

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme  
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers  
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

---

**Travail de Bachelor**

**Les interventions infirmières auprès des familles  
d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale**

Revue de la littérature

Réalisé par : Emery Amandine

Promotion : Bachelor 15

Sous la direction de : Monsieur Aziz Salamat

Lieu et date : Sion, le 11 juillet 2018

## 1 Résumé

Contexte : Les troubles alimentaires sont en constante augmentation dans les pays occidentaux. Dans cette revue de la littérature, l'intérêt est porté sur l'anorexie mentale. Cette pathologie peut parfois engendrer d'importantes répercussions sur la famille.

But : L'objectif de cette recherche concerne l'exploration des interventions infirmières existantes, ou qui pourraient être mises en place, afin d'optimiser la prise en charge infirmière.

Méthode : La recherche d'articles s'est effectuée sur différentes bases de données : Pubmed, CINAHL et Researchgate. Six études, majoritairement qualitatives, ont été retenues. Les critères d'inclusion sont : être membre d'une famille avec une adolescente atteinte d'anorexie mentale, les adolescentes souffrant d'anorexie mentale qui sont ou ont été hospitalisées, l'expérience des infirmières.

Résultats : Plusieurs parents font mention des mêmes difficultés rencontrées en milieu hospitalier : le manque de soutien et d'informations. Quant aux infirmières, c'est l'alliance thérapeutique qui est citée comme principale difficulté. Pour pallier ces obstacles, une formation adaptée est recommandée. De plus, l'utilisation de la thérapie de remédiation cognitive pourrait être envisagée dans les milieux de soins spécifiques.

Mots-clés : Anorexie mentale, famille, difficultés familiales, adolescence, interventions infirmières, hospitalisation, optimisation.

## **2 Remerciements**

Je tiens à remercier Mr. Aziz Salamat, directeur de mon travail de Bachelor, pour sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie Mme Romana Chiappini, psychologue à l'association ABA, qui a pris le temps de répondre à mes questions afin de m'éclairer sur la collaboration entre les milieux de soins et l'association ABA.

Je tiens également à remercier l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital de Sierre qui m'a accueillie en stage durant ma formation professionnelle. Cette expérience a permis d'aiguiller la rédaction de mon travail en m'éclairant sur les interventions infirmières actuelles.

Finalement, un grand merci à ma famille et mes amis pour leur soutien durant la réalisation de ce travail de Bachelor.

### 3 Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation **Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers** à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

*L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.*

*De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.*

*L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».*

Lieu et date : Sion, le 11 juillet 2018

---

Signature

## Table des matières

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Résumé</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Remerciements</b>  | <b>2</b>  |
| <b>3</b> | <b>Déclaration</b>  | <b>3</b>  |
| <b>4</b> | <b>Introduction</b>   | <b>6</b>  |
| 4.1      | Problématique   | 6         |
| 4.2      | Question de recherche   | 7         |
| 4.3      | But de la recherche   | 8         |
| <b>5</b> | <b>Cadre théorique</b>  | <b>9</b>  |
| 5.1      | Anorexie mentale  | 9         |
| 5.1.1    | Définition  | 9         |
| 5.1.2    | Types d'anorexies   | 9         |
| 5.1.3    | Signes cliniques  | 10        |
| 5.1.4    | Conséquences  | 11        |
| 5.1.5    | Evolution   | 12        |
| 5.2      | Adolescence et anorexie mentale                                     | 12        |
| 5.2.1    | Stades de développement   | 13        |
| 5.2.2    | Hypothèses sur l'apparition du trouble                              | 14        |
| 5.2.3    | Spécificité de l'adolescence  | 14        |
| 5.3      | Une prise en charge infirmière diversifiée                          | 15        |
| 5.3.1    | Analyse familiale de Calgary (CFAM)                                 | 16        |
| 5.3.2    | Prise en charge individuelle par thérapie cognitivo-comportementale | 17        |
| <b>6</b> | <b>Méthode</b>  | <b>20</b> |
| 6.1      | Devis de recherche  | 20        |
| 6.2      | Collecte des données  | 20        |
| 6.3      | Sélection des données   | 21        |
| 6.4      | Analyse des données   | 22        |
| <b>7</b> | <b>Résultats</b>  | <b>24</b> |
| 7.1      | Description de l'Etude 1  | 24        |
| 7.1.1    | Validité méthodologique   | 24        |
| 7.1.2    | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle     | 25        |
| 7.2      | Description de l'étude 2  | 26        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 7.2.1     | Validité méthodologique .....  | 26        |
| 7.2.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle..... | 27        |
| 7.3       | Description de l'étude 3.....  | 27        |
| 7.3.1     | Validité méthodologique .....  | 28        |
| 7.3.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle..... | 28        |
| 7.4       | Description de l'étude 4 .....                                       | 29        |
| 7.4.1     | Validité méthodologique .....  | 30        |
| 7.4.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle..... | 30        |
| 7.5       | Description de l'étude 5.....  | 31        |
| 7.5.1     | Validité méthodologique .....  | 31        |
| 7.5.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle..... | 32        |
| 7.6       | Description de l'étude 6 .....                                       | 32        |
| 7.6.1     | Validité méthodologique .....  | 33        |
| 7.6.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle..... | 33        |
| 7.7       | Synthèse des principaux résultats.....                               | 33        |
| <b>8</b>  | <b>Discussion .....</b>  | <b>35</b> |
| 8.1       | Discussion des résultats.....  | 35        |
| 8.2       | Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....     | 38        |
| 8.3       | Limites et critiques de la revue de la littérature .....             | 38        |
| <b>9</b>  | <b>Conclusion.....</b>   | <b>40</b> |
| 9.1       | Propositions pour la pratique.....                                   | 40        |
| 9.2       | Propositions pour la formation.....                                  | 41        |
| 9.3       | Propositions pour la recherche.....                                  | 42        |
| <b>10</b> | <b>Références bibliographiques .....</b>                             | <b>43</b> |
| <b>11</b> | <b>Annexes.....</b>  | <b>48</b> |
| 11.1      | I. Tableaux de recension .....                                       | 48        |
| 11.2      | II. Glossaire méthodologique.....                                    | 54        |
| 11.3      | III. Glossaire technique.....  | 59        |
| 11.4      | IV. Génogramme et écocarte.....                                      | 61        |
| 11.5      | V. E-mails envoyés.....  | 63        |

#### **4 Introduction**

L'anorexie mentale (AM) est un trouble psychiatrique faisant partie des troubles du comportement alimentaire (TCA). La gravité de son pronostic la classe au premier rang des pathologies psychiatriques mettant en jeu le risque vital (Rev Med Suisse volume 6, 2010). Les TCA comportent plusieurs types : anorexie mentale, boulimie et compulsions alimentaires, pour citer les plus fréquents (Rigaud, 2003).

Les troubles alimentaires sont en constante augmentation dans les pays occidentaux, conséquence d'une modification profonde de l'alimentation ainsi que des représentations qui l'entourent (Rigaud, 2003).

Bien que les TCA soient également présents chez les garçons, la prédominance féminine est écrasante (Chelali, 2010). De ce fait, cette revue de la littérature abordera le sujet au féminin.

La prise en charge thérapeutique de l'AM peut être parsemée de différents obstacles. Parmi les principaux rencontrés, on cite : le déni de la patiente, l'engrenage addictif, la difficulté de la construction d'une relation thérapeutique, les difficultés liées au contexte familial du patient, sous oublier le vécu du soignant, qui a un impact sur la prise en charge (Rev Med Suisse volume 3, 2007).

Cette revue de la littérature s'intéresse aux interventions infirmières existantes, ou celles qui pourraient être mises en place afin d'aider les patientes ainsi que les familles concernées.

##### **4.1 Problématique**

En 2002, selon une étude statistique suisse publiée par la policlinique universitaire de Lausanne, environ 70% des adolescents interrogés exprimaient le désir de maigrir, 30% suivaient un régime, 20% se disaient préoccupés constamment par leur ligne, 16 % mangeaient énormément sans pouvoir s'arrêter, plusieurs fois par semaine, et 3% se faisaient vomir.

En 2009, les résultats statistiques, obtenus par l'Office Fédéral de la Statistique Suisse concernant les hospitalisations à l'adolescence, montraient une augmentation du nombre d'hospitalisations. Les filles âgées de 15 à 19 ans représentent la catégorie la plus élevée en termes de nombre d'hospitalisations, lesquelles sont en général plus longues que dans

un service somatique. En 2009, l'OFS indiquait une valeur moyenne de 52 jours et une valeur médiane de 18 jours. Les séjours hospitaliers pour des TCA durent en moyenne 55 jours et le risque de ré-hospitalisation pour des maladies mentales est significatif.

En raison de l'augmentation constante du nombre de personnes atteintes d'AM, il est nécessaire de pouvoir proposer des interventions adaptées. Cette revue de la littérature cible les interventions infirmières auprès des adolescentes atteintes d'anorexie mentale ainsi qu'aux familles concernées.

La considération de la famille dans la prise en charge thérapeutique a beaucoup évolué depuis une vingtaine d'années. Avant, le personnel soignant recherchait le lien de causalité ou de responsabilité que la famille détenait face au trouble, et coupait le lien avec elle afin de le régler (Alvin, 2007).

Dans les soins actuels, la famille est considérée comme une ressource thérapeutique (Criquillon et Doyen, 2016). Selon Auberjonois et Alberque (2010), « l'approche psychothérapeutique systémique a démontré son efficacité dans le traitement de l'anorexie mentale ». La thérapie tend à valoriser les compétences familiales et à renforcer la responsabilité parentale dans l'implication du traitement. La différence doit être faite entre le rôle des parents et le rôle de la fratrie. Des entretiens séparés permettent d'autonomiser et de différencier ces deux rôles (Rev Med Suisse volume 6, 2010).

Par ailleurs, certaines familles ne savent pas que des souffrances psychologiques et affectives sont présentes dans cette pathologie. Ils sont à la fois « témoins, victimes et acteurs d'un spectacle injouable dans un décor en trompe-l'œil. » (Alvin, 2007).

De plus, la Charte mondiale de 2006 pour agir sur les troubles des conduites alimentaires stipule deux points à ce sujet : le droit pour l'entourage d'être informé largement sur la maladie, d'être respecté et considéré comme une personne ressource (point 5), ainsi que le droit pour l'entourage à un soutien thérapeutique approprié et à un programme d'éducation aux ressources (point 6) (HAS p.139, 2010).

#### **4.2 Question de recherche**

Comment optimiser les interventions infirmières auprès des adolescentes atteintes d'anorexie mentale ainsi que leurs familles ?



- **P**opulation : les familles avec une adolescente atteinte d'anorexie mentale ainsi que les adolescentes souffrant d'anorexie mentale.
- **I**ntervention : les interventions infirmières familiales et individuelles.
- **C**omparaison : comparer les différentes prises en charge, l'expérience des parents et des infirmières.
- **O**utcome : dresser l'état des connaissances et des interventions afin de mettre en évidence les approches les plus efficaces.
- **T**ime : lors de l'hospitalisation.

#### **4.3 But de la recherche**

Le but de cette recherche est de faire état des connaissances de la maladie et des interventions infirmières existantes qui s'appliquent ou pourraient s'appliquer à la patiente, et à sa famille, dans le but d'optimiser la prise en charge infirmière.

## **5 Cadre théorique**

Le cadre théorique aborde trois concepts centraux. Tout d'abord, une définition de l'AM est nécessaire afin de permettre une meilleure compréhension et analyse du sujet. Ensuite, l'analyse du concept de l'AM et de l'adolescence cible la population choisie dans cette revue de la littérature. Enfin, le dernier concept est analysé sous l'angle de deux différentes prises en charge psychothérapeutiques : la prise en charge familiale en systémique ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour la prise en charge individuelle. Ces différents thèmes permettront d'aborder divers aspects relatifs à la question de recherche.

### **5.1 Anorexie mentale**

#### **5.1.1 Définition**

L'AM débute le plus souvent entre 14 et 17 ans. Elle peut commencer par un régime en réponse à un trouble de l'estime de soi causé, par exemple, par des remarques négatives des proches ou des camarades sur l'image corporelle ou la façon de s'alimenter. Le but du régime est de répondre à l'idéal social de minceur. Les restrictions alimentaires peuvent également commencer suite à la découverte de l'attractivité sexuelle provoquée par les changements de la puberté. Cette découverte provoque un sentiment de perte de contrôle et le régime a pour but la dissipation des formes féminines. Le passage des régimes aux conduites anorexiques se fait progressivement et les facteurs menant à ce processus sont peu connus ; le type de régime et le ressenti qui émergent de la sensation de faim peuvent y contribuer (Chabrol, 2013 p.30).

Le DSM-V (2015) définit l'AM selon 3 critères diagnostics :

- A. « Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique. »
- B. « Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas. »
- C. « Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle. »

#### **5.1.2 Types d'anorexies**

- Anorexie restrictive : se caractérise par la pratique de régimes et de jeûnes stricts et / ou d'exercices physiques excessifs (Chabrol, 2013).

- Anorexie hyperphagique\*/purgative (ou anorexie boulimique) : présente des accès hyperphagiques provoquant un fort sentiment de culpabilité. Ces accès sont soulagés par des vomissements volontaires ou des conduites purgatives (laxatifs, diurétiques\*, lavements) vécues comme une libération. Elle touche 25% des AM (Chabrol, 2013).
- Anorexie masculine : la clinique est plutôt similaire à celle de l'anorexie féminine, bien que la forme restrictive reste plus rare (Chambry et al., 2002).
- Anorexie pré-pubertaire : survient entre neuf et douze ans, engendre un retard de croissance causé par une perte de poids. Des préoccupations morbides face au poids ou à la forme peuvent être présentes (Nicholls et al., 2000).
- Anorexie tardive : débute après 25 ans et survient principalement à la suite d'un événement familial (deuil, mariage, grossesse, naissance). Le pronostic est considéré comme mauvais, avec un risque plus élevé de chronicisation (Jeammet, 1984).

### 5.1.3 Signes cliniques

Le dépistage clinique porte sur une triade symptomatique qui comprend l'anorexie, l'amaigrissement et l'aménorrhée\*. C'est le plus souvent l'amaigrissement qui inquiète les parents de l'adolescente et mène à une première consultation. La perte de poids est généralement rapide et se chiffre aux alentours de 20 à 30 % du poids antérieur (Alvin, 2007, p.1-5). La maigreur peut être cachée sous des vêtements amples ou, à l'inverse, être exhibée avec des vêtements moulants (Chabrol, 2013 p.31). L'anorexie se manifeste par des préoccupations importantes sur la nourriture telles que le calcul des calories, la sélection des aliments, la diminution du nombre des repas et des comportements purgatifs ou restrictifs. L'aménorrhée est une atteinte fonctionnelle secondaire à l'amaigrissement, due à une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique. Cet axe active un mécanisme qui débute à la puberté et intervient dans la production et le contrôle hormonal de la croissance, de la reproduction et de l'allaitement. D'autres symptômes peuvent apparaître, tels que l'hyperactivité physique et/ou intellectuelle et la distorsion cognitive qui engendre un trouble de la perception de l'image corporelle. La triade symptomatique n'est pas suffisante pour poser un diagnostic. Il est nécessaire de rajouter une analyse comportementale effectuée en questionnant l'adolescente et ses parents (Alvin, 2007). Le tableau ci-après met en évidence les signes cliniques qui définissent le type d'hospitalisation. Il est important de relever qu'un IMC\* inférieur à 13 est une indication pour une hospitalisation en urgence.

| <b>Tableau 2. Critères somatiques pour une hospitalisation en urgence et pour une hospitalisation élective</b>  |
|---|
| <p><b>Critères somatiques pour une hospitalisation en urgence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aphagie totale</li> <li>• Amaigrissement très rapide (&gt;5 kg/mois)</li> <li>• indice de masse corporelle &lt; 13 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Bradycardie sinusale &lt; 40/min</li> <li>• Température centrale &lt; 35° C</li> <li>• Trouble de la conscience</li> <li>• Anomalies biologiques:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– K<sup>+</sup> &lt; 2,5 mM/l</li> <li>– Phosphore &lt; 0,5 mM/l</li> <li>– Na<sup>+</sup> &gt; 150 mM/l</li> <li>– Na<sup>+</sup> &lt; 125 mM/l</li> <li>– Hypoglycémie répétée et &lt; 2,5 mM/l</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>Critères somatiques pour une hospitalisation élective</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amaigrissement &gt; 30% ou indice de masse corporelle &lt; 14 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Bradycardie &lt; 40/min, troubles du rythme, hypotension (&lt; 80/50 mmHg)</li> <li>• Malaises de type orthostatique à répétition</li> <li>• Fatigabilité extrême, épuisement avec hypoactivité physique</li> <li>• Troubles électrolytiques</li> <li>• Troubles digestifs (pathologies œsophagiennes, symptômes d'occlusion)</li> </ul>   |
| <p>Lors de situations aiguës dans lesquelles la vie du patient est en danger, une hospitalisation d'urgence est à organiser alors que, lorsque la situation est instable sur le plan somatique, une hospitalisation peut être planifiée.</p>  |

Figure 1. Tiré de Rev Med Suisse, Giusti et Gebhard, 2011, p.713

#### 5.1.4 Conséquences

Une idée couramment admise est que les dommages psychologiques sont provoqués par les TCA. Pourtant, des désordres psycho-affectifs sont parfois présents avant l'apparition du trouble alimentaire (Rigaud, 2003). Selon Bruch (1979), « la privation de nourriture entraîne des troubles psychologiques graves qui font que cet état trouve en lui-même sa source de continuité ».

