

***Les facilitateurs et les obstacles à l'alliance
thérapeutique dans la prise en soins de
patientes souffrant d'anorexie***

Travail de Bachelor

Oscar Rebon Valencia

N° 16-872-814

Directrice : Fabienne Terraneo – Maître d'enseignement – HeDS Genève

Genève, le 12 août 2020

DÉCLARATION

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

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

Fait à Genève, le 24.08.20

Oscar Rebon Valencia

Signez la déclaration ici

A handwritten signature in blue ink, reading "OR Valencia", with a stylized flourish at the end.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont soutenu et aidé à réaliser ce Travail de Bachelor.

Tout d'abord, je souhaite exprimer mes plus sincères remerciements à ma directrice de Travail de Bachelor, Madame Fabienne Terraneo, qui m'a soutenu, encouragé et guidé. Son grand esprit pédagogue m'a aidé à me mettre en confiance et d'arriver au bout de cette longue rédaction. Je la remercie également pour la correction de mon travail.

Je remercie ma famille pour m'avoir offert un environnement de travail calme et propice à la rédaction.

Finalement je tiens à remercier Jessica Charles pour la relecture de mon travail et Samantha Ciriéco pour m'avoir aidé à trouver mon sujet de travail.

RÉSUMÉ

Problématique

Les personnes souffrant d'anorexie mentale sont nombreuses et cette maladie a un taux de mortalité très élevé. Il est important de les prendre en soin rapidement afin d'augmenter leur chance de guérison totale. Le traitement est amélioré quand une alliance thérapeutique est instaurée. L'objectif de ce travail est de savoir ce qui facilite et nuit à la mise en place d'une alliance thérapeutique afin de pouvoir traiter ces patientes dans les meilleures conditions.

Méthode

Une recherche d'articles a été faite sur PubMed et Cinahl. Les articles les plus pertinents ressortant de cette recherche ont été utilisés pour répondre à la question de recherche.

Résultats

Deux articles ont été retenus pour leur analyse.

Il en est ressorti différents résultats pour mieux comprendre et mettre en place l'alliance thérapeutique. Ces résultats ont été organisés sous les thèmes « Facilitateurs » et « Obstacles » à cette mise en place de l'AT.

Discussion/Conclusion

Les résultats ont été comparés et discutés. L'alliance thérapeutique est un élément essentiel dans la prise en soin de patients souffrant d'anorexie mentale. Cette brève revue de littérature développe son importance en lien avec la maladie et offre les ingrédients aidant à la création et les ingrédients obstruant la construction de cette alliance.

Mots-clés :

Alliance thérapeutique, Anorexie mentale, Obstacles, Facilitateurs.

Therapeutic alliance, Anorexia nervosa, Obstacles, Facilitators

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
AM	Anorexie mentale/Anorexia Nervosa
AT	Alliance Thérapeutique
RTC	Relation Thérapeutique Complémentaire
FBT	Psychothérapie Familiale
SSCM	Gestion Clinique de Soutien Spécialisé
MANTRA	Le modèle de Maudsley du traitement de l'anorexie pour adultes
FPT	Psychothérapie Psychodynamique Focale
CBT-E	Thérapie Cognitivo Comportementale Améliorée

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique34

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles26

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Table des matières.....	6
Introduction	8
1. Problématique	8
1.1. Troubles alimentaires.....	8
1.2. Alliance thérapeutique (AT).....	9
2. Etat des connaissances.....	10
2.1. Alliance thérapeutique.....	10
2.2. Anorexie mentale (AM).....	12
2.3. Traitement de l'Anorexie Mentale	14
3. La Théorie du Human Caring de Jean Watson	17
3.1. <i>Ancrage disciplinaire</i>	17
3.2. Assomptions et valeurs	17
3.3. Métaconcepts.....	18
3.3.1. La personne	18
3.3.2. Le soin	18
3.3.3. La santé	18
3.3.4. L'environnement	19
3.4. Les 10 Processus Caratifs	19
4. Question de recherche	22
5. Méthode	23
5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	23
5.1.1. Traduction en MeSH Terms sur HeTop :.....	23
5.1.2. Équations de recherche (05.07.2020)	24
5.2. Diagramme de flux	26
6. Résultats	26
6.1. Analyse critique des articles retenus	26
6.1.1. Facilitateurs.....	27

6.1.2. Obstacles	30
6.2. Tableaux synoptiques des articles	32
Tableau 1 : Sibeoni et al. (2020), France. <i>The nature of therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study</i>	32
Tableau 2 : Zugai et al., (2017), Australia. <i>The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study</i>	33
7. Discussion	35
8. Conclusion.....	40
8.1. Apports et limites du travail	41
8.2. Recommandations	41
8.2.1. Clinique.....	41
8.2.2. Recherche.....	41
8.2.3. Enseignement	42
9. Références	43
10. Annexes	45
10.1. Résumé de article: “The nature of therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study”	45
10.2. Résumé de l’article: “Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study”	46

INTRODUCTION

Ce travail de recherche portera sur la nécessité de l'alliance thérapeutique durant la prise en soins d'une patiente¹ souffrant de troubles du comportement alimentaire. Le questionnement présent dans ce travail se pose par rapport aux outils qui pourraient être utiles pour créer une alliance thérapeutique avec une personne souffrant de troubles du comportement alimentaire. Cela afin de pouvoir assurer un suivi de qualité de patientes et réduire le risque de rechute pour elles.

En effet, la compliance et la poursuite d'un traitement est plus souvent observable lorsqu'il y a une relation thérapeutique de qualité entre le soignant et le soigné. Or, les abandons prématurés de traitements sont source de nombreuses rechutes (Salamin et al., 2009).

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Troubles alimentaires

La société occidentale est connue comme un facteur de risque pour les troubles alimentaires (Hepp & Milos, 2010). Cela signifie que la population en question est plus touchée que dans d'autres pays, où les cultures diffèrent. Les troubles discutés ici sont l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse.

Les critères de diagnostics DSM-5 pour l'anorexie mentale sont (Peterson & Fuller, 2019) : une restriction alimentaire, une peur intense de prendre du poids et une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps. De plus, 2 types d'anorexie sont observables :

- l'anorexie type restrictive, où la personne mange peu et effectue une activité physique intense

- l'anorexie type avec des épisodes de boulimies et des comportements compensatoires, où la personne a des crises durant lesquelles elle mange une grande quantité de nourriture sur une courte période qui se termine par une compensation, tels que des vomissements, des prises de laxatifs, de diurétiques ou encore de lavements.

Selon Hepp et Milos (2010), en Suisse, la prévalence des troubles alimentaires est de 5%. La prévalence vie-entière de l'anorexie mentale chez les femmes est de 0,5%-1%, et celle de la boulimie nerveuse se situe entre 1% et 3%. La prévalence vie-entière est

¹ Lire aussi au masculin

la prévalence mesurée sur une vie entière. Ces chiffres se comprennent ainsi : prenez une femme quelconque ; elle a 1 « chance » sur 100 à 200 de contracter une anorexie mentale et de 1 à 3 « chances » sur 100 de contracter une boulimie nerveuse. Les hommes, quant à eux, sont touchés 10 fois moins que les femmes.

Hormis ces chiffres de prévalence et de prévalence vie-entière considérablement élevés, ces pathologies s'accompagnent souvent de comorbidités psychiatriques et somatiques. Selon une étude menée au moyen d'instruments standardisés par Hepp & Milos en 2016 sur 250 femmes atteintes de troubles alimentaires, seules 17% n'ont pas de diagnostics psychiatriques supplémentaires. Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes observées avec les troubles alimentaires sont : la dépression, les troubles anxieux ainsi que les comportements obsessionnels compulsifs. Ces derniers sont souvent en lien avec la réduction du poids (ex : déambulations avec but d'éliminer des calories, volonté de rester debout).

Outre les comorbidités psychiatriques, on trouve également avec ces troubles des comorbidités somatiques multiples touchant de nombreux organes. En effet, les vomissements peuvent engendrer une érosion dentaire ainsi qu'une tuméfaction parotidienne. Par ailleurs, le manque d'apports nutritifs et la perte de poids peuvent entraîner, quant à eux, des maladies cardiovasculaires, des troubles électrolytiques, des troubles endocriniens, de l'ostéopénie, de l'ostéoporose, des troubles digestifs, rénaux, hépatiques, etc. (Hepp & Milos, 2016).

En outre, l'anorexie mentale est la pathologie psychiatrique qui présente le deuxième plus grand taux de mortalité parmi toutes les maladies psychiatriques. Ce taux est attribué aux conséquences somatiques de la maigreur et au taux accru de suicide (Hepp & Milos, 2016).

Selon une revue de littérature américaine (Franko & Keel, 2006), le taux moyen de suicide avéré dans l'anorexie mentale est de 2,5%. Ce chiffre est une moyenne de plusieurs études venant de différents pays. Selon ces études, ce chiffre varie entre 0% et 5.3% de taux de mortalité dû à un suicide. De plus, dans l'étude qui ne comptabilise aucune mortalité due au suicide, il y a tout de même 5 morts dues à des complications somatiques.

1.2. Alliance thérapeutique (AT)

Ce terme « d'alliance thérapeutique » est souvent mentionné, que ce soit dans la littérature ou dans la pratique. Pour partir sur une définition commune : « L'alliance thérapeutique en soins infirmiers est la création d'une relation de confiance entre

l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être » (Phaneuf, 2016, p.2). Ces 2 parties, infirmières² et patientes, mènent alors un combat commun. En outre, Salamin et al. (2009) ont observé que la relation thérapeutique favorise la réussite de la psychothérapie. En effet, la qualité de la relation individuelle avec le thérapeute entraîne une amélioration de l'état des patientes en fin de traitement. L'accès rapide aux soins est important dans cette pathologie car il a été prouvé que les soins prodigués dans les débuts d'une anorexie mentale augmentent les chances de guérison. Les soins deviennent plus compliqués lorsque la maladie est présente depuis plus de 3 ans (Zipfel et al., 2015). Il est expliqué dans la conclusion de Hepp & Milos (2016) que : « Dans les troubles alimentaires, le diagnostic précoce et l'initiation rapide d'un traitement jouent un rôle déterminant et ils sont associés à un meilleur pronostic. Au début du traitement, il est nécessaire d'établir une alliance thérapeutique solide ». En outre, Salamin et al. (2009) ont affirmé : « La relation thérapeutique complémentaire (RTC) proposée par Caspar et al. (2005) est un outil de travail concret permettant d'améliorer la qualité de la relation dès le début du traitement ».

Cette RTC est une approche pour développer des conceptualisations de cas de psychothérapie. Grâce à elle, le thérapeute peut développer une image des besoins, des possibilités, des problèmes ainsi que des ressources de la patiente dans la relation thérapeutique, afin qu'ensemble, ils puissent les résoudre et que la patiente ait une vie plus heureuse (Caspar et al., 2005). La RTC pourrait donc être un outil favorable à la création d'une alliance thérapeutique et cela dès le début du traitement de la pathologie.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ici va suivre des approfondissements sur les thèmes importants de ce travail, à savoir, l'anorexie mentale et l'alliance thérapeutique.

2.1. Alliance thérapeutique

On trouve le terme d'alliance thérapeutique (AT) dans la littérature scientifique depuis maintenant de nombreuses années. Le premier à parler de ce concept a été Freund. Il expliquait qu'une collaboration était nécessaire dans un processus thérapeutique et il en parlait, à l'époque, comme d'un « pacte analytique » (Bioy & Bachelart, 2010). Freund évoquait déjà la nécessité de laisser au patient le temps d'établir un lien avec son

² Lire aussi au masculin

thérapeute. Si ce dernier montre un intérêt important pour son patient et évite certaines erreurs ou résistances, alors ce dernier développera un attachement pour son soignant. Cet attachement sera semblable à celui qu'il porte aux autres personnes qui lui ont déjà montré de l'attention. Freud affirmait déjà qu'il était possible de saboter le début de cette alliance thérapeutique en ignorant le point de vue du patient ou en adoptant un faux air compréhensif et sympathique (Baillargeon et al., 2005).

On retrouve ce concept d'AT sous plusieurs termes différents, tels que : relation d'aide, relation thérapeutique, lien thérapeutique, etc. Malgré ces différentes façons de nommer cette alliance, elles font toutes allusion au même sujet, c'est-à-dire à une alliance honnête entre deux personnes travaillant dans un but commun.

