

Université de Montréal

La relation infirmière-patiente dans un contexte
d'hospitalisation pour anorexie mentale :
État des connaissances et recommandations

Par
Marie-Joëlle Bédard (1061355)

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès science (M.Sc.)
option expertise-conseil en soins infirmiers

Septembre 2015

© Marie-Joëlle Bédard, 2015

Université de Montréal

Ce travail dirigé intitulé :
La relation infirmière-patiente dans un contexte
d'hospitalisation pour anorexie mentale :
État des connaissances et recommandations

Présenté par
Marie-Joëlle Bédard (1061355)

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes

M. Jean-Pierre Bonin, directeur du travail dirigé
Mme Hélène Gauthier, co-directrice du travail dirigé
Mme Christine Genest, membre du jury

Septembre 2015

Résumé

Malgré une tendance accrue vers la priorisation des services de soins de santé mentale dans la communauté, on assiste présentement à une augmentation des hospitalisations pour anorexie mentale au Canada, notamment auprès de la clientèle adolescente. Conséquemment, s'intéresser au contexte d'hospitalisation des patientes atteintes d'anorexie mentale demeure pertinent. De par sa présence 24 heures sur 24, le personnel infirmier occupe une place de choix auprès de cette clientèle hospitalisée. La relation thérapeutique a été identifiée comme un facteur central dans l'expérience de traitement des patientes hospitalisées pour anorexie mentale. Toutefois, l'établissement de cette relation thérapeutique s'avère difficile tant du côté des infirmières que des patientes. Ce travail dirigé propose d'explorer ce phénomène à l'aide d'une revue intégrative des écrits. Ayant comme cadres de référence le *caring* ainsi que le *caring bureaucratique* de Ray, ce travail tente de cerner la complexité de cette relation infirmière-patiente dans le contexte de soins et ainsi élaborer des recommandations réalistes afin de soutenir et aider les infirmières dans leur pratique auprès de cette clientèle spécifique. L'importance de la formation spécifique auprès des infirmières soignantes, l'établissement d'un programme de soins holistique, évolutif, personnalisé et axé sur la responsabilisation, ainsi que l'implication accrue des infirmières dans l'élaboration et l'évaluation de tels programmes représentent les principales recommandations.

Mots-clés : adolescent, alliance thérapeutique, anorexie mentale, *caring*, infirmière, hospitalisation, relation infirmière-patient, relation thérapeutique, théorie du *caring* bureaucratique

Summary

Despite a rising orientation towards prioritizing outpatient hospital services, there is an increasing amount of hospitalizations of anorexia nervosa cases in Canada, especially in teenagers. Hence, the context of hospitalization of these patients deserves interest. Nurses, by their round-the-clock-presence, occupy a prominent place with adolescents hospitalized for anorexia nervosa. The therapeutic relationship has been identified as a major factor in the patients' experience of care in anorexia nervosa. However, establishing a therapeutic relationship between nurses and patients may be challenging on either side. This paper explores this phenomenon in the form of an integrative review of literature. The caring school of thought as well as Ray's theory of bureaucratic caring were used as conceptual frameworks, in a mean of understanding the complexity of the nurse-patient relationship in a context of care. Recommendations, elaborated to be used as clinical and organisational guidelines, are proposed to help and support nurses in their daily practice with adolescents hospitalized for anorexia nervosa. The importance of specific training among staff nurses, the establishment of a holistic care program, progressive, personalized and focused on accountability and greater involvement of nurses in the development and evaluation of such programs are the main recommendations.

Key words: adolescent, anorexia nervosa, *caring*, hospitalization, nursing, nurse-patient relationship, therapeutic alliance, therapeutic relationship, theory of bureaucratic caring

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes.....	iv
Phénomène à l'étude.....	1
But.....	8
Objectifs.....	8
Méthodologie.....	10
Évaluation des écrits.....	16
Cadre de référence.....	18
Recension des écrits.....	22
Anorexie mentale.....	23
Biais cognitifs des troubles alimentaires.....	24
Relation infirmière-patiente.....	26
Revue intégrative.....	29
Perspective des patientes.....	30
Perspective infirmière.....	35
Perspective des patientes et des infirmières.....	41
Synthèse.....	45
Analyse critique.....	53
Recommandations.....	59
Discussion.....	68
Retour sur l'école de pensée du <i>caring</i>	69
Retour sur la théorie du <i>caring</i> bureaucratique.....	70
Retombées possibles.....	72
Pratique avancée en sciences infirmières.....	74
Conclusion.....	78
Références.....	82
Appendices	
1- Diagramme de type flux de la recherche documentaire.....	95
2- Tableaux d'évaluation de la qualité des recherches primaires.....	98
3- Grille de collecte des données.....	152

4- Tableau résumé des articles de recherches primaires.....	154
5- Dialectique de négociation perpétuelle.....	158

Liste des acronymes

AIINB : Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

ANEB : Anorexie et boulimie Québec

APA : *American Psychiatric Association*

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

DSM 5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

FBT : *Family-based treatment*

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

NEDA : *National Eating Disorder Association*

NICE : *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OIIO : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

OSFED: *Other specified feeding or eating disorder*

RNAO : *Registered Nurses Association of Ontario*

WAI : *Working Alliance Inventory*

Phénomène à l'étude

L'institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (2014) mentionne que pour la période 2012-2013, le taux d'hospitalisation des personnes âgées de 10 à 14 ans souffrant de trouble alimentaire au pays était de 37,0 pour 100 000 personnes et de 74,3 pour 100 000 pour les 15 à 19 ans. De 2010-2011 à 2012-2013, l'ICIS (2014) recense une augmentation de 42% des hospitalisations pour un trouble alimentaire chez la population des 10 à 19 ans au Canada, taux qui est demeuré stable auprès des autres groupes d'âge. Cependant les données du Québec n'ont pas été incluses dans l'élaboration de ces statistiques. Néanmoins, le Québec semble ne pas échapper à cette tendance puisque le CHU Sainte-Justine à Montréal a vu son nombre l'hospitalisation pour anorexie mentale passer de 83 à 120 par années entre 2008 et 2012, soit une augmentation de 44% en quatre ans (Gagnon, 2015; Paré, 2015).

Considérant que la durée moyenne de séjour par hospitalisation pour trouble alimentaire pour les femmes au Canada est de 33.3 jours (ICIS, 2014), les personnes hospitalisées en viennent à côtoyer grandement le personnel soignant. En règle générale, les troubles alimentaires sont traités par une équipe multidisciplinaire comportant des médecins, des travailleurs sociaux, des psychologues, des nutritionnistes, des ergothérapeutes et des infirmières, tout dépendant de l'unité d'hospitalisation en question (Golden et al., 2003; Institut en santé mentale Douglas, 2015; Meilleur, 2002; Sick Kids Hospital, n.d.). Le personnel infirmier étant le seul membre de l'équipe soignante présent

sur les trois quarts de travail, il s'avère ainsi pertinent de se pencher sur la relation existante entre les infirmières¹ et les patientes² en milieu hospitalier.

Les troubles de l'alimentation sont des « désordres complexes principalement caractérisés par des habitudes alimentaires anormales, une crainte intense de prendre du poids et une grande préoccupation par rapport à l'image corporelle » (Anorexie et boulimie Québec [ANEB], n.d.). Parmi ceux-ci, on distingue l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique, ainsi que les troubles alimentaires non spécifiques (désormais OSFED pour *other specified feeding or eating disorder*) (American Psychiatric Association [APA], 2013).

L'anorexie mentale est un trouble alimentaire qui touche principalement les adolescentes et les jeunes adultes de sexe féminin (Hoek & Hoeken, 2003). Cette maladie se caractérise principalement par une préoccupation pondérale intense menant à une perte de poids importante, ainsi que par une distorsion de l'image corporelle (APA, 2013). L'anorexie mentale est un trouble particulièrement meurtrier, avec un taux de mortalité cinq fois plus élevé que pour un groupe semblable dans la population générale. Il est estimé que de 5 à 15% des personnes atteintes d'anorexie mentale décèderont des conséquences de cette maladie; principalement le suicide et les complications secondaires à la malnutrition (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Hoek, 2006; Nielsen, 2001). De ce fait, lorsque l'état de la personne souffrant d'anorexie mentale s'avère dangereux pour sa santé ou sa sécurité, il n'est pas rare qu'une hospitalisation soit envisagée pour rétablir ses signes vitaux ainsi qu'un poids minimalement acceptable afin qu'elle puisse retourner à ses

¹ Afin d'alléger le texte, l'utilisation du terme "infirmière" au féminin s'applique à la fois pour désigner les infirmières et les infirmiers.

² Par souci de représentativité, l'utilisation de la forme féminine sera utilisée pour toute allusion à la clientèle souffrant d'anorexie mentale. Pour tout contexte général, où la clientèle souffrant d'anorexie mentale n'est pas spécifiquement ciblée, la forme masculine sera préservée.

activités sans risque de complications. Chez la population adolescente, une sous-alimentation sévère peut entraîner des répercussions potentiellement irréversibles et chroniques tant au niveau de la santé que sur le développement, telles que l'arrêt prématuré de la croissance ainsi qu'une fragilisation osseuse. Conséquemment, les interventions médicales auprès de ce groupe doivent être initiées plus rapidement que chez la clientèle adulte (Gowers & Bryant-Waugh, 2004).

L'anorexie mentale se caractérise, entre autres, par son caractère égocentrique, c'est-à-dire que les patientes considèrent leurs symptômes comme congruents avec leurs propres valeurs. De ce fait, la majorité des personnes atteintes de ce trouble ne se considèrent pas comme étant malades ou ayant un problème, ce qui les amène à refuser un traitement ou bien à ne pas rechercher d'aide lorsque nécessaire (Vandereycken, 2006). En cas de traitement, la personne anorexique aura tendance à ne pas adhérer aux interventions, ce qui rend ardu l'établissement d'une relation thérapeutique avec le corps soignant. En effet, l'anorexie mentale a été identifiée comme étant un trouble psychiatrique difficile à traiter (Anderson, 1997; Askenazy, 2010; Gross & Barbosa, 2012; Gulliksen et al., 2012; Muscari, 2002; Ramjan & Gill, 2012; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). Les recherches démontrent que les soignants interpellés dans les soins des patientes atteintes d'anorexie mentale expérimentent souvent des émotions négatives telles que la frustration et la colère, ainsi que de l'incompréhension et un sentiment d'impuissance (Forget, Marussi, & Le Corff, 2011; Gross & Barbosa, 2011; Kaplan & Garfinkel, 1999; King & Turner, 2000; Satir, Thompson-Brenner, Boisseau, & Crisafulli, 2009; Thompson-Brenner, Satir, Franko, & Herzog, 2012). Cette caractéristique égocentrique des personnes souffrant d'anorexie mentale peut être une explication pour laquelle les soignants développent des attitudes

négatives à l'égard de celles-ci, allant jusqu'à les considérer comme étant responsables de leur condition (Bamford & Mountfort, 2012; Ramjan, 2004).

C'est d'ailleurs ce que l'étudiante-chercheuse a pu observer dans sa pratique en pédopsychiatrie où les adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale, suite à un changement de pratique, sont maintenant suivies en hôpital de jour suite à un séjour de durée variable sur une unité médicale. L'unité de pédopsychiatrie en question traite principalement à l'interne des patients souffrant de dépression, de psychose ou ayant des idées suicidaires. Le personnel soignant, tant sur l'unité de pédopsychiatrie que sur les unités médicales, éprouve de la difficulté à établir et maintenir une relation thérapeutique auprès des patientes ayant un trouble alimentaire quel qu'il soit (anorexie mentale, boulimie nerveuse ou *OSFED*). Toutefois, la majorité des patientes transférées à l'hôpital de jour ont reçu un diagnostic d'anorexie mentale ou de trouble du comportement alimentaire non spécifié. Peu de soutien et d'informations sont disponibles pour les soignants afin de les guider dans leurs interventions. Les infirmières travaillant sur les unités médicales, ne sont pas habituées à prendre soin de patients ayant une problématique d'ordre psychiatrique. Pour leur part, les infirmières travaillant sur l'unité de pédopsychiatrie se voient désœuvrées face à cette nouvelle clientèle à laquelle elles n'avaient pas affaire auparavant. De plus, ces patientes nient continuellement tout problème et minimisent l'impact du trouble alimentaire sur leur vie et leurs pensées. Toutefois, celles-ci démontrent d'évidents signes de détresse face aux repas et tentent, entre autres, de faire de l'exercice ou de laisser intentionnellement de la nourriture dans leur cabaret. En conséquence, ne sachant comment interagir auprès de ces patientes, beaucoup d'infirmières éprouvent un sentiment d'incompétence et d'inutilité. Par suite, elles s'investissent moins auprès de cette clientèle, et lorsque possible, quelques-unes préfèrent éviter leur prise en charge. Il existe donc un

problème avec la relation thérapeutique entre les patientes hospitalisées pour anorexie mentale et les infirmières soignantes.

Il a été néanmoins porté à l'attention de l'étudiante-chercheuse que certains programmes d'hospitalisation pour les patientes atteintes de trouble alimentaire différaient les uns des autres quant à leur degré d'intégration des approches thérapeutique et médicale. En ce sens, l'approche utilisée par le milieu pourrait peut-être influencer la relation avec les patientes hospitalisées, à savoir agir comme agent facilitateur ou comme obstacle à la relation thérapeutique infirmière-patiente. Toutefois, aucune recherche comparative des approches infirmières auprès de la clientèle hospitalisée pour anorexie mentale n'est disponible. De plus, très peu de recherches se penchent sur l'évaluation de la satisfaction au traitement auprès des patientes souffrant d'anorexie mentale, particulièrement celles hospitalisées (Bell, 2003). Conséquemment, il existe un manque de connaissances en regard des approches infirmières préconisées dans le traitement des patientes hospitalisées pour anorexie mentale.

L'établissement d'une relation thérapeutique positive est souvent compromis lors de la prise en charge des patientes atteintes d'anorexie mentale dans le cadre d'une hospitalisation. Pourtant, l'importance accordée à l'alliance thérapeutique dans le domaine des troubles alimentaires est grandissante, probablement due aux résultats de certaines études démontrant une association positive entre l'établissement d'une alliance thérapeutique auprès des patientes et une diminution de la durée de séjour et du taux d'abandon, ainsi qu'une augmentation des résultats visés par l'hospitalisation tels que le recouvrement pondéral (Martin, Garske, & Davis, 2000 dans de la Rie, Noordenbos, Donker & van Furth, 2008; Peirera, Lock, & Oggings, 2006; Sly, Morgan, Mountford, & Lacey, 2013; van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg, & van Meijel, 2009; Zeeck &

Hartmann, 2005; Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013). Donc, l'alliance thérapeutique entre le personnel soignant et les patientes peut avoir des retombées positives, autant sur les résultats de traitement que sur l'expérience d'hospitalisation. Aussi, il importe d'identifier les facteurs contribuant à son établissement et son maintien afin de pouvoir mettre en place des interventions concrètes afin de diminuer les obstacles et de potentialiser les agents facilitateurs.

Au Canada, malgré une tendance accrue vers la priorisation des services externes, approximativement 28% des visites médicales pour trouble alimentaire, tous âges confondus, se soldent par une hospitalisation (ICIS, 2014b). Conséquemment, s'intéresser au contexte d'hospitalisation des patientes atteintes d'anorexie mentale demeure pertinent. Le personnel infirmier, qui effectue la grande majorité des interventions cliniques, occupe une place de choix auprès des patients, notamment envers la clientèle hospitalisée pour anorexie mentale. D'une part, sa présence 24 heures sur 24 différencie l'infirmière des autres professionnels de la santé, et d'autre part, sa proximité auprès des patientes lui confère un lien privilégié avec celles-ci (Cameron, Kapur, & Campbell, 2005; Ramjan, 2004; Ryan, Malson, Clarke, Anderson, & Kohn, 2006; Snell, Crowe, & Jordan, 2010; Zugai et al., 2013). De ce fait, l'infirmière joue un rôle central dans l'établissement d'une relation thérapeutique et dans l'expérience de traitement des patientes hospitalisées pour anorexie mentale.

Face à ces considérations, il importe de se pencher davantage sur la question de la relation thérapeutique difficile à établir entre l'infirmière et la patiente dans un contexte d'hospitalisation pour anorexie mentale à l'adolescence. En effet, la littérature disponible porte sur l'expérience des patientes hospitalisées et des infirmières soignantes, mais aucune recherche n'offre des recommandations explicites et concrètes pour aborder cette

problématique. La présente revue des écrits sur la relation infirmière-patiente vise à soutenir et aider les infirmières dans leur pratique auprès de cette clientèle spécifique.

But

Ce travail dirigé vise à proposer, suite à une revue intégrative et rigoureuse des écrits, un plan d'intervention clinique et organisationnel clair, structuré et pertinent afin de contribuer à l'avancement de la pratique infirmière dans le domaine des troubles de l'alimentation chez la clientèle adolescente. Tel qu'indiqué précédemment, il manque de recommandations permettant de soutenir les infirmières dans leur pratique et ce, particulièrement sur l'établissement d'une relation thérapeutique avec les patientes présentant un diagnostic d'anorexie mentale. De ce fait, les recommandations qui émergeront de ce travail dirigé visent plus spécifiquement à guider et à soutenir les infirmières de l'unité de soins dans leur prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. De plus, ces recommandations pourront être partagées dans les milieux intéressés afin de leur faire part de l'état des connaissances actuelles, dans une optique de pratique infirmière basée sur les résultats probants.

Objectifs

- Définir la relation thérapeutique entre l'infirmière et la patiente dans un contexte d'hospitalisation pour anorexie mentale à l'adolescence, à la fois du point de vue des soignants et des patientes.
- Explorer les éléments pouvant faciliter et nuire à l'établissement de la relation thérapeutique à l'aide des écrits théoriques et empiriques.

- Situer la difficulté relationnelle entre l'infirmière et la patiente dans un contexte d'hospitalisation et cerner les principaux enjeux en découlant.
- Réaliser une revue des écrits de façon rigoureuse sous forme de revue intégrative.
- Élaborer un plan d'action clinique et organisationnel sous forme de recommandations afin de favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique entre les infirmières soignantes et les patientes hospitalisées pour anorexie mentale.
- Transférer les connaissances dans des milieux œuvrant auprès des adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale, notamment dans les unités de médecine des hôpitaux généraux et des unités psychiatriques non spécialisées en troubles alimentaires.
- Contribuer à l'avancement de la pratique infirmière avancée dans le domaine des troubles de l'alimentation.
- Stimuler la recherche infirmière dans le domaine des troubles de l'alimentation.

Méthodologie

La démarche de recherche utilisée est une revue intégrative des écrits. Cette approche méthodologique se distingue des autres méthodologies en permettant l'inclusion de divers types d'écrits contrairement, par exemple, à la méta-analyse et à la revue systématique des écrits qui focalisent davantage sur les études expérimentales et sur la hiérarchie des évidences (Souza, Silva, & Carvalho, 2010; Whitemore, 2005; Whitemore & Knafl, 2005). De ce fait, la revue intégrative des écrits permet à la fois l'inclusion d'écrits empiriques, comprenant des études expérimentales et non-expérimentales, aussi bien que des écrits théoriques. Cette approche permet ainsi de faire ressortir la profondeur des recherches en sciences infirmières en incluant les devis qualitatifs. Conséquemment, la revue intégrative des écrits représente un potentiel important pour la littérature infirmière puisqu'elle rend possible la mise en commun de différents points de vue sur un phénomène. Les revues intégratives peuvent être utiles pour l'identification de problématiques centrales dans des domaines précis, l'identification de lacunes dans les recherches actuelles, l'identification de cadres conceptuels ou théoriques propres à un sujet, la génération de questions de recherche, l'établissement de connexions entre des travaux et sujets analogues, ainsi que l'identification de voies à explorer dans les recherches futures (Russell, 2005).

Plus spécifiquement dans le domaine des sciences infirmières, la revue intégrative des écrits peut contribuer au développement de théories infirmières, exposer l'état des connaissances actuelles sur un sujet spécifique et surtout, peut être directement appliquée à la pratique infirmière et aux politiques entourant cette pratique (Whitemore & Knafl,

2005). Dans le cadre de ce travail dirigé, l'utilisation d'une approche méthodologique basée sur la revue intégrative des écrits permet de recenser, d'analyser ainsi que de synthétiser les écrits existants sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et l'adolescente hospitalisée pour anorexie mentale. L'abondance des écrits qualitatifs dans ce domaine disqualifie l'utilisation d'une méta-analyse et d'une revue systématique des écrits. L'usage d'une revue intégrative plutôt qu'une méta-synthèse se justifie par l'inclusion méthodologique plus grande de la première, considérant qu'il risque d'exister également des recherches quantitatives ou mixtes sur le sujet de l'alliance thérapeutique chez la clientèle souffrant d'anorexie mentale. De plus, les méta-synthèses visent davantage à résumer chacun des articles recensés, tandis que la revue intégrative démontre un plus grand niveau d'abstraction, puisque l'accent est mis sur l'analyse et/ou la synthèse des résultats sous forme de modèle ou de cadre (Whittemore, 2005).

Pour ce travail dirigé, la démarche de recherche est grandement inspirée de la méthode en cinq étapes proposée par Whittemore et Knafl (2005). Brièvement, cette méthode consiste tout d'abord à cerner le problème à l'étude en identifiant clairement, entre autres, les concepts, les variables, la population cible et le problème. Dans le présent travail, la problématique se traduit comme suit : la difficulté relationnelle entre l'infirmière et l'adolescente souffrant d'anorexie mentale dans un contexte d'hospitalisation. Les concepts à l'étude sont donc l'anorexie mentale, la relation thérapeutique ainsi que le personnel infirmier ou les soins infirmiers. Une variable supplémentaire provient du groupe d'âge de la clientèle ciblée, soit l'adolescence.

La seconde étape de la démarche de Whittemore et Knalf (2005) consiste en la recherche des écrits en explicitant et justifiant le plus clairement possible les stratégies utilisées (recherches dans les banques de données, recherches bibliographiques, recherches

de la littérature grise) ainsi que les mots-clés utilisés et les critères d'inclusion et d'exclusion. Les mots-clés utilisés pour la recherche dans les banques de données sélectionnées (CINAHL (1982-janvier 2015), PubMed et MEDLINE (1946-janvier 2015)) sont respectivement, pour chacun des concepts mentionnés précédemment : (anorexia OR "anorexia nervosa" OR "eating disorders") AND (relationship OR alliance OR "therapeutic relationship" OR "working alliance" OR "therapeutic alliance" OR "nurse-patient relationship") AND (nurs* OR "nursing care"). Suite à un bref survol des articles retenus, plusieurs portaient sur la perte d'appétit en cas de cancer, d'où leur exclusion (NOT cancer). Par la suite, en vue de restreindre davantage la quantité des résultats, le concept d'adolescence (adolescen* OR teen*) a été rajouté.

Une première sélection a été effectuée en se basant sur deux critères de base : 1) le thème principal de l'article doit être en lien avec une clientèle souffrant d'anorexie mentale, 2) l'article doit parler des soins infirmiers ou du rôle de l'infirmière OU de l'aspect relationnel entre les patientes et le personnel soignant. Ensuite, tous les écrits publiés depuis 1990 ont été retenus. Cette large inclusion s'explique par la faible quantité d'articles existant sur la problématique et par souci de cohérence méthodologique. En ce sens, comme son nom l'indique, la revue intégrative se veut la plus large possible (Whittemore & Knafl, 2005). La sélection d'une vaste gamme d'articles, dont la pertinence de chacun sera nuancée lors de l'analyse, est donc préconisée (Ganong, 1987) afin d'éviter de censurer involontairement des résultats, d'où l'étendue du critère d'années de parution.

Cette première sélection s'est faite à partir de la lecture des titres ainsi que la lecture des résumés disponibles des articles. Si aucun résumé n'était disponible, seul le titre a été pris en considération. Par la suite, il a suffi de regarder les écrits sélectionnés et les comparer avec ceux préalablement sélectionnés afin de cibler ceux qui n'ont pas encore été

recensés, dans le but d'éviter les duplicatas. Après, une lecture plus attentionnée est effectuée afin de cerner si les thèmes principaux de l'étude, soit l'anorexie mentale, la relation thérapeutique ainsi que les soins infirmiers sont abordés clairement dans l'article. Aussi, les articles en langue autre que le français et l'anglais ont été mis de côté ainsi que les articles à saveur anecdotique. Des articles retenus pour l'analyse en profondeur, six ont été rejetés : deux non orientés vers les soins infirmiers, deux n'abordant pas l'aspect relationnel, un en langue étrangère, et un article anecdotique. Les articles restants (n=15) correspondent donc à ceux inclus dans la revue intégrative des écrits. Ceux-ci se déclinent en neuf recherches primaires, c'est-à-dire des recherches qui colligent et analysent des données brutes, et six revues de la littérature ou articles de discussion (appendice 1, figure 1.1).

Ensuite, une recherche d'écrits apparentés a été effectuée en utilisant la fonction « *find similar* » de MEDLINE auprès de deux articles identifiés par l'étudiante-chercheuse comme étant particulièrement pertinents et cernant bien la problématique à l'étude (appendice 1, figure 1.2). De cette recherche, découle une sélection supplémentaire d'articles suivant les mêmes étapes de sélection qu'exposé précédemment. Notant qu'à la suite de la seconde recherche d'articles apparentés, aucun nouvel écrit n'a été trouvé, l'étudiante-chercheuse a décidé que cette technique avait atteint son point de saturation. Par cette technique de collecte de données, quatre articles ont été ajoutés à la sélection pour la revue intégrative, comprenant deux études primaires et deux revues de la littérature ou discussions.

Par la suite, une recherche via le moteur de recherche *Google Scholar*, ainsi qu'une recherche bibliographique à partir des articles retenus précédemment ont permis de sélectionner six articles primaires abordant l'expérience de traitement perçue par les

patientes et les infirmières ainsi que trois articles de discussion et revue de la littérature additionnels, traitant des relations contre-transférentielles entre le personnel soignant et les patientes souffrant de trouble alimentaire. Cette triangulation des méthodes de recherche documentaire contribue à favoriser la plus grande inclusion des écrits primaires possible. Au final, 28 écrits ont été sélectionnés pour la revue intégrative qui suit (appendice 1).

La troisième étape consiste à évaluer la rigueur des recherches obtenues. Conséquemment les écrits ne se basant sur aucune donnée probante ont été retirés, tel qu'il a été le cas avec l'article anecdotique. De plus, la méthodologie et la rigueur des articles de type « recherche », tel que les recherches primaires, et des revues des écrits ont été évaluées. Plus spécifiquement, des grilles d'évaluation de la qualité ont été complétées pour les recherches primaires (appendice 2). Les articles de type discussion ont, pour leur part, été répertoriés comme moins rigoureux. Pour plus de détails en lien avec l'évaluation de la rigueur des recherches, voir la section « Évaluation des écrits ».

La quatrième étape, l'analyse des données, représente l'extraction, la codification, la catégorisation et la synthèse des données des articles. Pour ce faire, les auteurs suggèrent de classer les recherches par sous-groupes et d'extraire les données par sous-groupes pour ensuite en faire une synthèse et y déceler des *patterns*. Afin de guider l'étudiante-chercheuse dans l'extraction des données, la grille de collecte de données validée par Ursi (2005, dans Souza et al., 2010) a été utilisée (appendice 3). Suite à l'extraction des données, les articles ont été regroupés par: clientèle, âge, type de traitement, devis de recherche. Les résumés des études primaires ont été regroupés dans un tableau (appendice 4). Finalement, la cinquième étape consiste à synthétiser l'ensemble de la revue intégrative sous forme de tableau ou de schéma (appendice 5).

