

Université de Montréal

L'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de
l'anorexie mentale : un examen de la portée

Par

Tue-Chieu Mai

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue d'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)
en sciences infirmières, option formation infirmière et intervention

Mai 2024

© Tue-Chieu Mai, 2024

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**L'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour
de l'anorexie mentale : un examen de la portée**

Présenté par

Tue-Chieu Mai

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Étienne Paradis-Gagné inf., Ph.D.

Président-rapporteur

Christine Genest, inf., Ph.D.

Directrice de recherche

Anne-Marie Martinez, inf., M. Sc.

Co-directrice de recherche

Marie-Hélène Goulet inf., Ph.D.

Membre de jury

Résumé

Depuis les dernières années, le taux d'hospitalisation d'adolescentes avec de l'anorexie mentale (AM) est à la hausse (ICIS, 2022). Si non traitée, l'AM peut mener à une détérioration continue de la santé physique et psychologique (Herpertz-Dahlmann et Dahmen, 2019). Par conséquent, l'accompagnement et l'établissement d'une relation thérapeutique sont nécessaires pour favoriser le rétablissement. Toutefois, en les accompagnant, les infirmières peuvent faire face à de nombreux défis. Notamment, devant la nature de l'AM et la complexité des soins, certaines infirmières peuvent vivre une expérience d'accompagnement particulière. Par conséquent, afin d'avoir une meilleure compréhension du vécu des infirmières, à l'aide d'un examen de la portée, le but de cette recherche est de décrire les éléments pouvant influencer l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale. Les bases de données sollicitées sont PubMed, MEDLINE, All EBM, PsycINFO, Google Scholar et CINAHL. Au total, 15 articles majoritairement qualitatifs ont été retenus. Pour la plupart, les articles provenaient d'Australie, des États-Unis et du Canada. Parmi les résultats, les infirmières peuvent vivre un sentiment d'inefficacité, d'incompétence, et d'impuissance, de l'inconfort, de l'incertitude et de l'anxiété, de la tristesse, de l'indifférence, de la perte d'espoir, de la frustration et de la trahison, de l'épuisement, mais aussi de l'empathie, de la satisfaction et de la joie. Ce vécu émotif est le reflet de nombreux éléments liés à l'environnement, liés à l'AM, liés aux soins et liés à l'infirmière. À la lumière des résultats, de nombreuses recommandations pertinentes pour les sciences infirmières ont émergé et elles ont notamment comme objectifs de conscientiser les infirmières à ce vécu émotif qu'elles pourraient vivre lors de l'accompagnement qui se vit à travers les soins et la relation thérapeutique.

Mots-clés : Anorexie mentale, adolescente, pédiatrie, hospitalisation, expérience, infirmières

Abstract

In recent years, the hospitalization rate of adolescents with anorexia nervosa (AN) has been increasing (ICIS, 2022). If left untreated, AN can lead to continued deterioration of physical and psychological health (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019). Therefore, support and the establishment of a therapeutic relationship are necessary to promote recovery. However, in providing support, nurses may face numerous challenges. Specifically, given the nature of AN and the complexity of care, some nurses may live a unique experience of care. Consequently, to gain a better understanding of nurses' experiences, using a scoping review, the purpose of this research is to describe the factors that may influence the experience of nurses working with pediatric patients hospitalized for AN. The databases searched include PubMed, MEDLINE, All EBM, PsycINFO, Google Scholar, and CINAHL. A total of 15 primarily qualitative articles were selected. Most articles were from Australia, the United States, and Canada. Among the findings, nurses may experience feelings of inefficacy, incompetence, and powerlessness, discomfort, uncertainty, and anxiety, sadness, indifference, loss of hope, frustration, and betrayal, exhaustion, but also empathy, satisfaction, and joy. This emotional experience reflects many elements related to the environment, AN, care, and the nurse. Considering the results, numerous relevant recommendations for nursing sciences have emerged, with the main objective being to raise awareness among nurses of the emotional experiences they may encounter during support provided through care and therapeutic relationships.

Keywords: Anorexia nervosa, adolescents, paediatrics, hospitalization, experience, nurses

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	10
Liste des figures	11
Liste des abréviations.....	12
Remerciements.....	13
Chapitre 1 – Mise en contexte.....	15
But de la recherche	22
Question de recherche.....	22
Chapitre 2 – Recension des écrits	23
L’anorexie mentale chez la clientèle pédiatrique.....	24
Caractéristiques de l’anorexie mentale	24
Spécificité selon le genre.....	25
Signes précurseurs de l’anorexie mentale	26
La complexité des soins pour la clientèle pédiatrique hospitalisée et diagnostiquée d’anorexie mentale.....	27
Complications de l’état de santé physique	27
Nature égocytone de la maladie.....	29

Comorbidités psychiatriques	30
Traits de la personnalité	31
La relation thérapeutique entre l’infirmière et l’adolescente diagnostiquée d’anorexie mentale	33
Facteurs influençant la relation thérapeutique.....	34
<i>L’ambivalence au changement</i>	34
<i>Manque de confiance mutuelle</i>	35
<i>L’hospitalisation</i>	36
Cadre conceptuel: Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM	38
Chapitre 3 – Méthodologie	42
Devis méthodologique	43
Déroulement de l’étude.....	43
Critères d’éligibilité.....	44
Sources d’information	45
Recherche documentaire et sélection des études.....	45
Cartographie des données	46
Analyse et synthèse des résultats.....	47
Critères de scientificité de l’examen de la portée.....	47
Considérations éthiques	48
Chapitre 4 – Résultats	49

Résultats de la recherche documentaire.....	50
L'expérience de travail des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale.....	52
Éléments d'influence de l'expérience des infirmières.....	54
Liés à l'environnement.....	54
<i>Dynamiques humaines et organisationnelles du milieu hospitalier.....</i>	54
Charge de travail.....	54
Soutien intra/interprofessionnel.....	56
Liés à l'adolescente.....	56
<i>Caractéristiques de l'AM et comorbidité.....</i>	56
<i>Présence de la famille.....</i>	57
Liés aux soins : La relation thérapeutique.....	58
<i>L'établissement et le maintien des frontières thérapeutiques.....</i>	58
<i>Adoption du rôle de mère/sœur.....</i>	59
Liés à l'infirmière.....	59
<i>La formation et les connaissances.....</i>	59
<i>Expérience professionnelle.....</i>	60
<i>Antécédents et valeurs personnelles et professionnelles.....</i>	61
<i>Vécu émotif.....</i>	62
Vécu émotif ayant un impact contraignant sur l'expérience.....	63

<i>L'inefficacité, l'incompétence et l'impuissance</i>	63
<i>L'inconfort, l'incertitude et l'anxiété</i>	64
<i>La tristesse, l'indifférence et la perte d'espoir</i>	65
<i>La frustration et la trahison</i>	66
<i>L'épuisement</i>	68
Vécu émotif ayant un impact facilitant sur l'expérience.....	70
<i>L'empathie, de la satisfaction et de la joie</i>	70
Sommaire des résultats	72
Chapitre 5 – Discussion	74
Contribution des résultats quant à l'avancement des connaissances.....	75
Liés à l'environnement.....	75
Liés à l'adolescente.....	77
Liés aux soins	80
Liés à l'infirmière	85
Contribution du Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM.	92
Recommandations pour les sciences infirmières.....	94
Recommandations en recherche	95
Recommandations en gestion	95
Recommandations en formation infirmière.....	96

Limites et forces de l'examen de la portée	97
Conclusion	100
Références.....	101
Annexes.....	117
Annexe A : Exemple d'équation de recherche et mots-clés utilisés pour la base de données PubMed	118
Annexe B : Données des articles retenus pour l'examen de la portée	120
Annexe C: Tableaux utilisés pour cartographier les données	129
Annexe D: Aide-mémoire de l'examen de la portée	171
Annexe E: Diagramme de flux PRISMA.....	173

Liste des tableaux

Tableau 1: <i>Éléments influençant l'expérience des infirmières</i>	53
--	----

Liste des figures

Figure 1 : *Résumé des résultats des éléments d'influence de l'expérience des infirmières.....73*

Liste des abréviations

AM : Anorexie mentale

APA : *American Psychiatric Association*

CHU Sainte-Justine : Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

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

COVID-19 : *Coronavirus Disease 2019*

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

MHSI-UdeM : Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal

TCA : Trouble du comportement alimentaire

Remerciements

Je remercie mes directrices de recherche Christine Genest et Anne-Marie Martinez pour votre soutien continu tout au long du mémoire. Je tenais également à remercier Christine Genest qui m'a poussé à fond lors du practicum; me permettant de méditer sur moi-même et d'élaborer de nombreuses stratégies pour assurer mon développement personnel.

Je remercie bien évidemment ma famille de m'avoir accompagné et encouragé durant tout mon parcours à la maîtrise. C'est grâce à vous que j'ai pu me permettre d'effectuer des études supérieures et j'en serai toujours reconnaissant.

Je remercie ma copine Isabella qui a été à mes côtés à chaque étape de la maîtrise et qui m'a encouragé à persévérer dans les moments les plus difficiles. Merci d'avoir toujours cru en moi et merci d'avoir toujours eu foi en moi et en mon potentiel. Merci aussi d'avoir toujours été là pour m'écouter parler de mon mémoire ou de toutes mes autres idées farfelues.

Je remercie mes amies Estelle et Alexandra qui ont survécu le programme de maîtrise avec moi. *Cheers* aux rencontres où l'on se motivait à rédiger le mémoire!

Je remercie tous mes amis Alex, Adam, Chris, Marysa, Houssam et Sedika qui m'ont encouragé durant mon parcours à la maîtrise.

Je remercie Louise Boyer pour le magnifique cours de formation infirmière. Vous avez contribué à raviver ma flamme pour l'enseignement et j'aspire à devenir un aussi bon professeur que vous un jour.

Je remercie les bibliothécaires Alix Pincivy et Philippe Dodin du Centre universitaire de santé Sainte-Justine pour avoir effectué la recherche documentaire systématique.

Finalemant, un gros merci à tous les étudiants que j'ai pu accompagner durant mon parcours à la maîtrise! Merci de votre encouragement et merci d'avoir vu un potentiel en moi pour l'éducation.

Chapitre 1 - Mise en contexte

La mise en contexte

L'anorexie mentale (AM) se définit comme étant un trouble du comportement alimentaire (TCA) ayant trois caractéristiques essentielles, soit la restriction des apports énergétiques prolongée menant à un poids significativement bas, la peur de prendre du poids ou de devenir gros et l'altération de la perception de son poids ou de la forme de son corps (American Psychiatric Association, 2022). Les facteurs de risque de l'anorexie mentale sont multiples. En effet, parmi ces facteurs, on y retrouve notamment le genre, l'âge, les prédispositions biologiques et psychiatriques, les gènes, les antécédents familiaux psychiatriques, les traits de personnalité, le milieu géographique, certains champs d'intérêt et l'influence des médias (Mehler et Andersen, 2017). Il existe également deux sous-types d'anorexie mentale ; soit le type restrictif et le type accès hyperphagique/purgatif (APA, 2022). De plus, il existe l'anorexie mentale atypique qui est un TCA où tous les critères de l'AM sont présents, à l'exception du fait que malgré une perte de poids significative, le poids de l'adolescente se situe dans ou au-dessus du seuil de poids normal. (APA, 2022). Cependant, étant donné que l'American Psychiatric Association (2022) n'identifie pas un seuil de poids spécifique pour les adolescentes avec de l'anorexie mentale atypique, celles avec un pourcentage de l'indice de masse corporelle (IMC) médian supérieur à 85 % précédant l'évaluation ont été classées comme ayant une anorexie mentale atypique (Garber et al., 2019). En ce qui concerne les hospitalisations, la prévalence de l'AM en milieu hospitalier est plus grande comparativement aux autres troubles du comportement alimentaire (TCA) (Asch et al., 2021). D'ailleurs, au cours de la pandémie de COVID-19 au Canada, selon l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (2022), il y a eu une augmentation de 60% des hospitalisations liées aux TCA pour les enfants/adolescentes âgées entre 10-17 ans. Le taux d'incidence des hospitalisations par 100 000 habitants est passé de 52/100 000 en 2019-2020 à 82/100 000 entre

2020-2021 (ICIS, 2022). Plus précisément, pendant la pandémie de COVID-19, en ce qui a trait aux hospitalisations d'adolescentes avec de l'AM ou de l'AM atypique, le taux mensuel d'hospitalisation a triplé à l'échelle nationale au Canada (Agostino et al., 2021). Effectivement, le taux d'hospitalisation est passé de 7,5 hospitalisations mensuelles en période prépandémique à 20,0 hospitalisations mensuelles durant la période de la pandémie de COVID-19 (Agostino et al., 2021).

De manière générale, l'AM apparaît le plus souvent chez les adolescentes âgées entre 15-19 ans et représentent jusqu'à 40% des nouveaux diagnostics liés aux TCA (Hoek, 2006; Jagielska et Kacperska, 2017; Neale et Hudson, 2020). Environ 85% des cas d'AM se développent avant l'âge de 20 ans (Herpertz-Dahlmann, 2015; Jagielska et Kacperska, 2017). Sur 12 mois, le taux moyen de prévalence de l'AM chez les adolescentes de 14-24 ans est de 0,4% (Nagl et al., 2016). Or, durant la période de la pandémie de COVID-19, au Canada, il a été possible d'observer une augmentation de plus de 60% de nouveaux diagnostics mensuels associés à l'AM (Agostino et al., 2021). Étant donné que la grande majorité des diagnostics d'AM arrivent chez la clientèle pédiatrique, elle constituera donc la population cible de ce mémoire. De plus, selon Smink et al. (2012), il y aurait 10 fois plus de femmes avec de l'AM que d'hommes. Par expérience personnelle de l'étudiant-chercheur, en milieu hospitalier, voire dans les unités spécialisées en TCA, très rares sont les garçons hospitalisés. Par conséquent, dans ce mémoire, lorsqu'il sera question d'aborder la clientèle pédiatrique hospitalisée avec de l'AM, le féminin sera utilisé bien que la clientèle masculine soit considérée.