Cette alliance a d'autant plus d'importance qu'il a été démontré qu'elle est responsable de 7 à 15% des gains faits en psychothérapie (Nienhuis et al., 2018). En outre, Nienhuis et al. (2018) expliquent également que, du point de vue des clients, les caractéristiques des thérapeutes ayant un impact sur l'AT sont : l'empathie, l'ouverture, la chaleur, la confiance, le respect, la flexibilité, l'honnêteté, la tension, l'utilisation de l'auto-divulgence ainsi que la rigidité.

Selon Nienhuis et al. (2018), en 1957, Rogers avait fait la théorie que l'empathie et l'authenticité des thérapeutes étaient les premiers facteurs à avoir un effet sur les changements chez les clients.

L'empathie et l'authenticité (c'est-à-dire l'ouverture et l'honnêteté) ont prouvé leur impact sur l'alliance thérapeutique. En effet, l'empathie améliore les issues des thérapies de 9%, selon une méta-analyse de 16 études. L'authenticité, pour sa part, améliore les issues des thérapies de 6%, selon 2 méta-analyses de 47 études. Il est donc clair que l'alliance, l'empathie et l'authenticité peuvent être associées aux résultats d'une thérapie (Nienhuis et al., 2018).

En outre, il est connu que les psychothérapeutes font leur travail en écoutant et en parlant. On parle ici de communication. Cette dernière, si elle est efficace, est considérée comme une compétence essentielle qui a besoin d'être maîtrisée pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins (Pinto et al., 2012). De plus, la communication n'est pas que le résultat de ce qui est exprimé verbalement, mais aussi le résultat de la manière ou du style dans lesquels ces mots sont exprimés (Pinto et al., 2012). Il peut donc être retenu que lorsque le style d'interaction d'un thérapeute facilite la participation de la patiente, en écoutant ce que cette dernière exprime et en lui posant des questions sur son état émotionnel, l'alliance thérapeutique est renforcée.

Après tout cela, il a été constaté que l'AT est particulièrement importante dans la prise en soin d'une personne souffrant d'anorexie mentale et cela spécialement chez des

adolescentes (Sibeoni et al., 2020). Des jeunes filles ont identifié, dans une étude, que l'AT était un des aspects de la thérapie les plus aidants (Sibeoni et al., 2020)

2.2. Anorexie mentale (AM)

Selon le DSM-5, l'AM est caractérisée par 3 signes distinctifs : une peur de prendre du poids ou une restriction volontaire pour éviter d'en prendre, un trouble de la perception de l'image corporelle et finalement, un régime ne permettant pas d'absorber assez d'énergie. Il faut également savoir que l'aménorrhée ne fait plus partie des critères de diagnostic de cette maladie (Zipfel et al., 2015)

Le critère de diagnostic principal de l'AM est l'IMC (= Indice de Masse Corporelle ou BMI = Body Mass Index). Selon le nombre IMC, on juge la sévérité de la maladie et du besoin en soins. Il y a plusieurs degrés de sévérité : extrême, IMC <15 kg/m², sévère, IMC 15-15.99 kg/m², modéré IMC 16-16.99 kg/m² et légère, IMC >17 kg/m² (Zipfel et al., 2015). Concernant l'étiologie de cette pathologie, les facteurs de risque pour l'AM ont différentes sources : ils peuvent être génétiques, développementaux ou environnementaux. En ce qui concerne les facteurs génétiques, il a été prouvé que cette maladie peut être héréditaire. De plus, Zipfel et al., 2015 ont observé qu'il n'y a pas de lien entre le poids de la mère et le risque que son enfant contracte plus tard une AM. Cependant, un parent ayant une schizophrénie risque de voir son enfant développer une AM.

À propos des facteurs de risque développementaux, il en existe plusieurs selon les différentes périodes et âges d'une vie. Dans le plus jeune âge, à savoir, prénatal, périnatal et néonatal, les événements pouvant être favorables au développement de l'AM sont une dysmaturité ou une prématurité ainsi que des difficultés à se nourrir et à dormir. Pendant l'enfance, les facteurs de risque sont l'émergence de traits de personnalités anxieux, dépressifs, perfectionnistes ainsi que des traits autistiques. Enfin, il est connu que cette maladie débute souvent dans l'adolescence et cela peut être à cause des changements hormonaux et des dérégulations qui interagissent avec le fonctionnement des neurotransmetteurs, la maturité du cerveau et les facteurs génétiques (Zipfel et al., 2015).

Pour les facteurs de risque environnementaux, le sexe féminin a souvent été montré comme à risque pour cette pathologie. En observant l'augmentation de cas d'AM dans les pays économiquement faibles et moyens, il s'avère que les transitions culturelles associées à l'industrialisation, l'urbanisation et la globalisation sont des facteurs de risque. Cela peut être vu également comme l'adoption d'un style de vie occidental qui inclut des habitudes de nutrition et un idéalisme de la maigreur (Zipfel et al., 2015).

La physiopathologie aide à comprendre cette maladie. Pour l'AM, cela va commencer par une obsession sur le poids et la nourriture. Les patientes peuvent ensuite commencer à développer des rituels avec la nourriture ainsi que le compte des calories et l'évitement de certains aliments. Cela s'empire lorsqu'elles arrêtent de manger des aliments qu'elles aimaient, ou lorsqu'elles évitent de manger en présence d'un contact social, ce qui inclut des amis et la famille. Associé à cela peut apparaître un surentraînement physique. Très peu de calories sont donc maintenues pour le bon fonctionnement du corps ce qui peut entraîner différentes conséquences. Les plus graves se manifestent par une baisse de l'IMC ou un arrêt de la croissance ainsi que des menstruations. Les autres conséquences de cet apport restreint de calories et/ou leurs fortes dépenses vont engendrer des troubles dans quasiment la totalité des systèmes corporels. Ces derniers peuvent aussi bien s'attaquer au système cardiaque qu'au système nerveux, par exemple. En effet, il a été constaté que la malnutrition chez une personne souffrant d'une AM entame une fonte des tissus cérébraux (Peterson & Fuller, 2019).

Toutes ces conséquences observables chez des patientes souffrant d'AM n'arrivent pas sans signes annonciateurs et symptômes. Les infirmières peuvent donc reconnaître la maladie grâce à différents symptômes, comme l'aménorrhée, les maux de tête, l'irritabilité, la constipation, la syncope, des vertiges, la perte de masse musculaire, la peau sèche, ou encore la perte de cheveux. (Peterson & Fuller, 2019). En plus de la reconnaissance de la maladie à travers ces symptômes, les infirmières ont un rôle clé dans la prise en soin d'une personne souffrant d'AM. Ce sont elles qui seront chargées de faire une récolte de données sur les patientes à travers les examens psychiatriques et somatiques. A cela va s'ajouter la reconnaissance de possibles patterns de nutrition, de la satisfaction de leur image corporelle, ainsi que la quantité d'activité physiques qu'elles pratiquent (Peterson & Fuller, 2019).

En plus d'avoir le rôle du premier contact et des premiers examens physiques et psychiatriques, les infirmières ont un rôle tout au long de la prise en soin des patientes. En effet, lors d'hospitalisation, les infirmières sont très attentives au syndrome de renutrition. Il surgit lorsque cette dernière est trop rapide, ce qui arrive dans les premières semaines de traitement. Les complications qui en découlent peuvent aller jusqu'à des troubles du rythme, des décompensations cardiaques, des troubles neurologiques ainsi que de l'insuffisance rénale aigüe (Yon et al., 2009).

Par ailleurs, les infirmières interviennent également durant les entretiens de la psychothérapie familiale.

Elles participent à différents groupes thérapeutiques, comme les groupes de paroles et les repas thérapeutiques, où elles sont responsables de recréer une ambiance conviviale

autour du repas, d'avoir un « rôle de modèle » ainsi que de repérer les difficultés que les patientes peuvent manifester.

De plus, elles peuvent aussi être vues dans d'autres soins ambulatoires, dans lesquels elles doivent se rendre à domicile pour surveiller les constantes, le poids et les comportements alimentaires des patientes (Yon et al., 2009).

En plus d'avoir des complications nombreuses et importantes dues à la malnutrition et sous-nutrition, cette pathologie s'accompagne souvent de comorbidités psychiatriques. On peut retrouver chez une personne, en plus de l'AM, une dépression, une anxiété sociale, multiples phobies (peur d'avaler, peur de gagner du poids), des troubles de la personnalité, de l'auto-agressivité et des troubles obsessionnels compulsifs. De plus, les patientes présentant des épisodes boulimiques et compensatoires de purgation peuvent abuser de l'alcool et d'autres substances illicites (Peterson & Fuller, 2019).

Malgré tous les problèmes faisant partie de cette maladie, des solutions ont été trouvées pour pouvoir la contrer et pour permettre aux soignants de parler de guérison de cette pathologie. Pour commencer, les patientes sont scrupuleusement évaluées. Il est discuté ici de multiples interviews, examen des antécédents et de plusieurs examens somatiques (vérification de différents tests sanguins par prise de sang, calcul de l'IMC, prise de constantes). Selon la gravité des symptômes somatiques et psychiatriques, d'autres examens supplémentaires et plus poussés peuvent être demandés également. Les traitements les plus récents et ayant le plus de succès avec l'AM de nos jours sont la Thérapie Familiale (FBT=Family Based Treatment), la Gestion Clinique de Soutien Spécialisé (SSCM=Specialist Supportive Clinical Management), le modèle de Maudsley du traitement de l'anorexie pour adultes (MANTRA=Maudsley Model of Anorexia Treatment for Adults) la Thérapie Cognitivo Comportementale Améliorée (CBT-E=Enhanced Cognitive Behavior Therapy) et la Psychothérapie Psychodynamique Focale (FPT=Focal Psychodynamic Psychotherapy) (Zipfel et al., 2015).

2.3. Traitement de l'Anorexie Mentale

Afin de traiter cette pathologie, les traitements pharmacologiques, nutritionnels et psychologiques sont de rigueur.

Concernant le traitement pharmacologique il n'existe à ce jour aucun médicament spécifique à l'AM ou aux troubles alimentaires. Cependant, de nombreuses patientes se voient prescrire des antidépresseurs alors que rien ne prouve leur efficacité pour la guérison totale de ces pathologies. Nous ne pouvons toutefois pas affirmer que les

antidépresseurs réduisent les symptômes de cette maladie ou augmentent le poids des patientes (Zipfel et al, 2015).

À l'égard des traitements nutritionnels, les diététiciens vérifient tout ce que les patientes ingèrent et purgent (vomissements, laxatifs, etc.), afin de savoir exactement de quoi leur corps dispose pour fonctionner et pouvoir ainsi leur préparer un régime adapté leur permettant de regagner un poids adéquat (Zipfel et al, 2015).

Pour les traitements psychologiques, les principaux ont été mentionnés ci-dessus : FBT, SSCM, MANTRA, CBT-E et FPT.

- 1. Psychothérapie familiale (FBT)

La psychothérapie familiale consiste en des entretiens accueillant plusieurs membres d'une famille afin de résoudre des dysfonctionnements qui ont pu être amplifiés par le développement de l'AM. Au cours de ces entretiens, les parents, la fratrie ainsi que différents professionnels de la santé sont présents. Ces derniers analysent le contexte familial ainsi que la capacité des différents membres à changer afin de faire évoluer la situation. Les familles y trouvent également du soutien, des informations et de la déculpabilisation (Yon et al, 2009).

- 2. Gestion Clinique de Soutien Spécialisé (SSCM)

Ce traitement psychologique a des caractéristiques de gestion clinique ainsi que de psychothérapie de soutien. Elle doit être pratiquée par un professionnel de santé formé dans le traitement des troubles alimentaires. Elle est constituée de trois phases. Premièrement, la patiente identifie ses symptômes et se focalise dessus ; les buts de gain de poids et de normalisation de la nutrition sont prononcés par le thérapeute et la patiente. Deuxièmement, les symptômes identifiés sont surveillés et les progrès démontrés par la patiente sont soutenus et encouragés. En dernière phase, les soucis en lien avec la fin de la thérapie sont discutés, incluant la fin de l'AT ainsi que les plans pour le futur de la patiente (Schmidt et al., 2015).