Nombre d'auteurs précisent qu'une revue intégrative doit répondre aux mêmes critères de rigueur qu'une recherche primaire, contredisant ainsi les propos lui alléguant une faible rigueur méthodologique (Russell, 2005; Whitemore, 2005; Whitemore & Knafl, 2005). L'approche de Whitemore et Knafl (2005) a été choisie puisque les stratégies méthodologiques suggérées sont spécifiques aux revues intégratives et contribuent à l'accroissement du niveau de rigueur de ce type d'étude (Whitemore & Knafl, 2005).

Évaluation des écrits

L'évaluation critique d'articles est définie comme étant un « processus systématique et minutieux examinant les recherches pour juger de leur fiabilité, de leur valeur et de leur pertinence dans un contexte donné » [traduction libre] (Burls, 2009, p.1). La question concernant ce qui constitue les facteurs de rigueur en recherche qualitative demeure un sujet de débat (Dixon-Wood, Shaw, Argarwal, & Smith, 2004; Robert Wood Johnson Fondation, 2008; Rolfe, 2006; Whitemore, Chase, & Mandle, 2001). Les critères de validité proposés par Guba et Lincoln (1985), soit la crédibilité, la transférabilité, l'imputabilité procédurale (Gendron, 2010) et la confirmabilité, sont cités par plusieurs comme étant les références de choix en recherche qualitative (Hannes, 2011; Whitemore et al., 2001). Toutefois, le groupe Cochrane, dans un ouvrage, suggère que les chercheurs basent leurs évaluations critiques des recherches qualitatives selon ces trois thèmes : 1) la pertinence et suffisance des renseignements de base tels que les données d'échantillonnage, de collecte et d'analyse, 2) la rigueur technique en lien avec les éléments méthodologiques, et 3) la cohérence paradigmatique et théorique (Hannes, 2011). Conséquemment, se référer uniquement aux critères de Guba et Lincoln s'avèrerait insuffisant.

L'évaluation de la qualité des études primaires issues de la recension intégrative des écrits a été réalisée à l'aide de l'outil de type *check-list* de l'institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE) de l'Angleterre (NICE, 2009). Le choix d'un outil pour l'évaluation des articles a été justifié par la complexité propre aux recherches qualitatives, particulièrement pour les chercheurs novices. De ce fait, l'utilisation de l'outil a servi de guide à l'analyse et a permis, en plus, de comparer les recherches les unes par rapport aux autres quant à leur qualité respective afin de distinguer les études fortes des faibles et de nuancer leur poids respectif dans l'élaboration des recommandations finales.

Plusieurs instruments ou grilles d'évaluation de la qualité des recherches qualitatives ont été consultés; certains ont été exclus par manque de spécificité (Mays & Pope, 2000; Pace et al., 2012) et d'autres par manque de convivialité conceptuelle ou structurelle (Blaxter, 1996; Burns, 1989; Kitto, Chesters, & Grbich, 2008). Par exemple, le *Mixed Methods Appraisal Tool*, un outil développé à l'université McGill pour évaluer autant des articles à devis qualitatif que quantitatif, n'offre que quatre critères : 1) les sources des données, 2) le processus d'analyse, 3) le lien entre les données et 4) le contexte dans lequel elles sont recueillies et l'influence du chercheur sur les données de recherche (Pace et al., 2012). Aussi, la grille d'analyse de l'institut Joanna Briggs (2015), offrait une structure simple et concise, mais n'offrait aucune mention au contexte et à la description échantillonnale, deux éléments pourtant cruciaux pour évaluer la transférabilité des résultats d'une étude (Hannes, 2011; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Quant aux critères de Mays et Pope (2000), ils sont recommandés spécifiquement pour les études qualitatives de type théorisation ancrée (Robert Wood Johnson Foundation, 2008). Effectuant une recension des écrits, sans critère méthodologique qualitatif particulier, l'utilisation d'un outil qualitatif générique s'avérait davantage approprié. En effet, de par la

nature qualitative de la grande majorité des articles primaires recensés, la grille d'analyse a été choisie afin de répondre à cette majorité.

La grille de NICE (2009) utilisée dans ce travail dirigé intègre à la fois les thèmes suggérés par la collaboration Cochrane ainsi que les quatre critères de Guba et Lincoln, repérés toutefois sous des appellations différentes. En guise d'exemple, l'évaluation du critère de crédibilité se retrouve dans la section 5.2 « Fiabilité de l'analyse », la transférabilité se retrouve dans la section 4.2 « Description du contexte », l'imputabilité procédurale dans les sections 4.3 et 5.2, soit « Fiabilité de la méthode » et « Fiabilité de l'analyse », ainsi que la confirmabilité dans les sections 1.1 et 1.2, traitant de l'approche théorique ainsi que 4.1 où le rôle du chercheur est évalué. Les fiches d'évaluations sont disponibles en annexe (appendice 2).

Cadre de référence

Le cadre de référence dans lequel s'inscrit ce travail dirigé est l'école de pensée du *caring* qui fait partie du paradigme de la transformation. Ce paradigme conçoit le monde de façon holistique, unitaire et intersubjective. De ce fait, la personne est considérée comme un être unique indivisible en constante évolution et en rapport perpétuel avec son environnement (Covington, 2003; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Considérant que la relation entre l'infirmière et l'adolescente hospitalisée pour anorexie mentale constitue le cœur de la problématique présentée précédemment, l'école de pensée du *caring* s'avère un choix approprié pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, tout comme la relation thérapeutique, le *caring* est un processus interpersonnel (Finfgeld-Connett, 2007). En effet, le *caring* reconnaît le côté humain du soin infirmier. C'est justement en reconnaissant cet aspect de soi et de l'autre qu'une

relation authentique peut s'établir entre deux personnes, en l'occurrence, entre l'infirmière et la personne hospitalisée. Plusieurs théoriciennes infirmières, s'inscrivant dans l'école de pensée du *caring*, partagent une vision humaniste du soin infirmier et du *caring*. Par exemple, Watson voit le soin infirmier comme une science humaine où le focus est mis sur le processus de soin humaniste, Roach considère le *caring* comme un « *human mode of being* », et pour sa part Leininger conçoit le *caring* comme un « *humanistic mode of being* » (McCance, McKenna, & Boore, 1999). Face à cette conceptualisation humaniste du *caring*, ces théoriciennes proposent différentes qualités et éléments essentiels constituant un soin *caring*. Parmi ceux-ci on retrouve la compassion, la compétence, la confiance, la conscience et l'engagement, tels que conceptualisés par Roach (McCance et al., 1999). Pour Boykin et Schoenhofer, l'infirmière doit démontrer une présence authentique et intentionnelle avec l'autre (McCance et al., 1999; Schoenhofer, 2002). L'intentionnalité occupe également une place prépondérante dans la conception du *caring* de Watson (Pepin et al., 2010). Les comportements et valeurs recensés comme étant *caring* sont, entre autres, l'écoute attentive, l'honnêteté, la patience, la responsabilité et le respect (Finfgeld-Connett, 2008). Il s'agit ici de comportements favorisant une approche humaniste et individualisée, encourageant ainsi l'établissement d'une relation thérapeutique positive. D'ailleurs, les quatre principales théories du *caring*, soit celles de Watson, de Leininger, de Roach et de Boykin et Schoenhofer accordent une place centrale à la relation infirmière-patient (McCance et al., 1999). Le modèle humaniste des soins infirmiers de l'université de Montréal n'y fait pas exception, visant, entre autres, l'établissement d'un partenariat avec la personne et l'invitant à co-créeer avec elle un environnement favorable à la santé (Girard & Cara, 2015). L'ensemble des attitudes et comportements *caring*, lorsqu'utilisés judicieusement, procurent une présence *caring* auprès de l'autre, soit une « façon d'être qui

permet à l'infirmière et au patient d'établir une connexion dans une expérience d'humain à humain favorisant la guérison » [traduction libre] (Covington, 2003, p.313).

Ainsi, le *caring* fait référence à la connexion, la symétrie et réciprocité de relation, la présence authentique, intentionnelle et individualisée ainsi qu'à un processus humaniste dans un contexte transpersonnel spécifique. Le processus relationnel représente l'épicentre du *caring* et conséquemment, les compétences et l'approche *caring* ne peuvent qu'être bénéfiques à l'alliance thérapeutique, d'où sa pertinence dans ce travail dirigé. Leininger a déjà écrit en 1981 que le « *caring* peut se produire sans guérison, mais la guérison ne peut pas se produire sans *caring* » [traduction libre] (Leininger, 1996, p. 72). Ceci s'avère particulièrement pertinent dans la situation exposée précédemment dans laquelle les infirmières s'occupant des patientes souffrant d'anorexie mentale éprouvent de la difficulté à établir une relation thérapeutique positive et se sentent parfois impuissantes et découragées face à l'absence de bénéfices visibles de leurs soins. En misant sur le *caring* comme approche et façon d'être, l'infirmière produit par ses interventions et sa présence un contexte propice au rétablissement et au mieux-être des patientes hospitalisées.

Puisque le but de ce travail dirigé est l'élaboration et l'application de recommandations en vue d'une réorganisation des soins et d'une modification des pratiques, l'inclusion de la théorie du *caring* bureaucratique de Ray semble tout à fait appropriée. Ses assises paradigmatiques s'accordent avec celles de l'école de pensée du *caring*, toutes deux issues du paradigme de la transformation (Turkel, Ray, & Kornblatt, 2012). Cette théorie permet de réunir l'aspect clinique du soin à la sphère administrative dans laquelle celui-ci se circonscrit. Basée, entre autres, sur le processus dialectique de la philosophie d'Hegel, le *caring* est perçu en tant que thèse, la bureaucratie en tant qu'antithèse, et la théorie du *caring* bureaucratique en tant que synthèse, soit la négociation entre la thèse et l'antithèse

(Davidson, Ray, & Turkel, 2011; Treible, 2012; Turkel, 2007). De plus, Ray a développé sa théorie en se basant sur les résultats de ses précédents travaux, tel que la théorie du *caring* différentiel, qui avance que l'approche *caring* dans une organisation complexe s'avère complexe et se différencie selon le contexte dans lequel il est exprimé. Cette mise en relation d'entités d'apparence opposée, le *caring* et la bureaucratie, en systèmes complexes et interreliés relève l'influence centrale de la théorie de la complexité dans le *caring* bureaucratique.

Dans ce travail, la théorie du *caring* bureaucratique permettra de faire coexister la réalité des soins cliniques et de la gestion, élément crucial dans le contexte actuel où les aspects économiques et politiques revêtent d'une importance accrue. De ce fait, optimiser le soin *caring* tout en prenant en considération l'aspect organisationnel existant constitue une approche à la fois holistique et stratégique en vue de promouvoir l'applicabilité des recommandations qui résulteront de cette recherche documentaire.

Recension des écrits

Afin d'apporter des bases conceptuelles nécessaires à la compréhension du phénomène à l'étude, il s'avère primordial de clarifier les notions de base relatives à la difficulté relationnelle entre les infirmières et les patientes hospitalisées pour anorexie mentale. Au cours de cette section, seront donc élaborés à tour de rôle les caractéristiques cliniques de l'anorexie mentale, les biais cognitifs propres à ce trouble de santé mentale ainsi que la relation infirmière-patiente.

Anorexie mentale

L'anorexie mentale, également connue sous les nomenclatures d'anorexie nerveuse et d'anorexia nervosa, est caractérisée dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) par 1) une peur intense de prise de poids ou de devenir gros malgré une masse corporelle significativement faible, 2) une restriction alimentaire entraînant une perte de poids significativement en deçà de ce qui est attendu pour le contexte en ce qui a trait à l'âge, au sexe et à l'étape développementale de la personne, et 3) un manque de reconnaissance de la gravité de son état ou une distorsion de l'image corporelle (APA, 2013). De ce trouble psychiatrique se distinguent deux types : le type restrictif, où la personne limite ses apports alimentaires de façon extrême, ainsi que le type boulimique/purgatif dans lequel la personne présente des crises d'ingestion excessive d'aliments et/ou des comportements purgatifs tel le recours aux vomissements ou aux diurétiques. Il est à noter toutefois que le critère diagnostique mentionnant l'absence

minimale de trois cycles menstruels a été retiré du DSM-5 à cause de l'effet limitatif que ce critère pouvait occasionner. Dans la même visée, le DSM-5 a remplacé le critère diagnostique pondéral, consistant en un poids corporel en deçà de 85% du poids normal, par « un poids significativement bas » (APA, 2013, 2013b).

L'étiologie exacte de l'anorexie mentale demeure incertaine. Toutefois, de plus en plus d'écrits articulent les prédispositions génétiques et biologiques, combinées à des facteurs socioculturels et environnementaux, ainsi qu'à des traits de personnalité (Campbell & Peebles, 2014; Lister, 2005). Plusieurs modalités de traitement existent pour aborder ce trouble alimentaire à l'adolescence, tels que l'approche pharmacologique et l'approche comportementale, comportant tous les types de psychothérapie (cognitivo-comportementale, de groupe, familiale, motivationnelle...). Peu d'évidences existent sur l'efficacité des modalités de traitement les uns par rapport aux autres, ce qui est entre autres dû aux différences et faiblesses méthodologiques de chacun (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, & Lohr, 2007). Les études portant sur la thérapie cognitivo-comportementale sont parmi les plus nombreuses, mais récemment, les écrits sur l'implication de la famille dans le traitement (*family-based treatment* (FBT)) ont toutefois vu leurs publications augmenter, laissant présager des retombées prometteuses particulièrement chez la clientèle plus jeune (Campbell & Peebles, 2014).

Biais cognitifs des troubles alimentaires

L'anorexie mentale s'accompagne d'un portrait cognitif particulier qui se manifeste cliniquement par un trouble de l'image corporelle, empêchant les patientes de voir et reconnaître leur maigreur, par des pensées obsessionnelles et intrusives autour de la nourriture, par une difficulté à identifier et exprimer ses émotions, ainsi que par une dérégulation des

fonctions olfactives et gustatives (Askenazy, 2010). Selon plusieurs auteurs, l'extrême préoccupation en lien avec l'image corporelle ainsi que l'alimentation est reliée à une importance cognitive excessive accordée à ces aspects. Ces biais cognitifs amènent l'établissement de *patterns* comportementaux anormaux tels que la restriction alimentaire, l'exercice excessif et l'examen corporel. Le déni représente aussi une caractéristique de l'anorexie mentale, à savoir que la personne ne reconnaît pas son problème. Vandereycken (2006) établit l'analogie entre l'anorexie mentale et l'anosognosie, qui est le terme pour désigner un manque de prise en considération de l'existence d'une maladie, propre aux affections touchant l'hémisphère droit du cerveau, bien qu'aucune cause neurologique n'est jusqu'à maintenant reconnue comme étant associée à l'anorexie mentale. Dans le cas de l'anorexie mentale, l'auteur précise que le terme « déni » devrait être remplacé par « altération de la perception », puisque la patiente ne rejette pas la maladie, ni la réalité. C'est plutôt que sa réalité est différente et qu'elle ne se perçoit pas comme étant malade. De ce fait, on considère l'anorexie mentale comme étant une affection égosyntonique, c'est-à-dire que les patientes considèrent leurs symptômes comme congruents avec leurs propres valeurs; leurs comportements et sentiments sont syntones/en harmonie avec leur égo (Vandereycken, 2006). Également, la distorsion de l'image corporelle, de même que les altérations du goût et de l'olfaction, pourraient correspondre à une hallucination négative, (Askenazy, 2010). Konstantakopoulos, Tchanturia, Surguladze et David (2011) en ont conclu que l'introspection altérée est une caractéristique des patientes souffrant d'anorexie mentale, et plus particulièrement du type restrictif. De ce fait, la patiente ne reconnaît pas sa maladie, ni la gravité de celle-ci, ce qui correspond ainsi au troisième critère du DSM-5. Aussi, la rigidité cognitive ainsi que la continuelle quête de la perfection sont des caractéristiques qui contribuent à l'établissement de l'anorexie mentale, mais également à

son maintien (Wollburg, Meyer, Osen, & Löwe, 2013). Le fait que malgré l'absence d'introspection chez ces personnes, leur intelligence générale demeure normale peut contribuer à l'établissement de frictions avec le personnel soignant (Espíndola & Blay, 2009; Konstantakopoulos et al., 2011).

Relation infirmière-patiente

Plusieurs synonymes à la relation thérapeutique sont utilisés de façon interchangeable dans les écrits en sciences infirmières soit, l'alliance thérapeutique, l'alliance de travail, la relation d'aide, la relation professionnelle, etc. (Wright, 2010). Pour fin de cohésion, les formulations « alliance thérapeutique » ainsi que « relation thérapeutique » seront retenues dans le cadre de ce travail dirigé.

L'alliance thérapeutique peut se définir comme étant une

... interaction complexe et bi-directionnelle formée entre l'infirmière et le patient ou entre l'infirmière et la famille, qui maintient des frontières appropriées et qui est basée sur les principes de confiance, d'empathie, de *caring*, et de soutien afin de travailler vers un ou plusieurs buts communs [traduction libre] (Pryde, 2005, dans Pryde 2009, p.26).

Selon le modèle de Bordin (1979), l'alliance thérapeutique comprend trois aspects devant être mutuels entre le patient et le thérapeute, soit la tâche, le but et l'engagement. Ces aspects sont fréquemment utilisés pour les analyses quantitatives de la relation thérapeutique via le *Working Alliance Inventory* [WAI] et ses variantes (Brown, Mountford, & Waller, 2013; Hovarth & Greenberg, 1989; Pereira et al., 2006). L'ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), dans une visée d'opérationnalisation conceptuelle de la relation thérapeutique, mentionne la présence de cinq éléments fondamentaux, soit la confiance, le respect, l'intimité professionnelle, l'empathie et le

pouvoir (OIIO, 2009). L'association des infirmières et infirmier du Nouveau-Brunswick (AIINB), quant à elle, en mentionne quatre, les mêmes que ceux de l'OIIO, excepté pour l'empathie qui n'en fait pas partie (AIINB, 2011). Pour sa part, l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) définit la relation thérapeutique comme l' « étape de la relation professionnelle au cours de laquelle l'infirmière interagit avec un client dans le but de lui prodiguer les soins et les traitements requis par son état de santé. » (Truchon, 2001). Conséquemment, l'OIIQ parle plutôt de « relation professionnelle », stipulant que celle-ci va au-delà de la relation thérapeutique. Cette relation professionnelle est caractérisée par trois éléments fondamentaux : la confiance, le pouvoir et l'intimité (Truchon, Brisson & Roy, 2013). On remarque que chaque association s'est munie de normes d'exercice relatives à la relation thérapeutique et que la concordance des définitions conceptuelles est flagrante. De plus, la relation thérapeutique fait l'objet, entre autres, d'un guide de meilleures pratiques par l'association des infirmières enregistrées de l'Ontario (RNAO, 2006). Face à toute cette considération, l'importance accordée à la relation thérapeutique entre l'infirmière et le patient est bien établie par les instances gouvernementales.

Le thème de la relation avec le personnel soignant est omniprésent dans les écrits en lien avec la satisfaction au traitement autant chez la clientèle psychiatrique que médicale (Cleary & McNeil, 1988; Federici & Kaplan, 2008; Merkouris, Papathanassoglou, & Lemonidou, 2004; Roots, Rowlands, & Gowers, 2009; Schröder, Ahlström & Larsson, 2006). D'ailleurs, certains auteurs s'entendent pour accorder une place centrale à la relation interpersonnelle dans le contexte psychiatrique. Peplau (1988), mère des soins infirmiers psychiatriques et de la théorie des relations interpersonnelles, mentionne, entre autres, que la relation thérapeutique représente la pierre angulaire du soin infirmier psychiatrique. Elle décrit la relation thérapeutique comme une rencontre entre l'infirmière et le patient, en tant

qu'individu avant toute chose. À titre d'exemple, la relation avec le personnel soignant a été identifiée comme catégorie centrale de l'étude qualitative de Johansson et Elkund (2003), portant sur l'opinion de ce qui constitue de bons soins psychiatriques chez la clientèle adulte utilisant des services psychiatriques en milieu externe et en unité d'hospitalisation. Les écrits explorant le thème plus spécifique de la relation thérapeutique auprès de la clientèle atteinte d'anorexie mentale semble suivre cette tendance. En effet, la perception du traitement ainsi que la relation avec l'infirmière représentent deux sujets qui se confondent dans la littérature sur l'expérience de traitement chez les patientes souffrant d'anorexie mentale (Federici & Kaplan, 2008; Roots et al., 2009).

Revue intégrative

Dans la section qui suit, seront résumés les 17 articles primaires recensés au cours de la recherche documentaire. Pour la plupart, ces articles de recherche explorent l'expérience des patientes et des infirmières dans une dimension relationnelle en contexte d'hospitalisation pour anorexie mentale. Tout d'abord, il sera question des études abordant la perspective des patientes, pour ensuite laisser place à celles explorant la perception des soignants ou des infirmières. Malgré un focus particulier adressé envers la clientèle adolescente lors de la recherche documentaire, certaines recherches traitent de la clientèle adulte et n'ont pas été retirées, afin d'avoir un vaste éventail de données quant à la relation thérapeutique entre l'infirmière et la patiente vu la précision du sujet étudié. Un tableau synthèse est disponible à l'appendice 4.

Perspective des patientes

Offord, Turner et Cooper (2006) ont mené une étude qualitative explorant rétrospectivement l'expérience d'hospitalisation pour anorexie mentale chez des jeunes adultes (n=7) ayant été hospitalisés dans une unité de soins généraux durant leur adolescence. L'absence d'individualisation et la rigidité du programme, le manque de contrôle et l'excès de structure, le retrait de la vie normale, le manque de reconnaissance de l'individu au profit de la maladie ainsi que les présuppositions et jugements des soignants face à l'anorexie mentale représentaient des éléments d'insatisfaction face au traitement. En contrepartie, une approche holistique visant la reprise pondérale en parallèle avec des

interventions de soutien psychologique et émotionnel, la collaboration au plan de traitement ainsi que la reconnaissance du trouble alimentaire comme symptôme d'un problème plus vaste représentaient des éléments positifs. Cependant, le nombre restreint de participantes ainsi que le long délai entre l'hospitalisation et l'entrevue (2-5 ans) peuvent avoir contribué à polariser leurs réponses.

De façon semblable, Colton et Pistrang (2004), à l'aide d'une approche phénoménologique interprétative, se sont également penchées sur l'expérience des adolescentes (n=19) hospitalisées pour anorexie mentale, à la différence que l'étude s'est déroulée pendant l'hospitalisation, et les participantes étaient recrutées parmi deux unités d'hospitalisation de type milieu, spécialisées pour trouble alimentaire en Angleterre. Malgré des différences méthodologiques avec l'étude d'Offord et al. (2006), les thèmes, identifiés sous forme de conflits intérieurs, étaient semblables. Le sentiment d'être écouté et de jouer un rôle actif dans son traitement était perçu comme positif, de même qu'être considéré en tant qu'individu au-delà de la maladie. Aussi, les patientes ont décrié le manque de soutien psychologique au profit de la considération physique tel que le recouvrement pondéral, en plus que le sentiment d'être négligées par les infirmières qui passent leur temps avec les autres patientes ayant un état plus critique. Également, cette étude, première en son genre, suggère l'application du modèle transthéorique au changement de Prochaska et DiClemente (1983) comme corrélat de l'expérience de soin des participantes. Plus précisément, les résultats de l'étude suggèrent qu'une personne souffrant d'anorexie mentale qui est davantage prête à changer ses habitudes alimentaires et à se rétablir, perçoit le traitement comme plus aidant qu'une personne ne désirant pas changer.

Toujours selon la perspective de la clientèle adolescente, deux études se penchent davantage sur l'efficacité du soin infirmier en regard des objectifs de traitement (van Ommen, et al., 2009; Zugai, et al., 2013). L'étude qualitative générale de Zugai et al. fait ressortir que l'implantation de règles strictes, claires et consistantes combinée à une approche conséquentialiste contribue à assurer un gain pondéral chez la patiente en augmentant son adhérence au cadre alimentaire et physique prescrit. Le tout semble toutefois devoir se situer dans un milieu thérapeutique où la normalisation de l'environnement et des activités thérapeutiques, tels que les repas, et où la relation infirmière-patiente orbite autour des principes de respect, de confiance et de soutien. Conséquemment, l'établissement d'une alliance thérapeutique avec l'infirmière semble diminuer le stress autour des repas, l'ennui et l'isolement, et augmenter la collaboration de la patiente au traitement, menant indirectement vers une prise de poids.

Van Ommen et son équipe (2009) abordent le même sujet que Zugai et al. (2013), hormis pour ce qui est de la méthodologie, préférant pour leur part une approche de théorisation ancrée. Cette étude se déroule dans les trois mois suivant le congé définitif des patientes d'une unité spécialisée pour troubles alimentaires ayant une approche holistique. La normalisation, la structure et la responsabilité sont les trois thèmes ressortis, chacun se modulant selon la phase de traitement à laquelle la patiente se situe dans le continuum de son hospitalisation tant par rapport à l'alimentation, à l'exercice et au fonctionnement personnel et social. Le traitement est initialement orienté sur la nourriture, l'exercice et un cadre strict pour ensuite s'assouplir et laisser place à la collaboration dans les soins avec la patiente pour ultimement en arriver à un retour vers la vie normale où l'adolescente reprend les rênes de son alimentation et son rythme de vie avec un retour progressif à la maison. L'infirmière est alors perçue comme une figure flexible, s'adaptant à la patiente, campant

tout d'abord le rôle de substitut décisionnel dans lequel la responsabilité de l'alimentation lui est entièrement transférée ainsi que le contrôle, pour ensuite davantage représenter un modèle de rôle, et finalement faire office de soutien auprès de l'adolescente hospitalisée. Au début de l'hospitalisation, les patientes affirment préférer l'attitude d'engagement, de disponibilité, de clarté et d'insistance de l'infirmière. Par la suite, face à l'expertise des infirmières et à une collaboration aux soins, les patientes en viennent à établir un rapport de confiance mutuelle avec l'infirmière, ce qui les encourage à s'ouvrir davantage et à prendre conscience de leur propre potentiel. Il faut toutefois noter qu'il s'agit d'un milieu spécialisé, avec du personnel formé et un environnement adapté pour cette clientèle spécifique. Donc l'applicabilité du modèle théorique est questionnable pour les unités dites générales, puisque le milieu, la population ainsi que les ressources peuvent différer.