À long terme, si non traitée, l'AM peut mener à des conséquences potentiellement permanentes pour la santé de la personne telles que l'ostéopénie et l'ostéoporose (Mehler et Brown, 2015). Selon l'étude d'Herpertz-Dahlmann et Dahmen (2019), les enfants et adolescentes

sont plus à risque de complications comparativement aux adultes pour un même pourcentage de poids corporel perdu. Ainsi, faisant face à une dénutrition sévère menant à des complications, une hospitalisation et des traitements rapides pourraient s'avérer nécessaires pour la santé de l'adolescente (Mairs et Nicholls, 2016; Ramasamy, 2021). Dépendamment de la sévérité de l'AM, une hospitalisation peut être envisagée si la sécurité physiologique de la personne est à risque (Ramasamy, 2021). Pour renchérir, selon Herpertz-Dahlmann et Dahmen (2019), les résultats à la suite des traitements seraient moins positifs chez la clientèle pédiatrique que la clientèle adulte. Bien qu'environ 50% des adolescentes se rétabliraient totalement de l'AM, l'autre 50% se retrouveraient soit en rétablissement partiel ou en développement d'une chronicité avec la détérioration continue de la santé physique et psychologique (Herpertz-Dahlmann et Dahmen, 2019). En d'autres mots, le rétablissement suite aux traitements peut s'avérer difficile puisque l'hospitalisation n'amène pas toujours le rétablissement souhaité chez l'adolescente. Par conséquent, la population cible de cette recherche consistera en la population pédiatrique avec de l'AM.

En ce qui a trait aux traitements, ceux-ci sont complexes entre autres en raison de la nature égocentrique de la maladie. En effet, la nature égocentrique d'une maladie se définit par la perception que les comportements, pensées et attitudes sont acceptables pour la personne atteinte. Ainsi, l'AM est perçue comme un mécanisme fonctionnel permettant à la personne d'avoir un sentiment de maîtrise et de sécurité (Gregertsen et al., 2017). Cela mène la personne à ne pas reconnaître l'impact de ses actions et à l'usage de différentes tactiques pour perdre du poids (Gregertsen et al., 2017; Westwood et Kendal, 2012). Comme conséquences, en ne reconnaissant pas l'AM comme étant un problème à la santé, il peut y avoir une diminution de la collaboration aux soins et des tensions avec l'équipe de soins (Halimi, 2013). D'autre part, l'AM semble être associé également

à certains traits de personnalité reliés à une affectivité négative, le détachement affectif et un caractère consciencieux qui pourraient contribuer à la complexité des soins (Dufresne et al., 2020; Farstad et al., 2016). Ainsi, l'affectivité négative pourrait s'observer lors des repas alors que les adolescentes présenteraient fréquemment des émotions telles que l'anxiété (Dufresne et al., 2020; Gianini et al., 2015) ce qui a pour effet d'entraîner des comportements et attitudes de réticence face à l'alimentation (Gianini et al., 2015). Cela peut complexifier les soins puisque les infirmières doivent assurer une surveillance étroite lors des repas afin d'assurer la réalimentation et soutenir les adolescentes montrant des signes d'anxiété (Hage et al., 2017). De plus, selon Buhren et al. (2014) ainsi que Jaite et al. (2013), la complexité dans le traitement peut être liée à la grande prévalence de comorbidités psychiatriques chez la clientèle pédiatrique souffrant d'AM telles que des troubles dépressifs, des troubles de la personnalité, des troubles obsessionnels compulsifs et des troubles anxieux. Puis, le risque accru de complications systémiques secondaires à la dénutrition ajoute un élément de complexité aux soins (Cass et al., 2020; Cost et al., 2020; Mehler et Brown, 2015; Puckett et al., 2021; Winston, 2012).

Une autre complexité du traitement est liée au fait que l'établissement d'une relation thérapeutique auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée souffrant d'AM peut être plus ardu. En effet, il peut être difficile pour l'infirmière de créer cette relation thérapeutique en raison du déni de l'AM (Gregertsen et al., 2017), de certains traits de personnalité et des comorbidités psychiatriques (Buhren et al., 2014; Dufresne et al., 2020; Jaite et al., 2013). De plus, dans la mesure où la jeune ne reconnaît pas la maladie, il peut aussi y avoir un manque d'introspection et de motivation au changement (Abbate-Daga et al., 2013), et un manque de confiance envers le personnel soignant (Sibeoni, et al., 2017) ce qui occasionne des hospitalisations (Douzenis et Michopoulos, 2015). Dans un tel contexte, il est possible de croire qu'il soit plus difficile de

développer une relation thérapeutique avec l'adolescente présentant de l'AM. Cependant, bien que l'établissement d'une relation thérapeutique puisse être empreint de défis, il demeure important puisqu'il favoriserait un meilleur rétablissement et la diminution des symptômes liés à l'AM (Bourion-Bedes et al., 2013; Zaitsoff et al., 2015).

En ce qui concerne la pratique de l'infirmière auprès de la clientèle adolescente diagnostiquée d'AM, celle-ci est cruciale même si, à travers celui-ci, l'infirmière doit composer avec une certaine complexité de soins et faire face à certaines difficultés qui y sont reliées. En raison de son positionnement central au sein de l'équipe de soins et de sa présence constante auprès de l'adolescente et sa famille, l'accompagnement de l'infirmière est essentiel. Selon Cara et al. (2016, p. 5), la pratique de l'infirmière consiste à « adopter une pratique professionnelle compétente, empreinte de *caring* et faisant preuve, dans ses interventions, d'engagement et d'imputabilité ». Ainsi l'infirmière, dans le cadre des soins qu'elle offre, établit un lien thérapeutique. Elle cherche à privilégier des valeurs humanistes telles que la foi en le potentiel de chaque individu, le respect de la dignité humaine et le respect des autres (Cara et al., 2016). En d'autres mots, elle fait preuve de *caring* dans les soins qu'elle offre. En contexte de soins hospitaliers auprès de la clientèle pédiatrique avec de l'AM, la pratique de l'infirmière englobe, entre autres l'accompagnement dans la prise de poids et la reprise de bonnes habitudes alimentaires, la gestion des complications physiques, le traitement des comorbidités et le soutien des familles (Wolfe et al., 2016). Pour y arriver et assurer une collaboration aux soins, l'infirmière se doit d'établir une relation thérapeutique afin d'accompagner l'adolescente dans son expérience de soins tout en maintenant les règlements et le cadre de l'unité de soin (Salzmann-Erikson et Dahlén, 2017). Toutefois, en raison de la complexité des soins et des enjeux liés à la relation thérapeutique, l'expérience des infirmières pourrait être affectée et elles pourraient vivre une

certaine incertitude face aux soins à prodiguer (Daydé, 2012). De plus, faisant face à une clientèle perçue comme peu collaborante et difficile d'approche, l'infirmière pourrait vivre de la frustration, de la fatigue et de l'épuisement (Maslach et Leiter, 2016). Ainsi, il est pertinent ou nécessaire de connaître l'expérience des infirmières auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée souffrant d'AM afin de savoir si celle-ci pourrait être influencée par cette difficulté d'établir cette relation thérapeutique.

En bref, il y a de nombreux éléments qui pourraient potentiellement influencer l'expérience de l'infirmière travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée souffrant d'AM. Toutefois, dans la littérature scientifique, il ne semble pas exister d'écrits qui dressent l'état des connaissances en lien avec cette expérience. Par conséquent, il s'avère pertinent de faire un examen de la portée afin de présenter en quoi cette expérience professionnelle se distingue. C'est donc dans le but de décrire l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale que la présente étude de la portée a été réalisée. À l'aide d'un examen de la portée, il sera possible d'avoir un aperçu de l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée souffrant d'AM et d'identifier les éléments qui peuvent influencer cette expérience. Ensuite, il sera possible d'émettre des recommandations pour améliorer la pratique infirmière.

But de la recherche

À l'aide d'un examen de la portée, le but de cette recherche est de décrire les éléments pouvant influencer l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale.

Question de recherche

1. Quels sont les éléments pouvant influencer l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale ?

Chapitre 2 - Recension des écrits

Cette recension des écrits a comme objectif de mieux comprendre la problématique portant sur les grands concepts entourant l'AM. Tout d'abord, il sera question de mieux définir l'AM chez la clientèle pédiatrique. Ensuite, une explication détaillée sera donnée par rapport à la complexité des soins. Puis, un autre thème portera sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et l'adolescente avec de l'anorexie mentale. Enfin, le cadre conceptuel sera présenté.

L'anorexie mentale chez la clientèle pédiatrique

Dans cette première section présentant les caractéristiques de l'AM, les trois critères diagnostiques de l'AM seront présentés et élaborés. Ensuite, il sera question de présenter les spécificités selon le genre et les signes précurseurs de l'AM; soit les signes pouvant indiquer la présence d'un trouble alimentaire chez l'adolescente.

Caractéristiques de l'anorexie mentale

Comme mentionné dans la problématique, environ 85% des cas d'AM se développent avant l'âge de 20 ans (Herpertz-Dahlmann, 2015; Jagielska et Kacperska, 2017) et, la prévalence annuelle de l'AM chez les 14-24 ans serait de 0,4% (Nagl et al., 2016). De plus, comme vu précédemment, l'anorexie mentale se définit selon trois critères diagnostiques (APA, 2022). Premièrement, il y a la restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas en fonction de l'âge, du genre et du stade de développement (APA, 2022). Pour les adolescentes, durant cette période de croissance pubertaire, une dénutrition peut mener à un ralentissement de croissance, voire un retard de croissance (Marion et al., 2020). Deuxièmement, les personnes avec de l'AM auront une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros. Cette peur n'est souvent pas palliée par la perte de poids (APA, 2022). Au contraire,

avec la perte de poids, cela peut même accentuer la peur et accroître le désir d'en perdre davantage. De surcroît, il se peut que la personne ne reconnaisse pas et ne veuille pas reconnaître sa perte de poids (APA, 2022). Troisièmement, il y a l'altération de la perception du poids et de la forme corporelle. Ainsi, pour certaines personnes diagnostiquées d'AM, cela peut vouloir dire qu'elles se sentent trop grosses malgré le sous-poids. Pour d'autres, elles ont des préoccupations pour certaines parties, ce qui les amène à vouloir continuer à perdre du poids (APA, 2022). Pour évaluer leur taille et leur poids, différentes tactiques sont utilisées telles que la pesée fréquente, le fait de s'examiner longtemps devant un miroir et la palpation des endroits où elles jugent avoir trop de graisse (APA, 2022). Pour ce qui est de l'estime de soi, celle-ci est grandement liée à la perception que l'adolescente a de son poids et de son corps. Tout cela amène la personne à avoir un sentiment de satisfaction en perdant du poids et à nier les conséquences potentielles pour sa santé (APA, 2022). Ce déni des conséquences et ce sentiment de satisfaction face à une perte de poids représentent en partie une caractéristique très présente chez les personnes avec de l'AM; soit la nature égocentrique. Cette nature sera davantage définie dans la section portant sur la complexité des soins.

Spécificité selon le genre

Même si l'anorexie mentale est un trouble de santé mentale diagnostiqué principalement chez les filles, il n'en demeure pas moins que les garçons peuvent aussi en être atteints (van Eeden et al., 2021). Toutefois, il semble y avoir des différences dans la présentation du trouble selon le sexe de la personne atteinte. Chez les adolescents, ceux-ci rapportent généralement moins d'inquiétude par rapport à la forme de leur corps et de leur poids comparativement aux adolescentes (Limbers et al., 2018). Une autre différence serait que les adolescents seraient moins à la recherche d'avoir un corps mince (Limbers et al., 2018). Au contraire, les adolescents

voudraient généralement être plus musclés, ce qui peut cependant être relié à un trouble soit la dysmorphie musculaire. L'orientation sexuelle a également été identifiée comme un potentiel indicateur aux hommes pour le développement de l'AM (Limbers et al., 2018). Effectivement, les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin homosexuels ou bisexuels présentent des taux plus élevés d'AM (Limbers et al., 2018). Pour le sexe féminin homosexuel ou bisexuel, cette population n'est pas mise de l'avant dans la littérature scientifique.

