



L'image corporelle dans la prise en charge infirmière des adolescentes atteintes d'anorexie

CHARLOTTE ETTER

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

DELPHINE GAY

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

LAURA MORET

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directeur de travail : PHILIPPE LONGCHAMP

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2015 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

Haute Ecole de Santé Vaud

Filière Soins infirmiers

Résumé

Introduction

L'anorexie mentale est en constante évolution et a de graves conséquences au niveau bio-psycho-social. 1 à 2 % de la population adolescente en suisse est touchée par cette pathologie. L'image corporelle et le rapport au corps sont des éléments à risque d'être perturbés chez ces jeunes filles, c'est pourquoi des interventions infirmières en lien avec ces composantes sont importantes dans l'accompagnement de ces dernières.

Objectif

Trouver des interventions infirmières en lien avec l'image corporelle, afin de favoriser la guérison et d'éviter les rechutes chez des adolescentes atteintes d'anorexie.

Méthode

Les bases de données CINAHL et PubMed utilisées nous ont fourni huit articles pertinents.

Résultats

Trois thèmes ressortent de nos résultats : l'estime de soi, la perception corporelle et les interventions infirmières. Les articles étudiés montrent que durant l'adolescence, l'estime de soi est liée à la perception que l'on a de soi. Concernant cette perception, il n'y aurait pas de distorsion de la perception corporelle chez ces patientes. Concernant la prise en charge, le soutien des infirmières et des groupes de pairs est déterminant dans la guérison.

Conclusion

D'autres recherches devraient être effectuées concernant la prise en charge infirmière en lien avec l'image corporelle pour des patientes anorexiques, afin d'avoir des propositions d'actions concrètes qui permettraient d'améliorer leur image corporelle. La dimension sociale de l'anorexie est peu prise en compte et devrait être plus abordée. Il n'y a pas de recherches longitudinales, ce qui limite la crédibilité des résultats.

Mots-clés :

Adolescence, anorexie, interventions infirmières, image corporelle, milieu hospitalier

Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Lausanne, le 23 juin 2015

Etter Charlotte, Gay Delphine et Moret Laura

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre directeur de travail de Bachelor Monsieur Philippe Longchamp, sociologue, professeur à HESAV, pour sa disponibilité, ses conseils et son suivi régulier tout au long de cette année.

Nous remercions Monsieur Christophe Gueniat, professeur à HESAV, pour sa disponibilité, son soutien et son écoute lors de la rédaction du projet de travail de Bachelor.

Nous remercions également Madame Nancy Helou, professeur à HESAV, pour ses précieux conseils concernant la lecture critique des articles et le modèle théorique.

Enfin, un travail de Bachelor à trois n'est pas évident, c'est pourquoi nous nous remercions mutuellement de nous être supportées et entraînées tout au long de ce travail.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Problématique	2
3. Concepts théoriques	3
3.1 Concept : l'anorexie	3
3.2 Concept : l'adolescence	6
3.3 Concept : le rapport au corps	8
4. Question de recherche	10
5. Méthodologie	11
5.1 Diagramme de Gantt	14
6. Résultats	15
6.1 Estime de soi et anxiété sociale	17
6.2 Perception du soi et du corps	23
6.3 Prise en charge infirmière	32
7. Synthèse des résultats	39
7.1 Généralisation des articles	40
7.2 La théorie infirmière de Nola Pender	40
8. Discussion	45
8.1 Mise en perspective sociale	45
8.2 Comparaison des prises en charge infirmières	47
8.3 Regard réflexif	50
9. Conclusion	51
Bibliographie	53
Liste de références bibliographiques	53
Webographie	55

1. Introduction

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous avons choisi de travailler sur la thématique de la prise en charge infirmière en lien avec l'image corporelle, chez les patientes adolescentes¹ atteintes d'anorexie. En effet, cette pathologie est en constante évolution et a des graves conséquences au niveau bio-psycho-social. De par sa fonction de promotrice de la santé, l'infirmière a un rôle important dans l'accompagnement de ces jeunes filles. C'est pourquoi nous tenterons d'illustrer cela à travers notre travail de recherche.

Pour ce faire, plusieurs étapes seront décrites. Tout d'abord viendra la problématique, qui permet d'introduire le sujet choisi en le décrivant brièvement et en y extrayant les concepts clés. Ensuite suivra une définition des concepts qui sont les troubles alimentaires, l'anorexie, l'adolescence et le rapport au corps. Ces définitions permettront une vue plus détaillée de la problématique et permettra d'aboutir à l'étape suivante qui est la question de recherche. Cette dernière sera écrite selon l'outil PICOT (population, interventions, contexte, outcome, temps), qui sera développé par la suite.

A partir de la question de recherche, nous établirons une stratégie de recherche dans plusieurs bases de données afin de trouver des articles pertinents. Ces articles seront analysés puis comparés en s'appuyant sur la théorie infirmière de Nola Pender (Pender, Murdaugh, Parsons, 2006). Finalement, les résultats seront discutés avec d'autres lectures afin de les compléter.

¹ Utilisation du féminin car la majorité des personnes atteintes d'anorexie sont des femmes, mais ce travail comprend également le genre masculin.

2. Problématique

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont reconnus en tant que maladies. Ils sont aussi reconnus comme étant un ensemble de comportements, d'attitudes et de réactions émotionnelles qui font souffrir les personnes atteintes de ces troubles ainsi que leurs proches et leur entourage. Il en existe plusieurs types, l'anorexie et la boulimie étant les plus courants. Ce sont deux symptômes qui peuvent se manifester de manière seule ou combinée (Association boulimie anorexie, 2015). Ils touchent en général une population de classe moyenne à supérieure (Darmon, 2003). Les TCA se manifestent essentiellement par une désorganisation des habitudes alimentaires, et s'accompagnent de nombreuses complications physiques, psychologiques et sociales (Association boulimie anorexie, 2015).

Selon l'association Anorexie Boulimie de Lausanne (2015), qui offre dit-elle « des prestations d'écoute, de soutien et d'orientation », 9 à 10 % des femmes adultes souffrent de troubles alimentaires de type compulsif. Cela se traduit par une difficulté à contrôler ses apports alimentaires, mais également par un contrôle exagéré du poids et de la silhouette. Un constat alarmant est le nombre d'adolescentes touchées par ces troubles alimentaires, qui serait en augmentation constante. 1 à 2% de la population adolescente est touchée par l'anorexie, et 5 à 8% par la boulimie.

Les femmes sont les plus touchées par ces maladies, cependant, les hommes sont également concernés. Ils représenteraient 10 à 15% de la population souffrant de troubles alimentaire. Cependant, ils restent très peu pris en compte dans les études. (Association boulimie anorexie, 2015).

Selon L'OFSP (l'office fédéral de la santé publique, 2012) l'anorexie mentale survient généralement durant l'adolescence, alors que la boulimie survient un peu plus tard, autour de la quarantaine.

Dans le cadre de notre travail, nous avons choisi de nous baser uniquement sur l'anorexie mentale, étant donné que chacun des troubles alimentaires requiert une prise en charge spécifique. Nous avons donc décidé de cibler uniquement cette pathologie comportementale, du fait qu'elle est celle présentant le taux de décès le plus élevé (Guisti & Gebharg, 2011). Les patientes atteintes d'anorexie sont exposées à un risque de décès élevé en raison des complications somatiques et psychologiques liées à la maladie, qui peuvent mener dans certains cas jusqu'au suicide de la personne. Une prise en charge précoce de cette pathologie (comme durant la période de l'adolescence) permet dans 50% des cas la guérison (Guisti & Gebharg, 2011). C'est donc pourquoi nous avons choisi d'effectuer un travail sur les interventions applicables par les infirmiers/ères chez les adolescentes atteintes d'anorexie, agissant plus spécifiquement sur l'image corporelle et l'estime de soi. Ceci afin de favoriser du mieux possible un retour à des comportements alimentaires physiologiques.

Au vu de notre problématique, nous allons premièrement aborder les concepts théoriques qui en ressortent, c'est-à-dire l'anorexie, l'adolescence et finalement le rapport au corps. D'après les données de l'OFSP (2012), l'anorexie apparaît durant l'adolescence. Ce concept sera donc abordé afin de

comprendre les liens avec l'anorexie mais également car nous avons décidé de cibler nos recherches sur cette population. L'anorexie et l'adolescence sont des concepts fortement en lien avec le rapport au corps, car l'un est une maladie, l'autre une période de la vie soumise à beaucoup de changements physiques, psychiques et sociaux.

3. Concepts théoriques

3.1 *Concept : l'anorexie*

Selon Turgeon, Bernard-Bonnin, Gervais et al. (2008, cité dans Ball & Blinder, 2010), l'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire qui affecte principalement des adolescentes ainsi que des jeunes femmes, et qui peut être mortel. Les personnes de race blanche seraient plus touchées et proviendraient d'une famille de classe socioéconomique moyenne à supérieure. Ces personnes présentent généralement un bon parcours scolaire avec de bons résultats, et sont vues comme de « bonnes filles ». Le plus souvent, la maladie apparaît à 12 ou à 13 ans, ainsi qu'à 17 ou 18 ans. La maladie touche aussi les garçons, mais de manière moins prononcée. L'anorexie mentale est suspectée lors de la présence des quatre « a » suivants : adolescence, anorexie, amaigrissement et aménorrhée.

D'un point de vue historique, les premières hypothèses concernant la présence d'un trouble alimentaire chez certaines personnes sont apparues au 13^e siècle. A cette époque, les saintes médiévales pratiquaient le jeûne prolongé, considéré autrefois comme « miracle féminin ». Le point commun établi entre ces saintes et les patientes anorexiques, est la recherche d'identité et d'autonomie au sein d'une société exigeante envers les femmes. Cependant, il n'est pas possible de faire un lien direct entre l'anorexie mentale telle qu'elle est décrite à ce jour, avec le jeûne prolongé des saintes médiévales. Le sujet peut être abordé d'un point de vue religieux, comme étant un dévouement de soi, ou d'un point de vue médical comme étant un comportement pathologique. Le diagnostic d'anorexie mentale se constitue au 19^{ème} siècle, le domaine médical prenant de plus en plus de place par rapport au domaine religieux. Les médecins de l'époque décrivent les patientes comme étant des jeunes filles de bonne famille, réduisant de manière drastique leur alimentation et s'amaigrissant, tout en pratiquant une activité physique de manière excessive (Darmon, 2003).

C'est en 1873 que Lasègue et Gull (Lasègue & Gull, cité dans Darmon, 2003) constituent le premier diagnostic d'anorexie mentale ; le premier situe les jeunes filles atteintes entre 15 et 20 ans, alors que Gull les situe plutôt entre 16 et 23 ans.

Ceci confirme ainsi les observations actuelles qui avancent que ces patientes se situent majoritairement dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'apparition de ces conditions

historiques et sociales permet entre autre l'établissement du diagnostic. C'est notamment au 19^e siècle qu'un processus d'observation du corps et des habitudes alimentaires féminines et adolescentes s'installe. En effet, c'est à cette période que l'observation des comportements des adolescentes de bonne famille augmente, d'une part par la famille, et d'autre part par la médecine. Ceci peut s'expliquer par le changement de la place de l'enfant au sein de la famille. Durant cette période, la femme du foyer s'occupe de l'alimentation de toute la famille. Elle est donc considérée comme responsable de l'insuffisance ou de l'excès de poids des membres de la famille. Le corps devient alors un objet de rationalisation ; l'alimentation est régulée de manière à conserver les formes corporelles dans les normes de la société (Darmon 2003). D'ailleurs, jusque dans les années 1960, la faute revenait à la mère si ses enfants présentaient un trouble alimentaire, la rendant ainsi coupable et engendrant sa culpabilité et celle de son enfant. La dynamique familiale en était alors fortement perturbée et la famille se retrouvait encore plus démunie après avoir pris connaissance du trouble (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015).

Une autre modification importante au 19^e siècle est celle des représentations du corps féminin. La maigreur n'est plus considérée comme étant un indice de pauvreté, mais atteste un niveau d'excellence sociale féminine. La modération est alors perçue comme une preuve de distinction et d'élégance. La mise en avant d'un corps mince et la privation de nourriture s'inscrivent dans un schéma social qui comprend la classe et le genre. Il s'agit donc de modifier sa personne pour être aux normes de l'époque (Darmon, 2003).

D'un point de vue sociologique, l'approche de l'anorexie en tant que fait social débute avec l'hypothèse d'une épidémie des troubles alimentaires, lancée par les médias. Dans l'étude de l'épidémiologie, certains qualifient cette épidémie de mythe, alors que d'autres la prennent au sérieux, ou du moins parlent d'une augmentation de l'incidence de cette pathologie dans les pays occidentaux, à partir des années 1970. Ils sont néanmoins d'accord sur le fait que l'anorexie touche principalement des femmes, âgées de 15 à 24 ans, appartenant à une classe sociale moyenne ou supérieure. Certaines études ont tenté de constituer un lien entre l'augmentation de l'incidence de l'anorexie et les changements sociaux. A partir de ces travaux et particulièrement de ceux en sciences sociales et des approches féministes, un point de départ historique et social a pu être mis en évidence quant à l'anorexie, dont l'incidence serait influencée par des facteurs culturels et sociaux. La sociologie n'aurait alors qu'un rôle de mise à jour des éléments socioculturels (la place de la femme dans la société, par exemple) et contextuels, étant donné les autres niveaux d'analyses déjà présents tel que la psychologie, la biologie, la génétique, etc (Darmon, 2003).

En résumé, la culture occidentale prône la minceur, notamment au travers des médias. Cependant, la manière dont la personne va s'approprier les messages véhiculés par la société sera différente d'une personne à l'autre. Muriel Darmon (2003) met en avant que l'importance des médias dans l'apparition

de la maladie n'est pas à surestimer. Les troubles alimentaires ont des raisons beaucoup plus profondes qui ne sont pas uniquement attribuables à la promotion de la minceur au sein de la société (Darmon, 2003).

Selon le DSM-IV-TR (2003, cité dans Ball & Blinder, 2010), il y a plusieurs critères diagnostiques de l'anorexie mentale. Il y a tout d'abord le refus de garder un poids corporel dans la norme ou au dessus de la norme pour l'âge et la taille. Ensuite, une crainte intense est ressentie par la personne atteinte d'anorexie à l'idée de grossir ou prendre du poids, malgré un poids se situant en dessous de la norme. Puis, il y a une altération de la perception corporelle ou des formes corporelles, l'estime de soi est grandement influencée par le poids ou la forme corporelle, ou la personne présente un déni de la gravité de l'amaigrissement. Pour finir, les femmes présentent une aménorrhée, se manifestant par l'absence d'au moins trois cycles menstruels à la suite (DSM-IV-TR, 2003, cité dans Ball & Blinder, 2010).