- 3. Le modèle de Maudsley du traitement de l'anorexie pour adultes (MANTRA)

Le modèle de Maudsley repose sur 4 quatre facteurs jugés centraux dans la prise en soin de l'AM, en lien avec les traits de personnalité obsessionnels et anxieux. Ces facteurs sont les suivants : (1) un style de pensée caractérisée par l'inflexibilité, l'attention aux détails plutôt qu'à l'ensemble de la situation et la peur de faire des erreurs ; (2) des entraves dans le domaine socio-émotionnel, comme l'évitement de l'expérience et l'expression des émotions et leurs déclencheurs ; (3) des croyances et une rationalisation de l'AM qui donne une définition et un sens à leur maladie (par exemple :

l' AM engourdit mon ressenti des émotions, l' AM m'aide à exprimer ma détresse), (4) la réaction des proches, comme l'anxiété, la préoccupation, le blâme, la critique ou l'hostilité. Ce traitement est basé sur un « manuel du patient » obtenu grâce à une récolte de données physiques, psychologiques, neuropsychologiques et socio-émotionnelles. Les entretiens ressemblent à des interviews de motivation qui sont responsifs, réfléchitifs et collaboratifs (Schmidt et al., 2015).

- 4. Thérapie Cognitivo Comportementale Améliorée (CBT-E)

La thérapie cognitivo-comportementale améliorée est une version améliorée de la thérapie cognitivo-comportementale. Elle est faite en 20 sessions, ou 40 si besoin d'une thérapie plus intense et est utilisée pour les troubles alimentaires. Elle se divise en 4 quatre étapes. Dans la première, le thérapeute cherche à comprendre le trouble alimentaire de sa patiente et à lui amener de l'aide pour modifier et stabiliser ses habitudes alimentaires. Dans la deuxième, les progrès sont systématiquement revus et des plans de traitements sont organisés. Dans la troisième, la thérapie se concentre sur les processus qui maintiennent le trouble alimentaire. Puis finalement, dans la 4^e dernière, le focus est fait sur l'avenir et comment gérer les acquis ainsi que les rechutes. (Zipfel et al., 2015).

- 5. Psychothérapie Psychodynamique Focale (FPT)

La psychothérapie psychodynamique focale fonctionne en trois phases. Lors de la première phase, les thèmes travaillés sont l'AT, l'estime de soi, les croyances égosyntoniques et les comportements pro-anorexiques. Par la suite, la thérapie se concentre sur les relations principales et les comportements en lien avec les relations interpersonnelles et les comportements alimentaires d'une AM. Enfin, lors de la troisième phase, le travail est fait sur le transfert à la vie quotidienne, l'anticipation de la fin du traitement et la séparation (Zipfel et al., 2014).

Selon Zipfel et al. (2015), il existe de fortes preuves scientifiques qui définissent la FBT comme étant la thérapie la plus efficace avec des patientes adolescentes. Les quatre autres types de thérapies mentionnées ci-dessus sont elles aussi efficaces mais plus particulièrement lorsqu'elles sont adressées à une population adulte.

En ce qui concerne le choix de thérapie, chaque institution choisit ce qu'elle pense être le mieux. En effet, il n'y a pas de consensus entre les professionnels sur la prise en soin d'une jeune patiente (Yon et al., 2009).

3. LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE JEAN WATSON

3.1. *Ancrage disciplinaire*

Afin de mettre en lien le questionnement de ce travail avec la profession infirmière, la théorie du Human Caring de Jean Watson semble être appropriée pour la création d'une alliance thérapeutique. Watson prend la personne dans son entièreté, et base son soin sur l'amour qu'elle porte à chaque individu et à chaque relation. Cela semble être un préalable cohérent pour l'AT.

Jean Watson considère sa théorie comme faisant partie de la métaphysique. En effet, elle dit être plus concentrée sur l'esprit que la matière, sur le flux plus que sur la forme et finalement sur le savoir et pouvoir intérieur plus que sur les circonstances. Sa théorie repose sur des valeurs et des assomptions (Fawcett J., DeSanto-Madeya, S., 2013, p 402).

Elle se focalise sur le fait de se soucier et de prendre soin des autres, d'humain à humain, et plus spécifiquement, d'infirmière à patiente ; sur les moments durant lesquels ces actes se passent (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p 402).

Dans la hiérarchisation des connaissances, elle fait partie des théories intermédiaires (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p 402). Elle appartient à l'école du Caring et au paradigme de la transformation (Krol P., 2010)

3.2. **Assomptions et valeurs**

Concernant les **soins humains et les valeurs de bienveillance humaine**, Watson pense que se soucier et aimer sont les forces cosmiques les plus universelles, énormes et mystérieuses. Sa théorie comprend les énergies psychiques, primitives et universelles. De plus, elle dit que se soucier et aimer engendre du souci et de l'amour en retour qui à leur tour, entraînent des soins personnels et aux autres. Finalement, elle explique son idée de la profession infirmière. Pour elle, il s'agit d'un métier dans lequel il faut prendre soin et se soucier. Avec le temps, cette idéologie infirmière influencera l'éducation et la pratique, jusqu'au point où l'humanité évoluera vers une société aimable, paisible et qui se préoccupe de son prochain (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p 403).

Par ailleurs, les **valeurs des soins et bienveillance humaine** de Watson sont de prendre soin/se soucier de soi, des autres, de la société, de l'environnement et même de l'univers. Ces derniers sont la forme d'engagement la plus prononcée qu'il soit. De

plus, Watson affirme que si les soins et la bienveillance humaine ne sont pas soutenus dans nos valeurs, notre savoir, nos pratiques et dans notre mission globale, la survie de l'espèce humaine est menacée (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p 403).

Finalement, Watson parle aussi de **Relation de Soin Transpersonnelle**. Par cela, elle explique que l'infirmière s'engage moralement à protéger, augmenter et promouvoir la dignité humaine ainsi que son intégrité et ses soins, cela dans le respect des idées de la personne en face d'elle (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p 404).

3.3. Métaconcepts

3.3.1. La personne

Watson utilise différents termes pour expliquer et parler de la **personne**, tels qu'Être humain, Personne, Vie, Personnalité et Soi. Elle voit la personne comme une unité faite d'un esprit, d'un corps et de la nature. A cela, elle ajoute que la personnalité est attachée à la notion d'âme qui est en possession d'un corps et non pas confiné par un temps objectif ou par l'espace (Alligood, 2018, p.7).

3.3.2. Le soin

Pour Watson, les mots **soin** et soigner sont les mêmes (En anglais les deux termes se regroupent en un mot « care »). « La profession d'infirmière consiste en savoirs, pensées, valeurs, philosophie, engagements et actions avec un certain degré de passion. Pour elle, les infirmières sont intéressées par la compréhension de la santé, de la maladie et de l'expérience humaine ; elles promeuvent et restaurent la santé ainsi qu'elles préviennent la maladie. La théorie de Watson encourage les infirmières à aller au-delà des procédures, des tâches et des techniques dans la pratique. Watson insiste, au fil des années, que les humains ne peuvent pas être traités comme des objets et qu'ils ne peuvent pas non plus être séparés d'eux-mêmes, des autres, de la nature et du large univers. Le fait de prendre soin est localisé dans une cosmologie qui est métaphysique et transcendante avec la coévolution humaine dans l'univers » (Alligood, 2018, p.71).

3.3.3. La santé

En ce qui concerne la **santé**, la description de Watson a évolué avec le temps. Elle était, à l'origine, en 1979, inspirée de la définition de l'OMS. Elle définissait la **santé** comme un état positif de bien-être physique, mental et social avec l'inclusion de ces trois éléments : un haut niveau de fonctionnement global physique, mental et social, un niveau de maintenance adaptative et générale de fonctionnement quotidien et l'absence de maladie. Plus tard, en 1988, elle définit la **santé** comme une unité en harmonie avec le corps, l'esprit et l'âme ; associée avec le degré de congruence entre le Soi perçu et le Soi expérimenté. Cette année-là, elle décrit également la maladie comme n'étant pas uniquement une pathologie, mais comme un manque d'harmonie ou une tourmente à l'intérieur du Soi d'une personne, ou de son âme, consciemment ou inconsciemment, au niveau d'une de ces trois sphères : le corps, l'esprit ou l'âme. De plus, elle ajoute que les processus d'une maladie peuvent être les fruits de la génétique ou d'une constitution vulnérable, se manifestant lors d'un manque d'harmonie (Alligood, 2018, p.7).

3.3.4. L'environnement

Sa description la plus récente de l'**environnement** est que l'appartenance à un monde spirituel universel de la nature et de tout être vivant est le lien primordial de l'humanité et de la vie elle-même, à travers le temps, l'espace, les frontières et les nationalités. A cela elle ajoute « Lorsque l'infirmière entre dans la chambre d'un patient, un champ magnétique d'attentes se crée » (Alligood, 2018, p.7).

3.4. Les 10 Processus Caratifs

Tout d'abord, il est bien dit ici « caratif » et non « curatif ». Watson utilise « curatif » comme étant du champ et du rôle des médecins et « caratif » comme étant du rôle de l'infirmière. « Care » venant de l'anglais, signifiant « prendre soin ». Elle fait cette différence pour séparer les infirmières des médecins, et pour mieux identifier la science infirmière.

- 1. Adopter des valeurs altruistes et pratiquer de la bonté avec les autres et soi-même

Avoir des valeurs altruistes équivaut à la non-malveillance ainsi qu'à avoir un désir d'aider. Cela est les bases du métier d'infirmière, de même que de pratiquer de la bonté envers les autres. Malgré cela, ce point-ci est important pour Watson car elle parle de bonté avec soi-même. Or, les infirmières sont vues comme des personnes qui se

sacrifient pour l'autre, voire même qu'elles devraient le faire. Watson insiste sur ce point-là comme base du soin infirmier envers les autres mais également envers l'infirmière elle-même. (Sitzmann, K., Watson J., 2018, p. 47).

- 2. Être authentiquement présent, permettre la foi et l'espoir et honorer les autres

Avec ce processus, la théoricienne nous encourage à être véritablement là pour la personne. Un exemple permettant d'observer cette présence authentique est l'écoute active. En outre, Watson nous explique qu'à travers une promotion de la foi de chacun, s'ouvrent des possibilités de soins qui transcendent le physique. Watson détaille ses propos à travers les patients souffrant de maladies chroniques ou palliatives. Ces dernières peuvent ressentir du bien-être malgré leur maladie grâce à leurs croyances. Un trait de caractère qui peut aider à cela est l'ouverture d'esprit. De plus, ce processus a aussi sa place dans des relations d'éducation et professionnelles. En effet, grâce à lui un environnement de travail convivial est créé (Sitzmann & Watson, 2018, p. 63-64).

- 3. Être sensible à soi-même et aux autres en nourrissant les croyances et pratiques personnelles

A travers ce processus, Watson explique que la spiritualité et les croyances personnelles sont importantes pour chaque individu, afin d'aider chacun à cultiver son esprit, son amour ainsi que sa curiosité. Être curieux plutôt que de sauter sur des conclusions ouvre des possibilités sur la compréhension des autres et de soi-même (Sitzmann & Watson, 2018, p. 77).

- 4. Développer des relations d'aide, de confiance et bienveillantes

Ici, Watson insiste sur la création de relations authentiques et sur la qualité du moment passé avec la personne. Elle ne donne pas de valeurs au temps durant lequel les personnes interagissent, mais plus particulièrement à l'attention portée les unes envers les autres. C'est donc en étant attentif à l'autre que nous pouvons développer ce genre de relations (Sitzmann & Watson, 2018, p. 93).

- 5. Promouvoir et accepter le sentiments positifs et négatifs en écoutant authentiquement l'histoire d'un autre

Dans ce processus, Watson promeut l'expression de nos sentiments, qu'ils soient négatifs ou positifs. Elle rappelle qu'il peut être d'une grande difficulté d'écouter, de participer et de ressentir des sentiments négatifs. Mais personne n'est la définition de ses propres sentiments. Ces derniers sont momentanés, et leurs expressions permettent

un mouvement vers une plus grande compréhension, résolution et appréciation de la vie (Sitzmann & Watson, 2018, p. 107).

- 6. Utiliser des méthodes créatives et scientifiques de résolution de problèmes pour la prise de décision de soin ainsi que des recherches de solutions créatives

Watson considère que pour trouver une solution à un problème, il faut l'analyser, l'observer, l'expérimenter, le juger, le connaître. Elle nous rappelle que les preuves scientifiques peuvent avoir plusieurs formes et venir de sources différentes : données, informations, connaissances, compréhensions et sagesse sont différentes choses (Sitzmann & Watson, 2018, p. 121).