Signes précurseurs de l'anorexie mentale

L'AM peut être soupçonnée chez les adolescentes présentant une perte de poids inexplicable. D'ailleurs chez les adolescentes, l'AM pourrait se présenter comme une incapacité d'avoir un poids proportionnel à leur taille ou un poids qui ne suit pas la courbe de croissance (Mehler et Andersen, 2017; Marion et al., 2020). L'aménorrhée sans cause évidente chez les adolescentes peut également être un autre signe d'AM (Mehler et Andersen, 2017). Tout développement d'une grande préoccupation par rapport à l'image corporelle et au poids, les discussions fréquentes par rapport à la perte de poids et la comparaison négative avec les pairs sont des indicateurs potentiels d'AM (Mehler et Andersen, 2017). L'adolescente peut également présenter des traits obsessionnels compulsifs en ayant des pensées obsédantes sur la nourriture et son image corporelle (APA, 2022). Cela pourrait se représenter sous la forme de contrôle de son alimentation personnelle ou un changement drastique de sa diète (APA, 2022). Comme autres signes associés à l'AM, l'adolescente peut présenter des difficultés à manger en public, un manque de spontanéité sociale, un besoin de contrôler son environnement et une diminution de l'expressivité émotionnelle (APA, 2022). Dans les cas de dénutrition sévères, les adolescentes peuvent même montrer des signes de dépression tels que le retrait social, l'irritabilité, l'insomnie

et la diminution de l'intérêt pour la sexualité selon leur âge et leur stade de développement (APA, 2022).

Ainsi, comme les signes précurseurs ne sont pas uniquement psychologiques, il est nécessaire pour l'infirmière d'effectuer un examen physique et mental afin de bien évaluer la présence de l'AM chez une adolescente (Peterson et Fuller, 2019). De plus, les signes précurseurs peuvent donner un préavis de la gravité de l'AM et des soins complexes qui seront à envisager (Peterson et Fuller, 2019).

La complexité des soins pour la clientèle pédiatrique hospitalisée et diagnostiquée d'anorexie mentale

Dans cette deuxième section, il y aura tout d'abord une présentation des complications physiques auxquelles les adolescentes diagnostiquées d'AM peuvent potentiellement faire face et qui peuvent complexifier des soins. Ensuite, quatre autres facteurs pouvant contribuer à la complexité des soins seront discutés; soit les complications de l'état de santé physique, la nature égocentrique de l'AM, les comorbidités psychiatriques et les traits de la personnalité.

Complications de l'état de santé physique

Pour amorcer ce premier sujet portant sur la complexité des soins, il y a plusieurs éléments à prendre en compte avant de prodiguer des soins auprès de la clientèle adolescente souffrant d'AM. De prime abord, la dénutrition ou la malnutrition peut mener à des complications au niveau métabolique, cardiopulmonaire, endocrinien, gastro-intestinal, musculosquelettique et hématologique (Cass et al., 2020). Parmi les complications fréquemment rencontrées en milieu de soins, il y a notamment la bradycardie (présente chez 38-48% de la clientèle avec de l'AM), l'aménorrhée (66-84%), la distension abdominale (90%), des douleurs abdominales et des nausées

(> 50%), et de la constipation (67-83%) (Cass et al., 2020). Celles-ci sont toutes réversibles avec la réalimentation et le gain de poids (Mehler et Brown, 2015). Cependant, si l'AM n'est pas traitée, l'adolescente peut faire face à certaines complications permanentes. Particulièrement, à long terme, la perte de la densité osseuse menant à de l'ostéoporose pourrait être une conséquence irréversible de l'AM malgré la réalimentation (Cost et al., 2020; Jagielska et al., 2016). Selon la revue de la littérature de Jagielska et al. (2016) portant sur l'étiologie, la prévalence, l'évolution et le traitement des troubles osseux dans l'AM, 35-98% des femmes avec l'AM auraient de l'ostéopénie et 13-50% présenteraient de l'ostéoporose. Le risque d'ostéopénie et d'ostéoporose serait davantage présent chez les femmes qui ont de l'AM chronique depuis leur adolescence (Jagielska et al., 2016). Dans l'étude longitudinale menée par Halvorsen et ses collègues en 2012, le développement osseux de 39 adolescentes, âgées entre 9,2 et 17,8 ans, a été suivi sur une période de huit ans ($\pm 3,3$). Les résultats révèlent qu'au début du traitement, 33% présentaient de l'ostéopénie et 8% avaient développé de l'ostéoporose après huit ans de suivi (Halvorsen et al., 2012). Donc, relativement à cela, l'infirmière doit être alerte et sensibilisée aux conséquences à long terme que pourrait avoir l'AM sur la santé osseuse des adolescentes (Wolfe et al., 2016). De plus, l'infirmière doit également porter une attention particulière lors de la réalimentation, car il y a un risque du syndrome de la réalimentation lors de la réintroduction d'aliments (Crook, 2014). Ce syndrome se caractérise par le passage du catabolisme à l'anabolisme lors de la réalimentation (Crook, 2014). Ainsi, à la suite d'une période de privation alimentaire importante, les cellules absorberaient davantage de glucose, de phosphate, de potassium et de magnésium (Crook, 2014). Le corps ferait ensuite face à une carence électrolytique pouvant être mortelle (Crook, 2014). La prévalence de ce syndrome varierait entre 0,43% à 34% (Crook, 2014). Crook (2014) mentionne toutefois que la véritable prévalence de ce syndrome est discutable. En effet, selon la définition

utilisée pour décrire le syndrome de réalimentation, la présence d'hypophosphatémie pourrait être considérée pour indiquer la présence de ce syndrome (Crook, 2014). Cependant, l'hypophosphatémie est courante chez les patients hospitalisés et sa présence ne signifie pas nécessairement qu'il y a présence du syndrome de réalimentation (Crook, 2014). Cela explique donc pourquoi l'écart de 0,43% à 34% est aussi grand (Crook, 2014). Au sujet de cette possible complication, l'infirmière doit particulièrement assurer une surveillance étroite des paramètres biochimiques, assurer une réalimentation progressive et être à l'affût des symptômes liés au syndrome de la réalimentation tels que le délirium, l'arythmie, l'hypoxie tissulaire et la rhabdomyolyse (Crook, 2014; Proulx-Cabana et al., 2022). Les différentes complications physiques qui peuvent accompagner l'AM chez les adolescentes obligent donc les infirmières à avoir une vision globale de la jeune et à considérer autant la dimension psychologique que physique quand elle prend soin de cette clientèle.

Nature égosyntonique de la maladie

Un autre facteur qui peut venir complexifier les soins est la nature égosyntonique de la maladie (Gregertsen et al., 2017; Roncero et al., 2013). Comme mentionné précédemment cette nature égosyntonique fait référence au fait que la personne ne reconnaît pas l'AM comme une maladie, mais que celle-ci est davantage perçue comme un moyen d'atteindre un sentiment de stabilité et de sécurité (Gregertsen et al., 2017). Il s'agit donc d'un mécanisme permettant à l'adolescente d'avoir un sentiment de contrôle sur soi (Gregertsen et al., 2017). Étant en mesure de contrôler son alimentation, la personne se sent digne de son accomplissement, ce qui lui procure un sentiment de fierté (Gregertsen et al., 2017). Ainsi, en contexte de soins, cette nature égosyntonique peut mener à des frictions entre l'adolescente et l'équipe de soins. Ne reconnaissant pas l'AM et se sentant confortable avec la maladie et ses symptômes, cette clientèle peut être réticente; voire fermée à

l'idée de devoir se réalimenter et modifier ses comportements. Par conséquent, cette perception de non-collaboration aux soins complexifie la tâche de l'équipe de soin et des infirmières et rend plus difficile l'établissement d'une relation thérapeutique (Abbate-Daga et al., 2013; Halmi, 2013).

Comorbidités psychiatriques

Par ailleurs, il y a également une possibilité que les adolescentes diagnostiquées d'AM souffrent de comorbidités psychiatriques. Dans l'étude de Jaite et al. (2013), les auteurs se sont intéressés à la prévalence de comorbidités psychiatriques chez les enfants et adolescentes (10-21 ans) ayant de l'AM et de la boulimie mentale. Parmi les participantes (n = 1121), 341 avaient de l'AM (30%). Les résultats indiquent que 59,8% des participantes avec de l'AM avaient au moins une comorbidité. Parmi ces comorbidités, celles qui avaient une plus grande prévalence étaient la dépression (39,3%), les troubles somatoformes (16,7%), les troubles anxieux (14,7%) et les troubles de la personnalité (8,5%) (Jaite et al., 2013). Dans une étude similaire, les auteurs Buhren et al. (2014) ont trouvé, parmi 148 adolescentes d'âge moyen de 15,2 ans avec de l'AM, que 47,3% (n=70) d'entre elles avaient au moins une comorbidité. Parmi ces 70 adolescentes, 35,1% avaient une comorbidité, 8,8% en avaient deux, 2,7% avaient en trois et 0,7% en avait quatre (Buhren et al., 2014). Les comorbidités les plus prévalentes étaient les troubles affectifs (34,5%) telles que la dépression caractérisée et la dysthymie (Buhren et al., 2014). De plus, les troubles anxieux étaient également prévalents (10,8%) (Buhren et al., 2014). Par conséquent, il est possible de remarquer que les comorbidités psychiatriques sont très prévalentes chez la clientèle pédiatrique avec de l'AM. La présence de plusieurs comorbidités en concomitance avec l'AM est également une possibilité à laquelle les infirmières doivent être sensibilisées (Wolfe et al., 2016). Ces comorbidités, pouvant avoir un impact sur le fonctionnement et les symptômes de la personne, doivent également être prises en compte dans les soins (Buhren et al., 2014). Selon Resmark et al.

(2019), ces comorbidités peuvent complexifier les soins puisqu'elles peuvent nécessiter plusieurs changements dans le plan de traitement afin de traiter des problèmes autres que l'AM.

Traits de la personnalité

En plus des impacts des facteurs mentionnés précédemment sur la complexité des soins et la collaboration des adolescentes, certains traits de personnalité reliés à l'affectivité négative, au détachement affectif et au caractère consciencieux peuvent aussi influencer le soin (Dufresne et al., 2020; Farstad et al., 2016). Dans la revue systématique de Dufresne et al. (2020) visant à examiner les traits de personnalité présents chez la population adolescente avec un TCA, les auteurs ont revu 26 articles datant de 1999 à 2018. Parmi les articles, l'âge moyen de la population était de 15,74 ans et elle était majoritairement féminine (98%). Parmi les résultats, les auteures ont trouvé que les adolescentes avec de l'AM avaient une plus grande prévalence de traits de personnalité liée à l'affectivité négative ($g = 0,78$; $k = 25$; 95% intervalle de confiance [IC] = 0,59–0,96; $p < ,001$), au détachement affectif ($g = 0,69$; $k = 14$; 95% IC = 0,59–1,08; $p < ,001$) et au caractère consciencieux ($g = -0,53$; $k = 19$; 95% IC = -0,72 à -0,34; $p < ,001$). Selon Dufresne et al. (2020), ces traits de personnalité peuvent maintenir ou exacerber les comportements alimentaires inadéquats, contribuant à complexifier les soins.

Pour ce qui est de l'affectivité négative, l'adolescente peut démontrer des niveaux élevés d'émotions telles que l'anxiété, la dépression, la colère et l'irritabilité. Comme comportements associés à ces émotions, l'adolescente pourrait montrer des comportements de résistance ou d'ambivalence lors de la réalimentation tels que fixer la nourriture, déchiqueter la nourriture en plusieurs petits morceaux, la prise de petites bouchées et de l'hyperactivité (Gianini et al., 2015). Ainsi, pour pallier la situation, l'infirmière doit non seulement être en mesure d'accompagner l'adolescente lors des repas, mais elle doit également soutenir celle-ci dans la gestion de son

anxiété et dans l'identification et la verbalisation de ses émotions (Wolfe et al., 2016). Or, cela pourrait être compliqué puisque l'adolescente peut également avoir des traits de personnalité associés au détachement affectif. Ce faisant, ces traits de personnalité pourraient se démontrer par de l'isolement social, un manque de confiance interpersonnelle, une faible estime de soi et de l'aliénation sociale (Dufresne et al., 2020). Comme conséquences, cela ferait en sorte que l'adolescente se referme sur elle-même et ne veuille pas recevoir de l'aide (Dufresne et al., 2020). De plus, selon Dufresne et al. (2020), l'adolescente pourrait présenter des traits de la personnalité associés au caractère consciencieux telle que la persistance, l'ascétisme et le perfectionnisme. Ces traits se traduiraient ensuite par le désir de l'adolescente de garder le contrôle sur son alimentation et de vouloir continuer à perdre du poids afin d'atteindre son objectif (Dufresne et al., 2020). Ainsi, en raison des différents traits de personnalité pouvant être associés à l'AM, le contexte hospitalier où l'on retrouve la présence de routine et de règlements pourrait amener l'adolescente à vivre une certaine confrontation face à l'équipe de soin ce qui l'amènerait à négocier ses apports nutritionnels et autres règlements présents sur l'unité de soin (Zugai et al., 2018). En d'autres mots, ces traits de personnalité contribuent à complexifier les soins des infirmières, car l'adolescente pourrait remettre en question les soins offerts et l'amener à ne pas vouloir recevoir d'aide.

En bref, comme il est possible de voir, il y a plusieurs facteurs contribuant à la complexité des soins auprès de la clientèle adolescente diagnostiquée d'AM. Les infirmières doivent savoir naviguer à travers cette complexité afin de prodiguer des soins physiques et mentaux en tenant compte des possibles comorbidités psychiatriques. De plus, avec la nature égocentrique de la maladie et la présence de certains traits de personnalité, la collaboration aux soins pourrait représenter un autre défi de taille pour les infirmières et influencer leur expérience dans les soins.

