

**Travail de Bachelor**  
**Les interventions infirmières auprès d'adolescentes souffrant**  
**d'anorexie mentale en milieu hospitalier**  
Revue de la littérature

Réalisé par : Lugon Justine

Promotion : Bachelor 16

Sous la direction de : Salamat Aziz

Lieu et date : Sion, le 10 juillet 2019

## **Résumé**

Contexte : L'anorexie mentale est une pathologie qui concerne particulièrement les adolescents de sexe féminin. Le traitement et la prise en charge infirmière de ce trouble du comportement alimentaire peuvent être complexes.

Objectif : L'objectif de cette revue de la littérature est d'explorer les interventions infirmières qui existent ou qui pourraient perfectionner la prise en charge infirmière de l'anorexie mentale auprès des adolescentes en milieu hospitalier.

Méthode : La sélection des études s'est faite sur les trois bases de données suivantes : CINHALL, Pubmed et Embase. Six études, dont quatre qualitatives et deux mixtes, ont été retenues. Les critères d'inclusion étaient les études parlant d'anorexie mentale, avec une population d'adolescentes et dans un contexte d'hospitalisation.

Résultats : Les patients et les parents trouvaient que les interventions infirmières se concentraient trop sur la prise de poids et que les aspects psychologiques étaient délaissés. Il a été démontré que l'alliance thérapeutique jouait un rôle important dans la prise en charge de l'AM. Les professionnels de la santé présentaient des lacunes dans les connaissances concernant les TCA.

Conclusion : Cette revue de la littérature donne des pistes d'amélioration pour les interventions infirmières, pour la formation et pour la recherche.

Mots-clés : anorexie mentale, adolescence, interventions infirmières, hospitalisation.

## **Remerciements**

Je remercie, le directeur de ma revue de la littérature, Mr Aziz Salamat, pour ses recommandations et son investissement.

Je présente toute ma gratitude au service de pédopsychiatrie de Sierre dans lequel j'ai réalisé l'une de mes formations pratiques. Ce stage m'a permis de cibler la question de recherche et m'a donné une vue d'ensemble des interventions infirmières existantes.

Je tiens à remercier également, Benjamin Rukakaza, infirmier clinicien dans l'unité de pédopsychiatrie à Sierre, d'avoir répondu à mes questions sur la prise en charge d'adolescents atteints de troubles de comportement alimentaire.

Mes remerciements vont également à ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de l'accomplissement de mon travail de Bachelor.

## 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 auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e 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 10 juillet 2019

---

Signature

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problématique .....	1
1.2	Question de recherche .....	3
1.3	But de la recherche .....	3
<b>2</b>	<b>Cadre théorique.....</b>	<b>4</b>
2.1	Les TCA et l'anorexie mentale :.....	4
2.1.1	Les sortes d'anorexie mentale.....	5
2.1.2	Dépistage de l'anorexie mentale.....	6
2.1.3	Complications physiques et psychologiques de l'anorexie mentale.....	7
2.2	Adolescence et apparition de l'anorexie mentale .....	9
2.2.1	L'approche de Piaget de l'adolescence :.....	9
2.2.2	Prévention : .....	9
2.3	Une approche pluridisciplinaire et les interventions infirmières.....	10
2.3.1	Prise en charge médicale et traitements médicamenteux.....	11
2.3.2	Prise en charge ambulatoire ou hospitalisation.....	13
<b>3</b>	<b>Méthode .....</b>	<b>14</b>
3.1	Devis de recherche.....	14
3.2	Collecte des données .....	14
3.3	Sélection des données .....	16
3.4	Analyse des données.....	18
<b>4</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>19</b>
4.1	Description de l'Etude 1 .....	19
4.1.1	Validité méthodologique .....	20
4.1.2	Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle ».....	20
4.2	Description de l'étude 2.....	21
4.2.1	Validité méthodologique .....	21
4.2.2	Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle ».....	22
4.3	Description de l'étude 3.....	23
4.3.1	Validité méthodologique .....	23
4.3.2	Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle ».....	24
4.4	Description de l'étude 4.....	24

4.4.1 Validité méthodologique .....	25
4.4.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle ».....	25
4.5 Description de l'étude 5.....	26
4.5.1 Validité méthodologique .....	26
4.5.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle ».....	27
4.6 Description de l'étude 6.....	27
4.6.1 Validité méthodologique .....	28
4.6.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle ».....	28
4.7 Synthèse des principaux résultats .....	29
<b>5 Discussion.....</b>	<b>30</b>
5.1 Discussion des résultats .....	30
5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	32
5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature .....	32
<b>6 Conclusions .....</b>	<b>33</b>
6.1 Propositions pour la pratique .....	33
6.2 Propositions pour la formation .....	34
6.3 Propositions pour la recherche.....	35
<b>7 Références bibliographiques .....</b>	<b>36</b>
<b>8 Annexe .....</b>	<b>I</b>
8.1 Annexe I : Tableaux de recension des études .....	I
8.2 Annexe II : Glossaire méthodologique .....	VII
8.3 Annexe III : Glossaire général .....	XI
8.4 Annexe IV : Figure .....	XII

## Liste des abréviations

AM : Anorexie mentale

CAS : Certificate of Advanced Studies

CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois

CIM : Classification internationale des maladies

DAS : Diploma of Advanced Studies

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FBT : Family Based Treatment

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HES : Haute école spécialisée

HUG : Hôpitaux universitaires de Genève

IMC : Indice de masse corporelle

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

UNIL : Université de Lausanne

## **1 Introduction**

Le comportement alimentaire est un ensemble de décisions et d'actions en lien avec une consommation d'aliments. Il peut être influencé par des facteurs physiologiques, psychoaffectifs, émotionnels, culturels et sociaux. Son principal objectif est d'assurer les apports en fonction des besoins de l'organisme en énergie et en nutriments. Ce besoin est vital pour le corps. Dans l'enfance, il y a déjà des facteurs prédisposants à un trouble du comportement alimentaire (TCA). Il peut y avoir des facteurs familiaux (génétique, comorbidités de TCA ou dépression, relations familiales rigides ou conflictuelles, éducation, régimes), des facteurs environnementaux (minceur idéalisée, événements de vie stressants précoces, grossesses multiples, la classe sociale et le niveau d'éducation) et des facteurs individuels (difficultés interpersonnelles, déficit cognitif et émotionnel, intolérance aux émotions négatives, perfectionnisme, focalisation sur des détails, rigidité, traits autistiques, évitement des émotions, estime de soi, personnalité, tempérament, attachement et la génétique ainsi que le stress, les carences). A l'adolescence, apparaissent des facteurs précipitants liés à la puberté (modifications hormonales, maturations cérébrale et psychologique, modifications physiques et modifications des interactions sociales), à des événements de vie stressants (séparations, agression, violence, moqueries, critiques), à la survenue d'un trouble psychiatrique (dépression, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs) et à une activité centrée sur l'apparence (par exemple : danse, sport). Cela peut conduire à une restriction alimentaire volontaire ou involontaire, à une hyperactivité ou à des crises de boulimie. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 55 à 61)

### **1.1 Problématique**

L'image du corps joue un important rôle dans la vie des jeunes filles. Elle se définit comme étant la manière dont une personne se perçoit, s'imagine, se sent et agit avec son corps. Cette perception de l'aspect physique peut être altérée. Soit la personne se surestime en se voyant avec des dimensions plus grandes que la réalité ou soit la personne se sous-estime en se percevant avec des dimensions plus petites que réellement. La publicité, les médias, la mode, la société ainsi que les moyens de communication placardent l'image d'une silhouette plus mince que la normale, ce qui procure aux femmes une insatisfaction face à leur corps et engendre une pression sociale. Un idéal physique s'installe donc dans la tête des jeunes filles. La famille aussi défend l'importance d'une silhouette mince et les critiques/moqueries à l'école amplifient l'image négative de soi. (Chabrol, 2007, p. 113 à 127)

Une étude de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a été faite en 2010 avec une population d'hommes et de femmes âgée de quinze à 60 ans. Les résultats mettent en évidence que 3.5% de la population suisse souffre ou a souffert, une fois d'une ou de plusieurs formes de troubles du comportements alimentaires dans leur vie. L'étude démontre aussi que les femmes sont beaucoup plus concernées que les hommes. Cette recherche démontre que : l'anorexie mentale (AM) touche, 1.2% ; la boulimie nerveuse affecte 2,4% des femmes. De plus on y apprend que 2,4% souffrent d'hyperphagie un jour dans leur vie. (OFSP, 2010)

Chez les adolescents, l'AM est la troisième maladie chronique la plus répandue. (Cook-Darzens, 2014, p. 24). 0,5 à 1 % des adolescentes et des jeunes filles sont atteintes d'anorexie mentale en France, en Suisse, au Canada et en Belgique. (Huard & Vanderlinden, 2006, p. 9) Le risque relatif (RR) de souffrir d'anorexie mentale s'établit dans un rapport d'un homme pour plus de dix femmes. Le sexe féminin est donc plus concerné par les troubles du comportement alimentaire que le sexe masculin. L'âge de début de l'AM le plus fréquent, se situe entre quatorze et 19 ans car la puberté est une période à risque. La fréquence d'AM nécessitant une hospitalisation en Suisse a augmenté dans les années 1960-1970 et s'est équilibrée autour de 1.2 pour 100'000 habitants. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 28, 29, 30)

Selon la haute autorité de santé (HAS), l'âge moyen du début de l'anorexie mentale se trouve à 17 ans. 0 à 7% des personnes anorexiques auraient des antécédents de boulimie. L'adolescence, par ailleurs, est une période où le jeune présente des facteurs personnels de vulnérabilité psychologique ainsi qu'un mal-être. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 17, 18, 19) La durée de l'AM se situe entre six mois et 30 ans mais sa période moyenne est de sept ans et demi. 40 à 60 % des anorexiques guérissent et chez un tiers d'entre elles, la maladie se chronicise. (Huard & Vanderlinden, 2006, p. 14, 15)

Selon le magazine « Pulsations », l'anorexie est un trouble psychiatrique avec des conséquences importantes comme la mortalité qui survient dans 10 à 20% des cas. (Hôpitaux Universitaires Genève, 2019, p. 21) Le taux de mortalité le plus haut se trouve pendant l'année ou les deux ans qui suivent la sortie d'hospitalisation, suite à une anorexie mentale. Cette mortalité s'avère plus grande chez les sujets âgés de plus de 20 ans. Dans plus de la moitié des cas, elle est due à un arrêt cardiaque ou à un suicide. Le taux de suicide le plus élevé, lié à des troubles psychiatriques concerne l'anorexie mentale. Cependant, chez les adolescentes de treize à 19 ans, les causes principales de décès sont somatiques. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 33)

Les autres complications, liées à la dénutrition, peuvent être une atteinte cardio-vasculaire (bradycardie, arythmie), des perturbations hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie), des troubles neurologiques, des troubles métaboliques (glucose, cholestérol), une insuffisance rénale et une alopécie. Il y a aussi un risque d'ostéoporose et d'usure des dents, lié aux vomissements. (« Anorexie mentale | Inserm - La science pour la santé », 2014)

## **1.2 Question de recherche**

« Quelles peuvent être les interventions infirmières mises en place en milieu hospitalier auprès d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale ? »

**Population :** les adolescentes (de douze à 18 ans) souffrant d'anorexie mentale.

**Exposure :** l'anorexie mentale.

**Outcome :** les interventions infirmières pour une prise en charge hospitalière des plus appropriées.

## **1.3 But de la recherche**

Le but de la recherche est de décortiquer les représentations sur l'anorexie mentale, de comparer les différentes interventions et prises en charge déjà en place ainsi que d'extraire les stratégies les plus efficaces afin d'aider au mieux l'adolescente malade.

## 2 Cadre théorique

Le cadre théorique évoque trois concepts. Tout d'abord, il convient de donner une brève définition des autres TCA fréquents et une définition de l'anorexie mentale qui est le principal sujet étudié. Ensuite, le deuxième concept aborde l'adolescence et plus particulièrement l'adolescente qui est la population étudiée dans cette revue de la littérature. Et pour finir, le troisième concept touche les interventions infirmières et les différentes prises en charge.