- 7. Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux styles de compréhensions

Pour la théoricienne, l'enseignement est bien plus qu'une présentation de faits pertinents. Parfois, certaines personnes n'appliquent pas ces informations pertinentes malgré leur besoin vital de le faire car ils ont d'autres préoccupations que leurs besoins vitaux. À la suite de cette affirmation, Watson nous conseille de demander ce qui intéresse l'apprenant et de changer d'approche selon les différents styles d'apprentissages (Sitzmann & Watson, 2018, p. 137).

- 8. Créer un environnement soignant pour le Soi physique et spirituel qui respecte la dignité humaine

Les environnements soignants existent de façon interne, externe, personnelle et collective. Ils sont créés par de petits détails, comme chaque interaction interpersonnelle. Chacune de ces dernières sont une opportunité de promouvoir ces environnements soignants. Watson conseille de d'abord créer son propre environnement soignant pour qu'ensuite, il puisse émaner de notre personne (Sitzmann & Watson, 2018, p. 153-154).

- 9. Aider avec les besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base

A travers ce processus, Watson encourage à ce que les petits gestes soient faits avec révérence. La vie est faite de petits moments et un petit détail peut avoir un impact important sur la personne, que ce soit un message, un mot doux ou un lit bien fait. En participant à ses besoins, qu'ils soient importants ou moindres, l'infirmière va rejoindre le nombre de petits gestes et détails dont la vie de quelqu'un est faite. Watson nous

encourage à voir ces actes comme un privilège, un honneur et un acte sacré (Sitzmann & Watson, 2018, p. 169-170).

- 10. Être ouvert au mystère et laisser entrer les miracles

Grâce à ce dernier processus, Watson rappelle qu'il y a encore des choses qui ne sont pas comprises de nos jours, et que beaucoup de phénomènes restent hors de contrôle. Elle reconnaît le mystère de la vie et conseille de maintenir une ouverture d'esprit sur ces points-là tout en restant curieux et attentifs aux petits détails qui entourent le monde (Sitzmann & Watson, 2018, p. 185-186).

Sachant que l'AT dans la prise en soin d'une personne souffrant d'AM est particulièrement importante et spécialement chez des adolescentes (Sibeoni et al., 2020), la théorie de Watson semble appropriée pour aider à la création d'une bonne AT car elle est un élément des plus aidants dans la thérapie d'une patiente anorexique (Sibeoni et al., 2020). Dans cette théorie, il est avancé qu'en prenant soin de quelqu'un et en se préoccupant de lui, un processus de réciprocité va être engendré, du soigné au soignant. Suivant cela, des soins personnels vont apparaître. La patiente va donc commencer à prendre soin d'elle-même, processus engendré par l'infirmière. En outre, la théoricienne considère que le fait de prendre soin d'une personne est une des formes d'engagements des plus prononcées qu'il soit. Elle encourage également à créer des relations authentiques, afin d'améliorer les résultats de thérapies (Nienhuis et al., 2018). Il est vrai que Watson nomme souvent l'authenticité, sa théorie semble donc précieuse pour créer une AT de qualité avec une patiente souffrant d'AM.

Les Processus Caratifs qui sont mis en lien avec la thématique sont : le **1**, pour les valeurs altruistes, le **2** pour l'authenticité, le **3** pour la compréhension de l'autre à travers la sensibilité et l'écoute et le **4** pour le développement des relations d'aide, de confiance et de bienveillance, ce qui semble être une définition d'une alliance thérapeutique.

4. QUESTION DE RECHERCHE

L'alliance thérapeutique semble donc importante et nécessaire dans la prise en soin d'une patiente souffrant d'anorexie mentale. Ce travail se focalise donc sur la création de l'alliance thérapeutique en lien avec ce type de patientes. De plus, il se focalise également sur la naissance de l'AT ainsi que sur les gestes et mots à éviter afin de ne pas la saboter et donc de pouvoir continuer les soins dans les meilleures conditions possibles.

Ainsi, une question de recherche peut être formulée de la manière suivante :

Quels sont les outils dont les infirmières pourraient avoir besoin pour créer une alliance thérapeutique avec une patiente souffrant d'anorexie mentale de façon authentique afin d'assurer la continuité des soins ?

5. MÉTHODE

À la suite de la question de recherche, le PICO a aidé à la recherche documentaire. Le PICO permet de délimiter le champ de recherche plus concrètement, c'est-à-dire en identifiant les mots-clés nécessaires à l'équation de recherche documentaire. PICO signifie Population, Intervention (ou Exposition), Comparatif (ou Contexte) et Outcome. Parfois, il peut apparaître comme PICOT, ce qui ajoute Temporalité à sa signification. Les termes présentés ci-dessous ont été traduits du français à l'anglais grâce HeTop, un site qui contient de nombreux termes relatifs au domaine de la santé dans plusieurs langues.

5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

5.1.1. Traduction en MeSH Terms sur HeTop :

P : personne présentant une Anorexie Mentale = Anorexia Nervosa

I : Alliance Thérapeutique = Therapeutic Alliance

C : /

O : Continuité des soins = continuity of patient care

5.1.1.1. Tableau A : PICO

	Mot français	Mot traduit
P	Anorexie Mentale	Anorexia Nervosa
I	Alliance thérapeutique	Therapeutic Alliance
C	/	/
O	Continuité des soins	Continuity of patient care

5.1.2. Équations de recherche (05.07.2020)

Pour trouver les articles, la recherche a été faite sur deux bases de données différentes, à savoir PubMed et Cinahl. Plusieurs équations ont été utilisées pour trouver les articles les plus pertinents afin de répondre à la question de recherche.

5.1.2.1. PubMed

PubMed est une des bases de données principales dans la recherche d'articles en santé. En effet, de nombreux documents en lien avec les sciences biomédicales ainsi que dans le domaine de la santé peuvent y être trouvés.

Afin de se procurer des articles pertinents pour répondre à la question de recherche, les différents MeSH Terms ont été rentrés sous différentes équations de recherche. Puis différents filtres ont été ajoutés pour avoir des résultats utilisables. Le filtre de dates y a été additionné ceci afin d'obtenir des résultats de recherche actuels et pertinents. A cela les filtres Full Text et Available Abstract ont été cochés pour permettre une lecture synthétique des articles disponibles et utiles à la recherche.

Dans les résultats de PubMed, le nombre réduit de résultats obtenus malgré une ouverture progressive de l'équation de recherche a facilité le choix d'articles.

Filtres : Full Text, Available Abstract, Published Date : 01.01.2010-31.12.2020

1. ((anorexia nervosa[MeSH Terms]) AND (therapeutic alliance[MeSH Terms])) AND (continuity of patient care[MeSH Terms])

Résultats : N=0

2. ((anorexia nervosa[MeSH Terms]) AND (therapeutic alliance[MeSH Terms]))

Résultats : N=3.

3. (((anorexia nervosa[MeSH Terms])) AND (therapeutic alliance[MeSH Terms])) OR (therapeutic relationship[MeSH Terms]) OR (working alliance[MeSH Terms])

Résultats : N=3.

Retenus : N=1

5.1.2.2. Cinahl

Cinahl est, au même titre que PubMed, une base de données. Cependant, celle-ci est spécialisée dans les sciences infirmières et paramédicales.

Dans cette base de données, 2 deux équations de recherche ont été utilisées avec les filtres de dates, Full Text et Available Abstract pour les mêmes raisons que celles cités dans PubMed. En plus de cela, le filtre Exclude MedLine a été coché dans le but de réduire tous les doublons pouvant provenir de PubMed. Cependant, même avec ce dernier filtre, des doublons ont été retrouvés.

La première équation de recherche montrant un nombre de résultats trop important, il a été décidé de la changer pour en obtenir un nombre moindre. Pour cela, les « OR » dans les équations ont été retirés, et le seul terme définissant l'alliance thérapeutique restant dans l'équation était « Therapeutic Alliance ».

Filtres : Full Text, Available Abstract, Exclude MedLine, Published Date : 01.01.2010-31.12.2020

1. (anorexia nervosa AND therapeutic alliance OR working alliance OR therapeutic relationship)

Résultats : N=6773

2. (anorexia nervosa AND therapeutic alliance)

Résultats : N=30

Doublons : N=6

Retenus : N=1.

5.1.2.3. Tableau B : Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères ci-dessous ont aidé à sélectionner les articles les plus pertinents pour le questionnaire

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> -Population jeune (adolescentes et/ou jeunes adultes) -Souffrant d'anorexie mentale -Parlant d'alliance thérapeutique ou synonymes -Pays occidentaux 	<ul style="list-style-type: none"> -Pas en lien avec l'AT -Articles trop vieux -Pas de texte complet/abstract -Hors sujet

5.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1. Il a été peaufiné avec les filtres durant la recherche de documents ainsi qu'avec les critères d'inclusion et d'exclusion.

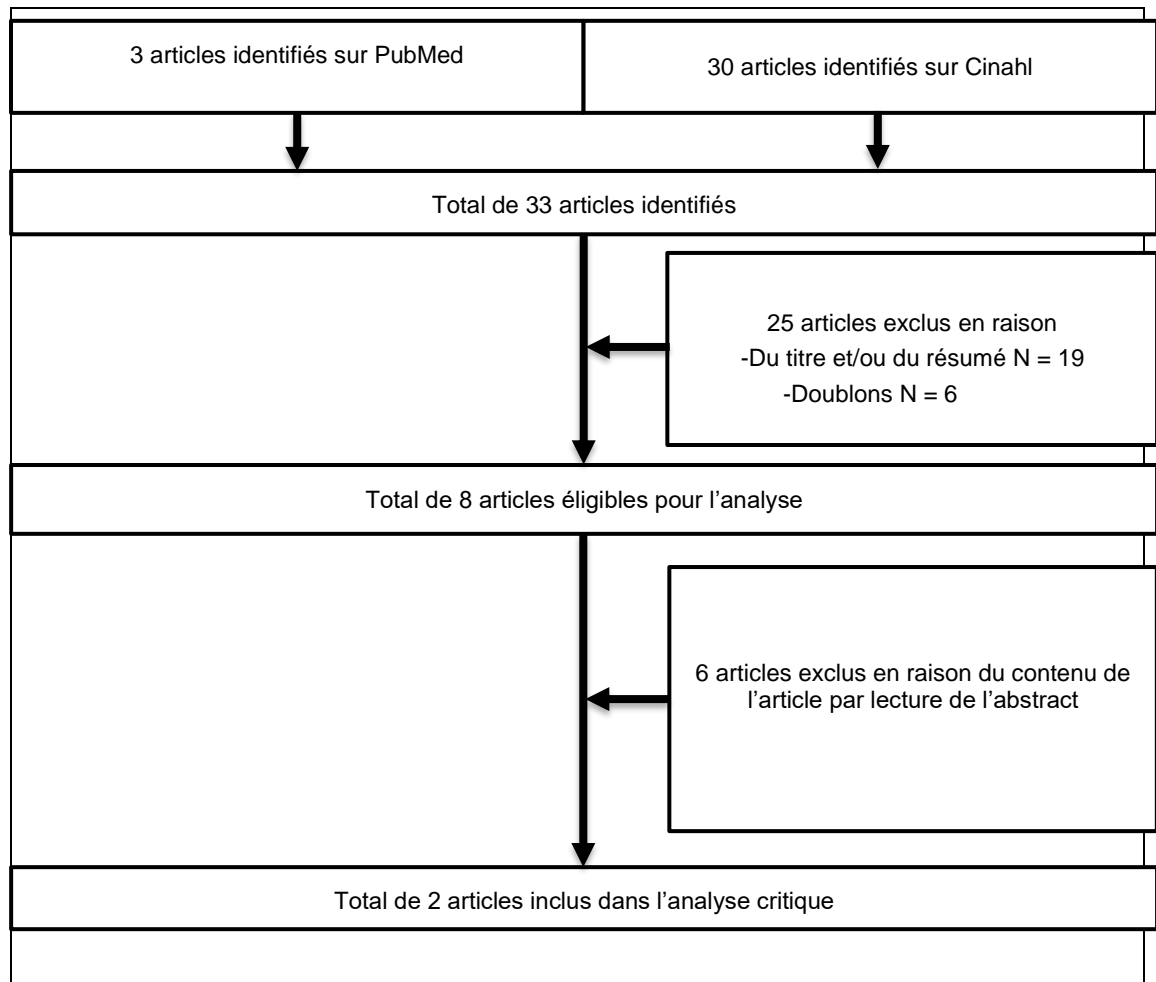


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

6. RÉSULTATS

6.1. Analyse critique des articles retenus

Les articles retenus pour cette revue sont l'article de Sibeoni et al., 2020 (« *Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists : A qualitative study* ») et Zugai et al., 2017 (« *The nature of therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the* »).

inpatient setting : A mixed-methods study”). Les résultats ont été présentés ci-dessous en deux catégories : les facilitateurs et les obstacles.

