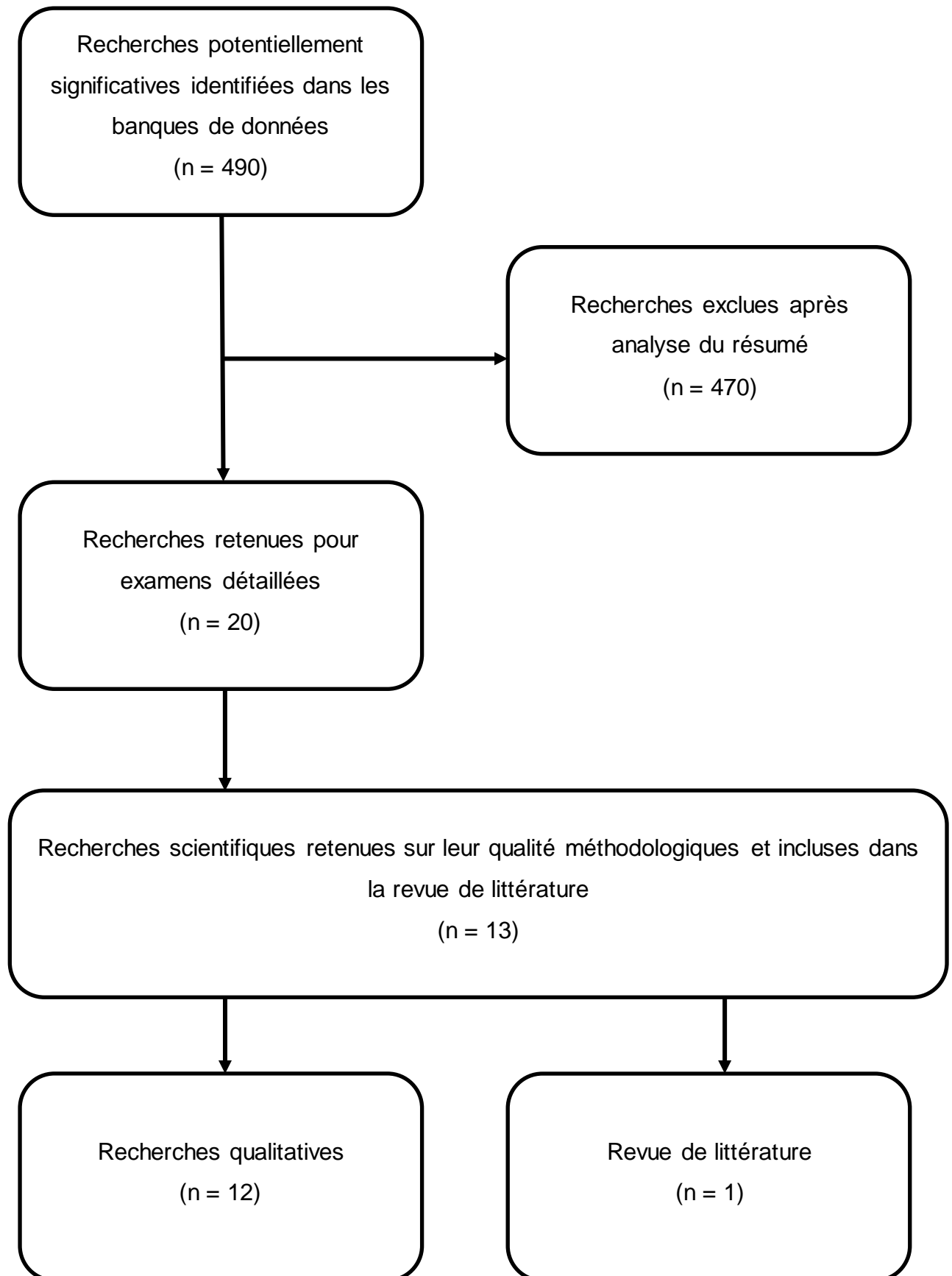
<b>Base de données</b>	CINHAL
------------------------	--------

<b>Mots-clés</b>	« Anorexia nervosa therapy » ; « Therapists »
<b>Nombres trouvés</b>	23
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. &amp; Mcvey, G. (2013). <b>Understanding the Uptake of Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Therapist Perspectives.</b> <i>International Journal of Eating Disorders.</i> 46(2):177-88.</li> </ul>

<b>Base de données</b>	CINHAL
<b>Mots-clés</b>	« Eating disorders » ; « Treatment » ; « Nursing »
<b>Nombres trouvés</b>	89
<b>Référence de la recherche sélectionnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. &amp; Kohn, M. (2006). <b>Discursive Constructions of 'eating disorders nursing': an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients.</b> <i>European Eating disorders review.</i> 14(2): 125-35.</li> </ul>

Chaque étude scientifique a été analysée à l'aide d'une grille d'analyse. Les résultats de celles-ci sont présents en annexe 2.

### 6.3. DIAGRAMME DE PRÉSENTATION DES RECHERCHES



## 7. RÉSULTATS

Afin de réaliser cette revue de littérature, nous avons retenu au départ 20 études. Sept études ont été exclues après une lecture plus détaillée pour différentes raisons : certaines ne traitaient pas assez des interventions/attitudes infirmières avec des patients souffrants de troubles alimentaires ou de leurs expériences, d'autres ne correspondaient pas à notre contexte et présentaient des soins d'urgences ou n'intégraient pas nos critères d'inclusions. Pour terminer, nous avons gardé treize études, dont douze sont qualitatives et une était une revue de littérature.

Dans notre échantillon, les recherches sont composées d'infirmières, de patients et dans certaines, les familles sont aussi incluses. Certaines études se penchent sur les attitudes ou les interventions infirmières, directement en lien avec notre question de recherche. D'autres, parlent des expériences des soignants ainsi que des patients et de leur famille face à la maladie et de leur besoins pour la traiter. D'autres encore, traitent des obstacles que rencontrent ces différents protagonistes dans la relation thérapeutique. Catégorisation des résultats :

Après analyse des études retenues, nous avons ressortis trois thèmes principaux, qui représentent les points de vue de chaque groupe trouvés dans les recherches, auxquels nous avons ajouté des sous-thèmes. La présentation des résultats se fera donc de la manière suivante :

- Infirmiers:
  - Attitudes, valeurs et interventions
  - Contre-attitudes
  - Expériences
- Patients :
  - Milieu thérapeutique
  - Attitudes et connaissances
  - Equilibre des soins
- Entourage :
  - Soutien
  - Connaissances et perception de la maladie

Ces différents thèmes seront exposés de manière individuelle dans les chapitres suivants.

## **7.1. INFIRMIERS**

### **7.1.1. Attitudes, valeurs et interventions**

Bakker et al. (2011) définissent quels sont les aspects des soins infirmiers qui ont contribué à la reprise du poids chez les adolescents. Les points principaux ont été, dans un premier temps, d'enlever la responsabilité aux adolescents. Les règles sont clairement établies et les infirmières prennent toutes les décisions pour le patient mais elles s'expliquent pourquoi. La lutte n'est pas contre eux mais contre la maladie. Pour Westwood et al. (2011), l'anorexie mentale est perçue comme un moyen de prendre le contrôle mais aussi comme quelque chose qui contrôlait l'individu. Zugai et al. (2011), soutiennent ces attitudes en expliquant que les infirmières doivent surveiller continuellement les adolescents et que la prise en soin doit être ferme mais cohérente. Ils ajoutent que les patients doivent comprendre les conséquences pour avoir enfreint les règles. Ces règles doivent être pertinentes, justes et non restrictives.

Dans un deuxième temps, pour Bakker et al. (2011), les infirmières redonnent la responsabilité aux adolescents et leur permet de faire des choix sur leur repas et leur exercices physique. Elles redonnent la confiance, mais garde un œil sur eux et les questionnent régulièrement sur leurs décisions. Puis, elles les aident à faire des choix sur leur indépendance, en participant à des repas de famille/amis par exemple. Ces événements sont évalués par la suite avec les patients et les parents. L'infirmière propose aussi un plan de rechute où elles décrivent les pièges qu'ils pourraient rencontrer et les symptômes. Cela aide à appliquer les conseils reçus et à mieux comprendre les actions à mettre en place.

Pour Bakker et al. (2011) les infirmières ont un rôle de modèle, en lançant des sujets de conversations durant les repas (autre que nourriture et sport). Elles encouragent les ados à participer à des activités de groupe pour développer les habilités sociales. Elles analysent avec eux et leurs parents ces moments pour faire ressurgir les problèmes et trouver des solutions. Il est important que les infirmières aient une bonne relation avec les parents, en leur donnant des

informations sur le traitement, mais aussi en leur montrant les règles en vigueur pour qu'ils puissent faire de même chez eux. Les parents eux, ont un rôle d'informations, car c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant. Ce thème est soutenu dans la recherche de Turrell et al. (2005) qui explique que la relation avec les parents est importante, car elle permet à ceux-ci de reprendre leur responsabilités parentales et résoudre leurs problèmes.

Zugai et al. (2011) expliquent que l'environnement doit être favorable, les infirmières drôles et aidantes permettent aux patients d'être vu comme des personnes normales. De plus, une bonne relation motive les adolescents dans leur traitement car ils apprécient la présence de l'infirmière et ne souhaitent pas la décevoir.

Ryan et al. (2006) ressortent trois thèmes aux soins infirmiers. Tout d'abord des soins qui permettent de développer les relations thérapeutiques en étant chaleureux et empathiques. Grâce à cela, les infirmières reconnaissent que « beaucoup de patients sont de beaux enfants » et que « leur donner de l'amour » contribuaient à associer les soins infirmiers à des « soins maternels ». Le développement de relations chaleureuses et de soutien pourrait avoir plus de succès que d'autres interventions. Westwood et al. (2011) soutiennent également le fait que l'alliance thérapeutique est apparue comme une stratégie pour surmonter les difficultés, mais a été contestée par le patient ambivalent à l'égard du traitement.

Par la suite, Ryan et al. (2006) ont expliqué que les soins disciplinaire et la surveillance étaient des aspects difficiles, voir problématiques, pour les soignants. Ils peuvent être vus comme « trop sévères ou fermes » et comme des « gardiens de prisons » qui administrent des punitions. Cela peut conduire à une révolte des patients et y avoir une bataille entre les infirmières et les patients à cause de représentations négatives de chacun. Pour terminer, l'étude relève que les infirmières sont constamment auprès des patients, 24/24. Cela leur permet de « tout voir » et de transmettre aux autres professionnels qui ne sont là que quelques heures par jours. Elles peuvent également participer aux banalités de la vie quotidienne (comme faire un lit), afin de s'engager dans la thérapie avec le patient.



En résumé, pour Ryan et al. (2006), le côté des soins infirmiers qui est chaleureux et empathique est favorable à une relation thérapeutique. Tandis que la discipline et la surveillance posent problèmes aux soignants car cela engendre des réactions négatives. Il est donc supposé que cela est problématique également pour les patients.

Les infirmières interrogées, dans la recherche de King et al. (2000), ont fondé leurs soins infirmiers sur des valeurs qui forment le noyau de leurs soins : l'égalité des soins, la confiance, la confidentialité, le non-jugement, le maintien de la confidentialité, assurer les droits et la défense des patients. Ces valeurs ont permis aux participants de se concentrer et de réfléchir sur leurs soins infirmiers. Les participants ont remis en question leurs attitudes envers les soins des anorexiques. Ils ont réalisé que la qualité des soins n'est pas la raison pour laquelle leurs patients n'ont pas atteint le bien-être. Ils ont commencé à prendre du recul et voir objectivement la situation, dans son ensemble, et non pas comme une incidence distincte dans la construction de la vie des filles. La réflexion sur leur expérience des soins aux anorexiques leur a permis de développer des perspectives différentes quant à leurs soins.

### **7.1.2. Contre-attitudes**

Ramjan (2004) explore les difficultés et les obstacles rencontrés par les infirmières dans la relation thérapeutique. Les soignants qui n'ont pas les connaissances, pensent que les patients ont causé leur maladie et qu'ils devraient la résoudre eux-mêmes. Ils ajoutent que c'est une perte de temps car ils sont frustrés. Les situations sont vécues comme stressantes car ils n'arrivent pas à comprendre la maladie. C'est une lutte émotionnelle et psychologique avec les patients. Tierney (2008) ajoute que les soignants ayant traités les anorexiques comme étant des « cas » plutôt que des individus ont été critiqués par les patients. Les remarques négatives émanant du personnel envers la nourriture ont été particulièrement dérangeantes. (Ces derniers mangeaient avec les patients et ont fait remarquer que le repas ne leur convenait pas, mais le faisait quand même manger aux patients).

Pour Ramjan, les infirmiers ont tendance à respecter le programme à la lettre et les patients se révoltent face à celui-ci et sont donc vu comme des

manipulateurs. Un jeu de pouvoir s'installe entre les deux groupes qui se méfient l'un de l'autre. L'enjeu principal est la nourriture, les infirmiers affirment leur pouvoir avec le choix de celle-ci. Ils veulent aider les patients mais ont l'impression qu'ils agissent comme des enfants. Inconsciemment, ils agissent comme des « geôliers » et sont frustrés car ne voient pas d'amélioration immédiate. Les soignants ont tendance à blâmer et à étiqueter les patients, cela à cause de leur manque de compréhension. La formation d'une alliance thérapeutique est limitée par la méfiance des infirmiers. Il est nécessaire qu'ils admettent leur erreur, leurs limites et comprennent la maladie.

Être suspicieux et méfiants étaient de nouveaux comportements adoptés dans les soins envers ces patients. Ainsi, les valeurs de l'égalité des soins, la confiance et le non-jugement ont été contestés. Les valeurs fondamentales comprenant la confiance, l'honnêteté, le non-jugement ont été perdus, remplacés par une agitation intérieure des émotions de tristesse, de colère et de découragement. Une émotion englobe tout ce qui a été exprimé, la frustration. La perception des comportements répétitifs et obstructifs est devenue ennuyante et frustrante. La frustration a accablé les participants. Ils ont atteint un point où ils en avaient assez. Les conflits, la frustration, être blessé et le manque de succès, détériorent leur capacité de résistance à tel point qu'ils ne pouvaient plus faire face à la situation. Ils se sont éloignés de leurs patients, ont passé moins de temps avec eux, afin de se protéger. King et al. (2000) mettent en évidence que les participants ont découverts que leurs patients étaient mythomanes et sournois et ils ont exprimé leur incrédulité face à leurs comportements. Les participants ont révélé un mécontentement du fait de ne pas être fidèles à leurs valeurs fondamentales. Le non-jugement envers les patients anorexiques est devenu difficile, parce qu'ils croyaient qu'ils n'étaient pas dignes de confiance. Cela a révélé que les soins ultérieurs à d'autres anorexiques ont été assombris par cette méfiance acquise. Colton et al. (2004) parlent également de la distance que les soignants mettent : la disponibilité et la bonne volonté du personnel à écouter les patients comme des individus ont été jugées très importantes. En revanche, certains participants se sont sentis négligés et ignorés. Walker et al. (2011) contribuent à expliquer les contre-attitudes rencontrées par les soignants. En effet, les sentiments de

colère et de frustration lors du traitement contribuent à leur réticence à travailler avec ces patients et à la lenteur des progrès.

### **7.1.3. Expériences**

Tierney (2008), à travers des entretiens avec des adolescents souffrant d'anorexie, raconte que les soignants inexpérimentés, dans les soins aux anorexiques, se concentraient plus sur l'alimentation que sur les sentiments et les angoisses du jeune malade. Lorsque les soins ambulatoires se sont avérés infructueux, les participants ont été admis dans un service général, où ils ont déclaré avoir été négligés par le personnel qui considérait l'anorexie comme auto-infligée. Un grand nombre de professionnels ne savent pas vraiment comment faire face à quelqu'un qui refuse de manger, et ils réagissent en se mettant en colère ou en abandonnant. Pour Walker et al. (2011), les soignants estiment qu'ils n'ont pas toujours la formation et un manque de temps pour gérer la complexité des patients. Ils ajoutent qu'il est irréaliste d'attendre à ce qu'ils aient des connaissances approfondies sur TCA car ils doivent déjà connaître d'autres maladies. Un soignant suggère qu'il faut des spécialistes pour ces troubles. Le fait d'avoir des supervisions avec un spécialiste pourrait accroître leur désir de prendre en charge ces patients.

Une dimension clé dont les participants ont décrit leurs expériences de traitement en milieu hospitalier, à travers le travail de Colton et al. (2004), était de savoir si le personnel les considérait comme des individus avec des besoins différents et uniques, ou si elles sont simplement une autre anorexique venant dans le service. Ne pas se sentir reconnu individuellement a été jugée très inutile. Le « bon » personnel a été décrit comme étant capable de « voir la personne derrière l'anorexie ».

Pour Turrell et al. (2005), les infirmières disent que la famille doit se sentir à l'aise pour fixer des règles et ils doivent savoir comment aider leur enfant avec leur problème d'alimentation et superviser les repas. De plus, ils doivent se rendre compte que leur enfant ne sera pas guéri de suite. Elles estiment également qu'il est préférable d'avoir un plan de réinsertion à l'école, lorsque les adolescents sortent de l'hôpital.

## **7.2. PATIENTS**

### **7.2.1. Milieu thérapeutique**

Selon le travail de Tierney (2008), les participants ont suggéré qu'être traité dans un hôpital facilite la culpabilité qu'ils associent à l'alimentation. L'avenir a été souvent désigné comme anxiogène, bien que la planification d'objectifs a été signalée comme utile, car cela permettait de voir en dehors de leurs pensées et de leurs comportements obsessionnels sur l'alimentation et le poids.

Pour Van Ommen et al. (2008), différents soins infirmiers devraient être mis en place, selon les patients, pour les aider durant leur hospitalisation. Des interventions qui visent la normalisation de leurs habitudes alimentaires et physiques. D'après Colton et al. (2004) il y avait beaucoup de variations dans les perceptions des restrictions et des cadres imposés dans les unités. Parfois, ceux-ci semblaient punitifs et même abusifs. Toutefois, les restrictions ont également été utiles en donnant une structure à la journée, assurant la stabilité et en maintenant les patients conscients de leurs objectifs et les distrayant de leur préoccupation avec la nourriture. La plupart des participants ont déclarés se sentir à la fois aidé et puni par le cadre et les restrictions. Tierney (2008), à travers sa recherche, visant à explorer les points de vue des jeunes traités pour anorexie, met en évidence l'importance qu'ils accordent à l'accès à des soins adéquats. Ils ont reconnu qu'une intervention extérieure était nécessaire pour leur bien-être, mais que le manque de services appropriés et les premiers soins effectués par des praticiens inexpérimentés, dans ce domaine, agissaient comme un obstacle majeur.

Van Ommen et al (2008) décrit les attitudes infirmières qui ont aidé à la relation : la disponibilité des infirmières (physique et émotionnelle), leur participation aux soins et leur fiabilité. Les infirmières ont aidé les patients en leur donnant des plans d'actions individuels et en commençant par leur enlever la responsabilité de manger puis en la leur redonnant pas à pas. L'infirmière a tout d'abord un rôle directif puis un rôle de soutien où elle conseille les patients et leur donne des stratégies pour pallier aux difficultés. Ceci est soutenu dans la recherche de Turrell et al. (2005), qui explique que les adolescents souhaitent que les infirmières les préparent aux problèmes de la vie quotidienne pour qu'ils

soient prêts lors de la sortie. Tierney (2008) ressort les qualités requises chez les professionnels du point de vue des adolescents anorexiques : selon eux, il est nécessaire que les praticiens aient de l'expérience dans la prise en charge des cas d'anorexie. Les soignants avec peu d'expérience ont tendance à croire tout ce que le patient va dire. Les patients ont avoué avoir plus de facilité à tromper les infirmières en soins généraux qui ne connaissent pas leur condition. Le personnel des unités spécialisées est plus préparé à détecter les astuces que les patients mettent en place afin de falsifier leur poids ou pour cacher leur nourriture. Certains soignants ne voient pas l'anorexie comme une pathologie ou un trouble mental et pensent qu'il suffit juste de faire manger le patient pour améliorer les choses. Van Ommen et al. (2008) continue en disant que les patients apprécient le fait que les infirmières soulignent leur compétence et leur potentiel, ce qui leur permet de reprendre confiance en eux. Les aspects infirmiers qui ont aidé les patients dans cette étude sont : leur disponibilité, leur encouragement, l'évaluation des comportements, le respect et le sentiment d'égalité.

Tierney (2008), fait ressortir que certains participants ont obtenu le soutien d'autres patients, à des groupes d'entraide, ce qui leur offrait l'occasion de rencontrer des gens à différents stades du rétablissement. Cependant, être avec d'autres anorexiques s'est avéré difficile lorsque de la concurrence était présente afin de savoir qui mange le moins ou qui pèse le moins. Colton et al. (2004) retrouvent aussi ce genre d'information : les participants ont décrit cela comme ayant un impact majeur, pour le meilleur et pour le pire. Être avec « ses semblables » était bénéfique en fournissant un soutien, mais il y avait aussi un certain nombre d'effets négatifs, entraînant une augmentation de la détresse. Les participants ont connu la compréhension et le soutien de leurs camarades et ont trouvé les amitiés et le partage d'expériences très positif. Les participants ont décrit qu'en étant avec les autres souffrant d'anorexie, ils ne se sentaient plus seuls. Ils ont trouvé la liberté avec laquelle ils peuvent discuter de leur anorexie comme un énorme soulagement. Malgré les aspects positifs d'être en présence d'autres patients anorexiques, les participants ont décrit des difficultés concomitantes. Ils parlent de se comparer avec les autres et une concurrence pour être mince. Ces comparaisons ont causé beaucoup de détresse, même

lorsque les participants étaient prêts au rétablissement. Pour certains participants, être avec les autres signifiait apprendre de nouvelles, mauvaises habitudes, non seulement les comportements alimentaires, mais d'autres comportements tels que l'automutilation. Les participants ont décrit également se sentir effrayés et troublés en entendant et en voyant les autres dans un état de détresse. Cela a été ressenti comme une entrave dans son propre rétablissement.

### **7.2.2. Attitudes et connaissances**

La recherche qualitative de Tierney (2008), traite aussi des progrès perçus par le patient. Presque tous les participants ont reconnu que le traitement les a aidés et ont vu leur hospitalisation comme un moment d'importance vitale. Afin que le traitement soit efficace, les gens doivent vouloir aller mieux et admettre vouloir guérir avant de pouvoir se rétablir. Si la détermination est absente, les patients vont continuer avec leur obsession de perdre du poids. Les personnes interrogées qui ont fini le traitement savaient qu'ils continuaient à avoir des problèmes avec la nourriture.

Colton et al. (2004) font remarquer que les adolescents anorexiques ont exprimé leur confusion sur l'anorexie et ont eu du mal à y donner un sens, et à la comprendre. Bien qu'ils occupent divers points de vue, tous ont estimé que la maladie avait pris le contrôle sans qu'ils aient remarqué. L'anorexie a été vécue comme un « ami », un bouclier pour se cacher et quelque chose qui donne confiance et sécurité. Ainsi qu'un « ennemi », étouffant et effrayant. Pour la plupart, il a été vécu comme une bataille interne constante, à la fois bonne et mauvaise, utile et nuisible à la fois. La clé du rétablissement est reliée unanimement à un désir et une volonté à aller mieux. Le traitement serait seulement réussi et le rétablissement possible, quand cela sera fait pour soi-même et pas pour autres. Certains participants ont estimé être prêts au rétablissement et d'autres pas. Leurs situations ont été souvent caractérisées par des conflits et de la confusion quant à savoir s'ils voulaient aller mieux. Turrell et al. (2005) relèvent que les adolescents savent qu'ils doivent procéder à des changements psychologiques pour pouvoir rentrer à la maison. Ils doivent changer en étant capable de manger sans être contrôlés, être plus ferme et

parler d'eux-mêmes et ils aimeraient recevoir des informations sur les restaurants pour aller manger en famille.

Toujours selon Colton et al. (2004), une autre dimension centrale dont les participants ont décrit leur expérience, concerne le degré de leur participation active dans leur traitement. Certains ont décrit le traitement comme une collaboration laborieuse. D'autres étaient moins positifs et ont estimé qu'ils étaient « traités » ou « en cours pour un processus » dans lequel ils n'avaient pas le choix de décision. Les participants ont décrit qu'ils voulaient soit se conformer à un traitement ou à se rebeller contre. Quand ils ont trouvé l'unité collaborative et enrichissante « d'amélioration », ils voulaient le plus souvent de se conformer que quand ils l'ont trouvée punitive et dictatoriale, ce qui a souvent conduit à leur sentiment rebelle. Souvent, les participants se sont sentis coupables de se conformer au traitement, même si cela a été leur choix. Les attitudes à l'égard du traitement étaient souvent conflictuelles. Les patients parlent de vouloir se conformer et en même temps de vouloir se rebeller.