Gulliksen et al. (2012) ont, par le biais d'une étude phénoménologique, étudié les caractéristiques des soignants qui sont le plus appréciées par les patientes en contexte de soin ou thérapie pour anorexie mentale. La générosité, le respect, la patience, l'intérêt du soignant pour la personne, l'humour, le soutien et l'expertise sont perçus comme des qualités essentielles du personnel soignant dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Ces caractéristiques augmentent le sentiment de calme et de confiance envers le traitement ainsi que la perception d'être comprises, acceptées et prises en charge, chez les patientes atteintes d'anorexie mentale. À l'antipode, le manque d'attention aux émotions, le manque de compassion, la passivité, et le stéréotypage sont des caractéristiques jugées déplaisantes entraînant de la honte, du rejet, de la solitude et une perte identitaire chez celles-ci. De plus, l'échantillonnage à variation maximale, l'atteinte de la saturation des données ainsi qu'un cheminement méthodologique explicite en fait une recherche rigoureuse. Étant donné l'aspect égocentrique du trouble, il faut toutefois être prudent en interprétant ces résultats

puisqu'il se peut que certaines caractéristiques décrites comme aidantes soient en fait associées au désir de la patiente d'éviter le gain pondéral et qu'à l'opposé, celles perçues négativement confrontent le trouble alimentaire.

Dans leur étude sur l'expérience qu'ont les patientes du développement de l'alliance thérapeutique lorsqu'hospitalisées pour anorexie mentale, Sly et son équipe (2014) identifient également l'attitude de l'infirmière comme un élément central. L'accent mis sur l'importance de la première impression entre la patiente et l'infirmière confère à la première entrevue une portée déterminante pour donner le ton au reste du traitement. L'infirmière doit faire preuve d'ouverture, d'acceptation, d'écoute et se montrer accessible tant par l'attitude que par l'apparence, afin de nourrir une relation d'égalité avec la patiente. L'importance de la collaboration et de l'implication de l'adolescente dans son traitement, ainsi que la pertinence d'adresser les sujets tabous avec la clientèle représentent des éléments qui rejoignent les résultats de l'étude de van Ommen (2009). En somme, l'alliance thérapeutique avec l'infirmière est décrite comme étant un élément clé au succès du traitement.

À travers ces six études, on remarque que les patientes désirent être considérées en tant qu'individus normaux, autonomes, ayant des besoins émotionnels et relationnels. Elles revendiquent la nécessité d'être écoutées et soutenues psychologiquement, de maintenir un certain degré d'autonomie et d'entretenir une relation empreinte de respect, d'acceptation, et de confiance avec leur entourage. Celles-ci ne veulent pas être définies exclusivement par leur maladie, qui n'est que la partie apparente de l'iceberg de leur souffrance. Conséquemment, les patientes aspirent à une relation qui ne se limite pas à la gestion des symptômes du trouble alimentaire, mais qui reconnaît à la fois leur expérience et leur souffrance. Suite à ce survol, les patientes semblent prôner un « être avec » empreint

d'empathie et d'écoute, plutôt qu'un « faire pour » rigide et contrôlant de la part du personnel soignant.

Perspective infirmière

Quelques écrits sont disponibles en lien avec la vision qu'ont les infirmières des patientes hospitalisées pour anorexie mentale, de leurs soins auprès de celles-ci ainsi que de leur rôle infirmier correspondant à cette prise en charge. Tout d'abord, Ryan (2004) explore la vision infirmière du « prendre soin » de patientes hospitalisées pour trouble alimentaire via une analyse de discours. L'étude est réalisée auprès de 19 infirmières qui œuvrent sur quatre départements d'un même hôpital desservant la clientèle ayant un trouble alimentaire, dont trois sont des unités médicales pédiatriques et l'autre, un département psychiatrique adulte. Selon les résultats de l'étude, les infirmières considèrent les patientes atteintes de trouble alimentaire comme ayant une problématique identitaire tout en étant très différentes des adolescents « normaux ». La vision du trouble alimentaire est partagée entre les infirmières, perçu comme une maladie psychiatrique à part entière pour certaines, et comme simple condition de deuxième ordre pour d'autres. Le rôle infirmier est caractérisé à la fois comme une figure maternelle et comme une figure autoritaire, le tout sur trame omniprésente de lutte, à la fois celle de la patiente contre son trouble alimentaire, mais également celle de la patiente contre l'infirmière. Ryan et al. (2006), dans une publication tirée de certains résultats de Ryan (2004), ont aussi fait ressortir ce paradoxe du rôle infirmier. Cette étude d'analyse de discours, uniquement réalisée auprès de la clientèle pédiatrique, décrit le rôle de soutien aimant et empathique comme étant vécue de façon positive et agréable par les infirmières. De plus, leur présence continuelle auprès des patientes est perçue favorablement par les infirmières, puisque cela leur apporte une

distinction professionnelle et justifie leur importance et leur valeur au sein de l'équipe et auprès de la clientèle. En contrepartie, le rôle de surveillance et de discipline leur apporte quant à lui son lot de frustration et d'insatisfaction. L'infirmière se doit de faire respecter les consignes du programme et effectuer une surveillance constante pour éviter les écarts. La constante revendication du contrôle par les patientes ou subtilisation de celui-ci, par des prouesses de camouflage ou de cachoterie, mène parfois à une lutte de pouvoir entre l'infirmière et les patientes. La dichotomie des rôles de l'infirmière l'amène ainsi à jongler continuellement entre la prestation d'un soutien empathique quasi-maternel et une surveillance quasi-pénale.

Ramjan (2004) aborde également cette dynamique gardienne-détenue et s'y penche exclusivement dans une publication subséquente (Ramjan & Gill, 2012). D'ailleurs, Ramjan, voulant tout d'abord explorer le développement de la relation thérapeutique entre les patientes souffrant d'anorexie mentale et les infirmières en contexte d'hospitalisation sur une unité médicale, a réajusté le tir au fil de sa recherche pour cibler davantage les difficultés et les obstacles à l'établissement de la relation thérapeutique. Son étude qualitative fait premièrement ressortir, la résistance (*struggle*) des infirmières à comprendre la maladie qu'est l'anorexie mentale, considérant les patientes, entre autres, comme moins malade que les autres patients de l'unité et comme étant la cause de leur maladie. Deuxièmement, la « lutte mutuelle pour le contrôle » (*struggling for the control*), tel que mentionné dans Ryan (2006), est aussi ressortie. Cette lutte pour le contrôle gravite principalement autour de la nourriture et amène les infirmières à considérer les patientes comme manipulatrices. Troisièmement, une difficulté à développer une relation thérapeutique découle de toutes ces confrontations. L'infirmière, face à son manque de connaissances vis-à-vis la maladie, interprète les comportements des patientes comme de la

manipulation, sapant sa confiance envers elles, entraînant ainsi un climat d'hostilité. Ainsi, l'infirmière ne voit que la « patiente manipulatrice » et cette dernière ne voit que l'« infirmière gardienne », ce qui mine l'établissement d'une relation thérapeutique positive. L'auteur soutient l'importance de formation spécialisée auprès du personnel infirmier.

Snell et al. (2010), tout comme Ramjan (2004) initialement, ont investigué, à l'aide d'une théorisation ancrée, l'expérience des infirmières (n=7) dans le développement de la relation thérapeutique avec des patientes hospitalisées dans une unité spécialisée en troubles de l'alimentation. Le développement, la négociation ainsi que la coordination du lien thérapeutique (*connexion*) ont émergé des verbatim des infirmières. Le partage de connaissances, l'accompagnement et la présence thérapeutique ont été rapportés comme facilitateurs au développement de la relation thérapeutique. La négociation de ce lien thérapeutique semble aborder les thèmes de lutte et bataille des auteurs précédents dans une dynamique plus collaborative et partenariale. Les connaissances professionnelles, jumelées au travail émotionnel et à une pratique réflexive, semblent constituer les outils essentiels à l'infirmière afin de vivre favorablement ce lien thérapeutique. Celui-ci se révèle maintes fois menacé par la résistance au traitement des patientes ainsi que par le double-rôle de l'infirmière sur l'unité, soit représentante de l'équipe et de la patiente. Maintenir le lien thérapeutique représente l'épicentre du rôle de l'infirmière travaillant auprès des patientes ayant un trouble alimentaire. Cette tâche complexe requiert, entre autres, des habiletés relationnelles ainsi que des compétences en négociation. Toutefois, ni l'âge de la clientèle, ni le sexe des participants n'ont été mentionnés par les auteurs, diminuant ainsi le potentiel de transférabilité des résultats. Bien que l'analyse soit bien explicitée, offrant une imputabilité procédurale forte, il n'est nulle part fait mention de l'atteinte de la saturation

des données, possiblement attribuable à la taille échantillonnale insuffisante (Creswell, 2013).

Dans son mémoire de maîtrise, Pryde (2009) explore qualitativement, auprès d'infirmières (n=35) canadiennes et américaines travaillant auprès de la clientèle adulte souffrant d'un trouble alimentaire, les aspects du rôle infirmiers en trouble alimentaire ainsi que la relation infirmière-patiente. Parmi les rôles ressortis le plus souvent tant par les infirmières américaines que canadiennes, on recense le rôle d'administrateur, d'infirmière en santé mentale et le rôle clinique. Les aspects les plus éprouvants propres aux soins infirmiers dans ce domaine sont la gestion de ses propres réactions, l'interaction avec les patientes ainsi que la gestion des défis. L'alliance thérapeutique, identifiée comme faisant partie intégrante du rôle infirmier par les participants, a été décrite comme un processus s'articulant autour de trois thèmes, chacun connecté sur le précédent et agissant conjointement à titre de continuum. Premièrement, il y a la création d'un environnement thérapeutique, afin de promouvoir le confort et le sentiment de sécurité chez les patientes, qui s'exprime par une attitude ouverte, empathique et compréhensive de la part du soignant. S'ensuit, l'établissement d'un lien thérapeutique qui nécessite le développement d'une confiance mutuelle par, entre autres, des techniques de communications efficaces, l'utilisation appropriée de l'humour, des conversations ouvertes et l'établissement de buts et objectifs communs. Troisièmement, il y a l'*empowerment*, qui consiste à responsabiliser les patientes et à les aider à identifier elles-mêmes leurs problèmes et à développer des nouvelles stratégies saines de *coping*. Pour ce faire, l'infirmière doit traiter chaque patiente individuellement et ajuster ses soins aux besoins de la personne. Ces résultats s'apparentent au modèle théorique de van Ommen (2009) par l'illustration d'un processus thérapeutique et où la responsabilisation, ici mentionnée sous le terme *d'empowerment*, représente une

visée finale pour la patiente dans une perspective de rétablissement. De plus, l'utilisation du thème de lien thérapeutique rappelle les propos de Snell et al. (2010) préconisant son maintien en cours d'hospitalisation.

Contrairement aux quelques études précédentes où l'alliance thérapeutique se retrouve au cœur de la question de recherche, King et Turner (2000) explorent plutôt l'expérience globale des infirmières dans leur « prendre soin » des adolescentes souffrant d'anorexie mentale sur une unité d'adolescence d'un hôpital général. Cette étude phénoménologique dépeint la montagne-russe expérientielle de l'infirmière. Leurs valeurs centrales d'égalité des soins, de confiance et de non-jugement se retrouvent ébranlées par la personnalité et les comportements de cette clientèle, amenant l'infirmière à traverser un tourbillon émotionnel au cours duquel les sentiments d'échec et d'inaptitude retentissent, provoquant un désenchantement professionnel. S'ensuit une frustration constante face à l'obstruction et aux tentatives de sabotage du traitement par les patientes, entraînant l'infirmière vers une impasse thérapeutique, n'ayant comme unique choix que de trouver des solutions, réfléchir sur sa pratique et développer une nouvelle perspective en lien avec ses soins. Cette représentation de la complexité du rôle infirmier sous trame réflexive fait écho aux éléments ressortis précédemment tels que la lutte pour le contrôle, la résistance au traitement et la tension dans la relation infirmière-patiente. Les auteurs concluent que des programmes d'éducation doivent être mis en place afin de soutenir les infirmières dans leurs soins auprès de cette clientèle.

Warren, Crowley et Olivardia (2008) abordent l'expérience des soignants travaillant auprès d'individus souffrant de trouble alimentaire. Cette étude à devis mixte, focalise notamment sur les commentaires des patientes envers les soignants, notamment sur leur apparence physique, ainsi que sur l'impact personnel résultant de cette prise en charge.

L'étude démontre que la totalité des répondants (n=43) ont déjà reçu un commentaire sur leur apparence générale, et 46% d'entre eux ont affirmé que cela arrivait parfois ou fréquemment. Plusieurs participants ont mentionné avoir été surpris ou offensés par une remarque sur leur corps ou leur apparence par une patiente (73%) et avoir été complexés par leur apparence en cours de traitement avec une patiente (72%). Le complexe le plus commun est, sans grande surprise, le poids, où les thérapeutes ayant un surplus de poids se sentent jugés. En contrepartie, ceux se décrivant comme minces se sentent hypocrites (*hypocritical*) envers les patients, puisqu'ils prônent la diversité corporelle tout en véhiculant eux-mêmes l'image de la minceur aspirée par plusieurs, et éprouvent une remise en question professionnelle. L'impact de la prise en charge de cette clientèle sur les habitudes alimentaires des soignants a été abordé, soutenant que certains voient leur alimentation s'améliorer, tandis que d'autres mentionnent le contraire, expliquant qu'ils compensent pour la restriction ou l'orthorexie de leurs patientes. De plus, la rigidité de la symptomatologie, les caractéristiques de la population telles que les taux élevés de rechute, de suicide, de chronicité et la lenteur du rétablissement, les émotions négatives vécues, les problèmes à établir une relation saine et thérapeutique, ainsi que l'entretien de l'optimisme thérapeutique, sont les aspects jugés les plus difficiles relatifs au travail auprès de la clientèle atteinte de trouble alimentaire. Cette recherche, bien qu'ayant une taille échantillonnale restreinte limitant la représentativité et quelques faiblesses méthodologiques, telles qu'une description insuffisante de la clientèle traitée et du contexte de soin encadrant la relation soignant-patient, adresse un sujet caractérisé comme tabou dans la littérature. Le fait d'avoir posé des questions directement par questionnaires plutôt que d'avoir laissé émerger les sujets peut avoir contribué à forcer le dévoilement de ce type

d'information hautement personnel, habituellement absent des recherches portant sur l'expérience des soignants auprès de la clientèle atteinte de trouble alimentaire.

La revue des articles explorant le point de vue des soignants quant à leurs soins auprès de la clientèle atteinte de trouble alimentaire démontre l'ampleur de l'intérêt porté au lien thérapeutique avec la patiente comme champ de compétence central du rôle infirmier. Cependant, l'établissement de ce lien survient avec son lot de complexités, à la fois personnelles, interpersonnelles et contextuelles. Un conflit majeur relevé par les articles est la contradiction des rôles adoptés par le soignant, soit le rôle maternel ainsi que le rôle de surveillance et de contrôle. Cette dichotomie dans la nature des soins rend l'expression et le maintien de la connexion laborieuse, entraînant même un climat de confrontation entre les soignants et les patientes. De ce fait, le processus vers le développement d'une relation thérapeutique peut s'altérer et entraîner une opposition réciproque, résultat à l'antipode de la visée initiale. De plus, l'étendue de l'impact de la prise en charge de la clientèle souffrant d'anorexie mentale est considérable chez le soignant, tant au niveau de l'accomplissement professionnel que personnel. Conséquemment, il appert que les infirmières soignantes estiment l'alliance thérapeutique, mais rencontrent plusieurs barrières entravant sa réalisation. Un manque de connaissances de la psychopathologie de l'anorexie mentale pourrait expliquer en partie cette difficulté.

Perspective des patientes et des infirmières

L'alliance thérapeutique étant un processus réciproque, il va de soi que certains articles abordent à la fois la perspective infirmière et la perspective des patientes afin de saisir le phénomène dans son entièreté en multipliant les points de vue. Wright (2011, 2013) et Ramjan et Gill (2012) ont effectué une approche bifocale avec une méthodologie

phénoménologique et Bakker et al. (2011) ont poursuivi le modèle de van Ommen et al. (2009) en y apportant une vision infirmière. La triangulation des perspectives de ces études exposent une dynamique relationnelle riche et complexe, optimisant ainsi la validité thématique (Loiselle et al., 2007).

Ramjan et Gill (2012) établissent un parallèle entre l'hospitalisation sur une unité médicale d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale et l'emprisonnement, dans lequel l'infirmière incarne la geôlière et la patiente, la détenue. Cette dynamique gardienne-détenue ressort à quelques reprises dans la littérature (Ramjan, 2004; Ryan, 2006). L'hospitalisation est vécue de façon pénale par les patientes, devant se plier aux règlements stricts et continuellement sous le joug de l'infirmière. L'établissement de l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et la patiente représente un défi de taille dans un milieu où le programme est basé sur la modification du comportement, tel qu'il est le cas sur l'unité en question. Ce type de programme, davantage présent sur les unités de médecine générale (Ramjan & Gill), vise la modification des habitudes néfastes entourant l'alimentation et les exercices. Or, ce programme peut être perçu comme restrictif et punitif, entre autres, à cause de la quantité des protocoles et de réglementations stricts. Cette approche, plutôt biomédicale, tend à minimiser l'aspect *caring* et psychosocial du soin, affectant le dynamisme de l'unité et entravant ainsi la relation thérapeutique (Ramjan & Gill).

Pour sa part, Karen Margaret Wright, infirmière et professeure à une université anglaise, a réalisé plusieurs recherches, dont sa thèse de doctorat, en lien avec l'alliance thérapeutique auprès de la clientèle souffrant d'anorexie mentale (Wright, 2010, 2013; Wright & Hacking, 2011). Cette chercheuse s'est entre autres penchée sur l'expérience relationnelle entre les soignants et les femmes souffrant d'anorexie mentale hospitalisées dans un milieu spécialisé, tant en clinique de jour qu'à l'interne (2013). L'analyse

thématique utilisant les thèmes fondamentaux de Merleau-Ponty (corporalité, relationnalité, spatialité et temporalité) et l'authenticité selon Heidegger, a fait ressortir l'impact du trouble alimentaire sur l'identité de la patiente, sa perception d'elle-même et celle que les autres ont d'elle, et cette tendance à externaliser le trouble alimentaire comme entité externe. Ce dualisme identitaire de la patiente (le soi anorexique vs le soi réel) cause un soulagement en la déculpabilisant de ses agissements et en augmentant la tolérance du soignant envers les comportements. Toutefois, cette externalisation du trouble alimentaire peut à la fois entraîner une déresponsabilisation outrancière de tous les comportements négatifs utilisés, pouvant mener à une fragmentation relationnelle avec le soignant. Les moments-clés où cette relation s'avère cruciale sont les repas, les pesées et lors de la négociation du plan de traitement. Contrairement aux propos de Ramjan et Gill (2012), il appert que les patientes interrogées associent plutôt leur hospitalisation à l'interne comme un retour à l'école avec ses règles et son cadre établi, sans nommer le côté coercitif, malgré leur réticence au traitement. La création d'un milieu thérapeutique, grâce entre autres à la normalisation de l'environnement physique par un aménagement convivial mais aussi grâce à la normalisation des activités et des rapports, procure un sentiment de sécurité à la clientèle. Des dualités relationnelles sont ressorties, telles que la connexion et la déconnexion, la lutte et l'attachement ainsi que le conflit et la proximité émotionnelle et physique, semblables aux propos de Ryan et al. (2006). De plus, le temps attribué aux patientes par les soignants est perçu comme précieux tout au long du traitement, pour la relation thérapeutique, mais également pour la valeur que l'individu s'attribue. Certaines soulèvent le sentiment d'être punies par leur amélioration, puisque le temps des soignants est davantage consacré aux patientes en difficulté, tel que décrit également dans Colton et Pistrang (2004). Dernièrement, l'authenticité, sous forme d'unicité individuelle, d'empathie

et de confiance mutuelle, contribue à la création d'un dialogue thérapeutique entre les soignants et les patientes facilitant une relation thérapeutique positive. Cette étude permet entre autres de conclure qu'une alliance thérapeutique peut exister malgré un manque d'accord face à la tâche et au but du traitement lorsque le lien mutuel est suffisamment fort, d'où l'importance de miser sur cette connexion.

Enfin, Bakker et al. (2011) ont peaufiné le modèle théorique de van Ommen et al. (2009) en explorant les aspects perçus comme les plus efficaces par les infirmières dans le rétablissement pondéral des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. L'issue de cette recherche raffine la compréhension du processus de soins dans un cadre spécialisé pour troubles alimentaires. Les attitudes infirmières, selon la phase du traitement atteint par la patiente en cours d'hospitalisation, ainsi que l'incorporation de la famille dans les aspects de traitement ont été rajoutées. En début d'hospitalisation, l'infirmière présente une attitude directionnelle, axée sur le contrôle, pour ensuite devenir axée sur la supervision, laissant une marge d'autonomie aux patientes et aux parents, agissant comme une conseillère. À la troisième phase, l'infirmière fait plutôt office de filet de sécurité redonnant l'autonomie à la patiente et aux parents tout en demeurant disponible pour valider leurs décisions. Étant donné que cette étude a eu lieu dans le même milieu que celle de van Ommen et son équipe, il se peut, dès lors, que la concordance des résultats en un modèle théorique optimisé se justifie par la nature commune du milieu. Toutefois, ce modèle demeure à ce jour le plus complet et le plus explicite quant aux éléments centraux du soin infirmier auprès d'adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale dans un milieu spécialisé. Ce modèle peut contribuer à guider et améliorer la qualité des soins dans ce domaine. Toutefois, il aurait été intéressant d'effectuer de pair avec ce modèle une étude phénoménologique ou corrélationnelle afin d'évaluer si les conflits et tensions relevés dans

la littérature se retrouvent aussi, et à quel degré, dans ce milieu avec une telle approche de soin.

Encore une fois, la pertinence de la relation thérapeutique est abordée. Cette vision bipartite de l'expérience relationnelle expose, entre autres, l'incarnation du pendant conflictuel de la relation sous forme d'emprisonnement, où l'infirmière agit à titre de gardienne et la patiente, à titre de prisonnière. Cette dynamique n'est toutefois guère appréciée par chacun des partis, l'infirmière se soustrayant à son rôle de surveillante de façon contrainte, et la patiente se sentant brimée dans sa liberté et son autonomie.

Synthèse

À la lumière de l'ensemble de 17 articles résumés précédemment, plusieurs observations peuvent être possibles. Des rapprochements seront effectués avec les articles de discussion ainsi que les revues des écrits recensés lors de la recherche documentaire afin de donner une vision la plus globale possible du phénomène à l'étude.

Tout d'abord, on remarque l'existence de confusion et de diverses tensions, à la fois interpersonnelles et personnelles, chez le soignant et l'adolescente hospitalisée pour anorexie mentale. Par exemple, l'adolescente est aux prises avec une gamme de conflits intérieurs (Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006). Entre autres, celle-ci se trouve tiraillée entre le désir d'autonomie et de dépendance envers le corps soignant. Ce dilemme provient du combat interne que la patiente entretient avec sa maladie, tergiversant continuellement entre le désir de capituler et la nécessité de combattre les soins prodigués, ainsi qu'entre les sentiments d'extrême culpabilité lorsqu'elle désobéit au trouble alimentaire et de colère en cas contraire. Du côté de l'infirmière, celle-ci fait face à des exigences de nature dichotomique à l'égard de son rôle, soit d'établir une relation

thérapeutique empreinte de confiance et d'empathie tout en faisant respecter les limites du programme, tel que la complétion des repas ainsi que la surveillance de l'exercice physique et de l'usage des toilettes. L'approche maternelle et flexible semble favoriser une relation positive, mais celle-ci ne serait guère thérapeutique sans la mise en place d'une certaine structure afin de combattre le trouble alimentaire. Maintenir un équilibre alliant rigidité et souplesse, l'application de limites et la collaboration avec les patientes représente un défi d'envergure pour l'infirmière prenant soin des adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale (Gulliksen & al., 2012; King & Turner, 2000; Offord & al., 2006; Ramjan, 2004; Ramjan & Gill, 2012; Sly et al., 2013). D'autant plus que la diversité et la fréquence des interactions et des situations rencontrées sur les unités d'hospitalisation complexifie davantage l'établissement de la relation thérapeutique (Wright, 2010). Néanmoins, la balance relationnelle et thérapeutique semble être déterminante de l'expérience d'hospitalisation ainsi que de l'adhérence au traitement des patientes. L'infirmière doit également affronter et gérer ses émotions négatives, à l'égard des patientes et de ses soins, et continuer à offrir un soutien individualisé et *caring* malgré le découragement et la frustration vécus. Deux revues des écrits (Forget et al., 2011; Thompson-Brenner et al., 2012) et un article de discussion (Gross & Barbosa, 2012) se sont penchés sur les réactions contre-transférentielles des soignants travaillant auprès des patientes souffrant d'un trouble alimentaire. De ceux-ci, ressortent un éventail d'émotions négatives que les soignants éprouvent envers les patientes (frustration, colère, agressivité, haine, etc.) ainsi qu'envers eux-mêmes (culpabilité, rejet, inquiétude, impuissance, etc.). La résistance au changement ainsi que la perception du trouble alimentaire comme « auto-induit » contribuent au développement d'émotions négatives et au pessimisme thérapeutique. Ceci fait d'ailleurs écho aux propos de George (1997), dans sa revue des écrits sur le rôle de l'infirmière dans

la création de la relation thérapeutique avec les patientes souffrant d'anorexie mentale, qui affirme que les infirmières tendent à percevoir les patientes comme manipulatrices, établissant un climat de méfiance plutôt que de confiance. Cette méfiance est aussi relevée dans les recherches qualitatives de King et Turner (2000), de Ramjan (2004) et de Ryan (2004). Forget et al. (2011) concluent que les principaux facteurs influençant les réactions des soignants sont les caractéristiques des patientes et des soignants ainsi que le manque de connaissance de la pathologie. Ils énoncent l'importance de trouver des solutions, personnelles ou d'équipe, efficaces vu l'immutabilité de certains facteurs, tels que ceux se rapportant aux patientes.

De la dynamique interpersonnelle entre l'infirmière et la patiente, sont ressortis les dualités de gardienne-détenue, de connexion-déconnexion ainsi que d'attachement-lutte (Ryan, 2004; Ryan et al., 2006; Wright, 2013). En fait, le véritable combat oppose le trouble alimentaire aux interventions, ayant comme vecteurs respectifs la patiente et l'infirmière. Malgré ce fond d'opposition, la patiente et le soignant se rejoignent quant à leur état de vulnérabilité. En effet, la relation thérapeutique, bien que davantage sollicitée dans l'optique des patientes, s'avère également bénéfique à l'expérience de soin des infirmières soignantes, qui se trouvent à être, elles aussi, dans une situation de vulnérabilité. Par vulnérabilité, on entend une menace réelle ou perçue à son intégrité (Rogers, 1997). On constate, entre autres, que les infirmières éprouvent des réactions contre-transférentielles nuisibles à leur bien-être et à la création d'une alliance thérapeutique (Gross & Barbosa, 2011; Thompson-Brenner et al., 2012) et qu'elles sont victimes de commentaires des patientes à l'égard de leur apparence (Warren et al., 2008). Face à leur manque de connaissance et de soutien, elles se retrouvent démunies et peuvent, pour se protéger, se distancier émotionnellement de leur soin ou même éviter ce type de clientèle (King &

Turner, 2000). Le retrait et la distanciation émotionnelle constituent alors un mécanisme de défense en vue de diminuer sa sensibilité pour ainsi éviter de souffrir émotionnellement. Conséquemment, exposer sa vulnérabilité constitue un risque pour l'infirmière, puisqu'en agissant de façon empathique et humaniste, elle court le risque de se laisser atteindre, autant positivement que négativement, par son ouverture à l'autre (Määttä, 2006; Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011). En ce sens, l'empathie, composante indispensable au *caring* (Määttä, 2006) et à l'établissement d'une relation thérapeutique (Dziopa & Ahern, 2008; George, 1997; Muscari, 2002; Westwood & Kendal, 2012), constitue un choix vulnérable pour la personne (Brown, 2010). Pour leur part, les patientes se retrouvent en position de vulnérabilité puisqu'elles reçoivent des soins pour lesquels leur consentement peut être voilé par les biais cognitifs du trouble alimentaire. Leur pouvoir et leur autonomie sont souvent bafoués par intention thérapeutique, puisque le discernement entre le soi-anorexique et le soi-normal demeure imperceptible de par la nature égosyntonique du trouble alimentaire (Guarda, 2008; Tan, Stewart, Fitzpatrick, & Hope, 2010). De ce fait, l'acceptation, la balance relationnelle, et le respect sont des aspects réciproques, tant pour les patientes que pour les soignants.