Conséquences psychologiques : sentiment de solitude, distorsion du jugement, éclatement familial, sentiment de dégoût de soi-même, dépression, envies suicidaires, désinsertion sociale, troubles obsessionnels et compulsifs (Rigaud, 2003, p.191-196).

Conséquences somatiques : provoquées par la dénutrition et les comportements purgatifs et laxatifs à répétitions. On peut citer de façon non-exhaustive : la bradycardie, l'hypotension et les troubles du rythme au niveau cardiaque, une constipation, des œsophagites pouvant mener à des perforations de l'œsophage au niveau digestif, des troubles métaboliques importants tels que l'hypokaliémie\*, un ralentissement neurologique provoquant des troubles de l'attention et une lenteur psychomotrice, une ostéopénie, un retard voir un arrêt de la croissance, des complications rénales pouvant mener jusqu'à l'insuffisance rénale terminale, une hypothermie avec trouble de la thermorégulation, un lanugo\* ou des pertes de cheveux (Alvin, 2007, p.23-33).

### 5.1.5 Evolution

L'évolution d'une AM est difficile à prédire. L'IMC est le marqueur le plus concret de l'évolution vers la guérison (Perroud, 2003). Plus le poids est bas, plus l'évolution est négative. L'état nutritionnel peut être hiérarchisé selon l'IMC. L'OMS propose d'ailleurs un tableau de référence :

| IMC         | Classification        |
|-------------|-----------------------|
| < 10        | Dénutrition grade V   |
| 10 à 12,9   | Dénutrition grade IV  |
| 13 à 14,9   | Dénutrition grade III |
| 15 à 16,9   | Dénutrition grade II  |
| 17 à 18,4   | Dénutrition grade I   |
| 18,5 à 24,9 | Normal                |

Figure 2. Tiré de la HAS, anorexie mentale : prise en charge, 2010, p.16

La contrainte de manger expose ces adolescentes à des angoisses de perte de contrôle, d'intrusions et de déformations monstrueuse de leur corps. L'AM a une comorbidité\* importante. On cite fréquemment des troubles dépressifs, anxieux et de la personnalité (Chabrol, 2013, p.32). Le risque de rechute varie de 10 à 50%. Le taux de chronicisation se situe entre 10 et 15%. On parle de chronicité quand la patiente maintient une triade symptomatique depuis au moins 4 ans. Le taux de mortalité est de 4%, les principales causes de décès étant la dénutrition sévère et le suicide (Alvin, 2007, p.17-20). Le DSM-V (2015) définit deux types de rémissions :

- Rémission partielle : le critère du poids corporel bas n'est plus rempli depuis une période prolongée, mais le critère de la peur intense de prendre du poids ou celui de l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps sont toujours présents.
- Rémission complète : plus aucun critère n'est rempli depuis une période prolongée.

## 5.2 Adolescence et anorexie mentale

« L'adolescence est l'âge du changement comme l'étymologie du mot l'implique : adolescence signifie en latin "grandir". Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage. » (Braconnier et Marcelli, 2013).

### 5.2.1 Stades de développement

La théorie du développement cognitif\* selon Jean Piaget (1896-1980), psychologue suisse, est utilisée dans cette revue de la littérature. Piaget est présenté dans plusieurs ouvrages comme une figure centrale de cette théorie qui influence les méthodes pédagogiques et éducatives. La théorie du développement cognitif ne sera pas détaillée dans ce travail, mais il est intéressant de savoir qu'elle comporte quatre périodes comme le montre la figure 3. Selon ce tableau, l'adolescence fait partie de la dernière période qui comporte les cinq caractéristiques présentées dans la figure 4.

**Tableau 1.4** *Les périodes du développement cognitif selon Piaget*

| Âge                     | Période                          | Description   |
|-------------------------|----------------------------------|---|
| De la naissance à 2 ans | Période sensorimotrice           | Le bébé comprend le monde par ses sens et ses actions motrices. Un mobile n'existe que par son contact au toucher, son apparence et son goût. À la fin de cette période, l'enfant commence à utiliser des symboles simples comme des mots uniques et joue à « faire semblant ».   |
| De 2 ans à 7 ans        | Période préopératoire            | L'enfant peut utiliser des symboles pour penser et pour communiquer; il s'exerce à envisager le point de vue d'autrui, à classer les objets et, à la fin de la période, il utilise une logique simple.  |
| De 7 ans à 12 ans       | Période des opérations concrètes | L'enfant fait d'immenses progrès sur le plan de la logique et parvient à effectuer des opérations mentales complexes, comme l'addition et la soustraction. Il est encore limité au monde qu'il connaît, mais peut maintenant effectuer des opérations mentales sur des objets connus.                                     |
| 12 ans et plus          | Période des opérations formelles | L'enfant devient apte à manier les idées aussi bien que les objets. Plus il approche de l'âge adulte, plus il devient habile à imaginer des choses qu'il n'a jamais vues ou des événements qui ne se sont pas encore produits, à organiser mentalement les idées et les objets, et à utiliser un mode de pensée déductif. |

Figure 3. Tiré de : Les âges de la vie de Bee et Boyd, 2011, p.25

**Tableau 9.4** *Les caractéristiques des opérations formelles*

**1. Du concret à l'abstrait** La pensée n'est plus limitée à des objets tangibles ou à des événements réels; elle peut dorénavant porter sur des situations abstraites. Exemple : À quoi ressemblerait un monde où les humains n'auraient pas de mémoire ?

**2. Du réel au possible** L'adolescent est capable d'envisager les différentes possibilités d'une situation en se détachant d'une perspective unique. Cette caractéristique comprend aussi l'envol de l'imaginaire. Exemple : Un petit avion s'écrase lors d'une excursion de pêche. Quelles sont les causes possibles de cet accident ?

**3. Préviation des conséquences à long terme** L'adolescent peut envisager les diverses options et possibilités qui s'offrent à lui et prévoir les conséquences de ses actions ou de ses choix à long terme. Exemple : Un étudiant doit décider s'il entreprendra ou non des démarches pour poursuivre ses études à l'étranger afin de compléter sa formation.

**4. Logique déductive** Devant un problème, l'adolescent peut poser des hypothèses et les vérifier systématiquement (ce qu'on appelle la pensée hypothético-déductive). Exemple : Si tous les A sont B et tous les B sont C, alors tous les A sont C.

**5. Résolution systématique des problèmes** Devant un problème, l'adoles-

Figure 4. Tiré de : Les âges de la vie de Bee et Boyd, 2011, p.254

Il est important de tenir compte du stade de développement cognitif dans lequel se situe l'adolescente anorexique, car une tendance à la régression vers un stade inférieur est fréquente (Holzer, 2014).

### **5.2.2 Hypothèses sur l'apparition du trouble**

L'AM a des origines multifactorielles. Une insatisfaction corporelle au niveau personnel, le culte de la minceur comme critère de beauté au niveau socioculturel, certains facteurs familiaux ainsi que des facteurs biologiques tels que la dénutrition provoquent une augmentation des conduites anorexiques (Alvin, 2007).

C'est une maladie qui reste spécifique à l'adolescence. L'apparition de ce trouble à l'âge adulte est rare (Alvin, 2007, p.7). La puberté est vécue comme un événement traumatique. Cette étape soulève des questionnements identitaires et les adolescentes doivent faire face aux modifications physiques et aux représentations qu'elles en ont (Beck, 2013, p.131). Pour l'adolescente atteinte d'AM, l'identité de substitution qu'elle trouve à travers la maladie est plus acceptable que l'identité de femme. Alvin (2007) souligne que pour certaines adolescentes, devenir une femme engendre le risque insupportable de la perte de l'amour parental. Des moyens de défense sont mis en place afin de diminuer ces angoisses. Le contrôle du poids permet à l'adolescente de reprendre l'emprise sur son corps qui change. La perte de poids dissimule les rondeurs féminines naissantes et l'aménorrhée réduit la sexualisation. Il constitue également une défense contre la peur de l'abandon/perte : « *Si j'arrive à me priver de quelque chose, lorsque les autres m'en priveront, je le ressentirai moins violemment* ». Le contrôle généralisé et le perfectionnisme procurent un sentiment de sécurité en diminuant le risque d'échec. Les adolescentes souffrant d'AM peuvent avoir la croyance que si elles sont parfaites, elles seront aimées. Chez elles, l'amour est synonyme d'admiration (Carraz, 2009).

### **5.2.3 Spécificité de l'adolescence**

Il existe des épisodes d'AM qui surviennent à l'adolescence et qui évoluent rapidement (en quelques mois) de façon positive. Ces formes dites sub-syndromiques passent en général inaperçues. Elles sont transitoires et une rémission spontanée, sans traitement, est fréquente (Chabrol, 2013 p.30). Ce sont des TCA parfois sans amaigrissement ni aménorrhées, qui comportent des vomissements, des obsessions alimentaires et des troubles de l'image corporelle. Elles sont fréquemment rencontrées dans le milieu du sport de haut niveau (Alvin, 2007, p.7-8).

### 5.3 Une prise en charge infirmière diversifiée

La prise en charge de la patiente anorexique doit inclure une évaluation somatique, nutritionnelle, psychiatrique, psychologique et sociale. La diversité des soins que demande l'AM justifie la présence de différents professionnels et le travail en interdisciplinarité. La Haute Autorité de Santé (2010) propose différentes recommandations de bonne pratique.

Les principales interventions infirmières citées ont été relevées de façon non-exhaustive :

Examen clinique : poids, taille, IMC, pulsations, température corporelle, tension artérielle, aménorrhée, constipation, teint de la peau, qualité des ongles et des cheveux.

Soins nutritionnels : repas thérapeutiques, pesées, aide au respect du cadre nutritionnel posé, bilan des ingestas, surveillances particulières lors de la renutrition et pose de sonde nasogastrique\* sous ordre médical.

Soutien psychologique : entretiens motivationnels, entretiens de famille, TCC, approches corporelles, art-thérapie, zoothérapie. Certaines de ces interventions nécessitent une formation infirmière spécialisée (HAS, 2010).

La patiente est traitée au niveau individuel et familial. Un modèle de soin systémique ainsi qu'un modèle de soin individuel sont présentés plus loin dans ce travail. Ces deux types de prise en charge sont complémentaires et suivent le même objectif : l'amélioration de l'état de la patiente. Cependant, le cœur de cette revue de la littérature porte sur les interventions infirmières envers les familles d'adolescentes atteintes d'AM. La prise en charge familiale est présentée selon le modèle de Calgary. L'analyse que propose ce modèle permet une vision rapide et globale du fonctionnement familial et met deux outils intéressants à disposition des infirmières : le génogramme et l'écocarte (Annexes IV), définis plus loin.

« *L'anorexie mentale affecte la famille, se traite avec la famille, mais ne se traite pas en famille* » (Alvin, 2007). L'hospitalisation est parfois perçue comme paradoxale par les parents, exclus du lieu de vie de leur enfant, tout en étant inclus dans le traitement. La prise en charge thérapeutique familiale a pour but de leur faire prendre conscience que tout ne va pas si bien. Il arrive que la famille demande de l'aide en espérant une explication rationnelle simple et un traitement symptomatique rapide. Cette demande, ainsi qu'une position défensive lors de remises en question du système relationnel familial, témoignent de leur difficulté à reconnaître les besoins affectifs réels de leur enfant. Les interactions familiales sont rarement mises en cause au début de la prise en charge. Leur fille, décrite comme parfaitement adaptée aux attentes de l'entourage, se met soudain à dysfonctionner et les parents éprouvent parfois de la difficulté à se défaire de l'image de "parents parfaits" que l'enfant leur renvoyait jusque-là. En général, deux réponses types s'offrent



aux parents lors de l'apparition du trouble anorexique : le contrôle intrusif qui tente maladroitement de créer une complicité extrême ou, à l'inverse, un épuisement, voir un rejet inconscient, qui peuvent être perçus par l'adolescente comme un abandon (Alvin, 2007).

### **5.3.1 Analyse familiale de Calgary (CFAM)**

Ce modèle comporte trois dimensions interactives : la structure familiale, les étapes du cycle de la vie de famille et le fonctionnement familial. Selon Wright et Leahey (2013), la structure familiale est composée de trois types de structures différentes : interne, externe et contextuelle :

La structure interne comprend la composition des membres de la famille, l'âge des membres, les sous-systèmes (groupes formés selon des intérêts communs) et la qualité des frontières entre les sous-systèmes et les suprasystèmes. Cette structure peut être illustrée par un génogramme pour aider à comprendre la composition de la famille et amener des pistes de compréhension de la crise vécue.

La structure externe présente les suprasystèmes de la famille qui sont : la famille étendue, l'école, le lieu de travail, la culture. L'écocarte met en évidence la nature et l'intensité des rapports entre la famille et les suprasystèmes. Cet outil aide à formuler des hypothèses et à déterminer les ressources disponibles pour aider la famille en crise.

La structure contextuelle est sous-catégorisée par l'ethnie, la classe sociale, la religion et l'environnement. L'utilisation de cette structure sert à explorer les multiples interactions de la famille. Son but est d'obtenir une vision la plus complète possible, sans catégoriser ni associer la famille à un groupe d'appartenance (Wright et Leahey, 2013).

Chaque famille suit une trajectoire développementale propre à elle-même, façonnée par les trois types de structures (Wright et Leahey, 2013). Elle évolue selon un processus de développement qui passe par des stades à traverser. Si les tâches spécifiques reliées à chaque stade ne sont pas résolues, la vulnérabilité de la famille augmente. Les capacités adaptatives ne sont pas acquises pour une utilisation ultérieure ni pour des situations similaires (Pauzé et Charbouillot, 2001). L'utilisation d'un modèle familial (il en existe plusieurs qui ne sont pas présentés dans ce travail) permet de situer la famille, d'établir facilement et rapidement des hypothèses de crise et de déceler les vulnérabilités particulières (Dankoski, 2001).

Peu d'auteurs ont tenté d'établir le lien entre les tâches développementales familiales non résolues et l'apparition d'un trouble anorexique chez l'adolescente. Selon Root, et al. (1986), dans les familles concernées par l'AM, le stationnement dans une tâche développementale se ferait principalement lors de l'arrivée des enfants. Selvini-Palazzoli,

et al. (1990) ajoute que l'échec développemental semble être la conséquence liée à la difficulté des parents à maintenir une vie conjugale tout en créant un sous-système cohérent dans l'éducation de leurs enfants. Ces auteurs ne spécifient pas davantage quelles tâches développementales particulières sont mises en cause.

Les observations cliniques de plusieurs familles mettent en évidence l'apparition des difficultés au moment de l'arrivée des enfants. Cette étape semble faire diminuer la vie conjugale au bénéfice de la fonction parentale. Ces observations n'ont jamais été confirmées par des études sur la relation entre certaines tâches développementales non résolues dans les familles et le développement d'une anorexie à l'adolescence (Bradley et Pauzé, 2008).

Le fonctionnement familial correspond à la manière dont interagissent les membres d'une même famille. Il passe par le fonctionnement instrumental qui regroupe les activités physiques de la vie quotidienne (tâches domestiques, soins à la malade, transports) et le fonctionnement expressif qui comprend les différents types de communication (verbale, non-verbale), les rôles, les croyances, la capacité à résoudre les problèmes, les stratégies d'influence ou de pouvoir et les alliances entre certains membres de la famille (Wright et Leahey, 2013).

Les personnes atteintes d'anorexie mentale sont souvent victimes de nombreux préjugés, entraînant des comportements de stigmatisation et de discrimination qui peuvent être difficiles à vivre. Wright et Leahey (2013) soulignent l'importance de l'exploration des croyances liées à la problématique de santé. Ces croyances déterminent les sentiments et comportements des membres dans l'expérience du problème de santé. A l'inverse, ces expériences peuvent influencer les croyances.

### **5.3.2 Prise en charge individuelle par thérapie cognitivo-comportementale**

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une psychothérapie. C'est une méthode thérapeutique qui utilise les mécanismes de l'activité mentale afin de favoriser le changement de comportements inadaptés, de troubles mentaux ou autres problèmes provoquant de la souffrance psychologique (Larousse Médical, 2012). Il existe d'autres types de psychothérapies qui ne seront pas présentés dans ce travail.

Le choix de la TCC est intéressant car elle agit activement sur le(s) symptôme(s). Son efficacité s'est avérée nettement supérieure à la plupart des autres psychothérapies (Perroud, 2003).

Selon la TCC, la maladie peut représenter un moyen d'attirer l'attention des parents ou d'affirmer son autonomie face aux parents. Ces « bénéfiques » peuvent se transformer en facteurs de maintien du trouble. Certaines filles avec une faible estime d'elle-même et peu de relations sociales peuvent utiliser le contrôle alimentaire afin d'améliorer leur valeur personnelle et obtenir l'approbation de leurs pairs. La maladie peut être employée comme moyen pour être acceptée par les autres (Holzer, 2014).

En raison de l'âge d'apparition du trouble, la plupart des jeunes sont dépendants de leurs parents et vivent avec eux. Ces derniers ont une influence directe qui peut aider l'adolescente à surmonter la maladie mais également être un frein au changement. Il est donc profitable que les parents soient impliqués dès le début de la prise en charge (Holzer, 2014).