### **7.2.3. Equilibre dans les soins**

Dans la recherche de Tierney (2008), les personnes interrogées ont critiqué que dans l'ensemble, le traitement se concentre trop sur le physique et pas assez sur les progrès mentaux. Le travail de Colton et al. (2004) vient appuyer ce ressenti : de nombreux participants ont estimé que l'objectif principal de l'unité était d'« engraisser » et restaurer leur poids, avec peu d'attention à leur bien-être psychologique. Cela rate toute la question de leur maladie et était inefficace, spécialement dans le rétablissement au long terme. L'importance de la thérapie est d'obtenir une compréhension de leur anorexie et de leur sentiment général. La plupart des participants ont ressenti qu'il n'y avait pas suffisamment de thérapie offerte dans le service. La revue de Westwood et al. (2011) quant à elle, soulève des tensions entre les préférences des patients pour les interventions psychologiques plutôt que les traitements qui privilégient les soins physiques.

En général, la socialisation semblait être une difficulté persistante pour les personnes interrogées selon Tierney (2008). La confiance et l'estime de soi ne sont pas traitées de manière adéquate au cours du traitement. De plus, plusieurs

facteurs comme la fatigue, la peur ou le manque de confiance ont empêché d'améliorer les aspects sociaux. Turrell et al. (2005) soulignent le fait que les patients ont ressenti avoir besoin de soutien. Avoir une personne de confiance lors des repas et les collations les aident à passer le cap.

Selon Tierney (2008), au niveau des interventions psychologiques, presque tous les patients furent satisfaits de la thérapie familiale, voyant cela comme un moment d'échange de sentiments. Les thérapies individuelles, données par un professionnel qui confronte les pensées irrationnelles sur l'alimentation et le poids, a été reconnue par les participants comme aidant. Mais il s'avère nécessaire d'avoir un suivi continu avec un seul et même thérapeute.

### **7.3. ENTOURAGE**

#### **7.3.1. Soutien**

D'après Withney et al. (2005), les parents n'arrivent pas à s'éduquer seuls sur l'anorexie, ils restent perplexes face à la complexité et la sévérité de la maladie. Cette recherche met en évidence différentes réponses émotionnelles exprimées par les proches : ils ont exprimé des émotions négatives variées comme la tristesse, le désespoir, la peur, la colère et l'hostilité. Beaucoup se blâmaient avec des émotions comme la culpabilité, l'échec et l'impuissance. Les mères souffrent de troubles du sommeil, sont préoccupées et ont des sentiments de désespoir. Des thèmes positifs émergeaient malgré tout, surtout de la part des pères : leur affection pour leur enfant, faire ressortir leurs qualités et leur envie de les supporter et de les protéger. Les parents se sentaient en colère contre la stigmatisation associée aux troubles alimentaires et la tendance des autres à banaliser la maladie. Des réponses inadaptées ont également apparues : les comportements des parents semblaient exagérés. Par exemple : des réponses surprotectrices (passer des heures au supermarché dans l'espoir d'acheter quelque chose) ou sur-anxieuses (ne plus dormir ou crier en dormant, pleurer tout le temps, se sentir impuissant).

Des stratégies d'adaptation cognitives comme l'espoir et l'optimisme, l'auto-distraktion et la reconstruction ont été décrites par Withney et al. (2005). Des pensées positives étaient employées pour essayer de réduire le désespoir et le cynisme quant à l'avenir. Les mères avaient plus de tendance à être anxieuses,



tandis que les pères avaient des réflexions plus cognitives et détachées, avec une utilisation de stratégies d'adaptation et d'évitement. Les pères arrivaient plus à décrire leurs essais pour se distraire de la situation, souvent concentrés au travail pour ne plus se préoccuper de la maladie. Certains parents essayaient d'identifier la maladie comme une chose à part du patient, et la décrivent comme un « ennemi » ou un « imposteur ».

Le travail de Tierney (2008) fait ressortir ce qu'amène l'entourage. Selon les anorexiques interviewés, les parents, et plus particulièrement les mamans semblent être d'une aide cruciale. Frères et sœurs étaient un réseau de soutien alternatif, pour certains patients, même si les relations entre frères et sœurs pouvaient être enlisées par l'anorexie. Certains les voyant comme des monstres, d'autres se sentaient coupable d'avoir une vie normale. D'autres patients étaient moins élogieux quant à l'aide de leurs parents. Ils agissent parfois avec colère face au comportement alimentaire de leur enfant et ne leur font pas confiance.

Couturier et al. (2013) explorent et décrivent les perceptions des thérapeutes quant à l'utilisation de la thérapie centrée sur la famille : six grands thèmes ressortent et décrivent les principaux facteurs influant sur la mise en œuvre de la thérapie centrée sur la famille dans la pratique. Les facteurs d'intervention les plus fréquemment cités comme des obstacles, comprenaient la nature exigeante de cette thérapie en termes d'engagement de temps pour les thérapeutes et les familles, une attention insuffisante à des symptômes de comorbidité, le besoin de cohérence des parents, le manque de repas de famille dans le contexte du monde réel, et la nécessité pour les frères et sœurs de participer. Les facteurs organisationnels les plus souvent mentionnés incluent la détermination thérapeutique (à savoir, le processus par lequel une équipe décide d'une modalité de traitement particulier), le soutien du directeur, le financement et les ressources (espace, les salaires et la formation). Le facteur thérapeute inclut l'expérience dans le domaine du traitement des troubles alimentaires, l'aisance dans le travail avec les adolescents et les familles, la motivation à adopter la thérapie, l'absence de généralisation des soins, et la croyance en leurs valeurs et l'efficacité des approches axées sur la famille. Les facteurs patient/famille les plus courants comprenaient la motivation à changer,

la capacité des parents à assurer une cohérence, la préférence thérapeutique patient/famille, l'âge du patient/maturité, et la compréhension de la maladie. Les facteurs de la maladie incluent la visualisation de l'anorexie mentale comme une maladie qui est difficile à traiter et ayant souvent des comorbidités avec d'autres troubles mentaux, ce qui suggère que des traitements plus intensifs, tels que le traitement en milieu hospitalier ou en ambulatoire, pourrait être plus efficace.

Selon Turrell et al. (2005), lors d'un retour à domicile, les parents souhaiteraient avoir une coordination avec leur médecin de famille, des conseils continus pour leur enfant, un service téléphonique en cas d'urgence et un plan de retour à l'école.

### **7.3.2. Connaissances et perception de la maladie**

Selon Withney et al. (2005), les aidants sont perplexes sur les causes et les facteurs qui contribuent à la maladie. De fausses idées au sujet de leur rôle dans l'apparition de la maladie ressortent. Les parents se blâment et se demandent ce qu'ils auraient pu faire autrement pour prévenir. La plupart expriment leur pessimisme sur la guérison et perçoivent la maladie comme chronique. Ils pensent aussi que leur enfant est devenu plus dépendant et exigeant, avec une baisse de l'estime d'eux. Les pères sont plus préoccupés par les effets négatifs de la maladie, tandis que les mères expriment leur regret sur les occasions perdues.

Turrell et al. (2005) relèvent que les parents souhaiteraient que leur enfant ait les connaissances et comprennent leur plan de repas. De plus, ils voudraient que les adolescents travaillent sur leur niveau d'anxiété et leur vision de l'image corporelle et démontrent de nouvelles capacités d'adaptation.

Withney et al. (2005) mettent en évidence que les aidants naturels se sentent manipulés et contrôlés par la maladie. Ils ont décrit une relation très dépendante avec leur enfant, qui les dominait et avait des demandes irraisonnables. La maladie contribue aux conflits dans la famille et empêche de faire des projets pour le futur. De plus, les parents ne croient pas que leur enfant ait la capacité à surmonter la maladie, d'autre voient leur enfant comme

des victimes sans contrôle. Ils expriment leur impuissance et racontent que leurs essais sont improductifs.

Colton et al. (2004) racontent que les participants se sentaient parfois négligés par leurs familles et amis. En les plaçant dans l'unité de traitement, ils leur semblaient que leurs familles ne s'occupaient plus d'eux, même si parfois ils savaient que cela était faux.

## **8. DISCUSSION**

### **8.1. ANALYSE ET REGARD CRITIQUE DES RECHERCHES SÉLECTIONNÉES**

Cette revue de littérature étoffée rassemble études de types qualitatives et une revue de littérature. L'analyse des recherches a démontré qu'elles étaient toutes méthodologiquement bien construites avec un résumé, une introduction, une partie méthodologique, les résultats obtenus et la discussion. L'analyse critique des études à l'aide de grilles a permis de ressortir les résultats pertinents pour notre question de recherche. Les critères d'inclusions et d'exclusions ont également été respectés.

Les études sélectionnées ont été publiées entre 2000 et 2013. Les études ont été réalisées en grande partie en Australie (N=5). Quatre autres études ont été réalisées en Angleterre, deux en Hollande et deux au Canada.

Certaines limites sont à signaler dans les résultats des recherches. Premièrement, toutes les recherches n'évoquent pas à proprement dit des attitudes et interventions infirmières auprès des adolescents souffrant de troubles alimentaires. Des recherches décrivent les expériences vécues par les soignants, les patients ou l'entourage de celui-ci. D'autres parlent des obstacles liés à la maladie du point de vue des différents protagonistes. Malgré cela, des éléments pertinents ont pu être sélectionnés pour répondre à notre question de recherche.

Une approbation d'une commission d'éthique ou de l'établissement où la recherche était réalisée a été obtenue pour les treize recherches. Ils ont aussi obtenu l'accord de chacun des participants afin d'effectuer leur étude. De ce fait, toutes les recherches ont respecté les normes d'éthique et la confidentialité des participants.

### **8.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Les cadres de références que nous avons expliqués, dans le chapitre 5, de ce travail, vont nous permettre de développer et de discuter les résultats ressortis. L'objectif étant de répondre à notre question de recherche :

*« Quelles sont les attitudes et les interventions infirmières, en milieu psychiatrique, auprès des adolescents souffrant de troubles alimentaires ? »*

### **8.2.1. Discussion des résultats en lien avec le cadre de Peplau**

Nous avons pu relever dans les résultats que plusieurs études traitent des rôles que tiennent les infirmières face aux adolescents souffrant de troubles alimentaires et de leur famille.

Peplau (1952) met en évidence les différents rôles des infirmières qui ressortent dans le processus d'interaction entre les soignants et les patients. Les résultats de Bakker et al. (2011) évoquent le fait que l'infirmière prend les responsabilités pour les patients et qu'elles sont garantes des règles du traitement. Puis que petit à petit elle laisse plus de liberté aux adolescents et prend un rôle de modèle pour eux en les encourageant et en les aidant à affronter leurs difficultés. Van Ommen et al. (2008) ajoutent le fait que les infirmières passent d'un rôle directif à un rôle de soutien. Cette évolution dans les rôles de l'infirmière peut être mise en lien avec l'étape d'orientation de Peplau (1952). En effet, la soignante est une personne ressource, une conseillère et une experte pour l'adolescent, car elle a les connaissances pour savoir quand et comment elle doit redonner plus de liberté, mais également est présente pour lui et à son écoute. Nous pouvons également ressortir le rôle d'enseignante que tient l'infirmière en motivant les patients à progresser.

Ce point est également argumenté dans les résultats de Zugai et al. (2011) & Ryan et al. (2006). Il est mis en évidence qu'une bonne relation, empathique et chaleureuse, motive les adolescents dans leur traitement. Ainsi, l'alliance thérapeutique apparaît comme une stratégie pour surmonter les difficultés. Dans la phase de résolution décrite par Peplau (1952), le patient tire des bénéfices de sa relation avec l'infirmière, ce qui lui permet de trouver son indépendance tout en ayant de l'aide si besoin. De plus, les soins infirmiers sont associés à des « soins maternels » ce qui rejoint le rôle de substitut (maternel) qui permet au patient d'exprimer ses sentiments afin développer de nouvelles compétences et de réorienter ses sentiments. Ces soins peuvent également rejoindre la phase d'identification qui permet l'expression émotionnelle des patients et de clarifier les problèmes potentiels.

Peplau (1952), explique que l'infirmière a un rôle d'experte technique, dans lequel elle a les connaissances et les aptitudes pour faire face à la maladie. Tierney (2008), à travers ses résultats, évoque le fait que les soignants inexpérimentés dans les soins aux anorexiques se concentrent sur l'alimentation et pas assez sur les progrès mentaux. Walker et al. (2011) ajoutent que selon les soignants, il est préférable d'avoir des spécialistes dans les troubles alimentaires pour optimiser les soins. De plus, Colton et al. (2004) font remarquer que les adolescents anorexiques n'arrivent pas toujours à comprendre leur maladie et à y donner un sens. Il est donc important que l'infirmière puisse prendre son rôle d'experte afin de donner des explications claires aux patients. Nous notons donc ici que les infirmières qui n'ont pas les connaissances adéquates sont un frein à la relation thérapeutique.

Van Ommen et al. (2008) décrivent des attitudes infirmières qui ont aidé à la formation d'une relation thérapeutique. Notamment, leur disponibilité, leur fiabilité, leur encouragement, leur participation aux soins, leur évaluation et le respect qu'elles portent aux patients. Ceci démontre une grande partie des rôles infirmiers développé par Peplau (1952). En effet, grâce au rôle de personne étrangère, nous pouvons voir qu'elles ont du respect et de l'intérêt pour les patients. Par leur disponibilité, les infirmières prennent le rôle de personne ressource et d'enseignante car elles sont disponibles pour eux et leur apportent les réponses à leurs questions. En participant aux soins et activités, elles ont le rôle de leader démocratique car elles incitent tout le monde à participer aux activités. Ceci est argumenté également dans les résultats de Colton et al (2004) qui expliquent que plus le degré de participation est élevé meilleure est la collaboration. Lorsque les infirmières endossent le rôle de conseillère, elles peuvent évaluer les comportements des adolescents et les conseiller afin de les aider à trouver des stratégies d'adaptation.

### **8.2.2. Discussion des résultats en lien avec l'approche motivationnelle**

Miller et Rollnick (2013) font ressortir les 3 formes de conversations comme explicité dans le chapitre 5.1. La conversation de style « directif » ou « réflexe correcteur » est un automatisme très présent chez les soignants. On retrouve

ce style de conversation, chez les soignants, lors de la prise en soin initiale des patients souffrant de trouble de la conduite alimentaire. En effet, l'infirmière a d'abord un rôle directif puis un rôle de soutien. L'objectif étant d'enlever la responsabilité aux patients et d'instaurer des règles afin d'avoir une prise en soin ferme mais aussi de les conseiller et de leur donner des stratégies pour pallier aux difficultés (Bakker et al., 2011 ; Westwood et al., 2011 ; Zugai et al., 2011 ; Van Ommen et al., 2008). Ces soins dits « disciplinaires » ont été perçus comme difficiles et problématiques chez les infirmières qui se sentent comme des tortionnaires. Cela amène à des tensions entre les soignants et les patients qui ont des représentations négatives l'un envers l'autre et entraîne aussi des incompréhensions (Ryan et al., 2006 ; Ramjan, 2004 ; Colton et al., 2004). Les infirmières endossent pourtant un rôle de « modèle », conversant avec eux lors des repas sur des sujets autres que ceux préoccupant les patients et cherchant à encourager les adolescents à prendre part à des activités de groupe afin de mobiliser des compétences sociales (Bakker et al. 2011).

Puis, dans un second temps, on s'approche plus d'une conversation de style « suivre », dans laquelle le patient est libre de faire ses choix et de faire à sa façon, sans être influencé par la parole des soignants (Miller et Rollnick, 2013). Les infirmières ouvrent l'espace de liberté du patient et leur redonnent des responsabilités. Cela leur permet une reprise de confiance tout en gardant un œil sur leurs choix et en les redirigeant si nécessaire (Bakker et al. 2011).

L'approche motivationnelle vise à un style « guide » ou « collaboratif », cherchant à ne pas trop en faire, ni trop peu et à renforcer la motivation. Le but étant de faire verbaliser le désir d'un changement de la part du patient (Miller et Rollnick, 2013). L'inexpérience du personnel soignant quant aux soins portés aux adolescents souffrant d'anorexie amène à des conflits entre les patients et les soignants. Les soignants inexpérimentés se concentrant majoritairement sur une prise de poids que sur l'aspect de l'état psychique. La confiance en soi et l'estime de soi ne sont pas traités de manière adéquate. Les patients se sentent ainsi négligés et le personnel ne possède pas les clés nécessaires à une prise en soin adéquate de ce type de patient (Tierney, 2008 ; Walker et al., 2011 ; Colton et al., 2004). Ce manque de compétences et d'expérience du personnel soignant agit comme un obstacle à l'approche motivationnelle et à la

collaboration. Ce déficit ainsi que les fausses représentations autour de l'anorexie, amenant de la méfiance, ne permettant pas l'élaboration d'une relation de confiance motivante. Un processus de changement ne semble donc pas possible dans ce genre de situation. Par contre, se sentir reconnu comme individu, avec des besoins uniques, semble être un aspect important dans la construction de la relation et donc de la collaboration (Colton et al., 2004 ; Van Ommen et al., 2008).

Nous constatons l'importance de la motivation, de l'encouragement et de la collaboration, dans l'approche motivationnelle, afin de permettre une évolution dans la roue du changement. Si le patient ne voit pas quel est le problème dans sa situation, ce dernier ne verra pas la nécessité d'un changement. Ou si ce dernier est ambivalent dans son désir de changement et que rien ne le motive, on se retrouvera dans une situation similaire (Tupker et Sargosky, s.d). On retrouve des détails semblables, dans les résultats de nos articles, qui vont dans le même sens que la théorie du changement. D'après les adolescents anorexiques, les gens doivent vouloir aller mieux et vouloir guérir avant de pouvoir se rétablir. Si la détermination est inexistante, un rétablissement ne pourra pas se faire (Tierney 2008). La clé du rétablissement est reliée à un désir et une volonté à aller mieux. De plus, la collaboration et le degré de participation active dans le traitement est un point central. Lorsque les patients se sentent à l'aise, dans une unité collaborante, ces derniers ont plus tendance à se conformer au traitement (Colton et al. 2004). Les patients ont besoin de soutien. Avoir une personne de confiance les aide (Turrell et al., 2005). Le soutien des soignants, de leurs proches et même d'autres patients, a un impact important sur leur capacité à se rétablir (Tierney 2008 ; Colton et al., 2004). L'altruisme est un aspect important dans l'attitude des infirmières afin de faciliter le changement chez le patient. Cela permet de montrer au patient que ce dernier peut faire confiance au soignant (Miller et Rollnick, 2013).

Le non-jugement basé sur le travail de Carl Rogers (1962) est aussi un aspect faisant parti de l'esprit de l'approche motivationnelle. En effet, le non-jugement fait partie des valeurs et attitudes centrales chez les infirmières afin de garantir une bonne qualité de soins (King et al., 2000). Cependant, on retrouve des contestations à cette valeur lorsque les soignants se sentent découragés,



épuisés et frustrés. En effet, ils mettent en place des contre-attitudes faisant obstacles au non-jugement que ces derniers devraient porter envers les patients (King et al., 2000 ; Ramjan, 2004).

Le milieu dans lequel évoluent les anorexiques se doit d'être favorable au changement. Une approche chaleureuse et empathique amène à une bonne relation thérapeutique et donc à une meilleure motivation émanant des adolescents dans leur processus de changement. Cependant, l'ambivalence du patient quant au traitement a été perçue comme un frein à l'alliance thérapeutique et un obstacle (Zugai et al., 2011 ; Ryan et al., 2006 ; Westwood et al., 2011 ; Colton et al., 2004). Le stade de la « contemplation » de la roue du changement montre que le patient prend conscience de son problème mais reste ambivalent quant à son envie de changer. (Tupker et Sargosky, s.d)

Comme expliqué, dans le paragraphe 5.1.1 consacré à « la roue du changement », l'approche motivationnelle décrit les étapes pour arriver au changement. Le patient se fixe des objectifs, au fur et à mesure, afin de lui permettre de passer à l'étape suivante (Tupker et Sagorski, s.d). La mise en place de ces objectifs a été vécue comme aidante de la part des patients. En effet, elle permet de distraire de leur préoccupation pour la nourriture (Colton et al., 2004 ; Tierney, 2008).

Dans « la roue du changement », les écarts et même les rechutes font partie de la thérapie (Tupker et Sagorski, s.d). L'infirmière en est consciente, comme décrit dans certaines recherches. Elle présente un plan de rechute, décrivant les obstacles ou pièges ainsi que les symptômes en cas de rechute permettant ainsi, la mise en place de stratégies (Bakker et al., 2011).

### **8.2.3. Autres approches possibles**

Au fur et à mesure de nos analyses, nous avons remarqué que l'entourage des patients est très présent dans la prise en charge infirmière. Un cadre de référence que nous aurions également pu utiliser, afin de mieux comprendre l'impact de la famille sur les adolescents, aurait été l'approche systémique. En effet, les adolescents sont souvent en relation avec leur famille, si ce n'est tous les jours et nous savons que les adolescents, plus particulièrement, sont influencés par celle-ci. Don Jackson (s.d), pensait que la « maladie d'un

individu pouvait contenir la pathologie de la famille et protéger la santé mentale de ses membres ».

Selon Duhamel (1995, p.23), l'approche systémique doit permettre :

- D'examiner les facteurs de la dynamique familiale susceptibles d'agir sur le processus d'adaptation de la famille à la problématique de santé.
- D'examiner les facteurs reliés à la problématique de santé qui influence les interactions des membres de la famille.
- De faciliter chez les membres de la famille un nouveau mode d'interaction afin d'accroître leur autonomie au moyen de leurs ressources individuelles et familiales. (Etienne & Hayoz, 2013)

Suite à l'analyse des articles scientifiques, nous avons constaté qu'un autre cadre de référence aurait pu être utilisé dans la discussion des résultats. Le cadre théorique de Carl Rogers (1962) centré sur la personne, semble être approprié dans le développement des attitudes infirmières.

Carl Rogers (1962) postule que :

L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources.

L'approche centrée sur la personne nous aurait permis d'argumenter l'entretien motivationnel. Car il est dit que les personnes ont en elles les ressources nécessaires pour trouver la motivation à changer mais qu'ils doivent être aidés par un environnement favorable. Les infirmières fournissent cet environnement aux adolescents en les encadrant et en les encourageant grâce à des attitudes, notamment, de non-jugement, d'authenticité et d'empathie. Ces attitudes permettent à la personne d'être « acteur [...] dans l'accomplissement de son propre développement » (Rogers, 1962). Lorsque les personnes sont reconnues et appréciées elles ont tendance à mieux se voir elle-même, cela favorise la relation thérapeutique et ainsi la guérison.

## 9. RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE

Afin de répondre à la question de recherche : « *Quelles sont les attitudes et les interventions infirmières, en milieu psychiatrique, auprès des adolescents souffrant de troubles alimentaires ?* », différents éléments ont été mis en évidence.

Nous présentons les diverses attitudes, contre-attitudes et interventions infirmières que nous avons retrouvé à travers l'analyse des articles scientifiques. Ces différents éléments émanent non seulement des infirmières mais également des adolescents souffrant de TCA et de leur entourage.

<b>Attitudes infirmières et valeurs professionnelles</b>	
Chaleur / Motivation	Non-jugement
Empathie / Compréhension	Égalité des soins
Soutien / Encouragement	Confiance
Respect	Fiabilité
Disponibilité	Honnêteté
Remise en question	Participation aux soins / Collaboration

<b>Contre-attitudes infirmières</b>	
Colère	Frustration
Découragement	Jugement
Conflits	Distance
Méfiance	Remarques négatives
Blâmer	Négligence
Abandon	Stigmatisation / Etiqueter

Les articles scientifiques analysés mettent souvent en évidence les attitudes et contre-attitudes des infirmières auprès des adolescents souffrant de TCA, sans pour autant fournir des stratégies afin de pallier à celles-ci. Nous savons que le manque d'expérience et de connaissance amène l'infirmier à développer des contre-attitudes freinant la relation de confiance avec le patient.

### **Interventions :**

- Cadre thérapeutique
  - Enlever la responsabilité (choix de nourriture et séance exercices)
  - L'infirmier prend toutes les décisions en premier lieu
  - Surveillance continue
  - Prise en soin ferme et cohérente (soins disciplinaires)
- Elargissement du cadre
  - Redonner la responsabilité et la confiance
  - Aider à faire des choix
  - Mettre en place des objectifs réalisables
- Développer une relation thérapeutique
- Mise en place d'un plan de rechute
- Evaluation et analyse des comportements
- Thérapie familiale
- Intervention auprès de la famille
  - Informer
  - Soutenir
- Thérapie individuelle
- Développement des habilités sociales (activités de groupe)
- Suivi continu

Les attitudes et interventions ressorties sont intimement liées aux cadres de référence que nous avons utilisés et explicités plus tôt. D'ailleurs, nous pouvons aussi souligner que les attitudes rejoignent l'approche centrée sur la personne selon Rogers (1962). Notre recherche appuie et complète ces cadres théoriques.