### 2.1 Les TCA et l'anorexie mentale :

Les principaux TCA sont l'anorexie mentale, la boulimie et les accès hyperphagiques. Selon le DSM-5, la boulimie serait l'absorption, en peu de temps, d'une très grande quantité de nourriture, associé à un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire, appelée hyperphagie et accompagnée de comportements compensatoires répétitifs tels que les vomissements ou l'utilisation de purgatifs. L'estime de soi est affectée par l'obsession du poids et de la forme corporelle. Les accès hyperphagiques se manifestent par la survenue récurrente d'ingestion de grandes quantités d'aliments en peu de temps, avec une perte d'emprise sur le comportement alimentaire sans comportements compensatoires comme dans la boulimie ou dans l'anorexie avec accès hyperphagiques. (Crocq, Guelfi, Boyer, Pull, & Pull-Erpelding, 2016, p. 156,157)

Le TCA qui nous intéresse dans cette revue de la littérature est l'anorexie mentale. L'anorexie inclut une triade symptomatique (les trois A). Tout d'abord, l'anorexie avec une restriction alimentaire qui commence bien souvent par un régime, une diminution de la sensation de faim et accompagnée de comportements particuliers en rapport avec l'alimentation comme le calcul de calories ou le triage d'aliments. Ensuite, le deuxième élément de la triade est l'amaigrissement caractérisé par une perte de poids, une diminution des formes féminines (seins, fesses, hanches), un corps anguleux, un visage cadavérique avec des joues creuses, des yeux enfoncés et des cheveux ternes. Pour finir, l'aménorrhée qui peut être primaire chez la jeune fille pas encore réglée ou secondaire après trois mois de règles régulières. (Duverger et al., 2008, p. 143,144)

Le DSM-5 présente trois critères dans l'anorexie mentale. Le premier est une restriction des apports nutritionnels qui amène à une perte de poids et à un indice de masse corporelle (IMC) inférieur aux normes minimales pour l'âge, le sexe et le stade de développement. Le deuxième est une grande crainte de prendre du poids et de devenir « gros ». Une

déformation significative de la forme du corps, du poids et de l'image de soi sert de troisième critère. (Crocq et al., 2016, p. 154,155)

Le CIM-10 compte cinq critères pour parler d'anorexie mentale. Le premier est une perte de poids de 15% par rapport à l'IMC normal en fonction de l'âge. Le deuxième est une restriction des aliments qui « font grossir », tels que les glucides ou les lipides. Le troisième est la perception de soi comme quelqu'un de trop gros ainsi qu'une peur de prendre du poids et un poids limite fixé. Le quatrième est une aménorrhée. Le cinquième est qu'il ne répond pas aux critères A « hyperphagie » et B « utilisation de purgatifs » de la boulimie. (Organisation Mondiale de la Santé, 1994, p. 104)

Il existe plusieurs étapes dans l'anorexie. Tout d'abord, il y a la phase d'état où le poids est inférieur à 85% du poids normal pour l'âge et la taille ainsi qu'une peur de prendre du poids. Ensuite, il peut y avoir une phase d'optimisme où s'ajoutent des exercices physiques intenses, une hyperactivité intellectuelle et une aménorrhée. Les adolescentes trouvent ces changements positifs et éprouvent un sentiment de contrôle. Mais, peu à peu, l'insatisfaction corporelle revient. Pour finir, une phase de détresse arrive. Les pensées concernant le poids deviennent envahissantes, l'amaigrissement s'aggrave encore plus et le déni persiste. La plupart des adolescentes anorexiques ne se trouvent pas maigres et disent être en pleine santé. Des idées concernant la mort et le suicide peuvent aussi apparaître durant cette phase. Une phase de rémission s'ajoute sous l'effet d'un thérapeute. (Chabrol, 2007, p. 179 à 185)

### **2.1.1 Les sortes d'anorexie mentale**

Dans le DSM-5, il existe deux sortes d'anorexie mentale. La première est de type restrictif. La personne n'a pas eu de crise d'hyperphagie et n'a pas eu recours à des comportements compensatoires (vomissements, utilisation laxatifs, diurétiques, lavements, exercice physique excessif...) pendant les trois derniers mois. Le deuxième type est avec accès hyperphagiques et purgatifs. La personne a connu des crises d'hyperphagie récurrentes et a recouru à des vomissements provoqués ou à l'utilisation de purgatifs. (Crocq et al., 2016, p. 154,155)

### 2.1.2 Dépistage de l'anorexie mentale

Selon l'HAS, un dépistage et un traitement précoce amélioreraient le pronostic de l'AM chez les adolescents. Cependant, un déni de la maladie et de sa gravité différencierait l'anorexie mentale des autres pertes de poids. Le déni se définit comme le refus de reconnaître sa maladie. C'est une barrière à la détection précoce, à l'évaluation et au traitement. Les populations à risque sont les jeunes filles, les personnes avec un IMC plus bas ou plus élevé que la norme, les adolescents avec des préoccupations pour le poids, des désordres gastro-intestinaux, des problèmes psychiatriques, les jeunes filles avec une aménorrhée, les danseuses, les mannequins, les sportifs avec un haut niveau de compétition et les sujets atteints de pathologies qui impliquent une restriction alimentaire. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 22, 23, 24, 33)

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de définir le stade de la maladie. Le stade léger est un IMC égal ou légèrement supérieur à 17. Le stade moyen comprend un IMC de seize à 16.99. Le stade grave se situe entre quinze et 15.99 selon les indicateurs numériques de l'IMC. Et pour terminer, le stade extrême est un IMC inférieur à quinze. (Crocq et al., 2016, p. 154, 155) Une perte de poids de 15% au-dessous du poids recommandé pour l'âge et la taille, indique également que la femme est trop maigre. (Huard & Vanderlinden, 2006, p. 16)

Une évaluation nutritionnelle peut être faite en questionnant la patiente sur ses apports énergétiques, sa répartition énergétique journalière, son bilan hydrique, son métabolisme de base ainsi que les habitudes alimentaires de la famille. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 62)

Il existe, selon l'HAS, une échelle d'évaluation d'insatisfaction corporelle ou Body Shape. Ce questionnaire permet d'évaluer une préoccupation excessive concernant l'apparence du corps dans le développement. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 23)

Les signes et symptômes de l'anorexie mentale évoqués ci-dessous, doivent alarmer et peuvent permettre son dépistage. Tout d'abord, s'il y a un amaigrissement ou une absence de prise de poids qui résulte d'une adéquation entre les apports et les besoins du corps. Ensuite, il faut observer si la patiente présente des stratégies de contrôle du poids et des attitudes anormales ou atypiques. On peut aussi observer une restriction qualitative (végan, végétarien) ou quantitative (diminution des quantités), une ritualisation des repas (heure fixe, manger lentement, couper les aliments en petites morceaux...), des rituels de « vérification » de l'absence de prise de poids (pesées, se regarder dans le miroir, se palper...) et une hyperactivité (pratique de sports et augmentation de l'activité physique dans les actes de la vie quotidienne). Pour finir, on constate une perturbation de l'image

corporelle ou dysmorphophobie et une crainte de la prise de poids. Il peut aussi y avoir d'autres symptômes comme des conduites de purge, des crises de boulimie, un sentiment de se distinguer des autres, un profil tempéramental, un surinvestissement scolaire, des comorbidités psychiatriques, des symptômes somatiques de dénutrition ou une aménorrhée. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 70 à 75)

### **2.1.3 Complications physiques et psychologiques de l'anorexie mentale**

Selon les auteurs de l'ouvrage « Les âges de la vie », le corps qui est sous-alimenté, va d'abord se nourrir de la masse musculaire. Le cerveau va sécréter un taux élevé de sérotonine puis le corps va libérer du cortisol, une hormone du stress qui empêche les os de durcir normalement. Le manque de protéines conduit à une peau et des cheveux secs et cassants. (Gosselin, Bee, & Boyd, 2011, p. 253)

Le terme anorexie mentale chronique est utilisé quand l'évolution du trouble est supérieure à cinq ans. L'anorexie mentale peut entraîner une dénutrition protéino-calorique. Ce phénomène provoque un ralentissement de la croissance chez les enfants et adolescents. (Peretti & Bargiacchi, 2017)

La dénutrition est plus présente dans l'AM restrictive que dans la boulimique. La dénutrition correspond à un IMC inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Il y a une fonte musculaire chez 90% des anorexiques. De plus, la perte de masse graisseuse associée produit une diminution de la chaleur corporelle et des extrémités gelées. Au niveau du système digestif, une diminution du tonus de l'estomac, une constipation et des douleurs abdominales peuvent apparaître. On peut voir des lésions dentaires liées à l'acide et à la bile dans les aliments rejetés par l'estomac. Les vomissements conduisent également à une hypokaliémie et diminuent la contraction musculaire ainsi que la contraction cardiaque. La dénutrition entraîne une atteinte visuelle et une diminution des opérations intellectuelles comme de la difficulté à se concentrer, à calculer, à raisonner et une perte de mémoire. Au niveau de la régulation de l'eau, la dénutrition peut amener à une rétention d'eau, à des œdèmes aux membres inférieurs et à une insuffisance rénale. Elle peut mener à une aménorrhée chez la jeune fille et à une ostéopénie ou ostéoporose lié à une diminution des œstrogènes. (Rigaud, 2003, p. 169 à 180)

Les complications physiques de la dénutrition peuvent entraîner la mort. Au niveau cardiaque, la recherche confirme un déséquilibre des électrolytes en particulier du potassium (hypokaliémie) lié aux vomissements et à la prise de laxatifs. Le potassium est essentiel au fonctionnement des muscles et du muscle cardiaque. Si son taux est abaissé,

cela entraîne un dysfonctionnement de l'activité électrique cardiaque et donc des troubles du rythme. La déshydratation, due aux vomissements et à l'utilisation de laxatifs, déclenche une hypotension, une bradycardie et une diminution de la fréquence respiratoire. Des problèmes digestifs peuvent apparaître. L'estomac et l'intestin ralentissent leur travail et peuvent provoquer des douleurs gastriques. S'il y a une prise régulière de laxatifs, l'activité intestinale peut s'arrêter. Les vomissements risquent d'amener une œsophagite qui est une inflammation de l'œsophage ou s'ils surviennent plusieurs fois par jour à une perforation de celui-ci. Les reins ont moins de volume sanguin qui leur arrive. C'est pourquoi, il y a une diminution de la filtration rénale et une augmentation de déchets dans le sang. Cela peut amener à une insuffisance rénale. Avec une perte de poids de 15% en dessous de l'IMC, les hormones sexuelles sont perturbées, ainsi les menstruations s'arrêtent chez la femme qui devient stérile. Si cette aménorrhée dure plusieurs années, elle peut rendre cette stérilité définitive. La puberté est retardée et les caractéristiques féminines (seins) disparaissent lors de l'amaigrissement. Une perte importante de poids, qui dure plusieurs années chez la jeune fille de dix à quatorze ans, peut amener à un arrêt de croissance du squelette. L'amaigrissement provoque une fragilité des ongles et une alopécie ou perte de cheveux. Le lanugo qui est un duvet de poils, apparaît sur tout le corps. Les vomissements et l'acide gastrique endommagent la dentition. L'anorexie affecte également la régulation de la température corporelle par le cerveau, la personne anorexique a toujours froid. Des troubles du sommeil, de la concentration et de la réactivité surviennent souvent. (Huard & Vanderlinden, 2006, p. 30 à 34)

Les complications psychologiques laissent apparaître une distorsion du jugement concernant principalement l'image du corps et la surestimation des parties de celui-ci. Des conflits familiaux peuvent surgir, auxquels risquent de s'ajouter un désintérêt pour tout, une dépression voire un désir de suicide. La dénutrition empêche la personne d'exercer son travail et peut entraîner une désinsertion sociale et une dépendance financière. Des troubles obsessionnels compulsifs peuvent apparaître sur leur façon de manger. (Rigaud, 2003, p. 190 à 196) Une grande labilité émotionnelle, liée à une maigreur extrême et à des modifications biologiques, peut entraîner souvent, une baisse de sentiments positifs, une dépression, une tristesse ainsi qu'un sentiment de solitude. Durant certaines périodes, l'anxiété croît de manière significative. Du côté social, les relations diminuent avec la famille et les amis, ce qui amène à l'isolement. (Huard & Vanderlinden, 2006, p. 22, 23, 24)

## **2.2 Adolescence et apparition de l'anorexie mentale**

« Les âges de la vie », nous apprend que l'adolescence est une période susceptible à développer des comportements à risque (vitesse excessive, consommation d'alcool ou de drogues). Par ces conduites, l'adolescent recherche l'acceptation ainsi que le respect de ses pairs et l'autonomie par rapport à ses parents. (Gosselin et al., 2011, p. 247)

À l'adolescence, surviennent des changements corporels et sociaux qui peuvent être à l'origine d'un trouble du comportement alimentaire. Cependant, il y a souvent un terrain génétique propice au développement de la maladie. Les signes et les causes pendant l'enfance trouvent leur origine dans les difficultés alimentaires (alimentation sélective, chipotage, manque d'appétit) ou l'environnement social (traumatisme, abus sexuels et physiques, moqueries, importance que la société accorde aux apparences). (Hôpitaux Universitaires Genève, 2019, p. 20)

### **2.2.1 L'approche de Piaget de l'adolescence :**

Selon Piaget et les auteurs de « Les âges de la vie », l'adolescent de douze à seize ans se situerait dans la période des opérations formelles. Cette période comprend cinq caractéristiques. La première dite « du concret à l'abstrait » : l'adolescent peut émettre des propositions abstraites ou faire des hypothèses. La deuxième caractéristique est « du réel au possible » : le jeune peut réfléchir à toutes les possibilités d'une situation. La troisième, « la prévision des conséquences à long terme », le stade où l'adolescent peut en plus du reste, penser aux conséquences de ses choix ou de ses actions à long terme. La quatrième caractéristique nommée « la logique déductive », une phase où l'adolescent peut arriver à une conclusion en se basant sur ses observations ou sur ses expériences. Pour terminer, la cinquième est « la résolution des problèmes » : il est capable de trouver une solution devant un problème. (Gosselin et al., 2011, p. 253, 254, 255)

### **2.2.2 Prévention :**

La prévention primaire, qui est le premier degré de prévention, a pour but de restreindre l'incidence d'une maladie et donc diminuer l'apparition de nouveaux « cas ». La prévention secondaire, soit le deuxième degré de prévention, vise à empêcher le développement de la maladie en détectant précocement les personnes avec des caractéristiques de la maladie. Le but est donc de déceler les signes cliniques (ex : vomissements, stratégies de contrôle du poids) de la maladie et d'éviter qu'ils ne s'aggravent et deviennent véritablement un trouble du comportement alimentaire. La prévention tertiaire, le dernier degré de

prévention, consiste à réduire la prévalence des invalidités chroniques ou des récives donc à diminuer les conséquences de la maladie. Il y a quatre axes : les stratégies informatives, éducatives, intégratives et répressives.