De plus, l'importance d'aborder le traitement pour anorexie mentale au-delà de la sphère physique s'est dégagée des écrits. Sans nier complètement l'importance de la prise de poids, les patientes décrivent le manque de considération de l'aspect psychologique dans le programme d'hospitalisation (Bell, 2003; Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006; Ramjan & Gill, 2012). Celles-ci en viennent à percevoir les infirmières comme se souciant uniquement de leur prise de poids, conviant la création de sentiments négatifs à leur égard. De percevoir la patiente souffrant d'anorexie mentale au-delà de la dimension physique revient aussi à considérer la personne au-delà de sa maladie, à savoir la reconnaissance de

l'individu dans son entièreté derrière le trouble alimentaire. D'ailleurs, les écrits prônent l'acceptation de la personne, sans toutefois cautionner sa condition (Kenny, 1991), et encouragent le discernement entre le comportement anorexique et l'individu souffrant d'anorexie mentale avant d'apposer une quelconque étiquette sur la patiente (Wright, 2013). Congrûment, les caractéristiques des soignants les plus appréciées par les patientes se sont révélées être celles aux attributs humanistes, tel que le sens de l'humour, l'écoute, le respect, l'acceptation, l'absence de jugement, l'authenticité, l'empathie et la disponibilité émotionnelle (Colton & Pistrang, 2004; George, 1997; Gulliksen, 2012; Kenny, 1991; Muscari, 2002; Offord et al., 2006; Sly et al., 2014; Westwood & Kendal, 2012; Wright, 2011, 2013, Zugai et al., 2013). Ces caractéristiques concordent grandement avec la revue des écrits de Dziopa et Ahern (2008) sur les constituants d'une relation thérapeutique de qualité en soin infirmier psychiatrique. Parmi ceux-ci figurent la compréhension et l'empathie, l'individualité, le soutien, la disponibilité, l'authenticité, l'égalité – par l'équilibre du pouvoir -, le respect, l'établissement de limites claires et une conscience de soi.

Aussi, la normalisation de l'environnement par l'établissement d'un milieu convivial et la normalisation de l'interaction par la création d'une atmosphère où la nourriture ne fait pas figure d'axe central, s'avère un aspect primordial à l'établissement d'un contexte propice à une relation thérapeutique positive entre les soignants et les patientes, tant adolescentes qu'adultes (van Ommen, 2009; Wright, 2013; Zugai et al., 2013). L'établissement d'un milieu thérapeutique et l'adoption d'une attitude humaniste, influencent positivement la perception des soins ainsi que l'expérience des repas, moments particulièrement anxiogènes (Wright, 2013). Cet aspect revêt d'une importance capitale puisque la dynamique des unités de soins peut s'apparenter dans certains cas à la notion

d'institution totale de Goffman (Goodman, 2013), notamment dans l'étude de Ramjan et Gill (2012) où la métaphore de la prison est ressortie comme trame de fond de l'expérience d'hospitalisation. En effet, les restrictions imposées aux patientes face à leur autonomie et liberté, les règlements stricts et le déséquilibre du pouvoir constituent, selon Goffman, des mécanismes de « mortification du soi » (*mortification of self*) qui dépersonnalisent, dégradent, assujettissent l'individu (Chantraîne, 2004; Goodman, 2013). Les considérations humanistes-*caring* prennent alors tout leur sens afin d'éviter ou du moins d'amoindrir ces mécanismes en individualisant les soins et en minimisant les limitations superflues.

Conséquemment, le rôle de l'infirmière implique beaucoup plus que la mise en application machinale des règlements de l'unité, entre les visites du médecin, du psychologue et les pesées. L'infirmière détient un rôle thérapeutique privilégié, qui lui est propre, et qui se doit d'être reconnu à sa juste valeur au sein de l'équipe interdisciplinaire ainsi qu'auprès des instances organisationnelles. Le rôle de l'infirmière travaillant auprès de la clientèle souffrant d'anorexie mentale comporte une multitude de facettes et demeure en développement (Bakker et al., 2011; Pryde, 2009; Ryan, 2004). À la lumière des écrits, on constate que l'infirmière est instigatrice d'une relation thérapeutique positive et créatrice d'un contexte propice au rétablissement, entre autres, en créant un milieu convivial, en encourageant l'identification et l'expression des émotions, en soutenant les tâches développementales propres à l'adolescence ainsi qu'en augmentant les connaissances de la patiente sur sa maladie, ses conséquences et ses mécanismes de *coping*. Le rôle de l'infirmière s'articule autour d'une dimension temporelle, lui conférant une ressemblance flagrante avec le soin infirmier en réadaptation. L'augmentation du bien-être ainsi que la promotion de la santé que fait l'infirmière se déclinent à la fois dans une visée aigüe (stabilisation de l'état physique, réalimentation, soutien et structure, souci de la satisfaction

des soins) et projetée (éradication du trouble alimentaire, rééducation alimentaire, enseignement, responsabilisation, autonomie) (Anderson, 1997). Percevoir le traitement de l'anorexie mentale, entre autres, comme un processus de réadaptation commençant principalement à l'interne, aide à saisir la nuance et l'ajustement du rôle infirmier selon l'étape à laquelle se situe la patiente, tel que décrit par van Ommen et al. (2009) et Bakker et al. (2011).

Watts et Morgan (1994) identifient trois pièges communs aux intervenants travaillant en santé mentale : vouloir tout guérir, tout savoir, tout aimer (*heal all, know all, love all*). Lorsqu'on analyse le phénomène à l'étude on constate que ces pièges peuvent se transposer aux infirmières prenant soin des patientes hospitalisées pour anorexie mentale, même lorsque celles-ci travaillent dans une unité de médecine. Les soignants en psychiatrie sont plus sujet à aspirer à guérir tous leurs patients (*heal all*) puisque, leur personnalité étant souvent l'outil thérapeutique primaire, ils confondent leurs capacités professionnelles à apporter un changement dans l'état du patient avec leur sentiment d'estime de soi (Watts & Morgan, 1994). Aussi, l'amélioration de l'état des patients ayant un problème de santé mentale se fait plus lentement, entraînant de la frustration auprès de ceux qui s'attendent à percevoir un changement (Watts & Morgan, 1994). Pryde (2009) mentionne d'ailleurs que les principaux éléments liés à la satisfaction au travail des infirmières travaillant auprès d'adultes atteints de trouble alimentaire sont majoritairement reliés au désir de voir de l'amélioration, de faire une différence et de se sentir appréciées, soit justement des attentes vouées à la déconvenue. Face à leur sentiment d'échec envers leurs soins, les infirmières auront tendance à se distancier de leurs responsabilités à l'égard des patientes, nuisant ainsi à l'alliance thérapeutique (King & Turner, 2000; Ramjan, 2004). Dans le phénomène à l'étude, les infirmières font face à un manque de savoir-faire envers les patientes ce qui les

amène à se sentir impuissantes, inutiles et découragées, face à leur impression d'inadéquation. Cet aspect contrevient ainsi au piège de tout savoir (*know all*). Pour le troisième piège, le désir de tout aimer (*love all*), les lectures ont permis d'y ajouter une nuance, soit vouloir tout aimer mais aussi le désir d'être aimé de tous. Les infirmières veulent se sentir appréciées (Pryde, 2009), et veulent, de par leurs valeurs professionnelles, aimer leurs patientes (King & Turner, 2000). Or, le contre-transfert jumelé à l'incompréhension inhibe cette capacité d'aimer ce qui crée une certaine détresse chez l'infirmière.

Analyse critique

Au total, 17 articles scientifiques primaires ont été recensés (appendice 4). Parmi ceux-ci, six portent exclusivement sur la perspective des patientes, huit abordent la perspective des soignants (infirmières, travailleurs sociaux ou autres) et trois adoptent une perspective bifocale, soit la perspective des patientes et des soignants. Dans chaque étude où la perspective des soignants est sondée, les infirmières sont représentées de façon majoritaire, quoique non exclusive. Malgré une attention particulière pour cibler la clientèle adolescente, quatre études ont été réalisées d'après la perspective de patientes adultes, une autre auprès de clientèles adulte et pédiatrique indistinctement, et une dernière s'est déroulée auprès d'infirmières prenant soin de la clientèle adulte. Il est à noter que la clientèle adolescente, soit celle sur laquelle se penche plus spécifiquement ce travail, diffère de la clientèle adulte au sens où en deçà de 14 ans, la personne est sous l'emprise décisionnelle de ses parents ou tuteurs légaux. À partir de 14 ans, bien que l'adolescente a légalement le droit de refuser une hospitalisation, beaucoup de ces hospitalisations se font de façon « volontaire » sous-entendant néanmoins un degré de coercition familial élevé (Guarda, 2008). Conséquemment, il se peut qu'il y ait une plus grande proportion d'adolescentes hospitalisées contre leur gré, pouvant ainsi influencer la collaboration au traitement et le désir de rétablissement. Les études réalisées auprès de la clientèle adulte peuvent de ce fait se montrer plus positives vu que la majorité des patientes se sont engagées volontairement, ce qui constitue une distinction importante à la lecture des articles relativement au transfert de connaissances. L'étude de Wright (2013) vient

cependant infirmer cette hypothèse, en laissant transparaître que cette coercition informelle demeure auprès de la clientèle adulte. Toutefois, Tan et al. (2010) font la nuance que dans une relation de confiance auprès du parent ou d'un soignant, la contrainte au traitement peut être vécue comme un soin, plutôt qu'une punition par la patiente.

Au point de vue diagnostic, quatre études ne distinguent pas si les patientes souffraient d'anorexie mentale, de boulimie nerveuse ou de trouble alimentaire non-spécifié. Toutefois, ces quatre études sondent la perspective du corps soignant quant à leurs soins ou rôles auprès de cette clientèle, ce qui est cohérent avec la pratique actuelle où les patientes souffrant d'un trouble alimentaire, quel qu'il soit, sont souvent hospitalisées sur les mêmes unités. Des neuf études effectuées auprès des patientes, quatre ont été réalisées exclusivement pendant la période d'hospitalisation, et les cinq autres ont été menées rétrospectivement, avec des intervalles variant d'un jour à cinq ans après le congé définitif de l'unité en question. Toutefois, il existe des avantages et des inconvénients à utiliser un tel devis. Par exemple, en récoltant les données après le séjour hospitalier, il serait possible que le passage du temps favorise l'introspection sur les événements passés et entraîne un niveau de satisfaction plus élevé (Griffiths et al., 1998, dans Bell, 2003). Cependant, le passage du temps peut aussi agir comme faiblesse méthodologique, dû à un biais de mémoire, particulièrement lors d'un long délai entre l'expérience étudiée et la collecte de données. Selon Crow (2002) et Boyer et al. (2009), l'important serait à tout le moins d'uniformiser le moment de la collecte d'informations. De plus, malgré l'apparente transparence des données et la concordance entre celles-ci, un biais de désirabilité sociale peut avoir eu lieu, particulièrement lorsque la personne exécutant les entrevues entretenait un lien avec l'unité de recherche. Ceci était d'ailleurs le cas dans trois études (Ramjan, 2004; Ramjan & Gill, 2012; Zugai et al., 2013). Il est à noter toutefois que neuf recherches

n'ont pas mentionné, ou l'ont fait de façon insuffisante, la nature de l'affiliation de l'auteur avec l'unité ou le milieu de l'étude (Bakker et al., 2011; King & Turner, 2000; Offord et al., 2006; Pryde, 2009; Ryan, 2004; Ryan et al., 2006; Sly et al., 2014; Snell et al., 2010; van Ommen et al., 2009; Wright & Hacking, 2012). De plus, un biais de sélection général s'applique à l'ensemble des données étant donné l'absence de prise en compte des patientes ayant abandonné le traitement avant sa complétion. En effet, l'ensemble des données recueillies l'a été auprès des patientes en cours d'hospitalisation ou après la complétion d'une hospitalisation. Ne pas inclure les patientes ayant quitté le traitement avant la fin mine la richesse des résultats, puisqu'on peut se demander si leur départ précipité serait de quelque façon relié à la satisfaction au traitement et la relation avec le personnel. Aussi, il importe de mentionner que la limitation des interprétations des résultats de l'étude de Gulliksen et al. (2012) s'applique à toutes les recherches sondant la perception des patientes. Effectivement, les commentaires des patientes envers les infirmières doivent être interprétés avec circonspection puisque, par exemple, les patientes peuvent réprover les comportements des infirmières qui posent obstacle à la perpétration des rituels ou compulsions du trouble alimentaire et ainsi causer une détresse et une frustration chez la patiente. Une prise en compte du caractère égocentrique de l'anorexie mentale devrait se faire systématiquement afin de demeurer critique envers l'interprétation des données provenant des patientes.

Par ailleurs, le sexe masculin est peu représenté dans tous les échantillons de patients recensés. En ce sens, une seule étude comprend un échantillon où le sexe masculin est représenté, à raison d'une seule personne. Dans les études portant sur la perception de la clientèle hospitalisée, au total 123 individus ont été sélectionnés sans discrimination sexuelle et seulement un patient de sexe masculin en fait partie. Sachant que l'anorexie

mentale touche environ un garçon pour dix filles (APA, 2013; Hoek & Hoeken, 2003), ce ratio de 1:123 n'est guère représentatif. Wright (2013), s'étant retrouvée avec un échantillon essentiellement féminin, malgré l'absence de critère de sélection en ce sens, est la seule auteure ayant spécifié dans son titre qu'il s'agissait d'une étude auprès de femmes hospitalisées pour anorexie mentale. Cette faible représentation de la clientèle masculine pourrait être expliquée par leur faible taux d'hospitalisation (0,8 par 100 000 comparativement à 11,7 par 100 000 pour les femmes (ICIS, 2014b)) ou bien par leur possible inconfort à participer à ce type d'étude, considérant que chaque participation était sous base volontaire.

En règle générale, la description en détails du fonctionnement de l'unité est omise par les chercheurs dans les articles, causant préjudice au transfert des résultats de recherche ne sachant pas la structure mise en place, tant par rapport au programme de soin que par rapport au rôle infirmier. Ramjan et Gill (2012) ont été les seuls à fournir une description claire et détaillée du fonctionnement de l'unité. Snell et al. (2010), quant à eux, ont mentionné explicitement la présence d'infirmières-primaires dans les soins, détail guère anodin considérant que les soins intégraux font partie des recommandations du RNAO (2006) pour favoriser la relation thérapeutique. De plus, il s'avère important d'apporter une attention particulière aux milieux dans lesquels les recherches ont eu lieu. Parmi les études sélectionnées, certaines se déroulent sur des unités médicales, d'autres sur des unités spécialisées pour troubles alimentaires. Il est à noter que les unités spécialisées pour troubles alimentaires peuvent, par leur spécialisation, se retrouver avec de la clientèle ayant une atteinte plus sévère, pouvant conséquemment être davantage réticente au traitement. Toutefois, l'environnement des unités spécialisées semble plus approprié pour de longues hospitalisations et pour répondre à la nature psychiatrique du trouble.

Enfin, un bref regard au tableau résumé des articles recensés (appendice 4) suffit pour remarquer la quasi-absence d'écrits de provenance américaine ; seulement deux articles sur 17, un des États-Unis et un du Canada. Cette faible représentation de l'Amérique au sein de la communauté scientifique œuvrant sur les troubles de l'alimentation est surprenante, considérant qu'il y a 224 centres pour troubles alimentaires aux États-Unis, dont 201 desservent la clientèle adolescente (The alliance for eating disorders awareness, 2013). Une recherche approfondie des écrits via les banques de données spécialisées en sciences infirmières, les bibliographies ainsi que la littérature grise, laisse supposer la faible publication d'études à ce propos. L'absence de popularité des troubles de santé mentale dans la société occidentale, notamment américaine, pourrait justifier en partie la rareté de recherches disponibles sur cette problématique. En effet, par individu atteint, 0,93\$ sont attribués en recherche pour les troubles de l'alimentation comparativement à 44\$ pour l'autisme et 81\$ pour la schizophrénie, en 2011 (National eating disorder association [NEDA], n.d.). Il s'agit toutefois d'un manque à gagner flagrant pour rejoindre l'Angleterre et l'Australie qui à eux deux représentent la moitié des articles recensés. Inciter les infirmières en pratique avancée à réaliser des recherches sur l'expérience d'hospitalisation ainsi que sur les retombées physiques, psychologiques et économiques que celle-ci peut occasionner représente une voie inévitable à emprunter pour baser les soins sur des résultats probants afin de les livrer de façon optimisée et d'acquérir une reconnaissance intra- et interdisciplinaire. Le rayonnement des connaissances infirmières au sein de la communauté scientifique illustre à la fois le rôle de recherche, leadership et collaboration de l'infirmière en pratique avancée.

Recommandations

Suite à l'analyse du phénomène à l'étude, on remarque l'ampleur de la complexité relationnelle entre la patiente hospitalisée pour anorexie mentale et l'infirmière soignante. À la lumière des informations colligées, résumées et analysées, l'élaboration de façon inductive de recommandations revêt du possible et surtout du nécessaire. Celles-ci visent à favoriser la relation infirmière-patiente en diminuant la tension relationnelle et les insatisfactions des deux parties. Ces recommandations seront déclinées en différents volets soit 1) les recommandations en lien à la formation des soignants, 2) les recommandations par rapport au cadre clinique de soins, ainsi que 3) les recommandations portant sur l'aspect organisationnel qui encadre et régit la délivrance des soins et des services dans un contexte d'hospitalisation pour anorexie mentale.

Premièrement, une formation spécialisée doit systématiquement être effectuée auprès des infirmières travaillant avec la clientèle adolescente souffrant d'anorexie mentale. Il s'agit d'ailleurs d'une recommandation émise par plusieurs auteurs (George, 1997; King & Turner, 2000; Pryde, 2009; Ramjan, 2004; Ramjan & Gill, 2012; Ryan et al., 2006; Sly et al., 2014; Snell et al., 2010; van Ommen et al., 2009; Westwood & Kendal, 2012; Wolpert, 2012; Wright, 2013; Zugai, 2013). Les connaissances concernant les troubles de l'alimentation, au-delà de l'utilisation personnelle de l'infirmière, sont également utiles pour partager des informations avec la patiente, tel que la normalisation, l'explication de la gravité de son état et du processus de reprise pondérale. Le partage d'information représente un élément important dans la relation thérapeutique de confiance et dans la

satisfaction au traitement (Offord et al., 2006; Paulson-Karlsson, Neuvonen, & Engström, 2006; Perreault, Katerelos, Sabourin, Leichner, & Desmarais, 2001; Snell et al., 2010; van Ommen et al., 2009), l'expertise du soignant étant d'ailleurs perçue de façon positive par les patientes (Gulliksen, 2012; van Ommen, 2009; Westwood & Kendal, 2012). Wolpert (2012), dans sa méta-synthèse sur les stratégies thérapeutiques et éducatives infirmières auprès de la clientèle atteinte de trouble alimentaire, mentionne que l'éducation spécifique des infirmières comporte plusieurs bénéfices, tels qu'influencer l'éducation du patient, favoriser une meilleure conscientisation personnelle du trouble alimentaire et conséquemment une capacité accrue à faire preuve d'empathie envers les patients, facilitant ainsi le développement d'une relation thérapeutique. Cette formation devrait comprendre, entre autres, un retour sur les compétences infirmières fondamentales et celles plus spécifiques à l'infirmière en santé mentale, des compétences en pédagogie et en communication, un retour sur le stade de développement de l'adolescent (à la fois physique et psychosocial), des connaissances en nutrition, un exposé des causes biologiques, culturelles et psychologiques d'un trouble alimentaire, ainsi que les caractéristiques cognitives propres aux patientes et les mécanismes de défense pouvant interférer à la relation thérapeutique et ceux pouvant la promouvoir (Muscari, 2002; Pryde, 2009; RNAO, 2006; Wolpert, 2012). Ceci converge, entre autres, avec l'étude de Crisafully, Thompson-Brenner, Franko, Eddy, et Herzog (2010) qui a démontré qu'une explication biologique de l'étiologie de l'anorexie mentale diminuait l'attitude de stigmatisation et augmentait le désir d'aider les personnes atteintes, comparativement à une explication socioculturelle des causes. Westwood et Kendal (2012) préconisent le recours à l'explication égosyntonique comme trame de fond de toute formation sur l'anorexie mentale, puisqu'elle fournit une théorie unificatrice permettant d'expliquer beaucoup de tensions et de paradoxes propres à

ce trouble alimentaire. La formation devrait être commune à tous les membres de l'équipe soignante, puisque des visions divergentes de ce qui constitue des soins « acceptables » peuvent exister entre ceux-ci, nuisant à l'uniformisation des interventions (Westwood & Kendal, 2012).

Au-delà de la formation, plusieurs auteurs recommandent également de la supervision ainsi que du mentorat auprès des infirmières afin de les soutenir et de leur donner une occasion de partager sur leurs expériences et apprendre des expériences d'autrui (Forget et al., 2011; George, 1997; Ramjan, 2004; RNAO, 2006; Ryan et al., 2006; Sly et al., 2014; Thompson-Brenner et al., 2012; Warren et al., 2008). De plus, un processus de formation et de supervision favoriserait une meilleure rétention du personnel, puisque les réactions contre-transférentielles sont plus fréquemment rencontrées chez les soignants ayant peu d'expérience (Forget et al., 2011; Thompson-Brenner, 2012). Les gestionnaires devraient effectuer des retours auprès des infirmières, leur exprimer ouvertement leur soutien et leur appréciation envers leur travail et encourager la rétroaction positive entre collègues, afin de combler ce besoin de reconnaissance (Pryde, 2009; Turkel & Ray, 2000), souvent non-comblé par leur relation avec les patientes. En effectuant des retours constructifs sur les soins prodigués et sur les difficultés rencontrées, les gestionnaires offriraient une forme de supervision clinique et émotionnelle à des fins de formation et de soutien auprès du personnel infirmier.

Dans un même ordre d'idées, motiver une démarche réflexive auprès des infirmières s'avère tout aussi nécessaire afin qu'elles puissent identifier leurs réactions, sentiments, pensées, peurs et faiblesses, ainsi que pour réfléchir sur la portée de ceux-ci dans leurs actions et leur relation avec les patientes (RNAO, 2006). De plus, cette démarche permet de demeurer à l'affût du contre-transfert et de ses conséquences, ainsi que de reconnaître que

l'issue du traitement ne se solde pas toujours par un succès (Forget et al., 2011; Gross & Barbosa, 2012; Pryde, 2009; Snell et al., 2010; Thompson-Brenner, 2012). Exercer une pratique réflexive nécessite, entre autres, une connaissance et une conscience de soi, de l'empathie, ainsi qu'une conscience des limites et des frontières du rôle professionnel (RNAO, 2006). Cette démarche personnelle peut bénéficier d'un contexte d'échanges et de partage entre collègues ou avec un mentor pour stimuler cette réflexion, sous forme de groupe de codéveloppement par exemple, autant qu'avec l'aide d'un journal personnel. En effet, de par l'aspect inéluctable du contre-transfert, il importe de trouver des solutions personnelles efficaces pour en surmonter les difficultés (Forget et al., 2011). La pratique réflexive, de pair avec la connaissance de la maladie, de la personne et des théories interpersonnelles, développementales et *caring*, font d'ailleurs partie des recommandations du RNAO (2006) à l'égard de l'établissement d'une relation thérapeutique.

Le second volet de recommandations réfère à l'aspect clinique. En l'occurrence, l'établissement d'un programme holistique structuré, incluant des paliers qui reconnaissent l'évolution de la patiente dans son traitement et conférant une flexibilité à ladite structure, est recommandé. Cette recommandation, s'inspirant grandement du modèle de van Ommen (2009), répond d'une certaine façon au conflit entre l'autonomie et le contrôle, souvent source de tension entre le personnel soignant et la clientèle hospitalisée (King & Turner, 2000; Offord et al., 2006; Ramjan, 2004; Ramjan & Gill, 2012; Westwood & Kendal, 2012; Wright, 2013). De plus, rétrospectivement, les patientes trouvent la structure bénéfique en début d'hospitalisation, mais peu à peu celle-ci devient une source de frustration et est perçue de façon punitive (Offord et al., 2006). En modulant le degré d'autonomie au gré de l'évolution individuelle de la patiente dans son parcours de traitement selon des paliers prédéterminés, le pouvoir est mieux réparti entre l'infirmière et l'adolescente. Une

collaboration au plan de traitement ainsi qu'une meilleure préparation au retour à la vie normale sont davantage possibles (Offord et al., 2006). Redonner le contrôle envers la nourriture en cours d'hospitalisation, par une responsabilisation progressive, accroît l'acceptabilité du traitement (Westwood & Kendal, 2012) et ainsi la qualité de la relation, corroborant les propos de Théodoriou, Schlatter, Ajdacic, Rössler, et Jäger (2012) associant la perception de perte d'autonomie à une baisse de la qualité de la relation soignant-patiente. L'infirmière peut, par exemple, soutenir la patiente dans ses choix alimentaires, commençant par les collations allant jusqu'aux repas, pour ensuite lui permettre de prendre des repas hors de l'hôpital, diminuant ainsi le fossé séparant l'assujettissement décisionnel hospitalier (Bakker et al., 2011; van Ommen, 2009) de la liberté du monde extérieur (Offord et al., 2006). Ainsi, miser sur la négociation plutôt que l'affrontement en favorisant la collaboration et l'implication de la patiente dans son traitement consiste aussi en un élément central que tout programme devrait avoir et fait partie, entre autres, d'une approche humaniste-*caring*. Dans une perspective *caring*, ceci permet d'osciller entre le « faire pour », caractérisé par une relation linéaire où le pouvoir est principalement attribué à l'infirmière, et le « être avec », qui se caractérise par la bidirectionnalité de sa relation ainsi que par sa répartition de pouvoir plus équilibrée (Pepin et al., 2010). La consistance des règlements s'avère un aspect important à appliquer (Kenny, 1991; George, 1997; Muscari, 2002; Surtees, 2007; Wright, 2013; Zugai et al., 2013) tout en s'assurant qu'une justification soit donnée pour chacun d'entre eux et qu'ils se limitent aux sphères entourant l'alimentation et la prise de poids, puisque toute restriction en dehors de ces domaines est vécue comme punitive (Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006; Ramjan & Gill, 2012; Zugai et al., 2013). Même les infirmières ne sont pas toujours au courant du bienfondé des règlements, nourrissant leur incompréhension et frustration et entraînant une rupture face à

leurs propres soins (Ramjan & Gill, 2012). L'équipe soignante se doit de faire preuve de cohésion (Gross & Barbosa, 2012) et s'entendre mutuellement sur les définitions de ce qu'est un trouble alimentaire, de la progression attendue de l'hospitalisation et de ce qui constitue un rétablissement (Surtees, 2007) afin d'assurer cette consistance. L'approche holistique, grandement préconisée par les auteurs (Anderson, 1997; Muscari, 2002; Westwood & Kendal, 2012) doit prendre en compte les aspects développementaux, sociaux, physiques et psychologiques. Beaucoup de patientes, et même d'infirmières, décrivent que le traitement néglige le soutien psychologique au profit de l'aspect physique (Bell, 2003; Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006; Ramjan & Gill, 2012). Certaines infirmières blâment spontanément l'attitude vindicative des patientes sur leur trouble alimentaire plutôt que de prendre en considération leur étape développementale, en l'occurrence l'adolescence, période de quête identitaire, d'autonomie et de rébellion (King & Turner, 2000; Ramjan & Gill, 2012). Conséquemment, prendre en considération les besoins dépassant la sphère biologique de la patiente revient à considérer l'individu au-delà de l'étiquette du trouble alimentaire, comme un être unique et indissociable ayant des besoins humains, dont par exemple, l'identité, la puberté, le passage vers l'âge adulte, la sexualité et l'image corporelle (Anderson, 1997; Muscari, 2002)

Du côté organisationnel, une augmentation de l'implication infirmière dans l'évaluation ainsi que la restructuration des programmes de soins pour la clientèle atteinte d'anorexie mentale est chaudement recommandée (King & Turner, 2000). En effet, augmenter l'initiative infirmière par l'implantation d'un programme de soins s'avèrerait aidant afin de résoudre le conflit entre le modèle médical souvent mis en place et l'approche infirmière (Ramjan & Gill, 2012). Le personnel infirmier, étant présent 24 heures sur 24 auprès de la clientèle, représente le corps professionnel appliquant le

programme de soins à travers chacune de leurs interventions (Ryan, 2006). Une implication infirmière accrue s'avère donc justifiée au sens où l'infirmière est la mieux placée pour évaluer et identifier les obstacles et les failles inhérents au programme en place. Ceci augmenterait la confiance de l'infirmière face aux soins prodigués, et entraînerait une augmentation conjointe du confort de celle-ci à intervenir selon ses valeurs professionnelles. De ce fait, l'expérience des patientes et l'aspect relationnel seront des axes centraux du protocole de soins plutôt que périphériques, facilitant ainsi leur considération. De plus, une implication infirmière dans les rencontres multidisciplinaires est essentielle au bon fonctionnement du plan de traitement et à sa reconnaissance au sein de l'équipe interdisciplinaire (Ryan, 2004).