## 10. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE

Les résultats que nous avons obtenus lors de cette revue de littérature étoffée peuvent avoir un impact sur la pratique professionnelle. Nous soulevons plusieurs actions qui peuvent être appliquées afin d'améliorer les soins auprès des personnes souffrants de troubles alimentaires.

Il serait important de renforcer la formation de base des infirmières qui travaillent dans ce milieu afin d'améliorer leurs connaissances sur les troubles alimentaires ainsi que leur représentations face à ces maladies. Le but étant de comprendre, d'analyser et de gérer les contre-attitudes pouvant entraver la création d'une relation de confiance. Cela permettrait également de renforcer le plaisir et l'envie des infirmières à travailler avec ce type de patients.

Pour éviter ces contre-attitudes, les soignants pourraient suivre des cours théoriques afin de mieux comprendre la maladie et pour acquérir les bases en matière communicationnelle et donc relationnelle. Afin de se préparer aux difficultés, il serait envisageable d'utiliser des séquences filmées ou des situations cliniques et de les analyser avec des spécialistes afin de trouver des stratégies adaptées à ces adolescents.

Des supervisions pourraient aussi être utiles au sein de l'équipe pluridisciplinaire afin d'avoir la vision, positive et/ou négative, de chaque membre concernant les troubles alimentaires. Ainsi, cela pourrait faire évoluer les visions et d'éviter, de ce fait, les contre-attitudes.

La famille est un élément primordial et essentiel dans la prise en soin des adolescents souffrants de troubles alimentaires. Pour cette raison, il est important de la prendre en compte. Il s'avère nécessaire de leur apporter soutien et connaissance quant à la pathologie de leur enfant. Un espace de communication serait idéal afin d'entendre leurs besoins et leur détresse. Lorsqu'un retour à domicile est envisagé, les parents sont garants de la continuité des soins. L'apport des savoirs quant à la pathologie et de son traitement s'avère donc indispensable pour la suite du rétablissement.

Il serait intéressant que d'autres recherches évaluent et trouvent des attitudes et interventions différentes que les infirmières pourraient développer pour une

prise en soins adéquate des patients souffrant de troubles alimentaires et de leur entourage.

De plus, il serait nécessaire que des travaux se focalisent aussi sur la boulimie et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés. Le peu d'articles scientifiques cherchant à creuser ces pathologies est flagrant. Même si l'anorexie mentale est la pathologie la plus représentative des troubles alimentaires, l'apport complémentaire de connaissance sur les autres troubles serait un plus pour la pratique infirmière.

### **10.1. RECHERCHES ULTÉRIEURES**

Cette revue de littérature étoffée nous permet de faire ressortir différents thèmes utilisables pour des recherches ultérieures :

- Evaluation de formation continue des infirmières en santé mentale
- Représentation des troubles alimentaires dans la société actuelle
- Stratégies palliant aux contre-attitudes infirmières soignant des adolescents souffrant de TCA
- Impact de l'entretien motivationnel dans la relation entre l'infirmière et l'adolescent souffrant de TCA

## 11. LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Comme soulevé dans le chapitre 8.1, "analyse et regard critique des recherches sélectionnées", les études retenues se déroulent toutes hors du territoire suisse. Il est donc difficile de généraliser les résultats et de les appliquer en Suisse.

Nous avons rencontré certaines difficultés dans certaines grilles d'analyses, en lien avec la langue. Etant de langue maternelle française, la traduction des études en anglais était laborieuse, malgré tout, nous avons fait de notre mieux pour respecter le sens des études.

Nous relevons également le fait qu'utiliser deux cadres de références n'offraient pas une vision complète des attitudes et interventions infirmières. En effet, ajouter des cadres, comme l'approche systémique ou l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, nous aurait permis d'offrir une perspective de soins plus large notamment sur les soins offerts à la famille des adolescents.

Initialement, notre réflexion portait sur les attitudes et interventions infirmières auprès des adolescents souffrant de TCA. Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, à l'issue de notre travail nous constatons que la majorité des articles scientifiques traitent de l'anorexie mentale (n=11). De ce fait, cela restreint passablement les résultats quant à notre problématique. En effet, notre question se centrant sur les TCA, nous nous retrouvons avec des documents se focalisant sur une unique pathologie. Limitant ainsi les réponses à notre questionnement.

Selon Hepp et al. (2010), les troubles alimentaires sont souvent accompagnés d'autres troubles psychiques. Ainsi, dans une étude faite auprès de 250 femmes atteintes de troubles alimentaires, 70% auraient « un ou plusieurs troubles de l'axe 1 (troubles psychiatriques généraux) ou un trouble de l'axe II (troubles de la personnalité) » ou les deux à la fois (Hepp et al., 2010). Les troubles les plus fréquemment retrouvés étaient les dépressions, les troubles anxieux et les troubles obsessionnels en rapport avec l'alimentation. Suivant l'ampleur de ces pathologies associées, elles peuvent avoir un impact direct sur l'évolution de la maladie et doivent donc être intégrées dans le traitement. (Hepp et al., 2010). En sachant cela, nous avons été étonnés de constater

qu'aucune des recherches retenues ne faisaient allusion aux comorbidités des TCA. En effet, suite à l'analyse de nos résultats, nous constatons que les infirmières décrivent des signes pouvant être en lien avec ces différentes comorbidités. Il nous semble primordial de les prendre en compte car cela complique la prise en soins. En ayant connaissance de ces pathologies associées, les infirmières développeraient leur compréhension de la maladie et ainsi leur empathie envers ces adolescents.



## CONCLUSION

Nous avons tout d'abord orienté nos recherches vers le thème de l'image de l'infirmière dans les soins. Malheureusement, la pauvreté des recherches sur ce sujet a fait qu'un changement de problématique ainsi que de thème fût nécessaire pour faire cette revue de littérature étoffée. Les attitudes et les interventions infirmières auprès des adolescents souffrants de troubles du comportement alimentaire nous ont semblées être un choix approprié et intéressant pour la recherche.

Ce travail, nous a permis d'éclaircir et d'approfondir nos connaissances concernant notre problématique. A travers la récolte et l'analyse de travaux de recherches pertinents, nous avons pu évaluer ce qui est appliqué sur le terrain et suggérer des interventions ainsi que des attitudes plus adéquates afin d'étayer la pratique infirmière.

La revue de littérature nous a permis de mettre en évidence la difficulté, rencontrée par les soignants professionnels et naturels, dans la prise en soin d'un jeune patient souffrant de trouble du comportement alimentaire. Et de nous rendre compte de l'importance de posséder les connaissances et la formation nécessaires afin de tenter une approche appropriée de ce type de patient. En effet, l'un des principaux freins au rétablissement du patient semble être le manque d'expérience des soignants mais aussi les préjugés quant à l'image de l'anorexique.

Cet ouvrage, nous a permis de développer des compétences, dans la recherche scientifique, en lien avec un questionnement initial concernant notre pratique professionnelle. Nous avons pu mobiliser des ressources personnelles mais aussi en développer de nouvelles afin de nous permettre de répondre à une problématique de santé lors de situation de soin.

La méthodologie de travail nous a semblé au premier abord complexe et difficile. Il nous a été rude, au début de la revue de littérature, de comprendre la démarche de la méthodologie et de l'intégrer. De plus, la lecture d'article scientifique en anglais fut une tâche longue et parfois très compliquée. Au fur et à mesure que notre projet a évolué, nous avons appris à connaître cet outil et à l'utiliser pour nous permettre de comprendre et d'étayer notre problématique.

C'est au terme de notre travail que nous nous rendons finalement compte de l'intérêt de cette méthode dans la pratique infirmière. En effet, bien qu'elle semble longue et laborieuse, elle nous a permis de mettre en évidence des points bien spécifiques quant à notre problématique et nos interrogations, de comparer les résultats et d'en faire une discussion en lien avec des cadres de référence probants.

Au final, nous sommes satisfaits du travail que nous avons effectué et des résultats que nous avons pu faire ressortir. Malgré les limites existantes dans cette méthode de travail, nous espérons que nous avons pu apporter un éclaircissement, dans la prise en soin, des patients adolescents souffrant de trouble du comportement alimentaire, dans la pratique infirmière.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACP Pratique et recherche. Les caractéristiques d'une Approche centrée sur la personne. Accès : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html> [Page consultée le 16 juin 2014].
- Addicton Info Suisse & GREA. (2010). Dépendances, « manger n'est pas si facile ». *Addiction Info Suisse & GREA*.
- Association autrement. Echec sur l'image de soi dans l'anorexie mentale. Accès : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-472-echec-et-image-de-soi-dans-l-anorexie-mentale.htm> [Page consultée le 1er mai 2014].
- Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Les troubles alimentaires. Accès : <http://www.aqpamm.ca/ressources/fiches-maladies/les-troubles-alimentaires/> [Page consultée le 16 juin 2014].
- Bakker, R., Van Meijel, B., Van Ommen, J., Meerwijk, E., & Van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16-22.
- Beaud, M. & Etienne, C. (2013). *Quelles attitudes peuvent adopter les infirmières avec un patient dépendant à l'alcool hospitalisé en milieu somatique ?* Haute Ecole de Santé Fribourg.
- Boulimie-anorexie. *Association boulimie anorexie*. Accès : <http://www.boulimie-anorexie.ch/accueil.php> [Page consultée le 27 avril 2014].
- Buisson, J-R. (2010). *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*. Avis et rapport du conseil économique, social et environnemental de la République Française.
- Centre d'Information Assisté par Ordinateur. Manger – bouger. Accès : <http://www.ciao.ch/f/manger-bouger/> [Page consultée le 1er mai 2014].

- Ceptade. Les troubles du comportement alimentaire (TCA) ne sont pas qu'un problème de nourriture. Accès : <http://www.ceptade.ch/>. [Page consultée le 1er mai 2014].
- Christophe, A. et Lelord F. (1999). *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Editions Odile Jacob.
- Colton, A. & Pistrang N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment. *European eating disorders review*. 12(5):307-16.
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. & Mcvey, G. (2013). Understanding the Uptake of Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Therapist Perspectives. *International Journal of Eating Disorders*. 46(2):177-88.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Dr Lécallier D. & Dr Michaud P. (2004). L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et addictologie*.
- DSM V, (2013). *Feeding and Eating Disorders*. Accès : <http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf> [Page consultée le 27 avril 2014.]
- Florence Nightingal et Hildegard Peplau, Travaux personnels guidés à l'école.
- Fornerod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Gross, J et Cie (2009). *Cadre de référence servant de base d'orientation à la pratique infirmière : la déontologie professionnelle en lien avec l'éthique et le modèle conceptuel en science infirmière de Michel Nadot (médiologie de la santé)*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Hepp ,U. & Milos, G. (2010). Troubles alimentaires – une introduction. *Forum Med Suisse*. 10(48) :834-840.

- King, S.J., de Sales, T. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced nursing*. 32(1):139-47.
- Kozier B et Erb G. (2005) *Soins infirmier: Théorie et Pratique*. Québec: ERPI.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : Erpi.
- M.Berg, K., J.Hurley, D., A.McScherry, J. & E.Strange, N. (2005). Les troubles du comportement alimentaire. Bruxelles : De Boeck.
- Miller, W & Rollnick S. (2013). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement, 2<sup>e</sup> édition*. Paris : InterEditions
- Naar-King, S. & Suarez, M. (2011) *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*. Paris : InterEditions
- Nadot, M. (2002). *Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline*. No13.
- Nadot, M. (2010). *Introduction à la médiologie de la santé*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Nadot, M. (2010) *Procès de recherche*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Office Fédéral de la Santé Publique. Troubles du comportement alimentaire. Accès : [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05190/07835/07865/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07865/index.html?lang=fr) [Page consultée le 1er mai 2014].
- OMS, (2014), *Développement des adolescents*. Accès : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/) [Page consultée le 22 mai 2014.]
- Peplau, H. (1952). « *Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers – Extraits* ».
- Perroud, A. (2001). *Faire face à la boulimie : une démarche efficace pour guérir*. Paris : Retz.

- Perroud, A. (2003). *Faire face à l'anorexie : une démarche efficace pour guérir*. Paris : Retz.
- Phaneuf, M. (2010). *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*.
- Planète santé. Troubles alimentaires : l'adolescence est une période à risques. Accès : <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Mon-alimentation/Troubles-alimentaires-l-adolescence-est-une-periode-a-risques> [Page consultée le 1mai 2014].
- Ramjan, L.M., (2004). Nurses and the « therapeutic relationship »: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 495-503.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M. (2006). Discursive Constructions of 'eating disorders nursing': an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. *European Eating disorders review*. 14(2): 125-35.
- Shankland, R. (2009). *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris : Dunod.
- Soudan, C. (2012). *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers, Hildegarde Peplau*. Résumé livre de H.Peplau.
- Terrapon, C. (2010). *Isolement de contact, Accompagnement des patients selon leurs besoins*. Travail de Bachelor en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé de Fribourg.
- Tierney, S. (2008). The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 13(6):368-75.
- Troubles alimentaires, réseau expert suisse. Accès : <http://www.tr-alimentaires.ch/index.php> [Page consultée le 1er mai 2014].
- Turrell, S.L., Davis, R., Graham, H. & Weiss, I. (2005) Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 116-26.

- Van Ommen, J., Meerkijk, EL., Kars, M., Van Elburg, A. & Van Meijel, B. (2008). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2801-2808.
- Walker, S. & Lloyd, C., (2011). Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 18 (7): 383-91.
- Westwood, L.M., Kendal, S.E. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19(6):500-8.
- Withney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. & Terasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 187:444-9.
- Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2012). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2020-2029.

## **ANNEXE 1 : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ**

« Par cette présente, nous, Daniel Gonzalez et Lucile Erard, déclarons avoir effectué ce travail nous-même, selon les directives et normes de la Haute Ecole de Santé de Fribourg, en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers. Dans ce travail, les références utilisées sont donc citées et distinctement identifiées. »

Daniel Gonzalez et Lucile Erard



## ANNEXE 2 : GRILLES DE LECTURE DES ÉTUDES SCIENTIFIQUES

<b>Grille 1</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Van Ommen, J., Meerkijk, EL., Kars, M., Van Elburg, A. & Van Meijel, B. (2008). <b>Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective.</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 2801-2808.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	Cette étude a pour but de développer, du point de vue des patients, un modèle théorique pour expliquer l'efficacité des soins infirmiers auprès des adolescents atteints d'anorexie mentale.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Selon le guideline multidisciplinaire néerlandais pour les troubles alimentaires (2006), les soignants s'occupant de personnes souffrant d'anorexie mentale devraient être empathiques, compréhensifs, soutenant et non-jugeants. Les infirmières notent qu'il est important de créer un climat de confiance avec les patients.</p> <p>De plus, les adolescents anorexiques ont besoins que les professionnels de la santé puissent leur expliquer les comportements symptomatiques de leur maladie. Il est donc important de créer un lien thérapeutique entre le soignant et le soigné. L'infirmière a donc un rôle important à jouer dans le rétablissement des patients.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>Les critères d'inclusion à l'étude étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge entre 12 et 18 ans</li> <li>• Avoir été diagnostiqué anorexique selon les critères du DSM-IV-IR</li> <li>• Avoir reçu un traitement clinique</li> <li>• Avoir retrouvé un poids normal selon leur âge</li> <li>• Avoir quitté le centre depuis au moins 3 mois</li> <li>• Parler suffisamment la langue pour être interviewé</li> </ul> <p>L'échantillon est composé de 14 adolescentes avec une moyenne d'âge de 15 ans. Les parents ont donné leur accord pour que leur enfant fasse partie de l'étude.</p>
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.)</b>	<p>Devis qualitatif</p> <p><u>Méthode</u> :</p> <p>Dans cette étude, l'approche de la théorie ancrée selon Corbin et Strauss a été choisie afin d'analyser le point de vue</p>

	<p>des patients. Les expériences décrites ont servi de base pour la construction d'une théorie sur l'efficacité des soins infirmiers auprès des adolescents souffrant d'anorexie mentale.</p> <p>Cette étude a été validée et financée par le conseil d'examen scientifique et éthique.</p> <p>Au départ, l'échantillon comptait 26 adolescents s'étant fait traités pour des troubles alimentaires dans un centre spécialisé pour la reprise du poids. 14 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude.</p> <p><u>Procédure :</u></p> <p>Des entretiens semi-structurés ont été utilisés pour faire cette étude. Chaque participant, ainsi que ses parents, ont signé un formulaire de consentement pour participer à cette étude.</p> <p>Au début de chaque interview, l'intervenant montrait à l'adolescente un tableau des progrès de sa prise de poids au cours de son hospitalisation. Ensuite, il posait une question générale sur les aspects des soins infirmiers qui ont contribué ou, au contraire, entravé la récupération de poids. Les points importants des soins infirmiers ont été explorés lors de l'entrevue.</p> <p><u>Analyse :</u></p> <p>L'analyse des données recueillies a été faite selon un schéma cyclique (Strauss &amp; Corbin 1998).</p> <p>Au total 13 interviews d'environ 1h ont été faits et enregistrés sur des cassettes audio. Les trois premiers entretiens ont été analysés en détail par le groupe de recherche (2 chercheurs et un professeur en soins infirmiers en santé mentale) pour évaluer les techniques d'interview appliquées. Chaque interview a été retranscrit mot pour mot et analysé à l'aide du logiciel « winMAX pro 98 ».</p> <p>Deux chercheurs ont analysé la retranscription du premier interview séparément pour créer une liste de mots clés qui reflètent les facteurs spécifiques avec un impact sur le poids de la participante durant le processus de récupération.</p> <p>Ensuite, grâce à un processus de codage axial (Corbin &amp; Strauss), les concepts centraux relatifs aux soins infirmiers ont été mis en évidence. Ces concepts sont à la base du modèle présenté dans cette recherche.</p>
<b>Résultats</b>	Les aspects des soins infirmiers qui, selon l'avis des patients, ont contribué à la reprise de leur poids peuvent être décrits

sur la base de trois catégories :

- La normalisation
- La structure
- La responsabilité

Les chercheurs ont exploré ces catégories sur la base d'une ligne de temps à partir du moment de leur entrée au centre jusqu'à leur sortie. Cette période a été divisée en trois phases :

- *Phase 1*

Cette première phase commence avec l'admission du patient. Le thème central de cette phase était « apprendre de nouveau à manger ». Le personnel infirmier soutenait les patients en normalisant leurs habitudes alimentaires. Par contre, les patients vivaient mal le fait de devoir participer à un repas en groupe dès leur arrivée car elles avaient une aversion à l'égard de la nourriture et elles étaient terrifiées à l'idée de reprendre du poids.

Avec le recul, les adolescentes ont souligné que les actions des infirmières étaient très aidantes. Elles leur permettaient d'avoir une structure pour pouvoir réapprendre à manger et à prendre conscience que manger normalement était légitime. Les patientes relèvent l'importance du fait que les infirmières leur enlèvent la responsabilité de manger et faire de l'exercice. Car, sans cela, elles n'arriveraient pas à briser leur comportement impulsif. Les infirmières leur choisissaient un repas, le leur apportaient et leur interdisaient de faire de l'exercice après les repas.

Les premiers temps après leur admission, une infirmière était constamment auprès d'eux. Il leur était impossible de faire de l'exercice. Les patientes se disaient dépendantes de la présence de l'infirmière car elles étaient forcées de combattre leur comportement impulsif mais cela leur permettait d'avoir une structure et une continuité des soins.

Les infirmières leur donnaient régulièrement des informations sur l'anorexie. Celles-ci ont aidé à leur faire prendre conscience des conséquences physiques directes d'être sous-alimenté.

Les infirmières prenaient garde également à ce que les patientes soient toujours par paire. Ainsi, les nouveaux patients pouvaient observer et apprendre des plus anciens et étaient ainsi capables de surmonter les difficultés.

Les principaux aspects comportementaux des infirmières qui sont ressortis le plus souvent lors des interviews étaient : la

participation, la fiabilité, la disponibilité, la clarté et l'insistance. Ces attitudes ont été qualifiées comme essentielles à la normalisation de manger. Elles ont aussi contribué à créer une bonne alliance où les infirmières ont pu offrir un soutien empathique. Le dernier point particulièrement important qui est ressorti est la disponibilité émotionnelle des infirmières. « Êtes-vous prêt à prendre du temps pour moi et remarquez-vous quand je suis dans un moment difficile ? »

- *Phase 2*

Cette phase était focalisée sur deux aspects : 1. Responsabiliser les patients pour manger et faire de l'exercice. Et 2. Normaliser leur AVQ (scolarité, loisirs, etc.)

Les patients ont trouvé du support grâce à des plans d'action individuels. Au départ elles doivent choisir, avec l'aide d'une infirmière, leur snack et lorsqu'elles arrivent à le faire normalement elles peuvent choisir leur sandwich de midi. La collaboration avec l'infirmière a été d'une grande aide pour eux et les a encouragés à passer le cap.

Il était important pour ces adolescentes d'aller étape par étape. Et, lorsqu'elles avaient des moments difficiles, les infirmières leur laissaient l'espace nécessaire pour prendre le contrôle de leur apport alimentaire et par la suite d'analyser ces choix. Ceci leur permettait d'expliquer leur action et de se rendre compte de leur irrationalité.

La collaboration avec l'infirmière était très importante pour eux car elle avait un rôle de contrôle et directif dans un premier temps. Ensuite elle créait un lien de confiance entre elle et les patients. Grâce à ce dernier, les patients ont pu parler des sujets sensibles avec les infirmières, comme la perception de leur corps. Le rôle des soignants étaient aussi celui de montrer un comportement alimentaire normal en se joignant aux repas ainsi qu'en participant aux activités.

Durant cette phase les patientes pouvaient retourner à la maison durant les week-ends. Souvent, elles perdaient du poids. Les parents étaient donc invités à prendre un repas au centre afin de se rendre compte des règles qui y étaient établies. Il était important pour eux qu'il y ait les mêmes règles à la maison qu'au centre afin d'éviter les conflits.