La prévention de l'anorexie et de la boulimie en milieu scolaire peut permettre une prise en charge précoce et une meilleure guérison. Dans la prévention primaire, l'objectif principal est d'aider les adolescents à séparer les représentations corporelles des émotions et des croyances qui peuvent amener à des comportements à risque, à de la dépression, de l'anxiété et à un évitement social. Pour la prévention secondaire, il serait essentiel de former les enseignants à détecter un comportement inhabituel qui pourrait cacher un trouble du comportement alimentaire. Les points essentiels seraient une connaissance des signes d'un TCA, être attentif à certains comportements (perfectionniste, compulsif, hypersensibilité, dépressif et faible estime de soi) et aux évènements qui pourraient provoquer un stress dans la vie de l'enfant et de la famille. L'enseignant peut également donner des informations aux enfants concernant la nourriture, les images véhiculées par les médias et la diversité de l'image du corps. Il est primordial aussi de valoriser les qualités positives et intérieures des enfants. Cependant, il faut être prudent dans l'élaboration de programmes préventifs chez les adolescents car certaines informations pourraient aggraver les TCA déjà présentes. (Chabrol, 2007, p. 144 à 153)

### **2.3 Une approche pluridisciplinaire et les interventions infirmières**

Selon l'HAS, l'anorexie mentale nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. L'équipe, pour une prise en charge complète, serait composée principalement d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un diététicien ou nutritionniste, d'un pédiatre, d'un infirmier et d'un assistant social. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 58)

A l'admission en unité hospitalière psychiatrique, un infirmier de référence est attribué à chaque adolescent. Cet infirmier fera signer un contrat thérapeutique écrit dans lequel le jeune s'engage à respecter certaines règles de l'établissement (repas, poids, directives sur le séjour et la vie en communauté). Il sera également présent et à l'écoute si besoin tout au long de l'hospitalisation. (Huard & Vanderlinden, 2006, p. 156 à 159) Les visites et les sorties sont déterminées par les infirmiers. Ils doivent mettre en place une prévention des conduites de purges et d'hyperactivité, des règles autour de la pesée et des repas. Tout au long de la semaine, des ateliers thérapeutiques, organisés par des éducateurs, contribuent à l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 136, 137,138)

Les soignants doivent faire preuve de soutien, chaleur humaine, respect, empathie, honnêteté, acceptation, curiosité, humilité et flexibilité. Pour une prise en charge infirmière adaptée, il est primordial de créer une alliance thérapeutique avec l'adolescente et avec sa famille. Une confiance réciproque, entre le soignant et la patiente ainsi qu'une alliance avec la famille, sont importantes car elles favorisent l'adhésion de la personne malade aux soins. Les soignants ont aussi pour devoir d'accompagner les familles. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 136)

L'entretien motivationnel peut être également utilisé chez l'adolescent présentant un déni de la maladie. Il a pour but de mettre en évidence les contradictions, d'augmenter la confiance du patient et le faire progresser vers des stades de changement plus avancés. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 46 à 50) Les stades de changement (Figure en annexe), selon Prochaska et DiClemente, comprennent six phases. La pré-contemplation où la personne n'envisage pas de changer de comportement. La contemplation quand elle pose le pour et le contre en faisant une balance décisionnelle. La détermination lorsque la personne a pris sa décision et est prête à passer à l'action. La démarche thérapeutique, au cours de cette phase de changement, vise à apporter du soutien et de l'encouragement au patient. La maintenance est le stade de la consolidation où les tentations deviennent nombreuses et nécessitent de la prudence. Toutefois, la rechute qui n'est pas pathologique peut être nécessaire à la sortie permanente ou à la réussite du processus. (Wikipédia, 2011)

Des approches corporelles, comme des thérapies psychosensorielles (relaxation, massage relaxant, utilisation du milieu aquatique), des thérapies expressives (danse ou théâtre) ou des thérapies perceptivo-motrices (Chi Gong, tai-chi...), peuvent être proposées afin d'aider l'adolescente à accepter la confrontation au corps. Elles peuvent se faire en groupe ou en individuel. Pour se centrer sur l'image corporelle, certaines approches utilisent le miroir, la vidéo, le dessin, les photos. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 73)

### **2.3.1 Prise en charge médicale et traitements médicamenteux**

La démarche nutritionnelle est mise en place par un médecin ou un diététicien. Elle permet de diminuer le risque de mortalité. L'objectif est de fixer un poids à atteindre avec la personne anorexique. Une sonde naso-gastrique peut être mise en place si les apports pendant les repas ne sont pas suffisants. Elle empêche les vomissements et aide le malade à prendre du poids. (Rigaud, 2003, p. 219, 220, 221, 222, 226) L'objectif de la renutrition est que l'adolescente atteinte d'AM ait l'énergie et les aliments nécessaires à sa croissance et son développement. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 68)

La remédiation cognitive s'intéresse au type de traitement et de manipulation des informations plutôt qu'au contenu de la pensée. (Mouren, Doyen, Le Heuzey, & Cook-Darzens, 2011, p. 144) Elle vise à réaliser des exercices mentaux qui aident ou améliorent les stratégies cognitives du patient, en l'encourageant à changer sa pensée et en lui apportant de nouvelles stratégies mieux adaptées. La méditation en pleine conscience, appelée aussi « mindfulness », permet l'apprentissage et la pratique de techniques de méditation tout en se concentrant sur l'instant présent ainsi qu'en acceptant ses pensées et ses émotions. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 199 à 205)

La thérapie individuelle peut être proposée aussi et certains outils de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont utilisés comme des stratégies d'affirmation de soi ou de gestion des émotions. (Peretti & Bargiacchi, 2017) Les TCC ont pour cible la restructuration cognitive en se focalisant sur les croyances automatiques reliées aux aliments, à l'image corporelle et les comportements qui en découlent. Une des manières utilisées peut être le vidéo-feedback, qui est une approche axée sur le déroulement d'un repas filmé et qui permettra une analyse, après coup, impliquant le thérapeute et la personne malade. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 72) Les TCC permettent d'améliorer l'estime de soi, l'anxiété, l'image corporelle et les compétences sociales dans les TCA. (Mouren et al., 2011, p. 136,137)

Le psychiatre ou le psychologue peut utiliser la démarche psychanalytique. Elle permet à la personne malade de réfléchir sur les mécanismes et les raisons qui se cachent derrière ce trouble du comportement alimentaire. Ils peuvent venir de l'enfance, d'un manque de confiance en soi, en l'autre, d'une peur de la sexualité, de la féminité ou de réactions archaïques. Il faut également que la personne soit prête à changer le ou les comportements associés. Quand la ou les causes sont détectées, l'objectif est de trouver des ressources oubliées afin d'essayer de battre le TCA. La psychanalyse s'intéresse à l'inconscient qui est relié à l'enfance et qui apparaît parfois dans les rêves et les émotions. Cette thérapie se fait rarement pendant moins de deux ans. Cependant, cette technique peut permettre aux personnes de trouver les raisons de leur maladie sans pour autant réussir à guérir de celle-ci. (Rigaud, 2003, p. 226 à 231)

La thérapie familiale semble efficace pour l'anorexie mentale. Elle a pour but de restructurer le modèle familial, car celui-ci peut être source de dysfonctionnements et peut renforcer ou aggraver des symptômes chez l'anorexique. Elle permet également à la famille et à la fratrie de se déculpabiliser et de mieux comprendre la maladie. (Mouren et al., 2011, p. 129 à 135) L'approche Maudsley ou « Family Based Treatment » (FBT) est une thérapie familiale qui considère la famille comme étant une ressource pour la guérison de l'adolescent souffrant

d'un TCA et non sa cause. Le thérapeute peut alors donner des conseils pour la réalimentation à la maison et renforcer l'alliance entre les parents et le jeune. Ce traitement dure généralement une année et se compose de trois phases. La première concerne la période où les parents s'occupent de l'alimentation, suivie de celle où l'adolescent reprend gentiment le contrôle de son alimentation. Et le troisième stade est celui où il mange de manière indépendante et atteint plus ou moins un poids idéal. (Netgen, 2014)

Une médication peut être mise en place. Les anxiolytiques peuvent être proposés avant un repas par exemple. Les benzodiazépines sont utilisées avec prudence chez les adolescents. Le médecin recourt aux antidépresseurs si la dépression ne vient pas de la dénutrition. Les antipsychotiques atypiques sont utiles pour diminuer les préoccupations liées à la maladie et l'anxiété pendant la renutrition. (Peretti & Bargiacchi, 2017, p. 142)

### **2.3.2 Prise en charge ambulatoire ou hospitalisation**

Selon une étude sur les troubles du comportement alimentaire, la prise en charge en hôpital de jour (HDJ) psychiatrique, peut retarder une hospitalisation, faire la transition entre l'hôpital et le retour à domicile et ainsi réduire la durée du séjour. L'HDJ propose une approche psychothérapeutique en groupe avec des médiations, des aspects de psychoéducation, d'éducation nutritionnelle avec des repas thérapeutiques tout en prenant en compte les familles des jeunes. L'objectif de soins principal en HDJ est de retrouver un poids normal. Cependant, il y a des contre-indications comme le risque suicidaire, un risque médical somatique aigu ou certaines comorbidités psychiatriques. La durée de prise en charge peut aller de quatre semaines à neuf mois. (Netgen, 2015)

Dans un premier temps, selon l'HAS, les facteurs les plus importants pour déterminer le lieu de prise en charge sont la rapidité de l'amaigrissement, l'importance de la dénutrition, la présence de crise de boulimie, la fonction cardiaque et le statut métabolique. De plus, il faut prendre en compte certains critères comme le risque physique ou psychologique, la motivation, l'appui social, les comorbidités, l'âge, l'ancienneté du trouble, les préférences du patient et la disponibilité de l'endroit de la prise en charge. (Haute autorité de santé (HAS), 2010, p. 51,52)

### **3 Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Il existe plusieurs paradigmes : le paradigme positiviste ou post-positiviste dans la recherche quantitative, le paradigme interprétatif ou naturaliste dans la recherche qualitative et le paradigme pragmatique ou mixte qui reprend les deux. Le positiviste prétend qu'il existe une vérité, une connaissance objective sur le monde et vise à découvrir des lois universelles ainsi que des connaissances qui peuvent être généralisées. L'interprétatif suppose que toute connaissance est subjective, socialement construite et vise à comprendre les cas ainsi que les situations individuelles. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 26, 29)

L'utilisation, majoritairement de l'interprétatif, a permis de se préoccuper davantage, des différentes représentations des adolescents, des familles ainsi que des professionnels de la santé. Cinq études disciplinaires ont été choisies et une étude non-disciplinaire a été retenue. Parmi les six, quatre sont qualitatives et deux sont de paradigme pragmatique.

#### **3.2 Collecte des données**

Les bases de données suivantes ont été consultées : CINHALL, Pubmed et Embase. Une première analyse en mai 2018, a permis de déterminer le sujet de la revue de la littérature et de percevoir la disponibilité des études sur la question. Elles ont été examinées une deuxième fois en janvier et février 2019 de manière plus détaillée. Les périodes de publications ciblées dans les recherches sur les bases de données se situent de 2013 à 2019 ou durant les cinq dernières années. Les mots-clés en français traduits de l'anglais par MeSH (Medical Searching Heading) et les opérateurs booléens « AND » ainsi que « OR » ont facilité la délimitation de la recherche sur les bases de données. Les filtres suivants ont également été utilisés afin de restreindre le nombre d'études : « Full Text », « PDF Full Text », « Any author is Nurse ».

Les tableaux ci-dessous présentent les bases de données consultées, les mots-clés et opérateurs booléens utilisés ainsi que le nombre d'études trouvées et retenues pour cette revue de la littérature. Une étude ressort simultanément sur Pubmed et CINHALL. Au total, six études ont été choisies pour l'analyse.

A) CINHALL :

Combinaisons de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Anorexia nervosa » AND « Nursing interventions » AND « Adolescents »	0	0
« Anorexia nervosa » AND « Nurses » AND « Adolescents »	30	2
« Anorexia nervosa » AND « Nursing interventions »	5	1

B) Pubmed

Combinaisons de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Anorexia nervosa » AND « Nursing interventions »	8	1
« Anorexia nervosa » AND « Care » AND « Adolescents »	226	2

C) Embase :

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Anorexia nervosa » AND « Nursing interventions »	1	1

### 3.3 Sélection des données

Les critères d'inclusion étaient les études parlant d'anorexie mentale ou de troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes, d'interventions infirmières dans un contexte d'hospitalisation. Les dates de publication des études devaient se situer entre les années 2013 et 2019.

Les critères d'exclusion étaient les études plus anciennes que 2013, les études avec une population d'enfants, d'adultes ou une population essentiellement masculine. Cependant, deux recherches retenues s'intéressent à une population adulte. Elles ont été gardées car elles apportaient des compléments et laissaient percevoir que les interventions infirmières pourraient être utilisées auprès d'une population d'adolescentes. Les revues systématiques, les méta-analyses et les méta-synthèses ont été également exclues. Cinq études sont disciplinaires et une étude a été réalisée par des médecins. Elle a été retenue car elle prenait en compte le point de vue des parents.