De nombreuses causes peuvent favoriser l'apparition de la maladie. La société d'aujourd'hui, qui met en avant la minceur, influence beaucoup d'adolescentes à avoir peur de l'obésité et à entreprendre un régime, ainsi qu'à se préoccuper de leur image corporelle. Certains chercheurs ont pu observer des perturbations chimiques dans le cerveau ainsi que dans le sang des patientes atteintes d'anorexie mais au jour d'aujourd'hui, il n'y a rien qui assure qu'il s'agit d'une cause ou plutôt d'une conséquence de la maladie. Souvent, l'anorexie peut apparaître suite à un événement stressant, à une perte ou un changement dans la vie des patientes. Ces dernières présentent également souvent un taux élevé d'hormones de stress et le système immunitaire est parfois perturbé (Gluck, 2006, cité dans Ball & Blinder, 2010).

Certains experts associent l'anorexie à un trouble familial. Des parents extrêmement dominateurs ou perfectionnistes pourraient influencer les comportements alimentaires de l'adolescente. La restriction se révélera pour ces jeunes femmes comme un moyen d'atteindre une indépendance et comme une manière de résoudre des conflits psychologiques internes. La personne atteinte d'anorexie pourra entreprendre de longues séances d'exercice physique allant jusqu'à quatre heures par jour, afin d'éviter de prendre du poids. Elle peut aussi prendre des laxatifs ainsi que des diurétiques afin d'éliminer au maximum tous les éléments qui pourraient peser sur la balance. Ces comportements sont à risque très élevé d'entraîner un déséquilibre électrolytique, une hypoglycémie et une leucopénie, car ils engendrent une insuffisance en apport protéique et énergétique. L'aménorrhée survient lorsque le poids a atteint un seuil critique (Ball & Blinder, 2010).

Selon l'American Dietetic Association (2006, cité dans Ball & Blinder, 2010), l'adolescente atteinte d'anorexie présente plusieurs manifestations cliniques, comme une extrême maigreur, une préoccupation pour son poids et pour la nourriture, une pratique intensive et compulsive d'exercices physiques ainsi qu'une fausse représentation de son image corporelle.

Quant aux signes physiques, la jeune fille atteinte d'anorexie en présente également plusieurs, tels qu'une baisse de la température corporelle, une intolérance au froid, des étourdissements, des ballonnements, de la constipation, une aménorrhée ainsi que de la malnutrition. Peuvent apparaître également de l'ostéoporose, une diminution de la densité osseuse et des fractures (Turgeon, Bernard-Bonnin, Gervais et al. 2008 ; Krassas, 2003, cité dans Ball & Blinder, 2010). Habituellement, et cela malgré la maigreur, l'adolescente a beaucoup d'énergie. Cela dit, une perte de poids extrême peut souvent déclencher des bradycardies (Ball & Blinder, 2010).

3.2 *Concept : l'adolescence*

Concernant le concept de l'adolescence, il peut être abordé sous le point de vue de deux approches, une est socio-historique et l'autre bio-psycho-sociale.

L'approche socio-historique montre que la notion d'adolescence comme période spécifique de la vie apparaît au début du XIX^e siècle. C'est autour de 1850 que le terme adolescent apparaît dans les dictionnaires en désignant la tranche d'âge 14-20 ans. L'adolescence ne concernait que très peu de personnes, c'est-à-dire les jeunes garçons qui pouvaient aller à l'école, en d'autres termes « l'élite masculine ». C'est seulement à la fin du XIX^e siècle que l'adolescence a été définie comme étant une étape pour tous. A partir de là, la dimension sociale appartenant à cet âge a été reconnue comme n'étant pas négligeable. C'est même cette dimension qui définit l'adolescence. Par contre la puberté, événement physiologique qui arrive pendant l'adolescence, n'est pas considérée comme un marqueur déterminant de l'adolescence. Le XIX^e siècle n'a pas créé le terme adolescent mais il a créé le modèle adolescent, qui s'efforce de s'étendre à tous les pubères. La seconde moitié de ce siècle a accordé beaucoup d'importance à l'enfance et a fini par s'intéresser à l'adolescence ainsi qu'à lui donner sa signification actuelle (Thiercé, 1999).

Le modèle adolescent a été construit autour de notions comme la puberté, les crises et l'encadrement. Chacune de ces notions est indispensable à la définition de l'adolescence. La puberté désigne les transformations physiques, morales et psychologiques auxquelles l'adolescent doit faire face. La crise peut être définie comme étant une sorte de mutation et l'encadrement est nécessaire pour gérer cette crise car c'est un âge où la scolarisation est importante. Le côté social s'accroît en avançant dans le siècle, à force que la notion d'adolescence se forme petit à petit dans un groupe social. A partir de 1910, l'adolescence désigne autant le sexe masculin que féminin ainsi que tous les milieux sociaux (Thiercé, 1999).

L'approche bio-psycho-sociale s'intéresse quant à elle à la sphère biologique, psychologique et sociale de l'adolescent. Sur le plan biologique, donc de la croissance physique et du développement, l'adolescence commence avec la puberté qui comprend de nombreux changements physiques, dont

l'apparition des caractères sexuels secondaires. De ce fait, le corps de l'enfant devient un corps sexué. Ce qui représente beaucoup de changements physiques auxquels il doit s'adapter en quelques années (Gronnier, cité dans Kremp, 2007). Ceux-ci, ainsi que les hormones qui sont sécrétées en abondance durant cette période, peuvent rendre difficile la recherche d'identité car l'enfant doit intégrer cette nouvelle image de son corps tout en étant vulnérable (Ball & Bindler, 2010). Sur le plan psychologique et plus précisément cognitif, selon Jean Piaget, l'adolescent est au stade des opérations formelles. Ce stade consiste en une restructuration de la pensée, une compréhension de concepts abstraits et complexes comme la justice ou l'injustice, et une création d'hypothèses. A cet âge, les capacités intellectuelles ont atteint leur maturité (Piaget & Inhelder, 2012). Beaucoup d'adolescents ayant acquis la capacité de penser et d'agir de manière autonome se révoltent contre l'autorité parentale, afin de créer leur identité et leurs propres valeurs. Finalement, sur le plan psychosocial, un grand challenge se présente à l'adolescent. Il doit trouver son identité. De ce fait, ses relations avec les autres jeunes de son âge ont une place très importante dans sa vie. A cet-âge-là, les groupes de pairs sont essentiels, l'adolescent cherche son identité en fréquentant des jeunes du même âge, il se confronte, et passe énormément de temps avec eux. Il commence à faire preuve de maturité dans ses relations. Si l'adolescent ne réussit pas à trouver une identité et de la confiance en lui pendant cette étape, il risque de confondre les rôles. Il peut également avoir des angoisses et avoir de la peine à dépasser les difficultés que la vie lui réserve (Ball & Bindler, 2010). Les comportements de l'adolescent sont parfois un peu contradictoires, car il cherche à se défaire de sa dépendance à ses parents tout en restant dépendant d'eux, car il a besoin de limites et de repères lors de cette phase remplie de changements (Gronnier, cité dans Kremp, 2007).

Pour finir, d'un point de vue santé, les adolescents pensent souvent être inatteignables par des maladies. Cependant, c'est la période où ils désirent tester leurs limites en adoptant des comportements à risque tels que consommation d'alcool, de cannabis, de cigarettes et autres dépendances, ainsi que des troubles alimentaires. Ils peuvent donc compromettre leur santé dans un futur plus ou moins proche (Delgrande Jordan & Kuntsche, 2012). Le dernier point qui peut les rendre vulnérables et donc les pousser à adopter des comportements à risque est comme dit plus haut, le fait que le corps de l'adolescent change. Le corps dont il a eu l'habitude évolue, ses relations affectives également et ces changements sont souvent associés à un changement de statut social. Le corps de l'adolescent est considéré comme étant un endroit où sont exprimées les difficultés qu'il a pu rencontrer (Gronnier, cité dans Kremp, 2007).

3.3 *Concept : le rapport au corps*

Lorsque l'on traite d'un sujet tel que l'anorexie chez les adolescentes, il nous a semblé indispensable d'introduire à notre travail une partie traitant du rapport au corps. En effet, cette notion influence de manière non négligeable la problématique en lien avec l'anorexie mentale.

La notion de rapport au corps regroupe un certain nombre d'éléments, dont l'image corporelle. Cette dernière peut être définie comme étant l'image du soi physique et sera donc caractérisée par la manière dont une personne perçoit son être corporel. Cette représentation physique qu'un individu se fait de lui-même se construit au travers des attitudes et réactions d'autrui mais également à partir des explorations faites par la personne sur elle-même (Kozier & Erb, 2012). L'altération de cette image corporelle chez un individu va induire une série de réactions émotionnelles, perceptuelles et psychologiques (Breakey, 1997).

Si l'on aborde ce concept d'un point de vue historique, le rapport au corps qu'avaient les individus au sein d'une société n'a pas toujours été le même et a beaucoup évolué au fil des siècles. Comme nous l'explique Georges Vigarello (2001), spécialiste en représentations du corps, dès le XVII^e siècle déjà sont apparus dans la littérature des pédagogies porteuses de concepts qui attribuaient au corps une forme afin de le soumettre aux normes de la société. A cette époque, l'idéal corporel se traduisait par la rectitude de la posture que permettait le port d'un corset. Ce rapport au corps qu'avaient les individus a évolué avec les années, laissant place aux concepts toujours présents dans notre société actuelle. C'est au début du XX^e siècle, au sein de la petite bourgeoisie, que la rectitude corporelle n'est plus amenée par le port d'un corset, mais uniquement grâce à la détermination mentale d'une personne à maintenir sa posture en position redressée. Cette précision montre bien le contraste avec les idéaux du XVII^e siècle : la rectitude était amenée par un élément exogène, le corset, alors qu'elle est désormais permise par une force mentale endogène. La posture physique se retrouve donc en lien avec la posture mentale. Un autre changement significatif dans la perception du corps est que la posture ne détermine plus une position sociale, mais témoigne de la position à laquelle l'individu aspire être. Cette nouvelle représentation du corps, qui se tient droit par la seule détermination mentale, requière une hyper-conscience de son être afin de pouvoir être associé à une trajectoire sociale ascendante (Vigarello, 2001).

Ce mode de fonctionnement fait résonance avec les patientes atteintes d'anorexie et leur rapport au soi ; Ces personnes vont pousser la détermination mentale à l'extrême jusqu'à finalement atteindre un comportement pathologique.

Dans notre société occidentale actuelle, depuis maintenant quelques années, les médias tels que les réseaux sociaux, la télévision ou encore les magazines participent de manière non négligeable à la manière dont les individus se perçoivent ou perçoivent autrui. Une norme s'est progressivement

installée dans la société quant aux critères que doit renvoyer un corps sain et attirant, mettant prioritairement en avant la minceur. La pression sociétale est d'autant plus importante pour les populations d'adolescentes, chez qui l'image corporelle est très souvent une préoccupation centrale. Cependant, le profil idéal mis en avant par les médias reflète rarement la majorité de la population et constitue peu souvent un modèle réaliste (Kozier & Erb, 2012).

Là encore, les normes imposées par la société actuelle en terme d'idéal corporel, font partie des facteurs de pression pouvant contribuer à mener des adolescentes ou jeunes adultes à entreprendre des démarches parfois néfastes à leur santé, dans le but de correspondre à cet idéal.

Le rapport au corps peut être abordé d'un point de vue socio-historique, comme mentionné ci-dessus, mais il est également nécessaire de souligner que l'estime de soi en est également une composante. Elle peut être définie comme étant « l'aptitude d'éprouver un sentiment favorable à son propre endroit, laquelle naît de la bonne opinion que la personne a d'elle-même et de la valeur qu'elle se donne. » (Fourgeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St-Michel, G., 1998). « Chaque individu se construit une image de lui-même. Cette représentation du soi, qui sera influencée par tous les changements sociaux, se construit au fil des années et n'est jamais acquise pour toujours » (Duclos, Laporte et Ross, 1995). L'estime de soi peut donc être représentée comme étant l'écart entre les normes et les objectifs de la personne, ainsi que les résultats auxquels elle parvient. Si le concept de soi d'un individu ne correspond pas à son idéal, ce dernier aura une faible estime de lui-même. Il est important de préciser que l'estime de soi dépend également en partie d'autrui et de ce qu'il nous renvoie sur notre propre image (Kozier & Erb, 2012).

Dans les troubles du comportement alimentaire tels que la boulimie ou l'anorexie mentale, le concept de soi s'est révélé être un élément clé dans l'apparition de la maladie (Stein, 1996). Selon le modèle théorique de Bruch (Bruch, cité dans Stein, 1996), dans le cas de l'anorexie mentale, la poursuite pathologique de la minceur découlerait d'une formation altérée de l'identité durant l'adolescence ainsi que d'un manque de clarté dans la définition du soi. Stein (1996), met en avant qu'il existe trois types de déviations du concept de soi dans les troubles du comportement alimentaire : le déficit dans la formation de l'identité, la distorsion de l'image corporelle, et finalement l'insatisfaction corporelle et la faible estime de soi. D'autres approches culturelles ont également mis en avant une approche pouvant être reliée aux troubles du comportement alimentaire : les valeurs selon la culture, les normes, les attentes envers les femmes dans la société, sont des facteurs qui vont influencer la construction de la définition du soi (Boskind-Lodhal, Gordon, cité dans Stein, 1996). Une adhérence exagérée à l'idéal culturel de la femme, comme étant belle, brillante, indépendante et compétente, devient une fresque de critères de définition du soi qui sont à risque de venir empiéter sur le processus d'exploration et de découverte du soi. Il en résulte un manque d'identité authentique qui serait la cause de certains troubles du comportement alimentaire (Boskind-Lodhal, Gordon, cité dans Stein, 1996). Le point

commun de ces diverses théories, est que dans chacune d'entre elles, la préoccupation du poids et les troubles du comportement alimentaire, sont une tentative inadaptée de compenser une perturbation du concept de soi, qui est immature, incomplet et appauvri (Stein, 1996).

L'estime de soi est une composante du rapport au corps importante à aborder dans le cadre d'un travail traitant des prises en charge chez les patientes atteintes d'anorexie. En effet, chez ces personnes, leur rapport au corps est biaisé par une perturbation de l'image corporelle et de l'idée plus générale qu'elles se font de leur personne. Il serait de ce fait nécessaire de mettre en avant des projets de soins qui traiteraient efficacement ces éléments altérés.

4. Question de recherche

Suite à ces concepts, nous avons décidé d'élaborer une question de recherche qui les reprend tous car nous les trouvons importants, et nous trouvons intéressant de les traiter ensemble. Ce qui nous a interpellées quant aux troubles du comportement alimentaire, est que ce sont les maladies psychiatriques qui comptent parmi les plus mortelles. Le taux de rechute reste élevé et la guérison complète est rare. Nous avons également pris conscience qu'en tant qu'infirmières, il nous était possible d'agir afin d'aider du mieux possible ces patientes à retrouver un comportement alimentaire adéquat, en mettant en place des interventions qui permettraient à ces jeunes filles de retrouver un rapport au corps sain, à travers diverses activités thérapeutiques. Nous nous demandions quelles prises en charge liées à l'image corporelle existent pour ces personnes, et si ces interventions sont efficaces. Notre question de recherche est donc la suivante : Quelles interventions en lien avec l'image corporelle peuvent être appliquées par les infirmiers/ères pour les adolescentes atteintes d'anorexie mentale, en milieu hospitalier, dans le but de participer au rétablissement et d'éviter les rechutes ?