De plus, considérant que l'implantation d'infirmières-primaires est recommandée par le RNAO (2006) afin de promouvoir la relation thérapeutique, il semble que leur implication puisse être bénéfique pour la clientèle adolescente souffrant d'anorexie mentale pour plusieurs raisons (George, 1997). Tout d'abord, la relation thérapeutique sous-tend l'établissement d'un lien de confiance mutuel requérant du temps. En maintenant l'assignation de la même infirmière auprès d'une patiente, la relation de confiance est favorisée. Aussi, van Ommen et al. (2009) mentionnent la capacité restreinte des patientes à forger un lien significatif avec plusieurs infirmières. De plus, suite à la création d'un lien de confiance et d'une alliance thérapeutique, l'infirmière soignante peut agir comme modèle de rôle auprès de la patiente et celle-ci peut agir en fonction de ne pas décevoir son infirmière (van Ommen, 2009; Zugai et al., 2013). Or, ces éléments convergent pour suggérer que l'implantation d'infirmières-primaires, par une proximité et une fréquence d'interaction élevée, favoriserait la création d'une relation thérapeutique de confiance auprès des patientes souffrant d'anorexie mentale. De plus, ce système pourrait

potentiellement diminuer les tentatives de clivage des patientes et maintenir une consistance face à l'application des règles, contribuant ainsi à un climat relationnel favorable. Aussi, la charge de travail des infirmières doit être maintenue à un niveau propice au développement de la relation thérapeutique (George, 1997; RNAO, 2006). Une charge de travail continuellement élevée s'avère nuisible pour l'infirmière, insatisfaisante pour les patientes et antagonique avec la relation thérapeutique (RNAO, 2006). Conséquemment, le ratio infirmière-patiente devrait être optimisé afin de permettre à l'infirmière de passer suffisamment de temps auprès des patientes et de répartir ce temps équitablement entre celles en crise et celles d'apparence calme (Colton & Pistrang, 2004; Dziopa & Ahern, 2008; Wright, 2013).

L'ensemble des recommandations ci-haut prennent en compte le bien-être de l'infirmière. Celle-ci étant le vecteur principal au processus thérapeutique, la considération de son bien-être s'avère vital à la qualité des soins et à la pérennité de ceux-ci. Être à l'écoute des difficultés et émotions négatives vécues, offrir du soutien sous forme de mentorat, de supervision, de rencontre d'équipe ou de groupe de codéveloppement, maintenir une charge de travail raisonnable, favoriser l'esprit et le travail d'équipe, et fournir des opportunités d'actualisation des connaissances sont des méthodes afin de promouvoir ce bien-être.

Discussion

Suite à ces recommandations, il importe d'aborder la cohérence théorique et disciplinaire de ces résultats ainsi que d'établir leur portée pour la pratique infirmière. Pour ce faire, un retour sur l'école de pensée du *caring* ainsi que sur la théorie du *caring* bureaucratique sera présenté. Ensuite, il sera question des retombées possibles des résultats de ce travail dirigé sur la pratique infirmière ainsi que sur le bien-être de la clientèle. Troisièmement, le phénomène à l'étude et les implications infirmières en découlant seront situés dans un contexte de pratique infirmière avancée.

Retour sur l'école de pensée du *caring*

Ce travail dirigé a permis d'approfondir une problématique relationnelle entre les patientes souffrant d'anorexie mentale hospitalisées et les infirmières soignantes. L'école de pensée du *caring*, s'est avérée tout à fait pertinente et cohérente avec le phénomène à l'étude. En effet, l'humanisme, valeur centrale du *caring* (Girard & Cara, 2015), s'est révélé être grandement apprécié par les patientes, autant de par les attitudes de respect, d'acceptation, et d'écoute des infirmières que par leur approche holistique, allant au-delà de la maladie et considérant le trouble alimentaire comme un symptôme d'une souffrance plus profonde. La prise en compte de l'expérience de santé prend toute sa place dans une approche *caring*, notamment en troubles alimentaires, où l'infirmière, dans une perspective de bien-être et de collaboration, doit négocier avec la patiente face à sa vision du rétablissement, de sa maladie et de l'adéquation des soins.

Les recommandations de l'étudiante-chercheuse, se basant sur la revue intégrative des écrits, ont été élaborées afin de promouvoir une approche *caring* par l'infirmière auprès de la patiente hospitalisée pour anorexie mentale malgré l'ampleur des tensions existantes. D'après le modèle humaniste des soins infirmiers, les recommandations visent le développement de la compétence infirmière auprès de la clientèle adolescente atteinte d'anorexie mentale. Cette compétence, traduite par un savoir-agir, s'articule en différents types de savoirs (savoir, savoir-être, savoir-faire). En offrant une formation et encourageant la pratique réflexive, les recommandations stimulent notamment le développement du savoir par mode empirique (connaissances sur la maladie, biais cognitifs, etc.) et éthique (considération éthique auprès d'une clientèle mineure souffrant d'un trouble égocentrique), ainsi que le savoir-être, c'est-à-dire, les valeurs et attitudes de la discipline infirmière (Pepin et al., 2010). Également, la pratique réflexive, la supervision ainsi que le mentorat sont des méthodes, alimentées par l'expérience, qui stimulent la mobilisation du savoir, c'est-à-dire le savoir-faire de l'infirmière (Girard & Cara, 2015; Pepin et al., 2010).

Retour sur la théorie du *caring* bureaucratique

La théorie du *caring* bureaucratique s'est révélée particulièrement pertinente à ce travail dirigé. Cette théorie situe le *caring* dans une perspective organisationnelle. De plus, plusieurs assises théoriques de ce modèle conceptuel se sont révélées enrichissantes face au phénomène à l'étude. En guise d'exemple, la théorie de la complexité a permis d'identifier la relation infirmière-patient comme un système complexe, qui s'avère dynamique, non-linéaire et impliquant une grande quantité d'interactions entre ses parties (Kannampallil, Schauer, Cohen, & Patel, 2011; Ray & Turkel, 2010, 2012; Rickles, Hawe, & Shiell, 2007). Aussi, la théorie du *caring* différentiel de Ray (1981, dans Ray & Turkel, 2010; Turkel,

2007), fait ressortir les aspects contextuels et expérientiels du *caring* au sein d'une organisation (Turkel, 2007). Cette théorie démontre que les professionnels et patients, selon l'unité, ont différentes significations du *caring* d'après les objectifs et valeurs organisationnels (Ray & Turkel, 2012). Conséquemment, le *caring* auprès de la clientèle souffrant d'anorexie mentale comporte des aspects humanistes, mais également des aspects politiques, économiques, légaux et technologiques, de la dimension bureaucratique (Ray & Turkel, 2010). Tel que mentionné précédemment, la théorie du *caring* bureaucratique s'avère être la synthèse de la dialectique opposant le *caring* et la bureaucratie dans un contexte de soin. Ces deux parties sont intrinsèquement reliées : le *caring* pouvant être perçu comme un tout du point de vue clinique, et représentant à la fois une partie de la complexité de l'organisation hospitalière, d'où l'aspect holographique de la théorie.

Les concepts centraux de cette théorie s'appliquent au phénomène à l'étude, notamment les aspects physique, éducationnel, économique et politique. Dans la dimension du *caring*, la sous-alimentation des patientes, les biais cognitifs en découlant, le besoin relationnel des patientes, ainsi que la charge de travail élevée des infirmières représentent des éléments de l'aspect physique. Aussi, le besoin de formation spécialisée, d'encadrement clinique et de soutien pour les infirmières travaillant auprès de la clientèle souffrant d'anorexie mentale s'applique au concept éducationnel. D'autre part, dans la dimension bureaucratique, la considération de l'aspect économique est inévitable. Le coût des hospitalisations, souvent longues et répétitives pour les patientes atteintes d'anorexie mentale (Goddard et al., 2013; McCabe, 2008; Toulany et al., 2015), le budget du service ainsi que le coût relié à l'embauche du personnel en sont quelques exemples. De même, l'aspect politique occupe une place pour le moins actuelle et d'intérêt notable. Dans le présent contexte de réorganisation des structures en santé au Québec et des continues

coupures budgétaires, la compétition pour les ressources budgétaires s'avère féroce, et d'autant plus axée sur la rentabilité. L'aspect politique se compose également des politiques intra-hospitalières, de l'accent mis sur la diminution de la durée des séjours et sur l'attention orientée sur la santé physique au-delà de la santé mentale. Conséquemment, la dialectique entre la dimension *caring* et le contexte organisationnel nécessite une négociation pour en arriver à une synthèse réaliste et cohérente avec les deux parties, permettant la cohabitation de deux concepts qu'on aurait cru incompatibles. D'ailleurs, ce processus de négociation se transpose au phénomène à l'étude, où la relation *caring* que l'infirmière tente d'établir avec les patientes s'oppose au contexte de tension, d'aversion et d'incompréhension entre celle-ci et les patientes.

En somme, la théorie du *caring* bureaucratique situe le phénomène à l'étude dans une perspective organisationnelle, permettant d'allier l'aspect clinique et expérientiel du soin à la réalité bureaucratique en un langage hybride favorisant l'entendement mutuel dans une visée d'harmonie dans la complexité.

Retombées possibles

Il existe plusieurs avantages à encourager l'éducation spécialisée auprès du corps infirmier travaillant avec des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. En augmentant les connaissances des soignants sur l'anorexie mentale et sur l'aspect égosyntonique de ce trouble, on augmente la compréhension des infirmières face à cette maladie, tout comme leur confiance face à leurs interventions. S'ensuit une diminution des conceptions et attitudes négatives des infirmières envers l'anorexie mentale, une perception de la patiente comme individu ainsi qu'une hausse d'empathie. Par la suite, un climat où la répartition du pouvoir est davantage équilibrée favorise la collaboration des patientes à leur traitement,

dans lequel la négociation remplace la confrontation. Conséquemment, un contexte favorable à l'établissement d'une relation thérapeutique et collaborative est créé. La satisfaction des patientes face à leur expérience d'hospitalisation et leur adhérence au traitement risque d'augmenter de pair avec la satisfaction des infirmières face à leurs soins.

Par ailleurs, ces recommandations face à l'amélioration relationnelle entre les infirmières et les patientes en contexte d'hospitalisation pour anorexie mentale peuvent être utilisées par d'autres milieux que l'unité de soins ciblée pour les aider à surmonter les difficultés relationnelles expérimentées avec cette clientèle. Les milieux les plus propices à l'implantation de ces recommandations sont les unités médicales d'hôpitaux généraux souhaitant parfaire ou mettre en place un programme de soins pour la clientèle adolescente souffrant d'anorexie mentale. Les unités de psychiatrie n'étant pas spécialisées en trouble alimentaire pourraient également profiter de ces recommandations, notamment quant aux spécificités propres à l'anorexie mentale ainsi qu'aux modulations organisationnelles suggérées.

De plus, ce projet vise à promouvoir un rôle infirmier accru dans ce domaine marginalisé. Tel que mentionné par Ray et Turkel (2010) « le moment est venu pour les infirmières de devenir proactives et d'utiliser la pratique basée sur les données probantes afin de façonner leur avenir au lieu de se le faire dicter par d'autres en dehors de la discipline » [traduction libre] (p. 489). Dans le contexte québécois actuel de réorganisation des soins et de raréfaction des ressources monétaires, l'innovation infirmière doit répondre à un enjeu budgétaire. Le système de santé se transforme peu à peu en « entreprise où les coûts et la gestion rigoureuse font concurrence avec les philosophies et théories infirmières, les politiques infirmières ainsi que la vision infirmière » dans la prise de décision clinique et organisationnelle [traduction libre] (Ray & Turkel, 2010, p. 486). En conséquence,

l'infirmière se doit d'inclure des considérations économiques dans son discours et notamment, faire reconnaître à l'administration la valeur économique du *caring* (Turkel, 2007; Turkel & Ray, 2000). Dans ce cas, l'implication de l'infirmière auprès des instances organisationnelles consiste, entre autres, à être proactive, à parler « bureaucratique » et à faire preuve d'*empowerment* structurel (Ray & Turkel, 2010). La mise en place inductive d'un programme à partir de recommandations ainsi qu'une présentation auprès des gestionnaires sur les impacts du *caring* dans la pratique infirmière, sont des exemples d'*empowerment* structurel pertinents au phénomène à l'étude.

Pratique avancée en sciences infirmières

Le phénomène à l'étude fait appel aux différentes compétences de l'infirmière en pratique avancée. La pratique infirmière avancée consiste en l'« application d'une gamme étendue de compétences théoriques, pratiques et basés sur les résultats de recherche à un phénomène vécu par les patients dans un domaine clinique spécialisé en sciences infirmières » [traduction libre] (Hamric, Spross, & Hanson, 2009, p. 78). En effet, ce travail dirigé se penche sur le phénomène précis qu'est la difficulté relationnelle entre les infirmières et les adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale. Les sept compétences de la pratique infirmière avancée- le soin direct, le *coaching* et conseil, la consultation, le *leadership*, la collaboration, la recherche et l'éthique (Hamric et al., 2009) - sont sollicitées à différents niveaux par la réalisation de ce projet, son contenu, de même que ses retombées possibles. Tout d'abord, le soin direct, aspect central de la pratique avancée, occupe une place importante face à la problématique à l'étude puisque c'est l'aspect relationnel qui est le phénomène d'intérêt. Le soin direct auprès de la clientèle adolescente hospitalisée pour anorexie mentale représente la mise en pratique ainsi que le résultat de l'approche et de

l'intervention infirmière. L'aspect *coaching* et conseil s'avère être aussi à l'avant-plan, puisque les recommandations issues de ce projet font appel à cette compétence sous forme de supervision et de mentorat. De plus, l'élaboration de recommandations en tant que telle s'avère être un intermédiaire de l'infirmière en pratique avancée pour conseiller ses équipes par rapport à une problématique donnée, en l'occurrence la difficulté relationnelle entre l'infirmière et l'adolescente hospitalisée pour anorexie mentale. Pour sa part, la consultation fait appel à l'expertise de l'infirmière en pratique avancée afin de répondre au besoin d'autres professionnels consultants dans une visée d'optimisation des soins aux patients (Hamric, Hanson, Tracy, & O'Grady, 2014). En se spécialisant et en développant une expertise en trouble de l'alimentation, l'infirmière en pratique avancée peut devenir une figure de référence auprès de ses collègues infirmières et des autres disciplines. Le *leadership* ainsi que la collaboration, deux compétences occupant une place prépondérante dans la problématique à l'étude, sont également centraux dans la théorie du *caring* bureaucratique. De fait, le *leadership* clinique et administratif est nécessaire à l'infirmière en pratique avancée afin d'avoir une influence sur les soignants ainsi que sur les instances organisationnelles (Ray & Turkel, 2012). En lien avec ce projet, celle-ci doit user d'influence auprès des personnes clés afin de faire reconnaître la présence du problème et ses conséquences, la validité des recommandations élaborées, ainsi que les retombées pouvant en découler. De plus, l'infirmière en pratique avancée doit aborder de façon semblable la situation auprès du personnel. La collaboration, intrinsèquement liée au *leadership*, se profile à divers niveaux : auprès des patientes, des infirmières et de l'organisation et vise une meilleure cohésion ainsi qu'un travail d'équipe où tous sont considérés. L'infirmière doit collaborer auprès de *leaders* afin d'« influencer les prises de décisions économiques à travers une organisation complexe » [traduction libre] (Ray &

Turkel, 2012, p. 35), soit celle hospitalière, mais aussi dans le but de forger des alliances (van Vactor, 2012). Le *leadership* relationnel, c'est-à-dire orienté vers les individus et les relations, est d'ailleurs associé à une satisfaction infirmière plus élevée, à une meilleure rétention du personnel et à une efficacité organisationnelle élevée (Cumings et al., 2010). La recherche, tel que mentionné dans la section « Analyse critique », représente le tremplin à l'établissement d'une communauté de pratique infirmière avancée reconnue, permettant le partage de connaissances disciplinaires sur le soin auprès de la clientèle atteinte d'anorexie mentale, en vue de l'actualisation et de l'amélioration des pratiques. Ce champ de compétence de la pratique avancée en sciences infirmières est à la base de toute pratique basée sur les résultats probants, et il appartient aux infirmières de s'approprier tout domaine d'expertise par l'entremise de publication d'écrits disciplinaires et de l'utilisation de ceux-ci pour optimiser les soins aux patientes. Comme mentionné précédemment dans la citation de Ray et Turkel (2010), l'infirmière se doit de prendre sa place, et de faire sa place, plutôt que d'attendre que d'autres disciplines leur en imposent une. En effet, dans le domaine des troubles de l'alimentation, le rôle de l'infirmière demeure peu défini et requiert de l'intérêt, du *leadership*, de la recherche, et de la collaboration pour saisir cette fenêtre d'opportunité vers une pratique infirmière avancée. L'infirmière en pratique avancée occupe une place de choix dans cette appropriation et perfectionnement du rôle infirmier en trouble alimentaire, et la place que le *caring* y occupera. En effet, les infirmières ont un choix éthique à faire face à la place du *caring* dans les soins de santé de demain : le considérer en tant que ressource financièrement viable ou le laisser devenir une « entité non-spécifique dans le système de santé » [traduction libre] (Ray, 1987, cité dans Davidson et al., 2011, p. 100).

En somme, la pratique avancée dans le domaine des troubles de l'alimentation détient un avenir prometteur. Toutefois, il faut être proactif, et agir stratégiquement auprès des

parties-prenantes. L'infirmière doit revendiquer sa place et son autonomie professionnelle et faire preuve d'un *leadership* collaboratif afin de forger une identité disciplinaire solide au même titre que les autres disciplines. L'élaboration de recommandations suite à une revue intégrative des écrits représente une partie de ce que pourrait faire une infirmière en pratique avancée pour améliorer la pratique et contribuer au développement du rôle infirmier en trouble de l'alimentation en se basant sur les résultats probants.

Conclusion

L'établissement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et l'adolescente hospitalisée pour anorexie mentale est parsemé d'embûches, tant aux niveaux individuel, interpersonnel et organisationnel. La présente revue intégrative des écrits a fait ressortir la présence de plusieurs tensions nuisant à la création d'un lien de confiance causant ainsi préjudice à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Les données recensées sur les problèmes relationnels tels que 1) le manque de connaissance des infirmières sur la psychopathologie et sur les interventions spécialisées pour cette clientèle, 2) le sentiment d'incompétence et le désinvestissement vécus par les infirmières, et 3) la fragmentation relationnelle en découlant, concordent avec la situation clinique identifiée par l'étudiante-chercheuse dans son milieu de soins. Cette revue intégrative des écrits a permis d'explorer en profondeur et de mettre en relation l'expérience de soins des infirmières œuvrant auprès des adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale et l'expérience d'hospitalisation de ces dernières. Une schématisation de cette relation, sous trame dialectique de négociation perpétuelle, est disponible à l'appendice 5.

Les recommandations émises préconisent une approche de soin orientée sur la relation plutôt que sur la tâche. En ce sens, le soin infirmier en trouble alimentaire est davantage caractérisé par une façon d'être qu'une façon de faire. Ceci converge avec la nature même de la discipline infirmière dans laquelle les ressources interpersonnelles plutôt que matérielles représentent la pierre angulaire de la profession (Turkel & Ray, 2000). Turkel et Ray (2000) mentionnent que la pratique infirmière est une pratique relationnelle, d'où la

place prépondérante à la qualité de la relation infirmière-patiente dans les soins. Également, il a été recommandé d'éviter d'établir un climat de confrontation avec les patientes hospitalisées pour anorexie mentale en acceptant l'inévitabilité des tensions rencontrées et en misant sur la collaboration, entre autres, par un processus de négociation perpétuelle, autant personnel qu'interpersonnel. L'infirmière doit reconnaître la coexistence des réalités opposées dans un contexte de dialogue thérapeutique afin de trouver une harmonie malgré la dualité idéologique. Cette approche de soin devrait être canalisée et exposée lors de formation spécialisée pour les infirmières travaillant auprès de la clientèle souffrant d'anorexie mentale.

La prise en compte de la sphère organisationnelle dans l'élaboration des recommandations s'explique par l'influence du contexte, autant micro (la formation de l'infirmière, le milieu de soin, les règles de l'unité, le programme de soin) que macro (l'attitude des gestionnaires à l'égard leurs personnels, les valeurs de l'établissement, les objectifs de l'unité de soin, le climat politique, etc.), sur le soin (Ray & Turkel, 2010). En effet, les forces externes, telles que la restriction budgétaire, la désinstitutionalisation et les rouages du système de santé, ont un impact majeur sur la prestation des soins infirmiers et sur l'éducation des infirmières (Wolpert, 2012). L'infirmière doit faire preuve de *leadership* et s'imposer auprès des instances bureaucratiques. Le défi réside notamment dans le rapprochement de la dimension organisationnelle au soin sans toutefois dénaturer l'identité de la profession infirmière au profit de celle des gestionnaires, puisque la vision du monde guidant les sciences infirmières est basée sur des valeurs différentes de celles du système médical (Turkel, Ray, & Komblatt, 2012).

L'élaboration de recommandations afin de guider et soutenir la pratique infirmière auprès de la clientèle adolescente hospitalisée pour anorexie mentale constitue un pas vers

l'avancement des pratiques exemplaires en sciences infirmières. Des recherches portant sur l'issue des traitements, la durée d'hospitalisation ainsi que sur la satisfaction aux soins lorsque les infirmières reçoivent une formation spécialisée, ainsi que sur l'application des autres recommandations seront nécessaires afin de confirmer de façon déductive l'efficacité de ces interventions, et ainsi accroître leur valeur aux yeux des gestionnaires et de la communauté scientifique. Aussi, le rôle spécifique de l'infirmière en trouble de l'alimentation, notamment auprès de la clientèle souffrant d'anorexie mentale, demeure à développer. L'infirmière en pratique avancée représente une ressource indispensable à l'élaboration et l'évolution de ce rôle.

Les recommandations émises dans ce travail dirigé, en plus d'encourager l'appropriation de ce rôle, guide la direction de cette appropriation selon une vision *caring* du soin, en assurant ainsi une cohérence paradigmatique avec la discipline infirmière. L'infirmière est un levier important et abordable ne pouvant que se potentialiser avec de la formation et une autonomie professionnelle optimisée. Il lui incombe de faire valoir son potentiel et son utilité au système de santé en se présentant comme *leader* dans l'amélioration des pratiques de soins.

Références⁴

⁴ Les références précédées de * désignent les recherches primaires et celle précédées de ** les revues des écrits et discussions incluses dans la revue documentaire

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013b). Feeding and Eating Disorders. Repéré à <http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- **Anderson, G. (1997). Anorexia nervosa – Complex illness, complex adolescent nursing, *The Lamp*, 54(7), 6-7.
- Anorexie et boulimie Québec. (n.d.). J'ai besoin d'aide - Troubles alimentaire [html]. Repéré à <http://www.anebquebec.com/html/fr/aides/ta.html>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders – A meta-analysis of 36 studies, *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Askenazy, F. (2010). Un modèle de prise en charge sans séparation de l'anorexie mentale de l'adolescent, 23(3), 154-159.
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. (2011). *Norme d'exercice : La relation thérapeutique infirmière-client*. Repéré à http://www.aiinb.nb.ca/PDF/Practice_Standard_Nurse-Client_Relationship_F.pdf
- *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 and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16-22.
- Bamford, B. H., & Mountfort, V. A. (2012). Cognitive behavioural therapy for individuals with longstanding anorexia nervosa: Adaptations, clinician survival and system issues, *European Eating Disorders Review*, 20(1), 49-59.
- Bell, L. (2003). What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders?, *Consumer and Qualitative Studies of Treatment*, 8(3), 181-187.
- Blaxter, M. (1996). Criteria for the evaluation of qualitative research papers, *Medical Sociology News*, 22(1), 68-71.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., ... Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instrument, *European Psychiatry*, 24(8), 540-549.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa, *Behaviour Research and Therapy*, 51(4-5), 216-220.
- Brown, B. (2010, juin). *The power of vulnerability*, TEDxHouston. Repéré à https://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability?language=en
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment : A systematic review of randomized controlled trials, *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-320.
- Burls, A. (2009). What is critical appraisal? [PDF], repéré à http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/what_is_critical_appraisal.pdf
- Burns, N. (1989). Standards for qualitative research, *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 44-52.
- Cameron, D, Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: A human relations perspective of the nurse-patient relationship, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 64-74.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents : State of art review, *Pediatrics*, 134(3), 382-392.
- Chantraîne, G. (2004). Ordre, pouvoir et domination en détention: Les relations surveillants-détenus dans une maison d'arrêt en France, *Criminologie*, 37(2), 197-223.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care, *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- *Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 12(5), 307-316.
- Covington, H. (2003). Caring presence: Delineation of a concept for holistic nursing, *Journal of Holistic Nursing*, 21(3), 301-317.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design : Choosing Among Five Approaches* (3^e éd.). Thousand Oaks : Sage Publications.