Les six études de cette revue de la littérature ont été approuvées par un comité d'éthique. Trois d'entre elles ont demandé et reçu le consentement éclairé des participants ainsi que des parents pour les adolescents.

Les articles tous écrits en anglais, ont été traduits avec l'outil internet de *DeepL*. La pyramide des preuves utilisée et les études retenues pour cette revue de la littérature sont répertoriées ci-dessous.

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

Tirée de : (HAS, 2013, p. 8)

N°	Auteurs	Titre	Année	Bases de données	Niveau de preuve
1	Beukers L., Berends T., Ginkel J., Elburg A., Meijel B.	Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions	2015	Pubmed	IV
2	Sly R., Morgan J., Mountford V., Lacey J.	Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change	2013	Pubmed	II
3	Zugai J., Stein-Parbury J., Roche M.	Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting : A mixed methods study	2018	Pubmed	IV
4	Zugai J., Stein-Parbury J., Roche M.	Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective	2013	CINHAL	IV
5	Mitrofan O., Petkova H., Janssens A., Kelly J., Edwards E., Nicholls D., McNicholas F., Simic M., Eisler I., Ford T., Byford S.	Care experiences of young people with eating disorders and their parents : qualitative study	2019	Pubmed	IV

6	Sly, R., Morgan, J., Mountford, V., Sawer F., Evans, C., Lacey, J.	Rules of Engagement : Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa	2014	CINHAL	IV
---	---	---	------	--------	----

### 3.4 Analyse des données

Chacune des six études sera résumée dans un tableau de recension en Annexe I. Les articles seront également analysés individuellement dans la section « résultats ». Tout d'abord, l'étude sera décrite de manière plus détaillée. Ensuite, une partie sera dédiée à la validité méthodologique, à la pertinence clinique et à l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle. Pour finir, une synthèse des principaux résultats sera réalisée.

## 4 Résultats

### 4.1 Description de l'Etude 1

Beukers, L., Berends, T., Ginkel, J. M. de M., Elburg, A. A. van, & Meijel, B. van. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519-526. <https://doi.org/10.1111/inm.12150>

Cette étude, de devis qualitatif descriptif, a pour but d'analyser et de décrire les interventions infirmières utilisées pendant les repas, auprès d'une population d'adolescents atteints d'anorexie mentale. Cette étude a été réalisée en Hollande dans une clinique spécialisée dans le traitement des TCA et dans une unité accueillant des adolescents âgés de douze à 18 ans avec une capacité d'accueil de huit à dix patients à la fois. L'échantillonnage s'est fait par commodité en prenant les professionnels qui travaillaient et les patients hospitalisés pendant la période de l'étude. L'échantillon, pour cette recherche, comprenait neuf patients dont un exclu, car il n'avait pas donné son consentement éclairé, et huit professionnels de la santé diplômés ayant au moins un an d'expérience auprès d'adolescents atteints d'AM. La collecte de données s'est faite par enregistrements vidéo pendant les repas et durant cinq jours. Dans un premier temps, les vidéos ont été visionnées à plusieurs reprises pour avoir un premier aperçu des interventions infirmières réalisées et des interactions entre les infirmiers et les patients. Dans un deuxième temps, des vidéoclips ont été sélectionnés puis retranscrits afin de ressortir des mots codes qui refléteraient les interventions infirmières utilisées pour aider à restaurer des habitudes alimentaires saines et des poids normaux. Quatre grandes catégories ont été créées à partir de ces codes.

Les quatre catégories répondent à la question de recherche et pourraient être proposées afin d'améliorer les interventions infirmières et les programmes de formation pour les professionnels de la santé. Les résultats de cette étude supposent que des interventions et attitudes directionnelles ainsi que contrôlantes, seraient nécessaires afin que les patients puissent retrouver des habitudes alimentaires saines. Néanmoins, il est difficile pour les professionnels de la santé qui s'occupent d'adolescents atteints d'AM d'avoir à la fois une attitude directionnelle et empathique.

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

Le design qualitatif de cette étude se justifie par l'utilisation de vidéos comme support de collecte de données. L'utilisation d'enregistrements vidéo a permis de déchiffrer des interventions infirmières détaillées, des interactions entre les professionnels et les patients ainsi que d'observer et d'analyser ceux-ci à plusieurs reprises. Cette méthode de collecte de données contribue à une vision plus globale en permettant l'observation des actions entreprises par les soignants et des résultats qui en découlent chez les patients.

Pour assurer la qualité de la recherche et afin de permettre la triangulation des chercheurs, l'analyse de données a été placée sous la supervision d'un des coauteurs. Les descriptions et les interprétations, réalisées par le chercheur principal, ont été contrôlées par deux experts dans le domaine des TCA pour assurer la crédibilité des résultats. L'étude, réalisée dans une clinique possédant le label de qualité de la fondation néerlandaise des meilleurs soins de santé cliniques, reflète des résultats de soins infirmiers hautement spécialisés.

Cependant, l'approche par vidéo pourrait être source de changement dans le comportement des participants mais cet effet s'est atténué avec le temps, selon les chercheurs. L'échantillon était également de taille limitée mais l'étude a toutefois permis de détailler les interventions infirmières.

#### **4.1.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle »**

Les quatre catégories qui ressortent de l'étude sont : surveiller et instruire, encourager et motiver, soutenir et comprendre, éduquer. Afin de changer les habitudes alimentaires des patients, ils trouvaient nécessaire que les soignants soient fermes, insistent et répètent des instructions tout au long du repas. De plus, lors de ceux-ci, les patients ressentaient beaucoup de stress et d'anxiété.

L'étude suggère que ces catégories d'interventions pourraient être proposées dans les programmes d'enseignement des soins infirmiers en santé mentale. Ces connaissances permettraient aux infirmiers de mieux comprendre les comportements de ces patients vulnérables, d'être mieux préparés à prendre soin d'eux, tout en leur donnant des lignes directrices à suivre.

Malgré la crédibilité des résultats, l'étude pourrait être difficilement transférable en Suisse de par la taille limitée et le type non-probabiliste de l'échantillon.

## 4.2 Description de l'étude 2

Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors*, 14(2), 119-123.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007>

Cette étude, de cohorte prospective et naturaliste, a été réalisée au Royaume-Uni. Elle a pour objectifs d'examiner les résultats de fin de traitement obtenus par deux groupes différents, d'explorer la nature prédictive des attitudes professionnelles au moment de l'admission et d'observer si des changements dans la motivation, l'alliance ainsi que le poids au commencement du traitement pourraient modifier son cours. L'échantillon était composé de 90 participants âgés de plus de 18 ans, atteints d'AM, nouvellement admis dans quatre centres de traitement spécialisés dans les TCA. Le recrutement a duré 17 mois, de 2009 à 2010. Des questionnaires et des échelles ont été administrés aux participants à l'admission, dans la première semaine de traitement (T0) ainsi qu'après quatre semaines (T1). Ensuite, les participants ont été classés en deux groupes (T2) : 52 PTT soit ceux qui ont arrêté prématurément le traitement et 38 TCAP, ceux qui ont terminé le traitement comme prévu. Des données, concernant la durée du traitement, le poids à la sortie et le résultat du traitement, ont été recueillies (T2). Les données ont été enregistrées sur un ordinateur portable puis analysées à l'aide d'un logiciel de statistique. Différents outils statistiques ont également été utilisés : l'analyse de Kolmogorov-Smirnov, des tests de Student, des tests de Mann-Withney U et une régression logistique binominale.

Les résultats montrent clairement que les personnes qui abandonnent le traitement ont un poids plus faible et un temps de thérapie beaucoup plus court. Un gain de poids, en début de prise en charge, pourrait être un élément prédictif au succès du traitement. Aucune différence de motivation n'a été relevée entre les deux groupes de participants. Les patients, ayant ressenti un fort sentiment d'alliance thérapeutique au commencement du traitement, seraient plus susceptibles de poursuivre le traitement jusqu'à la fin.

### 4.2.1 Validité méthodologique

Le design mixte de l'étude a été choisi pour représenter la réalité du traitement de l'AM en milieu hospitalier. Pour déterminer la taille approximative de l'échantillon, un calcul par régression logistique a permis de trouver des estimations puissantes entre les variables et les résultats du traitement. Le taux de recrutement était élevé. En effet, 83 % des patients admissibles ont accepté de participer à l'étude.

L'analyse de Kolmogorov-Smirnov a été appliquée afin de tester la normalité de la dissémination entre les deux groupes de résultats. Les tests T indépendants et les tests U de Mann-Whitney ont servi pour observer les différences à T0, T1 et T2 entre les groupes PTT et TCAP. La recherche s'appuie sur la régression logistique binominale pour analyser la relation entre les paramètres d'admission, la réponse au traitement à T0 et T1 ainsi que les résultats aux traitements des deux groupes de participants.

Cependant, en ce qui concerne la motivation, la nature chronique de l'échantillon avec de faibles niveaux de motivation aurait pu influencer ces résultats.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle »**

Aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne les changements de motivation et d'alliance thérapeutique entre les groupes PTT et TCAP au cours des quatre premières semaines de traitement. Néanmoins, la recherche dévoile une différence significative pour ce qui touche le gain de poids. L'étude prétend qu'une augmentation du poids et un fort sentiment d'alliance thérapeutique, en début d'hospitalisation, augmenteraient les chances de poursuite du traitement. En se rendant compte de ces éléments prédictifs à la continuation de la démarche thérapeutique, les infirmiers pourraient donc mettre en place des interventions afin de prévenir l'arrêt de celui-ci.

Selon l'étude, un suivi à plus long terme, pour comparer l'évolution de la maladie chez les deux groupes après l'hospitalisation, aurait été nécessaire. Le transfert des résultats de l'étude pourrait être envisageable, au vu de l'importante taille de l'échantillon et le haut niveau de preuve. Cependant, l'échantillon n'était pas forcément représentatif de la population. De plus, la population était âgée de plus de 18 ans. C'est pourquoi, elle ne répond pas aux critères d'inclusion de cette revue de littérature. Néanmoins, elle peut apporter des pistes à prendre en compte avec les adolescents souffrant d'AM.

### 4.3 Description de l'étude 3

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. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>

Cette étude est de paradigme pragmatique, quantitative descriptive afin de donner une description du milieu hospitalier pour le traitement de l'AM et qualitative exploratoire pour analyser les conséquences de ce contexte sur l'alliance thérapeutique entre les infirmières et les patients. Elle a été réalisée en Australie dans trois hôpitaux publics et deux hôpitaux privés. Elle a pour but de comprendre l'influence du milieu hospitalier dans le traitement de l'AM et les implications pour l'alliance thérapeutique entre infirmières et patients. L'échantillonnage s'est fait par commodité et au total, 128 participants ont été sélectionnés pour la recherche. Au cours de la phase quantitative, des questionnaires avec des outils ou des échelles d'évaluation ont été distribués à 65 infirmières et à 63 patients. Ces instruments évaluaient le point de vue des patients sur l'alliance thérapeutique, leur satisfaction à l'égard des soins, la gravité du TCA, la qualité du climat des soins et les attitudes des infirmières par rapport à la santé mentale. Au cours de la phase qualitative, des entretiens semi-structurés ont été réalisés, jusqu'à saturation des données, auprès de 20 infirmières et 34 patients. La collecte de données pour les deux étapes a duré de mai 2014 à février 2015. Un logiciel statistique a été utilisé pour l'analyse des données quantitatives et une analyse thématique pour les données qualitatives.

Le contexte hospitalier a des implications sur la nature de l'alliance thérapeutique. Toutefois, la nature des relations thérapeutiques a des répercussions sur la qualité perçue de l'hospitalisation. Cette alliance est une approche efficace dans les établissements de soins mais s'acquiert avec du temps.

#### 4.3.1 Validité méthodologique

Le design mixte de cette étude a favorisé une triangulation méthodologique. Tout d'abord, la phase quantitative a permis de trouver l'implication du milieu hospitalier dans le traitement de l'AM et de mieux cibler la phase qualitative. Ensuite, la phase qualitative a donné l'occasion de voir plus en détails les répercussions du contexte hospitalier sur l'alliance thérapeutique entre les patients et les infirmières. La validité et la fiabilité des données ont été assurées par la triangulation des données. La collecte de données, à partir de plusieurs milieux hospitaliers, a facilité l'amélioration de la transférabilité en réduisant le risque de résultats propres à l'établissement. La cohérence interne ou alpha de Cronbach

a été calculé pour chaque instrument de mesure. Les échelles ont fait preuve d'une bonne cohérence interne, excepté pour les sous-échelles de l'ATAMHS. Le principal chercheur a mené toutes les entrevues, a analysé les données qualitatives et avait de l'expérience de ce type de recherche. Tous les scientifiques ont également vérifié l'ensemble de l'analyse.

#### **4.3.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle »**

En tenant compte des répercussions du contexte hospitalier sur l'alliance thérapeutique, les infirmières pourraient mettre en place des interventions ajustées. L'étude suggère qu'une formation structurée et une formation régulière aideraient les infirmières à modifier leur manière d'aborder les patients atteints d'AM. Dans le service de pédopsychiatrie de Sierre, des colloques interdisciplinaires sont organisés une fois par semaine afin d'aborder les situations complexes présentes dans celui-ci et de trouver des améliorations pour la prise en charge.