La relation thérapeutique entre l’infirmière et l’adolescente diagnostiquée d’anorexie mentale

Les interventions de l’infirmière auprès de l’AM sont déterminées selon les besoins et objectifs de l’adolescente et sa famille, et le plan de traitement de l’équipe interdisciplinaire (Wolfe et al., 2016). En contexte hospitalier, l’infirmière soutient l’adolescente dans son gain de poids, surveille l’apparition de complications physiques et les difficultés reliées aux comorbidités, accompagne la personne à reprendre de saines habitudes alimentaires, favorise la motivation à changer ses comportements face à l’alimentation, offre un enseignement portant sur l’AM et soutient la famille à travers l’expérience de santé de leur enfant (Wolfe et al., 2016). Afin de favoriser le rétablissement de l’adolescente, l’infirmière cherche à établir une relation thérapeutique (Wolfe et al., 2016). Bien que le rétablissement de l’adolescente puisse se faire sans relation thérapeutique, si l’infirmière est en mesure d’établir une relation thérapeutique avec l’adolescente, cela pourrait augmenter les chances de rétablissement (Graves et al. 2017). D’ailleurs, selon le modèle humaniste des soins infirmiers de l’Université de Montréal (MHSI-UdeM), la relation thérapeutique est aussi appelée la relation humaniste-*caring* et se définit comme l’authenticité et l’ouverture envers la personne soignée, favorisant l’*empowerment* autant chez la personne soignée que chez l’infirmière (Cara et al., 2016).

Afin de faciliter la création de cette relation, l’infirmière doit particulièrement faire preuve d’empathie, de respect, de compassion, de confiance et elle ne doit pas porter de jugement (Salzmann-Erikson et Dahlén, 2017; Wolfe et al., 2016). Il est à noter que la relation thérapeutique améliorerait les symptômes liés à l’AM et les autres TCA chez les adolescentes (Zaitsoff et al., 2015). Cela a été repris dans la méta-analyse de Graves et al. (2017) portant sur la corrélation entre la relation thérapeutique et le résultat du traitement chez les personnes avec un TCA. Dans cette

méta-analyse comprenant 20 articles, l'amélioration des symptômes serait en étroite relation avec l'établissement d'une relation thérapeutique ($B_s=0,13$ à $0,22$, $p < ,05$). Ainsi, elle favoriserait également le gain de poids et la diminution du séjour à l'hôpital (Bourion-Bedes et al., 2013; Graves et al., 2017; Zaitsoff et al., 2015). En effet, dans l'article prospectif de Bourion-Bedes et al. (2013), parmi les 108 adolescentes participant à l'étude, le gain de poids a été favorisé chez celles ayant une meilleure perception quant à la relation thérapeutique établie avec les professionnels de la santé ($HR = 2,7$; 95% intervalle de confiance: $1,7-4,4$; $p < ,001$). Par conséquent, bien que la relation thérapeutique puisse être difficile à établir auprès des adolescentes avec de l'AM, elle demeure importante puisqu'elle favorise le rétablissement.

Facteurs pouvant influencer la relation thérapeutique

Dans cette section, en lien avec les différents facteurs pouvant influencer la relation thérapeutique, l'ambivalence au changement, le manque de confiance mutuelle et l'hospitalisation seront présentés.

L'ambivalence au changement

Par la nature de l'AM, entre autres sa nature égocytone, l'ambivalence au changement est très présente et peut nuire à la relation thérapeutique entre l'infirmière et l'adolescente. Dans une thèse écrite par Guilbault (2021), l'auteure, une psychologue, s'est penchée sur l'évaluation de la relation entre cinq caractéristiques individuelles de l'adolescente avec de l'AM et l'alliance thérapeutique. Pour y parvenir, l'auteure a effectué sa recherche sur une unité pédiatrique spécialisée en TCA au CHU Sainte-Justine à Montréal. Les participantes ($N=75$) étaient âgées de 12 à 17 ans. Parmi les résultats, la seule caractéristique individuelle en étroite corrélation avec l'alliance thérapeutique était la motivation à changer (Guilbault, 2021). Par conséquent, selon ces

résultats, la motivation à changer pourrait favoriser l'alliance thérapeutique (Guilbault, 2021). Cependant, cette motivation pourrait être très faible, voire absente chez certaines adolescentes (Gregertsen et al., 2017). En effet, de par la nature égocentrique du trouble, l'adolescente peut ne pas vouloir changer ses comportements puisqu'elle ne les perçoit pas comme étant nuisibles (Westwood et Kendal, 2012). Par conséquent, avec une faible motivation à changer, l'établissement d'une alliance thérapeutique devient difficile.

Manque de confiance mutuelle

Un autre facteur pouvant nuire à la relation thérapeutique est le manque de confiance envers l'équipe de soins lors de l'hospitalisation. Effectivement, dans la métasynthèse de Sibeoni, et al. (2017), les auteurs se sont intéressés à l'opinion des adolescents et adolescentes souffrants d'AM, de leurs parents et du personnel soignant sur le traitement. La métasynthèse incluait 32 articles qualitatifs provenant de sept pays différents et parus entre 1997 et 2015 (Sibeoni et al., 2017). Les résultats de cette métasynthèse mettent de l'avant deux thèmes centraux qui ont émergé; soit (1) les objectifs du traitement de l'AM et (2) le développement d'une relation thérapeutique comme outil de traitement de l'AM (Sibeoni et al., 2017). En effet, dans de nombreux articles recensés dans la métasynthèse, la plupart des adolescentes mentionnaient l'importance d'avoir des soins personnalisés et d'être considérée comme étant une personne ayant ses propres besoins uniques (Sibeoni et al., 2017). Par conséquent, la relation entre l'infirmière et l'adolescente était un sujet qui a souvent été mentionné par les adolescentes puisque cela pouvait influencer la perception de celles-ci face au traitement (Sibeoni et al., 2017). En ce qui concerne le développement d'une relation thérapeutique, il a été relevé que les adolescentes pouvaient avoir de la difficulté à faire confiance au personnel soignant et, par conséquent, cela a influencé directement la relation thérapeutique (Sibeoni, et al., 2017). Lorsque les adolescentes étaient

méfiantes envers les professionnels de la santé, cela influençait négativement la relation thérapeutique. Pour les professionnels de la santé, lorsque ceux-ci percevaient les adolescentes avec de l'AM comme étant résistantes au traitement, manipulatrices et menteuses, il était alors difficile d'avoir confiance en elles (Sibeoni, et al., 2017). Par conséquent, avec un manque de confiance mutuelle, l'établissement d'une relation thérapeutique devient très difficile (Sibeoni, et al., 2017).

L'hospitalisation

Ensuite, l'hospitalisation constitue 13 à 44% des admissions chez les adultes et adolescents ayant de l'AM, et elle est perçue par ceux-ci comme étant punitive (Clausen, 2020). Dans la revue d'articles qualitatifs de Bezance et Holliday (2013), les auteurs ont exploré l'expérience de traitement et de rétablissement d'adolescentes avec de l'AM. Parmi les résultats, il a été observé que les adolescentes pouvaient ressentir de l'isolement lors de leur hospitalisation (Bezance et Holliday, 2013). Elles avaient le sentiment d'être en conflit avec le personnel médical plutôt que de lutter contre l'AM, notamment lorsqu'il était question de l'installation d'une sonde nasogastrique pour assurer la réalimentation (Bezance et Holliday, 2013). Par conséquent, les adolescentes avaient souvent l'impression que les soins se concentraient davantage sur l'aspect physique que sur le psychologique (Bezance et Holliday, 2013). Cette perception pouvait entraîner une perte d'identité pour les adolescentes (Bezance et Holliday, 2013).

En ce qui a trait à l'hospitalisation, il est difficile de connaître exactement le pourcentage d'hospitalisation chez la clientèle pédiatrique, mais l'expérience clinique de l'étudiant-chercheur semble indiquer que la très grande majorité des adolescentes avec l'AM étaient hospitalisées sans qu'elles y consentent totalement. Selon Douzenis et Michopoulos (2015), l'hospitalisation peut être envisagée lorsque l'adolescente est ambivalente face aux traitements en externe ou lorsqu'elle

n'est pas en mesure de prendre des décisions concernant sa santé. Selon le point n°16 dans la section I des soins dans le *Code civil du Québec* (Québec, 2023), l'adolescente de plus de 14 ans peut consentir seule à ses soins. Toutefois, en contexte de risque grave et imminent à la vie, la décision peut être prise par les parents. Dans un tel contexte, les parents peuvent consentir à l'hospitalisation ou au traitement du jeune surtout lorsqu'il y a un potentiel de complications mortelles chez l'adolescente (Douzenis et Michopoulos, 2015). Néanmoins, il y n'a pas de consensus sur les bénéfices du traitement et des effets de l'hospitalisation chez cette clientèle (Douzenis et Michopoulos, 2015). De plus, l'approche utilisée pour envisager une hospitalisation chez les adolescentes avec de l'AM demeure controversée jusqu'à ce jour (Douzenis et Michopoulos, 2015). Effectivement, dans certains cas, l'hospitalisation pourrait sauver la vie de l'adolescente avec de l'AM, mais dans d'autres cas, cette hospitalisation pourrait perturber l'établissement d'une relation thérapeutique et ainsi nuire aux chances que l'adolescente veuille poursuivre le traitement à long terme (Douzenis et Michopoulos, 2015). En outre, du fait qu'elles accueillent les traitements avec une certaine ambivalence, ces personnes peuvent initialement manquer de motivation pour entreprendre des changements ou coopérer, ce qui peut affecter la qualité de la relation thérapeutique (Sotero et al., 2016).

Westwood et Kendal (2012) mentionnent que face à une difficulté d'établir une relation thérapeutique, les infirmières pourraient développer des attitudes et perceptions négatives, percevant la clientèle diagnostiquée d'AM comme voulant de l'attention et encline à saboter le plan de traitement. Cela influencerait l'expérience des infirmières puisqu'elles seraient alors plus à un risque de vivre un épuisement professionnel (Maslach et Leiter, 2016). En effet, l'épuisement professionnel serait en étroite corrélation à la perception négative envers les patients (Maslach et Leiter, 2016). De plus, selon Sibeoni, et al. (2017), la perception qu'ont les professionnels de

l'adolescente avec de l'AM influence la confiance qu'ils ont envers les adolescentes avec de l'AM ce qui peut ensuite influencer la relation thérapeutique. Dans ce contexte d'influence mutuelle, il importe de mieux comprendre l'expérience des infirmières travaillant auprès de cette clientèle et d'identifier les facteurs en cause afin de mieux les outiller.

Cadre conceptuel : Modèle Humaniste des soins infirmiers - UdeM

Le Modèle Humaniste des soins infirmiers – UdeM fût initialement développé afin de créer un cadre conceptuel aisément compréhensible pour les étudiants en soins infirmiers et pour les infirmières (Létourneau et al., 2020). Un de ses nombreux objectifs est d'offrir des soins de qualité fondés sur l'humanisme, le *caring* et la collaboration entre l'infirmière et la Personne (Létourneau et al., 2020). Dans ce mémoire, à l'aide des concepts centraux et des concepts clés de ce cadre conceptuel, ceux-ci permettent d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'AM.

Tout d'abord, il y a le concept de Personne qui se définit comme « l'individu, la famille et les proches, la communauté ou la population en interrelation continue, réciproque et dynamique avec son environnement. » (Cara et al., 2016, p.1). Chaque Personne a ses propres préoccupations et priorités, découlant de ses dimensions « indissociables » (Cara et al., 2016). Surtout, selon Cara et al. (2016), la Personne accorde sa propre signifiante à ses expériences de santé, elle détient également un potentiel, un pouvoir décisionnel sur ses actions et elle détient sa propre expertise. Dans le cadre de ce mémoire, l'infirmière, qui est elle-même une Personne, est en interaction et développe une relation thérapeutique avec l'adolescente et sa famille qui elles aussi peuvent être considérée comme une Personne. L'adolescente, qui est hospitalisée sur une unité de soin, vit ses expériences uniques et accorde une certaine signifiante à ce qu'elle vit. L'expérience de soin ou de santé est différente pour chacune, mais elle guidera la Personne dans ses décisions et actions.

L'infirmière pour sa part vit également une expérience de soins qui est teintée par ses expériences uniques, ses connaissances, ses croyances et la signification qu'elle accorde à ce qu'elle vit.

Ensuite, le concept de l'environnement se définit comme « tout ce qui entoure la Personne » (Cara et al., 2016, p.1). Cela signifie que la Personne entretient des relations uniques avec son environnement. Ainsi, autant la Personne que son environnement exercent une influence réciproque. L'environnement peut se manifester par des facteurs matériels, culturels, écologiques et sociopolitiques (Cara et al., 2016). Dans le cadre de ce mémoire, l'environnement dans lequel évolue à la fois l'adolescente diagnostiquée d'AM et l'infirmière, est représenté par le milieu hospitalier; principalement l'unité de soins pédiatriques. Par conséquent, le type d'unité de soins, le fonctionnement de celle-ci ainsi que la culture de soins qui s'y retrouvent sont des éléments de l'environnement pouvant influencer l'expérience de la Personne.