- Crisafully, M.A., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., & Herzog, D.B. (2010). Stigmatization of anorexia nervosa: Characteristics and response to intervention, *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(7), 756-770.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare : Implications for practice from a systematic review of the literature, *Health and Technology Assessment, 6*(32), n.d.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies, 47*(1), 363-385.
- Davidson, A. W., Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2011). *Nursing, caring and complexity science : for human environment well-being*, New-York : Springer.
- de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapist's and the patients' perspective, *International Journal of Eating Disorders, 41*(4), 307-317.
- Dixon-Woods, M., Shaw, R. L., Agarwal, S., & Smith, J. A. (2004), The problem of appraising qualitative research, *Quality and Safety in Health Care, 13*(3), 223-225.
- Dziopa, F. & Ahern, K. (2008). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature, *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 10*(1).
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: A metasynthesis of qualitative studies, *Annals of clinical psychiatry, 21*(1), 38-48.
- Federici, A. & Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study, *European Eating Disorders Review, 16*(1), 1-10.
- Finfgeld-Connett, D. (2007). Meta-synthesis of caring in nursing, *Journal of Clinical Nursing, 17*(2), 196-204
- **Forget, K., Marussi, D. R., & Le Corff, Y. (2011). Le contre-transfert dans le traitement des troubles alimentaires : recension systématique des écrits, *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 303-310.
- Gagnon, K. (2015, 27 janvier). Troubles alimentaires: des hospitalisations réduites à Sainte-Justine. *La Presse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201501/26/01-4838719-troubles-alimentaires-des-hospitalisations-reduites-a-sainte-justine.php>

- Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research, *Research in Nursing and Health*, 10(1), 1-11.
- Gaudreau, M.-P. (2008). Les troubles alimentaires: Premières interventions [PDF]. Repéré à https://www.chu-sainte-justine.org/documents/Pro/Troubles_alimentaires.pdf
- Gendron, S. (2010, novembre). *L'analyse critique d'études qualitatives : Points de repère*, Communication présenté au congrès annuel de l'OIIQ, Montréal, Québec. Powerpoint répété à http://www.oiiq.org/congres2010/pdf/F37_sylvie%20_gendron.pdf
- **George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship, *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 899-908.
- Girard, F. & Cara, C. (2015). Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM [dépliant]. Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal.
- Goddard, E., Hibbs, R., Raenker, S., Salerno, L., Arcelus, J., Boughton, N., ... Treasure, J. (2013). A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK, *BMC Psychiatry*, 13(287).
- Golden, N.H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J., ... Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents: Position paper of the Society of Adolescent Medicine, *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 496-503.
- Goodman, B. (2013). Erving Goffman and the total institution, *Nurse Education Today*, 33(2), 81-82.
- Gowers, S. & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 63-83.
- **Gross, M., & Barbosa, M-N. (2012). Difficultés et contre-attitudes face aux patientes adolescentes anorexiques, *Soins psychiatrie*, 280, 39-42.
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles, *Physiology and Behavior*, 94(1), 113-120.
- *Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective, *The International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941.

- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. (5th ed.). Saint-Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. (4th ed.). Saint-Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Hannes K. (2011). Critical appraisal of qualitative research. Dans: Noyes J., Booth A., Hannes K., Harden A, Harris J, Lewin S, Lockwood C (éd.), *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*. Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group. Réperté à <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders, *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Hoek, H.W., & Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders, *International journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hovarth, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory, *Journal of Counselling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Plus de jeunes femmes sont hospitalisées pour des troubles de l'alimentation: Utilisation des services hospitaliers pour les troubles de l'alimentation au Canada*, réperté à http://www.cihi.ca/web/resource/fr/eatingdisord_2014_pubsum_fr.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014b). *Utilisation des services hospitaliers pour les troubles de l'alimentation au Canada*, Réperté à http://www.cihi.ca/web/resource/fr/eatingdisord_2014_infosheet_fr.pdf
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2015). *Programme des troubles de l'alimentation*, repéré à <http://www.douglas.qc.ca/section/troubles-de-l-alimentation-146>
- Johansson, H. & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339-346.
- Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011), Considering complexity in healthcare systems, *Journal of Biomedical Informatics*, 44(6), 943-947.
- Kaplan, A. S. & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders : A review of patient and clinician variables, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(7), 665-670.

- **Kenny, T. (1991). Anorexia nervosa – A nursing challenge that can bring results, *The Professional Nurse*, 6(11), 666-669.
- *King, S. J. & Turner, S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147.
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research – Criteria for authors and assessors in submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia, *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243-246.
- Konstantakopoulos, G, Tchanturia, K., Surguladze, S. A., & David A. S. (2011). Insight in eating disorders : Clinical and cognitive correlates, *Psychological Medicine*, 41(9), 1-11.
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research, and practice, *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.
- Lister, R. (2005). *The etiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, (thèse). Wofford College . Repéré à <http://webs.wofford.edu/pittmandw/psy451/fall05rl.pdf>
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*, Saint-Laurent : ERPI.
- Määttä, S. M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy, *Nursing Philosophy*, 7(1), 3-10.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research, *BMJ*, 320(7226), 50-52.
- McCabe, E. B. (2008). *Predictors of readmission in hospitalized anorexia nervosa patients* (Thèse de doctorat, University of Pittsburg). Repéré à <http://d-scholarship.pitt.edu/7867/1/mccabe032108.pdf>
- McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1999). Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1388-1395.
- Meilleur, D. (2002, janvier). Trouble de conduite alimentaire chez les adolescents, *Psychologie Québec*, n.d., 22-23.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E. D. E., & Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach?, *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 355-367.
- **Muscarello, M. (2002). Effective management of adolescents with anorexia and bulimia, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 40(2), 23-31.

- National Eating Disorder Association. (n.d.). Get the facts on eating disorders [html]. Repéré à <https://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *The guidelines manual : Appendix I : Methodology checklist : Qualitative Studies*. Repéré à <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders, *Psychiatric Clinic of North America*, 24(2), 201-214.
- *Offord, A., Turner, H., & Cooper, M. (2006). Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge, *European Eating Disorders Review*, 14(6), 377-387.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). *La relation thérapeutique, édition 2006 (publication n°51033)*. Repéré à http://www.cno.org/Global/docs/prac/51033_nurseclient.pdf
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J., & Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review, *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 47-53.
- Paré, I. (2015, 27 janvier). Sainte-Justine ouvrira un «hôpital de jour» pour les anorexiques. *Le Devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/430056/le-centre-mere-enfant-ouvrira-un-hopital-de-jour>
- Paulson-Karlsson, G., Neuvonen, L., & Engström, I. (2006). Anorexia nervosa: Treatment satisfaction, *Journal of Family Therapy*, 28(3), 293-306.
- Pepin, J., Kérouac, S., et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing*. 2e éd. Londre: Macmillan.
- Pereira, T., Lock, J., & Oggings, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 677-684.
- Perreault, M., Katerelos, T. E., Sabourin, S., Leichner, P., & Desmarais, J. (2001). Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(2-3), 111-120.
- *Pryde, K. (2009). *Eating disorders nursing: Roles, skills and the therapeutic alliance*, (mémoire de maîtrise). Université de Montréal. Repéré à <http://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/28184/1/MR58213.PDF>

- *Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the « therapeutic relationship » : caring for adolescents with anorexia nervosa, *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
- *Ramjan, L. M., & Gill, B. I. (2012). An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison, *The American Journal of Nursing*, 112(8), 24-33.
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2010). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. Dans M. E. Parker, & M. C. Smith (dir.), *Nursing Theories & Nursing Practice* (3e éd., p. 472-494). Philadelphie: F. A. Davis Company.
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2012). A transtheoretical evolution of caring science within complex systems, *International Journal of Human Caring*, 16(2), 28-49.
- Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Canada : Registered Nurses Association of Ontario
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933-937.
- Robert Wood Johnson Fondation. (2008). Qualitative research guidelines project. Repéré à <http://www.qualres.org/HomeEval-3664.html>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care, *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour : Quality and the idea of qualitative research, *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), p. 304-310
- Roots, P., Rowlands, L., & Gowers, S. G. (2009). User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 17(5), 331-337.
- Russell, C.L. (2005). An overview of the integrative research review, *Progress in Transplantation*, 15(1), 8-13.
- *Ryan, V. (2004). A critical psychological investigation of nurses' experiences, understandings and perspectives of nursing eating disorder patients . Unpublished MA (Hons) thesis, University of Western Sydney.
- *Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive constructions of 'eating disorder nursing': An analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients, *European Eating Disorders Review*, 14(2), 125-135.

- Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors, *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 511-521.
- Schoenhofer, S. O. (2002). Choosing personhood: Intentionality and the theory of nursing as caring, *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 36-40.
- Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: A Phenomenographic study, *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93-102.
- Sick Kids Hospital (n.d.), *Eating Disorders Program*, repéré à <http://www.sickkids.ca/adolescentmedicine/divisional%20programs/eating%20disorders%20program/>
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change, *Eating Behaviors*, 14(2), 119-123.
- *Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa, *Eating Disorder: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(3), 233-243.
- *Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit, *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 351-358. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: What is it? How to do it?, *Einstein*, 8(1), 102-106.
- Stenbock-Hult, B. & Sarvimäki, A. (2011). The meaning of vulnerability to nurses caring for older people, *Nursing Ethics*, 18(1), 31-41.
- **Surtees, R. (2007). Developing a therapeutic alliance in an eating disorders unit, *Nusing New Zealand*, 13(10), 14-15.
- Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R., & Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion, *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 13-19.
- The alliance for eating disorders awareness. (2013). *The U.S. eating disorders treatment referral guide (vol. 2)*. Repéré à <http://www.allianceforeatingdisorders.com/portal/documents/555221/1aec9bf1-cf87-4cc1-9345-c5a688af963f>

- The Joanna Briggs Institute. (2015, janvier). CAN-SYNTHESIZE is a quick reference resource to guide the use of the Joanna Briggs Institute methodology of synthesis, repéré à [http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/cansynthesise/CAN_SYNTHESIS E_Appendices-V4.docx](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/cansynthesise/CAN_SYNTHESIS_E_Appendices-V4.docx)
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population, *Psychiatry Research*, 200(2-3), 939-944.
- **Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2012). Clinician reaction to patients with eating disorders: A review of the literature, *Psychiatric Services*, 63(1), 73-78.
- Toulany, A, Wong, M., Katzman, D. K., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R. L., & Coyte, P. C. (2015). Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: Hospital and caregiver perspectives, *CMAJ Open*, 3(2), e192-e197.
- Treible, A. (2012). *Theory of bureaucratic caring, Marilyn Ray*, Repéré à <http://apriltreible.efoliopa.com/Uploads/Theory%20of%20Bureaucratic%20Caring.doc>
- Truchon, S. (2001). Les obstacles à la relation thérapeutique, *Le Journal*, 8(4), n.d. Repéré sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/les-obstacles-a-la-relation-therapeutique>
- Truchon, S., Brisson, M., & Roy, É. (2013). *La relation professionnelle – Ce qui fait la différence!*. Repéré sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : <http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/la-relation-professionnelle-ce-qui-fait-la-difference>
- Turkel, M. C. (2007). Dr. Marilyn Ray's theory of bureaucratic caring, *International Journal for Human Caring*, 11(4), 57-74.
- Turkel, M. C. & Ray, M. A. (2000). Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context, *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 307-313.
- Turkel, M. C., Ray, M. A., & Kornblatt, L. (2012). Instead of reconceptualizing the nursing process let's re-name it, *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 194-198.
- Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa – A conceptual review: Part 2 Different forms and Meanings, *European Eating Disorders Review*, 14(5), 352-368.

- *van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective, *Journal of Clinical Nursing*, *18*(20), 2801-2808. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x
- van Vactor, J. D. (2012). Collaborative leadership model in the management of health care, *Journal of Business Research*, *65*(4), 555-561.
- Vitousek, K., Watson, S., Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders, *Clinical Psychology Review*, *18*(4), 391-420.
- *Warren, C. S., Crowley, M. E., Olivardia, R., & Schoen, A. (2008). Treating patients with eating disorders : An examination of treatment providers' experiences, *Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, *17*(1), 27-45.
- Watts, D. & Morgan, G. (1994). Malignant alienation – Dangers for patients who are hard to like, *British Journal of Psychiatry*, *164*(1), 11-15.
- **Westwood, L. M., & Kendal, S. E. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa : A review of the literature, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(6), 500-508.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review : Updated methodology, *Journal of Advanced Nursing*, *52*(2), 546-553.
- Whittemore, R. (2005). Combining evidence in nursing research : Methods and implications, *Nursing Research*, *54*(1), 56-62.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research, *Qualitative Health Research*, *11*(4), 522-537.
- Wollburg, E., Meyer, B., Osen, B., & Löwe, B. (2013). Psychological change mechanisms in anorexia nervosa treatments: How much do we know?, *Journal of Clinical Psychology*, *69*(7), 762-773.
- **Wolpert, D. (2012). *The relationship between professional development curricula and effective nursing educational strategies for recovery from eating disorders: A meta-analysis* (Thèse de doctorat, Capella University). Repéré à <http://gradworks.umi.com/35/40/3540469.html>
- **Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit, *International Journal of Mental Health Nursing*, *19*(3), 154-161.
- *Wright, K. M. (2013). *An interpretive phenomenological study of the therapeutic relationship between women admitted to eating disorder services and their care*

workers (thèse de doctorat, University of Central Lancashire), repéré à <http://clock.uclan.ac.uk/9245/>

- *Wright, K. M. & Hacking, S. (2012). An anger on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107-115.
- Zeeck, A., & Hartmann, A. (2005). Relating therapeutic process to outcome: Are there predictors for the short-term course in anorectic patients?, *European Eating Disorder Review*, 13, 245-254.
- *Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa : a consumer perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020-2029.

Appendice 1

Diagramme de type flux de la recherche documentaire

figure 1.1

RECHERCHE DANS LES BANQUES DE DONNÉES

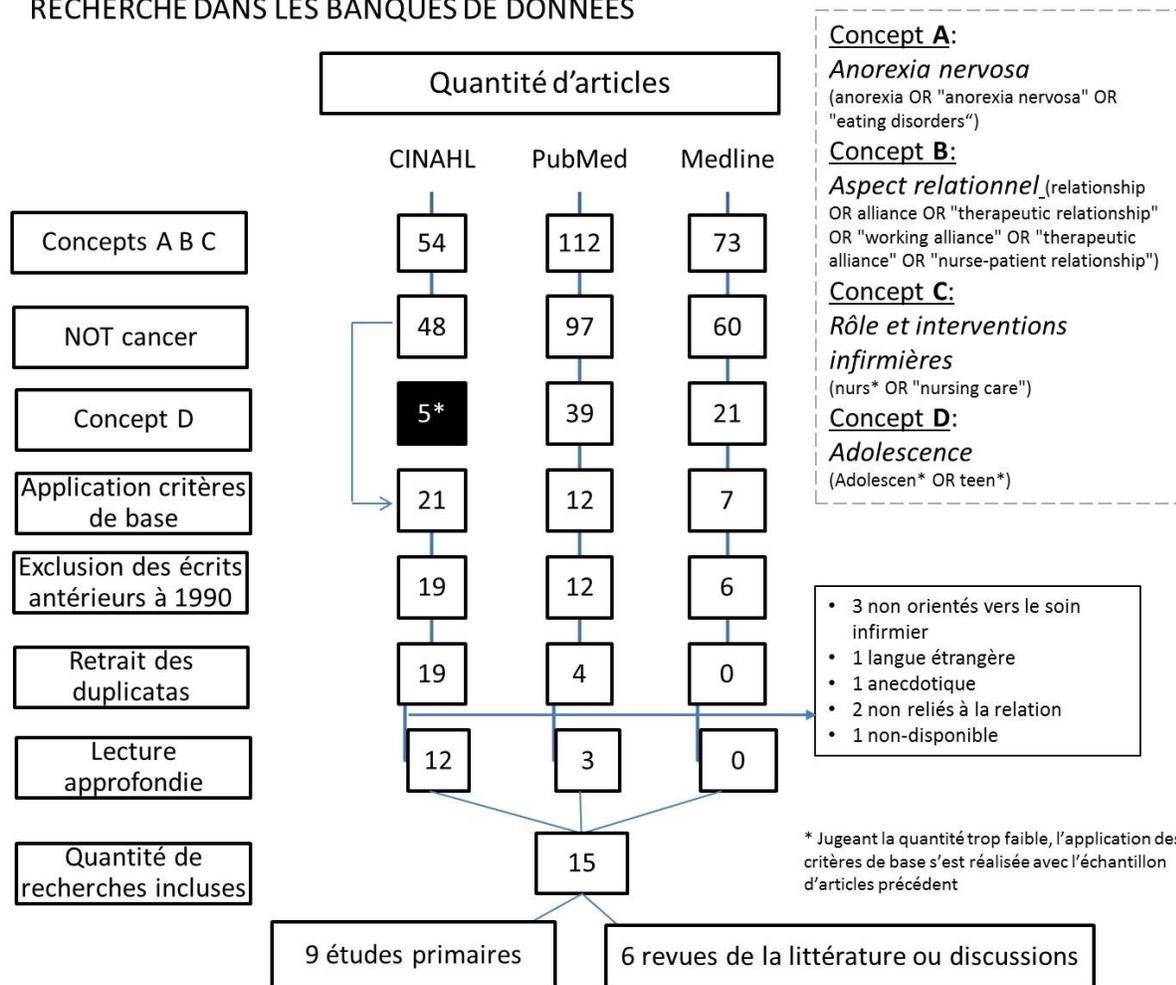
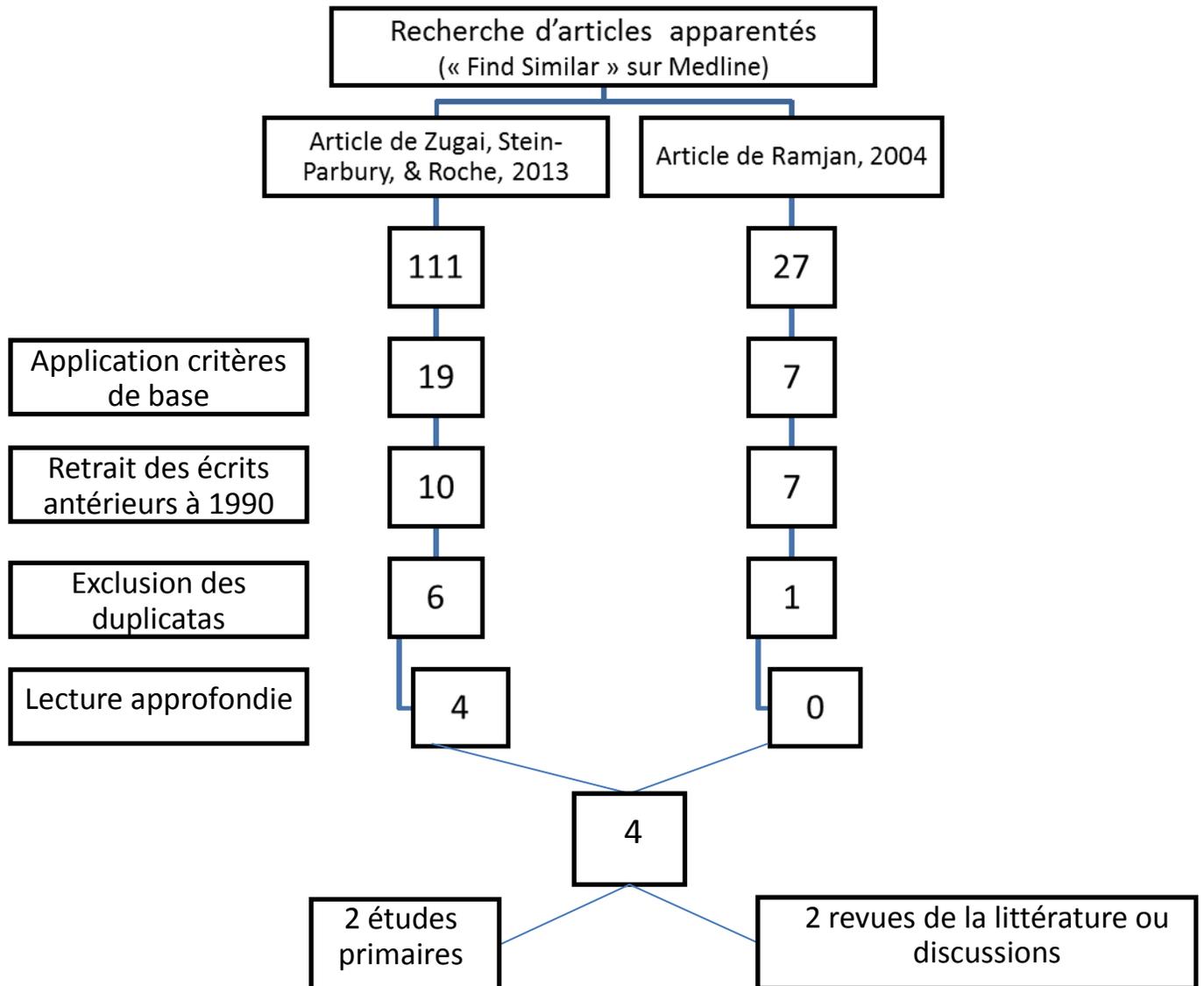


figure 1.2

RECHERCHE D'ÉCRITS APPARENTÉS



Appendice 2

Tableaux d'évaluation de la qualité des recherches primaires

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Bakker et al., 2011
Guidance topic : AM, adolescent, perspective infirmière, recouvrement pondéral	Key search question/aim : Découvrir quels aspects des soins infirmiers sont le plus efficaces selon les infirmières dans le rétablissement d'un poids normal chez les adolescents atteints d'anorexie mentale
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.1 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
1.2 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but bien nommé, question nommée explicitement pas de théorie discutée
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative appropriée ** toutefois utilisation de qualitative descriptive design lorsqu'on souhaite "développer une tentative de modèle"... une théorisation ancrée aurait été plus appropriée. Sampling bon.
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments :
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input type="checkbox"/> Clear	Comments :

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the reserach was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the context clearly described?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>*on n'a pas une claire description des participants (âge, expertise, sexe) *On n'a pas une description du fonctionnement de la clinique</p>
<p>4.3 Were the methods reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>triangulation par entrevues et focus group;</p>
<p>Section 5 : Analysis</p>		
<p>5.1 Is the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • How systematic is the analysis – is the procedure reliable/dependable? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input type="checkbox"/> Rigorous <input checked="" type="checkbox"/> Not rigorour <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>explication en une ligne de l'analyse thématique utilisant MAXQA. ** pas de d'explication comment thèmes et concepts dérivent des données ** pas de saturation de données</p>
<p>5.2 Are the data « rich »?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p>
<p>5.3 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>peer review et member check (par 4 inf) a eu lieu avec modification du final study report</p>
<p>5.4 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing	<p>Comments :</p> <p>extraits inclus, données cohérentes</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input type="checkbox"/> Not sure	
5.5 Are the study findings relevant to the aims of the study?	<input checked="" type="checkbox"/> Relevant <input type="checkbox"/> Irrelevant <input type="checkbox"/> Partially relevant	Comments :
5.6 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Lien avec VanOmmen 2009 limitations claires
Section 6 : Ethics		
6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : pas de mention du comité d'éthique ni considérations éthique envers participants dit seulement que a été accepté par comité scientifique.

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Colton & Pistrang, 2004
Guidance topic : AN, ADOLESCENT, INPATIENT SPÉCIALISÉ ED, PERSPECTIVE PATIENT, PHÉNOMÉNOLOGIE, PDT HOSPIT, MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT	Key search question/aim : Décrire en détail comment l'adolescent vit sont hospitalisation pour AN
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.3 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
1.4 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : mention de la théorie transthéorique du changement de Prochaska mention du but de l'étude
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : design approprié rationnel donné pk qualitatif et phénoménologique
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : bonne description du guide d'entrevue semi-dirigé description de l'outil stades du changement
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/> Clear	Comments : on sait que le chercheur n'a

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the reserach was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	aucune appartenance au milieu de l'étude *on ne sait pas comment le sujet de recherche leur a été présenté
<p>4.2 Is the context clearly described?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : *On sait seulement qu'il s'agit d'un unité de type "milieu" mais sans plus. +claire description des participants
<p>4.3 Were the methods reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : seulement entrevues avec questionnaires stades de changement Observation non spécifié
<p>Section 5 : Analysis</p>		
<p>5.1 Is the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • How systematic is the analysis – is the procedure reliable/dependable? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rigorous <input type="checkbox"/> Not rigorour <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : méthodologie très bien décrite
<p>5.2 Are the data « rich »?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments :
<p>5.3 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : analyse fait par le chercheur principal, mais chercheur secondaire revoit analyse avec le thèmes émergés (credibility checks). Atteinte de consensus entre les deux auteurs sur les thèmes.
<p>5.4 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing	Comments : beaucoup de verbatims résultats cohérents et clairs

<ul style="list-style-type: none"> • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input type="checkbox"/> Not sure	
5.5 Are the study findings relevant to the aims of the study?	<input checked="" type="checkbox"/> Relevant <input type="checkbox"/> Irrelevant <input type="checkbox"/> Partially relevant	Comments :
5.6 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : fait des liens à la fois sur l'expérience des patients et aussi sur le stade de changement de chacun de ceux-ci. Des pistes de recherches futures sont données ainsi que les limitations abordées.
Section 6 : Ethics		
6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : ne parle pas du comité d'éthique, mais rapporte technique favorisant l'anonymat dans la transcription des verbatims.