Les résultats de cette recherche semblaient transférables à la Suisse par sa triangulation environnementale et par sa taille conséquente de l'échantillon pour la première phase de l'étude. Cependant, l'étude a utilisé un échantillon non-probabiliste et donc, la possibilité d'un biais d'échantillonnage. C'est pourquoi, l'étude peut difficilement être généralisable.

#### **4.4 Description de l'étude 4**

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

Cette étude qualitative a été réalisée en Nouvelle-Galles du Sud en Australie. Elle a pour objectif d'examiner comment les infirmières participent au gain de poids et à une expérience positive en milieu hospitalier dans le traitement de l'AM, tout en tenant compte du point de vue et des perceptions des adolescents. L'échantillonnage était non probabiliste et téléologique. Il s'est réalisé par recrutement et pendant les heures d'ouverture d'une clinique ambulatoire. L'échantillon a regroupé huit adolescentes, âgées de douze à 18 ans, qui avaient été atteintes d'AM et qui avaient été hospitalisées dans un service pour adolescents d'un hôpital métropolitain de Sydney. Les critères d'inclusion étaient que les participants ne devaient plus être hospitalisés et qu'ils avaient récupéré un poids suffisant pour permettre des soins en consultation ambulatoire. La collecte de données s'est faite par entretiens semi-structurés enregistrés sur un dictaphone et transférés sur un ordinateur portable. Ces entrevues ont porté sur les contributions des infirmières dans la prise de poids

et sur l'amélioration de l'expérience en milieu hospitalier. Une analyse thématique a fait ressortir des entrevues trois grands thèmes.

Les participants percevaient l'efficacité de l'infirmière dans l'approche de la prise de poids, dans des interactions réfléchies et dans les relations thérapeutiques bénéfiques. Une augmentation du poids et une expérience positive de l'hospitalisation étaient associées à une bonne relation soignante. Cette étude apporte des éléments de réponse à la question de recherche et des propositions pour la pratique infirmière.

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

Cette étude qualitative semble être la manière la plus appropriée d'exposer les idées, les perceptions et les préférences en matière de soins des patients. L'analyse thématique permet de cibler les thèmes et les concepts importants qui ressortent des entrevues. L'échantillon, qui inclut uniquement des patients, permet d'avoir une vision plus objective des besoins, des ressentis des personnes soignées et d'améliorer les interventions infirmières en fonction de ceux-ci. Le chercheur principal était neutre et n'avait pas d'affiliation avec les participants, l'établissement ou le personnel de l'établissement.

Cependant, la taille de l'échantillon est limitée et les points de vue peuvent différer d'un hôpital à l'autre et d'un pays à l'autre. L'échantillonnage, de type non-probabiliste, s'est fait par recrutement et les participants ont été sélectionnés et examinés par l'équipe responsable des TCA. Par conséquent, les résultats de cette étude pourraient être biaisés.

#### **4.4.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle »**

L'étude indique que les patients préfèrent les relations solides, professionnelles avec les infirmières et que ces liens pourraient avoir des répercussions sur la prise de poids ainsi que sur la qualité de l'expérience de l'hospitalisation. Selon le point de vue des participants, l'alliance thérapeutique, entre l'infirmière et le patient, améliorerait la compliance au traitement. Etablir des relations professionnelles avec ce groupe de patients est un défi pour les infirmières. Une alliance thérapeutique efficace s'appuie sur la régulation de l'interaction et elle se construit quand l'infirmière commence à comprendre les patients atteints d'AM ainsi que leurs besoins. Les qualités requises pour le personnel soignant seraient de faire preuve de gentillesse ainsi que d'être à la fois ferme et raisonnable.

L'étude est difficilement transférable au contexte suisse de par son échantillon non-probabiliste, de taille limitée et le manque de triangulation environnementale.

## 4.5 Description de l'étude 5

Mitrofan, O., Petkova, H., Janssens, A., Kelly, J., Edwards, E., Nicholls, D., ... Byford, S. (2019). Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study. *BJPsych Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.78>

Cette étude, réalisée par des médecins en Angleterre et de design qualitatif, a pour objectif d'explorer les points de vue des patients ainsi que ceux des parents sur les aspects positifs et négatifs des soins aux jeunes souffrant de TCA. L'échantillonnage s'est fait par recrutement depuis une publicité en ligne. L'échantillon se composait de 19 jeunes âgés de seize à 25 ans, ayant souffert ou souffrant d'un TCA et onze parents de jeunes dans la même situation. La collecte de données s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire, de questions ouvertes et de groupes de discussions en ligne. Les jeunes étaient repartis en quatre groupes et les parents en deux groupes. Un modérateur établissait les règles, surveillait si des questions délicates étaient posées et rejetait les commentaires inappropriés afin qu'ils soient partagés aux autres membres du groupe. Un superviseur de discussion, qui était un membre de l'équipe de recherche, fournissait un soutien aux participants en détresse depuis une communication privée en ligne. Les réponses des participants transcrites automatiquement, ont été analysées par un logiciel à l'aide de l'analyse thématique. Des codes sont ressortis de ces transcriptions et ont fait émerger trois thèmes clés.

Les participants trouvent que les soins mettaient abusivement l'accent sur le poids et que les aspects psychologiques étaient négligés. Une réadaptation physique et psychologique seraient plus envisageables de mener à une guérison complète et de réduire le risque de rechute. La connaissance et l'expérience des professionnels sur les TCA ont été décrites comme insuffisantes. Le soutien, la motivation et l'espoir, apportés par des personnes guéries de TCA, ont été relevés comme important pour les jeunes.

### 4.5.1 Validité méthodologique

Le design qualitatif de cette étude peut amener à une meilleure compréhension de ce que les patients et les parents perçoivent comme des soins optimaux dans le traitement des TCA. L'échantillon de jeunes et de parents n'était pas lié par le milieu de traitement. La méthode de collecte de données, basée sur l'utilisation de discussions en ligne plutôt que de discussions en face à face, était préférable pour parler de sujets délicats tout en gardant l'anonymat.

Néanmoins, le recrutement peut avoir induit des expériences négatives car la plupart des jeunes avaient plus de 18 ans, étaient atteints d'un TCA depuis longtemps. Ils avaient été traités dans plusieurs services.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle »**

La prise en charge, d'un adolescent atteint d'AM, devrait prendre en compte autant les aspects psychologiques que les aspects physiques afin de conduire à une guérison et diminuer le risque de rechute. L'étude suggère nécessaire de passer d'une approche ciblée sur le poids à une approche plus globale, individualisée et cohérente. Une amélioration des connaissances sur ce TCA paraît essentielle pour diagnostiquer et intervenir précocement.

Cette étude non-disciplinaire est difficilement transférable au contexte suisse de par son échantillon limité et les modalités de recrutement qui ont pu fausser les résultats.

#### **4.6 Description de l'étude 6**

Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233-243.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>

Cette étude, de design qualitatif, a été réalisée en Angleterre. Elle avait pour objectif d'examiner les expériences des patients sur l'alliance thérapeutique, d'évaluer son importance et d'explorer les éléments qui contribuent à bâtir une alliance plus solide avec le personnel soignant. Pour se faire, l'échantillonnage s'est exécuté de manière délibérée. L'échantillon se composait de douze participants dont quatre ont refusé de participer par manque de temps ou d'envie d'y participer. Huit entretiens, auprès de femmes ayant entre 18 et 34 ans et recevant un traitement hospitalier pour l'AM, ont permis la collecte de données. Elles ont porté sur le contexte, les antécédents de traitement, les expériences de soins prodigués par les infirmières référentes, les impressions et expériences de l'alliance thérapeutique. Ces entretiens relevés à l'aide d'un enregistreur audionumérique, transcrits dans leur intégralité, ont été utilisés dans le contexte d'une analyse phénoménologique interprétative. La recherche s'est appuyée sur des analyses horizontales afin de regrouper les textes des sujets dominants et d'en faire ressortir les thèmes principaux.

Quatre catégories se sont distinguées à la fin de l'analyse. Les deux premières sont l'alliance en tant qu'expérience clé et de manière active, non passive. En effet, pour les

participantes, une solide relation avec leur infirmière de référence était indispensable pour aller mieux et le fait de se sentir impliquées activement dans leur prise en charge, semblait important pour elles. La troisième était la possibilité de parler de sujets tabous comme les comportements problématiques et les facteurs déclencheurs de l'AM. Le quatrième groupe, émergeant de cette analyse, se rattache au fait que la première impression comptait. Les participantes ont jugé importante l'apparence du personnel soignant lors de leur première entrevue.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

Les limites de l'étude ne sont pas mentionnées dans celle-ci.

Le paradigme interprétatif de l'étude s'est justifié par l'utilisation d'entretiens semi-structurés et l'utilisation de l'analyse phénoménologique interprétative. L'échantillon était de taille limitée. Cependant, il a fourni des données riches, fondées sur les expériences propres de vie personnelle des participantes. Les auteurs ont lu et relu les transcriptions plusieurs fois et indépendamment, ce qui a permis la triangulation des auteurs. L'utilisation d'analyses horizontales et la répétition des analyses ont rendu possible la réduction des biais et de ne négliger aucun thème. Les comptes rendus narratifs de l'échantillon maintiennent et élargissent les résultats des études quantitatives et qualitatives sur le sujet.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et « utilité pour la pratique professionnelle »**

L'étude suggère qu'il faudrait accorder du temps avant les séances, avec les patients. Elle relève l'importance d'organiser des journées de formation et de supervision de haute qualité. La relation entre le patient et l'infirmière devrait être réévaluée fréquemment afin d'améliorer le soutien et de trouver des interventions infirmières qui permettent de se protéger des difficultés à créer une alliance thérapeutique.

Cette étude n'est pas transférable à un contexte suisse. Son échantillon est limité et âgé de plus de 18 ans. Cependant, l'étude peut amener des pistes pour l'amélioration des interventions infirmières.

#### 4.7 Synthèse des principaux résultats

Une synthèse des principaux résultats des études sélectionnées est indispensable pour l'élaboration de correspondances entre elles et également répondre à la question de recherche.

Une étude met en évidence l'importance des attitudes et des interventions infirmières directives et contrôlantes lors des repas. Il a été démontré que les patients éprouaient beaucoup d'anxiété et de stress lors de ceux-ci. C'est pourquoi, elles sont donc nécessaires afin que les patients puissent se séparer de leurs habitudes alimentaires anorexiques. Ces attitudes doivent être appliquées tout en faisant preuve d'empathie, en encourageant les patients, en valorisant leurs efforts et en transmettant des informations sur l'anorexie mentale. (Beukers, Berends, Ginkel, Elburg, & Meijel, 2015)

Deux études prétendent que les interventions infirmières se concentrent excessivement sur la prise de poids et délaissent d'autres aspects. L'efficacité des attitudes infirmières n'était pas mesurée en fonction du degré de prise de poids mais en fonction de l'approche de celle-ci. (J. Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013) Afin d'équilibrer la prise en charge des problèmes psychologiques et physiologiques, il serait nécessaire de passer à une prise en charge plus holistique, individualisée et cohérente. (Mitrofan et al., 2019)

Par ailleurs, selon une autre étude, un gain de poids, en début de traitement, serait un élément prédictif à la poursuite de celui-ci. (Sly, Morgan, Mountford, & Lacey, 2013)

Quatre études parlent de l'importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement de l'AM. Un fort sentiment d'alliance en début de traitement serait un élément prédictif à sa poursuite. (Sly et al., 2013) Cependant, le contexte hospitalier a des répercussions sur celle-ci. (J. S. Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2017) Les relations solides entre les patients et les infirmiers auraient des implications dans la prise de poids et contribueraient à faire de l'hospitalisation une expérience positive. (J. Zugai et al., 2013) Le développement d'une relation positive avec son infirmier de référence serait un aspect central du traitement. Les premières impressions que le patient a avec son infirmier, influenceraient l'alliance thérapeutique. (Sly et al., 2014)

## 5 Discussion

### 5.1 Discussion des résultats

Tout d'abord, chez les patientes anorexiques, la renutrition est un élément important de la prise en charge. Elle permet d'éviter les complications comme les répercussions sur le plan somatique ou la mortalité et augmente les chances de guérison à long terme. (Mouren et al., 2011) Du reste, le gain de poids en début de traitement, a été considéré comme un facteur important dans la poursuite et le succès du traitement. (Sly et al., 2013)

Toutefois, les patients et les parents trouvaient que les soignants se préoccupaient trop de rétablir un poids cible en délaissant les aspects psychologiques et relationnels. (Mitrofan et al., 2019) De plus, le moment du repas apporterait du stress et de l'anxiété chez le patient atteint d'AM. (Beukers et al., 2015) Une approche prenant en compte une réadaptation physique et psychologique serait plus apte à amener vers une guérison totale ainsi que de prévenir le risque de récurrence. (Mitrofan et al., 2019)

Afin de ressentir le besoin de retrouver des habitudes alimentaires saines, les adolescents estimaient avoir besoin d'une approche structurée et d'une attitude directive de la part des infirmiers. Pour modifier leur comportement, les patients avaient également besoin que les soignants fassent preuve d'empathie, de compréhension, de soutien et d'encouragements dans leurs interventions. (Beukers et al., 2015) Les patients ressentaient le besoin de se sentir impliqués dans leur prise en charge plutôt que d'être passifs au traitement. (Sly et al., 2014) Toutefois, selon une autre étude, les adolescents jugeaient les règles concernant la prise de poids trop restrictives. Par contre, ils ont estimé raisonnable que les infirmiers appliquent les règles tout en expliquant leurs intentions et cela, en tenant compte de leur autonomie ainsi que de leur liberté. (J. Zugai et al., 2013)