6.1.1. Facilitateurs

Dans l'article de **Zugai et al. (2017)**, les infirmières ont compris que le souhait des patientes était d'être *prises en soin de façon authentique*. Quant aux patientes, après avoir compris que les infirmières avaient des intentions thérapeutiques envers elles, elles ont donc commencé à leur faire confiance. La compréhension de ces intentions et les comportements positifs démontrés par les infirmières (mesurés grâce au l'ATAMHS-33) ont amélioré leurs capacités à développer et maintenir une relation authentique de soins. Les infirmières ont besoin de comprendre la nature de l'AM et comment le traitement pouvait être une source de détresse pour les patientes. Cela leur permettait d'entrer en contact avec ces dernières en manifestant de *l'empathie, de la compréhension et de la sensibilité* ce qui est un des ingrédients de l'AT.

Prise en soin « comme mère/sœur » : cela implique une façon d'interagir de la part des infirmières envers les patientes, jugée digne d'une mère ou une sœur. Les infirmières avaient ce genre de contact avec les jeunes filles en les assistant chaleureusement et avec tact lorsque ces dernières rencontraient des difficultés liées à l'hospitalisation. De plus elles apportaient des contributions mémorables et significatives pour le bien-être des jeunes filles. En réponse à ce genre de contact, les patientes s'engageaient plus volontairement dans le programme de soin, dans le but de faire plaisir aux infirmières par leur collaboration avec elles.

Les patientes se voyaient offrir un sens de *sécurité* lorsque les infirmières étaient constantes, claires et *prévisible* dans leurs soins. Des règles fermes et bien définies établissaient des limites grâce auxquelles chaque patiente a pu progresser vers son bien-être. De plus, en maintenant des règles strictes, les infirmières soulageaient les patientes de leur anxiété lorsqu'elles devaient prendre des décisions en rapport avec la nourriture et l'activité physique. En outre, lorsque les règles étaient explicites et appliquées justement envers les patientes, celles-ci reconnaissaient plus facilement les responsabilités professionnelles des infirmières et vivaient leur implication de manière bien plus thérapeutique.

Malgré l'accord commun entre les patientes et les infirmières sur les différences et inconsistances, une certaine *flexibilité* a été bien reçue : des modifications aux règles de l'unité ont été considéré comme appropriée et productives par les 2 types participantes. Ces règles n'ont pas eu d'impact sur le gain de poids mais plutôt dans les soins et le progrès des patientes. De plus, les infirmières ont pu montrer de la clémence en

n'appliquant pas des règles qui étaient vécues comme punitives, démoralisantes, trop restrictives ou dégradantes de manière moins moralisatrices. Par exemple, une règle dans une des unités était : « si une patiente mangeait une orange, elle devait lécher le jus de l'assiette ». Une infirmière n'a pas appliqué cette règle car « Ce n'est pas une habitude alimentaire normale », ce qui a été reçu très positivement de la part des patientes.

Une séparation thérapeutique était pratiquée pour l'AT. Cette séparation était de faire une *distinction entre la patiente et l'AM*. Il a été constaté que lorsque les patientes reconnaissaient leur maladie comme quelque chose étant séparé de leur personne, elles étaient plus enclines à s'engager dans les soins. En outre, il a été vu que cette distinction était un requis thérapeutique : la distinction entraînait une externalisation importante.

Les infirmières croyaient que des interactions avec un style autoritaire ne font pas partie de la meilleure des approches. Elles estimaient au contraire que la meilleure approche devait être basée sur la *collaboration*, le soutien et la patience. En employant ce genre de contact, les patientes s'engageaient plus facilement dans les soins.

Les infirmières *maintenaient des distances professionnelles* avec leurs patientes dans le but de protéger leur autorité professionnelle. Grâce à cela, les infirmières se rappelaient ne pas permettre leurs propres besoins d'influencer leur jugement. En ayant en tête les règles et les protocoles propres à leur unité, les infirmières maintenaient la juste distance professionnelle et cela renforçait également leur confiance d'agir dans les meilleurs intérêts de leurs patientes.

Tous les participants de **Sibeoni et al. (2020)** ont considéré que *les qualités humaines ainsi que les compétences relationnelles du personnel soignant* facilitaient l'établissement d'une AT. Les patientes étaient très sensibles et attentives aux qualités humaines des professionnelles qui gravitaient autour d'elles, spécialement pour ce qui est de la fiabilité et de leur authenticité dans l'engagement de leur prise en soin. Elles accentuaient plus particulièrement sur le besoin de se sentir écoutées et comprises, par les spécialistes en troubles alimentaires, avec qui elles pouvaient discuter de leur trouble sans avoir peur d'un quelconque jugement. En outre, elles ont considéré que leur relation avec le personnel soignant devrait être comparable à des relations familiales. Elles ont considéré cette ressemblance entre le contact familial/maternel et le contact avec le personnel soignant comme améliorant l'AT. Pour leur part, les psychiatres trouvaient également que les qualités humaines et les bons sentiments étaient importants dans leur relation avec leurs patientes et leurs parents. Ils ont insisté sur la nécessité d'un lien solide et résistant aux difficultés. Quant aux parents, ils trouvaient des qualités humaines importantes aussi, plus particulièrement la gentillesse des soignants

Les adolescentes ont explicitement exprimé que *le fait d'avoir un rôle actif dans leur prise en soin* était la clé pour une bonne AT. Elles mentionnent aussi l'importance d'avoir leurs parents investis dans leur traitement : des parents soutenant sont considérés comme un élément essentiel dans la promotion de l'AT. Les psychiatres ont relevé que le rôle actif des patientes facilite l'AT. Ils ont également reconnu les parents comme des « experts » de leur fille. Les parents, quant à eux, ont souligné leur sensibilité à l'honnêteté des psychiatres ainsi qu'à leur inclusion dans la prise de décisions.

Les trois types de participants ont parlé du lien entre le *temps pris* et une AT de qualité. Pour leur part, les psychiatres ont mentionné que d'avoir du temps pour établir une AT était la base pour que cette dernière soit solide. Il est vrai que les parents pouvaient avoir besoin de temps supplémentaire pour que des explications leur soient données, il était donc primordial de respecter leur rythme et leur laisser la possibilité d'interrompre le traitement s'ils en ressentaient le besoin. En effet, cela était essentiel afin de respecter leurs mécanismes de défense concernant des sujets sensibles ou/et douloureux. Quant aux parents, ils étaient reconnaissants du temps investis pour leur fille. Quant aux patientes, elles ont estimé nécessaire d'avoir du temps pour créer une bonne AT car ce temps-là leur permettait d'avoir confiance en les professionnels. Cependant, elles ont mentionné qu'une hospitalisation trop longue pouvait avoir un rôle délétère pour l'AT.

Prendre soin de l'entière de la famille a été considéré comme un facilitateur d'une AT par tous les participants. Ils ont tous parlé de la relation entre la patiente et ses parents comme d'un élément central. Les adolescentes ont considéré que leurs parents avaient souffert aussi et qu'ils avaient besoin de soutien également. Elles ont apprécié que les soignants estiment toute la famille, y compris la fratrie. Elles ont mentionné que le fait d'avoir des meilleures relations familiales aidait, de façon notable, à établir l'AT. A cela elles ont ajouté que la séparation qu'elles ont vécue lors de leur hospitalisation a eu une fonction calmante. Les psychiatres ont affirmé que s'occuper de la détresse des parents, leur amener du soutien et accueillir leurs histoires de vie enclenchaient l'AT. De plus, les psychiatres ont remarqué que les améliorations dans la relation fille-parents avaient un impact positif sur l'AT également. Les parents ont mentionné ne pas croire possible l'établissement d'une AT si les soignants ne prenaient pas soin de toute la famille. Ils voulaient que la prise en soin adoucisse les tensions familiales. Ces possibles améliorations dans leur relation leur ont été apportées grâce à une meilleure compréhension de leur fille. Cependant, la séparation pouvait créer des divisions dans la famille, surtout avec la fratrie, à cause de l'absence prolongée de la patiente.

6.1.2. *Obstacles*

Les infirmières interagissaient avec leurs patientes en manifestant un regard positif inconditionnel en lien avec leurs valeurs dans l'article de **Zugai et al. (2017)**. La responsabilité des infirmières était que leurs patientes récupèrent du poids, ce qui pouvait être en conflit avec le maintien d'une approche vide de jugements. Les infirmières ont été définies comme remplissant leur rôle avec tact et de manière soigneuse. Les infirmières ont décrit certaines de leurs responsabilités via *l'application de règles et de mesures* comme pouvant avoir un impact négatif sur l'AT.

Les patientes ont exprimé donner de la valeur aux attentes constantes car elles trouvaient réassurant d'avoir une routine de soins. Les deux types de participantes de cette étude ont affirmé que des *inconsistances* sont vues négativement dans les soins. Malgré cela, ces inconsistances ont été vécues par les patientes car les infirmières avaient des façons différentes d'appliquer les règles du programme de soin, ce qui menaient les patientes à ressentir de l'anxiété et de la confusion. Cet état de fait pouvait provoquer des négociations de la part des patientes par rapport au programme de soin, ainsi que du favoritisme impliquant de la démotivation et une perte de confiance dans le programme thérapeutique.

Les patientes vivaient des *mesures correctives comme punitives ou de discipline*, ce qui avait comme conséquence un sabotage de l'AT. Les infirmières diminuaient ce ressenti en définissant l'AM comme une maladie qui avait besoin d'interventions ainsi qu'en faisant comprendre aux patientes qu'elles étaient des personnes qui méritaient d'être prises en soin. De plus, en amoindrissant les interprétations négatives des mesures prises, les infirmières leur rappelaient qu'elles étaient malades et non pas des personnes mauvaises. Grâce à cela, les mesures prises et appliquées par les infirmières étaient considérées comme une prise en soins authentique.

En opposition à la collaboration, les infirmières utilisant l'autorité comme forme principale de contact avec leurs patientes étaient vues comme distantes, insensibles et apathiques. Lorsque des infirmières *ne maintenaient pas des distances professionnelles*, des patientes pouvaient, motivées par leur pathologie, faire l'éloge des infirmières ainsi que leur offrir de l'acceptation et de la validation. En faisant ça, les patientes gagnaient de l'influence et du pouvoir sur des infirmières, ce qui décrédibilisait leur autorité et leur pouvoir thérapeutique. Cela arrivait surtout avec des infirmières proches de l'âge des patientes.

Sibeoni et al., (2020), ils ont trouvé dans leurs résultats des obstacles à l'établissement de l'AT. Les patientes ont trouvé que l'attention des soignants pouvaient être excessive

ou surprotectrice. Elles ont expliqué que certains entretiens pouvaient être trop intrusifs, privés et donc ennuyants. Ce sentiment d'intrusion a été un obstacle à l'AT. Les parents ont pu ressentir le même sentiment ce qui pouvait entraîner un manque de confiance, voire même de la méfiance. D'autres pouvaient encore se sentir concernés par la relation que des soignants pouvaient avoir avec leur fille ; une relation jugée inappropriée, *trop proche ou trop distante*.

Être trop concentré sur le poids, ou que le traitement se focalise trop sur le gain de poids a été perçu comme un obstacle à la création de l'AT pour Sibeoni et al. (2020). En plus de cela, les adolescentes ont exprimé le besoin d'être vues comme des individus et non pas que comme une maladie. Lorsqu'elles ne se sentaient pas représentées que comme « une anorexique », l'établissement de l'AT était altéré. Malgré cela, les parents et les docteurs ont décrit le gain de poids comme un objectif nécessaire. Plusieurs parents ont exprimé que l'objectif principal pour leur fille comme étant de se rendre compte du danger dans lequel elles étaient et qu'elles acceptent l'objectif de gain de poids. Sans cela, aucune AT ne pouvait être établie.