Afin qu'elle soit la plus ciblée possible, la question de recherche a été élaborée selon cinq critères qui sont la Population (groupe de personnes atteintes d'une même pathologie), l'Intervention, le Contexte, l'Outcome (le résultat clinique d'intérêt) et finalement la durée dans le Temps.

La question de recherche répond bien à ces cinq critères : En terme de population, il s'agit d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale. L'intervention est en lien avec l'image corporelle pendant une hospitalisation. Le contexte est le milieu hospitalier et le temps imparti serait durant la période de l'hospitalisation ainsi que la période qui suit. L'outcome dans ce travail sera le rétablissement de la personne ainsi que la lutte contre les rechutes. Au travers de ce travail, nous tenterons donc de trouver des interventions liées à l'image corporelle mises en place dans les services spécialisés en troubles alimentaires, qui se sont révélées efficaces pour les patientes atteintes d'anorexie mentale.

5. Méthodologie

Dans cette partie nous présenterons les mots clés qui nous ont permis de trouver nos articles, ainsi que la stratégie de recherche pour les deux bases de données utilisées. Nous citerons aussi les critères selon lesquels nous avons sélectionné nos articles. Pour finir, le diagramme de gantt, qui nous a permis de garder une bonne organisation, sera présenté.

Les mots clés ont été classés dans le premier tableau ci-dessous, selon le PICOT, pour arriver à des descripteurs.

	Mots clés	CINHAL (subject headings)	Pubmed
P : Adolescentes anorexiques	· Adolescence	· Adolescence · Child Development : Adolescence (12-17 years) (Iowa NOC) · Adolescent Nutrition · Adolescent Nutritional Physiology	· Adolescent
	· Anorexia Nervosa · Eating disorders	· Anorexia · Anorexia Nervosa · Eating Disorders · Body Dysmorphic Disorder	· Anorexia · Anorexia Nervosa
I : interventions en lien avec le concept de soi Nursing intervention / body image therapy	· Nursing interventions · Body image therapy · Self esteem · Body image · Self concept	· Chronic low self esteem (NANDA) · Situational low self esteem (NANDA) · Self esteem inventory · Self concept · Self esteem disturbance (NANDA)	· Body Image · Body Dysmorphic Disorders
C : Milieu hospitalier	· Hospitalized patients	· Adolescent, Hospitalized · Inpatients	· Adolescent, Hospitalized · Hospitalization

Après avoir défini ces descripteurs, ils ont été combinés afin d'effectuer des recherches ciblées dans deux bases de données différentes qui sont CINHAL et PubMed.

Nom de la base de données	N° de la combinaison de recherche	Mots-clés et/ou descripteurs recherchés	Résultats de la recherche	Date de la recherche
CINHAL	S1	(MH“Adolescence+“) OR (MH“Adolescent Nutritional Physiology“) OR (MH“Adolescent Nutrition“) OR (MH“Child Development Adolescence (12 – 17 Years)(Iowa NOC)“)	303'170	16 mai 2014
	S2	(MH“Anorexia“) OR (MH“Anorexia Nervosa “) OR (MH“ Body Dysmorphic Disorder“) OR (MH“Eating Disorders +“)	11'332	
	S3	(MH“Chronic low self esteem (NANDA)“) OR (MH“Situational low self esteem (NANDA)“) OR (MH“Self esteem inventory“) OR (MH“Self concept +“) OR (MH“Self esteem disturbance (NANDA)+)	37'296	
	S4	(MH“Adolescent, Hospitalized “) OR (MH“Inpatients“)	58'597	
	S5	(MH“Recidivism“)	623	
	S6	(MH“Recurrence “)	26'054	
	S7	(MH“Recidisvm “) OR (MH“Recurrence“)	26'670	
	S8	S2 AND S4	407	
	S9	S3 AND S8	25	
	S10	S1 AND S2	3'814	
	S11	S1 AND S2 AND S3	443	
	S12	S7 AND S11	1	
	S13	S1 AND S2 AND S3	443	
	S14	S1 AND S2 AND S3 AND S4	11	
Pubmed	#1	"Adolescent"[Mesh]	1'577'726	16 mai 2014
	#2	"Anorexia"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh]	14'390	
	#3	("Hospitalization"[Mesh]) OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh]	156'256	
	#4	"Body Image"[Mesh] OR "Body	12'874	

	Dysmorphic Disorders"[Mesh]		
#5	((("Adolescent"[Mesh]) AND ("Anorexia"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh])) AND ((("Hospitalization"[Mesh]) OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh])) AND ("Body Image"[Mesh] OR "Body Dysmorphic Disorders"[Mesh]))	53	
#6	((("Adolescent"[Mesh]) AND ("Anorexia"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh])) AND ((("Hospitalization"[Mesh]) OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh])) AND ("Body Image"[Mesh] OR "Body Dysmorphic Disorders"[Mesh])) Filters: published in the last 10 years	23	

A la suite de ces recherches, quelques articles paraissent utilisables et intéressants, malgré le fait qu'il est difficile de réunir tous les concepts dans un même article. Nous avons donc décidé de rester plus ouvertes en sélectionnant des articles qui n'ont pas forcément tous les concepts. C'est pourquoi ci-dessous, nos critères d'inclusion/exclusion exposent nos priorités dans ces choix.

Critères d'Inclusion pour les articles primaires

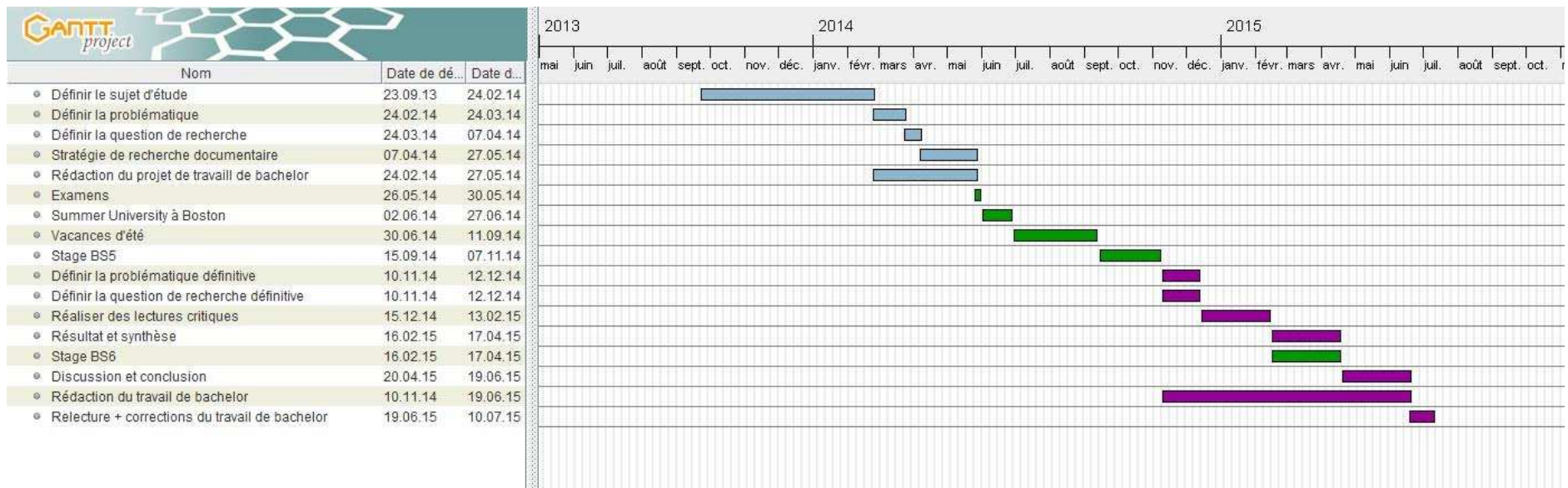
- Les articles de recherches avec phase empirique
- Les articles traitant des soins infirmiers
- Les articles qui prennent en comptes les concepts, ensemble ou séparément
- Les articles en anglais et en français
- Privilégier les articles de moins de 10 ans
- De préférence, des articles en libre accès
- Privilégier les articles en lien avec des populations semblables à celle de la Suisse (niveau socio-économique).

5.1 Diagramme de Gantt :

Pour réaliser le projet du travail de Bachelor ainsi que le travail de Bachelor, nous avons planifié les étapes précises à effectuer selon le diagramme de Gantt. Celui-ci est détaillé en fonction du nombre de semaines à disposition pour réaliser ces travaux.

Pour faciliter la compréhension, les travaux ont été différenciés avec des couleurs. Le bleu correspond au projet du travail de Bachelor et le violet au travail de Bachelor. Le vert correspond aux vacances et aux stages (BS5 & BS6), périodes durant lesquelles nous avons eu moins de temps à disposition pour avancer le travail.

Nous avons effectué ce diagramme selon des dates qui nous ont été données, ainsi que la restitution au 10 juillet 2015.



6. Résultats

Dans ce chapitre, les huit articles utilisés dans le cadre de ce travail sont analysés afin d'en ressortir des résultats pour répondre à la question de recherche. Ils sont répartis en trois groupes distincts, selon leur thème.

Le premier groupe aborde les thèmes de l'estime de soi et de l'anxiété. Le premier article quantitatif, de Karpowicz, Skärsäter & Nevonen (2009), porte sur les changements potentiels de l'estime de soi chez des patientes atteintes d'anorexie après un traitement dans une unité spécialisée dans les troubles alimentaires. Une amélioration de l'estime de soi a été observée après un traitement. Le deuxième article quantitatif, d'Obeid, Buchholz, Boerner, Henderson & Norris (2013), tente de déterminer si un domaine spécifique de l'estime de soi est en corrélation avec une anxiété sociale, dans une population de personnes atteintes de troubles alimentaires. Des corrélations ont été démontrées entre l'acceptation sociale, l'anxiété sociale et l'estime de soi.

Dans le second groupe, en lien avec la perception de soi et du corps, le premier article quantitatif de Stein & Corte (2008) tente d'investiguer la relation entre le concept de soi et son influence dans les troubles alimentaires, chez des jeunes filles susceptibles de développer cette pathologie. L'étude démontre que les jeunes filles ayant un schéma de soi plus négatif sont plus susceptibles de développer un trouble alimentaire. Le deuxième article quantitatif, d'Urgesi, Fornasari, Perini, Canalaz, Cremaschi, Faleschini, ..., Brambilla (2012), essaie de voir si les personnes atteintes d'anorexie présentent également un trouble de la perception dans l'analyse du corps des autres. Celles-ci se sont montrées plus précises dans l'évaluation des formes corporelles que le groupe contrôle. Finalement, le troisième article quantitatif, de Hennighausen, Enkelmann, Wewetzer & Remschmidt (1999), analyse s'il y a présence d'une distorsion de la perception corporelle chez les adolescentes atteintes d'anorexie mentale. Les résultats similaires entre ces dernières et le groupe contrôle ne mettent pas en avant cette distorsion.

Le dernier groupe aborde la prise en charge infirmière chez les patientes atteintes d'anorexie. Le premier article qualitatif, de Van Ommen, Meerwijk, Kars, Van Elburg & Van Meijel (2009), tente de développer un modèle théorique expliquant l'efficacité des soins infirmiers dans l'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie. L'étude se base sur l'expérience des patientes. Le deuxième article qualitatif, de Bakker, Van Meijel, Breukers, Van Ommen, Meerwijk & Van Elburg (2011), a le même but que le précédent article. Cependant, celui-ci se base sur l'expérience des infirmières. Finalement, le troisième article quantitatif, de Morgan, Lazarova, Schelhase & Saeidi (2013), aborde l'efficacité d'une thérapie spécifique dans le traitement de l'anorexie mentale. Cette dernière s'est révélée efficace et applicable dans un milieu de soin.

Ces huit articles sont présentés sous forme de tableaux, réunissant le but, la population, la méthode et les résultats. A la suite de chaque tableau, l'analyse des résultats, les recommandations ainsi que les limites amenées par les auteurs sont exposées. Pour terminer, nous présentons notre regard critique sur chaque article.

6.1 Estime de soi et anxiété sociale

Article 1

« **Self Esteem in patients treated for anorexia nervosa** » by Karpowicz, E., Skärsäter, I. & Nevonen, L. in *International Journal of Mental Health Nursing* (2009) 18. 318-325

But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
Il s'agit d'une étude quantitative de type expérimentale pré-post dont le but est d'évaluer les changements potentiels de l'estime de soi chez les patientes atteintes d'AN après un traitement de trois mois dans une unité spécialisée dans les troubles alimentaires.	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude s'est déroulée au sein de la section « anorexie boulimie » au Queen Silvia Children's hospital dans la région de Västra Götaland en Suède • 38 Patientes âgées de 17 à 25 ans (moyenne de 20,1 ans) • Diagnostiquées anorexiques selon le DSM IV • Les données sociodémographiques ont indiqué que 97% étaient d'origine suédoise. 	<p>Les participantes ont dû remplir deux questionnaires évaluant l'estime de soi (RSE-S) ainsi que l'inventaire des troubles alimentaires (EDI-2) avant et après le traitement en unité spécialisée. L'indice de masse corporelle² a également été évalué avant et après le traitement.</p> <p>Les patientes ont été pesées deux fois par semaine.</p> <p>Durant le traitement, la patiente a six personnes de contact : trois infirmières et trois infirmières spécialisées en santé mentale.</p>	<p>Suite au traitement en milieu de soin spécialisé, l'IMC a augmenté, passant d'un IMC moyen de 15,7 en pré-traitement à un IMC moyen de 18,8 en post-traitement.</p> <p>Concernant le RSE-S, les résultats ont montré une augmentation. Pour l'EDI-2 les résultats ont démontré une diminution. Dans les deux cas, cela indique une amélioration de l'estime de soi en période post-traitement.</p>

² L'indice de masse corporelle sera abrégé IMC dans ce travail.

Analyse des résultats par les auteurs:

Les résultats mis en avant par les auteurs sont qu'il y a un changement positif dans l'estime de soi suite à un traitement dans une unité spécialisée, qui peut être relié à une prise en charge multidisciplinaire. Selon Kong, il y a nécessité d'une relation de confiance entre les infirmières et les patientes, car l'attitude empathique des infirmières contribue à augmenter l'estime de soi des patientes de manière positive (2005, cité dans Karpowicz et al, 2009).

Les patientes atteintes d'anorexie mentale perçoivent de différentes manières l'estime de soi. Une estime de soi élevée avant un traitement peut refléter la satisfaction obtenue par la patiente suite à un poids qu'elle juge satisfaisant ou à la satisfaction d'être en mesure de contrôler son poids. Cependant, une certaine partie d'elle-même reste optimiste à l'idée de se rétablir. D'ailleurs, si elles réussissent à surmonter la maladie, leur fierté peut augmenter l'estime de soi. Au contraire, une faible estime de soi peut évoquer les précédents échecs dans la guérison ainsi qu'un manque d'espoir. Elles appréhendent toutefois le traitement à venir car cela signifie pour elle d'abandonner leur idéal corporel créé par l'anorexie et leur identité personnelle.