Cette méthode met en avant que les comportements sont issus de pensées conscientes et inconscientes. Elle tient un raisonnement phénoménologique : « *la cause a un effet et cet effet modifie la cause* ». Le sujet apprend et tire des conclusions d'un certain comportement et adapte ce qu'il a retenu à la prochaine situation similaire. La TCC travaille sur la modification des schémas cognitifs, qui sont des interprétations personnelles de la réalité qui influencent les stratégies d'adaptation (Association Autrement, 2009). Cette méthode démontre à la patiente que ses pensées ne fonctionnent pas en la défiant sur ses cognitions déformées. Les idées et/ou comportements inadaptés sont remplacés par des réactions en adéquation avec la réalité.

La TCC comporte trois dimensions en interaction permanente : comportementale, cognitive et émotionnelle (Lhuillier, 2016). Quelques techniques de TCC, brièvement décrites ci-dessous, se rattachent spécifiquement à chacune de ces trois dimensions :

Tout d'abord, la désensibilisation. Cette technique expose progressivement la patiente à des situations anxiogènes après lui avoir enseigné une méthode de relaxation. Ensuite, l'habituation, qui permet à la patiente de constater une diminution de l'anxiété suite à des expositions répétées d'une situation anxiogène. Ces deux méthodes font partie des techniques de la dimension comportementale (Lhuillier, 2016).

La restructuration cognitive (RC) consiste à remplacer les pensées dysfonctionnelles par des pensées plus réalistes et mieux adaptées. Les pensées sont subjectives et conduisent parfois à des visions ou interprétations erronées de la réalité. La RC cible la manière d'interpréter puis de réagir en fonction de l'information reçue et de la situation.

Après avoir mis en évidence les pensées erronées, les schémas cognitifs qui amènent à ces dysfonctionnalités sont recherchés pour permettre à la patiente de critiquer et remettre en question ses fausses croyances (Lhuillier, 2016). A ne pas confondre avec la thérapie de remédiation cognitive (TRC) qui suppose la présence de fonctions cognitives déficientes et restaure les fonctions déficitaires (par exemple après un AVC\*) par des entraînements intensifs ou par le développement de stratégies alternatives qui renforcent les fonctions encore présentes (Chapelle et al., 2011, p.213).

La dimension émotionnelle soulève l'utilité de parfois apprendre à accepter certaines émotions difficiles plutôt que de les faire disparaître. Par exemple, la méthode de la pleine conscience a pour objectif d'augmenter le niveau de conscience sur l'action du moment présent (sensations corporelles, sentiments, ...) et l'acceptation de ce qui est ressenti (Lhuillier, 2016).

La présence de schémas cognitifs inadaptés est élevée dans l'AM (Cooper et Turner, 2000). Ces schémas induisent des troubles de la perception de l'image corporelle, des restrictions alimentaires, des croyances et des représentations dysfonctionnelles. Les TCC ont pour but de modifier ces schémas cognitifs. Par exemple, la technique comportementale de l'exposition au miroir ou aux photos en sous-vêtements afin d'aider l'adolescente à prendre conscience de sa distorsion cognitive concernant son image corporelle. La désensibilisation et l'habituation peuvent être utilisées pour diminuer l'anxiété lors des repas (Léonard, 2007).

## 6 Méthode

### 6.1 Devis de recherche

Deux principaux types de paradigmes sont décrits par Fortin (2010) : le post-positiviste et le naturaliste. Un troisième, le devis mixte, émerge du mélange des deux premiers. Le post-positiviste suppose qu'il existe une réalité objective indépendante de l'observation humaine, qui peut être connue de façon imparfaite sur la base de probabilités. Le naturaliste rejette la notion de réalité unique et se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et variable dans le temps. Ce dernier se construit à partir de perceptions et d'interprétations personnelles. Le chercheur explore la réalité telle qu'elle est perçue. Cette vision est en accord avec la question de recherche. En effet, le but de cette revue étant d'optimiser les interventions infirmières, il est primordial de s'intéresser à leurs perceptions et leurs interprétations, ainsi qu'à celles des familles d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale. L'utilisation dominante du paradigme naturaliste est alors justifiée. Cinq études disciplinaires comprenant trois études qualitatives, une quantitative ainsi qu'une étude mixte ont été retenues. Une étude non-disciplinaire a été sélectionnée, car elle apporte des compléments intéressants et enrichit la revue par une vision plus élargie.

### 6.2 Collecte des données

Trois bases de données différentes ont été consultées : CINAHL, Pubmed et Researchgate. Ces ressources ont été consultées une première fois en avril et mai 2017, afin d'établir la question de recherche et d'assurer la disponibilité d'études correspondantes à celle-ci. Une fois la problématique mise en évidence, une recherche plus approfondie a été effectuée durant le mois de décembre 2017. Plusieurs termes français ont été traduits en anglais par MeSH (Medical Searching Heading) afin d'optimiser la recherche sur les bases de données. Diverses combinaisons de mots-clés ainsi que les opérateurs booléens « AND » et « OR » ont permis de cibler la recherche. L'utilisation de filtres a limité le nombre d'études. Parmi les plus fréquemment utilisés : *Free Full text, PDF Full text, 2011-2018, un des auteurs est une infirmière*.

Les tableaux suivants illustrent les mots-clés et les opérateurs booléens utilisés selon les bases de données, ainsi que le nombre d'études trouvées et retenues. Parmi toutes les études trouvées, seulement six ont été sélectionnées pour l'analyse.

## a) CINHAL :

| <b>Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens</b>  | Etudes trouvées | Etudes retenues |
|---|-----------------|-----------------|
| (Anorexia nervosa OR eating disorders) AND family therapy | 20              | 2               |
| Anorexia nervosa AND parent experience AND nursing        | 2               | 2               |

## b) Pubmed :

| <b>Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens</b>                           | Etudes trouvées | Etudes retenues |
|--|-----------------|-----------------|
| Anorexia nervosa adolescent AND parent's experiences AND nurses                    | 0               | 0               |
| Anorexia nervosa adolescents AND family AND nursing                                | 8               | 1               |
| (Anorexia nervosa OR eating disorders) AND help families AND education             | 75              | 1               |
| Anorexia nervosa AND adolescent AND nurses perspective                             | 6               | 1               |
| Anorexia nervosa AND nurses AND (therapeutic relationship OR therapeutic alliance) | 1478            | 0               |
| Anorexia nervosa AND nurses AND therapeutic alliance                               | 3               | 1               |

## c) Researchgate :

| <b>Combinaison de mots-clés</b> | Etudes trouvées | Etudes retenues |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| Psychotherapy eating disorders  | 158             | 3               |

Une étude apparaît conjointement sur *CINHAL* et *Pubmed*. Trois études n'ont pas été retenues car elles ne répondaient pas à la question de recherche. Une étude n'a pas été retenue car elle n'était pas de source primaire. Ces éléments justifient que l'addition des études retenues donnent un nombre supérieur à six.

### 6.3 Sélection des données

Les études ont été sélectionnées selon différents critères afin d'obtenir des données les plus pertinentes possibles. Cinq de ces six études sont disciplinaires. Cinq sont datées d'après 2011 mais deux sont antérieures et ont été gardées, faisant exception au critère d'exclusion concernant la date. Elles amènent en effet des éléments intéressants pour répondre à la question de recherche, des études similaires plus récentes n'ayant pas été trouvées. Tous les articles sont de source primaire. Quatre études sont de nature qualitative, exploratoire, descriptive ou phénoménologique. Une étude est de nature

quantitative et une autre est mixte. Tous les articles sont rédigés en anglais et ont été traduits (traduction libre) en ligne avec l'outil *DeepL*.

#### 6.4 Analyse des données

Cette revue de la littérature respecte les considérations éthiques. Toutes les études retenues ont reçu l'approbation d'un comité d'éthique. Le consentement éclairé a été demandé pour la plupart d'entre elles. Les sources sont référencées selon les normes APA.

Afin d'apporter une réponse à la question de recherche, les études seront décrites brièvement à l'aide de tableaux de recension qui peuvent être consultés en Annexe I. Puis chaque étude sera analysée individuellement. Une importance plus particulière sera portée sur la validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle.

Le tableau répertoriant les études finales sélectionnées se situe à la page suivante. La crédibilité des études a été analysée avec le tableau de niveau de preuve ci-après, proposé par la Haute Autorité de Santé (2013, p.8).

| Grade des recommandations                 | Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature  |
|---|--|
| A<br>Preuve scientifique établie          | Niveau 1<br>- essais comparatifs randomisés de forte puissance ;<br>- méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ;<br>- analyse de décision fondée sur des études bien menées.               |
| B<br>Présomption scientifique             | Niveau 2<br>- essais comparatifs randomisés de faible puissance ;<br>- études comparatives non randomisées bien menées ;<br>- études de cohortes.  |
| C<br>Faible niveau de preuve scientifique | Niveau 3<br>- études cas-témoins.  |
|   | Niveau 4<br>- études comparatives comportant des biais importants ;<br>- études rétrospectives ;<br>- séries de cas ;<br>- études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale). |

| N° | Auteurs  | Titre   | Année de publication | Bases de données | Niveau de preuve |
|----|--|---|----------------------|------------------|------------------|
| 1  | Joel S. Zugai<br>Jane Stein-Parbury<br>Michael Roche         | Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study                         | 2017                 | Pubmed           | IV               |
| 2  | Carol McCormack<br>Edward McCann                             | Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences                                  | 2015                 | CINHAL           | IV               |
| 3  | M. Glisladóttir<br>K. Svavarsdóttir                          | Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders | 2011                 | Pubmed           | IV               |
| 4  | Rose McMaster<br>Barbara Beale<br>Sharon Hillege<br>Sue Nagy | The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals                               | 2004                 | CINHAL           | IV               |
| 5  | Susan J. King<br>de Sales Turner                             | Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective                             | 2000                 | Pubmed           | IV               |
| 6  | Jenni Leppanen<br>James Adamson<br>Kate Tchanturia           | Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa                        | 2018                 | Researchgate     | IV               |



## 7 Résultats

### 7.1 Description de l'Etude 1

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2017). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal Of Advanced Nursing*, 74(2), 443-453. doi:10.1111/jan.13410

Cette étude consiste à mettre en évidence l'influence du contexte hospitalier sur l'alliance thérapeutique\*, spécifiquement lors des hospitalisations de patients avec une anorexie mentale. Il s'agit d'une étude mixte : quantitative descriptive afin de décrire le contexte d'hospitalisation, et qualitative exploratoire pour examiner les implications du contexte de soin sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Cette étude a été menée en Australie par une équipe infirmière composée de trois personnes. L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné dans six services de cinq hôpitaux différents, trois publics et deux privés. Au total, 128 participants ont été inclus dans la recherche. Pour la première phase, 65 infirmières et 63 patients, puis 20 infirmières et 34 patients en deuxième phase. Les participants qui n'étaient pas présents à la première phase ont été invités à participer à la deuxième, grâce à un recrutement dans les établissements participants. La recherche s'est déroulée en deux parties : la première a soumis les participants à différentes échelles et questionnaires afin d'évaluer le contexte d'hospitalisation. Après l'analyse des réponses, la deuxième partie comprenait des entrevues semi-structurées concernant l'influence du cadre hospitalier sur l'alliance thérapeutique, afin de préciser les questionnaires et de compléter les informations de la première partie. Une analyse statistique des résultats a fait ressortir les thèmes dominants. Cette étude amène un élément de réponse à la question de recherche en mettant en évidence l'impact que le cadre hospitalier a sur la qualité de la relation.

#### 7.1.1 Validité méthodologique

Différents éléments permettent d'appuyer la crédibilité de cette étude. Tout d'abord, le devis mixte permet une triangulation méthodologique. Ensuite, l'utilisation de cinq outils différents a amené des mesures quantitatives, et a fourni une structure à la collecte des données. Pour certains outils, la terminologie a été adaptée afin de répondre le plus précisément possible à la question de recherche. Les instruments ont démontré une bonne cohérence interne avec des alpha de Cronbach se situant entre 0,79 et 0,95. Enfin, l'échantillon inclut des expériences de patients ainsi que d'infirmières, ce qui amène à une triangulation des données et augmente la crédibilité de l'étude. Concernant la transférabi-

lité, une triangulation environnementale a été faite lors de la collecte des données en sélectionnant les participants dans cinq hôpitaux différents, ce qui réduit le risque de surreprésentation des résultats spécifiques à un site. Ensuite, la taille de l'échantillon pour la phase 2 a été déterminée par saturation des données. De plus, les résultats de l'étude ont été éclairés par un chevauchement de ceux qui ont participé aux deux phases et de ceux qui n'ont participé qu'à la première ou qu'à la deuxième phase. Enfin, l'insertion de verbatim soutient la confirmabilité et la fiabilité des conclusions.

En revanche, différents éléments pourraient conduire à un biais de sélection. En premier lieu, le choix d'un échantillonnage non-probabiliste a pu conduire à une surreprésentation de participants ayant des avis très positifs ou négatifs, et une sous-représentation des personnes avec un avis indifférent ou peu prononcé. Par ailleurs, la taille limitée de l'échantillon réduit la possibilité de comparaison des groupes et peut faire douter de la transférabilité. Pour finir, cette étude a examiné l'alliance thérapeutique en relation avec un nombre limité de facteurs contextuels. D'autres facteurs inexplorés peuvent être examinés afin de mieux comprendre le contexte dans lequel se développe l'alliance thérapeutique.

### **7.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

En comprenant l'importance des facteurs contextuels qui influencent le développement et la nature de l'alliance thérapeutique, les difficultés que les infirmières rencontrent avec cette pathologie seraient mieux gérées. L'application des résultats de cette étude au contexte suisse semble être envisageable. Bien qu'elle ait été menée en Australie, la triangulation environnementale lors de l'échantillonnage et la saturation des données permettent d'augmenter la transférabilité.

L'étude propose également de mettre en place un soutien pour les infirmières qui luttent pour développer une alliance thérapeutique, afin d'éviter que la relation de soin ne se dégrade. Les chercheurs ne précisent pas à quel type de soutien ils font référence. En Valais, les patientes adolescentes atteintes d'AM sont hospitalisées dans le service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Sierre. Un colloque interdisciplinaire est organisé une fois par semaine afin de soutenir l'équipe soignante et leur permettre de parler des difficultés qu'elle rencontre. Le CHUV propose également un colloque hebdomadaire de soutien.

## 7.2 Description de l'étude 2

McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143-147. doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003

Cette recherche étudie les expériences et les points de vue de parents qui ont un(e) adolescent(e) souffrant d'anorexie mentale. Elle a été menée par un infirmier et un assistant professeur en Irlande. Le devis de cette étude est qualitatif descriptif. Les participants ont été sélectionnés par choix raisonné dans une clinique ambulatoire en Irlande. Ils devaient avoir un enfant diagnostiqué AM qui était en consultation ambulatoire lors du recrutement. Au total, dix parents : sept mères et trois pères provenant de communautés rurales et urbaines ont été inclus dans l'étude. Des entrevues semi-structurées individuelles pour explorer les expériences subjectives des parents se sont déroulées dans un espace privé de la clinique. Les données de ces entrevues ont été transcrites textuellement. Un guide de codage a été utilisé pour analyser l'émergence de concepts ou de thèmes dominants. Quatre thèmes clés ont été retenus.

De ces quatre thèmes, certains éléments sont intéressants pour répondre à la question de recherche. Les parents ont exprimé qu'ils auraient eu besoin de plus d'informations concernant la maladie de la part des soignants. Selon certains participants, être dirigés vers un groupe de soutien ou une association aurait été bénéfique, par exemple pour diminuer le sentiment d'isolement ou aider à gérer la culpabilité que certains éprouvent envers la maladie de leur enfant. Ces éléments pourraient être proposés dans un but d'optimiser les interventions infirmières.

### 7.2.1 Validité méthodologique

Les auteurs ont procédé à des entrevues semi-structurées, en accord avec la démarche qualitative. Il n'est pas précisé si les entrevues ont été menées par un ou les deux chercheurs. La crédibilité de l'étude a été soutenue par l'élaboration d'un guide de codage utilisé pour analyser les transcriptions de concepts ou thèmes émergents. Les données ont fait l'objet d'un examen plus approfondi, afin d'en déterminer la signification et les thèmes similaires combinés. Un chercheur expérimenté a examiné les transcriptions codées et le cadre de codage, ce qui ajoute de la fiabilité aux résultats de l'étude. Tous les processus et étapes de codage ont été suivis pour améliorer la validité et la fiabilité de la recherche. La similarité des résultats de cette étude avec des recherches antérieures ainsi que l'insertion de verbatim soutiennent la fiabilité et la confirmabilité des conclusions.

En revanche, l'échantillonnage par choix raisonné, la taille limitée de l'échantillon et la sélection des participants dans un seul lieu peuvent faire douter de la transférabilité et suspecter un échantillon non-représentatif.

### **7.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les conclusions de l'étude attestent que les parents ont un réel besoin de soutien et de connaissances supplémentaires en matière de gestion et d'adaptation aux troubles de l'alimentation. Les infirmières travaillant dans ce domaine sont idéalement placées pour fournir un tel soutien aux parents. L'étude soulève également l'importance de considérer les parents comme une ressource dans la prise en charge de leur enfant. En Valais, le service pédopsychiatrique de l'hôpital de Sierre prend en charge les familles de façon globale et systématique. En effet, des entretiens de famille incluant le jeune sont organisés. Les parents ont des entretiens individuels et en couple avec les médecins et les infirmières.