Pour continuer, il y a le concept de la santé qui fait référence à l'optimisation « du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie » (Cara et al., 2016, p.24). La santé est déterminée par la Personne. Pour ce qui est de l'harmonie, elle se définit comme « l'équilibre au sein de la Personne et à la relation harmonieuse qu'elle entretient avec son environnement » (Cara et al., 2016, p.24). Dans le contexte de ce mémoire, la santé est définie par l'adolescente diagnostiquée d'AM et par l'infirmière. Or, compte tenu de la nature égocytone de la maladie et du fait qu'elle ne puisse pas toujours reconnaître les méfaits de l'AM sur sa santé, il se pourrait que la vision de la santé diffère entre les deux. Cette divergence pourrait ensuite nuire à l'établissement de la relation thérapeutique entre l'adolescente et l'infirmière. Ainsi, afin d'assurer l'optimisation de la santé chez l'adolescente souffrant d'AM, l'infirmière doit tenter de créer une harmonie en la soutenant, la motivant et l'accompagnant. Cette harmonie permettra à l'adolescente d'évoluer au cours de son expérience de santé et à atteindre son mieux-être (Cara et al., 2016).

Pour donner suite au concept de la santé, il y a le concept du soin qui se définit par l'accompagnement de la Personne d'une manière « humaine, relationnelle et transformatrice » (Cara et al., 2016, p.24). La Personne est donc un partenaire dans les soins et elle est reconnue pour sa valeur et pour son expérience unique de santé (Cara et al., 2016). Par conséquent, en collaboration, l'infirmière doit créer une relation humaniste-*caring* favorisant l'*empowerment* de chacune et permettant à la Personne soignée d'accorder une signification à son expérience de santé (Cara et al., 2016). En contexte de soins auprès de la clientèle adolescente souffrant d'AM, l'infirmière doit reconnaître l'expérience unique vécue par l'adolescente et sa participation dans les soins. Ce faisant, non seulement elle contribue au respect de la dignité humaine, mais elle facilite également l'harmonie entre la Personne et son environnement (Cara et al., 2016). Ce concept de soin pourrait être difficile auprès des adolescentes souffrant d'AM étant donné que, souvent, elles ne souhaitent pas être hospitalisées. Pour inviter l'adolescente à accepter son environnement à l'hôpital et lui offrir des soins personnalisés, l'infirmière doit ainsi tenter de créer une relation thérapeutique et l'accompagner à travers son expérience de santé.

Tout en prodiguant les soins pour contribuer à la santé de l'adolescente souffrant d'AM, l'infirmière doit faire preuve de Compétence et de *caring*. La Compétence signifie l'usage de savoir-agir complexes permettant d'assurer la qualité des soins et elle est empreinte de *caring*, d'engagement et d'imputabilité (Cara et al., 2016). Le *caring* consiste en une façon d'être visant à aider et accompagner l'adolescente (Cara et al., 2016). Il s'agit d'un engagement afin de favoriser la santé de la Personne en s'appuyant sur les valeurs humanistes du MHSI-UdeM tout en appliquant une rigueur dans les interventions/interactions à travers le soin (Cara et al., 2016). En lien avec le présent mémoire, malgré les défis que les infirmières pourraient rencontrer en prodiguant des soins auprès des adolescentes souffrant d'AM, celles-ci doivent tout de même

prioriser la nature relationnelle des soins. Les attitudes et comportements des infirmières doivent être influencés par les valeurs du MHSI- UdeM; soit le respect, la dignité humaine, la croyance au potentiel, la liberté de choix et d'agir, la rigueur et l'intégrité (Cara et al., 2016).

Chapitre 3 – Méthodologie

Devis méthodologique

La recension des écrits a permis de constater que les infirmières font face à différents défis dans les soins offerts aux adolescentes avec de l'AM. Il est toutefois difficile de saisir l'expérience vécue par les infirmières qui travaillent auprès de cette clientèle et de saisir les éléments qui influencent cette expérience. C'est donc pour répondre au but de l'étude qui est de décrire l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale qu'une synthèse des connaissances sera entreprise. Dans la mesure où il ne semble pas exister d'écrits qui dressent l'état des connaissances en lien avec cette expérience, il s'avère pertinent de faire un examen de la portée. Un examen de la portée vise à présenter l'étendue des données scientifiques sur un sujet et permet de clarifier des concepts clés dans la littérature et d'identifier des éléments clés liés à un concept (Pollock et al., 2021). Il s'agira de donner un aperçu des données, concepts et études entourant un sujet pour lequel aucune synthèse des connaissances n'a été faite (Pollock et al., 2021). Ainsi, l'examen de la portée s'avère un choix méthodologique judicieux puisqu'il permettra de décrire davantage le concept d'expérience des infirmières et d'identifier les éléments qui y sont liés.

Ainsi, dans ce chapitre de méthodologie, les différentes étapes de l'examen de la portée seront présentées et expliquées.

Déroulement de l'étude

L'examen de la portée est une méthode de synthèse des données qui comprend différentes étapes; soit les critères d'éligibilité, les sources d'informations, la recherche documentaire, la sélection des études, la cartographie des données ainsi que l'analyse et la synthèse des données recueillies (Tricco et al., 2018).

Critères d'éligibilité

Étant donné que les examens de la portée visent à brosser un portrait de l'étendue des connaissances sur un sujet en particulier, il n'y a généralement pas de restriction quant à la date des publications. Ainsi, la recherche documentaire a été faite, à l'aide des bibliothécaires du CHU Sainte-Justine, sans mettre de limite de temps. Cela a permis d'élaborer un portrait global de la littérature et d'avoir accès à des articles pertinents malgré le fait qu'ils pouvaient dater de plus de 10 ans. Pour ce qui est des types d'études éligibles, dans le même ordre d'idées que pour les années de publication, tous les types d'études, les guides de pratique, les éditoriaux, les textes d'opinion et les la littérature grise portant sur le sujet d'intérêt ont été acceptés. Pour ce qui est de la langue de publication, uniquement les articles publiés en anglais et en français ont été retenus.

Un autre critère d'éligibilité est en lien avec l'environnement dans lequel les études ont eu lieu. Ainsi, pour répondre au but du mémoire, les études devaient avoir été menées dans un milieu hospitalier. Même si l'examen de portée porte sur l'expérience des infirmières, il a été choisi d'inclure les études qui portaient sur l'expérience des infirmières, mais aussi celles portant sur l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire dans la mesure où des infirmières étaient comprises dans l'échantillon. En acceptant les articles explorant l'expérience de divers professionnels de la santé incluant les infirmières, cela permettait d'augmenter le bassin d'articles. Toutefois, pour que les articles soient inclus dans l'examen de la portée, il fallait que l'expérience des infirmières soit clairement identifiée et présentée séparément des autres différents professionnels.

Pour continuer, comme le mémoire s'intéresse à l'expérience face à la clientèle pédiatrique, il a été choisi d'inclure les articles qui s'intéressait aux adolescentes âgées entre 12 et 18 ans diagnostiquées d'AM. Dans ce contexte, les articles portant sur la clientèle de plus de 18 ans uniquement étaient automatiquement exclus. Cependant, pour les articles dont la clientèle d'âge

était différente, comme par exemple jusqu'à 21 ans, ceux-ci étaient considérés s'ils répondaient aux autres critères d'éligibilité et que la population pédiatrique représentait la majorité des participantes. De plus, les articles ayant une population avec différents TCA étaient également admissibles dans la mesure où il y avait des adolescentes avec de l'AM. Toutefois, l'expérience des infirmières devait être distinguée selon le type de TCA.

Sources d'information

Pour ce qui est des sources d'information, les recherches ont été effectuées dans les bases de données de CINAHL, MEDLINE, PubMed, Google Scholar, PsycINFO et All EBM. Cela a permis d'avoir un bon aperçu des données qui sont disponibles dans la littérature. Il a également été pertinent de considérer les thèses doctorales ainsi que la liste de références des articles.

Recherche documentaire et sélection des études

Afin d'amorcer la recherche documentaire dans les bases de données, une rencontre avec la bibliothécaire du CHU Sainte-Justine a été établie afin d'élaborer, en collaboration, les mots clés ainsi que l'équation de recherche utilisée. À la suite de la rencontre, un tableau présentant l'équation de recherche a été établi (voir annexe A). Quatre concepts ont été recherchés; soit 1) l'anorexie mentale; 2) les infirmières et autres professionnels de la santé; 3) la clientèle pédiatrique; 4) l'expérience. Après l'élaboration de ce tableau et en adaptant les concepts pour chaque base de données, il a été question d'aller effectuer les recherches dans les bases de données de CINAHL, MEDLINE, PubMed, Google Scholar, PsycINFO et All EBM. Après la recherche documentaire, les articles ont été extraits dans le logiciel Endnote et les doublons ont été retirés.

Pour donner suite aux étapes précédentes, pour chacun des articles inclus, il a été pertinent d'aller lire le titre. Le titre devait être pertinent en fonction du but de la recherche. En cas de doute,

l'article pouvait être retenu pour être réévalué à la deuxième analyse. À la suite de ce premier tri des articles, un deuxième tri était amorcé où il était question de lire les résumés d'articles afin de savoir s'ils étaient pertinents pour la recherche (Whittemore et Knafl, 2005). De ce fait, les articles devaient répondre aux critères d'inclusion afin d'être considérés. Ces critères, bien que déjà mentionnés précédemment, sont que : 1) l'étude doit décrire l'expérience des infirmières; 2) l'étude doit porter sur la clientèle pédiatrique âgées entre 12 et 18 ans; 3) l'étude s'intéresse aux troubles du comportement alimentaire, mais l'anorexie mentale doit obligatoirement être présente; 4) l'étude se déroule en milieu hospitalier sur une unité pédiatrique spécialisée ou non en TCA. Si l'article ne répondait pas à ces éléments, il n'était pas considéré. Toutefois, en cas de doute où s'il manquait des informations pertinentes dans le résumé de l'article, la lecture complète de l'article pouvait s'avérer nécessaire avant de décider de garder ou rejeter celui-ci. Pour s'assurer d'un certain consensus quant à la pertinence des articles, le choix des articles inclus a été discuté avec l'équipe de direction. Lors de ces rencontres, les critères d'inclusion ont été discutés. De plus, lorsqu'une incertitude demeurait quant à la pertinence d'un article suite à la lecture du texte, le tout était discuté avec l'équipe de direction.

Cartographie des données

À la suite du choix des articles pertinents pour la recherche, il était nécessaire de procéder à l'extraction des données. Pour y arriver, un document Word a été utilisé pour déterminer les variables à extraire des articles (voir annexe B). Contrairement à la sélection des articles, l'extraction des données a été faite par l'étudiant seul, mais des rencontres avec son équipe de direction permettaient de présenter l'évolution de la collecte et de l'analyse des données. Le document Word était accessible à l'étudiant et son équipe de direction en tout temps. Parmi les données à extraire dans ce document Word, il y a la référence de l'article, le devis, le pays, le but,

la discipline des chercheurs, l'échantillon et le milieu. De plus, un autre document Word a été créé dans le but de faire uniquement ressortir les résultats pertinents en lien avec le but et les questions de recherche de l'examen de la portée. Dans ce document, une section spécifique portant sur les éléments d'influence de l'expérience des infirmières a été intégrée au tableau. Cette section a permis de répondre aux questions de recherche.

Analyse et synthèses des résultats

L'analyse des données a été effectuée à la suite de la complétion du tableau de cartographie des données. L'analyse a permis de répondre à l'objectif de la recherche; soit de décrire l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique souffrant d'AM, mais elle a également permis de mettre en évidence les éléments d'influence à l'expérience de celles-ci. Selon le protocole du PRISMA- ScR (Tricco et al., 2018), aucune méthode spécifique n'est proposée pour l'analyse. Par conséquent, la méthode choisie consiste en une analyse qualitative par thématization continue de Paillé et Mucchielli (2016). En prenant les données issues de la cartographie des données, il a été possible 1) d'identifier les thèmes au fil de la lecture des articles; 2) regrouper les thèmes; 3) fusionner les thèmes si ceux-ci étaient interreliés, et 4) hiérarchiser les thèmes selon les concepts centraux du cadre conceptuel. Puis, pour chacun des thèmes, des sous-thèmes ont été élaborés et des exemples concrets issus des articles recensés ont été ajoutés (voir annexe C).

Critères de scientificité de l'examen de la portée

Afin d'assurer la scientificité de ce projet de recherche, l'étudiant chercheur a utilisé l'aide-mémoire de l'examen de la portée nommé PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Celui-ci a été modifié en 2018 par 24 experts et deux responsables de recherche suivant conformément les

directives publiées par le réseau EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) (Tricco et al., 2018). L'aide-mémoire contenant 20 éléments obligatoires à l'examen de la portée a été utilisé pour guider cette recherche (voir annexe D) (Tricco et al., 2018). Le but de l'aide-mémoire modifié est de pouvoir guider les lecteurs à comprendre les termes importants, les principaux concepts étudiés et les éléments clés de l'examen de la portée (Tricco et al., 2018). Puis, cet aide-mémoire a permis à l'étudiant-chercheur de s'assurer que sa recherche contient toutes les étapes clés associées à un examen de la portée. L'utilisation de cet aide-mémoire permet d'assurer la fiabilité du processus de recherche.

Considérations éthiques

En présence d'un examen de la portée, il n'y a pas nécessairement de considérations éthiques. Cependant, lors de la recherche, tous les articles qui ont été choisis et utilisés devaient faire preuve de rigueur éthique. Tout type de communication en rapport avec la recherche a été faite avec honnêteté et transparence. Tout type d'information trompeuse et fallacieuse ainsi que la représentation des résultats des données primaires de manière biaisée ont été évités. Finalement, il y avait présence de reconnaissance des travaux d'autres auteurs utilisés dans le mémoire avec l'utilisation du système de référence APA.