Une amélioration des résultats à certains questionnaires peut suggérer une amélioration dans la gestion de l'anxiété.

Recommandations émises par les auteurs:

Les auteurs recommandent que des spécialistes adaptés soient présents sur le terrain pour assurer la bonne prise en charge. Ils soulignent le fait que la motivation et la volonté des patientes sont des éléments essentiels à l'efficacité du traitement. De futures études pourraient être réalisées sur les types de facteurs capables de promouvoir la santé chez les patientes atteintes d'anorexie.

Les auteurs constatent qu'un seul instrument de mesure de l'estime de soi est suffisant, et que le RSE-S est préférable, étant donné qu'il est plus court.

Limites relevées par les auteurs:

Les limites sont que d'une part, l'échantillon était de petite taille et que d'autre part, la période de suivi était de courte durée. De plus, l'étude était non-contrôlée.

Regard critique:

Le lien qui peut être effectué avec notre problématique est que l'estime de soi est un élément qui peut être pris en compte dans la prise en charge, au travers d'une approche empathique, en vue de favoriser

le rétablissement des patientes. De plus, la prise en compte de cet élément semble avoir été appréciée par les patientes, qui considèrent cette approche comme étant centrale.

Partant des résultats, il est mis en avant que l'estime de soi et l'IMC sont plus élevés après le traitement. Nous nous questionnons alors si ces deux éléments s'influencent ou non. En d'autres termes, nous nous demandons si un IMC rétabli peut entraîner une hausse de l'estime de soi, et vice versa. Les auteurs n'établissent pas de lien entre ces deux variables.

Une limite à l'article que nous avons relevée, est que l'étude se base sur des patientes hospitalisées dans le même hôpital. Cela rend les résultats de cette étude difficilement généralisables, car les différentes pratiques des hôpitaux, ou encore la diversité culturelle au sein de la population d'un pays à l'autre peut potentiellement influencer l'efficacité du traitement.

Article 2

“Self-Esteem and Social Anxiety in an Adolescent Female Eating Disorder Population: Age and Diagnostic effects” by Obeid, N., Buchholz, A., Boerner, K., Henderson, K. & Norris, M. (2013). *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21 :2, 140-153.

But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
<p>Il s'agit d'une étude quantitative de type corrélationnelle dont l'objectif est d'analyser l'anxiété sociale et plusieurs domaines de l'estime de soi (compétences sociales, apparence physique, attrait pour la romance et estime de soi globale) dans une large population de patientes présentant des troubles alimentaires. Il s'agit également d'explorer si des effets développementaux ou de diagnostics existent parmi ces relations. Au lieu de séparer ces deux variables, cette étude souhaite déterminer si un domaine spécifique de l'estime de soi est plus fortement en corrélation avec une grande anxiété sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 344 adolescentes âgées entre 12 et 18 ans • Diagnostiquées avec un trouble alimentaire dans un établissement de soins tertiaires en pédiatrie. • 53% des participantes présentaient un diagnostic de symptômes restrictifs, 29% de type binge/purging et 18% de type boulimique. 	<p>Division en trois groupes, basée sur les symptômes primaires. Puis, division en deux groupes d'âge pour analyser les différences développementales. Deux questionnaires sont effectués: Celui sur l'anxiété sociale, qui forme un score total de l'anxiété sociale, et celui sur l'estime de soi, qui mesure les huit domaines de l'estime de soi.</p> <p>Des analyses de variables (ANOVAs), une correction de Bonferroni et des tests « Tukey HSD post-oc » ont été utilisés. Les analyses de corrélation ont été effectuées entre les dimensions de l'estime de soi et l'anxiété sociale afin d'examiner quel domaine de l'estime de soi est plus lié à l'anxiété sociale.</p>	<p>Le groupe restrictif affiche un score moyen supérieur sur les mesures de la perception de l'apparence physique et de l'estime de soi générale. Il n'y a pas d'effet d'âge sur l'anxiété sociale et les quatre domaines de l'estime de soi. Des corrélations négatives ont été trouvées entre la perception de l'acceptation sociale et l'anxiété sociale, ainsi que la perception de l'estime de soi globale et l'anxiété sociale. Il y a des corrélations positives significatives entre chaque domaine de l'estime de soi. La corrélation entre la perception de l'apparence physique et l'estime de soi globale soutient le fait que durant l'adolescence, l'estime de soi est étroitement liée à la perception que l'on a de soi.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les résultats mis en avant par les auteurs ont démontrés que les patientes atteintes d'anorexie restrictive ont un meilleur score sur la perception de l'apparence physique et sur l'estime de soi globale que les patientes atteintes de type binge/purging et celles atteintes de boulimie. La raison pourrait être qu'elles se sentent plus attrayantes et ont donc une meilleure estime d'elles-mêmes, grâce à l'atteinte de la minceur souhaitée et à la capacité à perdre du poids. Cependant, la relation entre le groupe binge/purging et le faible niveau d'estime de soi peut être lié à un sentiment de honte envers leur corps et leurs comportements.

Les auteurs avancent que lorsqu'une jeune patiente atteinte de symptômes restrictifs commence à prendre du poids lors du traitement, elle ressent plus d'anxiété sociale et a une perception de l'apparence plus basse que lorsqu'elle était à son poids le plus bas. Les patientes présentant une faible estime d'elles-mêmes et une grande anxiété sociale peuvent être difficiles à traiter. Les symptômes de leur maladie ainsi que la faible estime d'elles-mêmes les amènent à croire que le soignant pourrait mal les évaluer, et qu'elles ne méritent pas que l'on s'occupe d'elles.

L'âge des participantes n'a pas influencé les résultats. Selon Kaye et al, cela montrerait peut-être que la présence de l'anxiété sociale et de l'estime de soi à l'adolescence chez des patientes ayant des troubles alimentaires reste constante, en milieu et en fin d'adolescence (2004, cité dans Obeid et al, 2013).

Les auteurs suggèrent, d'après leurs résultats, qu'il est important de prendre en compte l'anxiété sociale dans le traitement.

Recommandations émises par les auteurs:

Les auteurs recommandent d'analyser les changements au niveau de l'estime de soi et de l'anxiété sociale, chez des adolescentes en phase de récupération d'un trouble alimentaire, afin de comparer les résultats avec ceux de cette étude.

Les futures recherches devraient étudier de manière plus large la population, à travers toutes les catégories de diagnostics, afin de pouvoir détecter si les différences d'âge influencent ou non les résultats. De même, inclure le début de l'adolescence permettrait d'étudier les différences développementales à travers une période plus large.

Par rapport aux conséquences de l'étude pour la pratique clinique, les résultats peuvent être utilisés afin d'aider à développer et affiner l'évaluation et le traitement. Une compréhension de la relation

entre l'anxiété sociale et les troubles alimentaires est essentielle pour désigner des programmes de traitements efficaces.

Limites relevées par les auteurs:

Il y a eu plusieurs limites dans cette étude. Les données de corrélation mettent en avant des résultats significatifs positifs et négatifs, cependant, ils ne permettent pas d'en déterminer la cause. Une autre limite est que la taille des échantillons de chaque sous-groupe était significativement différente.

Regard critique:

Les questionnaires de l'estime de soi et de l'anxiété sociale de cette étude ne sont pas détaillés. De ce fait, nous ne connaissons pas leur manière d'analyser les corrélations. Il est donc difficile d'en ressortir des conclusions pour notre problématique. Cependant, cet article reste pertinent car il contredit les autres articles en prononçant que ces patientes atteintes d'anorexie de type restrictif ont une meilleure estime d'elles et une meilleure perception de leur apparence physique. L'étude amène une précision nouvelle quant à ces jeunes filles et leur rapport au corps, car les auteurs les différencient des autres types d'anorexie.

6.2 Perception du soi et du corps

Article 3

« The identity Impairment Model : A longitudinal Study of Self-schemas as Predictors of Disordered Eating Behaviors. » by Stein Farchaus, K. & Corte, C. in <i>Nursing Research</i> . (2008) Vol 57, No 3, 182-190			
But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
<p>Il s'agit d'une étude quantitative de type corrélationnelle dont le but est d'investiguer la relation entre le concept de soi et son influence dans les troubles alimentaires chez les jeunes filles susceptibles d'en développer. Les auteurs vont tester l'hypothèse que les composantes du concept de soi sont le résultat des troubles du comportement alimentaire plutôt qu'un déterminant des troubles du comportement alimentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deux groupes de collégiennes • Age moyen de 18 ans • Le groupe "troubles du comportement alimentaire" (TCA) composé de 77 jeunes filles qui n'ont jamais été traitées pour TCA mais présentant soit un/des critère(s) de comportement de TCA, soit souffrant d'aménorrhée depuis au moins 3 mois consécutifs ou les deux. • Le groupe contrôle est composé de 41 jeunes filles qui n'ont pas d'antécédents de TCA et qui ne se préoccupent pas de leur poids. • Toutes les filles ayant déjà été traitées pour TCA et étant sous traitements (excepté la pilule contraceptive) n'ont pas été retenues pour cette étude. 	<p>Les propriétés du concept de soi sont évaluées à l'arrivée ainsi que douze mois après. Les troubles alimentaires sont évalués tous les six mois (à l'arrivée, à six mois et à douze mois) ainsi que leur IMC. Plusieurs questionnaires et exercices d'autoévaluation ont été soumis à ces jeunes filles. Au fil des mois les résultats sont chaque fois additionnés à la fin de la session et on peut se rendre compte s'il y a ou non une péjoration au niveau du schéma de soi.</p>	<p>A la fin de cette étude l'IMC est à peu près identique. Par contre la différence réside dans le fait que les participantes du groupe TCA ont un schéma de soi plus négatif que les participantes du groupe contrôle. En définitive, celles qui ont un schéma de soi plus négatif sont plus vulnérables de développer un TCA. L'étude conclut à un lien entre la perception de soi et l'apparition de troubles alimentaires.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les résultats mis en avant par les auteurs sont que les propriétés du concept de soi peuvent être des vulnérabilités qui contribuent à l'apparition de symptômes en lien avec les troubles du comportement alimentaire au fil du temps. Ils soulignent que la présence dans la mémoire de schémas de soi négatifs et d'un « fat self-schema »³ peut générer chez la personne un certain mal-être, auquel elle tentera de pallier par un comportement d'adaptation inadéquat.

Le fait que le nombre de schémas positifs et le niveau de liaison entre les schémas soient pareils entre les deux groupes est un élément inattendu. Cela peut être expliqué par le fait que le groupe des troubles du comportement alimentaire est hétérogène en terme de sévérité de symptômes. Ces participantes présentent majoritairement un début de symptômes en lien avec les troubles alimentaires, ce qui peut expliquer que le nombre de schémas positifs ne diffère pas en comparaison au groupe contrôle.

L'image de soi, le « fat self-schema » ainsi que le nombre de schémas de soi négatifs et positifs disponibles dans la mémoire sont des facteurs fondamentaux dans l'augmentation des symptômes de troubles du comportement alimentaire.

Recommandations émises par les auteurs:

Les études futures devraient se centrer sur le lien entre le concept de soi et la consolidation de comportements dans des degrés sévères du trouble. De plus, il serait nécessaire d'investiguer de manière plus complète la relation de cause à effet entre le nombre de schémas de soi (positifs ou négatifs) et la formation d'un « fat self-schema ». Des études à l'âge scolaire pourraient être faites afin d'établir la trajectoire de développement du concept de soi. Pour la pratique en soin, il peut être utile de se centrer sur la totalité des schémas de soi disponibles dans la mémoire qui auraient pour but d'augmenter les conceptions du soi positif, tout en diminuant l'importance des concepts de soi négatifs.

Cette étude offre un nouveau point de vue aux infirmières en psychiatrie qui s'occupent de patientes atteintes de troubles du comportement alimentaire.

³ Le terme « fat self-schema » est utilisé dans ce travail afin de ne pas alourdir la lecture, il correspond à un schéma de soi se voyant comme gros/gras.

Limites relevées par les auteurs:

D'après les recommandations faites par les auteurs, nous pouvons en déduire des limites. Cependant aucune limite n'est énoncée clairement par les auteurs.

Regard critique:

Pour notre problématique, cette étude est pertinente car on peut voir qu'un schéma de soi perturbé ainsi qu'une distorsion de l'image corporelle augmentent la probabilité de développer un trouble alimentaire. De plus, l'article propose une trajectoire d'intervention pour les professionnels de la santé visant à augmenter les conceptions de soi positives chez des patientes souffrant de TCA, tout en diminuant l'importance qu'elles donnent à leurs concepts de soi négatifs. Cependant, des actions concrètes pour parvenir à cela ne sont pas proposées.

Article 4

« Visual Body perception in Anorexia Nervosa. » by Urgesi C., Fornasari L., Perini L., Canalaz F., Cremaschi S., Faleschini L., Balestrieri M., Fabbro F., Aglioti S. & Brambilla P. in <i>International Journal of Eating Disorders</i> 45 :4, 501-511 (2012)			
But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
<p>Il s'agit d'une étude quantitative de type expérimental dont le but est de clarifier si les déficits de perception présents chez les patientes atteintes d'anorexie impliquent aussi des troubles dans la perception du corps des autres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30 femmes, 15 patientes diagnostiquées anorexiques et 15 volontaires saines. • Âgée de 13 à 17ans • 10 jeunes femmes souffrent d'une anorexie de type restrictive, une du type purge-binge et quatre du type EDNOS. • Critères d'exclusion : troubles de la personnalité, ATCD traumatisme au cerveau, maladies pouvant causer des dommages au cerveau. • Le groupe contrôle correspond en tout point au groupe TCA, pour les caractéristiques suivantes: âge, race, genre, langue, niveau d'éducation, QI. Des paires ont été formées avec une personne de chaque groupe. 	<p>Les patientes et les parents ont été interviewés séparément. Divers questionnaires d'auto-évaluations ont été soumis aux participantes abordant les thèmes suivants : les troubles alimentaires, l'anxiété, la dépression, les symptômes obsessionnels-compulsifs, les troubles alimentaires, les symptômes psychosomatiques et hypocondriaques, les phobies, les attitudes comportementales, la distorsion de l'image corporelle, les expériences corporelles jugées aberrantes, le tempérament et le caractère.</p>	<p>Les patientes ont toutes des résultats plus élevés que le groupe contrôle sur les six échelles mentionnées dans la méthode. Par rapport à l'inventaire des troubles alimentaires, elles présentent un score plus élevé pour des mots comme minceur, insatisfaction corporelle et insécurité sociale. Par contre elles ont eu les mêmes résultats au sujet de la boulimie, du perfectionnisme, du manque de confiance en soi et de la peur de maturité, que le groupe contrôle. La comparaison entre les deux groupes a démontré que le groupe patient a été plus précis dans l'évaluation des formes corporelles que le groupe contrôle, mais pas dans celle des actions. Lorsqu'on réunit toutes les informations, on se rend compte qu'il n'y a pas de lien significatif entre l'IMC, le QI et les valeurs des différents tests. Les patientes semblent plus connaître leur corps grâce à leur précision d'analyse.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les résultats de cette étude ont mis en avant le fait que les adolescentes atteintes d'anorexie arrivent mieux à distinguer les parties de leurs corps y compris celui des autres, par rapport au groupe contrôle. Cela peut être expliqué par le fait qu'elles ont une meilleure connaissance de leur corps, reliée à une obsession qui les amène à l'examiner pendant des heures. Cette obsession se traduit par un score de persistance élevé. Cependant, les deux groupes évaluent de manière semblable les actions du corps. Les différences entre les groupes ne peuvent pas être expliquées par des différences démographiques étant donné que chaque patiente a été mise de paire avec une personne du groupe contrôle présentant les mêmes caractéristiques.