Les interviews ont montré que les points importants de cette étape étaient d'avancer pas à pas. Avoir des activités avec les infirmières qui pourraient ainsi leur donner les encouragements nécessaires. Elles ont souligné aussi l'importance de l'évaluation des écarts afin de rendre les

	<p>problèmes visibles et ainsi de les surmonter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Phase 3</i></li> </ul> <p>Après avoir reçu les structures et les outils nécessaires pour surmonter leur maladie, la dernière phase consistait à leur donner la responsabilité de leur nutrition et des exercices physiques. Les infirmières les supportaient en leur donnant des conseils pour varier la nourriture et les exercices mais étaient de moins en moins derrière eux.</p> <p>Les infirmières leur laissaient l'espace nécessaire pour surmonter, par leurs propres moyens, les difficultés qu'elles rencontraient. Avec le recul, les patientes disaient qu'il fallait trouver un équilibre entre leur laisser faire des choix et ne pas leur laisser en faire. Il était important pour elles qu'elles puissent toujours se tourner vers une infirmière s'elles rencontraient des difficultés. Celle-ci soulignait leurs compétences et leur potentiel, et leur donnait ainsi plus de confiance en eux.</p> <p>Les adolescentes étaient attentives à ce que les infirmières voient également la fille qu'elles sont, malgré leur maladie. Les adolescentes ont apprécié le respect et le sentiment d'égalité donnés par les infirmières. Petit à petit leur sujet de conversation a changé et les infirmières les stimulaient avec humour en leur proposant de nouveaux challenges.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p><u>Discussion :</u></p> <p>Cette étude était focalisée sur les aspects des soins infirmiers qui ont contribué à aider les adolescentes atteintes d'anorexie à reprendre du poids. Pour ces patientes, le processus était long et fastidieux avec des changements permanents.</p> <p>Les chercheurs ont mis l'accent sur le fait que le programme de traitement pour les personnes souffrant d'anorexie devait aussi accorder une attention particulière à leur fonctionnement émotionnel et psychologique.</p> <p>L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir trois catégories : 1. La responsabilité 2. La normalisation 3. La structure.</p> <p>Ces catégories ont été mises en évidence grâce aux rôles joués par les infirmières durant le séjour des patientes au centre.</p> <p>La responsabilité était totalement enlevée aux patientes au début de leur hospitalisation pour leur être redonnée petit à petit selon leur capacité.</p>

	<p>La normalisation permettait aux patientes de réapprendre à manger normalement, dans le centre puis dans la vie de tous les jours. Il était important de montrer l'exemple d'un repas normal.</p> <p>La structure mettait l'accent sur les interventions des infirmières, qui étaient au début très intrusives et directrices, afin de guider et supporter les adolescentes ce qui les a beaucoup aidés.</p> <p><u>Perspectives pour la pratique :</u></p> <p>Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins infirmiers des adolescentes souffrant d'anorexie mentale. Les résultats peuvent aussi expliquer pourquoi les traitements appliqués n'ont pas toujours les résultats désirés. De ce fait, les plans d'action peuvent être développés pour accroître la qualité des soins de ces patients.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Les limites de cette étude est que les chercheurs n'ont interviewé que 14 adolescentes, limitant ainsi l'échantillonnage théorique. Il aurait été intéressant de prendre en compte les patients n'ayant pas été guéris.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Cette étude a tenté de faire ressortir les éléments les plus importants pour mettre en œuvre soins infirmiers appropriés à des adolescentes souffrant d'anorexie mentale.</p> <p>Le transfert graduel des activités vers la vie normale s'est avéré être un processus efficace. Les infirmières ont joué un rôle important, en évaluant en permanence l'équilibre des forces et faiblesses des patientes.</p> <p>Il s'avère que les soins infirmiers auprès de cette population est un travail de spécialiste. Il est essentiel que les infirmières aient les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir les soins appropriés à ce groupe de patientes.</p>

<b>Grille N°2</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Bakker, R., Van Meijel, B., Van Ommen, J., Meerwijk, E., & Van Elburg, A. (2011). <b>Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions.</b> <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i> , 24, 16-22.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>Le but de la recherche est de découvrir quels aspects des soins infirmiers sont les plus efficaces, d'après les infirmières, pour le rétablissement d'un poids normal chez les adolescents atteints d'anorexie mentale.</p> <p>Avec ces aspects, les chercheurs ont tenté de développer un modèle afin d'expliquer l'efficacité de ces soins.</p> <p>La question de recherche est : « Quels sont les aspects des soins infirmiers qui contribuent selon les infirmiers à la reprise d'un poids normal chez les patients souffrant d'anorexie mentale dans un groupe d'âge de 12 à 18 ans ? »</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Les adolescents souffrant d'anorexie mentale sont des patients difficiles à soigner car, souvent, une autre pathologie psychiatrique sous-jacente est également présente. Il est recommandé de soigner ces patients dans des centres spécialisés pour troubles alimentaires.</p> <p>Les infirmières ont un rôle essentiel dans le processus de guérison des adolescents. Les attitudes qu'elles doivent avoir sont: l'acceptation, l'écoute, le respect, l'empathie, la manifestation d'intérêt, l'honnêteté et la reconnaissance du patient et de ses plaintes. Elles doivent également imposer des règles strictes et ont un rôle de modèle de santé.</p> <p>Elles doivent faire attention au poids de leurs patients mais également à leurs émotions et leur rétablissement psychologique.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>Huit professionnels de la santé ont été interviewés, dont sept infirmières et 1 assistante sociale.</p> <p>Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués pour cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins un an d'expérience dans une clinique spécialisée, avec des patients atteints d'anorexie mentale de 12-18 ans.</li> <li>• Avoir un diplôme en soins infirmiers ou en travail social</li> </ul>

<p><b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b></p>	<p>Devis qualitatif</p> <p><u>Méthode</u> :</p> <p>Cette étude s’est basée sur une étude précédemment faite consistant à connaître les interventions infirmières efficaces auprès de la même population vis-à-vis des adolescents. Les chercheurs se sont basés sur les principaux sujets qui étaient ressortis lors de cette étude, à savoir : 1) La normalisation des habitudes alimentaires et physique 2) La structuration 3) La prise en charge.</p> <p><u>Procédure</u> :</p> <p>Huit entretiens individuels d’environ 1h ont été faits et une discussion de groupe de 2h s’en est suivie. Cette discussion de groupe avait pour but principal d’analyser les questions qui étaient ressorties lors des entretiens et d’examiner les conclusions provisoires. Quatre infirmières ont été interviewées, un psychologue et une diététicienne étaient présents lors de cette discussion afin de souligner l’importance interdisciplinaire de ces soins infirmiers.</p> <p>Chaque entretien a été enregistré sur des cassettes audio, retranscrit mot pour mot et codifié selon les sujets principaux.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Le processus de guérison préconisé par les infirmières peut être divisé en 4 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>La reprise d’une alimentation normale.</u></li> </ul> <p><i>Enlever la responsabilité :</i></p> <p>Au début de leur hospitalisation, les règles de bases étaient clairement établies. L’une d’entre elle était que les infirmières prenaient toutes les décisions à a place et pour le patient, en expliquant bien la raison de cette approche. Il était important pour les infirmiers de convaincre les patients que la lutte n’était pas dirigée contre eux personnellement, mais contre leur trouble alimentaire. Les attitudes infirmières au début de l’hospitalisation ont été de faire preuve d’une grande empathie et de compréhension mais également d’être strictes et axées sur le changement des habitudes alimentaires.</p> <p><i>Redonner la responsabilité :</i></p> <p>Graduellement, les infirmières redonnaient aux patients une certaine responsabilité quant à leur nourriture. Elles ne s’asseyaient plus à côté pour manger et leur laissaient choisir leur goûter, puis leur repas. Elles leur redonnaient petit à petit la confiance dont ils avaient besoin pour réapprendre à</p>



se nourrir normalement. Elles les questionnaient régulièrement sur le choix de leur nourriture pour leur donner les connaissances nécessaires. Le rôle des infirmières est alors passé de directif à superviseur.

*Faire des choix :*

Lorsque les patients étaient suffisamment responsables du leur choix de nourriture, les infirmières les invitaient à faire leur propre choix quant à leur indépendance, comme participer à un repas avec la famille ou des amis. Ces événements étaient évalués par la suite avec les patients ainsi qu'avec leurs parents ou amis

L'infirmière proposait également aux patients d'élaborer un plan afin d'éviter une rechute où ils décrivaient les pièges qu'ils pourraient rencontrer, les symptômes ainsi que les actions qu'ils devraient mettre en place. Cela aidait les adolescents à mettre en place les conseils qu'ils avaient reçus durant leur séjour et de mieux comprendre quelles actions devraient être mises en place en cas de rechute.

- La reprise d'une activité physique normale.

L'envie de bouger étant particulièrement forte après les repas, les infirmières surveillaient étroitement les patients à ce moment-là pour éviter que ceux-ci ne fassent des exercices. De temps en temps, elles passaient les voir à l'improviste. Le but de leurs interventions était de transformer l'exercice excessif et impulsif en exercice sain. Elles utilisaient la supervision directe pour montrer l'exemple d'une activité physique saine. Une fois le modèle d'exercice établi, les infirmières détournaient la conversation en posant des questions telles que « quels sport aimez-vous pratiquer ? », « comment pouvons-nous vous aider à trouver l'exercice le mieux adapter pour vous ? ». En d'autres termes, les infirmières changeaient la vision des patients en redéfinissant les exercices physiques visant la perte de poids en activités physiques pour le plaisir.

- Le développement des habiletés sociales.

Les infirmières ont un rôle de modèle. Par exemple, en lançant des sujets de conversation durant les repas, autres que la nourriture et les exercices physiques. Elles encouragent les adolescentes à participer à des activités de groupe qui pourraient les aider à améliorer leur comportement social. Elles analysent ensuite, avec le patient et leurs parents, ces situations afin de définir les problèmes rencontrés et de trouver ensemble des solutions. Cela a stimulé la confiance en soi des patients et ils sont capables de

	<p>faire de plus en plus de choix autres que sur leurs troubles alimentaires et ainsi de retrouver leur place dans la société.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Les conseils aux parents.</u></li> </ul> <p>Il était important pour les infirmières d'avoir une bonne relation avec les parents des patients en les informant en détail du traitement reçu par leur enfant. Ainsi, ceux-ci pouvaient épauler leur enfant lorsqu'il rentrait à la maison. L'infirmière avait également un rôle de modèle pour les parents, en leur montrant les règles de la clinique durant les repas pour qu'ils puissent ensuite en faire de même chez eux.</p> <p>Selon les infirmières, la communication, le contact avec les parents est très important. Mais l'inverse, la communication des parents aux infirmières sur leur enfant l'est tout autant. L'échange d'informations entre les parents, leur enfant et le personnel infirmier est primordial.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p><u>Discussion :</u></p> <p>Durant cette étude, la question posée au personnel soignant était : quelles sont les attitudes infirmières qui contribuent au rétablissement d'un poids sain chez les adolescentes atteints d'anorexie mentale.</p> <p>Plusieurs thèmes en sont ressortis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La reprise d'une alimentation normale</li> </ul> <p>Les infirmières avaient un rôle directif et de contrôle, en enlevant tout d'abord la responsabilité de manger aux patients et en le leur redonnant petit à petit en adoptant un rôle plus de consultant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la reprise d'une activité physique normale</li> </ul> <p>Les infirmières avaient un rôle de modèle en montrant des activités normales aux patients et en les encourageant à prendre du plaisir à faire du sport.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement du comportement social</li> </ul> <p>Les infirmières supportaient et encourageaient les patients à reprendre des activités de groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conseils aux parents</li> </ul> <p>Le rôle de modèle des infirmières vis-à-vis des parents était essentiel afin de leur transmettre les règles nécessaires pour un bon fonctionnement à la maison, mais était également un rôle de partenaire de soins. En effet, les parents et les infirmières s'échangeaient les informations pour le bien-être de l'adolescentes.</p>

	<p>Grâce à cette étude les chercheurs ont pu dégager un “best-practice” qui propose les meilleures interventions infirmières.</p> <p><u>Perspective pour la pratique :</u></p> <p>Le modèle qui est ressorti de cette étude peut être utilisé pour concevoir des interventions infirmières efficaces face aux besoins des patients atteints d’anorexie mentale mais est également utile pour les soignants.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l’étude</b></p>	<p>L’étude a été réalisée dans un centre de traitement pour adolescents avec un groupe d’âge de 12 à 18 ans. Ces résultats ne peuvent pas être appliqués dans des centres pour adultes atteints d’anorexie mentale. Des recherches comparatives devraient être menées afin de définir les interventions infirmières efficaces selon les âges.</p> <p>Il est également important de signaler que l’échantillon était assez restreint et que, par conséquent, l’exactitude des résultats n’a pas pu être prouvée.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les résultats de cette étude correspondent aux résultats obtenus dans l’étude menée par « Van Ommen et al (2009) ». Les deux études associées offrent une liste plus détaillée des interventions infirmières auprès des patients souffrant d’anorexie mentale.</p> <p>Ces interventions peuvent être testées dans d’autres études pour vérifier leur efficacité. Ces dernières offrent également un cadre intéressant pour tester, en interne, la qualité des soins offerts.</p>

<b>Grille N°3</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2012). <b>Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective.</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 2020-2029.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>Le but de cette recherche est d'établir comment les infirmières peuvent-elles assurer un gain de poids et une expérience positive en milieu hospitalier pour des adolescents souffrant d'anorexie mentale.</p> <p>La question qui ressort de cette étude est « qu'est-ce que les patients perçoivent comme des soins infirmiers efficaces ? »</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Le taux de mortalité et le taux de suicide des adolescents atteints d'anorexie mentale montrent le peu d'efficacité des traitements. La plupart de ces jeunes doivent être hospitalisés pour traiter les conséquences de leur maigreur.</p> <p>Les infirmières jouent un rôle très important dans les soins apportés aux patients hospitalisés. Elles remplissent plusieurs rôles tels que la surveillance du poids, la mise en œuvre des plans de soins, ainsi que la supervision. Les différentes méthodes qu'elles utilisent peuvent varier entre une approche stricte et sévère à une approche basée sur l'échange, le dialogue et sans pression. Chaque approche aura un impact sur l'expérience du patient hospitalisé.</p> <p>Grâce à la recherche sur le point de vue des patients, les professionnels de santé sont plus au courant des besoins des adolescentes. Par exemple, les patients accordent une grande importance aux traitements améliorant leur estime d'eux-même (Offord et al. 2006, Vanderlinden et al. 2007, Federici et Kaplan, 2008). Ils apprécient également une approche individualisée des soins, des besoins personnels et affectifs (Offord et al. 2006, Tierney 2008). Les infirmières doivent être supportrices et non-jugeantes. Elles doivent également être impliquées émotionnellement et disponibles pour le patient (Swain-Campbell et al. 2001, Colton et Pistrang 2004, Tierney 2008, van Ommen et al. 2009).</p> <p>Les patientes accordent de l'importance à une alliance thérapeutique car cela facilite le processus de leur guérison.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	Les 8 participantes étaient des adolescentes qui ont été hospitalisées dans un hôpital spécialisé dans les troubles alimentaires. La durée moyenne de leur séjour variait entre quelques semaines et plusieurs mois. Le programme pour regagner du poids était appliqué par une équipe

	<p>multidisciplinaire et les infirmières qui y travaillaient avaient divers degrés d'expérience.</p> <p>Les critères d'inclusion de cette étude étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les adolescents devaient avoir été dans un centre pour anorexie mentale et avoir récupéré un poids sain.</li> <li>• Avoir entre 12 et 18 ans</li> <li>• Filles et garçons étaient recrutés, seules des filles ont répondu.</li> </ul> <p>Les participantes et leurs parents ont signé un consentement et ont reçu les informations nécessaires pour l'étude.</p>
<p><b>Devis / Méthode</b> <b>(outils de collectes de données, analyses, etc.</b></p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>La récolte des données était effectuée à l'aide d'interviews semi-structurés avec les patientes. Ces interviews étaient focalisés sur les soins infirmiers qui ont contribué à une reprise de poids et à leurs expériences dans l'unité. Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone. L'identité des participantes n'a jamais été révélée durant les entretiens, des pseudonymes ont été utilisés.</p> <p>Après l'analyse des données, les chercheurs ont pu faire ressortir des thèmes qui revenaient régulièrement. Mais le sens implicite exprimé par les participantes n'a pas été négligé. Pour souligner ces différents sens et pour mieux comprendre, certaines citations ont été incluses dans les résultats.</p> <p>Cette étude a été autorisée par le comité d'éthique de la recherche universitaire humaine (HREC) ainsi que par le HREC de l'hôpital choisi.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Trois grands thèmes ont émergé de la récolte des données avec pour chacun d'eux, deux sous-thèmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Assurer le gain de poids</u></li> </ul> <p>Les patientes ont relevé que les infirmières ont pu faciliter leur reprise de poids en assurant le respect des habitudes alimentaires et d'exercices. Elles ont reconnu que l'abandon de leur propre contrôle sur l'alimentation et les exercices était important pour leur rétablissement.</p> <p style="text-align: center;"><i>Céder le contrôle</i></p> <p>Les infirmières ont pris le contrôle sur l'alimentation et les exercices en imposant des règles strictes afin de garantir le respect des habitudes alimentaires et des exercices qui</p>

étaient prescrits. Grâce à ce contrôle les patientes ont réappris à manger sainement.

Les infirmières surveillaient les patientes continuellement afin d'assurer le respect des règles. C'était difficile au départ pour les patientes, mais elles ont compris par la suite que cela était nécessaire pour leur guérison. La prise en soins devait être ferme mais également cohérente car les participantes exprimaient parfois leur frustration face à ces règles.

#### *Comprendre les conséquences d'enfreindre les règles*

Lorsque les patientes ne suivaient pas, elles recevaient des suppléments alimentaires par sonde nasogastrique. Cette sonde a été mal acceptée car elle est très désagréable.

Il y avait également des conséquences à faire trop d'exercices ou à parler de nourriture. Les patientes ont souligné le fait d'avoir conscience des conséquences. Cela leur permettait de mieux adhérer aux habitudes alimentaires et d'exercices qui étaient prescrites, et donc de reprendre du poids.

#### 2. Le maintien d'un milieu thérapeutique

Pour les patientes, les infirmières devaient faire preuve de prudence lorsqu'elles appliquaient les règles du programme.

#### *Règles pour mon bien-être, pas restrictives*

Malgré le fait que les patientes aient compris l'utilité des règles pour assurer un gain de poids, sachant bien que ces règles étaient pertinentes et justes, elles ont exprimé le fait que l'application stricte de ces règles, imposées par les infirmières, ne devait pas être punitive, mais devait conduire à une prise de poids.

#### *Avoir du plaisir, comme une personne ordinaire*

Les patientes ont apprécié l'environnement positif du service créé par la bonne humeur des infirmières. Cela les aidait à aller mieux et leur permettait d'être considérées comme des personnes normales.

Les infirmières soulageaient l'anxiété et l'appréhension de manger par une activité sociale amusante et cela permettait d'améliorer les repas.

#### 3. La relation lors des soins infirmiers

La nature des relations entre infirmières et patientes avait d'importantes incidences sur la prise de poids et la qualité du séjour en milieu hospitalier.

#### *La meilleure prise en charge infirmière*

	<p>Dans l'ensemble, les infirmières devaient être sympathiques et montrer qu'elles se souciaient des patientes. Une bonne infirmière a été décrite comme « quelqu'un avec qui on a envie d'être ». La nature de la relation devait être respectueuse et digne de confiance. Les infirmières devaient faire preuve d'encouragements et de soutien.</p> <p style="text-align: center;"><i>Mon infirmière, mon mentor</i></p> <p>Une relation forte permettait non seulement d'améliorer le séjour en milieu hospitalier mais servait également à motiver à l'adhésion au traitement. En raison de cette bonne relation, les patientes ne voulaient pas décevoir leur infirmière.</p> <p>Selon les participantes, les infirmières ont su insuffler la motivation et l'adhésion nécessaires.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les résultats de cette recherche indiquent que l'alliance thérapeutique contribue positivement aux soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Alliance thérapeutique :</i></li> </ul> <p>Les participantes à cette étude ont constaté les relations thérapeutiques permettait l'amélioration des soins. Ces données correspondent à d'autres recherches qui ont été faites sur ce sujet. L'interaction avec les infirmières est importante pour que les patientes se sentent à l'aise « comme à la maison » dans le milieu hospitalier. Les infirmières se devaient d'être empathiques, cela signifie qu'elles devaient être en mesure de comprendre les sentiments et les besoins des patientes. Grâce à une bonne relation, les infirmières soulageaient le sentiment d'isolement et d'ennui, diminuaient le stress et facilitaient les relations entre les patientes. Celles-ci préféraient les soignantes qui comptaient plus sur une forte et positive interaction plutôt que celles qui suivaient les règles trop strictement.</p> <p>Cette alliance thérapeutique a contribué à l'adhésion aux régimes alimentaires et aux programmes d'exercices et a entraîné une forte détermination à suivre le programme. Les patientes ne voulaient pas « décevoir » leur infirmière, ni trahir leur confiance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La balance des restrictions</i></li> </ul> <p>Les patientes ont compris que les règles du programme ont été utiles pour assurer de bons résultats comportementaux. Toutefois, ces règles étaient parfois considérées comme trop restrictives car les patientes avaient l'impression que le traitement ne se basait que sur le gain de poids.</p> <p>Cependant, les adolescentes comprenaient l'importance de ne pas avoir plus de contrôle sur leur alimentation et leurs</p>

activités physiques car cela était nécessaire à la récupération de poids. Les infirmières devaient trouver un « équilibre de restrictions » efficace. La recherche montre qu'une approche stricte n'offre aucun avantage par rapport à une approche plus indulgente. Les patientes ne tirent aucun avantage à se sentir punies ou mises à l'écart. Cela était considéré comme improductif.

Le but du traitement n'était pas de forcer le changement mais plutôt de le motiver. Un équilibre thérapeutique peut alors rassurer les patientes, qui se sentent aidées plutôt que punies.

- *Un environnement confortable et productif*

L'hospitalisation d'une adolescente souffrant d'anorexie est souvent longue et la prive de son chez-soi, son école, sa famille et ses amis. Il s'agit d'une perturbation importante des activités normales de la vie quotidienne qui peut être mal vécue. Être à l'aise et « normale » au cours du séjour était important pour les patientes. Les infirmières participaient aux repas, aux activités et amélioraient ainsi sans cesse l'atmosphère du service. Les activités dans le service et les relations avec les autres patients ont eu des répercussions sur la façon dont le séjour en milieu hospitalier a été vécu.

- *Motivation pour récupérer*

Pour une personne souffrant d'anorexie mentale, la récupération est une lutte contre sa propre identité (Espindola & Blay 2009). Il est également difficile pour elle de choisir entre une bonne santé et la minceur (Colton et Pistrang 2004, Espíndola & Blay 2009). Il est donc important que ces patientes soient motivées et déterminées pour atteindre le bien-être.

Beaucoup de patientes ont parlé de la façon dont leurs relations avec les infirmières ont conduit à leur motivation de prendre du poids. Elles ne voulaient pas les décevoir. Les adolescentes ont valorisé les relations qu'elles entretenaient avec les infirmières plus qu'elles n'ont évalué leur minceur.