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Gulliksen et al., 2012
Guidance topic : AN, ADULTE, PERSPECTIVE DES PATIENTS, SATISFACTION TRAITEMENT, RELATION THÉRAPEUTE-PT, HOSPITALISATION et CLINIQUE EXTERNE, PHÉNOMÉNOLOGIE	Key search question/aim : Identifier et décrire les caractéristiques personnelles, attitudinales et comportementales que les patients AN préfèrent de leurs soignants
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.5 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
1.6 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but de l'étude clair (p. 933 par 2) Bonne revue de la littérature (p. 932) pas de formulation de question de recherche
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Bonne justification de l'approche qualitative (p. 933 par 2) justification de l'échantillonnage hétérogène donnée (p. 933 par. 3)
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments :
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/> Clear	Comments : chercheur n'a aucune relation

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the reserach was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	<p>avec le milieu (p. 934 par.1) Description de comment la recherche a été présentée aux patients p. 933 par.4)</p>
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : descriptions participants (p.933 par. 3) Plusieurs contextes pris en compte</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : Données recueillies par entrevues seulement. Méthode d'entrevues semble appropriée pour le but de l'étude</p>
<p>Section 5 : Analysis</p>		
<p>5.1 Is the data analysis sufficiently rigorous? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • How systematic is the analysis – is the procedure reliable/dependable? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rigorous <input type="checkbox"/> Not rigorour <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : Bonne description de la méthode d'analyse (p. 934 par. 5-6)</p>
<p>5.2 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : chaque données explorées selon des expériences positives et négatives Plusieurs perspectives prises en compte vu l'hétérogénéité des participants</p>
<p>5.3 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : Discussion de l'analyse avec les autres membres de l'équipe (p. 934 par. 7) augmentation de la crédibilité en allant reconfirmer avec les verbatims atteinte de saturation de données *les données n'ont pas été revus par les participants</p>
<p>5.4 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing	<p>Comments : *il aurait été intéressant d'avoir un tableau des participants, car on ne sait pas d'où ils</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input type="checkbox"/> Not sure	proviennent (traitement à l'interne ou rencontre de psychologue par exemple) avec les verbatims.
5.5 Are the study findings relevant to the aims of the study?	<input checked="" type="checkbox"/> Relevant <input type="checkbox"/> Irrelevant <input type="checkbox"/> Partially relevant	Comments :
5.6 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : limitation bien nommées: risque limitation car biais mémoire et aussi considération de l'aspect égocentrique du trouble
Section 6 : Ethics		
6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : lien avec considérations éthique p. 934 par 1

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	King & Turner, 2000
Guidance topic : AN, ADOLESCENT, PERSPECTIVE INF, PHÉNOMÉNOLOGIE, EXPÉRIENCE DE SOIN, HOSPITALISATION	Key search question/aim : Explorer l'expérience vécue des infirmières prenant soin des adolescents souffrant d'AN
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
<p>1.7 Is a qualitative approach appropriate? For example :</p> <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
<p>1.8 Is the study clear in what it seeks to do? For example :</p> <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but clairement énoncé p. 140 par 1 revue de la littérature adéquate *pas de mention à une théorie quelconque
Section 2 : Study design		
<p>2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example :</p> <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : La phénoménologie représente un bon choix pour explorer l'expérience. Justification de la méthode d'échantillonnage (méthode boule de neige) (p. 141 par. 8) *seulement 5 participants... (mais projet de BAC hons..) ** seulement femmes... (mais peut-être pour unifier l'expérience à l'infirmière femme soignante)
Section 3 : Data collection		

<p>3.1 How well was the data collection carried out? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the data collection methods clearly described? • Were the appropriate data collected to address the research question? • Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	<p>Comments : entrevue semi-dirigés ont été utilisées. Première question a été partagé dans l'article (p. 142 par. 2)</p>
<p>Section 4 : Validity</p>		
<p>4.1 Is the role of the researcher clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	<p>Comments : on sait que le chercheur a déjà travaillé avec un clientèle hospitalisée pour AN, mais ce n'est pas spécifié si la chercheur a fait sa recherche à la même place. +bracketing et reflexive journal fait</p>
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : *on sait qu'il s'agit d'un hôpital général, mais aucune spécification du fonctionnement de l'unité Quelques données ont été fournies sur les participants (p. 141 par. 9)</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : Seulement entretiens, mais semble être suffisant</p>
<p>Section 5 : Analysis</p>		

<p>5.1 Are the data « rich »?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments :
<p>5.2 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : explicitation de l'utilisation des étapes procédurales de Colaizzi pour l'analyse (p. 142 par. 2) *on ne sait pas comment les thèmes et concepts ont été dérivés des données peu de données sur l'analyse des données (<i>analyse par 1 ou plusieurs chercheur?</i>)
<p>5.3 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Résultats bien représentés, et cohérents présentations de verbatims *toutefois, pas de tableau des participants, donc d'après les verbatims, on a juste le nom... et il aurait été pertinent d'avoir aussi l'expérience (santé mentale ou non) puisque cela pourrait avoir un impact sur l'expérience
<p>5.4 Are the conclusions adequate?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :

<ul style="list-style-type: none"> • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 		
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 Is the role of the researcher clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	<p>Comments :</p> <p>on sait que le chercheur a déjà travaillé avec un clientèle hospitalisée pour AN, mais ce n'est pas spécifié si la chercheur a fait sa recherche à la même place. +bracketing et reflexive journal fait</p>
<p>6.2 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Mention explicite du comité d'éthique (p. 141 par. 7-9) Mentionne considération pour anonymat et confidentialité</p>

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Offord, Turner, & Cooper, 2006
Guidance topic : AN, ADOLESCENT, PERSPECTIVE PATIENTS, VISION TX, VISION DU CONGÉ, JEUNES ADULTES, RÉTROSPECTIF	Key search question/aim : Explorer la vision des jeunes adultes en regard au traitement lors de leur hospitalisation durant l'adolescence pour AN, leur expérience de congé et l'impact qu'a eu leur admission sur le estime et leur sentiment de contrôle
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.9 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : phénoménologie = pertinent pour exploration d'un vécu
1.10 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : Bonne revue de la littérature But de la recherche clairement exposé (p. 378 par. 4)
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : explication de l'aspect rétrospectif de la méthodologie (p. 378 par. 3)
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : bonne explication des entrevues semi-dirigées (p. 378 par. 8)
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly		Comments :

<p>described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the reserach was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : On sait seulement que les patients ont déjà été hospitalisés pendant adolescence dans un hôpital général pour anorexie mentale. On ne sait pas quel était le fonctionnement de l'unité en question (transférabilité?)</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : méthode semble adéquate</p>
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : données nuancées. Continuellement comparé à son opposé données exposées sous forme de contradictions</p>
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : Bonne description de la méthode d'analyse Beaucoup d'interventions ont été réalisées afin d'augmenter la rigueur: audit-trail, member-checking avec 3 participants, credibility checking en comparant les analyses de certaines pages de transcripts avec les autres chercheurs, auteur primaire a aussi tenu un journal réflexif</p>
<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Is the reporting clear and coherent? 		
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : comité d'approbation éthique (p. 378 par. 7) mentionne que la confidentialité a été maintenue (p. 379 par. 1)

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Pryde, 2009
Guidance topic : ED, rôle infirmier, perception infirmière	Key search question/aim : Identifier les aspects du rôle d'infirmières travaillant auprès de la clientèle atteinte de troubles alimentaires au Canada et É-U et explorer la relation infirmière-patient telle que perçue par les infirmières
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.11 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
1.12 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but et utilité de la recherche clairement exposé à la page 5
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : explication de l'échantillonnage est justification disponible à la page 30
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : quelques entrevues ont été réalisées par téléphone vu la distance séparant le chercheur des infirmières à l'étude.
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly		Comments :

<p>described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the role of the researcher clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	Comments :
<p>4.3 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
<p>4.4 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments :
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : Échantillon de 10% du transcript a été sélectionné aléatoirement et revu Les données ont été discutés avec une personne indépendante experte dans le domaine (cohen's kappa 0.65). insertion de citation dans le texte (crédibilité) Le coding et les catégories ont été revus de façon indépendante par une infirmière en trouble alimentaire (Cohen's kappa

were derived from the data?		0.66)
5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments :
Section 6 : Ethics		
6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : mention claire de l'approbation éthique et des moyens pour assurer la confidentialité et l'anonymat (p. 33-34)

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Ramjan, 2004
Guidance topic : AM, ADOS, HOSPITALISATION UNITÉ MÉDICALE, RELATION THÉRAPEUTIQUE PERCEPTION INF OBSTACLE/BARRIÈRES	Key search question/aim : But initial: Explorer le développement de la relation thérapeutique entre les patients AM et les infirmières But modifié: Exploration des difficultés et obstacles à l'établissement de la relation thérapeutique entre les infirmières et les patients AM sur l'unité médicale pour adolescents.
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.13 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative est pertinente pour explorer les difficultés et obstacles vécus.
1.14 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but clairement explicité (p. 497, par. 3) Bonne exposition de la littérature apparentée (p. 496)
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : méthodologie semble être adéquate avec la visée de l'étude pas de justification de l'échantillonnage, ni souci de représentativité.
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : entrevue semi-dirigé le chercheur nous fourni sa question d'entrée de jeu ("would you like to tell me about what it is like to care for adolescents with anorexia nervosa on this ward?") L'auteur de fait pas mention de

		disparité de la collecte de données.
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	Commentaires : le chercheur faisait partie de l'équipe dans laquelle les entrevues ont eu lieu. (utilisation d'un journal réflexif tout au long de la recherche) - toutefois, risque de biais de désirabilité sociale - on ne sait pas non plus le type de relation que la chercheuse entretenait avec ses collègues
4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? Were observations made in a sufficient variety of circumstances? Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : participants inclus des hommes et des femmes. Programme en place bien expliqué ("level system" et "behaviour modification") (p. 497, par. 2). L'information si une formation en santé mentale est donnée aux participants est disponible (aucune dans ce cas ci).
4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> Were data collected by more than one method? Is there justification for triangulation, or for not triangulating? Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : uniquement entrevues Puisque l'infirmière travaille déjà sur le département, tout laisse à penser qu'une observation aurait été inutile vu sa familiarité avec le milieu.
Section 5 : Analysis		
5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> How well are the contexts of the data described? Has the diversity of perspective and content been explored? How well have the detail and depth been demonstrated? Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Commentaires : Données sont mises en contexte Présence de nuances et de diversité dans les résultats
5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> Did more than one researcher theme and code transcripts/data? If so, how were differences resolved? Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) Were negative/discrepant results addressed or ignored? Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Commentaires : Bonne explication de l'analyse des données (p. 498, par 2) Pas d'évidence d'analyse des données par plusieurs chercheurs (semble n'avoir été fait que par le chercheur principal) Thèmes et interprétations revus par les participants et superviseurs. (pas de donnée sur la résolution de possibles

<ul style="list-style-type: none"> Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 		différents)
<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Are the findings clearly presented? Are the findings internally coherent? Are extracts from the original data included? Are the data appropriately referenced? Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Bonne présentation des résultats Inclusion de verbatims Cohérence des données
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How clear are the links between data, interpretation and conclusions? Are the conclusions plausible and coherent? Have alternative explanations been explored and discounted? Does this study enhance understanding of the research subject? Are the implications of the research clearly defined? Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : aborde le concept d'institution globale de Goffman Exploration en profondeur des difficultés vécues par les infirmières - absence de section sur les limitations de l'étude...
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Have ethical issues been taken into consideration? Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : approbation par le comité d'éthique (p. 498 par. 1) Le but de l'étude a été clairement décrit verbalement et par écrit aux participants L'utilisation de code et de pseudonymes a été réalisée afin de maintenir l'anonymat.

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Ramjan & Gill, 2012
Guidance topic : AM, ADOS, HOSPITALISATION PERSPECTIVE INF - PERSPECTIVE PATIENT RELATION THÉRAPEUTIQUE MÉTAPHORE PRISON	Key search question/aim : Exploration de l'expérience des adolescents et des infirmières dans une unité de soins d'un programme comportemental.
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.15 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : visé à explorer une EXPÉRIENCE méthode qualitative pertinente
1.16 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but et objectifs faiblement exposés dans le texte (mais présent dans le résumé) Peu de référence sur la littérature existante
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : échantillonnage raisonné pour assurer une représentation adéquate (p. 25, par. 1)
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : Guide d'entrevue fourni (p. 27) Entrevues conduites jusqu'à l'atteinte d'un point de saturation Utilisation de l'approche herméneutique dialectique
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/> Clear	Comments : le chercheur principal travaille à

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	temps partiel sur l'unité méthodes utilisées pour diminuer les sources de biais (journal réflexif, peer debriefing, member checking) - risque de biais de désirabilité sociale
<p>4.2 Is the context clearly described?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : Claire explication du fonctionnement du programme de soins en place (p. 26) Tableau des participants fourni (p. 28-29)
<p>4.3 Were the methods reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : Utilisation d'entrevues uniquement: pertinent Observation semble être inutile dans ce cas-ci puisque le chercheur est familier avec l'unité.
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Commentaires : Bonne diversité des participants assurant une représentativité et ainsi fournissant une diversité des perspectives. Utilisation d'un seul site, ne permettant pas la comparaison avec un autre groupe.
<p>5.2 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Commentaires : analyse et collecte de données = comparaison constante Retour avec les participants fait Member checking Explication de l'analyse minimale p. 26, par. 1
<p>5.3 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : résultats cohérents, bien représentés dans un tout (pas les infirmière d'un bord et les patients de l'autre) Présence de verbatims pertinents
<p>5.4 Are the conclusions adequate?</p>		Commentaires :

<p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Utilisation de la métaphore = élément fort pour la compréhension Remise en question de la compatibilité de l'alliance thérapeutique et d'un programme basé sur la modification du comportement.</p>
<p>Section 6 : Ethics</p>		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations?</p> <p><i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Approbation éthique reçue par l'hôpital (p. 26 par. 2) utilisation de pseudonymes afin d'assurer anonymat et confidentialité (p. 26 p.2)</p>

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Ryan, 2004 (Thèse)
Guidance topic : ED, HOSPITALISATION ADOS, ENFANTS, ADULTES PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	Key search question/aim : Explorer la perception des infirmières du prendre soin de patients hospitalisés pour trouble alimentaire
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.17 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative = pertinente
1.18 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : Buts clairement exposés (p. 44) Revue de la littérature appropriée (p. 28-43) Aborde l'approche féministe post-structuralisme et l'approche critique
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : justification pour le choix de l'approche qualitative et d'analyse de discours. (p. 45)
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : guide d'entrevue inclus (p. 185) Les questions - thèmes sont appropriés au but de l'étude -oubli d'allumer l'enregistreur pour 1 entrevue, donc l'entrevue a été retirée
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described? For example :	<input type="checkbox"/> Clear	Comments :

<ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <ul style="list-style-type: none"> -explication des différentes unités brève et insuffisante -peu de caractéristiques des infirmières à l'étude (ne mentionne même pas le sexe des participants!!!) -On ne connaît pas le programme en place sur les unités, si leurs différences. -On ne sait pas la répartition des participants par unités (5 par unité? ou répartition inégale?)
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Entrevues Assiste à des rencontres multidisciplinaire d'équipe trouble alimentaire</p>
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Les résultats sont bien décrits, présence de verbatims, et belle recherche thématique, en détail. -la faible présentation du contexte et des participants... nuit à la richesse des résultats.</p>

<p>5.2 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Explication des étapes de l'analyse est explicite -Aucune mention de travail en équipe quant à l'analyse. Journal réflexif (p. 52)</p>
<p>5.3 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Résultats bien présentés, de façon cohérente et claire Présence de verbatims (toutefois, aucune façon d'associer si le verbatim provient d'une infirmière travaillant avec des adolescents ou des adultes, ou unité médicale ou psychiatrique) - transférabilité faible</p>
<p>5.4 Are the conclusions adequate?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Les conclusions demeurent pertinentes -Aucune section abordant les limitations de l'étude...</p>
<p>Section 6 : Ethics</p>		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations?</p> <p><i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>approbation par un comité d'éthique (p. 50) Anonymat des données (p. 51)</p>

Certaines incongruités entre cette thèse et l'article paru par la suite (Ryan et al., 2006), car parfois, (tel que pour la répartition des sexes des participants), l'article est plus clair que la thèse.. chose qui devrait pourtant être l'inverse.

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Ryan, Malson, Clarke, Anderson, & Kohn, 2006
Guidance topic : ED, ADOS, ENFANTS, HOSPITALISATION UNITÉS SPÉCIALISÉES (mais pas exclusivement dédiées) PERSPECTIVE INFIRMIÈRE RÔLE INFIRMIER (ED NURSING)	Key search question/aim : Explorer comment le soin infirmier en trouble alimentaire est interprété chez les infirmières
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.19 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative = appropriée pour étude visant l'interprétation d'un rôle L'approche qualitative est pertinente, puisqu'il y a peu de recherche sur ce sujet jusqu'à présent
1.20 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : But clairement démontré (p. 127, par. 1) Revue de la littérature complète et pertinente
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : analyse du discours semble adéquat face au but de l'étude
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : Bonne description du guide d'entretien (p. 128, par. 1)
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly		Comments :

<p>described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>On sait que les unités à l'étude ont une approche médicale -peu de description des participants... pour raison d'anonymat... (p. 127, par. 3).. donc on ne connaît pas leurs années d'expérience, ni la fréquence de leur contact avec les patients, ni si les infirmières ne travaille exclusivement avec des patients ayant un trouble alimentaire ou non...</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>entrevues uniquement: pertinent pour l'analyse de discours</p>
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Les données sont bien décrites et offrent une vue intéressante de la contradiction inhérente au soin infirmier en trouble alimentaire</p> <p>-Le peu de détails disponibles sur les participants limite l'appréciation de la richesse des données.. par exemple, on sait qu'il y a des infirmières soignants autant que des infirmières éducatrices et des infirmières gestionnaires d'unité.. or il aurait été intéressant de pouvoir associer le verbatim à la fonction exercée par l'infirmière</p> <p>-confronter la perception des infirmière du soin infirmier en trouble alimentaire avec la perception des patients aurait été intéressante</p>
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? 	<input type="checkbox"/> Reliable	<p>Comments :</p> <p>Méthodologie d'analyse de discours est bien décrite</p>

<ul style="list-style-type: none"> • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input type="checkbox"/> Unreliable <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Présence de consultation auprès de l'équipe de recherche, mais il s'agit du seul élément qui démontre le travail d'équipe.
5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : Résultats sont bien présentés, cohérents et clairs Présence de verbatims [il s'agit toutefois d'un article se concentrant spécifiquement sur un aspect d'une thèse doctorale précédente (voir Ryan, 2004)]
5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	Commentaires : Conclusions adéquates et cohérentes avec les données ainsi que l'analyse.
Section 6 : Ethics		
6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Commentaires : Prise en compte de la confidentialité des participants (p. 127, par. 3) -Aucune mention de l'approbation par un comité d'éthique, mais affirme que la recherche a été financée par "the Australian Research Council" et le "Westmead Millenium Institute"... donc tout porte à penser qu'une approbation éthique ait été nécessaire pour avoir les fonds.

*** important de noter que cet article découle d'une thèse (Ryan, 2004) et aborde donc des thèmes très semblables à ceux abordés dans Ryan, 2004. Or, dans Ryan (2004), l'échantillon comprend aussi une unité psychiatrique adulte, qui n'est pas incluse dans cet article. Je me demande toutefois si les chercheurs ont refait une analyse des données en omettant les entrevues adultes...

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Sly, Morgan, Mountford, Sawer, Evans, & Lacey, 2014
Guidance topic : ED, ADULTES, HOSPITALISATION UNITÉ SPÉCIALISÉE RELATION THÉRAPEUTIQUE PHÉNOMÉNOLOGIE INTERPRÉTATIVE	Key search question/aim : Explorer les expériences des clients dans le développement de l'alliance thérapeutique lorsqu'en traitement pour un trouble alimentaire
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.21 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative = pertinent pour explorer L'EXPÉRIENCE
1.22 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : Exposition claire du but de l'étude (p. 235, par. 1) Revue de la littérature adéquate et pertinente
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Phénoménologie interprétative = appropriée pour une recherche exploratoire expérientielle Échantillonnage par choix raisonné (justification pourquoi seulement femmes et d'origine caucasienne = représentativité des patients lors de la collecte de données)
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : Méthode de collecte de données bien décrite et pertinente quant au but de l'étude (p. 235, par. 2)
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input type="checkbox"/> Clear	Comments :

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>-Peu de données sur les participants (on ne sait pas la durée depuis de début de leur hospitalisation, on ne sait pas combien d'hospitalisations préalables ils ont eu) -pas de description du fonctionnement de l'unité en question (mais on sait qu'il s'agit d'une unité spécialisée)</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Guide d'entrevue revu et raffiné par un focus group de spécialistes en troubles alimentaires</p>
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>-Le petit échantillon et une faible contextualisation des données dans le cadre de l'hospitalisation nuisent à la richesse des données Toutefois les données disponibles sont abordées en détails</p>
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Travail d'équipe lors de l'analyse des données "coding" indépendant suivi de comparaison et d'atteinte d'accord "Member checking" Les éléments potentiellement contradictoires ont été explorés, analysés et pris en compte. Belle description de la démarche</p>
<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing	<p>Comments :</p> <p>Présence de verbatims Résultats cohérents et clairs</p>

<p>included?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input type="checkbox"/> Not sure	
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Cette recherche contribue à l'avancement des connaissances sur le sujet</p> <p>Conclusions cohérentes, en lien avec les données et l'analyse</p> <p>Aborde l'implication pour la pratique (p. 242, par. 2)</p> <p>-n'aborde pas les limitations</p>
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Mention de la considération de la confidentialité dans la transcription des verbatims (p. 235, p. 2)</p> <p>Mention de l'approbation par un comité d'éthique (p. 235, par. 3)</p>

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Snell, Crowe, & Jordan, 2010
Guidance topic : ED, HOSPITALISATION, UNITÉ SPÉCIALISÉE PERSPECTIVE INFIRMIÈRE RELATION INF-PT	Key search question/aim : Investiguer et théoriser les expériences des infirmières dans le développement de la relation thérapeutique avec les patients hospitalisés pour trouble alimentaire
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.23 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Approche qualitative = pertinente pour la théorisation ancrée
1.24 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : but clairement exposé (p. 352, par. 5) Revue de la littérature adéquate Mention de la notion d'égosyntonisme
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : théorisation ancrée = appropriée pour élaborer une théorie -échantillon petit -pas mention de la méthode d'échantillonnage
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input checked="" type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : -peu d'élaboration sur le déroulement des entrevues -on ne sait pas combien d'entrevues ont fait l'objet de l'émergence des thèmes et lesquels ont sondé ces thèmes (p. 353, par. 3)
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input type="checkbox"/> Clear	Comments :

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
<p>4.2 Is the context clearly described?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Description du programme Mention du fonctionnement avec infirmière primaire -description courte des participants (on ne sait pas la répartition des sexes, le niveau de formation, leur âge) - on ne sait pas si l'unité traite plus spécifiquement des AM ou BN ou les deux. -On ne sait pas si l'unité est pédiatrique ou adulte</p>
<p>4.3 Were the methods reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>entrevues uniquement (semble être approprié)</p>
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Les données sont contextualisées</p>
<p>5.2 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Description détaillée et claire de l'élaboration des concepts Procédure d'analyse explicite. -aucune mention de "peer review", "peer debriefing", "member checking", "independant coding"... En fait, aucune mention d'un travail d'équipe</p>
<p>5.3 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? 	<input type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing	<p>Comments :</p> <p>Données présentées clairement et de façon cohérente Présence de verbatims</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Not sure	-absence de schématisation (élément pourtant caractéristique de la théorisation ancrée)
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : conclusions sont cohérentes avec les données et l'analyse Aborde les retombées sur la pratique clinique - aucune section "Limitation"!
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input type="checkbox"/> Clear <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : approbation du comité d'éthique (p. 353, par. 2) -aucune mention de la considération de la confidentialité ni de l'anonymat

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	VanOmmen, Meerwijk, Kars, Van Elburg, & Van Meijel, 2009
Guidance topic : AM, ADOS, HOSPITALISATION PERSPECTIVE PATIENT INTERVENTIONS INFIRMIERE RECOUVREMENT PONDÉRAL	Key search question/aim : Développer un modèle théorique explicatif de l'efficacité des soins infirmiers en regard du recouvrement pondéral selon la perspective du patient.
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.25 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative est utile pour comprendre un processus.
1.26 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : Questions et but de l'étude sont clairement définis (p. 2802, par. 5-6)
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Le choix de la théorisation ancrée est pertinent pour élaborer une théorie et étudier un processus. Justification de l'utilisation d'une approche qualitative de théorisation ancrée (p. 2802, par. 7) -Échantillonnage de convenance (aurait toutefois été pertinent d'avoir un échantillonnage par choix raisonné ou à variation maximale afin d'élargir la représentativité de la population étudiée)
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input checked="" type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : -Peu d'élaboration de la collecte de données -Guide d'entrevue à peine abordé

Section 4 : Validity		
<p>4.1 Is the role of the researcher clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	Comments :
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : Présence de certaines caractéristiques des participants, mais peu. (on ne sait pas combien d'hospitalisations antérieures ont vécu les patients, par exemple) Description brève du programme en place et des objectifs thérapeutiques. -Pas d'explication du délai choisi (0-3 mois après le congé définitif pour la collecte de données)
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Utilisation d'entrevues uniquement: semble appropriée
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : Les données sont bien contextualisées dans un processus d'hospitalisation - pas de vision de garçon - pas prise en considération de la vision des infirmières
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : Les chercheurs ont utilisé une démarche d'analyse cohérente avec la théorisation ancrée La méthode d'analyse est claire (p. 2803, par. 3-5) "Coding" indépendant suivi de comparaison. Les différents étaient réglés par l'atteinte de consensus. - "peer debriefing" -Résultats discutés avec deux infirmières expertes en troubles alimentaires. (pourquoi pas avec

		les patients?!, car ce sont eux les experts de leur expérience!)
<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Présence de représentation schématique des aspects infirmiers = pertinent +++ Présence de verbatims</p>
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Section "Limitations" incluse (p. 2807) Section abordant la pertinence pour la pratique incluse (p. 2807) Conclusions cohérentes avec les données et l'analyse</p>
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>L'étude a été expliquée verbalement et par écrit. Consentement reçu par patient et parent -pas de mention d'approbation par un comité d'éthique -pas de mention de considération de la confidentialité/anonymat.</p>

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Warren, Crowley, Olivardia, & Schoen, 2008
Guidance topic : ED PERSPECTIVE SOIGNANTS IMPACT SUR LES SOIGNANTS PAS SPÉCIFIQUE INFIRMIÈRE	Key search question/aim : Explorer l'expérience personnelle des soignants travaillant auprès des patients avec un TA.
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.27 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : il s'agit plutôt d'une recherche avec devis mixte. la partie qualitative est pertinente, puisqu'on vise justement à explorer L'EXPÉRIENCE.
1.28 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : le but est clairement démontré (p. 29) Revue de la littérature est pertinente et cohérente (aborde en entonnoir le thème de la difficulté relationnelle entre patient ED et les soignants)
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Il s'agit d'un devis mixte, il semble que compte tenu de
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : par questionnaire avec questions ouvertes et des question fermées.
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/> Clear	Comments : les chercheurs semblent avoir

<p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	<p>été des présentateurs lors de la rencontre. Ils font partie de la communauté de professionnels travaillant avec des patients TA. Description de la présentation de la recherche aux participants (p.30)</p>
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : Au cours d'une rencontre annuelle de l'association Multi-service Eating Disorders (USA) Description des participants claire.</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : méthodes qualitative et quantitative La méthode semble approprié compte tenu de la visée à large échantillon. (une méthode strictement qualitative aurait été moins pertinente par questionnaire, puisqu'une profondeur n'aurait pas été atteinte) avoir les deux méthodes permet aussi d'avoir un plus grand échantillon.</p>
<p>Section 5 : Analysis</p>		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input type="checkbox"/> Rich <input checked="" type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : Représentation de plusieurs professions -Aucune information sur les patients représentant la clientèle des participants (traitement à l'interne? en clinique? en groupe? adultes ou ados?) -taux de réponse de 34%... (pas mentionné s'il y avait un timbre préaffranchi.. aurait pu nuire au taux d'envoi tardif du questionnaire). La taille échantillonnale s'avère petit vu l'utilisation d'un questionnaire auto-administré et l'absence d'élaboration en profondeur des réponses. - La profondeur des réponses laisse à désirer (désavantage d'utiliser un questionnaire auto-administré) -questionnaires administrés aux personnes qui assistaient à la rencontre d'une association de professionnels traitant les</p>

		patients ayant un trouble alimentaire: homogénéité des participants quant à leur intérêt face aux troubles alimentaires -dans le questionnaire quantitatif, l'apparence (ex. coupe de cheveux et style vestimentaire) est mis sur le même piedestal que le poids et la forme du corps... ce qui aurait bénéficié d'être 2 catégories à part.
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Bonne description des méthodes d'analyse (p. 31, par. 1-2) "coding" indépendant entre les chercheurs. Toute divergence a été adressée et réglée jusqu'à consensus.</p> <p>Utilisation d'un logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour l'analyse quantitative</p>
<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Résultats bien présentés (à la fois en tableaux et en texte) et cohérents.</p> <p>Quantification thématique des résultats qualitatifs.. chose qu'on voit rarement en qualitatif, mais qui s'avère pertinent pour le but de l'étude.</p>
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>Les conclusions sont cohérentes avec les résultats.</p> <p>Présence d'une section "limitations" (reconnaissance du petit échantillon et de la nature tabou des effets personnels sur les soignants)</p> <p>-un plus gros échantillon et/ou une perspective des patients aurait rendu les conclusions davantage crédibles et fiables.</p> <p>-implication pour la pratique est clairement incluse par la section des recommandations.</p>
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear	<p>Comments :</p> <p>peu élaboré. mais mention d'approbation par la commission d'examen (review board) (p.30,</p>

<p>consideration?</p> <ul style="list-style-type: none">• Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity?• Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour?• Was the study approved by an ethics committee?	<input type="checkbox"/> Not sure/not reported	par. 1)
---	--	---------

Study identification	Wright & Hacking, 2012
Guidance topic : AM, ADULTE, FEMMES, RELATION THÉRAPEUTIQUE, HÔPITAL DE JOUR	Key search question/aim : Explorer l'expérience vécue de la relation thérapeutique entre les patients AM et leurs soignants
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.29 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche qualitative = pertinente pour explorer l'expérience
1.30 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : Buts de l'étude bien définis (p. 108, par. 8) Revue de la littérature, courte mais adéquate
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche phénoménologique herméneutique = approprié pour le but de l'étude Justification de la collecte de données (et de la présence de plusieurs entretiens par participant) Justification de l'analyse en cohérence avec la phénoménologie. - pas justification de la méthode échantillonnale
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : bien décrite
Section 4 : Validity		
4.1 Is the role of the researcher clearly described? For example :	<input type="checkbox"/> Clear	Comments :

<ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not described	
4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure	Comments : participants bien décrits (p. 109, par. 5-7) peu d'explication du milieu où l'étude prend place
4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : L'utilisation d'entrevue semble appropriée, fiable et cohérente avec l'approche phénoménologique.
Section 5 : Analysis		
5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : diversité des points de vue entre le staff et les patients
5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : Le fait de revenir sur les éléments peu clairs et valider auprès des participants les interprétations du chercheur permet une bonne crédibilité des résultats. Bonne explication de la méthode d'analyse -pas d'évidence de "coding" indépendant ou de "member checking".
5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Les résultats sont bien décrits, sont cohérents. Beaucoup d'utilisation de verbatims.
5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate	Comments : Conclusions sont cohérentes

<ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	avec les données Un certain approfondissement des connaissances est possible suite à cette recherche.
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	Comments : approbation par le comité d'éthique (p. 110, par. 4) -peu élaboré...