Recommandations émises par les auteurs:

Des études combinant neuropsychologie et neuro-imagerie devraient être réalisées pour apporter d'autres éléments à cette étude et plus de précisions dans les altérations du cerveau. De futures études pourraient être menées afin de mieux investiguer la relation entre les troubles alimentaires et les réponses neurocognitives face à un stimulus corporel. Les auteurs recommandent d'effectuer de prochaines études, qui viseraient à comparer les réponses neurocognitives des groupes "patientes atteintes de troubles dysmorphiques" et des groupes "patientes atteintes de troubles anorexiques", face aux stimuli en lien avec le corps et le visage.

Limites relevées par les auteurs:

Une limite possible de cette étude est le fait que peu de patientes ont été testées. Il faudrait donc appliquer cette recherche sur un plus grand échantillon pour étoffer les résultats.

Un élément ayant pu fausser les résultats est que les patientes présentaient un IMC de 17kg/m² ce qui est relativement haut pour des patientes atteintes d'anorexie. Ceci a potentiellement pu réduire les effets de l'amaigrissement sur la fonction cognitive. Ce qui peut expliquer leurs résultats pour la plupart semblables avec le groupe contrôle.

Un autre point important est que l'étude ne relève pas de perfectionnisme chez les patientes atteintes d'anorexie alors que normalement, il s'agit d'un trait caractéristique de celles-ci. Les résultats de cette étude ne sont donc pas généralisables à une population plus large de patientes atteintes d'anorexie.

Bien que l'avantage des patientes atteintes d'anorexie, pour les seules tâches de discrimination de la forme corporelle, exclut des effets pouvant être attribués uniquement à des capacités visuelles faibles,

il faut relever que les mesures de l'acuité visuelle ne relèvent que d'une auto-évaluation, et l'on ne peut donc exclure des pertes visuelles non déclarées ou inaperçues.

Regard critique:

Les résultats suggèrent une altération de certaines zones du cerveau chez les personnes atteintes d'anorexie. Pourtant, de tels résultats ne pourraient être vérifiés qu'avec de l'imagerie cérébrale. Or, bien qu'ils se basent sur d'autres recherches ayant eu recours à de l'imagerie cérébrale, les auteurs n'utilisent pas eux-mêmes cette méthodologie, se contentant de mesurer les réponses que les individus donnent à une série de stimuli. Le fonctionnement « réel » du cerveau durant les différents tests demeure donc une « boîte noire », et l'on peut reprocher aux auteurs certaines inférences un peu rapides à partir de leurs résultats.

Par ailleurs, parler d'altération de certaines régions du cerveau suppose une claire distinction entre le « normal » et le « pathologique ». Or cette distinction ne va pas de soi et repose toujours sur un parti pris normatif. On aurait pu attendre l'emploi de termes moins normatifs pour qualifier les capacités supérieures des personnes anorexiques concernant la distinction des formes corporelles. Le fait que la notion de « plasticité cérébrale » ne soit pas mobilisée est à cet égard surprenant.

Article 5

« **Body image distortion in Anorexia Nervosa – is there really a perceptual deficit ?** » by Hennighausen, K., Enkelmann, D., Wewetzer, C. & Remschmidt, H. (1999). *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 8, No 3, 200-206

But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
<p>Il s'agit d'une étude quantitative de type expérimental dont le but est d'analyser la perception corporelle ainsi que l'idéal corporel chez des patientes atteintes d'anorexie mentale (AN) et chez un groupe contrôle.</p> <p>Cela afin de clarifier la question d'une éventuelle distorsion e la perception corporelle chez les adolescentes atteintes d'anorexie mentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes, divisées en deux groupes. Les patientes atteintes d'anorexie mentale (n=36) et un groupe contrôle (n=18). • Âge entre 11 et 21 ans, même taille, même QI et même statut social • Critère d'exclusion pour le groupe contrôle est un diagnostic associé à un trouble de la perception • Pour évaluer les effets de l'âge, deux groupes sont établis : les moins et plus de 16 ans. 	<p>Tous les sujets ont répondu à deux questionnaires. Deux photos ont été prises en maillot de bain, puis transférées sur ordinateur. Deux procédures d'évaluation des images utilisant la distorsion ont été ensuite faites : l'évaluation linéaire qui prend en compte le corps entier, et l'évaluation non-linéaire qui prend en compte seulement certaines parties du corps. Les sujets évaluent alors : leur image corporelle réelle, leur image corporelle idéale et leur image corporelle affective.</p> <p>L'outil de mesure principal est le BPI, c'est-à-dire l'indice de perception corporelle.</p>	<p>Evaluation linéaire : La seule différence significative entre les deux groupes est que le groupe contrôle à montré un idéal corporel plus mince que les AN.</p> <p>Evaluation non-linéaire : On trouve des différences significatives dans l'idéal corporel. Les contrôles préféreraient avoir des cuisses, hanches, taille et poitrine plus petites par rapport aux AN. Une perturbation de distorsion de certaines parties du corps chez les AN ne peut être établie car le profil de distorsion dans la perception corporelle est très similaire chez les deux groupes. Les tests faits à l'entrée moment une différence significative, dans l'attrance pour la minceur, bien plus marquée chez les AN.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les auteurs constatent que dans les études utilisant les techniques de distorsion d'image, la surestimation de la taille corporelle n'a pas pu être prouvée. Ces études ont rapporté que les patientes diagnostiquées anorexiques montrent des estimations plus incorrectes au niveau de leur taille actuelle mais ne sont pas homogènes dans leurs estimations.

Les résultats de cette étude, concernant l'évaluation linéaire, sont similaires avec les études précédentes. Ces dernières argumentent le fait que les patientes diagnostiquées anorexiques sont plus sensibles aux plats consommés récemment, à l'humeur et d'autres variables, ce qui peut influencer leurs estimations. Cette étude n'est pas en accord avec cela, du fait de l'hétérogénéité du groupe. Leurs estimations ne sont pas non plus expliquées par les effets de l'âge.

L'hypothèse selon laquelle les patientes atteintes d'anorexie ont une distorsion dans la perception de leur corps devrait être remise en question car les résultats présentés dans cette étude mettent en avant qu'il ne s'agit pas d'un trouble de la perception. Néanmoins, certaines patientes atteintes d'anorexie présentent un haut niveau d'imprécision quant à leurs dimensions corporelles réelles. Donc, il ne peut être exclu que certaines patientes diagnostiquées anorexiques manifestent une perturbation de la perception de l'image corporelle, ce qui doit être pris en compte pour la prise en charge.

Les plus grandes différences entre les groupes sont apparues dans l'image corporelle idéale, qui est plus une mesure d'attitude que de perception. En effet, une grande différence entre le corps actuel et le corps idéal a été mesurée chez le groupe contrôle. Par contre, l'insatisfaction corporelle et l'attrait pour la minceur étaient plus élevés chez les patientes atteintes d'anorexie mentale. Cela peut être expliqué par le fait que le groupe contrôle souhaite avoir un corps mince comme celui désiré par les patientes atteintes d'anorexie, mais qu'elles ne sont pas capables de se restreindre suffisamment ou ne prêtent pas autant d'importance à leurs formes corporelles.

Recommandations émises par les auteurs:

Les auteurs se demandent pourquoi ces patientes investissent autant d'effort pour acquérir leur taille désirée et sont en mesure de se restreindre suffisamment au niveau alimentaire. A ce sujet, les auteurs présument que la personnalité et les facteurs biologiques ont de l'influence.

Limites relevées par les auteurs:

Une limite de l'étude, est que l'hypothèse d'une perturbation au niveau de la perception de l'image corporelle n'a pas pu être prouvée, mais ne peut être exclue non plus, en raison des résultats inconstants.

Une autre limite est que le groupe contrôle est également composé de patientes, ce qui implique que les résultats ne peuvent pas être généralisables à un groupe contrôle sain.

Regard critique:

Ces résultats sont intéressants pour notre problématique, car ils écartent une prise en charge centrée sur les troubles de la perception corporelle, bien qu'ils n'excluent pas l'hypothèse d'un trouble de la perception chez certaines patientes.

Un point négatif que nous relevons de cette étude est que le groupe contrôle est constitué de patientes. Cependant nous n'avons pas d'informations sur leur pathologie, ni sur leur degré de rétablissement. Nous en déduisons qu'il s'agit également de patientes atteintes d'anorexie ce qui pourrait remettre en question leurs résultats, plus précisément ceux au sujet de l'image corporelle idéale. Cette étude n'est alors pas généralisable et, selon nous, manque de fiabilité. Malgré les résultats intéressants pour notre problématique, ils devront être utilisés et comparés avec précaution.

6.3 Prise en charge infirmière

Article 6

« Effective nursing care of adolescent diagnosed with anorexia nervosa : the patients' perspective. » by Van Ommen, J., Meerwijk, E., Van Elburg, A., & Van Meijel, B. in <i>Journal of Clinical Nursing</i> (2009) 18. 2801-2808			
But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
<p>Il s'agit d'une étude qualitative dont le but est de développer un modèle théorique expliquant l'efficacité des soins infirmiers pour les patientes hospitalisés avec un diagnostic d'anorexie mentale en ce qui concerne leur regain de poids. Ceci basé sur l'expérience des patientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 13 adolescentes • Âgées de 13 à 17ans • Diagnostic d'anorexie mentale. • Patientes ayant récupéré un poids normal pour leur âge. • Sorties du centre depuis 3 mois 	<p>L'approche théorique de Strauss et Corbin (1998) a été utilisée, c'est à dire de se servir des expériences des patientes pour voir si l'accompagnement infirmier est efficace avec les adolescentes atteintes d'anorexie.</p> <p>Les données sont récoltées grâce à des interviews individuelles semi-structurées enregistrées sur cassette. L'interview commence en montrant à la jeune fille la courbe de son poids depuis son admission, et ensuite elle répond pendant environ 1h à des questions sur les soins infirmiers qui ont contribué à son rétablissement.</p>	<p>Les trois étapes de la prise en charge infirmière sont: normalisation, structure, responsabilisation. Les interviews ont montré que la présence et le soutien de l'infirmière était d'abord indispensable dans l'étape de normalisation. Le rôle de celle-ci dans la phase de structure est de laisser plus d'espace aux patientes afin qu'elles reprennent petit à petit le contrôle et qu'elles fassent leurs propres choix. Dans l'étape de responsabilisation, l'infirmière les encourage à trouver elles-mêmes les solutions à leurs problèmes mais restent présentes pour aider les patientes à appliquer leurs nouveaux acquis. Elle a permis aux patientes de changer la perception qu'elles avaient de leur corps, et de le voir comme il est réellement.</p> <p>Les groupes de pairs les ont aidés à s'en sortir, en les identifiant comme leur modèle. Les groupes de pairs sont composés de jeunes filles ayant la même pathologie mais se situant dans une phase de traitement plus avancée.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les résultats ont mis en avant trois phases de rétablissement d'une patiente atteinte d'anorexie: la normalisation, la structure, la responsabilisation. Il s'agit d'un traitement long, qui fait intervenir autant de changements dans l'alimentation et dans les exercices, que dans le poids du corps, les fonctions cognitives et l'estime de soi. Les patientes témoignent du besoin de soutien psychologique et physique de la part des infirmières durant cette période, ainsi que celui des groupes de pairs. L'infirmière assume différents rôles au court de la prise en charge. Premièrement le rôle de "preneuse" de décision, suivi du rôle de modèle et finalement, elle a servi de rôle de repère pour les patientes.

Recommandations émises par les auteurs:

D'autres études doivent être faites avec le même procédé pour donner de la crédibilité à cette étude et avec des jeunes filles qui ne sont pas rétablies, afin de faire un contraste.

Les auteurs mettent en avant que les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour améliorer la qualité de la prise en charge infirmière auprès des patientes atteintes d'anorexie

Limites relevées par les auteurs:

Les limites relevées par les auteurs est qu'il y a un manque de variations dans l'échantillon, de part le fait que seules des femmes ont été interrogées. Cela ne permet donc pas d'arriver à un modèle théorique.

Regard critique:

Un point négatif que nous pouvons amener quant à cet article, est que nous ne connaissons pas les données démographiques de ces jeunes filles (leur statut social, leur réussite scolaire, professionnelle, etc.). Un autre point négatif est que la discussion correspond à un résumé des résultats.

Concernant notre problématique, cet article met en avant certains rôles de l'infirmière, qui sont le rôle de responsable, celui de soutien, celui de modèle et celui d'accompagnatrice. En effet il met en avant des rôles et des attitudes de l'infirmière, comme l'empathie. Cependant il n'y a pas d'interventions protocolaires qui sont proposées pour aider ces jeunes filles à rétablir leur image d'elle. Toutefois, il souligne que la perception de soi/du corps est importante dans la récupération et montre l'importance du soutien infirmier.

Article 7

« **Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa : The Nurses' Perspective on Effective Interventions.** » by Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E. & Van Elburg A. in *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24 (2011)16-22

But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
<p>Il s'agit d'une étude qualitative dont le but est de développer un modèle permettant d'identifier quels sont les soins infirmiers efficaces dans le traitement des patientes diagnostiquées anorexiques, selon un point de vue infirmier.</p> <p>Cette étude est une suite de l'étude présentée précédemment par Van Ommen, Meerwijk, Van Elburg, et Van Meijel (2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 8 professionnels de la santé dont sept infirmières et un travailleur social, issus d'une clinique spécialisée dans les troubles alimentaires aux Pays-Bas. • Travaillent depuis au moins un an avec des patientes diagnostiquées anorexiques se situant dans la tranche d'âge 12-18ans • Ont un diplôme d'infirmière ou de travailleur social • Ont un contrat de travail de plus de 24h par semaine. 	<p>Chaque professionnel est interviewé avec un enregistreur pendant 1h. Les mots codes de la précédente étude ont été gardé et donc l'analyse se fait grâce à ces mots codes : la normalisation des habitudes alimentaires et sportives, la mise en place d'une structure et finalement la responsabilité. Ensuite, 2h d'interview en groupe ont eu lieu. Le but était de reprendre les éléments un peu flous et ambigus des interviews individuelles. La rencontre en groupe permettait de clarifier tout cela. Le groupe est composé de quatre infirmières qui ont participé aux interviews individuelles, ainsi qu'un psychologue et une diététicienne pour amener une perspective multidisciplinaire.</p>	<p>Quatre catégories principales sont ressorties des interviews :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La reprise d'une alimentation normale → Actions au niveau de la responsabilité et du soutien. 2. La reprise d'attitudes sportives normales → Actions au niveau de l'exercice physique et notion de plaisir 3. Le développement de compétences sociales → Actions de soutien au niveau du rôle social. 4. Les conseils à donner aux parents → Actions de soutien aux parents à travers des conseils/informations <p>Le but à travers ces phases est de retrouver un poids normal.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les résultats de cette étude correspondent à ceux de la première étude. Ensemble, elles apportent une liste d'interventions infirmières qui ont été appréciées par les patientes.