Perspective pour la pratique :

Cette étude indique que les patientes ont une préférence pour les relations solides et professionnelles avec les infirmières et que cet apport peut avoir une influence pour la prise de poids et la qualité de l'expérience hospitalière. Grâce à ces interactions, les infirmières peuvent être en mesure de motiver les patientes dans le processus de guérison. Cette alliance thérapeutique repose sur la maîtrise des interactions, et cette compétence se développe lorsqu'une infirmière



	<p>commence à bien comprendre les patientes atteints d'anorexie mentale et leurs besoins.</p> <p>Les règles imposées aux patientes aux porté leurs fruits lorsqu'elles étaient bien appliquées et interprétées de manière responsable par le personnel soignant. Il est donc important que les règles soient appliquées afin de promouvoir la santé au maximum avec des restrictions minimales. C'est également important que les patientes comprennent la raison d'être de ces règles. En effet, une participante ayant compris la justification d'une règle est plus susceptible de l'accepter.</p> <p>Les patientes ont apprécié l'environnement crée par les infirmières pour assurer un sentiment de normalité. Les infirmières encourageant à des activités récréatives améliorent les relations entre les patients et effacent les sentiments d'ennui et d'isolation.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>La taille limitée (n=8) de l'échantillon limite la portée des conclusions. Le point de vue des participants pourrait être différent dans d'autres établissements ou d'autres pays. Comme les interviews ont été faits durant le séjour hospitalier des patientes, le fait que celles-ci aient encore « besoin » des infirmières ont pu influencer les résultats.</p> <p>Les données ne fournissent aucune indication quant à la population masculine. Les participantes ont été interrogées dès qu'elles ont accepté de participer à l'étude. Elles n'ont donc pas eu beaucoup de temps pour préparer leurs réponses avant les entretiens.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les participantes à cette étude ont démontré une préférence pour les infirmières qui ont assuré à la fois un gain de poids et un agréable séjour en milieu hospitalier. Ces infirmières avaient une attitude ferme mais aimable et raisonnable. Autrement dit, l'application des règles a été accompagnée par un comportement assurant les meilleurs résultats possibles.</p> <p>L'efficacité des soins infirmiers n'a pas été mesurée sur le gain de poids atteint. En revanche, l'approche de la prise de poids était le point principal de cette recherche.</p> <p>Une interaction bien réfléchiée et bien préparée a été le fondement d'une approche efficace des soins infirmiers.</p>

<b>Grille N°4</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Ramjan, L.M., (2004). <b>Nurses and the « therapeutic relationship »: caring for adolescents with anorexia nervosa.</b> <i>Journal of advanced nursing</i> , 45(5), 495-503.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>Au départ, la recherche portait sur le développement des relations thérapeutiques entre les adolescents et les infirmiers dans un service de pédiatrie. Cependant, il a été découvert que les infirmiers avaient du mal à développer cette relation.</p> <p>Le but de cette recherche est donc d'explorer les difficultés et les obstacles, rencontrés par les infirmiers, à la formation d'une relation thérapeutique dans un service de pédiatrie.</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p><u>Une alliance thérapeutique :</u></p> <p>Une relation thérapeutique est une relation dynamique dans les deux sens entre un soignant et un patient (McKlindon &amp; Barnsteiner 1999). L'anorexie mentale est une maladie chronique et c'est une des raisons pour laquelle les infirmiers ont du mal à développer des relations thérapeutiques avec ces patients dans les services de soins aigus. Peplau (1952). D'autres chercheurs ont par la suite identifié les éléments essentiels à cette relation. Ce sont : la confiance et l'engagement – l'empathie et l'authenticité – l'honnêteté et le soutien – la confidentialité et le non-jugement.</p> <p>La confiance est le plus important des éléments car elle permet d'établir les bases d'une relation. Sans relation de confiance le traitement et le rétablissement des patients atteints d'anorexie peuvent être entravés et prolongés.</p> <p><u>Anorexie mentale, la récupération et le traitement :</u></p> <p>Les personnes anorexiques sont obsédées par trois formes de contrôle : sur leurs repas, sur leur poids corporel et leur nourriture. Une guérison ou un rétablissement complet est rare en anorexie mentale (Halek 1997b). Il est plus facile pour l'infirmier de viser la « récupération ». Cela se produit lorsque le patient se constitue une « nouvelle identité saine », même si des comportements inadaptés peuvent perdurer. Les infirmiers doivent explorer avec le patient le sens donné à l'anorexie et la façon d'atteindre un rétablissement.</p> <p>A ce jour, aucune approche de traitement n'a été jugée supérieure aux autres ni n'a montré un taux de récupération supérieure. Seulement 50% des personnes souffrant d'anorexie mentale ont « pleinement récupéré » (Anderson, 1997). La plupart des patients ont fait une rechute une fois dans leur vie. (Herzog et al. 1999)</p>

	<p>L'hôpital, où cette étude a été menée, utilise un système de niveaux fondé sur « la modification du comportement ». Les patients commencent au niveau 1 ou 2 et à chaque fois qu'ils prennent du poids et remplissent les exigences du programme ils peuvent monter (ou descendre) d'un niveau, pour finalement atteindre le 5<sup>ème</sup>. Pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> niveau, lors du repos au lit, les patients sont souvent nourris par sonde nasogastrique. Pour les autres niveaux, les patients ont des privilèges comme par exemple : les repas dans la cuisine, une douche de 10min par jour, 2 appels téléphoniques, 2h de visites par jour / 3h le week-end, etc. Leurs progrès sont évalués deux fois par semaine pour déterminer les niveaux.</p>
<p><b>Population / Echantillon</b></p>	<p>Dix infirmières et infirmiers ont participé aux entretiens (trois hommes, sept femmes). Les participants devaient avoir au moins 2 ans d'expérience dans le domaine de l'anorexie pour adolescents.</p> <p>L'âge des participants variait entre 26 et 48ans. Ils avaient de 5 à 26ans d'expérience comme infirmier et 2 à 6 ans dans le domaine de l'anorexie. Aucun n'avait eu de formation officielle sur la santé mentale.</p>
<p><b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b></p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-structurés et enregistrés. Des questions écrites étaient là pour guider l'étude et rester sur la bonne voie. Les interviews exploraient les difficultés des participants dans les soins pour les adolescents souffrant d'anorexie. Chaque entretien commençait avec la question « voulez-vous me dire ce que représente pour vous le fait de s'occuper d'adolescents souffrant d'anorexie mentale dans ce service ? ».</p> <p>Une fois les enregistrements faits, ils ont été réécrits et soumis à une analyse thématique. Les thèmes qui en sont ressortis ont été contrôlés par les participants et leurs collègues ainsi que par des superviseurs de l'étude.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Trois grands thèmes ont émergé des analyses : 1) Lutter pour la compréhension. 2) Lutter pour le contrôle. 3) Lutter pour développer des relations thérapeutiques.</p> <p><u>Lutter pour la compréhension:</u></p> <p>Avec peu formation en matière de santé mentale ou sur l'anorexie, les infirmiers ont eu du mal à comprendre un tel trouble. De nombreux participants pensent que les patients ont causé leur propre trouble, et qu'ils devraient le « résoudre eux-mêmes ». Leur frustration les rendait sceptiques quant à la récupération complète des patients et ils considéraient leur</p>

travail auprès d'eux comme « une perte de temps ». Beaucoup ont ressenti certaines situations comme étant stressantes car ils n'arrivaient pas à comprendre l'anorexie et la récupération. Leur stress provenait également de la lutte pour le contrôle du processus de récupération, « une lutte émotionnelle et psychologique avec les patients ».

#### Lutter pour le contrôle :

Les infirmiers respectaient le programme de modification du comportement, mais la nature du trouble alimentaire est basée sur le contrôle et les patients « se révoltaient » face au programme. Par conséquent, les patients étaient considérés comme des manipulateurs par les infirmiers. Le programme continuait d'être appliqué, même si le personnel soignant n'était pas convaincu de son efficacité. Donc un jeu de pouvoir s'installait entre les patients et les soignants, au lieu de la confiance nécessaire à une bonne relation thérapeutique. Les deux groupes se méfiaient les uns des autres.

#### *Lutter pour le pouvoir*

L'enjeu principal de cette lutte était la nourriture. Une façon pour les infirmiers d'affirmer leur pouvoir était le choix des aliments. Ils voulaient aider les patients à aller mieux mais avaient le sentiment qu'ils agissaient comme des enfants. Les infirmiers ont indiqué que les patients ressentaient la sonde nasogastrique comme une punition et qu'ils faisaient tout pour la « saboter ». Inconsciemment, les infirmiers agissaient comme des geôliers (gardiens de prison). Les infirmiers, ne voyant pas d'amélioration immédiate étaient frustrés et fatigués de ces « pleurnicheurs et tricheurs ».

#### *Méfiance mutuelle : le problème de la manipulation*

La plupart des participants à l'étude se sont sentis manipulés par les adolescents souffrant d'anorexie. Chacun donnait une définition différente de la manipulation mais tous étaient d'accord sur le fait que leur manque de connaissance sur cette maladie les poussait à « attendre la manipulation ». Pour les adolescents, les infirmiers étaient les figures de l'autorité il était donc difficile de gagner leur confiance.

Dans l'ensemble, les infirmiers considéraient la manipulation des patients comme une façon d'avoir le « contrôle » sur leur maladie. Mais cela causait beaucoup de frustration et de tristesse. La formation d'une alliance thérapeutique a été empêchée par la méfiance des infirmiers. Une relation thérapeutique exige de la part des professionnels de la santé d'être en mesure d'admettre leurs erreurs, leurs limites et de comprendre la maladie.

	<p><u>Lutter pour développer des relations thérapeutiques :</u></p> <p>Manipulation, méfiance et lutte pour le contrôle étaient les principaux obstacles au développement d'une relation thérapeutique. Mais les participants ont aussi parlé d'un ensemble d'obstacles supplémentaires comme : qualifier les patients d'« anorexique » et de ce fait, les blâmer.</p> <p><i>Blâmer le patient</i></p> <p>Certains infirmiers ont estimé que ces adolescents étaient à l'origine de « leur propre maladie ». Selon eux, ils avaient le choix et ont choisi ce qu'ils ont fait. Sans une compréhension de la nature chronique de l'anorexie mentale, il leur était difficile d'être sympathique avec ces adolescents</p> <p><i>Étiquetage</i></p> <p>« L'étiquetage est le processus de fixation de marqueurs négatifs sur certains comportements considérés comme déviants, et donc moralement inférieurs. »</p> <p>Un immense sentiment de frustration de ne pas pouvoir obtenir mieux du patient, le manque de compréhension et le manque de soutien ont même conduit certains infirmiers à utiliser des termes employés par des geôliers pour évoquer les patients : des « criminels » avec « sursis » et des « récidivistes ». Ce vocabulaire démontre également que les soignants étaient effectivement devenus des geôliers. Ils donnaient à manger aux patients, les punissaient de ne pas manger et perturbaient le sentiment de contrôle des patients. Tout ceci ne pouvait pas avoir un effet thérapeutique car, dans ces conditions, les patients ne pouvaient pas se sentir à l'aise à l'hôpital.</p> <p><i>Coups de cœur : les avantages et les inconvénients</i></p> <p>Avoir des favoris parmi les patients peut également avoir des effets négatifs et empêcher la création d'une relation thérapeutique. En effet, pour les soignants, les patients favoris suivaient bien le traitement, se conformaient aux règles et avaient des parents agréables. Dans certains cas de favoritisme, les infirmiers ont montré une véritable empathie envers les adolescents. Dans ces cas-là, la relation thérapeutique était créée, et les infirmiers comprenaient mieux l'état des patients et pouvaient ainsi mieux les aider.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les infirmiers ont suggéré que les patients atteints d'anorexie mentale (hors de danger immédiat) soient placés dans un établissement spécialisé avec du personnel qualifié plutôt que d'être placés dans des services de pédiatrie. Le placement des adolescents avec des troubles alimentaires dans des services</p>

	<p>inappropriés est un gros problème.</p> <p>Dans cet hôpital, les adolescents souffrant d'anorexie doivent respecter le programme des troubles alimentaires basé sur les récompenses et les punitions afin de modifier leur comportement. Toutefois, le personnel soignant devrait être plus sensible aux questions de santé mentale et en particulier à la nécessité de prendre le temps de créer une relation thérapeutique avec ces patients. Ne pas les renvoyer chez eux trop rapidement car cela conduit inévitablement à une nouvelle hospitalisation.</p> <p>Il continue d'y avoir un grand besoin de formation et de soutien pour le personnel soignant s'occupant de ces patients.</p>
<b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b>	<p>La chercheuse interviewait des collègues de travail. Cela comportait certains avantages car elle avait construit un rapport de confiance avec eux et durant les entretiens, le dialogue était peut-être plus aisé. Mais il pouvait aussi y avoir certains inconvénients, par exemple : certaines informations jugées trop évidentes n'étaient même pas données.</p>
<b>Conclusion</b>	<p>Le traitement d'adolescents souffrant d'anorexie dans des services hospitaliers non-spécialisés, avec des programmes de modification du comportement, a clairement montré les difficultés d'établissement de relations thérapeutiques.</p> <p>Grâce aux différentes recommandations, un programme de traitement mieux adapté pourrait être mis en place.</p>

<b>Grille N°5</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Turrell, S.L., Davis, R., Graham, H. & Weiss, I. (2005) <b>Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness.</b> <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i> , 18(3), 116-26.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	L'objectif de cette étude était d'étudier les conditions nécessaires permettant d'aider les patients et leurs parents à continuer le processus de guérison après leur retour à domicile.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Les adolescents souffrant d'anorexie mentale sont admis à l'hôpital avec des complications médicales comme la malnutrition sévère, la déshydratation, l'instabilité physiologique et des troubles électrolytiques. Durant l'hospitalisation, il est essentiel que les patients reprennent du poids.</p> <p>Une fois les adolescents rentrés chez eux, ils doivent, avec leurs parents, reprendre la responsabilité de leur guérison. Le processus du retour à domicile se compose généralement de quatre phases : l'évaluation des besoins médicaux et psychologiques actuels et futurs, la planification des soins nécessaires après la sortie, la préparation des patients aux auto-soins et l'évaluation de l'efficacité de l'autogestion des soins. Lors de la planification de la sortie de l'hôpital, les besoins médicaux et psychologiques des patients, ainsi que ceux de la famille et leur volonté, vont être évalués.</p> <p>Cette étude est basée sur une approche systémique de la famille (MaCPhee, 1995). La théorie des systèmes familiaux décrit les familles comme un système d'individus interdépendants qui influencent et sont influencés par l'autre. Selon ce point de vue, les limites et les alliances qui existent au sein et entre les systèmes doivent être évalués. Les familles des adolescents souffrant d'anorexie mentale sont décrites comme désengagées, les frontières entre les parents et les enfants sont diffuses et les parents ne sont plus en mesure d'avoir une autorité auprès de leurs enfants (Minuchin, 1974). En outre, les parents peuvent renforcer le comportement problématique de l'adolescent en se focalisant sur les problèmes de leur enfant.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	Les participants à l'étude ont été recrutés dans une unité de troubles alimentaires dans un hôpital de Toronto, Canada. Les adolescents sont admis lorsqu'ils sont « médicalement instables » et pris en charge par un pédiatre. Puis, une fois stable, un psychiatre prend le relais mais ils restent dans la même unité.

	<p>Trois groupes ont été formés : Les infirmières autorisées (RNs), les patients adolescents souffrant d’anorexie, et leurs parents. RNs doivent avoir plus d’un an d’expérience auprès des adolescents, soit un échantillon de 14. Les critères d’inclusion pour les patients étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 18 ans</li> <li>• Un diagnostic d’anorexie selon les critères du DSM-IV</li> <li>• Une première admission dans l’hôpital</li> <li>• Parler anglais</li> </ul> <p>Étant donné le jeune âge des patients et pour garantir une alliance thérapeutique avec les parents, une autorisation leur est demandée. Si les parents sont d’accord, la demande est faite à l’adolescent. Le nombre de patients a été jumelé avec le nombre de RNs. (n=14).</p> <p>Les parents ont été considérés comme ceux avec qui l’enfant vivait, ou comme le représentant légal. Ils devaient pouvoir communiquer en anglais et donner un consentement clair à participer volontairement à l’étude. Le nombre des parents a également été adapté au nombre d’RNs et d’adolescents. (n=14). Il n’y a eu que des filles adolescentes.</p>
<p><b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b></p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Beaucoup de temps a été nécessaire pour collecter les données (1997-1999), ceci pour plusieurs raisons. Tout d’abord, seuls les patients admis pour la première fois étaient autorisés à participer à l’étude, limitant ainsi le nombre de patients. Deuxièmement, l’enquêteur n’était pas toujours là.</p> <p>Les questionnaires ont été remplis après leur premier retour à domicile en week-end. La famille a ainsi pu identifier les besoins afin de prendre soin de l’adolescent. Les adolescentes ont rempli le questionnaire à leur retour à l’hôpital. Il disait : « En tant qu’adolescente qui a été hospitalisée pour anorexie mentale, quelles conditions doivent être remplies pour que vous vous sentiez prête à sortir, pour continuer votre récupération à la maison ? » Des versions parallèles ont été données aux parents et infirmières.</p> <p>Pour les familles biparentales, un seul parent a participé au questionnaire même si les deux ont réfléchi aux questions. Dans la plupart des cas, c’était la mère. Une fois tous les questionnaires retournés, des copies ont été données à trois juges (étudiants diplômés en psychologie de l’enfant / adolescent) indépendants et une analyse des contenus a été</p>



	<p>faite. L'identité de chaque groupe a été retirée des questionnaires. Les juges sont parvenus à faire ressortir différentes catégories qui ont été examinées par les auteurs.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les thèmes ont été évalués séparément pour chacun des trois groupes. Il y avait quatre thèmes communs à chacun des trois groupes de participants. Une description des thèmes uniques pour les adolescentes, puis pour les RNs. Il n'y avait pas de thème unique ressortant chez les parents</p> <p><i>Thème 1 : Stabilité médicale</i></p> <p>Chaque groupe décrit des indices similaires : la stabilité médicale est nécessaire à la préparation de la sortie. Des exemples sont donnés de la part des trois groupes : « le cœur est bon et vos signes vitaux sont stables », « la pression artérielle, le rythme cardiaque et le poids sont stables » et « les critères de stabilité médicale ont été atteints ».</p> <p><i>Thème 2 : L'éducation</i></p> <p>Les adolescentes veulent « savoir gérer leurs repas elles-mêmes à la maison ». Les parents souhaitent de la part de leurs filles qu'elles « la compréhension de leur plan de repas, la quantité et les heures de manger ». Les infirmières ont demandé que les adolescentes aient une « compréhension claire du processus de consultation externe, des objectifs et des attentes avant leur sortie ».</p> <p><i>Thème 3 : Les changements psychologiques</i></p> <p>Cette catégorie comprend le cognitif, l'émotionnel et les changements de comportement. Les adolescentes ont suggéré qu'elles avaient seulement besoin d'effectuer des changements par « Je dois être capable de manger sans contrôle », « je dois être plus ferme et parler de moi-même », « nous devrions recevoir des feuilles de nutrition fournissant des informations sur les restaurants afin que nous puissions manger avec notre famille ». La majorité des réponses des parents ont identifié des changements psychologiques pour l'adolescente comme « diminution de l'anxiété concernant la nourriture et l'alimentation », « démontrer une capacité à utiliser des compétences d'adaptation pour faire face à l'angoisse » et « une meilleure compréhension de l'image corporelle, moins de distorsion ». Les parents n'ont pas identifié des changements psychologiques qu'ils devraient faire. RNs ont suggéré des changements pour les adolescentes et les parents. « les patients mangent tout leur repas avant la sortie », « une modification dans la manière dont les adolescentes abordent leurs problèmes affectifs, parlent de leur capacité à apporter des changements ». Les changements parentaux pour les</p>

	<p>infirmières devraient être : « la famille doit se sentir à l'aise pour fixer des limites et fournir une structure à la maison » et « la famille a besoin de savoir comment aider les enfants avec des problèmes d'alimentation, de superviser les repas et de comprendre que leur enfant ne sera pas guéri tout de suite. »</p> <p><i>Thème 4 : Planification des ressources de la communauté</i></p> <p>Un besoin de suivi des soins est décrit ainsi qu'un suivi pour les plans de repas et d'exercice. Les adolescentes disent souhaiter « nous donner autant d'alertes que possible pour que nous puissions être prêts ». Les parents ont indiqué qu'ils aimeraient « une coordination du suivi avec le médecin de famille et une liste de recommandations », « des conseils continus pour ma fille », « un service d'assistance téléphonique en cas d'urgence » et « un plan pour retourner à l'école ». Les infirmières étaient du même avis que les parents en demandant « un plan pour la réinsertion à l'école » ainsi que « la transition dans un centre de jour avant la sortie » et « la participation communautaire prévue, tels que les activités sociales et les réseaux de soutien ».</p> <p><i>Thème pour les adolescentes : le soutien</i></p> <p>Les adolescentes ont été les seules à indiquer que le soutien était un élément spécifique pour se préparer à la sortie : « s'assurer d'avoir une personne de confiance pour tous les repas et collations, quelqu'un qui puisse aider à passer le cap. »</p> <p><i>Thèmes pour les infirmières : les parents en tant que membre de l'équipe de traitement</i></p> <p>RNs veulent que les parents fassent partie de l'équipe de traitement pour pouvoir « prendre des responsabilités parentales réelles, en utilisant leur relation avec l'infirmière pour résoudre des problèmes ». Elles ont également estimé nécessaire que les parents « doivent s'entendre sur la gravité de la maladie et le traitement planifié ».</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Cette étude a cherché à identifier les facteurs qui, pour les adolescentes, leurs parents et les RNs, sont importants pour la préparation de la sortie.</p> <p><i>Stabilité médicale :</i></p> <p>Ce thème comprend les signes vitaux et la stabilité du poids. De plus, les trois groupes l'ayant identifié, il reflète le fait que les adolescentes ont reçu un traitement dans une unité psychiatrique médicale et elles y ont été admises pour diverses instabilités médicales. À l'admission, le personnel infirmier instruit les patientes et les parents sur les complications de</p>

l'anorexie mentale et le traitement qu'elles vont subir.

*L'éducation :*

Les participants à l'étude ont décrit avoir besoin d'informations concernant la sortie, surtout par rapport à : la planification des repas, le niveau d'activité et le processus de récupération. Les parents ont dit qu'ils n'avaient pas besoin d'être informés mais que leur enfant le soit. Les parents ont des difficultés à identifier leur propre rôle dans le processus de récupération. Lors de l'hospitalisation, ils ne reçoivent qu'une information informelle de la part des RNs concernant une thérapie familiale.

Les infirmières peuvent jouer un rôle important dans le processus d'information, malgré le refus des parents. Elles peuvent proposer différentes sources d'information (brochures, guides, etc.) et les distribuer. Elles ont également la possibilité de modéliser et d'enseigner les compétences parentales nécessaires, par exemple par l'établissement de limites. Le fait que la majorité des parents n'aient pas identifié de besoins éducatifs peut attester de leur refus d'endosser leur rôle de soutien.

Toutes les adolescentes ayant vécu leur première hospitalisation, il est normal que certaines réponses des parents soient un peu naïves. Cependant, les résultats reflètent probablement la dynamique spécifique aux familles avec une adolescente souffrant d'anorexie mentale. Que les parents n'aient pas assumé la responsabilité du changement peut être interprété par le renforcement du comportement problématique. Ils n'ont peut-être vu que la maladie pour détourner l'attention de leurs propres difficultés. Ce comportement aurait des implications sur le traitement et l'éducation. Ils doivent apprendre que leur enfant, avec sa maladie, les contrôle, en les faisant se sentir incompetents et impuissants. Au lieu de ça, les adolescentes et leurs parents doivent être placés sur un pied d'égalité. Les infirmières doivent expliquer cela aux familles.

*Les changements psychologiques :*

Les trois groupes ont identifié qu'il était nécessaire d'effectuer des changements psychologiques pour préparer la sortie. Les adolescentes et les parents ont exprimé le besoin pour l'adolescente de faire des changements importants en terme de comportement alimentaire. Dans un suivi de l'étude, les auteurs (Steinhausen & Cie, 1991) ont démontré que la normalisation du comportement alimentaire a lieu dans 44% des cas. Les infirmières ont identifié un besoin pour les parents de fixer des limites dans l'alimentation de leur enfant, afin

	<p>qu'ils puissent prendre le contrôle des stratégies visant à régler les problèmes de comportement. Les infirmières sont dans une position clé pour modéliser l'établissement de limites efficaces avec les adolescentes et pour soutenir les parents dans leurs efforts sur le long terme.</p> <p><i>Planification des ressources communautaires :</i></p> <p>Étant donné la nature multidisciplinaire de la planification de la sortie et son importance pour les familles, l'efficacité des services doit être évaluée. En fixant une date de départ précise, les membres de la famille peuvent mieux prendre les mesures appropriées. Des ressources telles que les infirmières psychiatriques peuvent être organisées avant le départ pour améliorer la continuité des soins et faciliter la sortie. Les familles ont peut-être leurs propres ressources mais ont besoin d'aide pour les mettre en œuvre.</p> <p>Le désir de soutien était unique pour le groupe des adolescentes. Elles ont identifié le besoin de soutien de la part de la famille et des amis et ont donné des exemples de mesures de soutien : retirer les miroirs en longueur de la maison et ne pas parler de nourriture et de silhouette. Les infirmières peuvent aider les adolescentes à trouver des stratégies de soutien et faciliter la communication entre les membres de la famille.</p> <p>Les infirmières, elles, ont reconnu la nécessité pour les parents d'être à leur côté lors du traitement pour qu'ils se sentent impliqués et prêts à la sortie. Les adolescentes et leurs parents s'attendent à des progrès considérables lorsqu'ils sont à la fin du premier séjour et se sentent prêts à sortir. Les professionnels considèrent ces progrès comme irréalistes et il est donc difficile de travailler avec les parents en tant que partenaire car ils ne sont pas sur la même longueur d'onde. La chronicité de l'anorexie mentale pourrait être due, en partie, à la difficulté des parents à comprendre et accepter la maladie de leur enfant et à ne pas imposer de limites. Même si l'étiologie demeure inconnue, il est évident que pour les adolescentes, la participation de la famille dans le traitement est essentielle (McIntosh &amp; Cie, 2000).</p> <p>Les infirmières jouent un rôle important dans la création de ressources communautaires, tels que des groupes de soutien.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Tout d'abord, la taille de l'échantillon est petit et homogène ce qui limite la généralisation. Deuxièmement, le questionnaire est donné au moment de l'hospitalisation pour toutes les patientes. Ceci peut avoir un effet soit négatif soit positif. L'étude devrait être reproduite avec un échantillon de patients</p>

	<p>qui sont à diverses étapes de la récupération et de la sortie. Troisièmement, la collecte des données s'est déroulée sur une période relativement longue. Quatrièmement, les réponses auraient peut-être changé si les pères avaient partagé leurs perceptions.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les résultats de l'étude suggèrent que la préparation de chaque groupe participant est dépendante de la stabilité médicale des adolescentes. Cependant, les autres réponses décrivent que les adolescentes, les parents et les infirmières ont des besoins très différents concernant le retour à domicile. Le plus notable est l'indication de déni chez les parents, ce qui peut les laisser sans moyen pour gérer de façon adéquate les comportements difficiles de leur enfant lors de la sortie. Les infirmières ont un rôle important à jouer pour soutenir les patientes et leur famille à se préparer à leur retour. Elles peuvent avoir un impact positif dans la diminution du refus parental et accroître la participation de la famille dans le traitement.</p>