Il s'agit de la phase A de la recherche doctorale de Wright, 2013.

Il semble toutefois que la taille restreinte de l'article mine la qualité de celui-ci. Puisqu'on peut voir qu'il s'agit d'une recherche solide et de haute rigueur en lisant la thèse doctorale.

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Wright, 2013
Guidance topic : AM, ADULTES, FEMMES, RELATION THÉRAPEUTIQUE DAY HOSPITAL / INPATIENT SERVICE SPECIALIZED SERVICE PHÉNOMÉNOLOGIE	Key search question/aim : Explorer l'expérience vécue de la relation entre le patient AM et leurs soignants
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.31 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : approche phénoménologique est pertinente pour comprendre l'expérience des individus
1.32 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : But exposé de façon claire (p. 74) La phénoménologie, notamment celle de Van Manen et de Merleau-Ponty, est aussi clairement exposée (p. 75-85) Un retour sur la littérature pertinente est complet et cohérent (p. 28-72)
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : échantillonnage raisonné (p. 93) justification de prise en compte du point de vue des patients et celui des soignants afin d'être cohérent avec le concept de relation thérapeutique qui est un processus bidirectionnel. Utilisation de la phénoménologie bien justifiée
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate	Comments :

<p>address the research question?</p> <ul style="list-style-type: none"> Was the data collection and record keeping systematic? 	<input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	
Section 4 : Validity		
<p>4.1 Is the role of the researcher clearly described?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	<p>Comments :</p> <p>dit ne pas avoir de lien avec le milieu ni avec les patients</p>
<p>4.2 Is the context clearly described?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? Were observations made in a sufficient variety of circumstances? Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>tableaux des participants disponibles (p. 123-124;141) Explication des services de l'hôpital de jour (p. 121) et de l'unité d'hospitalisation (p. 139) -ne donne pas spécifiquement le fonctionnement ou le programme infirmier</p>
<p>4.3 Were the methods reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were data collected by more than one method? Is there justification for triangulation, or for not triangulating? Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments :</p> <p>utilisation d'entrevues uniquement = pertinent Utilisation du cercle herméneutique au cours des entrevues</p>
Section 5 : Analysis		
<p>5.1 Are the data « rich »?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How well are the contexts of the data described? Has the diversity of perspective and content been explored? How well have the detail and depth been demonstrated? Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input checked="" type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>Diversité des points de vue en utilisant des soignants et des patients autant en hôpital de jour qu'en unité interne. Résultats très détaillés (thèse doctorale) Contexte bien établi de la collecte de données</p>
<p>5.2 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Did more than one researcher theme and code transcripts/data? If so, how were differences resolved? Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) Were negative/discrepant results addressed or ignored? Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments :</p> <p>cahier de note durant toute la durée de la recherche Utilisation de "bracketing réflexif" Analyse très bien exposée en détail, développement des thèmes explicité</p>

<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : résultats bien représentés, cohérents en lien avec les concepts existentialistes de Merleau-Ponty et le concept d'authenticité de Heidegger Présence de verbatims</p>
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : fourni une compréhension globale de la relation soignant-patient. Implication pour la pratique infirmière disponible</p>
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : approbation éthique (p. 89) utilisation de pseudonymes les personnes engagées pour transcrire ont signé des closes de confidentialité Données gardées dans un serveur universitaire protégé.</p>

Methodology checklist : qualitative studies

Study identification	Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013
Guidance topic : AM, ADOS, HOSPITALISATION UNITÉ GÉNÉRALE PERSPECTIVE DES PATIENTS SOINS INFIRMIER EFFICACES	Key search question/aim : Établir comment les infirmières contribuent au gain pondéral ainsi qu'à une expérience positive d'hospitalisation pour les patients hospitalisés pour AM
Checklist completed by :	

Section 1 : Theoretical approach		
1.33 Is a qualitative approach appropriate? For example : <ul style="list-style-type: none"> Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings? Could a quantitative approach better have addressed the research question? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : expérience des patients est la base de la recherche = qualitatif approprié
1.34 Is the study clear in what it seeks to do? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question (s)? Is there adequate/appropriate reference to the literature? Are underpinning values/assumptions/theory discussed? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Mixed	Comments : But clairement exposé (p. 2021, par, 5) Revue de la littérature appropriée et pertinente à la recherche
Section 2 : Study design		
2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? For example : <ul style="list-style-type: none"> Is the design appropriate to the research question? Is a rationale given for using a qualitative approach? Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? 	<input checked="" type="checkbox"/> Defensible <input type="checkbox"/> Not defensible <input type="checkbox"/> Not sure	Comments : Justifications d'utiliser une approche qualitative et une méthodologie d'analyse thématique sont données (p. 2021, par. 6) Échantillonnage raisonné Bonne variation du temps depuis le congé définitif - aucun garçon ne fait parti de l'échantillon malgré une invitation lancée à tous...
Section 3 : Data collection		
3.1 How well was the data collection carried out? For example : <ul style="list-style-type: none"> Are the data collection methods clearly described? Were the appropriate data collected to address the research question? Was the data collection and record keeping systematic? 	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Inappropriate <input type="checkbox"/> Not sure / inadequately reported	Comments : Entrevues semi-dirigées Approprié au but de la recherche
Section 4 : Validity		

<p>4.1 Is the role of the researcher clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? • Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not described	<p>Comments : Le chercheur principal n'aucune affiliation avec le milieu de soin, les participants, ni le personnel soignant (p. 2022, par. 2)</p>
<p>4.2 Is the context clearly described? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? • Were observations made in a sufficient variety of circumstances? • Was context bias considered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : tableau des participants fourni (p. 2022) Survol du fonctionnement du programme fait. (p. 2021, p. 7)</p>
<p>4.3 Were the methods reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were data collected by more than one method? • Is there justification for triangulation, or for not triangulating? • Do the methods investigate what they claim to? 	<input checked="" type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : méthode semble appropriée devis rétrospectif (1 jours - 2 ans post congé définitif)</p>
<p>Section 5 : Analysis</p>		
<p>5.1 Are the data « rich »? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Poor <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : diversité de la durée depuis le congé définitif mais faible taille échantillonnale.. n=8</p>
<p>5.2 Is the analysis reliable? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<input type="checkbox"/> Reliable <input type="checkbox"/> Unreliable <input checked="" type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : peu d'explication de la méthode. L'auteur principal semble avoir réalisé l'analyse seul (mais peu réaliste, puisque la recherche se situe dans le cadre d'un B.sc. Hons.)</p>
<p>5.3 Are the findings convincing? <i>For example :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? 	<input checked="" type="checkbox"/> Convincing <input type="checkbox"/> Not convincing <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : Présence de verbatims pertinents Résultats convainquants et pertinents</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Is the reporting clear and coherent? 		
<p>5.4 Are the conclusions adequate? <i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<input checked="" type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not sure	<p>Comments : Section limitation incluse (p. 2027, par. 3) -(mention de vision féminin seulement, mais pas mention du risque de biais de mémoire vu devis rétrospectif, ni mention du risque de distorsion cognitive / égossyntonique des résultats)</p> <p>Conclusions cohérentes et comme considération des retombées infirmières</p>
Section 6 : Ethics		
<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations? <i>For example,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately – do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<input checked="" type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not sure/not reported	<p>Comments : Approbation par un comité d'éthique d'une université et de l'hôpital en question Codes et pseudonymes afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité</p>

Appendice 3

Grille de collecte de données

APPENDIX 1. Example of a data collection instrument (validated by Ursi, 2005).

A. Identification	
Title of the article	
Title of the journal	
Authors	Name _____ Institution _____ Background _____
Country	
Language	
Year of publication	
B. Institution holding the study	
Hospital	
University	
Research center	
Sole institution	
Multicenter study	
Other institutions	
No identification of setting	
C. Type of publication	
Nursing publication	
Medical publication	
Publication in another area of health. Which area?	
D. Methodological characteristics of the study	
1. Type of publication	1.1 Research () Quantitative approach () Experimental design () Quasi-experimental design () Non-experimental design () Qualitative approach 1.2 Non research () Literature review () Report of experience () Others
2. Objective or investigation question	
3. Sample	3.1 Selection () Random () Convenience () Other 3.2 Size (n) () Initial () Final 3.3 Characteristics Age _____ Sex: M () F () Race _____ Diagnosis _____ Type of surgery _____ 3.4 Inclusion/exclusion criteria of subjects
4. Treatment of data	
5. Interventions performed	5.1 Independent variable _____ 5.2 Dependent variable _____ 5.3 Control group: yes () no () 5.4 Measurement instrument: yes () no () 5.5 Duration of the study _____ 5.6 Methods employed to measure the intervention _____
6. Results	
7. Analysis	7.1 Statistical treatment _____ 7.2 Significance level _____
8. Implications	8.1 The conclusions are justified based on the results _____ 8.2 What are the recommendations of the authors? _____
9. Evidence level	
E. Assessing methodological rigor	
Clarity to identify the methodological steps in the text (method employed, participating subjects, inclusion/ exclusion criteria, intervention, results)	
Identification of restrictions or biases	

Appendice 4

Tableau résumé des articles de recherches primaires

Auteur(s)	année	pays	type d'étude	but de l'étude	collecte de données	Lieu de traitement	échantillon (n) et sexe (F ou H)	âge de la clientèle	Dx	temp s	Résultats	Conclusions	Recommandations
Bakker et al.	2011	Pays-bas	Qualitative descriptive	Découvrir les aspects du soin infirmier qui sont le plus efficaces, selon l'infirmière, dans le rétablissement d'un poids normal chez les adolescents atteints d'AM	entrevues semi-dirigées et focus group	clinique spécialisée	n = 8 (7 inf. et 1 T.S.) [sexe n.d.] adolescents	adolescents	AM	transversal	reprise d'habitudes alimentaires normales; reprise d'exercice physique sain; développement des compétences sociales; conseiller les parents selon 3 phases (prise en charge des responsabilités, redonner des responsabilités, encourager la prise de décision)	Une bonne relation thérapeutique est essentielle pour implanter les interventions infirmières efficaces à la prise de poids L'inclusion de ces résultats aux résultats de van Ommeren et al. (2009) forme un modèle détaillé des interventions infirmières auprès des patients hospitalisés pour AM.	Effectuer une étude comparative auprès d'une clientèle adulte afin d'établir si les interventions infirmières changent selon l'âge de la clientèle.
Colton & Pistrang	2004	Angleterre	Qualitative phénoménologique interprétative	Décrire en détails comment l'adolescent vit son hospitalisation pour AM	entrevues semi-dirigées avec questionnaire auto-administré sur les stades de disposition au changement face aux habitudes alimentaires	2 unités d'hospitalisation pour adolescents TA de type milieu	n=19 patients (19 F.) adolescents (12-17 ans)	adolescents	AM	transversal	ambivalence et confusion. Sous-thèmes: 1) Confusion en lien avec sa maladie; 2) Confusion en lien avec le désir d'aller mieux; 3) Être avec d'autres patients - soutien VS détresse; 4) Être un individu VS juste un autre anorexique. 5) Collaborer au traitement VS subir le traitement	Conflit infirmier Les patients qui sont davantage prêts à se rétablir sont plus susceptibles de se sentir aidés par le traitement	Importance d'être prêt au changement Importance d'adresser les besoins psychologiques
Gulliksen et al.	2012	Norvège	Qualitative, phénoménologique avec éléments de théorisation ancrée	Identifier et décrire l'appréciation des caractéristiques personnelles, attitudes et comportementales des soignants par les patients AM.	entrevues semi-dirigées en 2 temps (temps 1: afin de former les questions, temps 2: utilisation des questions élaborées au temps 1)	unité hétérogène	38 patients (38 F.) adultes (18-51 ans)	adultes	AM	transversal et rétrospectif (ad 2 ans)	1) Acceptation généralisée (+), respect (+), patience (+), méprise (-), préjudice (-); 2) Vitalité (intérêt) (+), sens de l'humour (+), passivité(-); 3) Défi (focaliser sur les forces (+), soutien (+), maternité(-)); 4) Expertise (connaissance du terrain (+), autorité(+))	Complexité de la balance relationnelle. Peut être éprouvé pour les professionnels de travailler avec des patients TA vu la diversité des attitudes nécessaires à adopter.	Importance de porter attention à la délivrance de traitement ainsi qu'à la modalité de traitement pour faciliter la rétention au traitement et l'établissement d'une alliance thérapeutique
King & Turner	2000	Australie	Qualitative phénoménologique	Explorer l'expérience vécue des infirmières prenant soins des adolescentes souffrant d'AM	entrevues semi-dirigées	unité adolescent d'un hôpital général	5 infirmières (5F)	adolescents	AM	transversal	L'infirmière traverse différentes étapes lorsqu'elle prend soin de patients hospitalisés pour AM: 1) valeur personnelle centrale de l'infirmière, 2) ébranlement des valeurs centrales, 3) tourbillon émotionnel, 4) frustration, 5) points tournants, 6) résolution	les infirmières ont vécu les comportements anorexiques comme un affront en lien avec leur intégrité propre, ce qui a mené à un désenchantement en lien avec leur pratique infirmière. Les infirmières ont eu l'impression que leurs soins après de cette clientèle a été un échec.	programme d'éducation, renouvellement des programmes de soins pour AM, donner l'opportunité aux infirmières de s'impliquer davantage dans l'évaluation et la restructuration des protocoles de soins pour AM.
Offord, Turner, & Cooper	2006	Angleterre	Qualitative phénoménologique interprétative	Explorer la vision des jeunes adultes en regard au traitement lors de leur hospitalisation durant l'adolescence pour AM, leur expérience de congé et l'impact qu'a eu leur admission sur leur estime de soi et leur sentiment de contrôle	entrevues semi-dirigées	unité adolescent d'un hôpital général	7 patients (7F) adolescents (16-23 ans)	adolescents	AM	rétrospectif (2-5 ans)	1) retrait de la normalité VS connexion avec le monde extérieur, 2) être traité comme un individu unique en détresse, 3) contrôle et collaboration, 4) importance de la relation avec les pairs	difficulté d'établir la balance entre le contrôle et l'autonomie. Une pratique donnant un sens de contrôle et d'empowerment est vécu de façon positive par les patients	Maintenir le poids cible pour une plus longue période avant le congé définitif. Avoir psychothérapie en parallèle au gain pondéral. Essayer de donner le plus de contrôle possible au patient en lien avec les éléments qui ne sont pas reliés à l'alimentation.

Pryde (Thèse)	2009	Canada	Mixte	Identifier les aspects du rôle d'infirmières travaillant auprès de la clientèle atteinte de TA au Canada et É-U. Explorer la relation infirmière-patient et les perspectives des infirmières canadiennes et américaines sur l'alliance thérapeutique	entrevues semi-dirigées en face à face ou téléphoniques et WA-S	hétérogène (4 milieux canadiens, 2 milieux américains)	35 infirmières (14 canadiennes, 21 américaines)	adultes	TA	transversal	Rôle de l'infirmière TA : 1) administrateur, 2) évaluation mentale et soutien, 3) membre d'une équipe, 4) rôle clinique, 5) chercheur, 6) éducateur, 7) avocat du patient, 8) agent sécuritaire, 9) facilitateur de groupe.	Complexité et multi-fonction du rôle infirmier.	Nécessité d'un programme de formation complète pour l'infirmière TA comprenant des notions sur, 1) les compétences fondamentales du soin infirmier, 2) les compétences de l'infirmière en santé mentale, 3) les compétences d'un facilitateur de groupe, 4) la nutrition, 5) la pédagogie
Ramjan	2004	Australie	Qualitative	Exploration des difficultés et obstacles à l'établissement de la relation thérapeutique entre les infirmières et les patients AM	Entrevues semi-dirigées	unité d'adolescents d'un hôpital général ayant une approche basée sur la modification du comportement	10 infirmières (7 F, 3H)	adolescents	AM	transversal	Thème central/lutte constante Sous-thèmes: 1) lutte pour le contrôle, 2) lutte pour le rôle, 3) lutte pour développer la relation thérapeutique	les soins prodigués aux patients AM sont vécus comme une bataille constante	éducation, soutien et préparation
Ramjan & Gill	2012	Australie	Qualitative interprétative	Exploration de l'expérience des infirmières soignantes et des adolescents hospitalisés pour AM	Entrevues semi-dirigées	unité d'adolescents d'un hôpital général ayant une approche basée sur la modification du comportement	10 patients (9F, 1H) et 10 infirmières (6F, 4H)	adolescents	AM	transversal et rétrospectif	L'hospitalisation est vécue comme un emprisonnement. Méta-phore du gardien-détenu	Le dynamisme de l'unité peut entraîner l'établissement de l'alliance thérapeutique	formation et information sur les TA et sur les tenants de l'approche comportementale; focaliser davantage sur la relation thérapeutique; encourager la prise de repas conjointe avec les patients
Ryan (thèse)	2004	Australie	Qualitative, analyse de discours avec approche féministe	Explorer la perception des infirmières du prendre soin de patients hospitalisés pour trouble alimentaire.	Entrevues semi-dirigées	4 unités d'hospitalisation médicales (2 unités pédiatriques, 1 unité médicale adolescente, 1 unité psychiatrique adulte)	19 infirmières (sexe n.d.)	enfants, adolescents et adultes	AM et BN	transversal	Vision des patients par les infirmières: 1) problème identitaire, 2) différence de perception, 3) déviance, 4) normal et anormal à la fois, 5) famille comme pathogénique, 6) perception ambiguë du problème de santé mentale	Constructions plurielles et contradictoires tant au niveau du rôle infirmier (mère VS gardienne) qu'au niveau des perceptions du patient (déviant VS charmant)	n. d.
Ryan et al.	2006	Australie	Qualitative, analyse de discours	Explorer comment le soin infirmier en TA est interprété chez les infirmières	Entrevues semi-dirigées	3 unités d'hospitalisation spécialisées en TA, mais pas exclusivement dédiées (2 unités médicales, 1 unité médicale adolescente)	15 infirmières (13F, 2H)	adolescents enfants (8-14 ans)	AM et BN	transversal	1) Soutien aimant et empathique; 2) Surveillance et discipline, 3) Présence continue	similitude entre infirmière et mère de famille. Perception positive et négative du soin infirmier en TA	Ressources, formation, soutien et supervision
Sly et al.	2014	Angleterre	Qualitative phénoménologique interprétative	Explorer les expériences des clients dans le développement de l'alliance thérapeutique en traitement pour TA.	Entrevues semi-dirigées	Unité de soins spécialisés pour la clientèle TA	8 patients (8F)	adultes (18-35 ans)	AM	transversal	1) alliance comme expérience clé, 2) être actif dans son traitement, 3) parler des tabous, 4) la première impression compte	L'alliance thérapeutique est une composante clé dans le succès du traitement, mais son établissement est parsemé d'embûches. L'établissement de l'alliance thérapeutique commence dès la première rencontre	Formation, soutien aux infirmières et accorder une plus grande importance aux premières rencontres avec le patient

Snell, Crowe, & Jordan	2010	Nouvelle-Zélande	Qualitative, théorisation ancrée	Investiguer et théoriser les expériences des infirmières dans le développement de la relation thérapeutique avec les patients hospitalisés pour TA.	Entrevues semi-dirigées	Unité spécialisée pour TA (infirmière primaire sur l'unité)	7 infirmières [sexes n.d.]	n.d.	TA	transversal	Thème central: maintenir la connexion thérapeutique. Sous-thèmes: 1) Développer la connexion thérapeutique; 2) Négocier la connexion thérapeutique; 3) Coordonner la connexion thérapeutique	L'intégrité de la connexion thérapeutique est continuellement menacée par la résistance du patient et par le rôle de l'infirmière sur l'unité. L'infirmière joue un rôle crucial, parfois invisible, pour le bon fonctionnement de l'unité	Importance de la compétence de l'infirmière
vanOmmeren et al.	2009	Pays-Bas	Qualitative, théorisation ancrée	Développer un modèle théorique explicatif de l'efficacité des soins infirmiers en regard du recouvrement pondéral selon la perspective du patient	Entrevues semi-dirigées	Unité d'hospitalisation dans un centre spécialisé pour TA	13 patients (13F)	adolescents (13-17 ans)	AM	retrospectif < 3 mois	La normalisation, la structure et la responsabilité varient selon la phase de rétablissement du patient Phase 1: infirmière comme un substitut pour la prise de décision. Phase 2: infirmière comme modèle de rôle. Phase 3: infirmière comme personne ressource	Programme avec une approche holistique; importance de balancer les restrictions; formation avancée aux infirmières	
Warren et al.	2008	E.U.	Mixte	Explorer l'expérience personnelle des soignants travaillant auprès des patients atteints d'un TA	Questionnaires auto-administrés (questions ouvertes et fermées (k-scale))	n.d.	43 soignants (infirmière, travailleur social, psychologue, médecin) (39F, 4H)	n.d.	AM et BN	transversal	46% des soignants reçoivent des commentaires sur leur apparence par leurs patients et 73% pensent que les patients évaluent leur apparence. 72% des soignants ont déjà été complétés par leur apparence en contexte de traitement. Les participants ont rapporté un changement de leur relation avec la nourriture depuis qu'ils travaillent en TA.	Plusieurs soignants vivent des changements personnels substantiels au niveau affectif, cognitif et comportemental lors de la prestation de soins auprès de la clientèle TA. Les commentaires des patients sur l'apparence du soignant sont fréquents et leurs raisons sont complexes et demeurent à explorer.	Créer un forum et favoriser les opportunités pour discuter des sujets tabous autour du prendre soin de la clientèle TA. Supervision. Évaluer l'effet de l'apparence du soignant sur la relation thérapeutique et la perception des patients
Wright	2012	Angleterre	Qualitative, phénoménologique herméneutique	Décrire l'expérience vécue entre les patients AM et leurs soignants	Entrevues semi-dirigées	Hôpital de jour spécialisé pour TA	7 patients (7F); 6 soignants (6F)	adulte	AM	transversal	1) Authenticité de la relation; 2) importance de la sécurité; 3) externalisation du TA; 4) rétablissement mesuré par kilos; 5) le pouvoir de l'espoir et de l'optimisme; 6) Maternalisme Phase 1: voir Wright et Hacking Phase 2: Corporalité: identité, externalisation du trouble, rétablissement mesuré en kilos Spatialité: aménagement thérapeutique, règles et réglementations Relationnalité: Perspectives conflictuelles (lutte, capitulation, pleurs et colère), maternalisme Disponibilité: le don de temps; Authenticité: le pouvoir et l'unicité de l'individu, empathie pour le soignant, confiance	Le lien entre le soignant et le patient semble suffisant pour établir une relation thérapeutique; la relation thérapeutique en contexte de soins semble avoir de la valeur à court terme	importance de comprendre l'évolution et le processus relationnel
Wright (Thèse)	2013	Angleterre	Qualitative, phénoménologique interprétative	Explorer l'expérience vécue entre les patients AM et leurs soignants	Entrevues semi-dirigées	Unité spécialisée pour TA (hôpital de jour (phase 1) et unité d'hospitalisation (phase 2))	13 patients (13F) et 13 soignants (infirmière, infirmière détachée, psychiatres) (11F, 2H)	adulte	AM	transversal	L'établissement d'une relation thérapeutique semble possible malgré l'absence de mutualité et de réciprocité.	Focaliser sur l'individu et non la pathologie pour établir une relation thérapeutique authentique, laissant la bataille entre le patient et son AM. Formation spécialisée	
Zugai	2013	Australie	Qualitative	Établir comment les infirmières contribuent au gain pondéral ainsi qu'à une expérience positive d'hospitalisation pour les patients hospitalisés pour AM	Entrevues semi-dirigées	Unité d'adolescents dans un hôpital général	8 patients (8F)	adolescents	AM	retrospectif (1 jour-2 ans post congé)	1) Assurer la prise de poids (renouer au contrôle, comprendre les conséquences d'enfreindre les règles); 2) conserver un milieu thérapeutique (réglement pour mon bien être, avoir du plaisir comme des personnes normales); 3) Relation infirmière (les meilleures infirmières "cared", mon infirmière - ma motivation)	Formation infirmière nécessaire; expliquer la justification des règlements; nécessité d'une balance de restriction	

Annexe 5

Dialectique de négociation perpétuelle