Recommandations émises par les auteurs:

Les résultats de cette étude sont encourageants mais se limitent à une tranche d'âge de 12 à 18ans et ne peuvent pas être appliqués à des adultes. Il faudrait faire le même genre de recherche pour savoir comment se comporter envers des patientes se situant dans une autre tranche d'âge. Le modèle développé ici est provisoire, il faudrait réaliser d'autres études théoriques pour affiner les détails et le modèle.

Limites relevées par les auteurs:

En plus de la limitation au niveau de la tranche d'âge, les soignants interrogés provenaient tous de la même clinique.

Regard critique:

Selon les auteurs, la discussion est identique à celle présentée dans l'article précédent, c'est pourquoi elle n'apparaît pas ici. De ce fait, il manque un regard critique par rapport aux résultats ainsi qu'une comparaison avec d'autres recherches, pour déterminer si les résultats de l'étude sont applicables à la pratique infirmière. Les considérations éthiques n'apparaissent pas dans cet article.

L'article met en avant un ensemble d'attitudes infirmières contribuant à redonner confiance à la patiente et en ses capacités. Ces attitudes sont sensées permettre à la patiente de se sentir mieux dans son nouveau corps, ceci peut donc contribuer à augmenter son image corporelle, faisant ainsi le lien avec notre problématique.

Article 8

“Ten Session Body Image Therapy : Efficacy of a Manualised Body Image Therapy”, by F.Morgan J., Lazarova S., Schelhase M. & Saeidi S., in *John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorder Association (2013), Eat Disorder Rev 22 (2014) 66-71*

But de l'étude	Population	Méthode	Résultats
Il s'agit d'une étude quantitative de type expérimental dont le but est de déterminer l'efficacité de la thérapie BAT-10 dans le traitement de l'anorexie mentale.	<ul style="list-style-type: none"> • 55 Patients adultes souffrant d'anorexie mentale depuis au moins un an issus de deux centres spécialisés différents. • 2 hommes, 53 femmes • IMC rétabli au dessus de 17 kg/m² • Âge moyen : 28,4 ans (entre 18 et 42 ans) • Les patients souffrant d'autres troubles alimentaires sont exclus de l'étude. • En termes de comorbidités, 28% souffrent de troubles de l'humeur, 34% de troubles anxieux et 6% de troubles obsessionnels compulsifs • 35% des patients sont sous traitement psychotrope 	<p>La thérapie se fait en 10 séances. Une approche cognitivo-comportementale est utilisée sur une période de 10 semaines, en lien avec l'image corporelle, comme par exemple, l'exposition à un miroir. Des interviews en face à face ont été organisées pour la récolte des données. Les participants ont été convoqués avant et après 10 semaines de séances.</p> <p>Ils ont du compléter trois questionnaires en lien avec l'image corporelle, et des questionnaires sur les troubles alimentaires. Finalement, la qualité de vie a été mesurée à l'aide d'un autre questionnaire.</p>	<p>Suite à la thérapie, les patients analysent moins leur corps, et présentent moins de comportements d'évitements. L'anxiété en lien avec l'image corporelle a également diminué.</p> <p>Une baisse de la préoccupation quant à la forme du corps et au poids a été observé à travers les différents questionnaires.</p> <p>Une amélioration des comportements alimentaires a été relevée. La qualité de vie a été augmentée.</p> <p>L'utilisation d'expériences comportementales s'est révélée aidante pour modifier rapidement un comportement.</p> <p>Les croyances négatives ont été modelées et diminuées grâce à l'utilisation d'une thérapie cognitivo-comportementale.</p>

Analyse des résultats par les auteurs:

Les auteurs mettent en avant que la thérapie a permis des changements importants au niveau cognitif, comportemental et affectif, en relation avec les pensées et croyances d'un patient atteint de trouble alimentaire. Des améliorations dans le comportement sont apparues rapidement, et ont semblé libérer les participants des contraintes sociales liées à l'anorexie mentale.

La thérapie montre une diminution des symptômes clés présents dans les troubles alimentaires. Elle semble être facilement appliquée par l'équipe de soin ayant reçu au préalable une formation.

Selon les patientes, la thérapie a été stimulante et aidante. Une remise en question des croyances a permis une modification rapide des comportements, avec pour résultat une amélioration de la qualité de vie. Un autre élément relevé est que la structure de groupe a montré des avantages, grâce au soutien des paires. En résumé, la thérapie s'est montrée efficace, facilement mise en place, et peu coûteuse.

Recommandations émises par les auteurs:

Les auteurs recommandent d'effectuer d'autres recherches en appliquant une méthodologie randomisée et contrôlée, en considérant les résultats sur le long-terme pour évaluer la présence de rechutes. Il serait également nécessaire d'investiguer l'impact que la thérapie aurait sur des catégories de diagnostics plus larges, notamment les troubles alimentaires non spécifiques et la boulimie. Il faudrait aussi inclure les patients sortis des unités spécialisées.

De plus, il aurait été intéressant d'avoir un groupe qui inclut comme covariable la dépression, car suite à des études précédentes, il a été démontré que les troubles affectifs peuvent avoir un effet modulateur.

Limites relevées par les auteurs:

Plusieurs limites ont été relevées par les auteurs. L'absence de groupe contrôle suggère que les résultats positifs de la thérapie ne sont pas définitifs, car une augmentation de l'estime de soi peut apparaître suite à l'acceptation du nouveau poids. Une autre limite est que la population choisie pour cette étude représente en majeure partie des stades avancés d'anorexie mentale ce qui ne permet pas de généraliser les résultats.

Finalement, l'étude a effectué une évaluation de la thérapie uniquement sur le court terme. Il serait alors intéressant de pouvoir évaluer si les effets bénéfiques observés perpétuent sur le long terme.

Regard critique:

La thérapie présentée dans cette étude a certes permis une amélioration de l'image corporelle et de la qualité de vie des patients, cependant elle ne montre pas si cela sera toujours valable à long terme.

L'intérêt pour notre problématique est que les interventions en lien avec l'image corporelle peuvent être mises en place par les infirmières pour aider ces patients, et cette approche semblerait les aider à améliorer leur image corporelle ainsi que leur qualité de vie. Ces interventions pourraient donc contribuer à éviter les rechutes chez les patients en voie de guérison.

Il serait intéressant de projeter cette étude sur une population adolescente afin de voir si les effets seraient tout aussi bénéfiques. Cela nous permettrait de mieux relier les résultats à notre problématique.

7. Synthèse des résultats

Dans un premier temps nous ressortirons les éléments principaux de chaque article. Dans un second temps, nous présenterons les grandes lignes de la théorie infirmière de Nola Pender et nous comparerons les résultats des articles grâce aux thèmes principaux tirés de cette théorie. En effet, le cadre théorique demeure le plus souvent à l'état implicite dans nos articles, même si nous pouvons déceler une approche bio-psychologique. Nous avons donc choisi cette théorie dans le but de répondre à notre question de recherche car elle est applicable à notre problématique.

L'article de Karpowicz et al. (2009) a montré que l'augmentation de l'IMC est associée à une augmentation de l'estime de soi et une diminution des troubles alimentaires après le traitement en milieu de soins spécialisé. L'article d'Obeid et al. (2013) a démontré que les patientes atteintes d'anorexie restrictive ont une meilleure perception de l'apparence physique et de l'estime de soi. L'estime de soi serait reliée à la perception de soi.

L'article de Stein Farchaus & Corte (2008) a montré un IMC restant identique à la fin de l'étude. Les patientes atteintes de troubles alimentaires ont un schéma de soi plus négatif que le groupe contrôle. De ce fait, elles seraient plus vulnérables au risque de développer un trouble alimentaire. Il y aurait donc un lien entre la perception de soi et l'apparition des troubles alimentaires. Dans l'article d'Urgesi et al. (2012) les patientes ont été plus précises dans l'évaluation des formes corporelles que le groupe contrôle, mais pas dans les actions. Les patientes sont plus précises dans l'analyse de leur corps, par conséquent elles le connaissent mieux. Finalement l'article de Hennighausen, Enkelmann, Wewetzer & Remschmidt (1999) montre que le groupe contrôle a un idéal corporel plus mince que les patientes atteintes d'anorexie, bien que l'attirance pour la minceur soit plus marquée chez ces dernières. Une distorsion de la perception ne peut donc pas être établie chez les patientes atteintes d'anorexie.

L'article de Van Ommen et al. (2009) montre que la présence et le soutien de l'infirmière est indispensable au rétablissement. Le soutien infirmier a permis de changer la perception qu'elles avaient de leur corps. Les groupes de pairs les ont également aidés en ayant un rôle de modèle. L'article de Bakker et al. (2011) montre que le soutien infirmier et les conseils aux parents ont aidés les patientes au rétablissement. L'article de Morgan, Lazarova, Schelhase & Saeidi (2013) a démontré que suite à la thérapie, l'anxiété en lien avec l'image corporelle a diminué, les patients présentent moins de comportements d'évitement et analysent moins leur corps. Ils présentent une amélioration des comportements alimentaires ainsi que de la qualité de vie.

7.1 *Généralisation des articles*

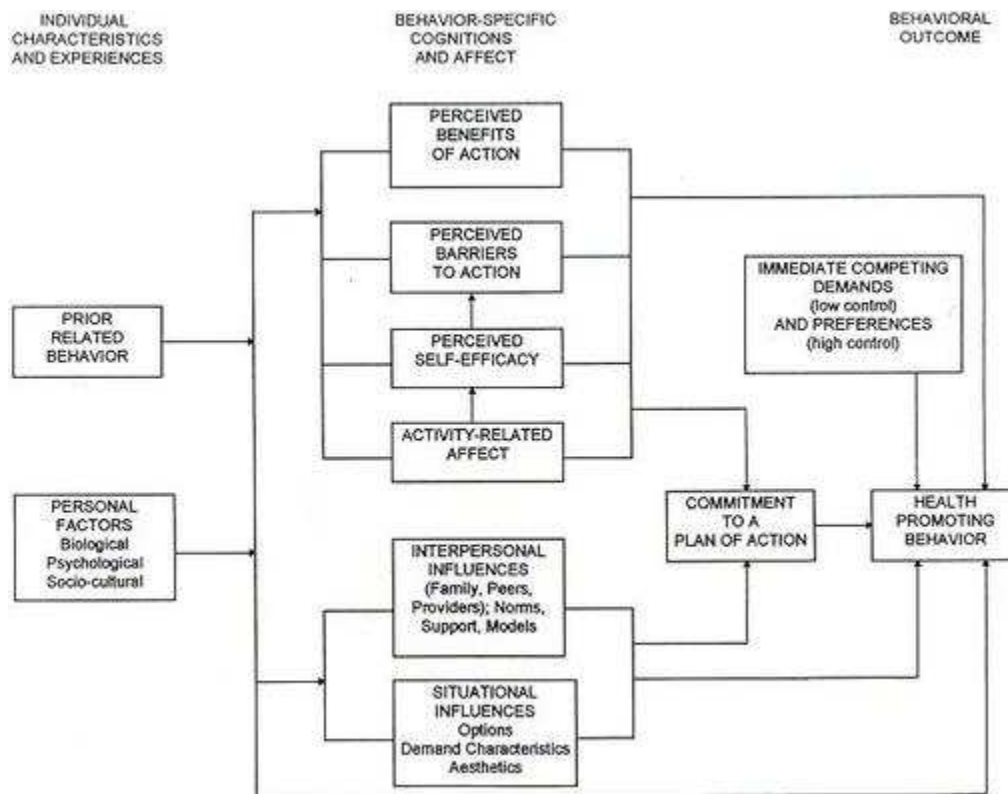
Afin de déterminer si les résultats obtenus par les articles sont applicable en Suisse, nous avons recherché les données généralisables des articles.

Nos articles proviennent tous de pays industrialisés, semblables à la Suisse (Italie, USA, Suède, Angleterre, Canada, Finlande). Le mode de vie de ces régions est proche de celui de la Suisse, ce qui nous fait penser que les résultats des recherches peuvent être utilisés dans les systèmes de santé suisse. Concernant les participants aux études, ce sont dans sept des articles des personnes diagnostiquées anorexiques mentales. Cependant, dans l'article de Stein et al. (2008), la population est formée de jeunes filles non diagnostiquées, ne présentant qu'un seul critère de comportement des troubles du comportement alimentaire. Nous ne pouvons donc pas affirmer que leurs résultats sont applicables à des patientes qui présentent un diagnostic d'anorexie mentale.

Concernant les données sociodémographiques, seul l'article de Karpowicz et al. (2009) les expose clairement. Les autres articles ne nous donnent pas assez de précision sur la population concernée. Il nous manque alors les facteurs qui auraient pu potentiellement influencer les résultats.

7.2 *La théorie infirmière de Nola Pender*

Nola Pender est professeur en soins infirmiers à l'université du Michigan. Elle a développé en 1982 son modèle infirmier "Health Promotion Model", qui a été révisé en 1996. Le modèle identifie les facteurs qui peuvent influencer les comportements sains. L'infirmière peut aider un individu à comprendre ses comportements et à les modifier. Ce modèle prend en compte l'individu dans son intégralité, c'est-à-dire les dimensions bio-psycho-sociales. Ce modèle repose sur trois concepts : "les expériences et caractéristiques individuelles", "la cognition et les affects en lien avec un comportement", et "le résultat comportemental". L'auteur a tiré des sous concepts réunissant tous les facteurs pouvant influencer un comportement. Afin d'illustrer ce modèle et de clarifier les relations entre les sous-concepts, voici un schéma tiré de l'ouvrage "Health Promotion In Nursing Practice" (Pender et al, 2006)



(Pender et al, 2006)

Nous ne pouvons pas relier tous les points du schéma avec notre problématique. Cependant, les points suivants sont abordés : Les facteurs personnels, les influences d'une situation ou d'un contexte, les influences interpersonnelles, le comportement de promotion de la santé ainsi que l'engagement dans un plan d'action.

Cette théorie est applicable dans le cadre d'une prise en charge pour des personnes atteintes d'anorexie mentale. En effet, ces patientes ont adopté un comportement délétère pour leur santé, en réduisant leurs apports alimentaires de manière drastique. En utilisant le modèle de Nola Pender, les infirmières peuvent potentiellement agir sur ce comportement afin de le modifier et amener la patiente à adopter un mode de vie promouvant la santé.