Chapitre 4 – Résultats

Dans cette section du mémoire, il sera question de présenter les résultats de l'examen de la portée. Tout d'abord, une présentation de la recherche documentaire sera dévoilée. Cela inclura une brève description des articles retenus. Par la suite, les éléments influençant l'expérience des infirmières accompagnant les adolescentes avec de l'AM seront présentés.

Résultats de la recherche documentaire

La recension des écrits a été faite dans cinq bases de données; soit PubMed, MEDLINE, All EBM, PsycINFO et CINAHL. Avec les mots-clés identifiés, 5321 articles ont été identifiés et transférés dans le logiciel Endnote. Par la suite, les doublons ($n = 2286$) ont été retirés; diminuant le nombre d'articles à 3035. Après la lecture des titres, les articles dont le titre n'abordait pas le TCA ainsi que les professionnels de la santé ont été exclus. De plus, plusieurs doublons n'ayant pas été disqualifiés automatiquement par EndNote, ont été retirés manuellement. Par conséquent, 2929 articles ont été éliminés; le nombre restant d'articles étant alors de 106. Les résumés de ces 106 articles ont ensuite été lus et 75 articles ont été éliminés (voir diagramme de flux à l'annexe E). Ces 75 articles ont été éliminés pour l'une de ces raisons : la population n'était pas constituée d'infirmières, le lieu de l'article était un milieu autre que le milieu hospitalier, la clientèle avec un TCA était composée d'adultes, il n'y avait aucune mention de la présence de l'AM et/ou d'un TCA, l'expérience des professionnels de la santé (infirmière incluse) était absente, et l'article n'était pas en français ou anglais. Plusieurs articles ont toutefois été préservés suite à la lecture des résumés par le doute qu'ils puissent tout de même être pertinents avec la lecture du texte entier.

Pour les 31 articles restants, l'entièreté du texte a été lue et 18 d'entre eux ont été éliminés. 12 articles ont été éliminés, car ils ne discutaient pas de l'expérience des professionnels de la santé

(infirmière incluse), un article a été éliminé, car l'étude n'a pas été réalisée dans un milieu hospitalier, et cinq ont été éliminés, car la population avec un TCA était adulte. Donc, à la suite de la lecture des textes, treize articles ont été retenus.

L'étudiant chercheur a également identifié deux autres articles potentiels provenant de sources autres que les bases de données mentionnées. En effet, l'étudiant chercheur a identifié un article potentiel sur Google Scholar datant de 2016. Puis, il en a identifié un autre en regardant les références des articles inclus. En lisant leur titre, leur résumé et le reste du texte, les deux articles ont été retenus puisqu'ils respectaient les critères d'éligibilité. Ainsi, deux autres articles ont été inclus dans l'échantillon final pour un total de quinze articles. Afin de démontrer clairement la représentation de l'ensemble du processus menant à l'identification des 15 articles, un diagramme de flux PRISMA a été élaboré (voir annexe E).

Avant de présenter les milieux des études, pour une question d'uniformité, il a été choisi de considérer les unités de médecine adolescente comme étant des unités de médecine pédiatrique. Cette décision vient du fait que dans les articles présentant l'expérience des infirmières travaillant sur une unité de médecine adolescente, les auteurs n'ont pas donné suffisamment de détails afin de différencier la médecine pédiatrique de la médecine adolescente. Il a donc été décidé que pour les milieux, il y aurait les milieux de médecine pédiatrique, les unités de psychiatrie et les unités spécialisées en TCA. En bref, parmi les études, huit ont été faites sur unité spécialisée en TCA (Lachal et al., 2022; Levas-Luckman, 2016; Ryan et al., 2006; Ryu et al., 2022; Seah et al., 2018; Snell et al., 2010; Wright et Schroeder, 2016; Zugai et al., 2018), six ont été faites sur une unité de médecine pédiatrique (Carter et al., 2012; Harken et al., 2017; King et Turner, 2000; Ramjan, 2004; Wu et Chen, 2021), et une a été faite sur deux unités de soins présentant des adolescentes

avec un TCA, mais non spécialisées en psychiatrie ou en TCA (Zugai et al., 2019). Aucune étude n'a été faite sur une unité de psychiatrie.

Les pays représentés dans ces 15 articles étaient le Canada (n=2, mais une étude était conjointe avec la France), les États-Unis (n=2), l'Australie (n=7), la Nouvelle-Zélande (n=1), Singapour (n=1), le Royaume-Uni (n=1) et Taiwan (n=1). Pour ce qui est des auteurs, la grande majorité des articles (n = 11) ont été écrits par des infirmières (Carter et al., 2012; Harken et al., 2017; King et Turner, 2000; Ramjan, 2004; Ramjan et Gill, 2012; Ryu et al., 2022; Seah et al., 2018; Snell et al., 2010; Wu et Chen, 2021; Zugai et al., 2018, 2019). Pour les 4 articles de Lachal et al., (2022); Levas-Luckman, (2016); Ryan et al., (2006); Wright et Schroeder, (2016), ces publications ont été rédigées par des professionnels de la santé autres que des infirmières, mais traitant de l'expérience propre aux infirmières. Les auteurs étaient des médecins, des psychologues ou une psychothérapeute.

L'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'anorexie mentale

À la suite de la lecture et l'analyse des 15 articles recensés, il a été possible de faire ressortir en quoi consiste l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée pour de l'AM. Cette expérience se veut être complexe pour les infirmières et est influencée par différents éléments.

Cette revue de la portée a permis d'identifier que les éléments d'influence peuvent être regroupés en quatre grandes catégories, soit ceux liés à l'environnement, ceux liés à l'adolescente, ceux liés aux soins, plus particulièrement à la relation thérapeutique et ceux liés à l'infirmière elle-même.

Dans le but de présenter un portrait global des résultats et des différentes catégories, un tableau a été développé (Tableau 1).

Tableau 1

Éléments influençant l'expérience des infirmières

Liés à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Dynamiques humaines et organisationnelles du milieu hospitalier <ul style="list-style-type: none"> ○ Charge de travail ○ Soutien intra/inter professionnel
Liés à l'adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'AM et comorbidité • Présence de la famille
Liés aux soins : La relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement et le maintien des frontières thérapeutiques • Adoption du rôle de mère/sœur
Liés à l'infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • La formation et les connaissances • Expérience professionnelle • Antécédents et valeurs personnelles et professionnelles • Vécu émotif <ul style="list-style-type: none"> ○ Vécu émotif perçu comme étant contraignant sur l'expérience ○ Vécu émotif perçu comme étant facilitant sur l'expérience

Éléments d'influence de l'expérience des infirmières

Liés à l'environnement

En ce qui a trait aux éléments liés à l'environnement pouvant influencer l'expérience des infirmières, les articles ont surtout relevé des aspects liés à l'environnement de soins et aux dynamiques humaines et organisationnelles du milieu hospitalier

Dynamiques humaines et organisationnelles du milieu hospitalier

Parmi ces dynamiques humaines et organisationnelles du milieu hospitalier se retrouvent la charge de travail qui est occasionnée par un manque de personnel et qui se traduit par un manque de temps ainsi que la collaboration intra/inter professionnel.

Charge de travail. La charge de travail perçue par les infirmières est un des éléments pouvant influencer l'expérience des infirmières. En effet, dans la recherche qualitative exploratoire de Wu et Chen (2021), les infirmières d'une unité de médecine pédiatrique mentionnent que leur routine contient plusieurs tâches complexes liées aux soins physiques requis par les patients. Dans ce contexte, elles ne voient pas nécessairement la pertinence d'offrir des soins plus psychosociaux et moins techniques aux adolescentes avec de l'AM (Wu et Chen, 2021). Par conséquent, elles vont prioriser les autres patients (Wu et Chen, 2021). Ainsi, dans un contexte de surcharge de travail et de manque de temps, les soins plus psychosociaux et moins techniques requis par les adolescentes avec AM n'apparaissent pas comme une priorité pour les infirmières (Wu et Chen, 2021). Dans le même sens, dans l'article qualitatif par observation naturaliste de Ramjan (2004), certaines unités de pédiatrie vont favoriser le rétablissement rapide des patients, ce qui peut contribuer au développement d'attitudes négatives face à la clientèle avec de l'AM. En effet, par manque de connaissances, certaines infirmières en médecine pédiatrique peuvent percevoir les adolescentes

avec de l'AM comme étant des personnes « prenant » la place d'autres patients nécessitant d'être hospitalisés (Ramjan, 2004). Cette charge de travail perçue par les infirmières peut être occasionnée par différents facteurs dont le manque de personnel. En effet, à cause du manque de personnel, les infirmières (n=19) de l'étude mixte concomitant de Seah et al. (2018) mentionnent avoir une plus grande charge de travail. En ayant une plus grande charge de travail, cela pourrait laisser les infirmières dans un défi de priorisation de soins comme mentionné par Wu et Chen (2021). Par conséquent, en priorisant la clientèle autre que les adolescentes avec de l'AM, les infirmières peuvent ensuite manquer de temps pour accompagner ces adolescentes (Wu et Chen, 2021). Cette surcharge de travail peut mener les infirmières à de l'épuisement, les démotivant à vouloir continuer à travailler sur l'unité (Seah et al., 2018). Ce faisant, les infirmières peuvent démissionner, contribuant à aggraver la pénurie de main-d'œuvre (Seah et al., 2018).

Dans le même ordre d'idées, le temps supplémentaire qui peut être occasionné par la pénurie de main-d'œuvre est un autre élément lié à l'environnement de soins qui peut influencer l'expérience des infirmières. En effet, dans l'article qualitatif phénoménologique de Levas-Luckman (2016), dû aux heures supplémentaires que devaient effectuer certaines infirmières, celles-ci avaient moins de temps avec leur famille, contribuant au stress et à l'épuisement. Toutefois, cet élément d'influence n'est pas spécifique pour les infirmières travaillant auprès de la clientèle avec de l'AM. En effet, le manque de personnel et le temps supplémentaire peuvent influencer l'expérience des infirmières de toutes les unités de soins. Il s'agit d'un bon exemple de cercle vicieux pouvant être observé dans le milieu hospitalier. En effet, le manque de personnel entraîne une surcharge de travail qui peut démotiver les infirmières et les mettre à risque de quitter l'unité de soins. Cependant, en quittant, cela contribue à la problématique initiale du manque de personnel.

Soutien intra/ inter professionnel. Au niveau de l'environnement, le soutien intra et interprofessionnel semble aussi influencer l'expérience infirmière. Dans deux études, soit celles de Seah et al. (2018) et de Levas-Luckman (2016), des infirmières ont mentionné avoir ressenti peu de soutien par l'équipe intra et interprofessionnelle ce qui a eu pour effet qu'elles se sont senties peu accompagnées et isolées. Ce manque de soutien a également eu un effet sur la communication interprofessionnelle, la rendant sous-optimale ce qui a pu avoir de ralentir l'infirmière dans ses tâches (Levas-Luckman, 2016). Pour nuancer le tout, dans l'étude de Levas-Luckman (2016), parmi les 12 infirmières ayant participé à l'étude, certaines mentionnaient avoir une équipe collaborative qui favorisait l'entraide, ce qui alors facilitait les apprentissages et les amenait à se sentir plus compétentes. Ainsi, le type d'équipe de soins au sein de laquelle évoluent les infirmières semble jouer un rôle important sur l'expérience qu'elles vont vivre.

Liés à l'adolescente

Pour continuer, il y a d'autres éléments d'influence qui, quant à eux, peuvent être liés à l'AM et aux comorbidités ainsi que l'accompagnement des familles. Ces éléments peuvent être aussi associés au manque de connaissance de l'infirmière, mais ils ont été soulevés dans les études comme étant des enjeux liés à l'adolescente et à sa maladie.

Caractéristiques de l'AM et comorbidité

Parmi les caractéristiques de l'AM pouvant influencer l'expérience de l'infirmière se trouve la nature égocytone de celle-ci. En effet, il s'agit d'un des plus grands défis rencontrés par les infirmières travaillant sur une unité spécialisée en TCA selon l'article qualitatif en recherche-action de Wright et Schroeder (2016). En effet, cet aspect de la maladie fait en sorte que les infirmières peuvent avoir la perception que l'adolescente ne désire pas collaborer aux soins. Par

conséquent, l'infirmière doit tenter de convaincre l'adolescente à manger et à gérer cette résistance aux traitements (Wright et Schroeder, 2016).

De plus, comme mentionné dans la recension des écrits, l'AM s'accompagne souvent de comorbidités psychiatriques qui viennent complexifier les soins offerts et influencer l'expérience des infirmières (Lachal et al., 2022). Les infirmières doivent non seulement gérer les aspects physiques de l'anorexie mentale, tels que la surveillance du poids et des signes vitaux, mais aussi composer avec les manifestations des comorbidités psychiatriques (Lachal et al., 2022). Ainsi, autant les comportements reliés à l'AM que la complexité des soins peuvent contribuer à affecter l'expérience d'accompagnement de l'infirmière (Seah et al., 2018). Dans l'étude de Seah et al. (2018), les infirmières abordent des situations où l'adolescente refuse de collaborer aux soins, car elles ne se considèrent pas malades. Comme conséquence, face à cela, l'infirmière peut voir son expérience être affectée négativement puisqu'elles doivent souvent tenter de convaincre l'adolescente de collaborer, notamment durant les heures de repas (Seah et al., 2018).