Les trois types de participants ont parlé du *contrôle, des contraintes*, et de l'équilibre de pouvoir entre chaque partie. Les patientes expliquaient que leur exclusion des décisions et la mise en place de contraintes importantes rendaient l'AT impossible. Les parents ont pu reporter que des contraintes, un manque de choix dans le traitement, et un manque d'équilibre dans le pouvoir entre eux et le psychiatre rendent une « bonne » AT difficile. En lien avec cela, les psychiatres sentaient qu'ils travaillaient en collaboration avec la patiente et sa famille.

Le dernier obstacle ressorti était la *psychiatisation*. Le fait que l'AM soit perçue comme une pathologie psychiatrique et qu'elle requiert des soins psychiatriques a posé problème dans la formation de l'AT. Les adolescentes ont exprimé que les soignants ne comprenaient pas les troubles alimentaires : elles se sont plaintes d'être réduites à une liste de symptômes ou à des comportements agressifs. Les psychiatres ont mentionné que les parents eux-mêmes voyaient cette maladie comme un échec par rapport à leur rôle de parent. En plus de cela, des psychiatres ont remarqué qu'ils manifestaient des difficultés à créer une AT avec des parents qui avaient des représentations négatives de la psychiatrie et qui ne voulaient gérer que le côté somatique de la maladie de leur fille.

(Tableaux synoptiques **des articles**

)]

6.2. Tableaux synoptiques des articles

Tableau 1 : Sibeoni et al. (2020), France. *The nature of therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study*

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Etude qualitative</p> <p>Explorer l'expérience de l'alliance thérapeutique chez des patientes adolescentes souffrant d'anorexie mentale en traitement hospitalier, leur parents et leurs psychiatres.</p>	<p>15 Adolescentes souffrant d'AM hospitalisée à 100% dans une unité spécialisée ainsi que leurs proches et psychiatres (41 participants totaux). L'hospitalisation n'a jamais dépassé 10 semaines, et elles ont toutes été séparé de leur proches, comme processus de regain de poids, en début de traitement.</p>	<p>Durée de l'étude : total de 12 mois</p> <p>L'échantillonnage a été téléologique (Gentles et al., 2015). Il a été sélectif et délibéré. Les chercheurs ont expliqué en détails le design de l'étude aux médecins collaborant et les médecins ont choisi les participantes qui pouvaient leur amener le plus d'infos. La collecte des données a été effectué grâce à des interviews semi-structurés avec une approche ouverte (Britten, 2013). Les interviewers ont utilisé un style interactif de conversation avec les participants. Une analyse thématique a été utilisée pour explorer les données (Braun et al., 2014). Leur analyse thématique a utilisé une approche inductive.</p>	<p>Les résultats de l'analyse ont été organisés en 2 thèmes : « <i>ce qui facilite une alliance dans le traitement</i> » et « <i>ce qui empêche une alliance dans le traitement</i> ». Ils ont ensuite été organisés en 8 sous-thèmes, 4 facilitateurs : (1) qualités humaines et compétences relationnelles des soignants, (2) avoir un rôle actif dans le traitement, (3) prendre du temps, (4) prendre soin de toute la famille et améliorer les relations familiales. Et 4 obstacles : (1) être trop proche ou trop distant, (2) se concentrer sur le poids, (3) contrôle et contraintes, (4) psychiatrisation.</p>	<p>-Etude menée en France, or le traitement des adolescentes dépend fortement du système de santé ainsi que de l'économie du pays.</p> <p>-La population a été recrutée dans des unités hospitalières spécialisées, chacune avec leurs propres protocoles. Les résultats ne peuvent pas s'appliquer à une population de soins ambulatoires.</p> <p>-Le but de cette étude était de comprendre l'expérience globale du processus de l'alliance thérapeutique, et non de noter l'alliance thérapeutique par chaque participant et à quel point cela pouvait différer.</p> <p>-Seulement des filles dans les patientes, pas de garçon.</p> <p>-Taille de l'échantillon relativement petit</p>

Tableau 2 : Zugai et al., (2017), Australia. *The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study*

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Etude mixte en 2 phases : quantitative puis qualitative</p> <p>Développer une plus grande compréhension de la nature de l'alliance thérapeutique en milieu hospitalier entre des patientes souffrant d'AN et leurs infirmières.</p>	<p>63 Adolescentes et 65 infirmières venant de 6 unités différentes dans 5 hôpitaux différents. Les patientes devaient avoir au moins 12 ans, avoir été hospitalisée pendant au moins 1 semaine pour AN et être mentalement stables. Les infirmières devaient travailler dans une unité spécialisée dans l'AN. Pas de requis d'expérience. 34 adolescentes et 20 infirmières en phase 2</p>	<p>Durée de l'étude : 8 mois</p> <p>L'échantillonnage a été non-probabiliste (Schofield, 2004), justifié par le besoin d'avoir des échantillons d'une population et localisation spécifique.</p> <p>La collecte des données en Phase 1 a été effectué grâce à 5 instruments : <u>I-TAS</u> (Inpatient-Treatment Alliance Scale), <u>CAT</u> (Client Assessment of Treatment Scale), <u>EDE-Q</u> (Eating Disorder Examination Questionnaire), <u>EssenCES</u> (Essen Climate Evaluation Scale) et <u>ATAMHS-33</u> (Attitudes Towards Acute Mental Health Scale). En Phase 2, il y a eu des interviews semi-structurés (Minichiello et al., 2004).</p> <p>Une analyse, en Phase 1, a été fait grâce à un logiciel de statistiques (SPSS v22 ; IBM 2013). Les statistiques ont été décrites pour mesurer chaque concept dans l'étude ; des comparaisons ont été faites avec des études précédentes. En phase 2, l'analyse a été thématique : les thèmes récurrents et soulignés ont été identifiés (Browne, 2004). Puis l'analyse a aussi utilisée une approche inductive et déductive (Elo & Kyngäs, 2007). Un système de codage a également été employé pour augmenter la validité de l'analyse (Morse, 2015).</p>	<p>Les résultats de l'analyse de la phase 2 ont été organisé en 3 thèmes et 11 sous-thèmes :</p> <p>(1) amour et limites : (a) prise en soin de façon authentique, (b) empathie/compréhension/sensibilité, (c) prise en soin comme « mère/sœur », (d) regard positif inconditionnel, (e) sécurité et prévisibilité, (f) justesse et rationalisation, intention non-punitive, (g) flexibilité, prise en soin individualisée.</p> <p>(2) séparation thérapeutique : (a) distinguer la patiente de la maladie, (b) reconnaître l'intention de soin</p> <p>(3) maintien thérapeutique de l'autorité et des distances professionnelles : (a) collaboration et autorité, (c) importance des distances.</p>	<p>-La population a été recrutée dans des unités hospitalières spécialisées, chacune avec leurs propres protocoles. Les résultats ne peuvent pas s'appliquer à une population de soins ambulatoires.</p> <p>-Les hommes étaient sous-représentés dans les 2 types de participants.</p> <p>-Etude menée uniquement en Australie.</p> <p>-Le premier auteur et interviewer est un homme, cela aurait pu avoir un impact sur les réponses obtenues.</p>

Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Ce tableau est une synthèse de tous les thèmes ressortis ayant un impact sur l'alliance thérapeutique. Certains apparaissent sous différents synonymes. Comme « Prise en soin « comme une mère/sœur », « L'importance des distances » et « être trop proche ou trop distant ». Ces thèmes-là ont été discutés de différentes façons, mais on y parle des Distances.

« Séparation malade/maladie » et « Psychiatisation » sont synonymes.

« Collaboration et autorité » et « Contrôle et contraintes » parle les 2 du même sujet, qu'on retrouve donc sous « Contrôle et autorité ».

Articles	Authenticité	Qualités humaines	Regard positif inconditionnel	Distances	Sécurité et prévisibilité	Intention non- punitive	Flexibilité
Zugai et al. (2017)	X	X	X	X	X	X	X
Sibeoni et al. (2020)	X	X		X			
Articles	Avoir un rôle actif dans le traitement	Prendre du temps	Prendre soin de la famille	Séparation malade/maladie	Reconnaître l'intention de soin	Contrôle et autorité	
Zugai et al. (2017)				X	X	X	
Sibeoni et al. (2020)	X	X	X	X		X	

7. DISCUSSION

Nous avons donc vu quels sont les facilitateurs et obstacles à la création propice d'une AT. Pour synthétiser nous avons :

-Facilitateurs : (1) prise en soins de façon authentique, (2) empathie, compréhension et sensibilité, (3) prise en soin « comme une mère/sœur », (4) se sentir en sécurité et avoir de la prévisibilité, (5) flexibilité, (6) distinction entre la maladie et la personne, (7) collaboration, (8) maintien des distances professionnelles, (9) qualités humaines et compétences relationnelles, (10) avoir un rôle actif dans le traitement, (11) prendre du temps, (12) prendre soin de l'entièreté de la famille.

-Obstacles : (1) l'application des règles, (2) inconsistances, (3) mesures correctives vécues comme punitives, (4) autorité comme forme d'interaction principale, (5) trop proche ou trop distante, (6) être trop concentré sur le poids, (7) contrôle et contraintes.

Un des facilitateurs de l'AT mis en avant dans cette revue est l'importance de l'authenticité dans les soins et la relation. L'authenticité est nommée par Zugai et al. (2017), Rogers, Watson et Nienhuis et al. (2018) et Sibeoni et al. (2020). En effet, elle aide à la création de l'AT, et donc au progrès des patientes. La première personne à en avoir parlé était Rogers en 1957 (Nienhuis et al., 2018), qui exprimait déjà que l'authenticité avait des effets sur les changements chez les clients. Ensuite, nous avons Watson qui parle d'authenticité dans sa théorie que nous retrouvons dans trois de ses dix processus caratifs. On voit dans son modèle qu'elle insiste sur une présence authentique, sur la création de relations authentiques ainsi que sur l'acceptation des sentiments positifs et négatifs qui se distinguent par « être là dans le présent avec la personne et écouter de façon active ». Par ailleurs, Nienhuis et al. (2018) expliquent que l'authenticité a un impact sur l'AT et qu'elle améliore les résultats de la thérapie de 6%. En outre, Sibeoni et al. (2020) en parlent également, mais sous la forme de qualités humaines : les patientes de leur étude sont très sensibles à leur engagement authentique. Nous pensons donc que si l'authenticité revient aussi souvent, et cela de la part de nombreux auteurs différents, c'est parce qu'elle est essentielle pour l'AT ainsi que pour une continuité des soins plus harmonieuse. Le fait que cette authenticité soit essentielle pourrait venir de la relation de confiance qui est ainsi créée qui pourrait donc servir d'appui et de soutien moral, éléments très utiles dans le rétablissement d'une pathologie psychiatrique. Finalement, un phénomène décrit par Watson et Zugai et al. (2017) est observable : en prenant en soin une personne, cette dernière rendra la

pareille. Ce cheminement de conséquences se fait de l'infirmière à la patiente souffrant d'AM. En effet, la patiente voulant faire plaisir à l'infirmière est observée comme étant plus engagée dans son programme de soin. Ce cheminement a été observé lorsque les infirmières avaient un contact de mère/sœur avec leurs patientes. Nous pouvons donc comprendre l'authenticité comme un des éléments les plus essentiels pour une AT de qualité ainsi que dans les soins prodigués à une patiente souffrant d'AM.