Facteurs personnels psychologique:

Selon Pender et al. (2006), les facteurs psychologiques comprennent l'estime de soi, la motivation et l'état de santé perçu. Des facteurs personnels psychologiques ont été relevés dans trois de nos articles. L'article d'Obeid et al. (2013) a mis en avant que les patientes atteintes d'anorexie de type restrictif ont une meilleure perception de leur apparence physique et de leur estime de soi. Les auteurs ont également démontré que plus l'estime de soi est élevée chez ces dernières, meilleure est la perception de leur apparence physique. Ils mettent en relation ces résultats avec la période de l'adolescence, où l'estime de soi est étroitement liée à la perception que l'on a de soi. Parallèlement à cela, plus une

personne a une faible estime d'elle ou se sent peu acceptée socialement, plus l'anxiété sociale sera élevée, et inversement.

Un autre facteur psychologique relevé dans les articles est le schéma de soi chez les personnes qui présentent un trouble alimentaire. Stein et Corte (2008) avancent à la fin de leur étude que le groupe des troubles alimentaires a un schéma de soi plus négatif comparé au groupe contrôle, mais n'a pas beaucoup moins de schémas positifs par rapport à ce dernier. Ils ont également démontré que le degré de lien entre les schémas de soi n'a pas beaucoup varié entre les deux groupes. Les auteurs ont constaté que plus un individu dispose de schémas de soi positifs, moins il sera disposé à avoir un fat-self schéma. Finalement, leur étude a mis en avant que les schémas de soi négatifs disponibles dans la mémoire contribuent à l'apparition des symptômes des troubles alimentaires. Le troisième facteur psychologique relevé dans l'article de Hennighausen et al. (1999), porte sur l'idéal corporel des patientes atteintes d'anorexie. Les résultats de leur étude avancent que le groupe contrôle a un idéal corporel plus mince que les patientes. Elles démontrent également une attirance plus marquée pour la minceur que les personnes du groupe contrôle. De plus, l'étude a démontré la présence d'une distorsion de la perception de certaines parties du corps chez les patientes atteintes d'anorexie.

Facteurs personnels biologiques

Selon Pender et al. (2006), les facteurs personnels biologiques comprennent l'âge, l'indice de masse corporelle, le sexe et le statut pubertaire.

Dans l'étude menée par Urgesi et al. (2012), il est démontré que les patientes atteintes d'anorexie mentale ont été plus précises dans l'évaluation des formes corporelles que le groupe contrôle, ce qui est dû au fait qu'elles ont un plus haut niveau de persévérance. Effectivement, les résultats démontrent que plus les patientes montrent un haut niveau de persévérance, plus le niveau de distinction de la forme corporelle sera élevé. Les auteurs précisent ensuite que les patientes semblent plus connaître leur corps, grâce à leur précision d'analyse. Cependant, les patientes ne démontrent pas une meilleure précision dans l'évaluation des actions corporelle, par rapport au groupe contrôle. Les auteurs ne font pas de lien significatif entre l'IMC et les résultats obtenus aux différents tests. En effet, Stein et Corte (2008) mettent également en avant que l'IMC n'est pas indicateur déterminant dans l'apparition d'un trouble alimentaire. Cette étude peut être reliée à la théorie de Nola Pender, en utilisant l'IMC comme facteur biologique.

Dans l'étude d'Obeid et al. (2013), les résultats ont montré qu'il n'y avait pas d'effet d'âge sur l'anxiété sociale et les quatre domaines de l'estime de soi. Cependant, l'effet d'âge peut tout de même avoir un impact sur la perception de l'image corporelle. En effet, l'étude réalisée par Hennighausen et

al. (1999) met en avant que les participants plus jeunes (autant chez le groupe contrôle que chez les patientes atteintes d'anorexie) perçoivent moins leur image corporelle, comparés aux sujets plus âgés.

Influence d'une situation ou d'un contexte:

Selon Pender et al. (2006), ce sont les perceptions personnelles que peut avoir un individu quant à la situation ou au contexte dans lequel il se trouve, et qui vont influencer son comportement.

L'étude menée par Karpowicz et al. (2009) a montré qu'un suivi des patientes atteintes d'anorexie dans une institution spécialisée dans les troubles alimentaires a permis une augmentation de leur IMC et de leur estime de soi.

Influence Interpersonnelle:

Selon Pender et al. (2006), le comportement, les croyances et les attitudes d'une personne vont influencer ces mêmes facteurs chez une autre personne. Les principales influences interpersonnelles proviennent de la famille, des pairs, des soignants ou encore des normes de la société.

Dans l'étude de Van Ommen et al. (2009) l'infirmière sert de soutien par sa présence constante. Elle prend la responsabilité de l'alimentation et de l'activité sportive de la patiente et sert de modèle. Ensuite, son rôle est de laisser plus d'espace aux patientes afin qu'elles reprennent petit à petit le contrôle et qu'elles fassent leurs propres choix. La confiance que développent l'infirmière et la patiente permet d'atteindre un sujet très intime qu'est la perception du corps. Par la suite, l'infirmière leur redonne progressivement leurs responsabilités. Elle aide également les patientes à s'approprier leur nouveau corps. Toutes ces actions permettent l'augmentation de la confiance et de l'estime de soi. Les groupes de pairs ont également été aidants car ils ont été identifiés par les patientes comme des modèles.

Le comportement de promotion de la santé :

Pender et al. (2006) le décrivent comme un comportement qui permet des résultats positifs sur la santé d'un individu.

L'étude réalisée par Bakker et al. (2011) a mis en avant les différentes interventions réalisées par les infirmières étant efficaces pour les patientes atteintes d'anorexie. Les infirmières doivent se montrer autoritaires envers les patientes pour casser les habitudes engendrées par la maladie. Elles doivent également faire comprendre aux patientes que le combat est contre l'anorexie et non contre elles-mêmes. Leur attitude est empathique et compréhensive mais concentrée sur le but. Les infirmières

favorisent le contact entre les patientes et le groupe de pairs. Elles font de l'éducation thérapeutique, expliquent les bénéfices des changements de comportements et leur apprennent les conséquences que ces troubles ont sur le corps. Les infirmières prennent un miroir pour confronter les patientes avec l'image qu'elles ont d'elles et celles qu'elles renvoient vraiment. Elles servent de modèle aux patientes dans le rétablissement de comportements sains en apportant la notion de plaisir. Sur le plan social, les infirmières encouragent les patientes à développer leurs compétences sociales en favorisant les activités de groupe afin d'éviter l'isolement. Elles vont également contribuer à l'augmentation de l'estime de soi, en encourageant les patientes à faire des choix indépendants. Ceci les aidera à retrouver leur position au sein de la société. Finalement, les infirmières sont une grande source d'informations pour les patientes et leurs parents.

Engagement dans un plan d'action :

Cette catégorie est décrite par Pender et al. (2006) comme étant l'intention de s'engager dans une stratégie d'action, pour que la personne adopte un comportement de santé.

Dans l'étude de Morgan et al. (2013) les auteurs démontrent qu'après avoir reçu une thérapie spécifique en unité de soin, les patientes atteintes d'anorexie ont augmenté la perception de leur image corporelle. Les comportements en lien avec l'analyse corporelle (se peser, examiner certaines parties de son corps, pincer la peau « flasque ») ont diminué significativement à la fin de la thérapie, ce qui s'est également manifesté par une diminution des comportements d'évitements (cacher les miroirs, éviter de poser le regard sur des surfaces réfléchives). Il a également été relevé que l'anxiété en lien avec l'image corporelle a diminué, ce qui n'était pas attendu selon les précédentes études, qui partaient du principe qu'un changement comportemental favorisait une augmentation de l'anxiété. Les résultats de l'étude mettent ensuite en avant une amélioration des comportements alimentaires, ainsi que de la qualité de vie chez les patientes.

Un autre point relevé est que l'utilisation d'expériences comportementales s'est révélée comme étant un facteur aidant à modifier plus rapidement un comportement. De plus, la prise de conscience du lien entre la perception du corps et les émotions a été vue comme un résultat bénéfique suite au traitement. Au fil des thérapies, les pensées négatives des patientes ont été modelées et diminuées grâce à l'utilisation d'une thérapie cognitivo-comportementale.

8. Discussion

Suite à la synthèse des résultats des articles, un certain nombre de limites et de recommandations pour la pratique ont pu être mises en avant. Dans ce chapitre, nous allons mettre en perspective ces résultats avec d'autres sources de la littérature, afin de comparer les résultats des articles à ce qui est réellement appliqué dans les centres de soins spécialisés en Suisse. Ceci nous permettra d'étoffer les recommandations pour la pratique infirmière. Dans un premier temps, nous allons exposer l'anorexie mentale d'un point de vue social. Nous allons ensuite développer les prises en charges infirmières utilisées dans les milieux de soins, en les comparant avec les résultats des articles. Pour finir, nous tenterons de répondre à la question de recherche exposée dans la problématique.

8.1 *Mise en perspective sociale*

A partir des années 1960, les croyances quant à l'anorexie mentale ont évolué. Comme dit précédemment, la responsabilité n'est plus exclusivement attribuée à la mère. Les réflexions actuelles sur les causes de l'apparition de la maladie sont multifactorielles. Par exemple, la dynamique familiale, la prédisposition génétique, les anomalies physiologiques ainsi que la psychologie personnelle de la patiente, tel que le perfectionnisme et le manque d'estime de soi, sont des pistes explorées (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). En effet, cela ressort dans nos articles. Afin de comprendre la cause de l'apparition de l'anorexie mentale, les auteurs des études examinent ces différents aspects. Par exemple, Urgesi et al. (2012) se centrent sur les anomalies physiologiques en étudiant l'altération de certaines aires du cerveau, qui entraînerait un déficit de perception, alors qu'Obeid et al. (2013) se sont plutôt focalisés sur la psychologie personnelle de ces patientes en analysant leur estime de soi et la présence d'anxiété sociale chez elles.

Comme mentionné précédemment, la majorité des patientes sont des femmes. Cependant, de plus en plus d'hommes souffrant de troubles du comportement alimentaire osent énoncer leur problème. L'hypothèse serait qu'un plus grand nombre d'hommes souffrent de troubles alimentaires, mais ne sont pas diagnostiqués du fait qu'ils n'osent pas en parler. En effet, cette maladie reste selon les croyances attribuée essentiellement aux femmes, ce qui peut potentiellement faire renoncer aux hommes d'exposer leur trouble (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). D'ailleurs, seul l'article de Morgan et al. (2013) mentionne des participants masculins dans leur étude. Il serait alors intéressant d'élargir les recherches scientifiques au genre masculin, afin de déterminer si une prise en charge différente est nécessaire. A ce propos, Aux États-

Unis et au Canada, des consultations basées sur le genre ont été mises en place, afin de cibler les besoins spécifiques aux hommes lors des entretiens. (Extenso, 2015)

Au travers des divers écrits, nous remarquons que la place de la sociologie dans la problématique des troubles alimentaires n'est pas négligeable. Cependant, les croyances communes mettent en avant que le social serait uniquement un contexte dans le cadre de cette pathologie, qui est principalement dominée par le domaine médical. En effet, les aspects sociaux de la maladie sont uniquement définis comme secondaires car ils ne la provoquent pas. Il s'agit cependant de caractéristiques considérées comme étant propre aux patientes atteintes d'anorexie (Darmon, 2003). Muriel Darmon (2003) précise que les personnes atteintes d'anorexie tendent vers une transformation de soi au niveau physique par la perte de poids, mais également une modification de soi en termes de goûts alimentaires et de performances scolaires. En effet, ces jeunes filles vont effectuer un travail au niveau de leur corps en modifiant leurs pratiques alimentaires par une sélection d'aliments qu'elles considèrent comme "raffinés", mettant ainsi en avant une transformation sociale des préférences en terme de nourriture. Un effort sportif est également effectué par les personnes atteintes d'anorexie afin de se créer un corps idéal, selon leurs critères. Les types de sports pratiqués sont ceux privilégiés par les classes moyennes à élevées de la population, comme par exemple le ski, le tennis, ou encore la danse. Cette transformation du corps, au travers de pratiques sportives et alimentaires, tend vers une ascension sociale, orientée vers l'excellence. Cet aspect se retrouve également d'un point de vue scolaire, avec un investissement toujours plus marqué de la part de ces jeunes filles dans leurs efforts. Ceci peut également être reconnu comme étant un moyen d'accès vers le haut des sphères sociales, en se créant une base de connaissances culturelles solide. En d'autres termes, tant sur le plan culturel que corporel, une transformation sociale s'opère chez les personnes atteintes d'anorexie. Cette transformation de soi est orientée vers l'excellence et les hautes sphères sociales. Le social, dans le cadre de la pathologie de l'anorexie mentale, n'est donc pas uniquement un contexte qui amènerait ces jeunes filles à développer un tel trouble. Il se manifeste sous la forme de dispositions incorporées déterminant directement le rapport au corps, à l'alimentation et à la culture (Darmon, 2003).

Cette problématique du social qui est pris en compte uniquement comme un contexte qui favorise l'apparition de l'anorexie mentale, se retrouve également dans la théorie proposée par Nola Pender. En effet, cette dernière considère les facteurs sociaux-culturels de l'individu, comme par exemple l'ethnicité, le niveau d'éducation ou encore le statut socio-économique, comme étant des caractéristiques propres à cette personne, influençant son comportement (Pender et al., 2006). L'aspect social n'est donc ici qu'un contexte, et l'hypothèse qu'une personne puisse adopter un certain comportement dans le but de modifier son statut social n'est pas pris en compte.

Dans l'ensemble de nos articles, nous avons effectivement relevé que les auteurs abordent les aspects sociaux concernant les patientes uniquement pour décrire qui elles sont. Pour de futures recherches, il serait intéressant d'intégrer le social de manière plus centrale.

8.2 *Comparaison des prises en charge infirmières*

Le centre abC, situé au CHUV et à St-Loup, prend en charge des patientes atteintes d'anorexie et/ou boulimie. Nous avons choisi de nous baser sur cette prise en charge suisse afin de la comparer avec celles de nos articles.

Après l'analyse des articles et diverses lectures, un certain nombre de compétences infirmières sont ressorties.

Selon le centre abC, l'infirmière doit être consciente de ses propres sentiments vis à vis des patientes, à cause de leur ambivalence. Dans le cadre des troubles alimentaires, l'ambivalence peut représenter "l'ange et le démon" présents dans l'esprit des patientes. Une partie saine de leur personne porte un regard critique sur la maladie et souhaite guérir, alors que la partie "démon" est la voix du trouble alimentaire qui leur dicte leurs comportements. L'infirmière ne doit donc pas considérer les comportements comme des caprices, des modes de vie ou des choix de vie, mais comme une maladie qui désorganise les habitudes de vie. Dans les soins, elle doit composer avec cette ambivalence, en tentant de faire pencher la balance du bon côté (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). L'entretien motivationnel serait une intervention adaptée selon nous pour traiter cette ambivalence. C'est d'ailleurs ce que met en avant Johan Vanderlinden, psychothérapeute à l'unité des troubles du comportement alimentaire du Centre Universitaire St-Joseph à Kortenberg (Belgique) dans son ouvrage « *vaincre l'anorexie mentale* » (2006). Ce dernier affirme qu'un moyen recommandé pour aborder l'ambivalence et la motivation des patientes est d'analyser les inconvénients et les avantages de l'anorexie mentale et de la prise de poids. Il rapporte que cette technique amène les patientes à réfléchir à leur situation, ce qui mène parfois à une augmentation de leur motivation à guérir (Vanderlinden, 2006).