Les participants de l'étude considéraient important d'avoir un soutien, organisé pour eux, par des personnes ayant vécu une situation semblable à la leur. Selon cette recherche, il serait également bénéfique d'organiser le même soutien pour les parents et la fratrie de l'adolescent atteint d'AM. (Mitrofan et al., 2019)

D'une part, une méta-synthèse démontre qu'il est essentiel pour le personnel soignant de combiner la prise en charge des aspects physiques et psychologiques. Il faudrait davantage prêter attention à l'état psychologique, émotionnel des adolescents atteints d'AM. Ce processus serait une étape vers une alliance thérapeutique. Cependant, le rôle du corps et de l'apparence physique se présenteraient comme des obstacles potentiels pour les professionnels dans la quête de la détresse interne des adolescents. De plus, il est

indispensable d'impliquer les parents dans la démarche thérapeutique chez cette population. Ils jouent un rôle clé dans la participation de leur enfant au traitement. (Sibeoni et al., 2016)

D'autre part, une autre méta-synthèse qualitative met en évidence l'importance de l'implication des parents dans le traitement de l'AM. Les adolescents estimaient que la participation des parents ou des soignants était un des aspects les plus importants du traitement. Ils trouvaient qu'il était impossible pour eux de se rétablir sans la contribution active de leurs parents. La thérapie familiale amènerait une augmentation de la qualité ainsi que de la quantité de communication, de l'honnêteté et de la compréhension face à l'anorexie mentale au sein de la famille. Toutefois, les participants ressentaient le besoin d'avoir également des thérapies individuelles car il était complexe d'aborder certaines difficultés ou questions en présence de la famille. (Medway & Rhodes, 2016)

Ensuite, le patient et les professionnels de la santé sont tous deux inclus dans la bataille contre le TCA. Apprendre à faire confiance à l'autre peut permettre de redonner confiance au malade lui-même, dans une période où les aspects physiologiques et psychologiques de la personne sont totalement bouleversés. (Rigaud, 2003, p. 211)

C'est pourquoi, l'alliance thérapeutique, entre l'infirmier et le patient, est une approche efficace dans le traitement de l'AM et se développe avec du temps. (J. S. Zugai et al., 2017) Néanmoins, une forte impression de sentiment d'alliance, en tout début d'hospitalisation chez les patients, semblerait entraîner une poursuite de traitement jusqu'à la fin. (Sly et al., 2013) Ces relations peuvent amener de la motivation et ainsi, favoriser le rétablissement. (J. Zugai et al., 2013) Une autre étude appuie le fait qu'une relation de qualité pourrait induire une progression du traitement de manière positive et qu'à l'inverse, une interaction défectueuse refléterait une absence de progression positive de traitement. (Sly et al., 2014) Les interactions, entre infirmiers et patients, amèneraient une amélioration de l'expérience en milieu hospitalier et favoriseraient la diminution de l'anxiété ainsi que la détresse liée à la prise de poids. (J. S. Zugai et al., 2017) Les patients apprécieraient les activités récréatives et sociales. Elles leur permettraient de réduire les facteurs de stress et d'améliorer leur vécu de l'hospitalisation. (J. Zugai et al., 2013)

Cependant, l'anorexie mentale en elle-même, a le pouvoir d'endommager la qualité de cette alliance thérapeutique. D'ailleurs, les infirmiers considéraient, les soins aux patients atteints d'AM, comme étant épuisants sur le plan émotionnel. La structure du milieu hospitalier influence également la nature de cette relation. (J. S. Zugai et al., 2017) De plus, la manipulation, la lutte pour le contrôle et la méfiance de l'adolescent seraient les principaux obstacles aux relations thérapeutiques. (Ramjan, 2004)

Pour finir, il a été démontré qu'il y avait une insuffisance dans les connaissances des professionnels de la santé sur la nature et la prise en charge des TCA. (Mitrofan et al., 2019) En particulier, en milieu somatique pédiatrique où les infirmiers ne sont généralement pas formés en santé mentale et ils auraient besoin d'éducation ainsi que d'un soutien organisé pour eux. (Ramjan, 2004) Fournir de l'information, sur les caractéristiques de l'AM et ses répercussions sur le comportement et les émotions des patients, est nécessaire à la compréhension de ce trouble. (Beukers et al., 2015)

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

La majorité des études utilisées était de design qualitatif. Le but de ce devis n'est pas forcément la généralisation des résultats. Cependant, certains éléments pertinents pourraient être transposés à d'autres contextes.

La triangulation environnementale, utilisée dans une étude, a permis de réduire le risque de surreprésentation des résultats propres à un établissement et d'améliorer la transférabilité. (J. S. Zugai et al., 2017) Les taux de recrutement élevés et la triangulation des méthodes de collecte, pratiqués dans une autre étude, rendent possible la généralisation des résultats à des centres de traitement s'occupant de patients atteints d'AM chronique. (Sly et al., 2013)

Le type d'échantillonnage, utilisé dans les six études, est non-probabiliste. C'est-à-dire que l'échantillon n'a pas été choisi au hasard et donc qu'il n'est pas nécessairement représentatif de la population. La possibilité d'un biais d'échantillonnage empêche la validé externe des études.

Les six études ont reçu l'approbation d'un comité d'éthique. Selon la pyramide des preuves de l'HAS, cinq études étaient de niveau de preuve IV et l'étude de cohorte était de niveau II.

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

Les études de cette revue de la littérature sont assez récentes, dont deux en 2019 et 2017. Alors que deux autres recherches, un peu plus anciennes, remontent à 2013. Les six articles sont de sources primaires. Cinq études sont disciplinaires et une autre a été réalisée par des médecins. L'étude non-disciplinaire amène le point de vue des parents. Les paradigmes interprétatif et pragmatique ont été utilisés pour cette revue de la littérature. Les articles, tous de langue anglaise, ont été traduits avec l'outil informatique *DeepL*.

Les critères d'inclusion des travaux ont été plus ou moins respectés à l'exception des échantillons de deux études qui se concentraient sur des patients adultes.

Les recherches proviennent du Royaume-Uni, d'Australie et de Hollande. Aucune de ces six études n'a été réalisée en Suisse et ainsi, la prise en charge peut différer d'un pays à l'autre et d'un hôpital à l'autre. A cause d'échantillons de taille limitée et de nature non-probabiliste, les résultats des études sont majoritairement non-transférables.

## **6 Conclusions**

Cette revue de la littérature a exposé différentes visions de la prise en charge et des interventions qui sont adéquates ou non au traitement si complexe de l'anorexie mentale. Ci-dessous, quelques pistes d'amélioration sont proposées afin de perfectionner les interventions et les attitudes infirmières auprès d'adolescentes en milieu hospitalier.

### **6.1 Propositions pour la pratique**

En Suisse, la prise en charge des TCA se passe généralement dans des services distincts en hospitalier ou en ambulatoire.

Pour le Valais, il existe le service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Sierre disposant d'une capacité d'accueil de dix lits. Cette unité reçoit des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans et procède avec une prise en charge systémique. Un infirmier de référence est attribué à chaque jeune dès son entrée. Des entretiens de famille et individuels sont organisés tout au long de la semaine. Les repas, pour les personnes atteintes de TCA, sont aménagés dans une salle à l'écart des autres jeunes, en présence d'un infirmier. Des repas thérapeutiques sont également planifiés avec la diététicienne et les parents. Parfois, des surveillances post-prandiales sont nécessaires afin de prévenir les comportements compensatoires comme les vomissements ou l'hyperactivité physique. Dans ce service, la diététicienne s'occupe de tout ce qui tourne autour de la renutrition, et donc plus du côté somatique. Les infirmiers, quant à eux, s'occupent des aspects psychologiques. Une psychomotricienne travaille sur l'image du corps et l'expression des émotions. La prise en charge est pluridisciplinaire et ne semble pas être fondée que sur la renutrition ainsi que la prise de poids. (B. Rukakaza, communication personnelle [Entretien], 13 juin 2019)

Dans le canton de Vaud, le centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) dispose d'un centre, l'ABC, pour personnes atteintes d'anorexie/boulimie dès l'âge de treize ans avec un espace ambulatoire et un espace hospitalier comprenant seize lits.

A Genève, la clinique Belmont accueille également, en programme de jour ou en soins ambulatoires, des adolescents à partir de quatorze ans souffrant de troubles ou d'addictions, tout en incluant l'accompagnement des parents.

En France, la clinique des Vallées dispose d'un service de pédopsychiatrie, accueillant des adolescents de douze à 18 ans, avec différentes thérapies et une approche pluridisciplinaire.

Les études révèlent qu'il y a un manque de connaissances sur les TCA chez les parents et qu'il serait utile d'avoir un soutien apporté par d'autres jeunes ou parents de jeunes ayant vécu des situations semblables. C'est pourquoi, les collaborateurs du CHUV animent des séances d'information sur divers thèmes concernant les adolescents dont les TCA. Ces assemblées ont lieu sur demande et sont accessibles à tout public. L'association anorexie boulimie (ABA), à Lausanne, organise des rencontres, chaque mois, entre des personnes souffrant de TCA ainsi que leurs proches. Il serait profitable d'avoir une association comme celle-là en Valais afin d'améliorer le soutien en dehors de l'hôpital et les connaissances sur les TCA pour les jeunes atteints d'AM, la fratrie et leurs parents.

## **6.2 Propositions pour la formation**

Une proposition serait la formation en santé mentale pour les infirmiers travaillant dans des services hospitaliers pédiatriques car ils accueillent régulièrement des jeunes atteints de TCA.

Pendant la formation à la haute école spécialisée (HES) en soins infirmiers de Sion, les troubles de comportements alimentaires sont évoqués brièvement lors d'un module de santé mentale. Une autre proposition serait donc de les aborder plus en profondeur avec les interventions infirmières à mettre en place ou de les inclure dans le module de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille en première année de formation.

Il n'existe pas de « Certificate of Advanced Studies » (CAS) en troubles du comportement alimentaire en Suisse. Cependant, il y a un CAS en psychiatrie à la HES en soins infirmiers de Sion qui aborde les TCA et les attitudes professionnelles à adopter face à ceux-ci.

Dans le canton de Vaud, le CHUV planifie des colloques de formation tous les jeudis pour les collaborateurs intéressés par la santé des adolescents. L'université de Lausanne (UNIL) propose une formation continue en santé des adolescents pour les professionnels de la santé et cela chaque année pendant deux jours. Un CAS en santé mentale et psychiatrie sociale est accessible au CHUV.

Dans le canton de Genève, il existe un « Diploma of Advanced Studies » (DAS) en psychiatrie clinique et santé mentale, un CAS en psychiatrie clinique ainsi qu'un CAS en santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille disponibles aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

### **6.3 Propositions pour la recherche**

Tout d'abord, la majorité des études, choisies pour cette revue de la littérature, a comme limite un échantillon de taille restreint et sont de design qualitatif. Il serait donc nécessaire de réaliser des études quantitatives sur le sujet à plus grande échelle avec des échantillons probabilistes afin d'améliorer la généralisation des interventions. Le niveau de preuve des études est également peu élevé. Il serait donc intéressant de faire des études avec un meilleur niveau de preuve comme des méta-synthèses, des méta-analyses ou des revues systématiques, ce qui permettrait l'amélioration de la validité externe.

De plus, il faudrait également réaliser des recherches similaires dans d'autres contextes, avec d'autres tranches d'âge afin d'élargir et de synthétiser les données.

Pour finir, il serait pertinent de faire une étude sur les implications du sexe, des caractéristiques démographiques et des TCA dans les relations entre les infirmiers et les patients.