<b>Grille N°6</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Walker, S. & Lloyd, C., (2011). <b>Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience.</b> <i>International Journal of Therapy and Rehabilitation.</i> 18 (7): 383-91.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	Le but de cette étude était d'explorer les attitudes de professionnels de la santé envers le traitement de patients souffrant de troubles alimentaires et ainsi développer une meilleure compréhension des ces raisons.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Les principaux troubles alimentaires sont l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie alimentaire (American Psychiatric Association, 2000). L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique grave caractérisée par une vision déformée du corps avec une hantise de gagner du poids et un très faible poids corporel. La boulimie est caractérisée par des crises de boulimie et des comportements compensatoires inappropriés tels que des vomissements provoqués et / ou l'abus de laxatifs, jeûne ou exercice excessif. Les personnes boulimiques peuvent garder leur trouble caché (1 cas sur 10 détecté) pendant longtemps au détriment de leur santé. L'hyperphagie alimentaire se caractérise par des crises récurrentes de boulimie sans mesure compensatoire.</p> <p>Les familles ou amis de victime ne prennent conscience que tardivement, lorsque la situation est alarmante. Les complications médicales pour les personnes souffrant de troubles alimentaires, en particulier d'anorexie sont : la fatigue, des problèmes cardiaques, l'insomnie, des problèmes de température du corps, des sensations de ballonnements, la constipation et la croissance de poils fins.</p> <p>En raison de la nature secrète des personnes atteintes de troubles alimentaires, les professionnels de la santé ont pour défi de diagnostiquer à un stade précoce et de diriger le traitement. Les professionnels qui traitent ces patients peuvent avoir des dérèglements émotionnels en raison de la gestion à la fois des risques médicaux complexes et des comorbidités psychologiques comme la dépression et l'anxiété.</p> <p>La gestion des troubles alimentaires va au-delà des symptômes. Il s'agit d'encourager les patients à développer des nouvelles façons de penser, de sentir et d'agir dans les relations interpersonnelles en étant plus adaptés. Un facteur susceptible d'interférer avec le bon fonctionnement thérapeutique est le contre-transfert. Ces patients ont souvent des sentiments de colère, de dévaluation, de désespoir,</p>

	<p>d'amour ou d'identification envers leurs soignants. Les réactions des thérapeutes peuvent être influencées par leurs propres conflits personnels non résolus. Lorsque ceux-ci surgissent, les personnes peuvent développer des perceptions déformées des patients et être perçues comme moins empathiques.</p>
<p><b>Population / Echantillon</b></p>	<p>Les participants à l'étude étaient des professionnels de la santé employés dans le sud-ouest de Brisbane. Ils devaient posséder des qualifications professionnelles dans la santé mentale ou des professions médicales. Un échantillon de 15 participants (10 femmes, 5 hommes) ont répondu aux critères et ont accepté de participer à l'étude. Parmi les participants figuraient : trois psychologues, deux ergothérapeutes, deux greffiers médicaux, un psychiatre, trois travailleurs sociaux et quatre infirmières en psychiatrie. Neuf avaient déjà travaillé avec des personnes atteintes de troubles alimentaires, quatre jamais. Deux avaient travaillé dans un cadre ambulatoire pour ces personnes.</p>
<p><b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b></p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide de la recherche qualitative consensuelle (CQR). De grandes thématiques sont délimitées et dans chacune-d'elles, les idées fondamentales sont dérivées.</p> <p>Un groupe de discussion a été réalisé pour récolter les données, cela permet au chercheur d'interagir avec les participants et de clarifier les réponses et les questions. Le groupe a été mené par un clinicien en santé mentale et a duré une heure. Une fiche d'information a été fournie, décrivant les conditions de participation et indiquant que la participation était volontaire. Les professionnels de la santé ont reçu un formulaire de consentement à signer. La discussion a été guidée par un format semi-structuré et sur bande sonore. Les questions suivantes ont été posées pour guider la discussion de groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles pensées avez-vous lorsque vous travaillez avec une personne atteinte de troubles alimentaires ?</li> <li>• Quels sentiments avez-vous avec ces personnes ?</li> <li>• Quelle importance pensez-vous que la formation a sur votre désir de travailler avec ces personnes ?</li> <li>• Quels sont les obstacles dans le traitement avec ces personnes ?</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Résultats</b></p>	<p>Trois domaines clés ont été identifiés : les attitudes, les contre-attitudes et les obstacles au traitement.</p> <p><i>Domaine 1 : Attitudes des professionnels de la santé</i></p> <p>Deux idées de bases ont été identifiées : la compréhension des troubles et le désir de travailler avec des personnes souffrant de troubles alimentaires. Certains participants essayaient de comprendre pourquoi quelqu'un développait une peur de manger. Ils étaient au courant que ces troubles étaient en relation avec la notion de contrôle cependant, ils estimaient que, vu la cause inconnue du trouble, les soins étaient vains.</p> <p>Quant à savoir s'ils avaient pu choisir de travailler avec ces patients, les participants ont déclaré qu'ils étaient réticents car souvent, les patients en savaient plus qu'eux sur leurs troubles. Les participants ont souvent estimé que les patients ne voulaient pas être traités, freinant l'envie de travailler avec eux.</p> <p><i>Domaine 2 : Contre-transfert</i></p> <p>Deux idées principales ont été ressorties : les émotions et l'auto-évaluation. Les participants se sentaient frustrés lorsqu'ils travaillaient avec des patients atteints de troubles alimentaires. Ceux-ci ont exprimé des sentiments de colère, de frustration lors du traitement qui, selon eux, contribuent à leur réticence et à la lenteur des progrès.</p> <p>Concernant l'auto-évaluation, les participants estiment qu'ils sont devenus plus conscients de leurs propres problèmes d'image corporelle. Les participants masculins étaient moins sensibles à ce côté-là, mais ont compris l'importance d'une alimentation saine.</p> <p><i>Domaine 3 : Obstacles au traitement</i></p> <p>Deux idées principales ont été identifiées : la formation et la supervision. Les participants ont estimé qu'ils n'avaient pas toujours la formation requise et un manque de temps pour gérer la complexité des patients. Ils ont également souligné qu'il n'était pas réaliste de penser qu'ils aient des connaissances approfondies sur les troubles alimentaires car ils devaient déjà connaître d'autres maladies. Un participant a suggéré qu'il fallait avoir des professionnels avec des connaissances spécifiques. Le fait d'avoir la supervision d'un spécialiste des troubles alimentaires pourrait accroître leur désir de prendre en charge ces patients.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Cette étude visait à identifier les attitudes et les défis des professionnels de la santé mentale et médicale lors du traitement de patients atteints d'un trouble alimentaire. Les</p>



	<p>résultats de l'étude suggèrent que les attitudes des professionnels sont liées au manque d'expérience et de réaction de contre-transfert.</p> <p>Les professionnels pensent fournir un bon travail. Mais à cause de leurs connaissances insuffisantes, il en résulte des sentiments de frustration et les attitudes négatives surgissent, diminuant ainsi leur désir de travailler avec ces patients.</p> <p>Trois thèmes sont ressortis du groupe de discussion : les attitudes, les contre-attitudes et les obstacles au traitement. Les participants avaient du mal à comprendre que les patients aient peur des repas. Pour eux, « tout ce qu'ils ont à faire c'est de manger ».</p> <p>Les participants n'ayant aucune expérience dans le domaine ont signalé un manque d'empathie et la conviction que le trouble a été auto-infligé. La plupart des participants ont exprimé leur frustration et leur colère en raison de la nature très résistante de la maladie. Certains ont déclaré que les risques médicaux étaient si grands qu'ils se sentaient mal formés pour gérer ces patients. Ils ont estimé qu'un haut niveau de formation était nécessaire pour faire face à ce groupe de patients.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Une des limites concernait les participants, étant tous de la même clinique locale de santé mentale. La plupart des participants étaient pris par le temps et le fait d'avoir participé au groupe de discussion leur a peut être donné une charge de travail supplémentaire. Les participants moins expérimentés peuvent avoir été intimidés par leurs collègues plus chevronnés. Ils étaient donc moins susceptibles de contribuer à la discussion.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les thèmes dominants qu'ont soulevés par les professionnels sont : la formation et la supervision, les attitudes et les contre – attitudes. Les principaux résultats suggèrent que la plupart des professionnels n'ont pas une connaissance adéquate des causes, du traitement et des défis associés aux troubles alimentaires.</p> <p>Cette étude a mis en évidence les attitudes des professionnels de la santé et les réactions émotionnelles. Il a également été mis en évidence que la formation et la supervision peuvent contribuer à améliorer les compétences et des professionnels. Cela leur permettrait d'améliorer la relation thérapeutique et de progresser vers de meilleurs résultats dans ce domaine.</p>

<b>Grille N°7</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Withney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. & Terasure, J. (2005). <b>Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study.</b> <i>The British Journal of Psychiatry.</i> 187:444-9.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>Cette étude vise à obtenir une compréhension détaillée des expériences des aidants naturels auprès de personne souffrant d'anorexie.</p> <p>Le but global est de développer un cadre conceptuel visant à optimiser les interventions des aidants naturels, de réduire les facteurs de maintien de la maladie et d'améliorer le résultat global.</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Il a été souligné un manque d'informations valables pour guider les médecins dans le traitement de l'anorexie mentale. Des interventions impliquant la famille sont recommandées pour les patients adolescents mais pas pour les adultes. D'anciennes études ont prouvé que les parents de patients adultes avaient de haut niveau de détresse et trouvaient les soins lourds.</p> <p>L'hypothèse de cette étude était que les aidants naturels perçoivent la maladie de façon erronée et que cela augmente leur détresse et contribue au maintien de la maladie.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>Des lettres de 20 pères et 20 mères ont été collectées et incluses dans l'analyse. Pour 13 patients, les lettres des deux parents ont été utilisées et pour les 14 autres seulement une lettre.</p> <p>La moyenne d'âge des aidants naturels était de 52,7 ans (50,8 pour les mères et 54,4 pour les pères). Les 27 patients avaient une moyenne d'âge de 20,5 ans. Environ 45% des patients étaient malades depuis environ 5 ans et 20% depuis environ 10 ans.</p>
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b>	<p>Devis qualitatif.</p> <p>L'unité de troubles alimentaires d'un hôpital à Londres encourage les patients et leur famille à participer aux interventions familiales faisant partie du programme de soins. Durant le temps de l'étude, les patients et leur famille étaient assignés à une des deux interventions familiales. Les familles ont été vues individuellement soit sur une base hebdomadaire pendant environ 18 semaines (durée habituelle du traitement), ou ensemble avec une autre famille pour une intervention intensive en atelier de 3 jours.</p>

	<p>Le but des deux interventions était de promouvoir l'efficacité des soins en faisant de la psychoéducation et en enseignant des techniques de motivation. A la fin du premier jour, les aidants devaient écrire une lettre en décrivant l'exemple d'un(e) mère/père/sœur/partenaire d'une personne souffrant d'anorexie mentale. Ils apportaient ensuite ce document à un groupe de discussion. Tous étaient d'accord pour que leur lettre soit utilisée pour la recherche.</p> <p>Des consentements éthiques ont été obtenus pour ce projet auprès des participants.</p> <p>Les documents ont ensuite été analysés par des chercheurs et par un programme informatique afin d'en faire ressortir les principaux thèmes communs.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>L'effort des aidants pour comprendre, expliquer et faire face à la maladie était évident dans les récits. Les thèmes ressortis ont été regroupés en six catégories :</p> <p><b>Les perceptions des aidants naturels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Les perceptions relatives aux caractères de la maladie</i></li> </ul> <p>Les aidants étaient perplexes quant aux causes et aux facteurs contribuant à la maladie. Les pères et les mères s'autocritiquaient et se demandaient ce qu'ils auraient pu faire de différent pour prévenir la maladie. La plupart des parents percevaient la maladie comme chronique et exprimaient leur pessimisme quant à la guérison de leur enfant. Les parents estimaient que la maladie avait rendu leur enfant de plus en plus dépendant, exigeant et avec une baisse de l'estime de soi. Les pères ont exprimé une plus grande préoccupation concernant les effets négatifs de la maladie, alors que les mères ont exprimé leurs regrets sur les occasions perdues.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Patient, soignant et traitement de contrôle</i></li> </ul> <p>La majorité des parents ne croient pas que leur enfant ait les capacités de vaincre la maladie, d'autres regardent leur enfant comme une victime atteint par la maladie et sans influence ou contrôle sur le résultat. La plupart des parents ont exprimé leur impuissance dans leurs essais de contrôler la maladie et les perçoivent comme improductifs. Ils étaient soulagés de savoir que leur enfant reçoit un traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La cohérence de la maladie</i></li> </ul> <p>Malgré leurs essais pour s'informer eux-mêmes sur l'anorexie mentale, les aidants sont restés perplexes, en décrivant les mécanismes de la maladie. Leur perplexité augmente à cause de la complexité et la sévérité de la maladie. Les pères avaient tendance à exprimer cette perplexité tandis que les mères</p>

paraissaient plutôt frustrées à cause de leur incompréhension.

**L'impact de la maladie :**

- *L'effet sur la famille*

Beaucoup d'aidants ont ressenti ces effets négatifs de la maladie, tout en se sentant manipulés et contrôlés par leur enfant malade. Ils ont décrit une relation très dépendante avec leur enfant, qui les dominait et avait des demandes irraisonnables. Les parents sentaient que la maladie contribuait aux conflits dans la famille et les empêchaient de faire de plans pour le futur.

**Processus émotionnels et cognitifs :**

- *Réponses émotionnelles*

Les parents ont exprimé des émotions négatives variées comme la tristesse, le désespoir, la peur, la colère et l'hostilité. Beaucoup se blâmaient eux-mêmes en parlant de la culpabilité, d'échec et d'impuissance. Beaucoup (surtout les mères) ressentent des troubles du sommeil, sont préoccupés et ont des sentiments de désespoir. Des thèmes positifs émergeaient malgré tout, surtout de la part des pères, des sentiments comme : leur affection pour leur enfant, souligner leurs qualités et leurs envies de les supporter et de les protéger.

Les parents se sentaient en colère contre la stigmatisation associée aux troubles alimentaires et la tendance des autres à banaliser la maladie.

- *Stratégies cognitives*

Des stratégies d'adaptation cognitives comme l'espoir et l'optimisme, l'auto-distraktion et la reconstruction ont été décrites. Des pensées positives étaient utilisées pour essayer de réduire le désespoir et le cynisme quant à l'avenir. Les pères arrivaient plus à décrire leurs essais pour se distraire, souvent concentrés au travail pour ne plus se préoccuper de la maladie. Certains parents utilisaient la stratégie d'identifier la maladie comme une chose à part du patient, et la décrivent comme un « ennemi » ou un « imposteur ».

D'autres catégories, moins dominantes, sont ressorties des lettres :

- *Les croyances et réponses inadaptées*

Des évaluations négatives étaient évidentes dans les récits des parents, en soulignant les idées fausses au sujet de leur propre rôle et celui de leur enfant, rôle qui ont pu causer la maladie.

	<p>Des réponses inadaptées sont également apparues. Des réponses sur le comportement des parents semblaient exagérées. Par exemple, des réponses surprotectrices (passer des heures au supermarché dans l'espoir d'acheter quelque chose) ou sur-anxieuses (ne plus dormir ou crier en dormant, pleurer tout le temps, se sentir impuissant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La différence entre les sexes</i></li> </ul> <p>Les mères avaient plus de tendance à être anxieuses, tandis que les pères avaient des réflexions plus cognitives et détachées, avec une utilisation de stratégies d'adaptation et d'évitement.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les thèmes ressortis dans les résultats correspondent aux modèles et concepts existants dans la littérature sur la santé mentale et les aidants naturels.</p> <p>Les parents utilisent une variété de réponses pour faire face à leur anxiété et aux demandes de leur enfant. Certaines réponses utilisent des stratégies d'adaptation en se focalisant sur leur propre intérêt en montrant de l'optimisme, en cherchant du soutien social. Les mères expriment particulièrement une profonde anxiété. D'autres expriment des évaluations négatives de la maladie liée à leur hostilité et aux critiques de leur enfant et d'eux-mêmes.</p> <p>Le niveau d'émotion dans les récits était très élevé par rapport à la norme dans la littérature.</p> <p>Des interventions utilisant des stratégies cognitivo-comportementales pourraient aider à modifier ces pensées désespérées et impuissantes pour améliorer le comportement des parents. Enseigner aux parents des compétences d'écoute peut diminuer les conflits. Les parents doivent être encouragés à rechercher des services tels que des groupes de soutien et à prendre du répit lorsque cela est nécessaire.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Les récits ont été recueillis dans le but d'une utilisation dans le processus de traitement. Cela aurait pu conduire à des préjugés dans les rapports.</p> <p>Même si les récits étaient non guidés et ouverts, ils n'ont pas pu être tous utilisés car certains thèmes individuels ne pouvaient pas être examinés plus en profondeur.</p> <p>Il s'agit de généraliser les conclusions, l'échantillon était composé d'aidants naturels des patients recevant des soins spécialisés à l'hôpital.</p>

<b>Conclusion</b>	<p>Les analyses des lettres des parents ont permis d'identifier de nouvelles interventions. Ainsi les chercheurs ont pu ressortir des thèmes sur la perception de la maladie pouvant contribuer à la détresse des parents. Les parents étaient souvent pessimistes sur l'avenir et se sentaient impuissants face à la maladie.</p> <p>Les parents, particulièrement les mères, exprimaient des émotions plutôt négatives influençant leur niveau de sommeil. Les pères, eux, prenaient une plus grande distance tandis que les mères recherchaient l'aide de proches.</p>
-------------------	---

<b>Grille N°8</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Tierney, S. (2008). <b>The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa.</b> <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association.</i> 13(6):368-75.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	L'objectif de ce travail est d'explorer les points de vue des jeunes traités pour de l'anorexie.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>La recherche qualitative développe "les concepts qui nous aident à comprendre des phénomènes sociaux dans les milieux naturels, plutôt que d'expérimentation, en mettant en valeur les significations, les expériences et points de vue de tous les participants".</p> <p>Les idées initiales ont été consignées dans un journal, à partir des données recueillies. Un processus défini comme le stade «découverte» par Maykut et Morehouse (1994), a contribué à identifier les codes.</p> <p>le programme informatique qualitatif, Atlas-ti, a été utilisé pour permettre la récupération facile des citations.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>10 adolescents. Les adolescents (11 à 18 ans) forment l'échantillon.</p> <p>Une unité psychiatrique pour adolescents en Angleterre traitant une gamme de problèmes de santé mentale, incluant les troubles de l'alimentation, a été utilisée comme centre de recrutement.</p>
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b>	<p>Devis qualitatif. Cette enquête s'est appuyée sur un échantillonnage non probabiliste.</p> <p>La recherche est basée sur une série d'entrevues semi-structurées, au cours desquelles ont été posées des questions ouvertes afin que les patients puissent s'exprimer librement.</p> <p>Toutes les entrevues ont été enregistrées, puis, retranscrites mot à mot. Le consentement écrit des participants a été requis. Pour les moins de 16 ans, les parents devaient approuver l'expérience de leur enfant.</p> <p>Une analyse thématique a été appliquée à ces données.</p>
<b>Résultats</b>	<p>5 thèmes sont ressortis de l'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>L'accès à des soins adéquats</i></b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart ont reconnu que l'intervention extérieure est nécessaire.</li> <li>• L'incapacité des médecins traitants à détecter les signaux précurseurs de la maladie était commune à tous les participants.</li> <li>• Même quand un diagnostic précoce a été fait, le manque de services appropriés est un obstacle majeur.</li> <li>• Les premiers soins furent donnés par des praticiens manquant d'expérience dans ce domaine, se concentrant surtout sur l'alimentation et le poids, plutôt que sur les sentiments et les angoisses.</li> <li>• Lorsque les soins ambulatoires se sont avérés inefficaces, les participants ont été admis dans un service général, où ils ont déclaré avoir été négligés par le personnel qui considérait l'anorexie comme auto-infligée.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>L'équilibre entre le physique et le psychologique</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes interrogées ont critiqué dans l'ensemble le traitement se concentrant trop sur le physique plutôt que sur les progrès mentaux.</li> <li>• Les participants ont souligné que le fait d'être traités dans un hôpital augmente leur sentiment de la culpabilité qu'ils associent à l'alimentation, voyant cela comme un besoin primaire. Malgré tout, les repas étaient toujours difficiles.</li> <li>• Au niveau des interventions psychologiques, presque tous les patients furent satisfaits de la thérapie familiale, la ressentant comme un moment d'échange de sentiments.</li> <li>• Les thérapies individuelles, données par un professionnel confrontant les pensées irrationnelles sur l'alimentation et le poids, ont été reconnues par les participants comme une aide. Mais avoir un suivi continu avec un seul et même thérapeute était nécessaire.</li> </ul> </li> <li>• <b><i>Qualités requises chez les professionnels</i></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. La nécessité que les praticiens aient de l'expérience dans la prise en charge des cas d'anorexie semble être prioritaire.</li> <li>4. Les soignants avec peu d'expérience ont tendance à croire tout ce que le patient va dire.</li> </ol> </li> </ul>
--	---



	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Les patients ont avoué avoir plus de facilité à induire en erreur les infirmières en soins généraux qui ne connaissent pas leur maladie.</li> <li>6. Le personnel des unités spécialisées est préparé à détecter les astuces mises en place par les patients afin de falsifier leur poids ou cacher leur nourriture.</li> <li>7. Les soignants traitant les anorexiques comme étant des « cas » plutôt que des individus ont été critiqués.</li> <li>8. Les remarques négatives du personnel envers la nourriture ont été particulièrement mal perçues. (ces derniers mangeaient avec les patients et ont fait des remarques négatives sur la nourriture), mais le repas ont quand même été mangés par les patients.)</li> <li>9. Certains soignants ne voient pas l'anorexie comme une pathologie ou un trouble mental et pensent qu'il suffit simplement de faire manger le patient pour améliorer les choses.</li> <li><b>10.</b> Un grand nombre de professionnels ne savent pas vraiment comment faire face à un refus de manger, et ils réagissent en se mettant en colère ou en abandonnant. Ils pensent simplement que les patients font les idiots ou qu'ils cherchent à attirer l'attention.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>L'aide de l'entourage</i></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Les parents et plus particulièrement les mamans semblent être une aide cruciale.</li> <li>5. D'autres étaient moins élogieux quant à l'aide de leur parent. Ils agissent parfois avec colère face au comportement alimentaire de leur enfant et ne leur font pas confiance.</li> <li>6. Frères et sœurs étaient un réseau de soutien alternatif pour certains patients, même si les relations entre frères et sœurs pouvaient être perturbées par l'anorexie. Certains voyaient les patients comme des monstres, d'autres se sentaient coupable d'avoir une vie normale. Un patient a raconté que sa sœur lui apportait la motivation pour aller de l'avant.</li> <li>7. Certains participants ont obtenu le soutien d'autres patients, dans des groupes d'entraide, ce qui leur offrait l'occasion de rencontrer des gens à différents stades du rétablissement.</li> <li><b>8.</b> Être avec d'autres anorexiques s'est avéré difficile lorsque la concurrence était présente. (qui mange le</li> </ol> </li> </ul>
--	--

	<p>moins ou qui pèse le moins).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les progrès perçus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presque tous les participants ont reconnu que le traitement les a aidés et ont jugé leur hospitalisation comme un moment d'importance vitale.</li> <li>• Afin que le traitement soit efficace, les patients doivent vouloir aller mieux et l'admettre avant de pouvoir lancer le processus de rétablissement.</li> <li>• Si la détermination de guérir est absente, les patients ne pas pouvoir se libérer de leur obsession de perdre du poids.</li> <li>• Les personnes interrogées ayant terminé le traitement savaient qu'ils continueraient à avoir des problèmes avec la nourriture. Certains, par exemple, devenaient boulimiques.</li> <li>• En général, l'intégration sociale semblait être une difficulté persistante pour les personnes interrogées. La confiance en soi et l'estime de soi ne sont pas traités de manière adéquate au cours du traitement. De plus, plusieurs facteurs comme la fatigue, la peur ou le manque de confiance ont empêché d'améliorer les aspects sociaux.</li> <li>• Malgré ces problèmes incessants de confiance en soi, les participants ont dit se sentir plus optimistes que lors du diagnostic.</li> <li>• Une grande anxiété a souvent été ressentie en évoquant l'avenir, malgré la planification d'objectifs servant à leur faire oublier leurs pensées et leurs comportements obsessionnels concernant l'alimentation et le poids.</li> </ul> </li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les personnes interrogées ont résisté à l'offre d'aide au cours des premiers stades de leur trouble de l'alimentation, peut-être être en raison de la nature ego-syntonique de l'anorexie et de la stigmatisation qui y est associée.</p> <p>La recherche impliquant des personnes d'un public a montré que les gens considèrent l'anorexie comme une maladie de la minceur facile à surmonter, ou auto-infligée, ou qui a pour but d'attirer l'attention.</p> <p>Certains professionnels de la santé ont aussi eu une telle opinion, et jugeaient les anorexiques comme manipulateurs abusant des ressources de la santé.</p>

	<p>Ce genre d'hostilité a été vécu par tous les jeunes participant à cette étude.</p> <p>La littérature existante nous indique que les personnes souffrant d'anorexie considèrent la thérapie individuelle comme importante pour leur rétablissement, à condition que le traitement soit effectué avec un thérapeute compréhensif et honnête.</p> <p>Malheureusement, ce n'était pas toujours le cas pour les personnes ayant pris part à la recherche décrite ci-dessus. En effet, dans les premiers stades de leur traitement, des soins ont été fournis par des praticiens inexpérimentés, un thème récurrent dans les études sur l'anorexie.</p> <p>La motivation au changement est un facteur positif pour les personnes souffrant de troubles alimentaires. Il peut être bénéfique pour les thérapeutes d'explorer avec les patients, lors de l'entrevue motivationnelle, les aspects psychosociaux et les avantages de la récupération physique.</p> <p>Convaincre les gens qui ne veulent pas être aidés qu'un changement est possible et souhaitable, en reconnaissant combien il est difficile pour eux de faire quelque chose qu'ils craignent, tout en restant ferme et en les encourageant.</p> <p>Une attention inégale pendant le traitement du domaine physique par rapport aux domaines psychosociaux était un sujet de préoccupation chez les personnes interrogées pour cette recherche mais aussi parmi les participants à d'autres recherches sur le sujet des troubles alimentaires.</p> <p>L'aide des proches donne un résultat similaire à celui obtenu dans d'autres études sur des personnes souffrant de troubles alimentaires; cette recherche a constaté que des facteurs non liés au traitement, par exemple l'empathie et se sentir compris par d'autres personnes, sont classés comme égaux sinon supérieurs au traitement médical lui-même.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Les patients interrogés sont des cas assez graves d'anorexie ayant été dirigés vers des services spécialisés. Par conséquent, les résultats pourraient ne pas s'appliquer à des cas plus légers.</p> <p>Ils ne peuvent non plus pas être extrapolés à des adultes souffrant d'anorexie à des personnes atteintes de boulimie.</p> <p>Ils ne peuvent pas non plus s'appliquer à différents groupes ethniques et / ou socio-économiques.</p> <p>Seul un patient de sexe masculin a participé à l'étude, ce qui reflète la rareté de la maladie au sein de ce genre. Les résultats d'autres recherches montrent que les hommes souffrant de troubles alimentaires s'efforcent souvent d'être plus musclés et</p>

	peuvent être sujet à trop d'exercice.
<b>Conclusion</b>	Les participants ont été clairs sur leur besoin d'être motivés au changement. Les praticiens peuvent aider en remettant en question les patients de manière non conflictuelle, en les traitant comme des individus plutôt que comme des cas d'anorexie et en prenant en considération leur fonctionnement psychosocial et physique.