D'autres résultats de cette étude mettent en évidence l'impact de la pathologie sur divers aspects de la vie (social, financier, personnel) ainsi que l'épuisement psychologique, le sentiment de culpabilité, les frustrations liées aux repas et la détérioration de la communication au sein de la famille. Ces éléments ne sont pas toujours pris en compte par les soignants lorsque l'enfant est hospitalisé. Le nombre limité de participants (10) et le type d'échantillonnage rendent difficile la transférabilité des résultats au contexte suisse.

### **7.3 Description de l'étude 3**

Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(2), 122-130. doi : 10.1111/j.1365-

Cette étude a développé et testé des interventions éducatives et de soutien en soins infirmiers afin d'aider les familles avec un membre atteint de TCA. Son devis est quantitatif. La recherche a été menée par deux infirmiers en Islande. Les participants ont été sélectionnés par choix raisonné et par réseau. Ils devaient être de famille avec une personne souffrant de TCA qui recevait un traitement dans une clinique psychiatrique ambulatoire du Landspítali University Hospital (LUH) en Islande. Les chercheurs ont demandé aux participants s'ils pouvaient inviter des parents, des conjoints ou des frères et sœurs de plus de 18 ans. Au total, 24 participants ont assisté à la première session et

21 ont assisté aux quatre sessions. L'échantillon comprenait 10 parents (mères et pères), deux frères et sœurs et trois partenaires. Une intervention éducative et de soutien, composée de quatre séances de groupe, a eu lieu chaque semaine, durant 3 semaines. Les 21 participants ont été divisés en 3 groupes. Les participants ont été invités à remplir trois questionnaires développés spécialement pour les membres de la famille d'un patient souffrant d'un TCA (avant et après les interventions éducatives et de soutien). L'étude aboutit à la constatation d'une amélioration significative de la compréhension de la maladie après les interventions.

L'étude montre que les membres de la famille veulent aider le patient, mais ont souvent besoin d'aide eux-mêmes. En rapport avec la question de recherche, il est important d'améliorer leurs connaissances car l'effet positif sur les membres de la famille peut, à son tour, avoir un effet positif sur l'attitude du patient face à la maladie.

### **7.3.1 Validité méthodologique**

La crédibilité de cette étude est appuyée par l'utilisation d'un prétest pour l'analyse des données, ainsi que l'utilisation de différents outils afin d'évaluer la significativité de l'intervention. L'analyse statistique a utilisé un test-T pour analyser les résultats. La validité de cette étude est définie par une valeur P égale à 0.05.

L'échantillonnage par choix raisonné et par réseau peut conduire à un biais de sélection. L'utilisation de la randomisation aurait fait diminuer ce risque. Les auteurs soulèvent également des limites à leur recherche. Tout d'abord, la taille limitée de l'échantillon peut faire douter de la transférabilité. Ensuite, en l'absence d'un groupe témoin, les changements après l'intervention peuvent être attribués au passage du temps ou à des facteurs extérieurs à l'intervention, ce qui limite la transférabilité et la confirmabilité. Pour finir, les patients recevaient le traitement du chercheur depuis différentes périodes. Certains n'avaient commencé que récemment et les résultats ne pouvaient pas être aussi importants que ceux qui recevaient un traitement depuis plusieurs mois. La courte durée de l'intervention peut également avoir influencé les résultats de l'étude.

### **7.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les études deux et quatre mettent en évidence dans leurs résultats le besoin de soutien et d'informations des proches concernant la maladie. Cette étude a mis en place des interventions infirmières afin d'y remédier. Malgré son année de publication peu récente (2011), l'étude est intéressante car elle porte une vision moderne de la famille, en accord avec notre société actuelle qui compte de plus en plus de familles recomposées. En effet,

l'échantillon est composé de membres de la famille proche mais inclut également les conjoints. La famille a une place importante dans la prise en charge du jeune. Il est donc judicieux de considérer l'entourage familial plus large. Bien que les résultats de cette étude soient significatifs, il est difficile d'envisager leur transférabilité au milieu helvétique en raison de la taille limitée de l'échantillon, l'absence d'un groupe témoin ainsi que le mode d'échantillonnage choisi.

Néanmoins, la proposition d'interventions de soutien et d'information sous forme de groupe est à prendre en compte par les professionnels de la santé. En Valais, l'hôpital de Malévoz propose un groupe parent-enfant, mis en place afin d'aider les parents à parler de leur maladie. En Suisse romande, l'association ABA (Association Boulimie Anorexie) offre la possibilité de venir pour quelques entretiens, des conseils par téléphone et mail, et des groupes de soutien pour les personnes atteintes de TCA et leurs proches sont également proposés. La coordination d'ABA en Valais est assurée par l'Association d'entraide psychiatrique (AVEP).

#### 7.4 Description de l'étude 4

McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 13(1), 67-73. doi : 10.1111/j.1447-0349.2004.00310.x

Cette étude, de nature qualitative descriptive, a été sélectionnée malgré son année de publication (2004) car elle propose une vision différente des autres études. Elle s'est intéressée aux expériences de parents d'enfants souffrant de TCA, et plus précisément des interactions entre les parents et les professionnels de la santé. La recherche a été menée en Australie par une équipe composée de quatre infirmières. Les participants ont été recrutés par choix raisonné à partir d'une publicité placée dans les bulletins de l'Eating Disorders Association of NSW, et par réseau en utilisant des contacts personnels des membres de l'équipe de recherche. Le critère d'inclusion était d'être parent d'un enfant qui souffrait ou avait souffert d'un TCA. Au total, 19 mères et trois pères ont été sélectionnés. Les entrevues ont été menées au domicile des participants. Il leur a été demandé de décrire leurs expériences en tant que parents par rapport aux professionnels de la santé. Les données de ces entrevues ont été transcrites, puis analysées. Six thèmes dominants ont été identifiés.

Les parents ont exprimé avoir eu une grande difficulté à trouver de l'aide et des informations concernant la maladie. Certains se sont sentis exclus, voir blâmés de la prise en soins de l'enfant. Plusieurs parents se sont rendus compte que des professionnels de la santé avaient des images stéréotypées des patients avec un TCA. Ces éléments sont intéressants pour répondre à la question de recherche, car en effet les professionnels de la santé devraient aider les parents à devenir des "agents de changement" au lieu de cont- rôler la situation et de garder le pouvoir.

#### **7.4.1 Validité méthodologique**

La crédibilité de l'étude est soutenue par l'enregistrement des entrevues sur bande sonore puis par transcription écrite. Les chercheurs ont codé individuellement chaque transcription écrite, puis les codes ont été mis en commun, discutés et comparés par tous les membres de l'équipe de recherche jusqu'à trouver un consensus. Cette triangulation des données, ainsi que l'insertion de verbatim, appuient la fiabilité et la confirmabilité de l'étude.

Les auteurs notent que la taille limitée de l'échantillon pourrait conduire à une non-représentativité de la population concernée. Le choix du type d'échantillonnage (par choix raisonné et par réseau) peut également faire douter de la transférabilité.

#### **7.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de l'étude ont montré que les parents rencontraient des difficultés à trouver de l'aide et des informations au sujet de la maladie auprès des professionnels de santé. Plusieurs parents se sont sentis exclus des prises en charge de leur enfant et ont souvent eu l'impression de ne pas être compris par les soignants. Les conclusions de la recherche encouragent le partenariat entre les professionnels et les parents et mettent en garde les soignants contre les stéréotypes concernant les TCA.

Comme expliqué dans la première étude, en Valais, le service de pédopsychiatrie propose une prise en charge systémique et accorde une importance particulière aux parents. De surcroît, l'Association ABA peut être proposée en soutien aux familles à côté de la thérapie. Les résultats qui émergent de cette étude sont à considérer par les soignants car ils montrent des réalités pas toujours évidentes à identifier dans les milieux hospitaliers. La transférabilité de cette étude en Suisse est mise en doute par l'échantillon limité à 21 participants et ayant été sélectionnés par choix raisonné.

## 7.5 Description de l'étude 5

King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x

Cette étude explore les points de vue et les expériences d'infirmières s'occupant d'adolescentes atteintes d'AM dans un service de pédiatrie. Cette recherche de nature qualitative phénoménologique a été menée par deux infirmières en Australie. L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné et par réseau dans un hôpital général public. Les participants devaient travailler dans un hôpital en soins généraux, ne pas avoir reçu de formation spécialisée en santé mentale et avoir pris en charge des adolescentes atteintes d'AM dans les 6 derniers mois. Cinq infirmières ont été interviewées. Les entrevues débutaient par une question ouverte qui demandait de décrire une prise en charge d'adolescentes atteintes d'AM. Les données ont été analysées selon la méthode Colaizzi et six thèmes sont ressortis.

L'étude suppose des connaissances insuffisantes des participantes, ce qui met en évidence l'importance de la formation continue, et amène donc un élément de réponse à la question de recherche.

### 7.5.1 Validité méthodologique

Différents éléments appuient la crédibilité de l'étude. Tout d'abord, la collecte des données s'est déroulée par des entrevues semi-structurées qui commençaient par une question ouverte, ce qui a permis l'expression plus libre des participants. Ensuite, les auteurs ont utilisé un processus nommé le « bracketing » afin de ne pas être influencés par leurs propres perceptions et préjugés. Cette méthode a également amélioré la fiabilité de l'étude. Pour finir, l'utilisation de la méthode Colaizzi (1978), spécifique à l'analyse des données phénoménologiques, soutient également la crédibilité ainsi que la confirmabilité, avec une dernière étape qui consiste à faire valider les résultats par les participants. L'insertion de verbatim appuie la fiabilité et la confirmabilité des conclusions.

Les auteurs ne décrivent pas de faiblesses à leur recherche. Il est néanmoins important de soulever que la taille limitée de l'échantillon pourrait conduire à un biais de sélection, et par conséquent ne pas être représentatif de la population concernée.



### 7.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de l'étude montrent que les infirmières utilisent leurs valeurs personnelles pour guider leur pratique professionnelle. Lorsqu'elles doivent prendre en charge des adolescentes avec une AM, leurs valeurs se muent en tristesse, frustration et colère, induites par les difficultés à entretenir une relation de confiance. Une notion de « nous contre elles » émerge parmi les infirmières et induit de la méfiance, provoquant un épuisement. Celui-ci fait prendre du recul aux infirmières, qui décident de moins s'investir dans la prise en charge. Pour finir, la conclusion souligne l'importance de former les infirmières en soins généraux sur les TCA, car certains comportements trompeurs ou manipulateurs en lien avec la pathologie peuvent induire une dégradation de la relation de soin et générer un sentiment de frustration chez le soignant.

Avec un échantillon de taille limitée (5) il aurait été intéressant que les auteurs utilisent le principe de saturation des données. Malgré que la qualité de l'étude soit soutenue par une fiabilité et une confirmabilité, la possibilité de transférabilité des résultats au contexte helvétique reste difficile.

### 7.6 Description de l'étude 6

Leppanen J., Adamson J. & Tchanturia K. (2018). Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa. *Psychiatry* 9:96. doi: 10.3389/fpsy.2018.00096

Cette étude s'intéresse à l'impact de la thérapie individuelle de remédiation cognitive (TRC) sur la neurocognition dans l'AM. Elle a été menée par une équipe de trois psychologues à Londres et présente un devis qualitatif phénoménologique. Entre 2011 et 2017, les chercheurs ont proposé à tous les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AM au service national des troubles de l'alimentation du South London and Maudsley NHS Foundation Trust de participer à l'étude. Au final, 145 femmes adultes diagnostiquées AM ont été sélectionnées par choix raisonné. Toutes les participantes ont suivi une TRC individuelle de huit à dix séances, en plus de leur traitement standard, dispensée par un psychologue formé spécifiquement dans cette thérapie. Divers outils ont été utilisés pour évaluer la neurocognition avant et après l'intervention afin de mesurer l'efficacité de la TRC.

Les résultats montrent des améliorations significatives et suggèrent que la TRC peut être une intervention efficace pour cibler les difficultés cognitives rencontrées dans l'AM. Bien

qu'elle soit non-disciplinaire, cette étude amène une piste de réflexion à la question de recherche : cette thérapie pourrait-elle être utilisée par les infirmières en complément d'un traitement standard ?

### **7.6.1 Validité méthodologique**

La crédibilité de cette étude est appuyée par l'utilisation d'un prétest pour l'analyse des données. L'utilisation de différents outils spécifiques afin d'évaluer la significativité de l'intervention ont été utilisés. La validité de cette étude est définie par une valeur P égale à 0.05. Un graphique en nuage permet une mise en évidence des résultats simplifiée. La fiabilité de l'étude est soutenue par un échantillon de base de taille correcte, collecté durant six ans. En revanche, le cadre hospitalier de l'intervention a induit un taux d'abandon de 60% car certains participants sont rentrés à domicile avant la fin de la recherche. Les chercheurs ont gardé uniquement les résultats des participants restés jusqu'à la fin de l'intervention, ce qui a réduit la taille de l'échantillon final.

Les auteurs notent, toutefois, quelques limites à leur recherche. D'abord, l'absence d'un groupe témoins limite la transférabilité et la confirmabilité de l'étude. Ensuite la probabilité que l'hypothèse alternative soit acceptée était fixée à cent pour cent, or ce taux inhabituellement élevé peut suggérer que d'autres facteurs que l'intervention aient eu un impact.

### **7.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de l'étude montrent une amélioration significative de la neurocognition après l'intervention de la TRC, qui serait donc une méthode efficace dans l'AM afin de cibler les difficultés cognitives, et pourrait être utilisée en complément du traitement de base. Dans le service pédopsychiatrique du Valais, la TRC ne fait pas partie des soins proposés par les infirmières.

L'application des résultats de cette étude au contexte suisse semble être envisageable. En effet, la taille et la qualité de l'échantillon, ainsi que l'utilisation d'un prétest pour vérifier la significativité des résultats, pourraient faciliter la transférabilité. Cependant, les chercheurs précisent que d'autres recherches telles que des essais contrôlés randomisés sont nécessaires afin de reproduire ces résultats dans les établissements de soins.

## **7.7 Synthèse des principaux résultats**

Dans le but de faciliter l'élaboration de liens avec la question de recherche, il est nécessaire de synthétiser les résultats des études analysées.

Toutes les études dans cette revue de la littérature s'accordent sur le fait que la famille doit être considérée comme une ressource dans la prise en charge du patient.

Trois études mettent en évidence la difficulté des parents à trouver des informations et du soutien concernant la maladie. Selon certains participants, être dirigés vers un groupe de soutien ou une association aurait été bénéfique, par exemple pour diminuer le sentiment d'isolement ou aider à gérer la culpabilité que certains éprouvent envers la maladie de leur enfant (McCormack et McCann, 2015). Une étude suggère que l'effet positif de l'amélioration des connaissances au sein de la famille peut, à son tour, avoir un effet positif sur l'attitude du patient face à la maladie (Gísladóttir et Svavarsdóttir, 2011). Certains parents rapportent s'être sentis exclus, voir blâmés de la prise en soin de leur enfant et également s'être rendus compte que des professionnels de la santé avaient des images stéréotypées des patients avec un TCA (McMaster et al., 2004).

Deux études s'intéressent aux points de vue des infirmières. La première met en évidence l'influence du cadre hospitalier sur le développement et la qualité de la relation thérapeutique (Zugai et al., 2018). La seconde s'intéresse aux infirmières travaillant en pédiatrie qui n'ont pas de formation spécialisée en TCA. L'étude suppose des connaissances insuffisantes et souligne l'importance de la formation spécifique (King et Turner, 2000).

Bien qu'elle soit non-disciplinaire, l'étude de Leppanen et al. (2018) amène une ouverture réflexive à la question de recherche en proposant d'utiliser la TRC en complément des traitements habituels. Les résultats montrent des améliorations significatives sur les difficultés cognitives rencontrées dans l'AM.

Tous ces éléments sont intéressants et pourraient être proposés dans le but d'optimiser les interventions infirmières. En effet, McMaster et al. (2004) relèvent que « Les professionnels de la santé devraient aider les parents à devenir des "agents de changement" au lieu de contrôler la situation et de garder le pouvoir. ».

## 8 Discussion

### 8.1 Discussion des résultats

Tout d'abord, il est primordial de souligner que les parents et la fratrie doivent être considérés comme une ressource dans la prise en charge. Bien qu'une évolution soit constatée depuis une vingtaine d'années (Criquillion et Doyen, 2016), il est encore possible de progresser. Par exemple, la place de la fratrie est très peu abordée dans les études sélectionnées. Rigaud (2003) appelle les frères et sœurs les « grands oubliés » des ouvrages sur l'AM. Cette place est souvent décrite comme inconfortable par la fratrie, et parfois seule une thérapie familiale peut les aider à comprendre leur rôle afin de favoriser la guérison. Le rôle d'un frère ou d'une sœur n'est pas de nourrir leur sœur malade, mais de l'aider à relativiser l'importance attachée à la nourriture, ne pas chercher à éviter le sujet, ne pas juger et prendre ses distances si la situation devient trop difficile (Rigaud, 2003).