Présence de la famille

Dans le contexte de l'AM chez les adolescentes, la présence de la famille est incontournable. Dans ce contexte, l'infirmière se doit d'accompagner la famille dans cette expérience de santé, ce qui peut venir influencer leur expérience. Dans l'article de Seah et al., (2018), les infirmières mentionnent que la famille peut représenter un défi pour elles. En effet, il se peut que la famille tente de négocier le plan de traitement. Cela peut être dû au manque de connaissances de la famille quant à l'AM ou parce qu'elle n'a pas les ressources disponibles pour comprendre la nature du TCA. Il se peut également que les familles veuillent préserver le lien avec leur adolescente et, par conséquent, un des plus grands défis survient lorsque la famille accepte les comportements liés à l'alimentation; menant à un bris des règlements et nuisant au rétablissement

(Seah et al., 2018). De plus, il se peut également que plusieurs parents soient dans le déni, car ils se sentent embarrassés ou anxieux de voir leur adolescente hospitalisée pour l'AM (Seah et al., 2018). Comme conséquences pour l'expérience de l'infirmière, la famille peut être considérée comme un défi supplémentaire à l'accompagnement de l'adolescente et mettre l'infirmière à risque de vivre une expérience moins favorable (Seah et al., 2018).

Liés aux soins : La relation thérapeutique

Dans le cadre des soins offerts aux adolescentes présentant de l'AM, la relation thérapeutique est centrale. Certains aspects de cette relation thérapeutique peuvent venir influencer l'expérience des infirmières. C'est d'ailleurs le cas de l'établissement des frontières thérapeutiques claires et l'adoption d'un rôle maternel ou fraternel.

L'établissement et maintien de frontières thérapeutiques

Pour de nombreuses infirmières dans plusieurs articles, elles ont exprimé que cela peut être difficile (Harken et al., 2017; Lachal et al., 2022; Levas-Luckman, 2016; Seah et al., 2018; Snell et al., 2010; Zugai et al., 2019). Cette difficulté peut être due au fait qu'un lien d'attachement peut se créer en accompagnant les adolescentes (Harken et al., 2017). En espérant créer une relation thérapeutique avec l'adolescente, certaines infirmières peuvent repousser ces frontières thérapeutiques afin d'assurer une certaine proximité (Levas-Luckman, 2016). Comme conséquence, pour certaines infirmières, elles peuvent se sentir personnellement impliquées auprès d'elles (Harken et al., 2017). En étant personnellement impliquée, l'infirmière peut ensuite avoir de la difficulté à maintenir les frontières thérapeutiques claires, ce qui peut influencer l'expérience en la rendant plus complexe (Levas-Luckman, 2016).

Adoption d'un rôle de mère/sœur

Lorsque les frontières thérapeutiques ne sont pas claires, il arrive que les infirmières en viennent à adopter un rôle plutôt maternel ou fraternel. L'objectif d'une telle posture est de chercher à établir une relation thérapeutique. Cela leur donnerait, selon elles, l'opportunité de créer un lien étroit avec l'adolescente diagnostiquée d'AM (Lachal et al., 2022; Levas-Luckman, 2016; Ryan et al., 2006; Zugai et al., 2018). De plus, le fait de prendre soin d'adolescentes avec de l'AM peut offrir une expérience maternelle, provoquant un besoin de prendre soin de l'autre (Levas-Luckman, 2016; Ryan et al., 2006). Cette expérience maternelle/fraternelle a également entraîné un sentiment de responsabilité puisque les infirmières mentionnaient se voir comme une figure parentale (Levas-Luckman, 2016). Toutefois, cette image parentale entraîne de la pression pour que les patientes se rétablissent. Cette pression et ce surinvestissement peuvent ensuite contribuer à de la fatigue émotionnelle et physique (Levas-Luckman, 2016). Par conséquent, l'adoption d'un tel rôle peut influencer l'expérience de l'infirmière.

Liés à l'infirmière

Il existe aussi des caractéristiques propres à l'infirmière pouvant influencer son expérience. Celles-ci peuvent être divisées en quatre sous-catégories, soit la formation et les connaissances, l'expérience professionnelle, les antécédents et les valeurs personnelles et professionnelles, et le vécu émotif pouvant soit être perçu comme ayant un impact favorable ou contraignant sur l'expérience des infirmières.

La formation et les connaissances

Premièrement, plusieurs infirmières ont rapporté le besoin d'acquérir les connaissances et d'adopter les bonnes attitudes pour accompagner les adolescentes avec de l'AM (Lachal et al.,

2022; Wu et Chen, 2021). Notamment, pour les infirmières en médecine pédiatrique, avec le peu de connaissances en santé mentale et sur le rétablissement de l'AM, elles peuvent avoir de la difficulté à comprendre la pathologie et, par conséquent, cela peut les mettre à risque de vivre de l'épuisement et de la colère (Ramjan 2004). Dans un même ordre d'idées, il y a le manque de formation spécifique sur l'AM qui a été relevé (Carter et al., 2012; Levas-Luckman, 2016; Wu et Chen, 2021). Ce manque de formation contribue à favoriser l'incertitude à travers le manque de confiance que peuvent vivre les infirmières dans leurs habiletés d'accompagnement (Carter et al., 2012; Levas-Luckman, 2016; Wu et Chen, 2021).

Expérience professionnelle

Deuxièmement, l'expérience professionnelle ou plutôt les années d'expérience auprès de la clientèle avec de l'AM semble influencer l'expérience des infirmières. Ce manque d'expérience face à la clientèle pédiatrique a davantage été rapporté dans les articles présentant le vécu d'infirmières en médecine pédiatrique, (Carter et al., 2012; Ramjan, 2004; Wu et Chen, 2021) même si cela a également été rapporté dans une étude menée sur une unité spécialisée en TCA (Seah et al., 2018). En effet, sur ces unités, les adolescentes avec de l'AM sont plus rares, contribuant peut-être au manque d'expérience avec cette clientèle. Ce manque de connaissances et d'expérience pourraient se traduire par un manque de compétences selon le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016).

Cependant, selon Levas-Luckman (2016), l'infirmière pourrait graduellement apprécier l'accompagnement de ces adolescentes avec de l'AM. En effet, en travaillant davantage auprès de la clientèle adolescente avec de l'AM, l'infirmière acquiert davantage d'expérience. Avec cette expérience sur l'unité de soin, l'infirmière peut se sentir capable d'identifier un sentiment personnel de compétence d'accomplissement et de confiance dans l'utilisation de ses compétences

antérieures et de celles nouvellement acquises (Levas-Luckman, 2016). Elle peut également développer une sensibilisation accrue et de l'empathie pour les adolescentes luttant contre leur TCA (Levas-Luckman, 2016). Il est donc possible de croire, selon cet auteur, que l'expérience pourrait favoriser le vécu émotif chez les infirmières.

Antécédents et valeurs personnelles et professionnelles

Troisièmement, il y a les antécédents et les valeurs personnelles de l'infirmière qui peuvent venir influencer l'expérience des infirmières. Pour ce qui est des antécédents, les infirmières qui ont elles-mêmes déjà eu un TCA ou qui ont des problèmes de poids avaient parfois plus de difficulté avec les interventions auprès des adolescentes (Levas-Luckman, 2016).

Au niveau des valeurs, selon l'article phénoménologique de King et Turner (2000), les infirmières en médecine pédiatrique (n=9) ont souligné l'importance de fonder leurs soins sur des valeurs personnelles telles que l'égalité de soins, la confiance, l'intimité, le non-jugement, la confidentialité et la protection des droits du patient. Ces valeurs, fondamentales dans la profession infirmière, orientent leurs pratiques et garantissent une éthique de travail exemplaire (King et Turner, 2000). Cependant, en raison de la nature égocentrique de l'anorexie mentale (AM), qui peut engendrer des comportements ne favorisant pas toujours la collaboration aux soins, certaines infirmières peuvent se trouver en situation de conflit avec leurs valeurs personnelles (King et Turner, 2000). De plus, lorsque les interventions nécessitent une approche plus intrusive, telles que l'installation d'un tube naso-gastrique, les infirmières peuvent éprouver un malaise, car leur intention première est de garantir la sécurité physique des patientes, sans jamais vouloir leur causer de détresse (King et S Turner, 2000). Dans ces circonstances, tel que décrit dans l'article qualitatif par observation naturaliste de Ramjan et Gill (2012), les infirmières peuvent ressentir un conflit

entre leur rôle de protection des droits du patient et la nécessité d'intervenir de manière intrusive, ce qui peut être source d'inconfort et de remise en question.

Il arrive d'ailleurs que des conflits se présentent entre les valeurs de l'infirmière et son rôle professionnel. En effet, dans l'article de Ramjan (2004) ainsi que l'article d'Harken et al. (2017), les infirmières travaillant en médecine pédiatrique ont rapporté vivre un conflit au sein du rôle infirmier envers cette clientèle. Leur responsabilité d'assurer que l'adolescente collabore dans son plan de traitement a souvent créé des conflits avec leurs valeurs de confiance et de préservation des droits du patient ainsi que leur désir d'accompagnement et d'empathie (Harken et al., 2017; Ramjan, 2004). En effet, en désirant absolument que l'adolescente collabore au plan de traitement, les infirmières pouvaient intervenir de force, laissant place à peu d'empathie face à l'expérience d'hospitalisation vécue par l'adolescente. À la limite, plusieurs infirmières avaient la perception d'avoir adopté le rôle de geôlières (Ramjan, 2004; Ramjan et Gill, 2012). L'exemple donné pour expliquer cette perception d'être les geôlières des patientes comprenait les fouilles qu'elles devaient faire régulièrement. Ces fouilles décrites par les infirmières leur rappellent les fouilles à nu effectuées dans les prisons lorsque les détenus sont soupçonnés de dissimuler des objets interdits (Ramjan et Gill, 2012). Toutefois, si l'infirmière avait une meilleure compréhension de l'AM, des règles et protocoles, elle était en mesure de maintenir plus efficacement les limites thérapeutiques et la nécessité d'adopter certains rôles. Des règles bien définies ont donné aux infirmières la confiance et l'autorité d'agir dans le meilleur intérêt de la patiente (Zugai et al., 2018).

Le vécu émotif

Le vécu émotif de l'infirmière peut être perçu comme ayant un impact contraignant ou facilitant sur l'expérience des infirmières.

Le vécu ayant un impact contraignant sur l'expérience. Pour débiter, l'expérience que peuvent vivre les infirmières en accompagnant les adolescentes avec de l'AM peut avoir un impact contraignant sur leur expérience.

L'inefficacité, l'incompétence et l'impuissance. À travers l'accompagnement offert aux adolescentes, les infirmières peuvent présenter un vécu émotif varié. Une impression d'inefficacité, d'incompétence et d'impuissance peut être expérimentée par les infirmières (Carter et al., 2012; King et Turner, 2000; Levas-Luckman, 2016; Ramjan 2004). En effet, en prodiguant des soins auprès de l'adolescente, certaines infirmières travaillant sur une unité de médecine pédiatrique de l'article de Ramjan (2004) évoquent sentir qu'elles ne détiennent que peu de contrôle sur la situation. Ce vécu émotif peut être causé entre autres par le manque de formation. En effet, ne sachant pas comment approcher l'adolescente et comment intervenir dû à un manque de formation ou d'expérience, l'infirmière peut ressentir de l'incompétence (King et Turner, 2000; Levas-Luckman, 2016). De plus, en n'étant pas convaincue de prodiguer les meilleurs soins, l'infirmière peut se sentir inefficace et vivre de l'insatisfaction face à son travail (Carter et al., 2012).

Dans l'article de Levas-Luckman (2016), certaines infirmières travaillant sur une unité adolescente spécialisée en TCA, vont même perdre espoir pour certaines patientes puisque le rétablissement leur semble impossible et que les rechutes sont difficiles à vivre pour la patiente. Les rechutes sont également difficiles pour les infirmières et celles-ci peuvent se sentir incompétentes de n'avoir pas assez fait pour aider l'adolescente à se rétablir lors de la première hospitalisation (Levas-Luckman, 2016). Suite aux tentatives infructueuses de convaincre l'adolescente à collaborer aux soins, certaines infirmières peuvent se remettre en question en se

demandant si cela vaut la peine d'investir autant de temps pour accompagner les patientes avec l'AM pour ensuite ressentir une impression d'échec ou d'incompétence (Ryu et al., 2022).

L'inconfort, l'incertitude et l'anxiété. Les infirmières peuvent également vivre de l'inconfort, de l'incertitude et de l'anxiété lorsqu'elles interviennent auprès d'une clientèle adolescente présentant de l'AM. L'étude de Wu et Chen (2021) rapporte que les infirmières travaillant en médecine pédiatrique avaient la perception de devoir être constamment en contact avec les patientes afin d'établir une relation thérapeutique. Ce faisant, elles pouvaient se sentir inconfortables et anxieuses (Wu et Chen, 2021). Cet inconfort et anxiété provenaient du fait que lorsque l'infirmière tentait de communiquer avec l'adolescente avec de l'AM, celle-ci semblait sur la défensive, démontrant peu de comportements sociaux en communiquant peu et évitant le regard (Wu et Chen, 2021). Certaines infirmières ont même mentionné que certaines adolescentes pouvaient sembler avoir une attitude hostile envers elles (Wu et Chen, 2021). Cet inconfort a également été présenté dans les articles de King et Turner (2000) et de Ramjan et Gill (2012). En effet, certaines infirmières ont rapporté que de devoir adopter une attitude davantage de « policière » durant les repas causé par l'encadrement et la surveillance à offrir, allait à l'encontre de leurs valeurs, contribuant à ressentir de l'inconfort (King et Turner, 2000; Ramjan et Gill, 2012). De plus, dans l'article qualitatif descriptif d'Harken et al. (2017), les infirmières mentionnent avoir vécu un malaise de devoir surveiller les patientes en tout temps, même lors de l'usage de la salle de bain.