<b>Grille N°9</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. & Mcvey, G. (2013). <b>Understanding the Uptake of Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Therapist Perspectives.</b> <i>International Journal of Eating Disorders.</i> 46(2):177-88.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>Le but de la recherche est d'explorer et de décrire les facteurs qui déterminent de l'acceptation d'un traitement basé sur la famille pour les adolescents souffrant d'anorexie mentale.</p> <p>L'objectif de l'entrevue était d'explorer et de décrire les pratiques actuelles des thérapeutes concernant le traitement de l'anorexie mentale, leurs points de vue sur la pratique fondée sur des données évidentes, et les obstacles et facteurs facilitateurs ayant trait à l'utilisation des thérapies centrées sur la famille.</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Cette étude a été examinée et a reçu l'approbation éthique de la Hamilton Health Sciences / McMaster Faculté des sciences comité d'éthique de la recherche en santé.</p> <p>FBT = family-based treatment / EBP = evidence-based practices</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>Un échantillon de thérapeutes pratiquant des interventions psychothérapeutiques sur des enfants et adolescents (&lt;18ans) diagnostiqués d'une anorexie mentale ont été admis à participer à cette étude.</p> <p>40 personnes pratiquant des soins thérapeutiques sur des adolescents souffrant d'anorexie mentale ont participé à cette étude, 37 femmes et 3 hommes.</p>
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Chaque participant a été invité à faire un entretien téléphonique semi-structuré.</p> <p>L'entretien comprend une description des composantes de la thérapie basée sur la famille (FBT) comme décrite dans le manuel pour s'assurer que chaque thérapeute comprenne la définition de FBT.</p> <p>Tous les autres documents relatifs au contenu de ces entretiens ont été consignés dans un journal de l'étude (courriels en matière d'inclusion et d'exclusion de l'étude, la clarification de l'objet de l'étude), et ont été fournis à l'équipe de recherche afin de compléter l'analyse des données.</p> <p>Les entrevues ont été enregistrées numériquement et transcrites mot à mot.</p>

	<p>Chaque transcription a été lue dans son intégralité et un codage ligne par ligne a été mené pour identifier les concepts clés ressortant des entretiens. Un dictionnaire avec les définitions de chaque code et le thème a été créé.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les obstacles et les facteurs facilitants peuvent être classifiés en intervention, organisation, relations interpersonnelles, patient / famille, systémique, et les facteurs de la maladie. Ces thèmes varient dans leur intensité, mais étaient récurrents chez tous les thérapeutes interrogés.</p> <p>Ces six grands thèmes ressortent et décrivent les principaux facteurs influant sur la mise en œuvre du FBT dans la pratique.</p> <p>Les facteurs d'intervention les plus fréquemment cités comme des obstacles comprenaient la nature exigeante de FBT en termes d'engagement de temps pour les thérapeutes et les familles, une attention insuffisante à des symptômes de comorbidité, le besoin de cohérence des parents, le manque de repas en famille dans le contexte du monde réel, et la nécessité pour les frères et sœurs de participer.</p> <p>Les facteurs organisationnels les plus souvent mentionnés étaient la détermination thérapeutique (à savoir, le processus par lequel une équipe décide d'une modalité de traitement particulier), le soutien du directeur, le financement et les ressources (espace, les salaires et la formation).</p> <p>Le facteur thérapeute intègre l'étude dans le domaine du traitement des troubles alimentaires, l'aisance dans le travail avec les adolescents et les familles, la motivation à adopter le FBT, l'absence de généralisation des soins, et la croyance en leurs valeurs et l'efficacité des approches axées sur la famille.</p> <p>Les facteurs patient/famille les plus souvent mentionnés comprenaient la motivation à changer, la capacité des parents à assurer une cohérence, la préférence thérapeutique patient/famille, l'âge du patient/maturité, et la compréhension de la maladie.</p> <p>Les facteurs de maladie incluent la visualisation de l'anorexie mentale comme une maladie difficile à traiter et ayant souvent des comorbidités avec d'autres troubles mentaux, ce qui fait penser que des traitements plus intensifs, tels que le traitement en milieu hospitalier ou en ambulatoire, pourraient être plus efficaces.</p> <p>Les enquêtes précédentes de thérapeutes qui traitent des patients souffrant de troubles alimentaires ont apporté des résultats similaires.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Il s'agit là de la première étude qui analyse l'utilisation de la thérapie basée sur la famille dans la pratique clinique en utilisant une conception qualitative rigoureuse.</p> <p>Cette étude indique que les thérapeutes sont confrontés à plusieurs obstacles à la mise en œuvre de la « evidence-based practices = pratique fondée sur des données probantes», et plus particulièrement la mise en œuvre de FBT.</p> <p>La raison du refus de cette thérapie la plus fréquemment citée était la rigidité pour les patients. Parmi les autres obstacles et les participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas reçu de formation adéquate.</p> <p>L'entretien téléphonique d'un des thérapeutes a également indiqué que l'approche thérapeutique est fondée sur les préférences et le niveau de formation, les approches éclectiques étant le plus pratiquées.</p> <p>Les obstacles à l'utilisation de la recherche comprenaient le manque de temps, l'argent, le personnel, l'accès à la base de données probante, des conflits, l'engagement organisationnel, et de lieux d'échange.</p> <p>Les pratiquants ont cité que la recherche n'est pas généralisable à leur population de patients. Ces personnes ont également exprimé la conviction que les EBP ne sont pas destinés à être modifiés. Et dans le cas contraire, ils sont susceptibles de perdre de leur efficacité.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Les limites de cette étude comprennent la nature de leur échantillonnage et le recrutement. Même si un échantillon diversifié de thérapeutes provenant de différents milieux ont été impliqués et ayant différentes formations, les thérapeutes pratiquant dans le privé n'ont pas été sélectionnés.</p> <p>Il est important de noter que les participants n'avaient pas eu de préparation intensive concernant la FBT. La plupart avaient suivi une formation de 2 jours.</p> <p>L'échantillon n'était pas aléatoire, mais a tenté d'inclure des thérapeutes travaillant dans le domaine de la santé. Les thérapeutes au sein de ce groupe bénéficient tous d'une formation hautement spécialisée et d'un encadrement adéquat dans le domaine des troubles alimentaires.</p> <p>Les résultats ne sont pas applicables aux systèmes de santé qui ne sont pas financés par le gouvernement. Les facteurs principaux d'un système de santé financé par le gouvernement sont d'ordre organisationnel et systémique.</p> <p>Cependant, de nombreux points de vue émis par les</p>

	<p>thérapeutes participants pourraient être tenus par des thérapeutes du monde entier.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Cette étude a démontré de nombreux obstacles à la mise en œuvre de la EBP et FBT dans la pratique clinique.</p> <p>Le plus frappant a été la nécessité de poursuivre la formation et le soutien de l'administration. Comme dans d'autres études, les résultats de cette étude indiquent que l'adoption ou l'adaptation de l'EBP en pratique clinique est un processus complexe.</p> <p>Les thérapeutes ne changent pas facilement leurs méthodes de pratique.</p> <p>La complexité de la mise en œuvre et le manque de motivation au changement sont aggravés par le fait que les organismes de santé mentale sont souvent occupés par des personnes aux compétences cliniques et en formation variées.</p> <p>Très peu d'organisations de santé mentale des enfants et des jeunes sont dirigées par des personnes ayant des compétences en matière de recherche ou d'évaluation, et moins encore par des experts dans la mise en œuvre d'un changement dans la pratique.</p> <p>De nombreux thérapeutes ont indiqué que le soutien des administrateurs est essentiel dans l'obtention de fonds et de ressources pour la formation.</p> <p>Bien que les participants aient exprimé un engagement clair et précis à fournir à leurs patients les meilleurs soins possibles, aucun n'a déclaré pratiquer le FBT avec une fidélité absolue au modèle.</p> <p>Une étude plus approfondie des processus de prise de décisions inhérentes à l'adoption d'EBP, dans l'adaptation et la mise en œuvre dans le domaine des troubles de l'alimentation au niveau organisationnel est nécessaire.</p>



<b>Grille N°10</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Westwood, L.M., Kendal, S.E. (2012). <b>Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature.</b> <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</i> 19(6):500-8.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	Ce document passe en revue la littérature actuelle dans laquelle les adolescents souffrant d'anorexie mentale ont été consultés sur leur traitement. Dans le cadre des services d'urgence, les points de vue des patients ont été mis en évidence.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>La théorie egosyntonique a été utilisée comme outil théorique afin d'interpréter les résultats.</p> <p>Une construction théorique dominante de l'anorexie concerne sa nature egosyntonique, qui se traduit par une perte de poids acceptable pour l'ego. Ce concept a été établi dans la littérature de l'anorexie par Lasègue (1997), qui propose qu'une composante de la maladie est l'amaigrissement extrême non perçu par l'individu comme un problème. (Theander 1995). La théorie suggère que les personnes souffrant d'anorexie imagine les symptômes de la maladie comme étant bons pour eux et résistent ainsi aux traitements appliqués.</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>Les critères d'inclusion étaient les suivants:</p> <p>Texte en anglais et un focus sur les opinions des adolescents quant au traitement reçu pour un diagnostic d'anorexie mentale.</p> <p>L'intention était de se concentrer sur la littérature de recherche, si bien qu'une grande quantité de documents écrits non-académiques n'ont pas été inclus.</p> <p>Aucune limite de temps n'a été imposée concernant les études prises en compte, en raison du peu de recherches dans ce domaine.</p> <p>Aucune restriction n'a été placée sur le design de l'étude. Afin d'inclure un large éventail de modalités de traitement, y compris les patients hospitalisés et les méthodes de soins ambulatoires et les différentes thérapies, aucune limite n'a été placée sur le type de traitement.</p> <p>La tranche d'âge des jeunes varie entre 11 et 26 ans.</p>
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de</b>	Revue de littérature. La plupart des études incluses étaient qualitatives.

<p><b>données, analyses, etc.</b></p>	<p>Les recherches principalement descriptives, publiées en 2009-2010, ont été systématiquement récupérées et analysées à l'aide d'un modèle en quatre étapes selon Smith (1995).</p> <p>L'étape 1 est la première lecture du texte. Dans l'étape 2, les thèmes principaux sont identifiés. Les recherches ont été révisées lors de l'étape 3 et regroupées en thèmes conceptuels. A ce stade, la théorie egosyntonique a été utilisée pour l'interprétation des résultats. Au stade 4 un tableau récapitulatif a été élaboré.</p> <p>Onze études répondaient aux critères d'inclusion.</p> <p>La recherche dans des bases de données électroniques a été réalisée, comprenant : Medline, PsycInfo, Embase, British Nursing Index et Cinahl.</p> <p>Les listes bibliographiques des articles analysées ont été étudiées et un avis spécialisé a été demandé.</p> <p>Les mots-clés ont été divisés en trois groupes: la population cible (par exemple garçon, fille, femmes, adolescents, jeune adulte, troubles alimentaires, anorexie mentale), le traitement et les interventions (par exemple traitement, hospitalisation, soins ambulatoires, hospitaliers, communautaires, volontaires, obligatoires) et l'avis des patients (par exemple l'expérience, l'opinion, la satisfaction).</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Trois thèmes principaux ont été identifiés.</p> <p>L'anorexie mentale a été perçue comme un moyen de prendre le contrôle mais aussi comme le contrôle de l'individu.</p> <p>Des différences d'avis ont été découvertes chez les patients concernant les interventions psychologiques et les traitements privilégiant les soins physiques.</p> <p>L'alliance thérapeutique est apparue comme une stratégie pour surmonter ces difficultés, mais a été contestée par certains patients</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Conceptualiser l'anorexie mentale comme une condition egosyntonique permet une théorie uniformisée pour expliquer les tensions et paradoxes mise en évidence dans les résultats de cette recherche.</p> <p><b><i>L'ambivalence quant au rétablissement :</i></b></p> <p>Les personnes peuvent ne pas vouloir guérir, car ils ont un sentiment de réussite à travers la perte de poids. Les interventions concernant un faible poids corporel remettent en question le contrôle de l'individu sur ce qu'il mange, et peuvent être considérés comme une menace à l'autonomie de</p>

l'individu. Les résultats de l'analyse indiquent que les interventions doivent être acceptables. L'acceptation a été reconnue comme la clé de la réussite du traitement. Les théories et preuves pratiques indiquent que l'acceptation peut être améliorée si, au cours du traitement, le contrôle de l'alimentation est redonné au patient. Autrement, la récupération peut être entravée par des sentiments négatifs accompagnés de punitions.

***Les avantages et challenges de l'alliance thérapeutique :***

Tous les articles analysés y font référence, ce qui pourrait indiquer que l'alliance thérapeutique joue un rôle important dans le processus de traitement, en influençant la vision des patients concernant le traitement. Cependant, aucun article ne tient compte de l'avis des patients qui ont abandonné le traitement. Un lien certain entre l'alliance thérapeutique et l'attitude des patients envers le traitement ne peut pas être établis. La poursuite des travaux dans ce domaine pourrait être utile car l'alliance thérapeutique peut influencer les décisions de poursuivre ou d'abandonner le traitement.

La formation du personnel se focalisant sur égoïsme comme un modèle explicatif de l'anorexie mentale pourrait offrir des solutions aux problèmes soulevés dans la littérature. Cette formation pourrait aider au développement d'une relation thérapeutique de confiance, en augmentant les connaissances et compétences du personnel soignant.

***Participation des parents :***

Certaines des études comprises dans cette analyse suggèrent que les parents ont souvent un rôle clé dans le soutien des adolescents. Les nouvelles perspectives soutiennent les soins basés sur les thérapies familiales pour le traitement de l'anorexie, à condition d'y inclure des séances individuelles. Cela permettrait un meilleur "guideline" sur la pratique pouvant ainsi influencer sur l'acceptation au traitement ainsi que d'éviter un abandon. Ceci est important car les patients qui abandonnent le traitement ont peu de chance de guérir seuls.

Le refus du traitement pourrait être considéré comme une expression de contrôle de la part de la personne souffrant d'anorexie mentale. Potentiellement, l'acceptation et les résultats de traitement pourraient être améliorés par la recherche d'un équilibre entre l'élimination du contrôle de l'alimentation et permettraient aux patients de prendre en charge leur propre rétablissement.

De meilleures connaissances pourraient influencer la pratique en indiquant si les adolescents et adolescentes nécessitent des

	approches différentes.
<b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b>	Il ressort de cette étude que et les personnes qui ont abandonné le traitement sont peu nombreuses.
<b>Conclusion</b>	<p>La théorie egosyntonique de l'anorexie mentale met en évidence que tous les traitements qui présentent une certaine forme de menace de la conscience personnelle. Provoquent des réactions négatives chez les patients.</p> <p>Ce modèle mériterait des recherches plus approfondis et le développement de la pratique, conduisant à une meilleure compréhension des jeunes anorexiques et de meilleurs résultats quant au traitement.</p>

<b>Grille N°11</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	King, S.J., de Sales, T. (2000). <b>Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective</b> . <i>Journal of Advanced nursing</i> . 32(1):139-47.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>L'objectif de cette étude est d'explorer de façon approfondie les expériences des infirmières s'occupant d'adolescentes anorexiques dans des services de pédiatrie dans les hôpitaux généraux, à Victoria, en Australie.</p> <p>Des patientes anorexiques ont refusé de s'alimenter malgré les encouragements. Les infirmières n'étaient pas sûres de la façon de converser avec ces patientes, et parfois se sont senties mal à l'aise lors de l'application traitements prescrits.</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Image du corps dans les médias</li> <li>• Troubles de l'alimentation (boulimie et anorexie mentale)</li> <li>• Les traitements de l'anorexie mentale</li> <li>• Considérations éthiques</li> </ul>
<b>Population / Echantillon</b>	5 infirmières sans expérience dans les soins psychiatriques et sans qualification dans la santé mentale se sont occupées, ces 6 derniers mois, d'adolescentes souffrant d'anorexie, dans les hôpitaux généraux de Victoria.
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Une conception qualitative soutenue par la philosophie d'Edmund Husserl a été utilisée.</p> <p>Des enregistrements audio ont été utilisés pour les entretiens effectués auprès de 5 infirmières travaillant dans le système de santé publique.</p> <p>La question suivante leur est posée : pourriez-vous décrire la façon de s'occuper d'adolescentes avec un diagnostic d'anorexie.</p> <p>La procédure d'analyse selon les étapes de Colaizzi (1978) a été utilisée.</p> <p>L'enquête se sert d'un fil conducteur selon Minichiello et al. (1995) afin d'encourager les participantes à développer leur vécu.</p>
<b>Résultats</b>	Les résultats de cette étude ont décrit les soins prodigués à des personnes anorexiques dans les hôpitaux généraux, du point de vue des infirmières.

six thèmes sont ressortis.

- *Les valeurs fondamentales du personnel infirmier*

Les valeurs fondamentales des soins prodigués par les participantes étaient : L'égalité des soins, la confiance, la confidentialité, le non-jugement, assurer les droits ainsi que la défense des patientes.

D'après les participantes, ces valeurs sont le fil rouge des soins infirmiers donnés aux patientes

- *Les valeurs remises en question*

Au fil du temps, les soins aux anorexiques devinrent un défi. Les participantes ont découvert que leurs patientes étaient menteuses et fabulatrices et elles ont exprimé leur incrédulité face à leurs comportements.

Les participantes ont révélé être mécontentes de ne pas pouvoir être fidèles à leurs valeurs fondamentales.

Le non-jugement envers les patientes anorexiques est devenu difficile, parce que celles-ci étaient devenues indignes de confiance. Cette méfiance acquise a influencé de façon négative les soins prodigués ultérieurement à d'autres patientes anorexiques.

Être suspicieux et méfiant était devenu un nouveau comportement adopté dans les soins envers ces patientes. Ainsi, les valeurs de l'égalité des soins, la confiance et le non-jugement n'existaient plus.

- *Les troubles émotionnels*

Une grande frustration était ressentie par les participantes, traduisant leur incapacité à entretenir une relation de confiance avec leurs patientes. Cette frustration était perçue comme une mise en accusation des soins infirmiers. Leur confiance en soi diminuait.

Les valeurs fondamentales comprenant la confiance, l'honnêteté, le non-jugement étaient perdues, remplacées par une agitation intérieure et des émotions de tristesse, de colère et de découragement.

- *La frustration*

Une émotion englobe différents facteurs, comme la frustration. La perception des comportements répétitifs et obstructifs est devenue ennuyeuse et frustrante.

Les participantes utilisent un vocabulaire guerrier pour décrire leurs expériences. Il en ressort une notion de « nous contre

	<p>eux », de qui va gagner “la bataille”.</p> <p>Ce combat constant frustre les participantes et la vigilance ainsi que la méfiance les épuisent.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Les moments décisifs</i></li> </ul> <p>La frustration a accablé les participantes. Elles ont atteint un point où elles en avaient assez. Les conflits, la frustration, être blessées et le manque de succès diminuent leur capacité de résistance à tel point qu’ils ne pouvaient plus faire face à la situation.</p> <p>Elles se sont éloignées de leurs patientes, ont passé moins de temps avec elles, afin de se protéger.</p> <p>Cependant, chez certaines participantes, cette expérience leur a donné une impulsion positive, recherchant d’autres alternatives de prodiguer des soins et de reconnaître une situation délicate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La résolution</i></li> </ul> <p>Les participantes ont commencé à remettre en question les soins donnés aux anorexiques. Elles ont réalisé que la qualité des soins n’était pas la raison pour laquelle leurs patientes n’allaient pas mieux. Elles ont commencé à prendre du recul et à analyser objectivement la situation globale dans l’optique de la guérison de leurs patientes.</p> <p>Parallèlement, les participantes ont commencé à exprimer certains éléments de satisfaction.</p> <p>Finalement, les participantes ont reconnu que les soins aux anorexiques adolescentes avaient été une expérience d'apprentissage.</p> <p>La réflexion sur cette expérience leur a permis de développer des perspectives différentes quant à la façon de prodiguer les soins.</p> <p>Ces thèmes, considérés dans leur ensemble, décrivent le vécu des infirmières s’occupant des adolescentes souffrant d’anorexie.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Dans la littérature, les valeurs fondamentales de soins sont largement décrites. Initialement, les participantes à cette étude ont respecté ces valeurs dans la pratique. Elles ont opté pour l’égalité des soins, le non-jugement, assurer les droits des patientes et l’établissement de relations fondées sur la confiance.</p> <p>Les auteurs étudient les notions d’entraide et de relation thérapeutique infirmière-patient sous différents aspects, en</p>

	<p>mettant l'accent sur l'importance des soins aux patientes et leur bien-être.</p> <p>Cependant, au fil du temps, les valeurs fondamentales des infirmières ont été bafouées, rendant celles-ci méfiante subjective en indifférentes.</p> <p>La littérature montre que le maintien d'une relation optimale est difficile à établir lorsque l'on s'occupe d'anorexiques, car ces patientes exigent des soins uniques et complexes.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Cette étude qualitative met en valeur la qualité des soins d'anorexiques adolescentes dans les hôpitaux publics, du point de vue des infirmières, qui ont décrit leur expérience comme un parcours. Ce parcours était difficile et émotionnel, rempli de hauts et beaucoup de bas.</p> <p>Au début, les participantes croyaient en leurs valeurs personnelles fondamentales de soins infirmiers et l'ont affirmé. Au fil du temps, et à travers leurs expériences, elles ont réalisé que les soins aux patients anorexiques remettaient en question les valeurs théoriques.</p> <p>Les participantes ont vécu les comportements des anorexiques comme un affront à leur intégrité personnelle, conduisant à la désillusion quant à leur pratique des soins infirmiers.</p> <p>Au bout d'un certain temps, les participantes ont réalisé qu'elles devaient développer des stratégies différentes qui leur permettraient de faire face aux besoins particuliers de ces patientes.</p> <p>Elles devaient prendre du recul afin de considérer les anorexiques comme des gens « malades », mais dans un sens différent de leur pensée d'origine.</p> <p>De cette étude découle une prise de conscience de besoins importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la mise en place d'un programme de formation afin de soutenir les infirmières s'occupant d'adolescentes anorexiques</li> <li>• développer une nouvelle méthode de soins, intégrant de nouvelles façons de penser</li> <li>• augmenter l'implication des infirmières dans l'évaluation et la restructuration des protocoles de soins pour les anorexiques</li> </ul> <p>Des études sont nécessaires afin de mettre en évidence la relation de l'adolescence avec le diagnostic de l'anorexie mentale, afin d'obtenir de nouvelles façons de soigner.</p>