En effet, grâce à l'entretien motivationnel, la patiente trouve elle-même ses ressources et les solutions à son problème. Elle prend entièrement la responsabilité de la gestion de sa maladie, avec l'accompagnement de l'infirmière (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). Van Ommen et al. (2009) parlent également du rôle de l'infirmière qui doit prendre les responsabilités à la place des patientes dans la phase de récupération du poids. Ensuite, les patientes reprennent petit à petit leurs responsabilités et sont capables de chercher elles-mêmes des solutions à leurs problèmes. La théorie de Nola Pender se prête donc bien à ce type de pathologie, car la patiente participe activement à sa prise en charge.

Dans l'article de Van Ommen et al. (2009), les patientes rapportent que le rôle primordial de l'infirmière est celui de soutien, car il a été indispensable dans leur rétablissement. En effet, c'est également ce que met en avant le centre abC. L'infirmière doit soutenir et rassurer les patientes dans cette phase difficile. Un lien de confiance doit être établi au préalable pour que ces jeunes filles se sentent libres de discuter de leurs inquiétudes avec les infirmières. Le rôle est d'autant plus important qu'en début de traitement, les patientes n'ont pas un regard critique sur ce qui leur arrive. Les infirmières doivent donc rassurer les patientes, jusqu'à ce que celles-ci prennent l'initiative d'oser à nouveau s'alimenter (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). Selon Johan Vanderlinden (2006), la disponibilité de l'infirmière est un élément important dans l'accompagnement et dans l'éducation thérapeutique. En effet, selon le centre abC (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015) et l'article de Bakker et al. (2011), l'infirmière reprend avec les patientes leurs attitudes alimentaires et physiques.

En plus du rôle de soutien pour ces jeunes filles, l'infirmière doit également soutenir leurs parents. Les patientes atteintes d'anorexie entrent souvent en conflit avec eux, leurs pratiques alimentaires n'étant pas en accord avec celles de ces derniers. Cette attitude engendre un sentiment de culpabilité de la part des parents, mais également de la patiente. Il est donc important de fournir les informations nécessaires aux parents, afin qu'ils comprennent mieux la maladie et sachent mieux comment réagir (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). Bakker et al. (2011) relèvent également dans leur article l'importance de fournir des informations et du soutien aux parents, afin que les comportements acquis au centre perdurent une fois de retour à domicile.

Le Dr Johan Vanderlinden (2006) aborde dans son ouvrage l'importance de la thérapie de groupe de pairs. Cette thérapie se fait avec d'autres patientes atteintes de la même pathologie. Cette méthode permet de renforcer la solidarité entre les patientes et également de renforcer l'engagement dans le contrat thérapeutique. L'auteur relève ensuite que le groupe représente souvent une grande aide dans l'acceptation de la maladie, pour surmonter les défis et renforcer la motivation des patientes (Vanderlinden, 2006). Van Ommen et al. (2009) montrent également l'importance des groupes de pairs car les patientes atteintes d'anorexie s'identifient à celles étant dans une phase de traitement plus avancée.

Cependant, les groupes de pairs ne sont pas toujours favorables à la guérison, au contraire. Il existe des groupes "Pro-ana" composés de jeunes filles qui prônent l'anorexie. Celles-ci s'influencent les unes les autres à adopter des comportements qui leur permettent de perdre du poids de façon excessive. Plus les pressions sociales deviennent grandes, plus ces jeunes filles peuvent être perfectionnistes, parce qu'elles sont hypersensibles à la critique. (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). De ce fait, nous faisons l'hypothèse qu'elles sont plus vulnérables et donc plus facilement influençables par des groupes "Pro-ana". L'aspect négatif que peuvent avoir les groupes de pairs n'est pas abordé dans nos articles. Suite à cela, nous nous interrogeons sur le risque

de réunir des patientes anorexiques dans un même centre pour suivre un traitement. Certes, les groupes de pairs peuvent être perçus comme un soutien et une ressource pour vaincre la maladie. Cependant, ils peuvent également être un frein au bon déroulement de la thérapie. Ces jeunes filles pourraient se “liguer” contre le traitement et trouver ensemble des stratégies pour limiter la prise de poids.

Johan Vanderlinden (2006) met en évidence dans son ouvrage que chez les patientes atteintes d’anorexie, l’estime de soi est déterminée uniquement par leur poids. Si ce dernier diminue, elles se sentent fières et bien dans leur corps. Si au contraire il augmente, une angoisse apparaît et engendre un mal-être ainsi qu’un manque de confiance en soi. Ces propos peuvent être mis en lien avec l’article d’Obeid et al. (2013), qui affirment que les jeunes filles atteintes d’anorexie ont une meilleure estime de soi après une perte de poids, car leur objectif de minceur a été atteint.

Selon le centre abC, les patientes atteintes d’anorexie mentale présentent une distorsion de la perception corporelle. Celles -ci ont des difficultés à percevoir leur corps en temps que tel, ce qui s’avère d’autant plus problématique durant la période d’adolescence, période où le corps est en plein changement (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). Cependant, le Dr Johan Vanderlinden (2006) avance, en s’appuyant sur des études, que les patientes sont tout à fait aptes à percevoir leur corps de manière précise. Le problème majeur est la façon dont elles interprètent leur image corporelle. En effet, c’est ce qu’affirment Hennighausen et al. (1999) dans leur article. Ils mettent en avant que les patientes atteintes d’anorexie n’ont pas une distorsion dans la perception corporelle plus marquée que chez des personnes saines. Cependant elles présentent une attirance plus marquée pour la minceur. D’ailleurs, Urgesi et al. (2012) affirmeraient même que les patientes sont plus précises dans l’évaluation des formes corporelles que les personnes saines, mais pas dans l’évaluation des actions du corps.

Dans le centre abC, un travail sur l’image corporelle est effectué une fois que les patientes ont pu rétablir leur IMC à 17,5kg/m². Une thérapie utilisant un miroir est également appliquée dans ce lieu de soin (Schmidt, D. Communication personnelle [Présentation Powerpoint] 19 janvier 2015). Ceci peut faire référence à l’article de Morgan et al. (2013) qui met en avant l’efficacité d’une thérapie cognitivo-comportementale, utilisant des expositions à un miroir. Dans cette thérapie, les patientes doivent également avoir un IMC rétabli à 17kg/m² pour pouvoir participer. Elle permet aux patientes atteintes d’anorexie de modeler et de diminuer leurs croyances négatives quant à leur image corporelle, à leur poids et à leurs comportements alimentaires.

8.3 *Regard réflexif*

Un certain nombre de limites méthodologiques apparaissent dans notre travail. La première est que les moteurs de recherche CINAHL et PubMed ne nous ont pas permis de trouver des articles ciblant spécifiquement des interventions infirmières en lien avec l'image corporelle, chez les patientes atteintes d'anorexie. Les articles trouvés concernaient essentiellement des faits sur la perception du corps ou encore sur l'estime de soi, chez ces personnes. L'anorexie étant une pathologie bio-psycho-sociale, une base de donnée orientée sur les sciences sociales aurait pu nous apporter des articles supplémentaires.

Une limite additionnelle que nous avons pu observer est que les recherches effectuées ont été évaluées sur un court-terme et qu'aucun des résultats ne s'appuie sur un suivi longitudinal. On ne peut donc pas affirmer que les interventions proposées ou les faits avancés sont efficaces ou valides dans le long terme. Concernant notre problématique, cela ne nous permet donc pas d'affirmer que les interventions perçues comme efficaces, le seront suffisamment pour éviter les rechutes.

9. Conclusion

Dans cette recension des écrits, nous avons eu l'occasion d'explorer un sujet peu abordé dans le cadre de la formation. En effet, l'anorexie mentale est un concept abordé uniquement dans le cadre de modules complémentaires. Pourtant, la profession infirmière a selon nous un grand rôle à jouer dans l'accompagnement des patientes atteintes d'anorexie, plus particulièrement sur l'image corporelle, d'où notre question de recherche.

Au cours de notre recherche d'articles, nous avons réalisé que peu de recherches ont été effectuées quant à la prise en charge infirmière en lien avec l'image corporelle chez les patientes atteintes d'anorexie. Les recherches faites jusqu'à présent portent essentiellement sur le niveau d'estime de soi et la perception corporelle des patientes, sans pour autant aborder les interventions applicables en lien avec l'image corporelle. Des pistes ont cependant été apportées concernant les attitudes infirmières nécessaires à adopter, afin de favoriser la guérison de ces jeunes filles et d'éviter les rechutes. Ces pistes peuvent être appliquées dans les différents lieux de soins spécialisés en Suisse, étant donné que l'ensemble de ces recherches ont été effectuées dans des pays industrialisés semblables.

Grâce à ce travail, nous avons pu nous familiariser avec les stratégies de recherche ainsi que les bases de données CINAHL et PubMed. Les articles scientifiques trouvés nous ont permis de développer notre lecture critique et nos connaissances. Il serait important pour la profession infirmière d'effectuer plus de recherches afin de pouvoir trouver des interventions en lien avec l'image corporelle plus concrètes, ainsi que pour permettre de développer l'Evidence Based Nursing.

En tant que futures infirmières, il est fort probable que nous rencontrerons des jeunes filles atteintes d'anorexie dans nos pratiques. La réalisation de ce travail nous aura permis de mieux comprendre cette pathologie peu abordée dans le cadre de la formation infirmière, et elle nous aura également fourni des pistes de prises en charges et d'actions infirmières pour ces patientes. Nous savons maintenant que les personnes souffrant d'anorexie mentale ont une faible estime d'elles-mêmes et perçoivent leur corps négativement. Tout au long de la prise en charge, l'infirmière doit accompagner ces patientes dans ce processus de modification de comportement, en les rassurant et en les soutenant. Elle doit également mettre en œuvre sa compétence de promotrice de la santé, en apportant les informations nécessaires à la patiente et à ses proches. Ceci dans le but de l'aider à modifier ses croyances négatives quant à l'alimentation, à la prise de poids et à la perception de son corps. L'infirmière doit également encourager la socialisation dans l'accompagnement des jeunes filles atteintes d'anorexie, en favorisant les activités avec le groupe de pairs et la reprise des activités scolaires. Les conseils et le soutien à fournir aux parents n'est pas à négliger car ces derniers favoriseront une perduration de la modification du comportement une fois à domicile et ainsi limitera le risque de rechute.

Au travers de nos recherches, nous avons réalisé que la majorité des articles analysés sur la thématique de l'anorexie est essentiellement entrevue sous des perspectives psychologiques ou biologiques. Nous nous sommes demandé si cette focalisation sur ces deux domaines ne limitait pas les prises en charge infirmières. Des recherches supplémentaires concernant les patientes atteintes d'anorexie et leur prise en charge d'un point de vue social pourraient potentiellement aboutir à la découverte de nouvelles interventions applicables par les infirmières, en lien avec l'image corporelle.

Liste de références bibliographiques:

Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E. & Van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa : The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child ans Adolescent Psychiatric Nursing* 24, 16-22. Doi : 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x

Ball, J. & Blinder, R., (2010). *Soins infirmiers en pédiatrie* (2^{ème} édition), (S.I) : ERPI

Breakey, J., (1997). *Body image: the lower limb amputee*. JPO, 9 (2), 58-68

Darmon, M., (2008). *Devenir anorexique, une approche sociologique*. Paris, France: La découverte/Poche

Delgrande Jordan, M., & Kuntsche, E., (2012). *Comportements de santé des jeunes adolescents en suisse. Les résultats d'une enquête nationale*. Editions Médecine et Hygiène

Duclos, G., Laporte, D. & Ross, J. (1995). *L'estime de soi de nos adolescents: guide pratique à l'intention des parents*. Montréal: Editions de l'Hôpital Sainte-Justine

Farchaus Stein, K. & Corte, C., (2008), The identity Impairment Model : A longitudinal Study of Self-schemas as Predictors of Disordered Eating Bahaviors. *Nursing Research*. Vol 57, No 3, 182-190. Doi : 10.1097/01.NNR.0000319494.21628.08

Farchaus Stein, K., (1996), *the self-schema model, a theoretical approach to the self concept in eating disorders*, archive of psychiatric nursing, vol X n°2, 96-109. Doi : 10.1016/S0883-9417(96)80072-0

Fourgeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise: processus de production du handicap*. Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.

Hennighausen, K., Enkelmann, D., Wewetzer, C. & Remschmidt, H. (1999). Body image distortion in Anorexia Nervosa – is there really a perceptual deficit? *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 8, No 3. 200-206. Doi : 10.1007/s007870050130

Karpowicz E., Skärsäter I. & Nevenon L. (2009). Self Esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 318-325. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x

Kozier, B., ; Erb, G., ; Berman, A., ; Snyder, S., ; (2012). *Soins infirmiers :Théorie et pratique. Tome 1*

Kremp, L., (2007). *Puériculture et pédiatrie (7^{ème} éd)*. France: Edition Lamarre

Morgan, J.F., Lazarova, S., Schelhase, M. & Saeidi, S. (2014). Ten Session Body Image Therapy : Efficacy of a Manualised Body Image Therapy. *Eat Disorder Rev* 22, 66-71. Doi : 10.1002/erv.2249

Obeid, N., Buchholz, A., Boerner, K., Henderson, K. & Norris, M. (2013). Self-Esteem and Social Anxiety in an Adolescent Female Eating Disorder Population: Age and Diagnostic effects. *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21 :2, 140-153. Doi : 10.1080/10640266.2013.761088

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice (5^{ème} éd.)*. New Jersey, États-Unis : Pearson.

Piaget, J., & Inhelder, B., (2012). *La psychologie de l'enfant (3^{ème} éd.)*. Quadrige

Vigarelo, G. (2001), *le corps redressé*, Armand Colin, Paris

Thiercé, A., (1999). *Histoire de l'adolescence (1850-1914)*. Paris, France: Belin

Urgesi, C., Fornasari, L., Perini, L., Canalaz, F., Cremaschi, S., Faleschini, L., Balestrieri, M., Fabbro, F., Aglioti, S. & Brambilla, P. (2012). Visual Body perception in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 45 :4, 501-511. Doi : 10.1002/eat.20982

Vanderlinden, J., (2006), *Vaincre l'anorexie mentale*. Editions De Boeck Université, Bruxelles

Van Ommen, J., Meerwijk, E., Van Elburg, A., & Van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescent diagnosed with anorexia nervosa : the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing* 18. 2801-2808. Doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x

Webographie

Association boulimie anorexie (1992), *Les troubles du comportement alimentaire (TCA)*. Repéré à www.boulimie-anorexie.ch/tca.php

Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), (2012), *Nutrition et activité physique, les troubles alimentaires*. Repéré à http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=fr

Guisti, V. & Gebharg, S. (2011), *Anorexie : évaluation et prise en charge somatique*, Revue médicale Suisse n°288, p.711, Repéré à <http://rms.medyg.ch/numero-288-page-711.htm>

ProFIL (2015), *Le centre de référence pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin*. Repéré à <http://prof-il.org/>