De plus, trois études mettent en évidence la difficulté à accéder aux informations et à trouver du soutien auprès des soignants. Il serait bénéfique d'être plus attentif aux besoins des parents et de la fratrie, autant pour la famille que pour le patient. Dans leur étude, Gísladóttir et Svavarsdóttir (2011) suggèrent que l'effet positif de l'apport de connaissances et de soutien aux familles peut, à son tour, avoir un effet positif sur l'attitude du patient face à la maladie. Cette proposition est en accord avec la démarche de soin systémique selon le modèle de Calgary qui propose une prise en charge globale de la famille. Ce modèle permet une vision plutôt rapide et complète de la composition et du mode de fonctionnement de la famille.

Les infirmières qui s'occupent d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale dans les services spécialisés sont idéalement placées afin de répondre aux besoins des familles, car elles sont au centre des soins et interviennent auprès de la patiente, des médecins et des autres professionnels de la santé. En s'inquiétant des préoccupations personnelles en lien avec la pathologie, et en orientant les parents vers des institutions ou associations qui pourront répondre au mieux à leurs besoins, la prise en charge infirmière de la famille pourrait-être optimisée.

Enfin, une réflexion concernant la formation des infirmières est nécessaire. Dans le cadre de l'étude de King et Turner (2000), qui s'est intéressée aux infirmières travaillant en pédiatrie sans formation spécialisée en TCA, les auteurs supposent des connaissances insuffisantes et soulignent l'importance de la formation. Il est essentiel d'avoir des

infirmières formées spécifiquement dans les TCA afin d'assurer la meilleure prise en charge possible. Mais il est également important de les former à l'enseignement afin qu'elles puissent, à leur tour, former des parents. Les propositions de formations seront abordées dans la conclusion. Cependant, le modèle d'analyse familiale selon Calgary, ainsi que ses deux outils (le génogramme et l'écocarte), ne nécessitent pas de formation particulière et sont à la portée des infirmières.

Bien que la question de recherche s'intéresse aux interventions infirmières ciblées sur la famille, une étude sélectionnée montre également des résultats intéressants pour la prise en charge individuelle. Une étude de Zugai et al., (2017) soulève la particularité de la difficulté à entrer et à maintenir une relation thérapeutique avec les patientes atteintes d'AM.

Holzer (2014) propose différentes méthodes dans son ouvrage afin de favoriser l'alliance thérapeutique avec les adolescents mais également avec les parents. Comme soulèvent King et Turner (2000) dans leur étude, prendre en charge des adolescentes malades, c'est d'abord prendre en charge des adolescentes. Durant cette période, l'opposition aux parents et aux adultes de façon générale est fréquente (Holzer, 2014). Bordin (1994) propose de commencer par la création d'un climat de confiance, puis de créer un lien sécurisant et plaisant puis d'établir une collaboration pour les objectifs à atteindre. La méthode des 4R : « Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer » de Cungi (2004) est un outil qui permet de définir des objectifs de manière collaborative. L'utilisation des techniques d'entretien motivationnel, comme l'empathie et l'encouragement de l'estime de soi, poursuit également le but d'une collaboration active du patient (Holzer, 2014). Afin d'établir la communication autour des problèmes que rencontre l'adolescente, le modèle de Prochaska et DiClemente (1982) sur les stades de changement (Figure 5) peut s'avérer être un outil utile aux infirmières.

Dans le but de favoriser l'alliance thérapeutique avec les parents, un entretien préliminaire seulement avec eux est indispensable, afin qu'ils puissent s'exprimer sur leurs craintes et leurs attentes face à l'hospitalisation. Ce premier entretien permet de récolter des informations et d'introduire une collaboration. La méthode des 4R est en général suffisante pour le maintien d'une collaboration active (Holez, 2014).

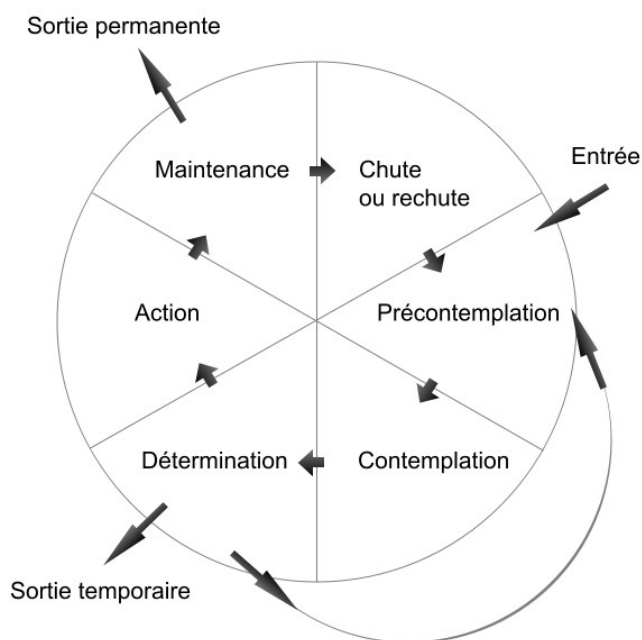


Figure 5. Modèle de Prochaska et DiClemente. Tiré de <https://intervenir-addictions.fr>, 2018

Une deuxième étude sélectionnée montre également des résultats intéressants pour la prise en charge individuelle, malgré que la question de recherche s'intéresse aux interventions infirmières ciblées sur la famille. L'étude de Leppanen, Adamson et Tchsnturia (2018) propose d'utiliser la TRC comme thérapie complémentaire aux traitements habituels. L'action limitée de la médication sur les troubles cognitifs fait de la TRC un outil intéressant. Les résultats de l'étude montrent des améliorations significatives sur les difficultés cognitives rencontrées dans l'AM. Un email (Annexe V) a été envoyé à Monsieur Pascal Vianin, auteur du programme RECOS, afin de lui demander son avis sur l'utilisation de cette méthode aux TCA. Sa réponse n'est pas encore parvenue.

De façon plus générale, une revue systématique de la littérature (Zeeck et al., 2018) a évalué les différentes approches des psychothérapies utilisées dans l'anorexie mentale, pour comparer leur efficacité selon l'âge (adolescents vs adultes) et le lieu de prise en charge (hospitalier vs ambulatoire). En se basant sur la prise de poids pour évaluer leur efficacité, les psychothérapies pratiquées sur des adolescent(e)s lors de l'hospitalisation ont obtenu les meilleurs résultats.

## **8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Une grande partie des études sélectionnées ont un devis de type qualitatif. Bien que la transférabilité ne soit pas le but principal de ce type de devis, certaines recherches présentent des éléments pertinents pour la généralisation des résultats.

L'étude de Zugai et al., (2017) utilise la triangulation environnementale lors de la collecte des données, afin de réduire le risque de surreprésentation des résultats. Cette même étude a déterminé la taille de son échantillon par la saturation des données. King et Turner (2000) utilisent le processus du « bracketing » afin de ne pas être influencées par leurs propres perceptions et préjugés. Cette dernière étude soutient également sa transférabilité par l'utilisation de la méthode Colaizzi (1978), qui comporte une dernière étape consistant à faire valider les résultats par les participants. Lors de l'analyse des données, l'étude de Glisladóttir et Svavarsdóttir (2011), ainsi que celle de Leppanen, Adamson et Tchanturia (2018), ont utilisé le prétest, ce qui appuie la représentativité des résultats.

Néanmoins, quatre études (McCann et McCormack, 2015 ; Glisladóttir et Svavarsdóttir, 2011 ; McMaster et al., 2004 ; King et Turner, 2000) ont utilisé un échantillonnage par choix raisonné et ont obtenu un échantillon de taille limitée, ce qui peut faire douter de la transférabilité et par conséquent suspecter un échantillon non-représentatif. De plus, deux études (Glisladóttir et Svavarsdóttir, 2011) ont soulevé que l'absence d'un groupe témoin limite la transférabilité et la confirmabilité de leurs études.

La généralisation de ces études est également limitée par leurs origines. Aucune ne vient de Suisse. Cependant, les résultats de l'étude de Leppanen et al. (2018), concernant la TRC, pourraient éventuellement être considérés dans la pratique en Valais, car elle ne fait pas partie des soins proposés par les infirmières. Un email a été envoyé à la clinique de Belmont ainsi qu'aux HUG (Annexe V), leur demandant si leur établissement utilise la TRC dans les interventions infirmières des TCA. Leurs réponses ne sont pas encore parvenues.

## **8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Cette revue de la littérature se base sur des études plutôt récentes. Plus de la moitié des articles sont datés d'après 2011. Deux sont datés de 2017 et 2018. Deux sont plus anciens (2004, 2000). Cinq études sont disciplinaires et une est tirée de la science médicale, qui amène une vision plus élargie de la question de recherche. Les trois types de devis différents ont été utilisés pour cette revue. Les articles ont été traduits librement de l'anglais au français avec l'aide de l'outil en ligne DeepL.

Afin de respecter les directives imposées, certains critères ont réduit le choix des études trouvées sur les différentes bases de données. La sélection des articles en « PDF Full Text » a également réduit le nombre d'études. L'échantillon choisi pour cette revue de la littérature (familles, adolescentes atteintes d'AM, infirmières) est en majeure partie respecté, hormis une étude qui inclut les patients adultes. Cependant, les études traitent plus particulièrement de l'expérience des parents, plutôt que celle de la famille en générale.

Bien que dans la majorité des études, les auteurs expliquent que la transférabilité serait difficilement réalisable en raison d'un échantillon trop petit, une grande partie des résultats permettent directement ou indirectement de répondre à la question de recherche.

Pour terminer, l'échantillon des six études a été prélevé dans des régions géographiquement éloignées de la Suisse (Australie, Angleterre, Irlande, Islande). Ainsi, bien que la maladie en elle-même ne varie peut-être pas d'un pays à l'autre, la prise en charge est différente. D'ailleurs, plusieurs propositions pour la pratique suggérées dans les résultats sont déjà appliquées en Valais, dans le service pédopsychiatrique de Sierre.



## **9 Conclusion**

Cette revue de la littérature a permis de soulever certaines difficultés rencontrées par les parents et les proches, mais également par les professionnels de santé, lors de la prise en charge d'une adolescente atteinte de TCA et plus précisément d'AM. Cette dernière partie propose donc quelques pistes d'amélioration au niveau des interventions infirmières.

### **9.1 Propositions pour la pratique**

Premièrement, l'analyse des articles met en évidence qu'il serait judicieux d'améliorer l'accès aux informations concernant la maladie ainsi que le soutien aux parents. Certains parents relèvent s'être senti exclus, culpabilisés et incompris par les soignants. D'autres parents ont eu l'impression que des professionnels de santé avaient des stéréotypes concernant les TCA. Plusieurs parents ont exprimé le souhait d'avoir des séances individuelles avec le médecin ou les infirmières afin de discuter de l'évolution de la prise en charge. Être orienté vers un groupe de soutien par les professionnels aurait été bénéfique selon les parents d'une autre étude analysée.

En Suisse, la prise en charge hospitalière des TCA se déroule habituellement dans des services spécialisés. Pour le Valais, la prise en charge se fait de façon systémique en accordant une importance particulière aux parents. Un personnel médico-infirmier expérimenté est à leur disposition. Des entretiens sont programmés régulièrement avec les parents pour leur permettre de suivre le déroulement du traitement, de poser leurs questions et de faire part de leurs inquiétudes. Le numéro de téléphone du service leur est communiqué au début de l'hospitalisation, afin de pouvoir joindre les infirmières s'ils en éprouvent le besoin. De par ces éléments, l'accès aux informations concernant la maladie semble plutôt complet.

Cependant, une amélioration concernant le soutien extra-hospitalier pourrait éventuellement être mise en place. Par exemple en présentant l'association « ABA », qui propose un soutien pour les proches ainsi que pour la personne atteinte de TCA. Ce type de soutien pourrait être également envisageable lors du retour à domicile de l'adolescente. Car comme le soulève une des études analysées, les parents peuvent se sentir désemparés lorsque leur enfant rentre à la maison après l'hospitalisation. Un entretien téléphonique avec une psychologue membre de l'ABA a permis de poser la question concernant la sollicitation des institutions de Suisse romande pour leurs services. L'association explique qu'une collaboration est en place avec quelques institutions, avec lesquelles ils ont des échanges réguliers, notamment l'envoi de

brochures expliquant leurs prestations ainsi que les nouveautés qui sortent, comme des ateliers, des livres (l'ABA publie annuellement son propre magazine) ou des nouveaux projets. La difficulté, selon la psychologue, est justement de garder un contact régulier, car souvent le lien n'est établi qu'avec un seul soignant et en cas de changement de poste ou de service, le lien se défait. Les brochures présentant les prestations de l'ABA pourraient être intéressantes pour les proches.

Pour finir, une des études choisies propose l'utilisation de la TRC pour travailler sur les troubles cognitifs spécifiques à l'AM. Cette méthode n'est pas utilisée dans la prise en charge infirmière du service de pédopsychiatrie du Valais. Les propositions de formation pour cette intervention thérapeutique sont présentées dans la prochaine sous-section.

## **9.2 Propositions pour la formation**

Pour les services hospitaliers spécialisés, mais surtout pour les non-spécialisés, il serait judicieux de proposer des formations spécifiques aux infirmières.

A la HES-SO en soins infirmiers de Sion, les TCA sont brièvement abordés dans les deux modules de santé mentale. Le CHUV propose des colloques de formation continue, une fois par semaine, destinés à l'ensemble des professionnels intéressés et concernés par la santé des adolescents. L'université de Lausanne a mis en place une formation de quatre jours, qui s'adresse à tous les professionnels en contact avec les patients souffrant de TCA. En Suisse romande, l'existence d'un CAS (Certificate of Advanced Studies\*) ou d'un DAS (Diploma of Advanced Studies\*) spécifique aux troubles des conduites alimentaires n'a pas été trouvée. Cependant, le CAS interprofessionnel en addictions comporte un module sur l'entretien motivationnel qui pourrait être intéressant aussi bien en ce qui concerne les patientes AM que leurs proches.

De plus, des formations continues sur l'enseignement thérapeutique et les moyens de communication seraient enrichissantes afin d'aider les parents à améliorer leurs connaissances sur la maladie. D'ailleurs, un CAS en psychologie de la santé, disponible dans les universités de Lausanne, Fribourg et Genève, propose le développement de connaissances en communication, conseil et suivi psychosocial.

De surcroît, faire connaître aux professionnels de santé des associations comme « l'ABA » serait bénéfique afin qu'ils puissent, à leur tour, la présenter aux parents. D'ailleurs, cette association intervient sur sollicitation des institutions de Suisse romande, afin d'organiser des rencontres, conférences ou formations pour les professionnels.

Un des articles sélectionnés (Leppanen et al., 2018) démontre des résultats significatifs sur la TRC. Selon l'étude, l'utilisation de cette intervention se révélerait être efficace dans la prise en charge des troubles cognitifs liés à l'anorexie mentale. L'université de Lausanne propose la formation RECOS, sur 3 jours, qui porte sur la remédiation cognitive mais spécialement pour la schizophrénie ou les troubles associés de type dépression, personnalité schizotypique ou troubles bipolaires. A l'université de Genève, il existe également un CAS en stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique, ouvert à tous les professionnels de santé en possession d'un titre universitaire ou d'une autre école spécialisée en santé ou en social, ainsi qu'un DAS en psychothérapie cognitivo-comportementale qui est réservé aux médecins et psychologues.

### **9.3 Propositions pour la recherche**

Tout d'abord, l'approfondissement du sujet serait intéressant en raison du niveau de preuve peu élevé des articles sélectionnés dans cette revue de la littérature. Par exemple, en considérant un nombre d'études supérieur afin d'augmenter la taille de l'échantillon et de pouvoir soutenir une meilleure transférabilité. De plus, l'utilisation de méta-synthèses, méta-analyses ainsi que des revues systématiques de la littérature apporteraient de la valeur à une nouvelle étude.

Par ailleurs, une étude quantitative comprenant un échantillon randomisé plus large, et portant sur l'efficacité de certaines interventions infirmières centrées sur la famille pourrait éventuellement permettre aux professionnels de la santé de s'appuyer sur des bases solides pour leurs interventions.

Pour conclure, en raison du nombre restreint d'études portant sur les expériences de la fratrie des adolescentes atteintes d'AM, il pourrait être pertinent de mener une étude qualitative ciblée sur ce sujet afin d'optimiser davantage la prise en charge familiale.

## 10 Références bibliographiques

Alvin, P. (2007). *Anorexies et boulimies à l'adolescence* 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Doin éditeurs.

Association Autrement. (2009). *Thérapie comportementale et cognitive*. Accès <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-315-therapie-comportementale-et-cognitive.htm>

Association Boulimie Anorexie (ABA). (2010). Accès <https://www.boulimie-anorexie.ch>

Auberjonois, K., Alberque, C. (2010). *Rev Med Suisse* volume 6. *Traitement de l'anorexie mentale en institution : apport de la thérapie familiale*. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-263/Traitement-de-l-anorexie-mentale-en-institution-apport-de-la-therapie-familiale>

Bee, H., Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie*, 4<sup>ème</sup> édition. Montréal : Editions ERPI.

Braconnier, A., Marcelli, D. (2013). *Adolescence et psychopathologie*, 8<sup>ème</sup> édition. France : Elsevier Masson.

Bradley, M-F., Pauzé, R. (2008). *Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence*, *Thérapie Familiale* (Vol. 29), p. 335-353.