<b>Grille N°12</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M. (2006). <b>Discursive Constructions of 'eating disorders nursing': an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients.</b> <i>European Eating disorders review.</i> 14(2): 125-35.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	Cette recherche vise à améliorer la compréhension actuelle des soins infirmiers dans les troubles alimentaires en cherchant à élucider certaines complexités et défis liés à ces troubles.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Il y a un large éventail d'approches du traitement des troubles alimentaires : la diététique, la pharmacologique, les comportements et approches cognitivo-comportementales, les thérapies familiales, les psychothérapies individuelles ou de groupes, les psychothérapies féministes et de plus en plus, les approches multidimensionnelles. Le traitement peut avoir lieu dans différents contextes : spécialisés, non-spécialisés, sur internet en auto-assistance, en communauté et pour une minorité en hôpital. L'hospitalisation est souvent longue et coûteuse et a une efficacité limitée.</p> <p>Beaucoup de recherches ont comparé les différentes approches et les différents contextes (surtout hospitaliers et ambulatoires). Les résultats de ces études révèlent des facteurs communs ou non spécifiques, tels que la perception de la relation patient-soignant, pouvant avoir un impact. De plus, ces résultats indiquent que les interventions actuelles n'ont souvent que des succès limités.</p> <p>En plus des faibles taux de récupération, il y a aussi les problèmes de rechute chronique. Les anorexiques et boulimiques continuent d'éprouver des problèmes psychologiques et sociaux.</p> <p>Il est donc suggéré que les modèles de traitement soient améliorés, et il est donc nécessaire de poursuivre les études dans ce domaine.</p> <p><i>Soins infirmiers et traitement pour troubles alimentaires :</i></p> <p>Parmi les différents aspects du traitement méritant d'avantage de recherche, la contribution apportée par les infirmières dans le traitement des troubles alimentaires se distingue, notamment en raison du temps considérable passé avec les patients. Les soins infirmiers peuvent ainsi être un aspect très important du traitement et de la récupération des patients. Les recherches existantes suggèrent que les infirmières trouvent les soins à ces patients particulièrement difficiles, en raison de la complexité de cette maladie. Il en ressort souvent un</p>

	<p>sentiment d'échec, de frustration, d'épuisement et de troubles émotionnels chez les soignants. De plus, les infirmières semblent avoir du mal à comprendre ce trouble et ont donc des difficultés à mettre en œuvre un programme de traitement en travaillant avec ces patients.</p>
<p><b>Population / Echantillon</b></p>	<p>15 participants ont été recrutés dans trois unités spécialisées (mais pas dédiées) aux troubles alimentaires, en Australie. Les patients avaient entre 8 et 18 ans et 85% d'entre eux souffraient d'anorexie mentale et 15% de boulimie. L'approche de traitement est « traditionnelle » et multidisciplinaire, alliant un programme comportemental avec une thérapie individuelle et de groupe, une thérapie familiale et une approche médicale avec parfois l'utilisation d'une sonde nasogastrique.</p> <p>Les participants étaient composés de 13 femmes et deux hommes étaient des infirmiers. Pour garder l'anonymat il n'y a pas plus de détails sur leurs rôles et le niveau d'ancienneté. Les objectifs du projet ont été expliqués et une autorisation a été demandée.</p>
<p><b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b></p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Chaque participant a participé à une entrevue semi-structurée d'environ une heure. Ils étaient invités à discuter de leurs points de vue sur les expériences des soins infirmiers ; de ce qu'ils considéraient qui devrait être et devrait ne pas être. Comment ils estimaient que les soins infirmiers dans ce domaine pouvaient être semblables mais aussi différents des autres soins infirmiers. Et expliquer leur compréhension des troubles alimentaires des patients ainsi que leur point de vue et leurs expériences dans le travail multidisciplinaire.</p> <p>Ils ont également été invités à discuter d'autres questions jugées pertinentes.</p> <p>Chaque entrevue a été enregistrée et retranscrite mot à mot. Les résultats ont ensuite été analysés. La première partie de l'analyse consistait à lire de façon répétée les transcriptions afin d'identifier les thèmes principaux.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les entretiens ont porté sur un éventail de questions relatives aux troubles alimentaires et trois thèmes principaux en sont ressortis.</p> <p><b><i>Les soins infirmiers affectueux ou soutien empathique</i></b></p> <p>Un des thèmes qui ressortait régulièrement était considéré comme une pratique affectueuse de soins et un soutien empathique pour les patients ayant permis de développer des relations chaleureuses. De ce fait, certaines infirmières</p>

reconnaissaient que « beaucoup des patients sont de beaux enfants » ; « les aider à se sentir bien », « leur donner de l'amour » contribuaient à associer les soins infirmières à des « soins maternels ». D'où l'infirmière vue comme une figure maternelle.

L'important est le développement de relations chaleureuses et de soutien avec les patients. Ceci peut avoir plus de succès que d'autres interventions pour les personnes souffrant de troubles alimentaires.

### ***Les soins infirmiers de discipline et de surveillance***

Un aspect de la profession infirmière clairement énoncé est de gardé les patients dans les limites du programme. (« regarder chaque bouchée/exercice ». Cette partie-ci de la profession a souvent été décrite comme difficile ou problématique car elle peut être très « frustrante ». Dans les différentes entrevues, la possibilité d'être ressentie comme « trop sévère » ou « ferme » revient souvent. Également le fait d'être vue comme « des gardiens de prison » et d'agir inconsciemment comme des geôliers « administrant des punitions » est un côté négatif. Tout ceci peut conduire à la révolte des patients.

Lors des soins, il peut y avoir une confrontation entre les infirmières et les patients qui en ont une représentation négative.

Le côté soutien empathique a été évalué positivement et a entraîné des relations infirmières-patients chaleureuses. En revanche, le côté impliquant la discipline et la surveillance fait souvent ressortir des problèmes et des réactions négatives de la part des soignants. Cet aspect des soins infirmiers peut être donc vécu par les patients comme particulièrement problématique.

### ***Des soins constants et omniprésents***

En étant présent 24h/24, un soignant prodigue des soins infirmiers dont la valeur thérapeutique est régulière et constante. C'est grâce à cela que les soignants « sont constamment là » qu'ils sont « très appréciés ». En effet, ces interventions se distinguent d'autres interventions infirmières qui ne se pratiquent que quelques heures par jour. C'est cette présence constante qui signale la valeur particulière des soins infirmiers parce que les infirmières sont au courant de tout.

C'est durant les interactions infirmières-patients de la vie de tous les jours comme « faire un lit avec les patients » que les infirmières peuvent « prendre les chose en mains » et s'engager dans la thérapie avec le patient.

<p style="text-align: center;"><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>La confiance et l'engagement (Morse, 1991), l'empathie, le soutien, la cohérence et une attitude de non-jugement (Anderson, 2003) sont des attitudes essentielles au développement de relations thérapeutiques avec les patients souffrant de troubles alimentaires.</p> <p>Des soins infirmiers chaleureux et un soutien empathique contribuent clairement à de bonnes relations thérapeutiques. L'analyse donne donc la preuve que les soins infirmiers peuvent être à la base de la réussite du traitement. Elle démontre également l'importance de fournir des ressources suffisantes et une formation adéquate afin de faciliter le développement et le maintien de ces relations.</p> <p>Cette conception des soins a souvent été associée à une figure maternelle. Cela est peut-être dû à l'âge des patients.</p> <p>La deuxième thématique clé mise en évidence était les soins infirmiers ressentis par les patients sous l'angle de la surveillance et de la discipline. L'application des règlements, des programmes de traitement a été souvent décrite comme problématique (Ramjan, 2004 ; Gremillion, 2003). Cependant, cet aspect disciplinaire de la profession infirmière peut également être considéré comme des soins de type parental qui est « ferme mais juste ». Pourtant, les difficultés liées au fait de « garder les patients dans les limites du traitement/programme » ne doivent pas être sous-estimées. L'analyse met donc l'accent, d'une part sur la nécessité de contrôler régulièrement la façon dont les questions de discipline est gérée de sorte que les relations thérapeutiques ne soient pas compromises. D'autre part, il est important de fournir un soutien adéquat, une supervision et une formation spécialisée aux infirmières car cet aspect est potentiellement conflictuel.</p> <p>La dernière partie a mis en évidence les soins constants auprès des patients. L'infirmière est toujours présente, 24h/24, dans le service et passe son temps avec les patients. Les activités banales comme « faire un lit avec eux » renforcent la relation thérapeutique. Le temps passé auprès des patients permet non seulement une constance mais également une cohérence dans les soins. Grâce au fait que les infirmières « voient tout », elles peuvent partager les événements avec d'autres intervenants (médecin, diététiciens, etc.)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Il est possible que les infirmières travaillant dans d'autres hôpitaux ou pays fournissent des résultats différents. De plus, les analyses d'interviews sont toujours sujettes à de multiples interprétations. Le fait que celles-ci contiennent des citations</p>

	directes, prouve la plausibilité de l'analyse.
<b>Conclusion</b>	<p>Les soins infirmiers prodigués aux personnes diagnostiquées avec un trouble de l'alimentation sont un aspect important du traitement, en particulier pour les patients hospitalisés. Cette étude a cherché à contribuer à la compréhension actuelle des soins infirmiers dans ce domaine grâce à une analyse qualitative des expériences et des points de vue des infirmières sur leurs soins.</p> <p>La plupart des recherches visent à évaluer l'efficacité des interventions. Cette dernière ne conduit à aucune recommandation.</p> <p>C'est à la fois la surveillance, la discipline ainsi que les soins chaleureux et empathiques qui permettent aux soignants de développer des connaissances plus approfondies et d'entretenir de bonnes relations thérapeutiques avec les patients et donc, de favoriser le succès du traitement. L'étude souligne donc l'importance clinique des soins infirmiers ainsi que leur rôle de « tuteurs constants » qui favorisent une meilleure connaissance des patients ainsi que des interactions avec ceux-ci comme des facteurs potentiellement déterminants dans la réussite du traitement.</p>

<b>Grille N°13</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Colton A. & Pistrang N., (2004). <b>Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa.</b> <i>European Eating Disorders Review.</i> 12. 307-316.
<b>But(s) de la recherche / Question(s) de la recherche</b>	<p>Le but de cette étude est de décrire de façon détaillée la façon dont les adolescents souffrant d'anorexie mentale sont traités en milieu hospitalier.</p> <p>L'étude vise à expliquer la manière dont les adolescents souffrant d'anorexie mentale perçoivent leur traitement.</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Le modèle trans-théorique des stades du changement de Prochaska et DiClemente.</p> <p>L'accent est mis sur les expériences individuelles de l'individu Adolescents</p> <p>Anorexie mentale</p> <p>Traitement de patients hospitalisés</p>
<b>Population / Echantillon</b>	<p>19 jeunes femmes hospitalisées dans deux unités spécialisées dans le traitement des troubles alimentaires au Royaume-Uni.</p> <p>Les deux unités spécialisées offrent les mêmes éléments de base pour le traitement.</p> <p>Tous les patients ayant reçu un diagnostic primaire de l'anorexie et qui étaient traités dans les unités au cours de la période de l'étude ont été invités à participer à la recherche.</p> <p>Sur un total de 25 patients, 19 ont accepté de participer.</p> <p>Les 19 participants étaient des femmes entre 12 et 17 ans.</p>
<b>Devis / Méthode (outils de collectes de données, analyses, etc.</b>	<p>Étude qualitative, approche phénoménologique.</p> <p>Un protocole d'entrevue semi-structurée a été conçu spécialement pour l'étude. Le style de l'entrevue était «conversation dirigée» (Pidgeon &amp; Henwood, 1996).</p> <p>Les entretiens ont duré entre 50 et 90 minutes et ont été enregistrés, puis retranscrits mot à mot.</p> <p>Les participantes ont été assurées de leur anonymat et toutes les informations qui pouvaient identifier les participantes ont été retirées de la transcription.</p> <p>A la fin de chaque entrevue, les participantes ont rempli un bref questionnaire d'auto-évaluation de leur stade de changement et leur volonté à modifier leur comportement alimentaire.</p>

	<p>Une analyse phénoménologique interprétative a été utilisée pour analyser les données.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les participantes ont exprimé un large éventail de points de vue au sujet de leur traitement à l'hôpital. L'analyse a fait ressortir cinq thèmes centraux et plusieurs sous-thèmes.</p> <p>Les deux premiers thèmes, portent sur la façon dont les participantes perçoivent leur maladie et leur motivation à bien faire, fournir un contexte pour comprendre leur expérience dans l'unité. Dans les trois thèmes restants les participantes décrivent les caractéristiques centrales de leurs expériences du traitement.</p> <p><b>Thème 1 : « Quelle est cette maladie que j'ai? »</b></p> <p>Les participantes ont exprimé leur confusion sur l'anorexie et ont eu du mal à y donner un sens, et la comprendre. Bien qu'elles donnent divers points de vue, toutes ont estimé que la maladie avait pris le contrôle sur elles qu'elles l'aient remarqué.</p> <p>L'anorexie a été vécue comme un « ami », un bouclier derrière lequel il est possible de se cacher, quelque chose qui donne confiance et sécurité, mais aussi comme un « ennemi », étouffant et effrayant.</p> <p>Pour la plupart, elle a été vécue comme une bataille interne constante, à la fois bonne et mauvaise, utile et nuisible à la fois.</p> <p><b>Thème 2 : « Est-ce que je veux aller mieux ? »</b></p> <p>La clé du rétablissement est unanimement liée à un désir et une volonté de mieux aller. Le traitement ne peut réussir et le rétablissement être possible, que lorsque la motivation est uniquement pour soi-même et pas pour les autres.</p> <p>Certaines participantes ont estimé être aptes à se rétablir et d'autres pas. Leurs situations ont été souvent caractérisées par des conflits et de la confusion quant à savoir si elles voulaient vraiment se rétablir.</p> <p><b>Thème 3 : « Être avec les autres, soutien contre détresse »</b></p> <p>Un aspect important du traitement hospitalier est la vie avec d'autres patients vivant la même situation. Les participantes ont ressenti cela comme un impact essentiel, de manière positive mais également de manière négative. Être avec « ses semblables » était bénéfique et apportait du soutien, mais il y avait aussi un certain nombre d'effets négatifs, entraînant une augmentation de la détresse.</p>

### *Compréhension et soutien*

Les participantes ont bénéficié de la compréhension et du soutien de leurs camarades et ont noué des amitiés et partagé des expériences très positives. Différents types d'aide non-verbale, émotionnelle et pratique ont été utiles. Les participants ont décrit qu'en étant avec d'autres patients souffrant d'anorexie, elles ne se sentaient plus seules ou comme «un monstre». Ils ont éprouvé la possibilité de pouvoir discuter de leur anorexie comme un énorme soulagement.

### *Comparaison et compétition*

Malgré certains aspects positifs d'être en présence d'autres patientes anorexiques, les participantes ont décrit des difficultés de cohabitation. Le fait de se comparer avec les autres créait une concurrence pour être mince.

Ces comparaisons ont provoqué beaucoup de détresse, même si les participantes étaient en voie de rétablissement.

### *« Devenir plus malade »*

Pour certaines participantes, être avec les autres signifiait apprendre de nouvelles, mauvaises habitudes, non seulement dans les comportements alimentaires, mais provoquait d'autres comportements négatifs tels que l'automutilation.

### *La peur et le bouleversement causé par les autres*

Les participantes ont également décrit se sentir effrayées et troublées en entendant et en voyant les autres dans un état de détresse. Cela a été ressenti comme une entrave à leur propre rétablissement.

### **Thème 4 : « Être un individu contre être juste un autre anorexique »**

Une dimension clé que les participantes ont décrite au cours du traitement en milieu hospitalier était de savoir si le personnel les considérait comme des individus avec des besoins différents et spécifiques, ou si elles étaient simplement considérées comme une autre anorexique vivant dans le service. Ne pas se sentir reconnu comme un individu unique a été jugée de façon très négative.

En revanche, le « bon » personnel a été décrit comme étant capable de « voir la personne derrière l'anorexie ».

### *L'aide psychologique contre la restauration du poids*

De nombreuses participantes ont estimé que l'objectif principal était d'«engraisser» et de rétablir leur poids, sans tenir compte de leur bien-être psychologique. Cela pose toute la question de cette maladie et cela fait obstacle au



	<p>rétablissement à long terme.</p> <p>Le but principal de la thérapie est de leur faire prendre conscience de leur anorexie et de leur état général. La plupart des participantes ont ressenti que les soins thérapeutiques proposés étaient insuffisants dans le service.</p> <p><i>Sentiment d'être pris en charge contre sentiment d'être négligé</i></p> <p>Certaines participantes se sont senties prises en charge par le personnel soignant de l'unité, tandis que d'autres pas. La faculté du personnel à considérer les patientes comme des individus a été jugée très importante. En revanche, certaines participantes se sont senties négligées, voire ignorées.</p> <p>Ce n'était pas seulement par le personnel de l'unité que les participantes se sentaient négligées, mais aussi parfois par leurs familles et amis. En les plaçant dans l'unité de traitement, ils leur semblaient que leurs familles ne se débarrassaient d'eux, même si parfois ils savaient que cela était faux.</p> <p><b>Thème 5 : « Collaborer dans le traitement contre être traité »</b></p> <p>Une autre dimension centrale que les participantes ont décrit concerne le degré de leur participation active au traitement, même si pour certaines, celle-ci était difficile.</p> <p>D'autres étaient moins positives et ont estimé être « traitées » ou « n'être qu'un objet dans un processus » dans lequel elles n'avaient pas le choix de décider.</p> <p><i>Se sentir aidé par l'entourage contre se sentir puni par la restriction</i></p> <p>Il y avait beaucoup de différences dans la perception des restrictions et des limites imposées dans les unités. Parfois, celles-ci semblaient punitives et même abusives.</p> <p>Toutefois, les restrictions ont été utiles en journées, en assurant la stabilité et en maintenant les patientes conscientes de leurs objectifs et en leur faisant oublier leurs préoccupations avec la nourriture.</p> <p>La plupart des participantes ont déclaré se sentir à la fois aidées et punies par les limites et les restrictions.</p> <p><i>Puis-je utiliser la liberté et la responsabilité ou vais-je en abuser ?</i></p> <p>Un conflit, commun aux participantes, était de vouloir plus de liberté et de responsabilité, mais ils étaient préoccupés par leur capacité à en faire bon usage.</p> <p>Elles savaient qu'elles seraient soit incapables d'utiliser valablement cette liberté, soit qu'elles en abuseraient.</p>
--	---

	<p><i>La compliance contre la rébellion</i></p> <p>Les participantes ont décrit qu'elles voulaient soit se conformer à un traitement, soit se rebeller contre ce traitement. Lorsqu'elles ressentaient dans l'unité une ambiance « d'amélioration » et de collaboration enrichissante, elles voulaient le plus souvent se conformer. Mais lorsqu'elles trouvaient l'ambiance punitive et dictatoriale, elles voulaient se rebeller.</p> <p>Souvent, les participantes se sentaient coupables de se conformer au traitement, même si cela était leur choix. Les attitudes à l'égard du traitement étaient souvent paradoxales. Les patientes parlaient de vouloir se conformer et en même temps de vouloir se rebeller.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Un conflit important décrit par les participantes était de savoir si oui ou non elles étaient prêtes à « abandonner » leur anorexie et à aller mieux. Les participantes étaient en conflit perpétuel entre l'anorexie "amie" et l'anorexie "ennemie". Ceci confirme les résultats de recherches antérieures et certains récits anecdotiques dans la littérature autobiographique.</p> <p>Certaines participantes ont exprimé la volonté de bien faire, tandis que d'autres pas. Des conflits étaient toujours présents sur le fait d'aller mieux. Les participantes qui étaient déjà dans "l'action" du changement disaient, tout de même, ne pas être totalement prêtes à renoncer à leur anorexie.</p> <p>Ceci est cohérent avec les recherches antérieures suggérant que les patients peuvent avoir simultanément des attitudes et des comportements de plusieurs étapes du changement.</p> <p>Les participantes ont exprimé spontanément (et à l'unanimité) l'avis que la clé du rétablissement était leur propre désir et la volonté d'aller mieux: sans cette motivation pour aller mieux, elles ne retireraient aucun bénéfice d'un traitement. Cela confirme l'utilité d'appliquer Prochaska et DiClemente (1983), le modèle transthéorique des stades du changement dans le domaine de l'anorexie.</p> <p>Les données font ressortir que les participantes les plus aptes à récupérer (comme indiqué dans l'interview et le questionnaire) acceptaient mieux le programme de traitement. Cependant, cette approche qualitative, phénoménologique n'a pas permis une enquête systématique.</p> <p>Une caractéristique spécifique du traitement en milieu hospitalier est que les patientes anorexiques vivent en contact étroit les unes avec les autres. Toutes les patientes ont exprimé des opinions partagées à ce sujet, trouvant cela à la fois utile et nuisible. Cette proximité est une importante source de soutien,</p>

	<p>qui procure un sentiment de compréhension et réduit l'isolement. Ceci confirme les résultats de la recherche, démontrant les avantages du soutien des autres patientes.</p> <p>Cependant, le contact quotidien avec les autres patientes peut également avoir un certain nombre de conséquences négatives. Cela soulève la question de savoir si les patientes très atteintes doivent être séparées de celles proches de la récupération et du rétablissement. Cependant cette séparation pourrait enlever à celles qui sont très atteintes la possibilité d'être aidées et motivées.</p> <p>Un des objectifs principaux des programmes de traitement pour patientes hospitalisées pour anorexie est, bien sûr, la prise de poids. Ces programmes ont également pour objectif important de se préoccuper de l'individu, des besoins émotionnels des patientes qui ne doivent pas seulement être considérées comme un «autre anorexique» à «engraisser». Les participantes ont des difficultés à comprendre leur anorexie et de façon plus générale à gérer leurs émotions. Conformément aux conclusions de LaGrange et Gelman, elles ont souligné l'importance de la thérapie psychologique. Être écouté par le personnel est un autre thème important, qui souligne l'importance capitale de l'empathie dans les interventions psychologiques. Se sentir négligée peut être inquiétant pour les patientes et augmenter les sentiments de rejet et d'abandon pour la famille.</p> <p>Les participantes étaient conscientes de leurs désirs contradictoires à coopérer, et à se rebeller contre le traitement. Lorsque le traitement a été vécu comme une punition dévalorisante, elles avaient tendance à se rebeller. Il est difficile de savoir si ces différentes expériences reflètent tout simplement la motivation et la volonté des individus à bien faire ou si elles résultent de certains aspects de traitement et du comportement du personnel soignant. Les interventions, ainsi que le comportement du personnel qui sont ressentis comme dévalorisants peuvent être contre-productives. Les dilemmes exprimées par les participantes à cette étude mettent en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé (et les parents) à concilier la nécessité de prendre le "contrôle" tout en encourageant les jeunes anorexiques à prendre la responsabilité de leur propre rétablissement.</p> <p>Enfin, l'approche qualitative ne permet pas un examen des associations entre des variables telles que les antécédents familiaux, la durée de la maladie, le stade de changement et des expériences de traitement. Une piste intéressante pour la recherche future serait d'explorer systématiquement la façon</p>
--	---

	<p>dont le stade de changement des patients pourrait influencer sur leur perception du traitement, et vice versa. Des recherches plus approfondies sont également nécessaires afin d'examiner la relation entre les expériences des patients et les résultats des traitements.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>L'étude est basée sur un petit nombre d'adolescentes de deux unités d'hospitalisation; bien que les unités soient assez représentatives de celles existant dans le Royaume-Uni, il faut être prudent dans la généralisation des résultats.</p> <p>On peut se demander si les descriptions des participantes par rapport à leur traitement étaient «exactes». Cependant, les approches phénoménologiques visent à acquérir une compréhension des participantes, de leurs perceptions et de leurs sentiments, plutôt que d'une description «objective» des événements. Il est possible que le personnel décrive les unités tout à fait différemment.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>En conclusion, les résultats de cette étude donnent une image vivante de la façon dont les adolescents anorexiques vivent leur traitement hospitalier. Ceci est le point de départ, qui permet d'examiner différentes possibilités d'amélioration du traitement de cette maladie débilitante et potentiellement mortelle.</p> <p>La recherche sur l'anorexie a eu tendance à négliger une source inestimable d'informations : le point de vue des patients eux-mêmes. Une approche phénoménologique a le potentiel d'enrichir notre compréhension de l'anorexie et d'ouvrir le débat sur la meilleure façon de traiter cette maladie.</p>