## 7 Références bibliographiques

- Anorexie mentale | Inserm - La science pour la santé. (2014). Consulté 4 décembre 2018, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- Beukers, L., Berends, T., Ginkel, J. M. de M., Elburg, A. A. van, & Meijel, B. van. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519-526. <https://doi.org/10.1111/inm.12150>
- Chabrol, H. (2007). *Troubles du développement psychologique et des apprentissages : Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.
- Cook-Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse: érès.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C., & Pull-Erpelding, M.-C. (2016). *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Duverger, P., Malka, J., Goeb, J., Corcos, M., Vidailhet, C., & Sibertin-Blanc, D. (2008). *Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence*. Consulté à l'adresse <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/20.%20TDCA%20ADO%203-42.pdf>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème édition). Montréal: Chenelière Education.
- Gosselin, F., Bee, H., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie : Psychologie du développement humain* (4e édition). Québec: ERPI.
- HAS. (2013). *Haute Autorité de Santé - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux)

- Haute autorité de santé (HAS). (2010). *Recommandations de bonne pratique : Anorexie mentale : prise en charge*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2019, mars). *Pulsations*.
- Huard, J.-M., & Vanderlinden, J. (2006). *Vaincre l'anorexie mentale* (2e édition). Bruxelles: de boeck.
- Lacombe, M., Pradel, J.-L., & Raynaud, J.-J. (2009). *Dictionnaire médical à l'usage des IDE* (3e édition). Paris: Lamarre.
- Medway, M., & Rhodes, P. (2016). Young people's experience of family therapy for anorexia nervosa: a qualitative meta-synthesis. *Advances in Eating Disorders*, 4(2), 189-207. <https://doi.org/10.1080/21662630.2016.1164609>
- Mitrofan, O., Petkova, H., Janssens, A., Kelly, J., Edwards, E., Nicholls, D., ... Byford, S. (2019). Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study. *BJPsych Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.78>
- Mouren, M.-C., Doyen, C., Le Heuzey, M.-F., & Cook-Darzens, S. (2011). *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant : du nourrisson au pré-adolescent*. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson.
- Netgen. (2014). Prise en charge d'adolescents souffrant d'anorexie mentale : le rôle des parents, une approche basée sur l'évidence. Consulté 15 avril 2019, à l'adresse Revue Médicale Suisse website: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-412-413/Prise-en-charge-d-adolescents-souffrant-d-anorexie-mentale-le-role-des-parents-une-approche-basee-sur-l-evidence>
- Netgen. (2015). Troubles du comportement alimentaire et prise en charge en hôpital de jour psychiatrique. Consulté 4 décembre 2018, à l'adresse Revue Médicale Suisse website: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-461/Troubles-du-comportement-alimentaire-et-prise-en-charge-en-hopital-de-jour-psychiatrique>

- OFSP, O. fédéral de la santé publique. (2010). Troubles alimentaires. Consulté 15 avril 2019, à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). *Sciences directs Cim-10: Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Issy-les-Moulineaux Cedex: Masson.
- Peretti, N., & Bargiacchi, A. (2017). *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>
- Rigaud, D. (2003). *Anorexie, boulimie et compulsions: Les troubles du comportement alimentaire*. Saint-Amand-Montrond: Marabout.
- Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradère, J., & Revah-Levy, A. (2016). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006>
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors*, 14(2), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007>
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233-243. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>
- Wikipédia. (2011). *Modèle transthéorique de changement*. Consulté à l'adresse [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Transtheoretical\\_model\\_french.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Transtheoretical_model_french.svg)

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. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

## 8 Annexe

### 8.1 Annexe I : Tableaux de recension des études

Etude 1 : Beukers, L., Berends, T., Ginkel, J. M. de M., Elburg, A. A. van, & Meijel, B. van. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519-526. <https://doi.org/10.1111/inm.12150>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitative descriptive	9 patients et 8 professionnels de la santé	Analyser et décrire les interventions infirmières utilisées chez les adolescents atteints d'AM pendant les repas.	Comportement alimentaire	Enregistrements vidéo pendant 3 repas par jour et durant 5 jours	Dans un premier temps, l'enquêteur a visionné à plusieurs reprises l'ensemble des vidéos. Ensuite, des vidéoclips pertinents ont été sélectionnés concernant les interventions infirmières et les interactions avec les patients. Ils ont été retranscrits mot pour mot et le comportement non-verbal a été décrit.	4 catégories d'interventions infirmières sont ressorties de l'analyse :
<b>Niveau de preuve</b> IV	<b>Echantillonnage</b> Non probabiliste : échantillon de commodité avec les professionnels qui travaillaient et les patients qui étaient hospitalisés au moment de l'étude	<b>Question de recherche</b> Quelles interventions, visant à rétablir un comportement alimentaire normal, les professionnels de la santé d'un centre spécialisé dans les TCA, utilisent-ils à l'heure des repas pour les adolescents atteints d'AM ?	Interventions infirmières	<b>Ethique</b> Consentement éclairé donné par les professionnels, les parents et les patients (excepté 1 patient).	plusieurs reprises l'ensemble des vidéos. Ensuite, des vidéoclips pertinents ont été sélectionnés concernant les interventions infirmières et les interactions avec les patients. Ils ont été retranscrits mot pour mot et le comportement non-verbal a été décrit.	<u>Surveiller et instruire</u> : Les infirmiers observaient les patients pendant les repas, ils vérifiaient s'ils suivaient les conseils nutritionnels ainsi que les règles alimentaires. <u>Encourager et motiver</u> : Les professionnels encourageaient les patients en évoquant les conséquences négatives de ne pas manger et positives de manger en fixant des objectifs réalisables.
<b>Paradigme</b> Interprétatif	<b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b> <u>Professionnels</u> : avoir un diplôme d'infirmier, avoir au moins 1 an d'expérience auprès des patients atteints d'AM, travailler au moins 24h par semaine  Patients : être âgés entre 12 et 18 ans, avoir un diagnostic d'AM	<b>Hypothèses</b> Non mentionnées dans l'étude  <b>Variables</b> Pas d'hypothèses	Adolescents	Etude approuvée par le comité d'éthique médicale néerlandais	Logiciels Transana : logiciel d'analyse qualitative de données vidéo et audio	<u>Soutenir et comprendre</u> : Les soignants comprenaient le stress et l'anxiété des patients quand ils étaient confrontés à des conseils nutritionnels. Ils les encourageaient à communiquer et non à se retirer dans leur monde intérieur. Des patients partiellement guéris participaient aux repas et permettaient le partage d'expériences. <u>Eduquer</u> : Les professionnels ont donné des informations sur les caractéristiques de l'AM et les effets de celle-ci sur le comportement et les émotions. <b>Conclusions</b> Les 4 catégories d'interventions ont été combinées à une attitude d'orientation, de contrôle tout en faisant preuve d'empathie et de compréhension. Aider les adolescents atteints d'AM à retrouver un comportement alimentaire normal nécessite un traitement et des compétences infirmières spécialisées. <b>Limites de l'étude</b> L'approche vidéo pourrait entraîner une modification dans le comportement des personnes filmées et la taille limitée de l'échantillon.

Etude 2 : Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors*, 14(2), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Cohorte prospective et naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve</b> II</p> <p><b>Paradigme</b> Pragmatique ou mixte</p>	<p>90 participants qui étaient de nouvelles admissions dans 4 centres de traitement de TCA au Royaume-Uni</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Recrutement pendant 17 mois entre 2009 et 2010</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Avoir un diagnostic confirmé d'AM, un IMC d'admission inférieur à 17.5, être physiquement et mentalement capable de compléter les mesures de l'étude et avoir plus de 18 ans.</p>	<p>Etudier l'abandon du traitement de l'AM et les rôles de la motivation, de l'alliance et du changement de comportement au cours des quatre premières semaines en milieu hospitalier.</p> <p><b>Question de recherche Non formulée dans l'étude</b></p> <p>Quelles sont les attitudes prédictives qui conduisent à un arrêt ou à une continuation du traitement ?</p> <p><b>Hypothèses</b></p> <p>La motivation, l'alliance thérapeutique ou le changement de poids au début du traitement pourraient être des facteurs prédictifs dans l'arrêt (PTT) ou la continuation du traitement. (TCAP).</p> <p><b>Variables</b></p> <p>La motivation</p> <p>L'alliance thérapeutique</p> <p>Le changement de poids</p>	<p>Traitement hospitalier</p> <p>Abandon du traitement</p> <p>Motivation</p> <p>Alliance thérapeutique</p> <p>Changement de comportement</p> <p>Anorexie mentale</p>	<p>Questionnaires d'admission dans les 7 premiers jours (T0) puis 4 semaines de traitement plus tard (T1). Les patients ont été classés dans 2 groupes (T2) : les PTT (arrêt prématuré du traitement) et les TCAP (traitement terminé comme prévu).</p> <p>Questionnaires démographiques (sexe, origine ethnique, épisodes de traitement antérieurs)</p> <p>Questionnaires et échelles employés qui mesurent :</p> <p><u>ANSOCQ</u> : l'état de préparation d'un patient à l'AM</p> <p><u>WAI-S</u> : l'alliance globale avec l'infirmière principale</p> <p><u>EDE-q</u> : la pathologie alimentaire</p> <p><u>MPCS</u> : degré de coercition perçu à l'égard du ttt et sur la liberté de choix.</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>Etude approuvée par le comité de recherches pertinent (équivalent de Institutional Review Boards)</p>	<p><b>Avec le logiciel de statistique</b></p> <p>Régression logistique binominale, l'analyse de Kolmogorov-Smirnov, des tests de Student, des tests U de Mann-Withney</p> <p><b>Logiciels</b></p> <p>Logiciel statistical Package for social scientists (SPSS) V.18.0</p>	<p>Le taux d'abandon du traitement était en moyenne de 57.8% (52) et 42.2% (38) ont terminé le traitement. Les patients, ayant interrompu le traitement prématurément, ont présenté un IMC et un gain de poids inférieurs à ceux ayant terminé le traitement.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Les premières impressions de l'alliance thérapeutique prédisent les résultats de manière significative. Les patients, qui présentaient un fort sentiment d'alliance avec leur infirmière de référence au début du traitement, étaient plus susceptibles d'aller jusqu'au bout de leur traitement.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>La nature chronique de l'échantillon.</p> <p>Il faudrait examiner plus en détails les différences entre les deux groupes et avoir un suivi à plus long terme après l'hospitalisation.</p>

Etude 3 : 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. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif descriptif (phase 1)	Phase 1: 65 infirmières et 63 patients	Comprendre le contexte du milieu hospitalier pour le traitement de l'AM et les implications pour l'alliance thérapeutique entre infirmières et patients.	Infirmières Patients	Réalisée entre mai 2014 et février 2015	Phase 1 : données quantitatives ont été saisies dans le logiciel de statistique	Anorexie mentale, sabotage pathologique :
Qualitatif exploratoire (phase 2)	Phase 2: 20 infirmières et 34 patients	Question de recherche	Anorexie mentale	Phase 1 : les participants ont répondu à des questionnaires avec utilisation de cinq outils ou échelles d'évaluation pour mesurer :	Alpha de Cronbach	Les patients étaient anxieux et ambivalents quant à la prise de poids et interprétaient les mesures thérapeutiques comme disciplinaires ou punitives. Les infirmières se sentaient démoralisées car leurs efforts étaient souvent sabotés par un comportement manipulateur.
Niveau de preuve	Echantillonnage	Non formulée dans l'étude	Alliance thérapeutique	I-TAS : la force de l'alliance thérapeutique du point de vue du patient	Phase 2 : une analyse thématique a été faite avec codage	Le rôle des soins infirmiers :
IV	Par choix raisonné (phase 1) et par choix raisonné et en réseau (Phase 2). Personnes recrutées dans 6 services de 3 hôpitaux publics et 2 hôpitaux privés	Qu'elles peuvent être les répercussions du contexte hospitalier sur l'alliance thérapeutique entre les infirmières et les patients ?	Hospitalisation	CAT : la satisfaction du patient à l'égard des soins	Logiciels	Le rôle de professionnel des infirmières ont permis d'établir des relations étroites avec les patients avec un sentiment de sécurité et de sûreté.
Paradigme	Critères d'inclusion et d'exclusion	Hypothèses		EDE-Q : la gravité du comportement et des cognitions liés aux TCA	Logiciel de statistique SPSS Version 22.0 (IBM, 2013)	Position de proximité et sentiment de sécurité :
Pragmatique ou mixte	Patients : Avoir plus de 12 ans, hospitalisé au moins 1 semaine dans le service pour traitement AM Infirmières : Travailler dans un service avec programme spécialisé dans l'AM/ Accepte toutes désignations ou niveaux d'expériences	Variables		ATAMHS-33 : les attitudes infirmières en matière des soins de santé mentale		Les patients pouvaient compter sur le soutien interpersonnel et affectif des infirmières en toute sécurité.
				EssenceCES : la qualité du climat des patients hospitalisés dans les établissements de soins de santé mentale.		Les lacunes de l'hospitalisation :
				Phase 2 : entretiens semi-structurés avec patients et infirmières		La faible satisfaction à l'égard des soins a été attribuée à l'intimité inadéquate du milieu hospitalier avec un manque de protection de la vie privée.
				Ethique		Conclusions
				Chaque participant a été volontaire.		Le contexte hospitalier est spécifique et a des répercussions sur l'alliance thérapeutique. Une formation structurée et une formation régulière aideront les infirmières à modifier leur manière d'aborder les patients atteints d'AM.
				Pour la phase 1, un consentement oral a été donné. Pour la phase 2, le consentement écrit et éclairé a été donné par les participants et les parents. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique (HREC).		Limites de l'étude
						La taille modeste de l'échantillon pour la phase 1.
						Risque de surreprésentation de patients ou d'infirmières avec points de vue très positifs ou très négatifs car les participants ont choisi eux-mêmes de participer à l'étude.