Carraz, J. (2009). *Anorexie et boulimie : approche dialectique*. France : Elsevier Masson.

Chabrol, H. (2013). *L'anorexie mentale de l'adolescente*, *Développements* n° 14, p.29-38. Paris : De Boeck Supérieur.

Chabrol, H., Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping* 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Edition Dunod.

Chapelle, F., Monié, B., Poinot, R., Rusinek, S., Willard, M. (2011). *L'aide mémoire des thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Edition Dunod.

- Chelali, S. (2010). *Les outils d'évaluation des troubles du comportement alimentaire*. France : Edition Paf.
- CHUV. (2018). Formation. *Formation continue*. Accès [http://www.chuv.ch/disa/disa\\_home/disa-formation/disa-formation-continue.htm](http://www.chuv.ch/disa/disa_home/disa-formation/disa-formation-continue.htm)
- Cooper M, Turner H. (2000). *Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting*. Br J Clin Psychol. 39 (Pt 2) : 215-8.
- Criquillion S., Doyen C. (2016). *Anorexie, boulimie : nouveaux concepts, nouvelles approches*. France : Editions Lavoisier.
- Crocq M-A, Guelfi J-D. (2015). *American psychiatric association, DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers* (3<sup>e</sup> éd.). Québec : Editions de la Chenelière.
- Fordd. (2018). *Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances*. Accès <http://www.fordd.ch>
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* 2<sup>ème</sup> édition. Canada : Chenelière éducation.
- Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(2), 122-130. doi : 10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x
- Giusti, V., Gebhard, S. (2011). *Anorexie : évaluation et prise en charge somatiques*. Rev Med Suisse volume 7, p.711-714. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-288/Anorexie-evaluation-et-prise-en-charge-somatiques>

- Haute Autorité de Santé. (2010.) Recommandation de bonne pratique. *Anorexie mentale : prise en charge*. Accès [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
- Hervais, C. (2015). *Boulimie Anorexie. Guide de survie pour vous et vos proches*. Paris : InterEditions.
- Holzer, L. (2014). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Une approche basée sur les preuves*. France : Edition de Boeck-Solal.
- King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x.
- Larousse. (S.d.). Encyclopédie en ligne : *Recherche médicale*. Accès [http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/recherche\\_medicale/15770](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/recherche_medicale/15770)
- Le Naour, R. (2008). La question de l'identité et du narcissisme à l'adolescence. *L'information psychiatrique*, volume 84,(2), p.149-154.
- Léonard, T. (2007). *Thérapie comportementale et cognitives de l'anorexie mentale*. Paris, Elsevier. Accès <http://www.em-consulte.com/en/article/152237>
- Leppanen J., Adamson J. & Tchanturia K. (2018). Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa. *Psychiatry* 9:96. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00096.
- Lhuillier, P. (2016). *Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)*. Accès [http://www.eveil-formation.com/IMG/pdf/les\\_tcc.pdf](http://www.eveil-formation.com/IMG/pdf/les_tcc.pdf)
- Lyon-Pagès, I., Carrard, I., Gebhard, S., Stiefel, F. (2007). Rev Med Suisse volume 3. *Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ?* Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-98/32046>

- Marieb, E., H, K. (2015). Anatomie et physiologie humaines. Québec : Pearson.
- McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143-147. doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003.
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 13(1), 67-73.
- Nasio, J.-D. (2004). *Le Discours de l'Adolescent : une contribution au concept d'adolescence*, *Figures de la psychanalyse* (9), p. 67-79.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). (2017). *Santé humaine : Troubles alimentaires*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/menschgesundheitskoerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/essstoerungen.html>
- Office Fédérale de la Statistique (OFS) (2009). *Résultats de la statistique médicale 2009 : Les hospitalisations à l'adolescence*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/recherche.html#anorexie%20mentale>
- Orientation.ch. (2018). *Titres de formation continue MAS, DAS, CAS*. Accès <https://www.orientation.ch/dyn/show/9686>
- Perroud, A. (2003). *Faire face à l'anorexie, une démarche pour guérir*. France : Editions Retz.
- Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU). (S.d.). *Troubles mentaux : Troubles du comportement alimentaire*. Accès [http://www.pmu-lausanne.ch/43\\_troubles\\_du\\_comportement\\_alimentaire.pdf](http://www.pmu-lausanne.ch/43_troubles_du_comportement_alimentaire.pdf)
- Rafat, A. (2012). *L'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience chez des jeunes filles anorexiques*. Thèse de psychologie. Université Paul Valéry – Montpellier.

Rigaud, D. (2003). *Anorexie, boulimie et compulsions*. Les troubles du comportement alimentaire. Belgique : Edition Marabout.

Université de Genève. (2017). *Centre pour la formation continue et à distance*. Accès <https://www.unige.ch/formcont/files/4315/0056/7123/TCC-17.pdf>

Wright, L., Leahey, M. (2013). *Nurses and Families : A guide to family assesement and intervention* (6<sup>e</sup> éd.). Philadelphie, PA : FA. Davies.

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H-C., Brockmeyer, T., Resmark, G, Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S., Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, vol.9, 158. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00158.

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal Of Advanced Nursing*, 74 (2), 443-453. doi:10.1111/jan.1341.



## 11 Annexes

### 11.1 I. Tableaux de recension

**Etude 1 :** Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2017). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal Of Advanced Nursing*, 74(2), 443-453. doi:10.1111/jan.13410

|  |  |   |  |  |  |   |
|--|--|---|--|--|--|---|
| <p><b>Type d'étude ou devis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitative descriptive</li> <li>- Qualitative exploratoire</li> </ul> <p><b>Paradigme:</b></p> <p>Mixte</p> <p><b>Niveau de preuve:</b></p> <p>Niveau IV</p> | <p><b>Echantillon:</b></p> <p>Phase I : 65 infirmières et 63 patients ont répondu aux enquêtes.</p> <p>Phase II : 20 infirmières et 34 patients ont participé.</p> <p><b>Echantillonnage:</b></p> <p>Par choix raisonné en phase I et par choix raisonné et en réseau pour la phase II. Ils ont été recrutés dans 6 services de 5 hôpitaux différents (3 publics et 2 privés).</p> <p><b>Critères d'inclusion: Patients</b></p> <p>Être âgé de plus de 12 ans et avoir été traité pour l'AM dans un milieu hospitalier, dans l'un des services participant à l'étude.</p> <p><i>Infirmières</i></p> <p>Avoir travaillé dans un service spécialisé pour le traitement de l'AM, tous niveaux hiérarchiques et d'expérience acceptés.</p> | <p><b>But:</b></p> <p>Comprendre le contexte d'hospitalisation qui traite l'AM et ses implications dans l'alliance thérapeutique entre infirmières et patients.</p> <p><b>Questions de recherche:</b></p> <p>Non-formulées par les auteurs.</p> <p><i>Quel est le contexte du milieu hospitalier qui traite l'AM ?</i></p> <p><i>Quelles sont les implications de ce contexte dans l'alliance thérapeutique entre infirmières et patients ?</i></p> | <p><b>Concepts, cadre de référence, cadre théorique</b></p> <p>Pratique infirmière</p> <p>Alliance thérapeutique</p> <p>Anorexie mentale</p> <p>Milieu hospitalier</p> | <p><b>Méthode de collecte des données:</b></p> <p>Elle a été faite entre mai 2014 et février 2015.</p> <p><b>Phase I :</b> Les participants ont dû répondre à des questionnaires. 5 échelles différentes ont été utilisées. La terminologie de certains outils a été légèrement modifiée avec la permission des auteurs.</p> <p><b>I-TAS :</b> pour les patients, évalue la qualité de l'alliance thérapeutique.</p> <p><b>CAT :</b> pour les patients, évalue la satisfaction des soins.</p> <p><b>EDE-Q :</b> mesure la sévérité des cognitions et comportements liés à l'AM.</p> <p><b>ATAMHS-33 :</b> échelle de mesure des attitudes infirmières en santé mentale utilisée par les infirmières.</p> <p><b>EssenCES :</b> seul instrument commun aux infirmières et aux patients, permet de mesurer la qualité du climat hospitalier.</p> <p><b>Phase II :</b> s'est déroulée sous forme d'entrevues semi-structurées avec les patients et les infirmières.</p> <p><b>Ethique:</b></p> <p>Toute participation était volontaire. L'approbation éthique a été obtenue auprès d'un comité principal d'éthique de la recherche sur les humains (HREC).</p> | <p><b>Méthode d'analyse:</b></p> <p>Les données qualitatives ont été rentrées dans le logiciel de statistiques pour l'analyse. Une analyse thématique a été entreprise pour la phase II. Un codage basé sur des thèmes issus de recherches antérieures a été utilisé pour l'analyse déductive. L'analyse inductive a nécessité l'introduction de thèmes supplémentaires qui ont été soulignés ou qui revenaient fréquemment dans les entretiens de la phase I.</p> <p><b>Logiciel statistique:</b></p> <p>Logiciel de statistique SPSS version 22.0 (IBM, 2013).</p> | <p><b>Résultats:</b></p> <p><b>AM : sabotage pathologique :</b> les patients et infirmières de cette étude ont attribué la mauvaise qualité de l'alliance à la maladie. Les soins sont parfois perçus comme punitifs et disciplinaires par les patients. Les infirmières sont démoralisées de voir leurs soins ainsi perçus ainsi et éprouvent de la difficulté à faire confiance aux patients car ils remettent en cause leur pratique, et cela crée un sentiment de frustration causé par l'incertitude de leur pratique.</p> <p><b>Proximité des soins :</b> Les soins prodigués par les infirmières sont souvent d'une grande proximité physique, ce qui favorise les interactions. Les longues hospitalisations, fréquentes pour ce trouble, favorisent le développement de relations thérapeutiques efficaces.</p> <p><b>Sentiment de sécurité :</b> les patients rapportent que les relations positives avec les infirmières les ont aidé à se sentir plus en sécurité et plus à l'aise dans le milieu hospitalier.</p> <p><b>Faible satisfaction des soins :</b> elle a été attribuée au manque d'intimité du cadre hospitalier qui empêchait les patients de partager des éléments personnels.</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>Cette étude relève que l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient atteint d'AM peut être influencée par des facteurs contextuels.</p> <p><b>Limites de l'étude:</b></p> <p>La petite taille de l'échantillon de la phase I et l'auto-sélection des participants pour cette étude ont pu conduire à une surreprésentation de l'échantillon.</p> <p><b>Forces de l'étude:</b></p> <p>Triangulation des données, triangulation méthodologique et triangulation environnementale.</p> |
|--|--|---|--|--|--|---|

**Etude 2 :** McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143-147. doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003

|  |  |  |   |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|---|
| <p><b>Type d'étude ou devis:</b></p> <p>Qualitative descriptive</p> <p><b>Paradigme:</b></p> <p>Naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve:</b></p> <p>Niveau IV</p> | <p><b>Echantillon:</b></p> <p>10 parents : 7 mères et 3 pères qui venaient de communautés rurales et urbaines.</p> <p><b>Echantillonnage:</b></p> <p>Par choix raisonné. Parents recrutés dans une clinique ambulatoire en Irlande.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b></p> <p>Parents d'adolescents diagnostiqués AM qui devaient être en consultation ambulatoire lors du recrutement.</p> | <p><b>But:</b></p> <p>Etudier les expériences subjectives des parents qui s'occupent d'adolescents diagnostiqués AM.</p> <p><b>Question de recherche:</b></p> <p>Non-formulée par les auteurs.</p> <p><i>Quelle est l'expérience des parents ayant un(e) adolescent(e) atteint(e) d'AM ?</i></p> | <p><b>Concepts, cadre de référence, cadre théorique</b></p> <p>Expérience des parents</p> <p>Anorexie mentale</p> | <p><b>Méthode de collecte des données:</b></p> <p>Entrevues semi-structurées individuelles pour explorer les expériences subjectives des parents. Elles se sont déroulées dans un espace privé de la clinique.</p> <p><b>Ethique:</b></p> <p>Approbation accordée par le comité d'éthique universitaire et le comité d'éthique de l'hôpital concerné. Le consentement éclairé a été signé des parents et des adolescents. L'anonymat était garanti.</p> | <p><b>Méthode d'analyse:</b></p> <p>Les données des entrevues ont été transcrites textuellement. Un guide de codage a été utilisé pour analyser les transcriptions de nouveaux concepts ou de thèmes émergents. Quatre thèmes clés ont émergé de l'analyse des données et sont présentés dans les résultats.</p> <p>Les données ont été examinées pour déterminer leur signification. Les transcriptions codées et le guide de codage ont été évalués par un chercheur expérimenté, ce qui a augmenté la fiabilité des résultats de l'étude.</p> <p><b>Logiciel statistique:</b></p> <p>Le logiciel NVivo 9 a été utilisé pour l'analyse des données.</p> | <p><b>Résultats :</b></p> <p><b>L'environnement familial :</b> Tous les aspects de la vie familiale sont affectés par l'AM. La communication devient problématique avec une augmentation des disputes. Certains parents ont estimé qu'il était mieux de cacher la maladie pour éviter que ce soit mal compris ou accepté par d'autres. En «cachant» la maladie aux jeunes frères et sœurs, certains parents ont estimé qu'ils les protégeraient ainsi contre l'anxiété et la détresse. Tous les parents ont exprimé leur culpabilité de ne pas avoir identifié les signes plus tôt. Ils ont attribué ce manque de reconnaissance à leur absence de connaissances concernant la pathologie.</p> <p><b>L'impact psychosocial sur les parents:</b> de nombreux aspects de la vie (financiers, personnels et parentaux) étaient directement affectés par la maladie. Des frustrations liées aux repas sont ressorties de la part des parents (annuler des repas en famille, ne plus sortir au restaurant). Les participants soulèvent que «quel que soit le coût des soins» ou les sacrifices personnels qu'ils devaient faire, les soins de l'adolescent étaient toujours la priorité. Les parents qui avaient suivi un régime dans le passé ont ressenti «une certaine responsabilité» à l'égard de l'apparition de la maladie. Plusieurs parents se sont inquiétés de l'avenir de leur enfant, en rapport avec les carences et le développement physique. Faire face aux conséquences de la maladie entraîne souvent un sentiment d'épuisement psychologique.</p> <p><b>Expérience des soins</b></p> <p>Malgré certains commentaires positifs sur la qualité des soins qu'ils ont reçu (non-jugement, soutien), les parents estimaient avoir besoin de plus d'informations sur la maladie de la part des professionnels. Un nombre important de parents a estimé qu'un groupe de soutien serait bénéfique. Les parents voulaient avoir plus de séances d'informations professionnelles, telles que des séances individuelles avec le thérapeute ou un membre de l'équipe multidisciplinaire, pour discuter du pronostic de l'adolescent.</p> <p><b>Espoirs futurs et aspirations</b></p> <p>Les parents ont également indiqué qu'ils étaient en mesure de reconnaître l'un des aspects fondamentaux du processus de rétablissement : l'espoir. De plus, tous les participants ont perçu que les modèles de communication au sein de la famille s'étaient améliorés après avoir vécu cette expérience.</p> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>Cette étude démontre l'importance de considérer les parents comme une ressource intégrale dans les approches de planification et de traitement des soins. Les résultats de l'étude attestent que les parents ont un réel besoin de soutien et de connaissances supplémentaires spécifiques aux TCA.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>En raison de la petite taille de l'échantillon, elle ne peut pas être généralisée aux expériences de tous les parents, dans des situations similaires.</p> |
|--|--|--|---|---|---|---|