Zugai et al. (2017) nous annoncent qu'un des éléments constituant une AT est une relation de mère/sœur entre l'infirmière et sa patiente. En plus de cela, des patientes de l'étude de Sibeoni et al. (2020) ont dit que leurs relations avec leurs infirmières devaient être comparables à des relations familiales. Ces relations entraînent un cheminement de processus vus également dans la théorie de Watson. Cela devrait donc nous encourager à essayer de développer ce genre de relations dans notre pratique infirmière. Cependant, il est important de mettre en avant le fait que cela a été vu dans une étude n'ayant comme participantes, patientes et infirmières : que des femmes. Il serait intéressant de vérifier si un tel style de relation serait possible, développable et thérapeutique avec d'autres relations, telles qu'infirmière-patient, infirmier-patient et infirmier-patient. De plus, Sibeoni et al. (2020) nous expliquent qu'un des obstacles à l'AT est le fait d'être trop proche ou trop distant dans la relation. Une relation mère/sœur entre une infirmière et sa patiente peut facilement être jugée comme trop proche. Dans leur étude, on peut voir que les patientes et les parents ont pu avoir des réactions négatives par ce genre d'approche et de contact. Les patientes ont trouvé certaines infirmières surprotectrices et excessives. Elles ont également pu décrire certains entretiens comme étant trop intrusifs et privés. En outre, les parents ont exprimé avoir eu les mêmes ressentis et que cela avait entraîné de la méfiance ce qui avait donc entravé l'AT. Un couple de parents a exprimé « Ils exagèrent » lors de certaines interactions entre leur fille et leurs infirmières. Personnellement, nous nous questionnons par rapport à leur réaction : certains parents ont dit avoir ressenti un échec dans leur rôle lorsque leur fille s'est fait hospitaliser. Cet échec dans leur rôle, que les parents ressentent et qui nous est transmis grâce à ce genre de commentaire, nous laisse imaginer l'impact que cet échec provoque sur leur personne. Ressentir un échec dans un rôle propre important (la relation avec leur fille) et ensuite voir quelqu'un d'autre prendre ce type de rôle peut être difficile pour de nombreuses personnes. Nous nous demandons donc si ces parents ont jugé la relation des soignants trop proche à cause de leur propre échec ou à cause d'autre chose ? Dans tous les cas, cela a porté préjudice à l'AT et la création d'une relation mère/sœur avec une patiente souffrant d'AM est à réfléchir malgré les bienfaits remarqués par Zugai et al. (2017). En lien avec cette relation mère/sœur, Watson explique qu'il faut aimer chaque personne et donc chaque

patient pour s'en occuper au mieux. Nous pouvons imaginer les points positifs que cela pourrait amener, mais nous avons également l'utilité de la distance professionnelle. Il existe donc des points positifs et négatifs dans tous les cas, que ce soit par réflexion personnelle ou dans les données scientifiques qui ont été relevées en lien avec quel genre de relation adopter. Le choix reste donc personnel du côté des soignants sans oublier que chaque patiente a ses préférences également.

Les qualités humaines sont un des éléments favorables notés dans les deux articles utilisés dans cette revue. En plus de ces derniers, Nienhuis et al. (2018) avancent que les caractéristiques de thérapeutes ayant un impact sur l'AT pouvait être l'empathie, l'ouverture, la chaleur, la confiance, le respect, la flexibilité, l'honnêteté, la tension, l'utilisation de l'auto-divulgence et la rigidité. Toutes ces caractéristiques pouvant être vues comme des qualités. Zugai et al. (2017) nomment l'empathie, la compréhension, la sensibilité, l'authenticité (=ouverture et honnêteté), flexibilité, prévisibilité et justesse. Sibeoni et al. (2020) parlent de fiabilité, authenticité, compréhension et l'écoute. On peut voir ici de nombreuses et différentes qualités humaines, toutes ayant un impact sur l'AT. Zugai et al. (2017) parlent de prévisibilité, justesse, flexibilité comme facilitateur de l'AT mais aussi d'inconsistance, ce qui est un obstacle au maintien de l'AT, mais pourtant en lien avec les qualités mentionnées. En plus de cela, la prévisibilité et la flexibilité peuvent être vus d'un œil contraire, tout comme la justesse et la prévisibilité. La prévisibilité est vue comme une constante du comportement des infirmières et source de sécurité dans cette étude, alors que la flexibilité, quant à elle, est décrite comme une source d'entorse aux règles, elle peut donc être vue comme une inconsistance, pourtant elle est tout de même nommée dans cette étude comme une qualité et comme propice à l'AT. Tout cela peut être source de confusion.

Dans cet article, on peut voir que la prévisibilité peut changer entre chaque infirmière par l'interprétation qu'elles ont des règles et donc de leur application. Des inconsistances sont donc créées car chaque infirmière applique les règles et les mesures différemment. Pour éviter cela, Zugai et al. (2017) proposent donc des règles bien précises et définies. En outre, ces règles créent des limites de façon plus claire, ce qui aide les deux parties : les patientes et les infirmières. Les patientes ne subissent plus un défaut de prévisibilité et se voient retirer une prise de décision pouvant être anxiogène, en lien avec la nourriture et l'activité physique. Du côté des infirmières, cette délimitation des règles leur offre plus de confiance en soi et plus d'autorité dans leur rôle ainsi que dans leurs soins. Les limites et la distance professionnelles ayant été nommées sont importantes pour ne pas créer d'inconsistances ainsi que pour d'autres raisons. Les jeunes infirmières pouvaient se voir souvent charmées par des besoins des patientes souffrant d'AM. En ne respectant pas la juste distance professionnelle et en exerçant du favoritisme, leur

autorité perdait en crédibilité et donc en pouvoir thérapeutique (Zugai et al., 2017). En lien avec cela, le premier processus caratif de Watson parle de soin à soi-même comme étant important pour les infirmières. Leur profession les caricaturant comme des personnes très altruistes, elles sont mêmes vues comme des personnes devant se sacrifier (Sitzmann K. & Watson J., 2018). Cette réputation de sa profession en tête, Watson a souligné qu'il était important pour les infirmières également de prendre soin d'elles-mêmes : respecter ses limites est un choix de self-care et il apporte donc du bien aux infirmières ainsi qu'à leur patiente souffrant d'AM.

Il a été observé que de l'autorité est nécessaire dans les besoins de soins de ces patientes : pour l'application des règles et des mesures en places dans les différentes unités. En effet, cette autorité pouvait être mal perçue par les patientes mais tout de même jugée nécessaire et essentielle pour une bonne AT par les auteurs de cet article (Zugai et al., 2017). En parallèle, Sibeoni et al. (2020) ont fait remarquer que des contraintes imposées aux patientes rendaient l'AT impossibles avec celles-ci. A cela s'ajoute que l'AT était difficile lorsque des contraintes de choix étaient posées aux parents également. Pour les patientes, les contraintes sont difficiles à accepter vu les effets que peut avoir l'AM : c'est une maladie qui est de nature égossyntonique, ce qui rend la maladie glorifiée par la patiente et résistante au traitement (Gregertsen et al., 2017). En sachant cela, nous pouvons comprendre pourquoi la FPT (Psychothérapie Psychodynamique Focale) a montré de l'efficacité pour traiter cette maladie, car elle s'occupe de ces croyances égossyntonique dans sa première phase (Zipfel et al., 2017). Pour amoindrir les réticences face aux contraintes, Zugai et al. (2017) proposent de faire reconnaître les intentions de soins des infirmières. Les patientes pouvaient vivre l'application de certaines règles et mesures comme punitives, ce qui avait pour effet de saboter l'AT. Les infirmières faisaient reconnaître leurs intentions de soin en définissant les patientes comme des personnes et non comme des maladies ambulantes. Cela avait pour effet d'amoindrir leurs impressions d'être punies. En plus de cela, les infirmières étaient réticentes à mettre en pratique des mesures qu'elles estimaient comme dégradantes, punitives, démoralisantes ou trop restrictives, cela ayant un lien avec la flexibilité également.

Le fait de voir et de traiter les patientes comme des malades et non comme des maladies avaient plusieurs effets bénéfiques. Dans l'étude de Sibeoni et al. (2020), les patientes se sont plaint d'être traitées comme une liste de symptômes et de cela ressortait un sentiment d'incompréhension. Zugai et al. (2017) ont exprimé que le fait de les séparer de leur pathologie avait différents bénéfices. Cette séparation thérapeutique était possible par la compréhension et les connaissances que les infirmières avaient de cette pathologie, ce qui entraînait également un non-jugement, une autre qualité pour

instaurer l'AT. Le fait que les patientes se voient comme des personnes et non comme des anorexiques était un impératif thérapeutique et les faisait se sentir comme des personnes à part entière, dignes de soutien et de valeur. Cela peut aussi être mis en lien avec Watson et comment elle voit une personne. Pour elle, chaque personne est un esprit, un corps, de la nature et de la personnalité. Si nous suivons la pensée de Watson et celle des patientes, il n'y a rien de positif à réduire une personne à son trouble et donc rien non plus de positif pour l'AT.

Dans l'étude de Sibeoni et al. (2020), un des facilitateurs de l'AT est le fait d'avoir un rôle actif dans le traitement. Par ce juste fait, les patientes voyaient déjà un début d'AT. Cela était d'autant plus accentué lorsque les parents prenaient part à leurs soins. De plus, les psychiatres ont estimé que l'AT était plus simple lorsque la patiente s'engageait dans ses soins et l'AT avec les parents était simplifiée lorsque les psychiatres considéraient l'expérience qu'ils avaient de leur fille : ils les reconnaissaient comme des « experts » de leur fille. Les patientes appréciaient également que les soignants soutiennent aussi leurs parents. On remarque l'importance de prendre soin de la famille entière aux yeux de la patiente, cela comprend aussi la fratrie et donc l'établissement d'une AT. Il est aussi mentionné que prendre soin de la famille dans son intégrité signifie améliorer les relations entre chaque personne en faisant partie. A travers ces différents points, on peut comprendre pourquoi la FBT est une des méthodes de thérapies ayant le plus de succès (Yon et al., 2009) : la famille entière est traitée. La fratrie est prise en compte et ne tombe donc pas dans l'oubli ; les parents sont soutenus, informés et déculpabilisés et ils regagnent un contrôle sur leur enfant pour que celui-ci puisse à nouveau s'alimenter dans un contexte familial. En mettant ce type de thérapie avec ce que les patientes trouvent nécessaire pour une AT, on peut comprendre les résultats en qui en découlent et la popularité de ce type de thérapie.

Certaines contraintes ont déjà été discutées mais il est bien de les mettre aux côtés du contrôle. Lorsque les jeunes filles se voyaient exclues de décisions importantes concernant leur traitement, cela avait pour effet une forte entrave de l'AT. De plus, la perte de contrôle peut être mise en lien avec les croyances égosyntoniques présentes dans cette pathologie. Cette perte de contrôle peut être très fortement et négativement vécue avec la focalisation sur le gain de poids par les patientes. Cette focalisation sur le poids est déjà considérée comme un obstacle majeur à l'AT (Sibeoni et al., 2020). En outre, le fait d'être concentrées essentiellement sur le poids les réduit à une maladie, ce qui a été observé comme thérapeutiquement contre-productif. Cependant, les psychiatres et les parents de l'étude de Sibeoni et al. (2020) ont considéré le gain de poids comme un objectif essentiel (tout en reconnaissant l'obstacle que cela posait envers l'AT), étant donné leurs préoccupations par rapport à la mise en danger de la vie

de leur patiente ou fille. Cependant, une perte de contrôle pouvait être bénéfique, cela a pu être constaté par Zugai et al. (2017) : en se tenant à des règles précises, bien définies et sans livrer d'inconsistances, enlever les prises de décisions (donc retirer du contrôle) concernant la nourriture et l'activité physique pouvait les soulager de l'anxiété pouvant y être liée.

8. CONCLUSION

Il est ressorti que l'alliance thérapeutique est primordiale dans la prise en soin de patientes souffrant d'anorexie mentale car il est important de les prendre en soin rapidement. Cela augmente leurs chances de guérison totale. De plus, l'alliance est à créer au plus vite car la maladie de ces patientes a tendance à entraîner des croyances qui vont empirer leur état. Pour pouvoir les atteindre au plus vite, il faut donc être perçu comme des alliés par ces patientes comme des alliés qui veulent leur bien, digne de confiance et qui les considèrent elles comme également comme des personnes à part entière.

Pour cela, le modèle de Watson rejoint cette vision de voir la personne comme une personne digne d'amour et qui base un bon nombre de ses principes sur l'authenticité. Nous avons laissé dans ce travail des pistes pour réussir à avoir une bonne alliance thérapeutique qui nous permettra de soigner ces malades convenablement. Il n'y a pas vraiment d'accélérateur ou de raccourcis pour cette création, cependant nous avons laissé ici plusieurs facilitateurs qui seraient utiles et les obstacles à éviter qui sont les suivants :

-Facilitateurs : (1) prise en soins de façon authentique, (2) empathie, compréhension et sensibilité, (3) prise en soin « comme une mère/sœur », (4) se sentir en sécurité et avoir de la prévisibilité, (5) flexibilité, (6) distinction entre la maladie et la personne, (7) collaboration, (8) maintien des distances professionnelles, (9) qualités humaines et compétences relationnelles, (10) avoir un rôle actif dans le traitement, (11) prendre du temps, (12) prendre soin de l'entièreté de la famille.