Etude 4 : Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Journal of Clinical Nursing, 22(13-14), 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	8 adolescentes	Etablir comment les infirmières participent au gain de poids et à une expérience positive en milieu hospitalier pour les adolescents atteints d'AM en tenant compte de leur point de vue et perceptions.	Expériences subjectives Adolescents Anorexie mentale Infirmières	8 entretiens semi-structurés enregistrés sur un dictaphone puis transférés sur un ordinateur portable  Les entrevues portaient sur les contributions des infirmières dans la prise de poids et l'amélioration de l'expérience du patient hospitalisé.	Analyse thématique pour déterminer les thèmes et les concepts qui découlent des interviews.  <b>Logiciels</b> Non mentionnés	3 grands thèmes ont été dégagés.  Assurer la prise de poids :  Les infirmières facilitaient la prise de poids en veillant au respect des habitudes alimentaires et physiques prescrites. Il était important, pour le rétablissement de l'adolescent, d'abandonner le contrôle de l'alimentation et de l'exercice physique.  Maintenir un milieu thérapeutique :  Les infirmières devraient appliquer les règles en tenant compte de l'intention plutôt qu'une approche rigide (punitive selon les adolescents). Des soins infirmiers attentifs et réfléchis sont considérés comme essentiels.  La relation infirmière :  La nature des interactions entre l'adolescent et l'infirmière a des répercussions importantes sur la prise de poids, la qualité de l'expérience du patient hospitalisé ainsi qu'elles peuvent inspirer la motivation et l'adhésion thérapeutique.
Niveau de preuve IV	Recrutement pendant les heures d'ouverture de la clinique externe, où les participants potentiels ont été approchés par un membre de l'équipe des TCA. Les participants et leurs parents ont reçu l'information et ont été dirigés vers le chercheur principal s'ils étaient intéressés à participer à l'étude.	<b>Question de recherche</b> Qu'est-ce que les patients atteints d'anorexie mentale perçoivent comme étant des soins infirmiers efficaces ?		<b>Ethique</b> Étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains universitaire et par celui de l'hôpital choisi (HREC).  Consentement éclairé de tous les participants, parents ou tuteurs.  Pseudonymes attribués.		<b>Conclusions</b> L'alliance thérapeutique contribue positivement aux soins. L'efficacité perçue de la pratique infirmière n'étant pas mesurée par le degré de prise de poids mais par l'approche de la prise de poids. Une interaction réfléchie et opportune est le fondement d'une approche efficace.  <b>Limites de l'étude</b> Taille limitée de l'échantillon (8) / Points de vue différents d'un hôpital à l'autre et d'un pays à l'autre / Pas de perception d'hommes mais que de femmes / Résultats éventuellement biaisés car échantillon examiné et sélectionné / Entrevues faites pendant les heures d'ouvertures de la clinique externe, la relation de dépendance entre le participant et l'équipe soignante a pu influencer les résultats. Presque tous les participants ont été interviewés en même temps qu'ils ont accepté de participer. Ils n'ont donc pas eu beaucoup de temps pour réfléchir à leurs réponses.
Paradigme Interprétatif	<b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b> Adolescents (filles ou garçons → seulement des filles ont répondu), avoir entre 12 et 18ans  Avoir été hospitalisés dans hôpital métropolitain de Sydney en Nouvelle-Galles du Sud dans un service pour adolescents par le passé et ayant repris du poids permettant d'être soigné en consultation externe.	<b>Hypothèses</b> Non mentionnées  <b>Variables</b> Pas d'hypothèses				

Etude 5 : Mitrofan, O., Petkova, H., Janssens, A., Kelly, J., Edwards, E., Nicholls, D., ... Byford, S. (2019). Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study. *BJPsych Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.78>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte de données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	19 jeunes et 11 parents	Explorer les points de vue des patients et des parents sur les aspects positifs ou négatifs des soins aux jeunes souffrant de TCA	Anorexie mentale Boulimie mentale Soignants Soins Parents Patients TCA	Les participants ont répondu à des questionnaires en ligne sur données démographiques et services de santé utilisés pour traiter le TCA.  Groupes de discussion en ligne entre 4 groupes de jeunes et 2 groupes de parents avec présence d'un modérateur.  Chaque groupe avait un superviseur.	Les transcriptions ont été générées automatiquement et analysées par thème avec le logiciel  Après lectures et relectures, il y a eu une identification et un étiquetage de codes pour chaque transcription, une disposition de codes en thèmes et un résumé des thèmes.	3 thèmes clés ont été identifiés :  Soins précoces, holistiques, individualisés et cohérents :  Des soins, axés sur la prise de poids physique mais aussi sur le bien-être psychologique, relationnel et l'émotionnel, permettraient le développement d'une identité saine.  Améliorer les connaissances des TCA et l'attitude des professionnels envers les patients/ les familles  Il a été démontré dans l'étude qu'il y avait une insuffisance dans les connaissances sur la nature et la prise en charge des TCA chez les différents professionnels de la santé.  Améliorer le soutien des pairs et des familles  Pouvoir parler à quelqu'un qui a vécu une expérience semblable permettrait aux participants de mieux comprendre les TCA et de trouver de la motivation/de l'espoir. Ce soutien serait également bénéfique pour les parents et la fratrie.
Niveau de preuve IV	<b>Echantillonnage</b>  Non probabiliste  Recrutement par Beat (=organisation caritative nationale britannique pour TCA) en utilisant une publicité en ligne	<b>Question de recherche</b>  Non formulée dans l'étude  Quelles sont les points positifs et négatifs des soins aux jeunes atteints de TCA ?				
Paradigme Interprétatif	<b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b>  <u>Jeunes</u> : avoir entre 16 et 25 ans, souffrir ou avoir souffert d'un TCA  <u>Parents</u> : avoir un enfant entre 16 et 25 ans qui souffre ou a souffert d'un TCA  <u>Les deux</u> : avoir été en contact avec les services de santé pour traitement de TCA	<b>Hypothèses</b>  Pas d'hypothèse.  <b>Variables</b>  Pas de variables		<b>Ethique</b>  Etude approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'école de médecine de l'université d'Exeter  Anonymat préservé	<b>Logiciels</b>  <b>Logiciel Chat Blazer</b>  Logiciel Nvivo	<b>Conclusions</b>  Les jeunes et les parents ont mis en évidence des limites dans la prise en charge de patients atteints de TCA. Une approche de traitement individualisée, qui aborde la réadaptation physique et psychologique, est plus susceptible de conduire à une guérison complète et de minimiser le risque de rechute qu'une approche essentiellement axée sur le poids.  <b>Limites de l'étude</b>  Le recrutement peut avoir faussé la perspective vers une expérience négative car la majorité des jeunes étaient âgés de plus de 18 ans, ils étaient atteints de TCA depuis un long moment, avaient été traités dans différents services et leur réponse au traitement était sûrement faible.

Etude 6 : Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233-243. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	12 patients ont été approchés mais 4 participants ont refusé d'y participer.	Examiner les expériences sur l'alliance thérapeutique, d'évaluer son importance et explorer les éléments qui contribuent à bâtir une alliance plus solide avec le personnel soignant	Expériences Alliance thérapeutique Milieu hospitalier Anorexie mentale	Entrevues semi-structurées enregistrées audio-numériquement et transcrites dans leur intégralité. Ces entretiens portaient sur le contexte, les antécédents de traitement, les expériences de soins prodigués par les infirmières de référence, les impressions et les expériences sur l'alliance thérapeutique.	Le cadre d'analyse phénoménologique interprétative a été utilisé afin de recueillir des données riches sur les expériences personnelles des patients.  Les chercheurs lisent et relisent les transcriptions individuellement afin de dégager les thèmes principaux. Les définitions des thèmes ont été affinées avec une relecture d'un échantillon aléatoire des transcriptions pour évaluer la validité conceptuelle. Des analyses horizontales ont été réalisées pour regrouper les textes par thèmes. La répétition des analyses ont permis de réduire les biais et de ne pas négliger un thème principal.	4 catégories sont ressorties : Alliance en tant qu'expérience clé : Elle est importante pour permettre une expérience positive du traitement et faciliter celui-ci. Active et non passive : Les participantes avaient besoin de se sentir impliquées dans leur prise en charge. Discussion taboue : La possibilité de pouvoir parler des comportements et des facteurs déclenchants de l'AM était importante pour elles. La première impression compte : Le premier entretien avec l'infirmière de référence est important pour la formation d'une alliance thérapeutique solide.
<b>Niveau de preuve</b> IV	8 femmes (de 18 à 34 ans) ont participé à l'étude.	<b>Question de recherche</b>				
<b>Paradigme</b> Interprétatif	<b>Echantillonnage</b> Délibéré  Recrutement de patients dans un service national de traitement des TCA	Non formulée dans l'étude  Quels sont les éléments ou interventions qui contribuent à une solide alliance thérapeutique avec le personnel soignant ?				
	<b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b>  Être en cours de traitement hospitalier pour anorexie mentale	<b>Hypothèses</b> Non mentionnées  <b>Variables</b> Pas d'hypothèses		Ethique  Étude approuvée par les organismes pertinents d'examen éthique	<b>Logiciels</b>  Pas de logiciels mentionnés dans l'étude	<b>Conclusions</b>  Cette étude démontre que le développement d'une alliance thérapeutique est un élément clé du traitement mais que c'est un processus difficile. Le rôle de l'infirmière dans le traitement des TCA est complexe. Il serait important d'accorder du temps avant les séances avec le patient et d'organiser des plages de formation et de supervision de haute qualité.  <b>Limites de l'étude</b>  Les limites de l'étude ne sont pas mentionnées.  Taille limitée de l'échantillon et échantillon non-probabiliste.

## 8.2 Annexe II : Glossaire méthodologique

Analyse phénoménologique interprétative : « Approche permettant au chercheur d'explorer l'expérience de participants, le sens qu'ils donnent à leur expérience et les mécanismes psychologiques sous-jacents. » (Antoine & Smith, 2017)

Base de données : « Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Biais : « Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Biais d'échantillonnage : « Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Cadre de référence ou cadre conceptuel : « Brève explication fondée sur l'agencement logique d'un ensemble de concepts et de sous-concepts liés entre eux et réunis en raison de leur affinité avec le problème de recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Cadre théorique : « Brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

CINAHL : « Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Codage : « Procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte de données afin d'en faciliter le traitement. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Code : « Symbole ou abréviation utilisé pour désigner des mots ou des phrases dans les données. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Coefficient alpha de Cronbach : « Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Collecte des données : « Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Comité d'éthique de la recherche : « Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Concept : « Abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Consentement : « Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable le consentement doit être libre, éclairé et continu. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Crédibilité : « Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Critères de sélection : « Liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Devis : « Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Echantillon : « Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Echantillonnage : « Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Echantillonnage non probabiliste : « Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Echantillonnage probabiliste : « Choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Entrevue semi-dirigée : « Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Etude de cohorte prospective : « Etude qui implique un groupe de personnes exposées à des facteurs de risque d'un phénomène et suivi pendant une période déterminée. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Etude descriptive qualitative : « Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans faire appel à une méthodologie qualitative particulière. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Fiabilité : « Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

Fidélité : « Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

Hypothèse de recherche : « Affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

Méta-synthèse : « Démarche rigoureuse qui englobe les résultats d'une série d'études qualitatives afin d'accroître la transférabilité des résultats vers la pratique. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Opérateurs logiques ou booléens : « Termes (ET, OU, SAUF ; AND, OR, NOT) qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

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 & Gagnon, 2016, p. 502)

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 & Gagnon, 2016, p. 503)

Recherche quantitative : « Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Recrutement : « Démarche entreprise auprès de participants potentiels en vue de constituer un échantillon répondant à des critères de sélection pour prendre part à un projet de recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Régression logistique : « Procédure de régression qui permet d'analyser des relations entre plusieurs variables indépendantes catégorielles et une variable dépendante catégorielle et qui remplace la régression linéaire en présence d'une variable dépendante dichotomique. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Saturation des données : « Moment dans la collecte de données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène de l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Source primaire : « Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Test d'hypothèse (ex : Test de Kolmogorov-Smirnov) : « Procédure d'inférence statistique qui permet de choisir, non sans risque de se tromper, entre deux hypothèses, l'hypothèse nulle (H0) et l'hypothèse de recherche (H1), à partir d'échantillons aléatoires. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Test t ou test de Student : « Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Test U de Mann-Withney : « Test non paramétrique utilisé pour déterminer s'il existe une relation entre deux groupes quand une variable est dichotomique et que l'autre est à l'échelle ordinale. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 429)

Transférabilité : « Critères servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Triangulation : « Stratégies de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions variables à propos d'un même phénomène. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Validité : « Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Validité externe : « Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable : « Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

### 8.3 Annexe III : Glossaire général

Aménorrhée : « Absence des menstruations » (Lacombe, Pradel, & Raynaud, 2009, p. 28)

Bradycardie : « Ralentissement du rythme cardiaque à moins de 60 pulsations par minute. » (Lacombe et al., 2009, p. 94)

Cortisol : « Hormone glucocorticoïde naturelle sécrétée par les glandes surrénales qui augmente lors des stress ou des agressions, notamment infectieuses. » (Lacombe et al., 2009, p. 162)

Hyperphagie : « Ingestion d'une quantité excessive d'aliments. » (Lacombe et al., 2009, p. 334)

Hypotension : « Baisse de la pression artérielle systolique (maximale) en dessous de 100 mm Hg. » (Lacombe et al., 2009, p. 339)

Indice de masse corporelle (IMC) : « Index pondéral égal au quotient du poids du sujet, en kilogrammes, et du carré de sa taille exprimée en mètres. » (Lacombe et al., 2009, p. 348)

Lanugo : « Fin duvet recouvrant la peau du fœtus et qui disparaît pratiquement chez le nouveau-né à terme. » (Lacombe et al., 2009, p. 384)

Ostéopénie : « Diminution de la masse osseuse. » (Lacombe et al., 2009, p. 494)

Ostéoporose : « Déminéralisation squelettique avec raréfaction de la trame de l'os, se traduisant par des douleurs et une impotence. » (Lacombe et al., 2009, p. 494)

Sérotonine : « Neuromédiateur cérébral présent dans la plupart des tissus de l'organisme. » (Lacombe et al., 2009, p. 644)