**Etude 3** : Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(2), 122-130. doi : 10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x

|  |   |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|--|---|---|
| <p><b>Type d'étude ou devis:</b></p> <p>Quantitative</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Positiviste</p> <p><b>Niveau de preuve:</b></p> <p>Niveau IV</p> | <p><b>Echantillon:</b></p> <p>Famille :10 parents (mères et pères), deux frères et sœurs (de plus de 18 ans) et trois partenaires.</p> <p>Patients avec des TCA : 14 femmes de 15 à 31 ans (âge moyen : 21 ans). 57% souffraient de boulimie, 19% d'anorexie mentale et 10% d'un trouble de l'alimentation non spécifié.</p> <p><b>Echantillonnage:</b></p> <p>Par choix raisonné et par réseau. Les chercheurs ont demandé aux personnes qui suivaient un traitement si elles pouvaient inviter des parents, des partenaires ou des frères et sœurs de plus de 18 ans.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b></p> <p>Membres de la famille de personnes souffrant de troubles de l'alimentation qui recevaient un traitement dans une clinique psychiatrique ambulatoire du Landspítali University Hospital (LUH) en Islande.</p> | <p><b>But:</b></p> <p>Développer et tester une intervention éducative et de soutien en soins infirmiers pour les familles avec un membre atteint de TCA.</p> <p><b>Question de recherche:</b></p> <p>Non-formulée par les auteurs :</p> <p><i>Quelle est votre satisfaction en ce qui concerne l'intervention éducative et l'intervention de soutien ?</i></p> | <p><b>Concepts, cadre de référence, cadre théorique</b></p> <p>Le modèle d'intervention familiale de Calgary (CFIM) (Wright et Leahey 2009).</p> <p>Anorexie mentale.</p> <p>Famille.</p> <p>Interventions infirmières.</p> | <p><b>Méthode de collecte des données:</b></p> <p>Une intervention éducative et de soutien, composée de quatre séances de groupe, a eu lieu chaque semaine, durant 3 semaines. Les participants ont été divisés en 3 groupes et invités à remplir trois questionnaires développés spécialement pour les membres de la famille d'un patient souffrant d'un TCA, (avant et après les interventions éducatives et de soutien).</p> <p><b>Le questionnaire LEE :</b> mesure les réactions émotionnelles exprimées.</p> <p><b>Le questionnaire familial (FQ) :</b> contient 2 sous-item: la critique et l'hyper-implication émotionnelle dans la vie d'un individu souffrant d'un TCA.</p> <p><b>L'échelle ABOS :</b> évalue les symptômes spécifiques des TCA. Il mesure trois sous-items: (1) le comportement alimentaire : le poids, la nourriture, et le déni du problème ; (2) le comportement de type boulimique; et en (3) l'hyperactivité.</p> <p><b>Ethique:</b></p> <p>Permission obtenue auprès du comité d'éthique et des directeurs de la médecine et des soins infirmiers du LUH. Tous les participants ont signé un consentement éclairé avant le début de la session.</p> | <p><b>Méthode d'analyse:</b></p> <p>Les données ont été analysées par un statisticien à l'Institut des sciences sociales de l'Université d'Islande. Un test T apparié a été utilisé pour le traitement des données : l'évaluation des mêmes individus a été répétée avant et après les interventions éducatives et de soutien, afin de déterminer si une différence significative s'était produite dans les résultats des 3 questionnaires. Le seuil a été fixé à P = 0,05 pour l'évaluation de la signification statistique des calculs. Une analyse descriptive a été utilisée pour les questionnaires de satisfaction et les données de base.</p> <p><b>Logiciel statistique:</b></p> <p>Le programme statistique SPSS a été utilisé pour l'analyse des résultats.</p> | <p><b>Résultats:</b></p> <p>Amélioration significative de la compréhension des membres de la famille. Il est fort probable que ce soit l'intervention éducative qui ait été la plus efficace pour influencer la compréhension.</p> <p><b>Questionnaire de satisfaction des membres de la famille sur la formation reçue et l'intervention de soutien:</b></p> <p>90% des membres de la famille ont décrit la composante éducative comme étant facile à comprendre et 95% des membres de la famille ont décrit l'intervention de soutien et la discussion pendant les séances comme « utile » ou « très utile ».</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>L'étude met en évidence que les membres de la famille veulent aider le patient mais ont souvent besoin d'aide eux-mêmes. Il est donc important d'améliorer leurs connaissances, car l'effet positif sur les membres de la famille peut, à son tour, avoir un effet positif sur l'attitude du patient face à la maladie.</p> <p><b>Limites de l'étude:</b></p> <p>Taille limitée de l'échantillon, type d'échantillonnage choisi. Les patients recevaient un traitement de la part du chercheur durant des périodes différentes, ce qui signifiait que certains d'entre eux n'avaient commencé que récemment et ne pouvaient donc pas présenter autant de changements après quelques semaines d'intervention éducative et de soutien pour la famille. Il n'y avait pas de groupe témoin dans cette étude. Par conséquent, les changements signalés après l'intervention peuvent être dus au passage du temps ou à des facteurs extérieurs à l'intervention.</p> |
|--|---|--|---|--|---|---|

**Etude 4 :** McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 13(1), 67-73. doi : 10.1111/j.1447-0349.2004.00310.x

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <p><b>Type d'étude ou devis:</b></p> <p>Qualitative descriptive</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve:</b></p> <p>Niveau IV</p> | <p><b>Echantillon:</b></p> <p>19 mères et 3 pères bénévoles qui résidaient dans la région métropolitaine de Sydney.</p> <p><b>Echantillonnage:</b></p> <p>Par choix raisonné et par réseau. Les participants ont été recrutés à partir d'une publicité placée dans les bulletins de l'Eating Disorders Association of NSW, du Eating Disorders Support Network et des contacts personnels des membres de l'équipe de recherche.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b></p> <p>Être parents d'enfants/adultes souffrant d'un trouble de l'alimentation ou qui s'en étaient rétablis.</p> | <p><b>But :</b></p> <p>Les expériences des parents d'un enfant atteint d'anorexie mentale et/ou de boulimie mentale ont été explorées et cet article vise à présenter une composante de cette étude : les interactions des parents avec les professionnels de la santé.</p> <p><b>Question de recherche :</b></p> <p>Non-formulée par les auteurs.</p> <p><i>Quelles sont les expériences des parents d'adolescentes AM dans les interactions avec des professionnels de santé ?</i></p> | <p><b>Concepts, cadre de référence, cadre théorique</b></p> <p>Expériences subjectives.</p> <p>Parents.</p> <p>Anorexie mentale.</p> <p>Professionnels de santé.</p> | <p><b>Méthode de collecte des données:</b></p> <p>Vingt-deux entretiens ont été menés auprès de parents d'enfants/adultes qui souffraient d'un trouble de l'alimentation ou qui s'en étaient rétablis, dans la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie.</p> <p><b>Ethique:</b></p> <p>Le comité d'éthique humaine de l'Université de Western Sydney Nepean a approuvé l'étude de recherche.</p> | <p><b>Méthode d'analyse:</b></p> <p>On a demandé aux parents de décrire et de commenter leurs expériences en tant que parents d'un enfant ayant un problème d'alimentation par rapport aux professionnels de la santé. Ces entretiens ont été menés au domicile du participant. Les points de vue réciproques ont été enregistrés sur bande sonore puis transcrits par la suite. Les membres de l'équipe ont codé individuellement chaque transcription puis ont comparé leurs codes avec ceux d'un autre membre de l'équipe. Ces codes ont été discutés lors de réunions de recherche et les codes définitifs ont été élaborés sur une période de 12 mois. Les thèmes ont été élaborés à partir des codes.</p> <p><b>Logiciel statistique:</b></p> <p>Les entretiens transcrits ont été entrés dans Q.S.R.NUD.IST Power version Revision 4.0 pour aider à la gestion des données.</p> | <p><b>Résultats:</b></p> <p>Cinq thèmes ont été identifiés :</p> <p><b>Trouver de l'aide :</b> les parents expriment une grande difficulté à trouver de l'aide et des informations. Ils ont trouvé ce qu'ils cherchaient en dehors du système de santé, par exemple dans les associations. Chercher de l'aide ajoute du stress à la situation déjà stressante.</p> <p><b>Sentiment d'exclusion :</b> beaucoup de parents se sentent exclus et découragés dans la prise en charge de leur enfant. Le fait d'être éloignés lors de l'hospitalisation les font culpabiliser et ils se sentent blâmés. Les parents ont montré qu'ils étaient prêts à s'impliquer dans les soins de leur enfant. Les attitudes et les expériences rencontrées avec certains professionnels de la santé ont rendu difficile cette implication.</p> <p><b>Engagement avec les professionnels de santé :</b> les parents ont rapporté de nombreuses interactions négatives : inquiétudes, difficultés de communication, impression de ne pas être compris.</p> <p><b>Images dépeintes par les professionnels de la santé à l'intention des enfants et des parents :</b> les parents se sont rendus compte que les professionnels de la santé avaient des images stéréotypées de patients souffrant de troubles de l'alimentation et de leurs parents. Certains parents n'ont pas été autorisés à participer pendant que leur enfant était à l'hôpital. Ils ont dû se débrouiller seuls après le congé de l'hôpital. Les parents étaient isolés et s'attendaient à recevoir les soins fournis par une équipe à l'hôpital.</p> <p><b>Parents ne sont pas prêts à abandonner :</b> Cette étude a permis d'identifier que les parents feraient tout ce qui était nécessaire pour aider au rétablissement de leur enfant.</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>Remédier au manque d'informations concernant les sources d'aide et améliorer l'accès à l'information. Cette étude suggère que l'apport des parents est nécessaire pour la santé de l'enfant et de la famille ainsi que pour le maintien sur la voie du rétablissement. Les partenariats entre les professionnels de la santé, les parents et les proches doivent être encouragés. Les stéréotypes doivent être mis de côté.</p> <p><b>Limites de l'étude:</b></p> <p>Taille limitée de l'échantillon et le type d'échantillonnage.</p> |
|---|--|--|--|--|--|--|

**Etude 5** : King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x

|  |   |  |   |  |  |  |
|--|---|--|---|--|--|--|
| <p><b>Type d'étude ou devis :</b></p> <p>Qualitative phénoménologique</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b></p> <p>Niveau IV</p> | <p><b>Echantillon :</b></p> <p>Cinq infirmières en soins généraux, sans formation spécifique en soins psychiatriques.</p> <p>Deux participantes avaient une expérience limitée dans la santé mentale. Trois participantes avaient des certificats d'études supérieures dans différentes spécialités infirmières.</p> <p><b>Echantillonnage :</b></p> <p>Par choix raisonné et par réseau.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b></p> <p>Être infirmière sans formation en santé mentale. Travailler dans un hôpital général. Avoir pris en charge des adolescentes atteintes d'anorexie dans les 6 derniers mois.</p> | <p><b>But :</b></p> <p>Explorer l'expérience des infirmières s'occupant d'adolescentes atteintes d'AM dans un service de pédiatrie en Australie. Décrire les soins donnés aux patientes du point de vue des infirmières.</p> <p><b>Question de recherche :</b></p> <p>Non-formulée par les auteurs.</p> <p><i>Quelles sont les expériences vécues par les infirmières s'occupant de patientes AM ?</i></p> | <p><b>Concepts, cadre de référence, cadre théorique</b></p> <p>Expériences infirmières.</p> <p>Anorexie mentale.</p> <p>Adolescentes.</p> | <p><b>Méthode de collecte des données :</b></p> <p>Entretien semi-structuré avec une question ouverte principale : « décrire ce que c'est que de prendre soin des adolescentes diagnostiquées AM ».</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>L'approbation éthique a été obtenue et toutes les participantes ont donné un consentement écrit éclairé. Les participants sont restés anonymes et inconnus des chercheurs par l'utilisation de pseudonymes. Si les participantes citaient le nom d'un patient il n'était pas retranscrit.</p> | <p><b>Méthode d'analyse :</b></p> <p>Des entretiens approfondis ont été enregistrés sur bande sonore et retranscrits textuellement, puis analysés en utilisant la méthode Colaizzi (1978).</p> | <p><b>Résultats</b></p> <p>Six thèmes sont ressortis après l'analyse :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les valeurs fondamentales personnelles des infirmières ce sont ces valeurs qui font office de guide pour leur pratique.</li> <li>2. Le changement de ces valeurs: la prise en charge est un défi : problèmes de confiance, difficulté à ne pas juger, méfiance.</li> <li>3. Le tourment émotionnel : La difficulté à entretenir une relation de confiance met en doute la qualité des soins donnés et remplace les valeurs de base par de la tristesse, de la colère, et du découragement.</li> <li>4. La frustration : les comportements répétitifs sont agaçants et frustrants, une notion subliminale de « nous contre eux » émerge et fait grandir la méfiance et la vigilance des infirmières, ce qui est fatiguant pour elles.</li> <li>5. Le point décisif : le moment où les infirmières en ont assez et prennent du recul, passent moins de temps avec la patiente.</li> <li>6. La résolution : les participantes se sont questionnées sur leur pratique et se sont rendu compte que la qualité des soins n'est pas en cause dans la non guérison des patientes. Prendre soin d'adolescentes atteintes d'AM est une expérience d'apprentissage.</li> </ol> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>Il découle de cette étude une prise de conscience d'un besoin fort de préparation/formation, un soutien continu et l'élaboration de protocoles et de programmes d'éducation pour permettre aux infirmières en soins généraux de mieux prendre en charge ces patients.</p> <p><b>Forces de l'étude :</b></p> <p>Utilisation de la méthode « bracketing ».</p> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>Taille très faible de l'échantillon.</p> |
|--|---|--|---|--|--|--|

**Etude 6** : Leppanen J., Adamson J. & Tchanturia K. (2018). Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa. *Psychiatry* 9:96. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00096

|   |   |  |   |  |  |  |
|---|---|--|---|--|--|--|
| <p><b>Type d'étude ou devis:</b></p> <p>Qualitative</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve:</b></p> <p>Niveau IV</p> | <p><b>Echantillon:</b></p> <p>Prélevé sur 6 ans. 145 femmes adultes diagnostiquées AM et faisant partie d'un programme de traitement des troubles de l'alimentation en milieu hospitalier. L'âge moyen de l'échantillon était de 25 ans avec un IMC moyen de 14,9.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Par choix raisonné.</p> <p><b>Critères d'inclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients hospitalisés (entre 2011 et 2017) ayant participé à la TRC et accepté de compléter les évaluations de base et de fin de traitement.</li> <li>- Patients hospitalisés ayant reçu un diagnostic d'anorexie.</li> </ul> | <p><b>But:</b></p> <p>Examiner l'impact de la thérapie individuelle de remédiation cognitive (TRC) sur la neurocognition dans l'anorexie.</p> <p><b>Questions de recherche:</b></p> <p>Non-formulée par les auteurs.</p> <p><i>Quel est l'impact de la TRC sur la neurocognition dans l'AM ?</i></p> | <p><b>Concepts, cadre de référence, cadre théorique</b></p> <p>Thérapie de remédiation cognitive.</p> <p>Neurocognition.</p> <p>Anorexie mentale.</p> | <p><b>Méthode de collecte des données:</b></p> <p>Toutes les participantes se sont vues offrir une TRC individuelle à suivre, en plus du traitement standard en milieu hospitalier. Cela consiste en un programme de rétablissement du poids, un programme de traitement professionnel et psychologique. Généralement, les admissions en milieu hospitalier durent de 12 à 14 semaines. L'intervention a consisté en huit ou dix séances (selon le temps convenu pour que le patient reste dans le service) et a été dispensée par un psychologue formé sur une période de huit semaines. Chaque séance comprenait de six à dix exercices du manuel CRT (selon l'état physique et psychologique du patient). À la fin de chaque séance, le psychologue encourage le patient à réfléchir à la façon dont les exercices et les stratégies lui permettent d'apprendre et comment ils peuvent être utilisés dans la vie de tous les jours.</p> <p><b>Ethique:</b></p> <p>L'étude a été approuvée par le National Research Ethics Service, Fulham, à Londres. Avant de participer, tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> | <p><b>Méthode d'analyse:</b></p> <p>Différents processus neurocognitifs ont été évalués à l'aide de mesures fondées sur les tâches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la cohérence centrale a été évaluée à l'aide du test de la figure du complexe Rey-Osterrieth.</li> <li>- Le test de Brixton a été utilisé comme mesure de la flexibilité cognitive.</li> </ul> <p>Ces mesures ont déjà été utilisées avec succès pour évaluer la neurocognition et elles ont été jugées adéquates pour détecter les difficultés cognitives chez les personnes atteintes d'anorexie. La rigidité cognitive et l'attention aux détails ont été évaluées au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation, le questionnaire Dflex est spécialement conçu pour évaluer les aspects de la neurocognition chez les personnes souffrant de troubles de l'alimentation. Il a prouvé être suffisamment adéquat pour détecter les changements dans les styles de pensées après de brèves interventions. Les questionnaires suivants ont été utilisés pour recueillir des renseignements cliniques sur la psychopathologie des troubles de l'alimentation, l'anxiété et la dépression : le questionnaire d'examen des troubles de l'alimentation (EDEQ) et le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).</p> <p><b>Logiciel statistique:</b></p> <p>Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de R (18).</p> | <p><b>Résultats:</b></p> <p>Les résultats suggèrent que la TRC individuelle conduit à une amélioration significative dans les deux mesures de la neurocognition basée sur les tâches. En raison de leur hospitalisation, tous les participants sont entrés dans l'intervention avec un IMC très faible et il y a eu une augmentation significative de l'IMC à la fin de l'intervention. L'IMC n'a pas eu d'effet significatif sur la performance des participants.</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>La TRC peut être une intervention efficace ciblant les difficultés cognitives dans l'anorexie et pourrait être utilisé pour compléter le traitement habituel. Cependant, d'autres recherches sont encore nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions définitives sur l'efficacité et les mécanismes sous-jacents.</p> <p><b>Limites de l'étude:</b></p> <p>L'absence d'un groupe témoin et le petit échantillon dans les évaluations Dflex. Certains patients n'ont pas été en mesure de compléter l'ensemble complet de la TRC ou l'évaluation en phase 2 car leur hospitalisation s'est terminée avant la fin de la recherche, ce qui a mené à un taux d'abandon élevé (60 %). L'échantillon était composé exclusivement de patients hospitalisés atteints d'anorexie. D'autres travaux sont nécessaires pour reproduire ces résultats en ambulatoire. Les chercheurs n'ont pas été en mesure d'établir les types de médicaments que les participants prenaient pendant l'intervention, ce qui aurait pu avoir un impact sur les résultats.</p> |
|---|---|--|---|--|--|--|

## 10.1 II. Glossaire méthodologique

**Alpha de Cronbach** : « indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés » (Fortin, 2010, p.408).

**Biais** : « facteur qui fausse les résultats d'une étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.44).

**Biais d'échantillonnage** : « distorsion qui survient quand un échantillon n'est pas représentatif de la population dont il provient » (Fortin, 2010 p.595).