-Obstacles : (1) l'application des règles, (2) inconsistances, (3) mesures correctives vécues comme punitives, (4) autorité comme forme d'interaction principale, (5) trop proche ou trop distante, (6) être trop concentré sur le poids, (7) contrôle et contraintes

8.1. Apports et limites du travail

Tout d'abord cette brève revue de littérature n'a que deux articles pour appui. Cela ne constitue pas un niveau de preuve très élevé. Par ailleurs, les articles utilisés ici sont des études qualitatives car le but était de mieux comprendre les ingrédients de l'alliance thérapeutique et son application avec l'anorexie mentale. Des études qualitatives sur l'alliance thérapeutique semblent difficiles à produire et cela a rendu ardue la recherche scientifique car elle n'est pas très riche en ces études qualitatives. De plus, les 2 articles avaient des échantillons de petite taille et se passaient avec des patientes ayant été hospitalisé. Or, il est préférable de voir ces patientes en milieu ambulatoires, par conséquent, les résultats ne sont utilisables que sur une partie de la population anorexique, à savoir celle qui est hospitalisée.

Un des articles provenait de la France, qui un pays voisin de la Suisse, pourrait nous permettre d'utiliser les résultats rencontrés car la culture et système de santé sont proches du notre, tous deux ayant leur importance dans l'anorexie mentale.

8.2. Recommandations

8.2.1. Clinique

Les résultats obtenus ici peuvent être utilisables dans des conditions où les patientes seraient traitées avec des protocoles similaires. Spécialement lorsque l'on parle des preuves de l'article français, ayant une culture et un système de santé proches de la nôtre. De plus, certaines des résultats liés à l'AT pourraient être utilisables avec des patients ayant d'autres pathologies.

8.2.2. Recherche

Pour donner suite à ces études qualitatives, la recherche pourrait faire des études quantitatives avec les résultats qui sont ressorties de cette brève revue de littérature, un peu comme l'étude de Zugai et al. (2017). Il se pourrait aussi que la recherche soit faite sur les 2 sous-types d'anorexie mentale afin d'avoir des résultats plus détaillés. De plus, les patientes souffrant d'anorexie vont être suivies pendant longtemps en ambulatoire, plus qu'en hôpital. Il serait intéressant d'avoir ce genre d'études mais en ambulatoire, et

avec des échantillons plus nombreux. Finalement, il faudrait plus d'articles pour mieux répondre à la question.

8.2.3. Enseignement

L'alliance thérapeutique est peu abordée au cours de notre formation en soins infirmiers. Or, il serait très utile d'approfondir de ce sujet, spécialement pour les élèves qui auraient comme projet de travailler en psychiatrie. De plus, l'alliance thérapeutique sert énormément en psychiatrie car les soins sont basés sur la relation soignant-soigné mais cela est utile à de nombreux autres secteurs que la psychiatrie. Il serait utile de la voir en cours théoriques mais également pratique, si possible avec des acteurs comme patients fictifs pour une meilleure qualité de simulation.

9. RÉFÉRENCES

- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Baillargeon, P., Pinsof, W., & Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 55(3), 137-143.
- Caspar F., Grossman C., Unmüßig C., Schramm E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 91-102
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories (3 ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Franko, D. L., Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 769-782
- Gregertsen, E., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 2273.
- Hepp, U., Milos, G. (2016). *Les troubles alimentaires : une introduction*. Accès : https://medicalforum.ch/fr/journalfile/view/article/ezm_smf/fr/fms.2010.07348/9f6b6c0844b6cb448c4fccda5bb1753365baa068/fms_2010_07348.pdf/rsrc/jf
- Nienhuis, Owen, Valentine, Winkeljohn Black, Halford, Parazak, . . . Hilsenroth. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605.
- Phaneuf, M. (2016). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soin*. Accès : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

Peterson, K., & Fuller, R. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing*, 49(10), 24-30.

Pinto, Rafael Zambelli, Ferreira, Manuela L, Oliveira, Vinicius C, Franco, Marcia R, Adams, Roger, Maher, Christopher G, & Ferreira, Paulo H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 77-87.

Salamin, V., Clément, O., Zimmermann, G., Follack, C., Perrenoud, P., & Bickel, G. (2009). Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière. *Annales Médico-psychologiques*, 167(3), 188-194.

Schmidt, Magill, Renwick, Keyes, Kenyon, Dejong, . . . Landau. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796-807.

Sibeoni, J., Verneuil, L., Poulmarc'H, L., Orri, M., Jean, E., Podlipski, M., . . . Révah-Lévy, A. (2020). Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 16-32.

Yon, L., Doyen, C., Asch, M., Cook-Darzens, S., & Mouren, M. (2009). Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée : Recommandations et modalités pratiques. *Archives De Pédiatrie*, 16(11), 1491-1498.

Zipfel, S., Giel, K., Bulik, C., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416-426.

10. ANNEXES

10.1. Résumé de article: “The nature of therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study”

Le but de **Zugai et al. (2017)** a été de comprendre la nature de l'alliance thérapeutique entre des patientes souffrant d'AN et des infirmières dans un milieu hospitalier. Cette étude a employé une méthode mixte en 2 phases : la 1^{ère} étant une enquête quantitative et la 2^e étant la récolte et l'analyse de données qualitative. Les participants ont été recrutés dans 5 hôpitaux différents dont 6 unités différentes en Nouvelles-Galles du Sud, Australie. Trois unités étaient pour des soins psychiatriques, les 3 autres étaient mixtes, pour des soins somatiques et psychiatriques. Les participants-patientes devaient avoir 12 ans ou plus, peu importe le sexe, avoir été hospitalisées pendant au moins une semaine pour un traitement d'AN dans une des unités à choix et elles devaient être somatiquement stables. Quant aux participantes-infirmières, elles devaient être en train de travailler dans une unité spécialisée dans le traitement de l'AN. Il n'y avait pas de restriction d'expérience quant au choix des participantes-infirmières.

Tout d'abord, les patientes ont rempli différents questionnaires pour commencer la récolte de données. Pour évaluer leur perception de la force de l'AT, elles ont rempli le Inpatient-Treatment Alliance Scale (I-TAS) ; leur satisfaction avec leur prise en soin avec le Client Assessment of Treatment Scale (CAT) ; et la psychopathologie de leur maladie avec le Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Ensuite, les patientes et les infirmières ont dû remplir les questionnaires de qualité d'ambiance d'unité avec le Essen Climate Evaluation Scale (EssenCES) et le comportement des infirmières envers des patientes en soins psychiatriques à l'aide du Attitudes Towards Acute Mental Health Scale (ATAMHS-33). Dans la 2^e phase de la récolte de données, les patientes et les infirmières ont passé 2 entretiens semi-structurés qui ont été enregistrés et retranscrits. Ces entretiens ont permis aux participantes d'exprimer et d'introduire des thèmes qu'elles avaient envie de partager. Les patientes avaient le droit d'avoir un parent accompagnant lors de ces entretiens. Cette 2^e phase de récolte de données s'est vu modifiée selon des réponses obtenues avec les questionnaires. Des questions comme « Parmi les questionnaires que j'ai laissé remplir dans cette unité, j'ai remarqué que les patientes n'étaient pas très satisfaites avec leur traitement. S'il vous plaît, commentez que je puisse mieux comprendre ce que cela signifie ». Cette phase se termina lorsqu'ils arrivèrent à une saturation des données (Elo & Kyngäs, 2007).

Ensuite les données quantitatives ont été premièrement analysées et deuxièmement, les données qualitatives. Pour les données quantitatives, elles ont été rentrées dans des logiciels de statistiques. Les statistiques en ressortant ont été utilisées pour décrire la mesure de chaque concept, qui ont été comparées avec des études précédentes utilisant les mêmes outils. Pour les données qualitatives, elles ont été interprétées par une analyse thématique, qui identifiait les thèmes récurrents nommés par les patientes et infirmières. Ces données ont été analysés avec des approches déductives et inductives.

Les participantes ont pris part à cette étude volontairement et de façon consentante. Pour les patiente mineures, le consentement des parents a été recueilli. Ils ont eu 63 patientes et 65 infirmières (N=128) pour remplir les questionnaires et 34 patientes ainsi que 20 infirmières pour participer aux entretiens (N=54). Les entretiens étaient de 40 minutes en moyenne pour les infirmières et 25 minutes en moyenne pour les patientes. Dans la première phase de récolte de données, les patientes ont exprimé une pauvre AT avec les infirmières (I-TAS), peu de satisfaction dans leur prise en soin (CAT) et un haut degré de pathologie des troubles alimentaires (EDE-Q). Les infirmières ont répondu manifester une haute qualité de comportement envers les patientes en soins psychiatriques (ATAMHS-33).

Trois thèmes majeurs sont ressortis dans les résultats de l'analyse : « l'amour et les limites », « séparation thérapeutique » et « maintenance thérapeutique de l'autorité et des limites professionnelles ». Les sous-thèmes sont : (1) Soins authentiques, (2) Regard positif inconditionnel, (3) Empathie compréhension et sensibilité, (4) Prise en soin « comme mère/sœur », (5) Sécurité et prévisibilité, (6) Flexibilité Prise en soin individualisée, (7) Distinction entre la patiente et la maladie, (8) Reconnaissances des intentions de soin, (9) Collaboration et autorité, Importance des limites professionnelles

10.2. Résumé de l'article: "Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study"

Le but de **Sibeoni et al. (2020)** étaient d'explorer l'expérience de l'AT entre des patientes souffrant d'AN hospitalisées, leurs parents et leurs psychiatres. C'est une étude qualitative qui a été menée en Ile de France au moyen d'entretiens semi-structurés chez des patientes en soins ambulatoires mais ayant été hospitalisées.

Durant leur hospitalisation respective, elles ont toutes fait l'objet d'une séparation complète ne dépassant pas les 10 semaines et qui était adaptée au cas par cas.

L'échantillonnage a été ciblé selon les patientes et leurs parents capables de fournir le plus de données. Les 2 sous-types d'AN ont été prises car les patientes peuvent jongler entre ces diagnostics. Les médecins collaborant à cette étude ont d'abord mentionné cette étude à leurs patientes puis ont donné des feuilles contenant les détails de cette dernière aux patientes et à leurs parents pour voir s'ils étaient intéressés. Si cela était le cas, le psychiatre récoltait leurs données de contacts ainsi que leur consentement. Les patientes devaient avoir entre 12 et 18 ans, présenter une AN, parler couramment français, être en traitement depuis plus de 6 mois, ayant été hospitalisée durant 1 mois au moins et intéressées à participer à cette étude. Les critères d'exclusion étaient des comorbidités somatiques, psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble du spectre de l'autisme), déficit intellectuel et de symptômes aigus à l'admission.

La récolte de données s'est faite grâce à des entretiens avec la patiente, ensuite un ou ses 2 parents puis le psychiatre référent. Il y avait donc 3 entretiens liés à chaque patiente souffrant d'AN. Ces entretiens duraient entre 60 et 90 minutes et étaient menés par 2 chercheurs. Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits, puis analysés. La récolte de données a été arrêtée lorsqu'ils sont arrivés à saturation des données : les thèmes obtenus offraient suffisamment d'explications des données récoltées. C'est-à-dire lorsque 6 entretiens (2 patientes) n'apportaient plus de nouveaux contenus.

L'analyse des données s'est faite de façon thématique (Braun et al., 2014). Elle a été conduite avec une approche inductive, en codant les données sans notions théoriques. Le but étant de repérer les similitudes et les différences entre chaque participante.

Finalement, ils ont interviewé 15 adolescentes souffrant d'AN, 18 parents (14 mères et 4 pères) et 8 psychiatres (N=41). Elles avaient entre 13 et 17 ans, ont été hospitalisées entre 2 et 8,5 mois. 13 étaient sous traitement pharmacologique : 9 sous ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine), 3 sous ISRS et antipsychotique atypique, 1 sous antipsychotique atypique.

Les thèmes qui sont ressortis, ayant un impact sur l'AT sont les facilitateurs : (1) les qualités humaines et les compétences relationnelles des prodigueurs de soins, (2) avoir un rôle actif dans le traitement, (3), prendre le temps, (4) prendre soin de l'entièreté de la famille ainsi que d'améliorer les relations familiales ; et les obstacles : (5) être trop proche ou trop distant, (6) être concentré sur le poids, (7) contrôle et contraintes et (8) la psychiatrisation.

Pour regrouper les résultats et les différencier plus clairement, ils vont être listés comme facilitateurs ou obstacles à la création d'une AT de qualité.