**Bracketing** : méthode utilisée en recherche qualitative pour atténuer les effets potentiellement néfastes des préjugés qui pourraient desservir le processus de recherche (Tuford & Newman, 2010, traduction libre, p.80).

**Confirmabilité** : « critère de rigueur scientifique servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation » (Fortin, 2010, p.596).

**Crédibilité** : « critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants est exacte en fonction de la réalité interprétée » (Fortin, 2010, p.596).

**Critères d'inclusion** : « c'est l'ensemble des critères décrivant les conditions auxquelles doivent satisfaire les patients pour être inclus dans une étude » (Slim, 2007, p.35).

**Devis de recherche** : « plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objet de minimiser les risques d'erreur » (Fortin, 2012, p.596).

**Echantillon** : « sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude » (Fortin, 2010, p.226).

**Echantillonnage** : « processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible » (Fortin, 2010, p.224).

**Echantillonnage non-probabiliste** : « méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire » (Fortin, 2010, p.233).

**Echantillonnage par choix raisonné** : « méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude » (Fortin, 2010, p.235).

**Echantillonnage par réseaux** : « méthode d'échantillonnage qui consiste à demander à des personnes recrutées initialement selon des critères de sélection précis de suggérer le nom d'autres personnes qui leur paraissent répondre aux mêmes critères » (Fortin, 2010, p.236).

**Entrevue non-structurée** : « interaction verbale au cours de laquelle le chercheur propose un ou plusieurs thèmes au répondant et à propos desquels il l'invite à s'exprimer librement et de façon personnelle » (Fortin, 2010, p.428).

**Entrevue semi-structurée** : « interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant » (Fortin, 2010, p.428).

**Etude cas-témoin** : « étude d'observation rétrospective dans laquelle sont mis en relation un phénomène présent au moment de l'enquête et un phénomène antérieur chez deux groupes de sujets : un groupe atteint de la maladie considérée (les cas) et un groupe indemne (les témoins) (Fortin, 2010, p.598).

**Etude de cohorte** : « étude d'observation dans laquelle un groupe de personnes exposé à des facteurs de risque d'un phénomène donné est suivi pendant une période déterminée et comparé à un groupe non exposé aux mêmes facteurs. » (Fortin, 2010, p.599).

**Etude descriptive** : « étude qui décrit un ou des phénomènes quelconques sans chercher à en établir la cause » (Fortin, 2010, p.599).

**Etude longitudinale** : « étude dans laquelle les données sont recueillies à divers moments dans le temps afin de suivre l'évolution des phénomènes étudiés » (Fortin, 2010, p.302).



**Etude transversale** : « étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés » (Fortin, 2010, p.302).

**Fiabilité** : « critère servant à évaluer l'intégrité des études qualitatives en ce qui a trait à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions » (Fortin, 2010, p.599).

**Fidélité** : « constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure » (Fortin, 2010, p.405).

**Métaanalyse** : « technique qui permet d'intégrer les résultats de plusieurs études similaires, basées sur la même question de recherche » (Fortin, 2010, p.600).

**Méta-synthèse** : « synthèse de la recherche qualitative qui comporte l'analyse critique d'études qualitatives et la synthèse des résultats dans un nouveau cadre de référence pour le sujet à l'étude » (Fortin, 2010, p.600).

**Niveau de preuve** : « il s'agit d'un classement hiérarchique de la force des preuves scientifiques associées à chaque affirmation ou recommandation clinique » (Slim, 2007, p.77).

**Opérateurs booléens** : « termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots clés dans un repérage documentaire » (Fortin, 2010, p.149).

**Paradigme** : « conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action » (Fortin, 2010, p.24).

**Paradigme naturaliste** : « paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps » (Fortin, 2010, p.600.).

**Prétest** : « mise à l'essai d'un instrument ou d'un questionnaire dans le but d'en détecter les imperfections ou d'en évaluer les exigences en matière de temps d'administration » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.185).

**Randomisation** : « mode de distribution des sujets dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes, donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou l'autre groupe » (Fortin, 2010, p.317).

**Recherche qualitative** : « recherche qui met l'accent sur la compréhension, et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin, 2010, p.30).

**Recherche quantitative** : « recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédiction, et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse de données numériques » (Fortin, 2010, p.29).

**Saturation des données** : « dans une étude qualitative, collecte de données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.279).

Source primaire : « description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même » (Fortin, 2010, p.138).

**Test-retest** : « évaluation de la constance d'un instrument effectuée en mettant en corrélation les scores obtenus au cours d'administrations répétées » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.330).

**Test-T** : « Test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques » (Loiselle, p.374).

**Transférabilité** : « application éventuelle des résultats issus d'études qualitatives à d'autres milieux ou groupes » (Fortin, 2010, p.603).

**Triangulation** : « utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à converger vers une représentation exacte de la réalité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.44).

**Valeur-P** : « La probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle. Ce niveau est déterminé à partir des résultats obtenus. » (Fortin, p.600).

**Validité** : « capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer » (Fortin, 2010, p.411).

**Verbatim** : « reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé » (Larousse, 2018).

### 11.3 III. Glossaire technique

AM : Anorexie Mentale

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAS : Certificate of Advanced Studies

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

DAS : Diploma of Advanced Studies

HUG : Hôpitaux Universitaires Genève

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TRC : Thérapie de la Remédiation Cognitive

**Alliance thérapeutique** : « relation de collaboration et de confiance entre le thérapeute et le patient » (Chabrol, 2018, p.287).

**Aménorrhée** : « absence de cycle hormonal et de saignements menstruels » (Rigaud, 2003, p.310).

**Certificate of Advanced Studies (CAS)** : certificat que l'on obtient au terme d'un cursus en cours d'emploi. Il correspond à un minimum de 10 crédits ECTS. Dans certains domaines, une combinaison de plusieurs CAS permet l'obtention d'un MAS. (www.orientation.ch, 2018).

**Cognitif** : « qui se rapporte à la perception, attention, mémoire, langage et aux processus intellectuels » (Larousse médical, 2012).

**Comorbidité** : « affection présente en plus d'une maladie sous-jacente. Les comorbidités peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, avoir un lien de causalité avec la maladie sous-jacente » (SwiSCI, 2018).

**Diploma of Advanced Studies (DAS)** : diplôme que l'on obtient au terme d'un cursus en cours d'emploi. Il correspond à un minimum de 30 crédits ECTS. (www.orientation.ch, 2018).

**Diurétique** : « substance chimique qui favorise la diurèse » (Marieb, 2015, p.1152).

**Hyperphagie** : « forme de grignotage permanent ou prise de quantité d'aliments, largement supérieure à la moyenne alimentaire » (Hervais, 2015, p.179).

**Hypokaliémie** : « diminution du taux de potassium dans le plasma, au-dessous de 3,5 millimoles par litre » (Larousse médical, 2012).

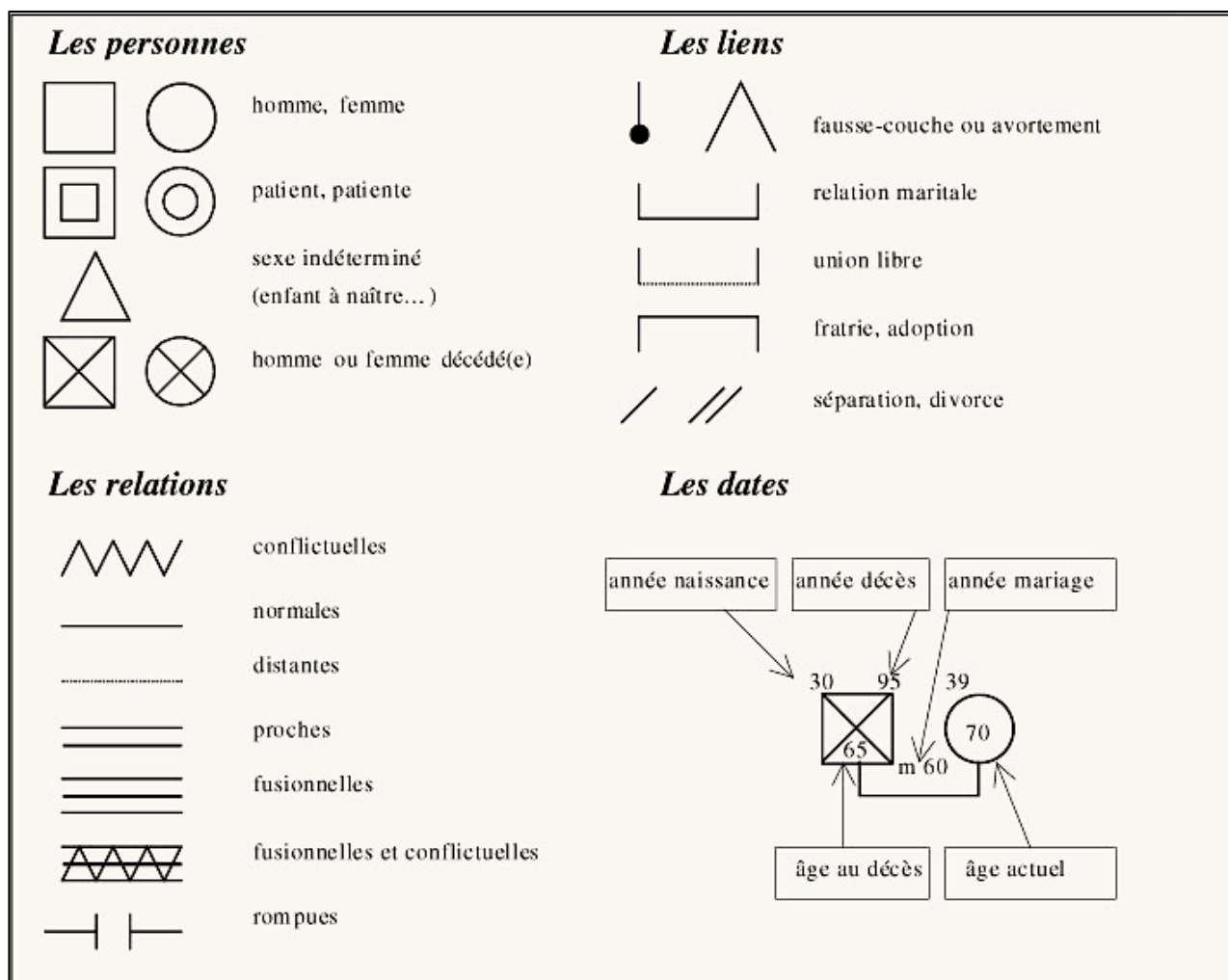
**IMC** : Indice de masse corporelle : « indice tenant en compte la taille d'un individu pour définir les différents poids normaux, l'obésité, la maigreur : c'est le poids (en kg) divisé par le carré de la taille (normale entre 18,5 et 25kg/m<sup>2</sup>) » (Rigaud, 2003, p.313).

**Lanugo** : « duvet recouvrant normalement la peau du fœtus » (Larousse médical, 2012).

**Sonde naso-gastrique** : « petit tuyau (diamètre : moins de 3 millimètres) passé par le nez et dont l'extrémité se situe dans l'estomac. Utilisée pour la nutrition entérale et la renutrition des malades dénutris » (Rigaud, 2003, p.316).

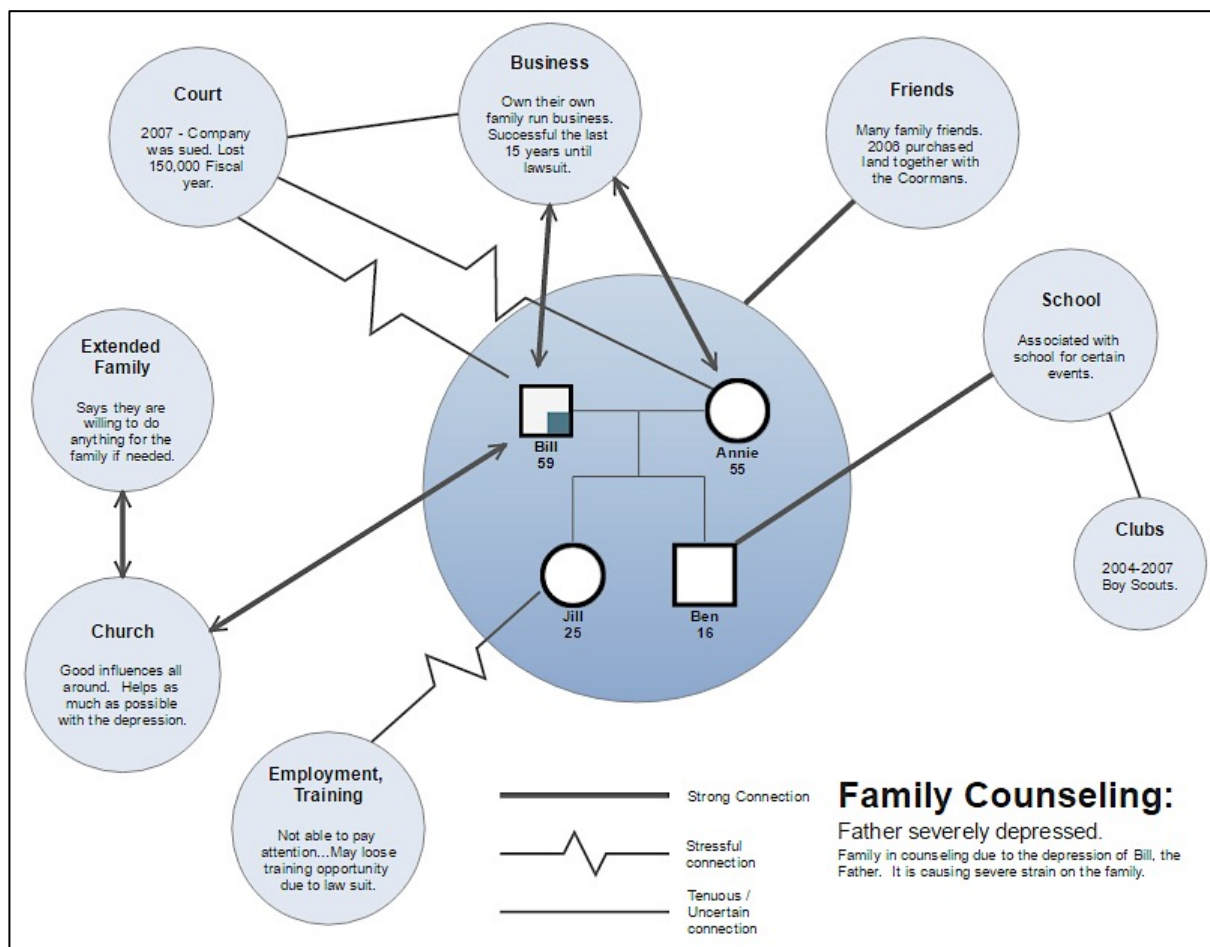
## 11.4 IV. Génogramme et écocarte

### Symboles du génogramme



Tiré du site : smartdraw.com, 2018.




Exemple d'écocarte



Tiré de : Le Journal des psychologues, 281,(8), Compagnone, P. (2010). p.18-22.






## 11.5 V. E-mails envoyés

À Monsieur Pascal Vianin, auteur du programme RECOS :

☆ **Amandine Emery**   Envoyés - Exchange 7 juin 2018 à 18:02 

RECOS  
À : pascal.vianin@chuv.ch

---

     1 v

Bonjour,

Je m'appelle Amandine et je suis étudiante infirmière à la HES-SO du Valais.


Je me permets de vous écrire car j'aimerais une information dans le cadre de mon travail de bachelor, qui porte sur l'optimisation des interventions infirmières dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie mentale.

Une étude (que je joins à cet email) fait mention de la thérapie de remédiation cognitive et ses résultats sont significatifs concernant l'efficacité de cette intervention sur les troubles cognitifs liés à l'anorexie mentale.



De ce que j'ai pu lire, RECOS cible principalement la schizophrénie. Il est également noté qu'elle s'adresse à des troubles associés.

Ma question est la suivante: **Est-ce que RECOS peut-être utilisée dans les troubles de la conduite alimentaire?** Et si oui, avez-vous des résultats concernant son efficacité, spécifique aux troubles alimentaires?

Je vous remercie d'avance pour votre réponse et vous souhaite une belle soirée

  
Impact of CRT  
on neu...18.pdf

Aux HUG et à la Clinique de Belmont :

**Amandine Emery**  Envoyés - Exchange 8 juin 2018 à 10:46 

Demande informations pour travail de mémoire  
À : secretariat.SPLIC@hcuge.ch, info@cliniquebelmont.ch

---

Bonjour,

Je m'appelle Amandine et je suis étudiante infirmière en dernière année à la HES-SO du Valais.

Je me permets de vous écrire car j'aimerais une information dans le cadre de mon travail de bachelor, qui porte sur l'optimisation des interventions infirmières dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie mentale.

Une des études sélectionnées pour mon travail fait mention de la thérapie de remédiation cognitive et ses résultats sont significatifs concernant l'efficacité de cette intervention sur les troubles cognitifs liés à l'anorexie mentale. Afin de comparer les résultats de cette étude qui ne s'est pas déroulée en Suisse, j'aurais voulu savoir si dans votre établissement la thérapie de remédiation cognitive était utilisée dans la prise en charge infirmière de vos patientes anorexiques mentales?

Je vous remercie d'avance pour votre réponse et vous souhaite une belle journée ;)