Pour renchérir sur l'accompagnement durant les heures de repas, ce ne sont pas juste les infirmières en médecine pédiatrique qui mentionnent ressentir un inconfort (King et Turner, 2000). En effet, dans l'article qualitatif descriptif de Ryu et al. (2022), les infirmières travaillant sur une unité spécialisée en TCA mentionnent également avoir vécu de l'incertitude pendant les heures de

repas. La surveillance lors des repas était perçue comme difficile et problématique puisque les infirmières percevaient qu'elles devaient toujours regarder chaque bouchée et encadrer les patientes (Ryan et al., 2006). D'ailleurs, selon l'article phénoménologique de Ryan et al., (2006) la source principale de conflit avec les patientes est en lien avec la nourriture. Bien que les infirmières souhaitent aider les patientes, elles mentionnent se sentir inconfortables face aux difficultés des adolescentes à collaborer durant les heures de repas et à laisser aller le contrôle sur la nourriture (Ramjan, 2004).

Les infirmières en médecine pédiatrique (n=6) participant à l'étude qualitative descriptive de Carter et al. (2012) ont également vécu un inconfort lors de certains traitements tels que l'installation forcée d'un tube naso-gastrique ou l'usage de contentions. Ces interventions allaient contre leurs valeurs personnelles et professionnelles (Carter et al., 2012). Notamment, dans l'article de Levas-Luckman (2016), une infirmière rapporte que son principal objectif en tant qu'infirmière est d'aider les gens afin qu'ils se sentent mieux. Cependant, en installant un tube naso-gastrique, elle se sentait très coupable de causer de la détresse psychologique alors que ce n'est pas dans ses intentions ni dans ses valeurs (Levas-Luckman, 2016). Pour continuer, avec cet inconfort que peuvent vivre les infirmières, certaines d'entre elles ont aussi évoqué avoir l'impression que les adolescentes ne respectent pas toujours leur plan de traitement ce qui les amène à vivre un inconfort face au fait de « forcer » les patientes à collaborer au plan de traitement (King et Turner, 2000; Snell et al., 2010).

La tristesse, l'indifférence et la perte d'espoir. La tristesse pouvait également faire partie du vécu émotif des infirmières (King et Turner, 2000; Levas-Luckman, 2016). Effectivement, faisant déjà face à la complexité du traitement et aux défis associés à l'état de santé physique et

psychologique des adolescentes, les infirmières sont témoins de plusieurs rechutes, ce qui peut entraîner de la tristesse (Levas-Luckman, 2016).

Toujours selon Levas-Luckman (2016), les infirmières ressentent de la tristesse en observant les patientes ancrées dans les comportements associés à l'AM et incapables d'identifier leurs propres qualités. Cela a été vécu comme étant une expérience difficile à vivre pour les infirmières de cette étude (Levas-Luckman, 2016). Cette tristesse a ensuite été renforcée par l'incompréhension et la frustration de l'infirmière de voir une adolescente avec de l'AM qui est incapable de voir sa propre valeur. En bref, en étant témoin du combat continu que les patientes vivent cela attriste l'infirmière (Levas-Luckman, 2016).

Pour poursuivre, dans l'article qualitatif phénoménologique de King et Turner (2000), deux infirmières en médecine pédiatrique mentionnent notamment ressentir de la tristesse, car elles étaient devenues indifférentes devant des adolescentes avec de l'AM. Elles avaient perdu espoir de créer une relation de confiance avec les adolescentes et, en introspection, cela leur a fait vivre un tourment émotionnel; ressentant de la tristesse, de la colère et du découragement (King et Turner, 2000). Elles ont mentionné qu'elles sentaient avoir perdu espoir de former une relation de confiance après de multiples tentatives, et par conséquent, elles n'agissaient plus selon leurs valeurs personnelles de confiance, d'honnêteté et de non-jugement (King et Turner, 2000).

La frustration et la trahison. L'infirmière peut également vivre de la frustration et de la colère en accompagnant cette clientèle à travers leur expérience d'hospitalisation (King et Turner, 2000). Alors que certaines infirmières peuvent ressentir de l'incompétence en n'étant pas en mesure de convaincre l'adolescente de manger son repas, d'autres peuvent plutôt perdre patience et ainsi, démontrer de la frustration envers celle-ci pendant les repas (Carter et al., 2012; Wu et Chen, 2021). « Juste » est un exemple de propos auquel les infirmières peuvent penser lorsqu'elles

commencent à être frustrées par ce qu'elles considèrent être de la non-collaboration aux repas (Carter et al., 2012). Cette frustration peut également apparaître lorsque l'infirmière perçoit que l'adolescente tente de négocier afin de contourner les objectifs du plan de traitement (Harken et al., 2017).

De plus, la frustration peut être ressentie devant ce que l'infirmière perçoit comme étant de la résistance au traitement et la difficulté qu'elle ressent à engendrer un changement de comportements chez l'adolescente (Levas-Luckman, 2016; Ryu et al., 2022). Cette « lutte de pouvoir/contrôle » semble teinter les perceptions d'infirmières en médecine pédiatrique et adolescente (Ramjan, 2004). Ainsi, le fait de ne pas voir « d'améliorations immédiates » en forçant les adolescentes à collaborer aux soins peut frustrer les infirmières (Ramjan, 2004). Même dans des milieux spécialisés dans le traitement des TCA, certaines infirmières mentionnent vivre de la frustration et se sentent mises au défi dans leur rôle thérapeutique lorsqu'elles perçoivent que l'adolescente tente d'avoir le contrôle sur son plan de traitement (Snell et al., 2010). De plus, dans l'article de Levas-Luckman (2016), lorsque les adolescentes se plaignent aux infirmières qu'une infirmière est trop demandante, l'infirmière qui est considérée comme exigeante et peut ressentir de la frustration.

En ce qui a trait à la trahison, celle-ci est intimement reliée à la frustration. En effet, lorsque l'infirmière croit que l'adolescente a progressé vers son rétablissement et qu'elle constate qu'au fond il n'y a pas réellement eu de changements de comportements, l'infirmière peut vivre un sentiment de défaite et de trahison (Ryu et al., 2022). Les infirmières mentionnent avoir vécu de la frustration lorsqu'elles investissent beaucoup de temps auprès d'une adolescente pour ensuite réaliser que celle-ci n'est pas aussi motivée à changer et à se rétablir (Ryu et al., 2022). La trahison peut également être vécue lorsque l'infirmière, au fil du temps, développe une proximité émotionnelle

avec les adolescentes. Selon Ryu et al. (2022) cela serait plus fréquent lorsqu'il y a une faible différence d'âge entre l'infirmière et l'adolescente. Cette relation de proximité voire d'amitié peut renforcer le sentiment de trahison chez les jeunes infirmières dans le sens où une relation de confiance est développée, mais finalement, l'adolescente ne veut toujours pas manger (Ryu et al., 2022).

L'épuisement. En raison du vécu émotif pouvant contraindre l'expérience des infirmières qui travaillent auprès des adolescentes hospitalisées en raison de l'AM, certaines infirmières peuvent être amenées à vivre de l'épuisement. Selon l'étude mixte concomitante de Seah et al. (2018) visant à examiner les connaissances, les attitudes, la pratique, et les perceptions de 19 infirmières par rapport aux adolescentes hospitalisées sur une unité spécialisée en TCA, cet épuisement peut être ressenti lorsque l'infirmière fait face au fait qu'il y a un haut taux de réhospitalisation. D'ailleurs ces réhospitalisations sont la source de sentiments d'inefficacité et d'impuissance face à l'AM comme présenté précédemment. D'autres études comme celles de Carter et al. (2012) et d'Harken et al. (2017) abondent dans le même sens. En effet, les efforts perçus comme infructueux et l'absence de résultats des interventions donnent l'impression que le travail est exigeant émotionnellement (Carter et al., 2012). En étant incapables de trouver la solution pour résoudre l'AM, les infirmières peuvent se sentir épuisées (Harken et al., 2017). Jumelé à cet épuisement à la suite des efforts perçus comme étant infructueux, elles peuvent également vivre une émotion de futilité face à leur rôle dans le traitement de l'AM (Harken et al., 2017).

Les infirmières peuvent également vivre de l'épuisement à la suite des interactions avec les patientes. En effet, dans l'article qualitatif phénoménologique de King et Turner (2000), les infirmières en médecine pédiatrique (n = 5) mentionnent qu'en étant constamment vigilantes et

méfiantes des comportements que peuvent adopter les adolescentes pour tenter de contourner le plan de traitement, elles ont vu leur énergie être épuisée. De plus, en raison des conflits présents dans la relation avec les adolescentes, de la possible frustration et de l'impression de manque de succès, la résilience des infirmières est diminuée au point où il s'avère difficile pour elles de gérer les situations (King et Turner, 2000). Cela était également renforcé par le fait que les infirmières pouvaient être blessées par les propos conflictuels des adolescentes avec de l'AM (King et Turner, 2000). Ce serait donc l'amalgame de ces émotions et sentiments qui pourraient contribuer à l'épuisement chez ces infirmières (King et Turner, 2000).

Concernant l'épuisement, il pouvait être exacerbé par le constat des infirmières indiquant des difficultés à maintenir le contrôle sur les « situations » (Ramjan, 2004). Les « situations » que mentionne Ramjan (2004) font notamment référence au rétablissement de l'adolescente, au plan de traitement, à la période des repas et aux comportements de résistance de l'adolescente. Ramjan et Gill (2012), dans leur étude qualitative par observation naturaliste, rapportent que la principale responsabilité perçue par les infirmières travaillant sur l'unité de médecine pédiatrique était d'appliquer les règles et règlements auxquels les adolescentes n'étaient pas particulièrement réceptives. Alors que cette surveillance était perçue, par les infirmières, comme cruciale pour assurer la sécurité des patientes, elle a amené de nombreuses infirmières à se sentir épuisées et dans un état constant de questionnement sur ce que leurs patientes feraient prochainement (Ramjan et Gill, 2012).

Par conséquent, le fait d'accompagner des personnes avec de l'AM peut être épuisant et il peut contribuer au taux d'épuisement professionnel qui est élevé chez les infirmières (Wright et Schroeder, 2016). Dans l'étude qualitative recherche-action de Wright et Schroeder (2016), parmi les sept infirmières qui ont participé à cette étude, toutes ont quitté l'unité spécialisée en TCA.

Bien que les auteurs expliquent qu'il ne soit pas possible d'affirmer avec certitude que toutes soient parties en raison de la nature stressante du travail, toutes les infirmières ont parlé de la difficulté de leur travail liée aux relations avec la clientèle diagnostiquée d'AM (Wright et Schroeder, 2016). Cela serait un biais d'échantillonnage dans cette étude. Pour continuer, en étant incapables de trouver des solutions dans le but de favoriser la collaboration de l'adolescente face aux objectifs de son plan de traitement, les infirmières travaillant sur une unité spécialisée en TCA peuvent souffrir d'épuisement professionnel (Wright et Schroeder, 2016).

L'article qualitatif phénoménologique de Levas-Luckman (2016), certaines infirmières travaillant sur l'unité spécialisée en TCA témoignent que devoir écouter des histoires tristes ainsi que devoir rester disponible en permanence pour valider et accompagner les patientes peut devenir épuisant. Elles ressentaient également une responsabilité personnelle d'accompagner ses patientes (Levas-Luckman, 2016). Faisant face à la nature très exigeante du travail et devant s'investir émotionnellement avec ses patientes, il a été difficile pour les infirmières de s'abstenir de penser au travail une fois à la maison (Levas-Luckman, 2016).

Vécu émotif ayant un impact facilitant sur l'expérience. Jusqu'à présent, il semblerait que le portrait du vécu émotif des infirmières soit plutôt âpre. Cependant, malgré les incertitudes de soins, soigner les patientes avec de l'AM peut tout de même être gratifiant pour certaines infirmières (Harken et al., 2017)

L'empathie, de la satisfaction et de la joie. Les infirmières peuvent développer un intérêt à vouloir accompagner l'adolescente avec l'AM. En effet, avec une meilleure compréhension de la maladie et de ses complications, l'infirmière développe un intérêt à vouloir connaître et comprendre l'adolescente (Seah et al., 2018). Cette acquisition de connaissances et d'expérience permet également aux infirmières de démontrer de l'empathie envers cette population (Seah et al.,

2018). Ce sentiment d'empathie pouvait être ressenti lorsqu'elles étaient en mesure de comprendre que les patientes avaient de la difficulté à affronter la maladie (Seah et al., 2018).

Dans l'étude phénoménologique de King et Turner (2000), les infirmières de l'unité de médecine pédiatrique ont pu réaliser que, finalement, le travail auprès de cette clientèle était somme toute satisfaisant. Grâce à une introspection et en réfléchissant sur leurs expériences d'accompagnement d'adolescentes avec de l'AM, elles ont pris conscience que leur expérience de soins était positive (King et Turner, 2000). Par la suite, en cogitant sur leurs expériences, elles ont développé de nouvelles perspectives face à leurs soins et elles ont ressenti de la satisfaction (King et Turner, 2000).

Dans un autre ordre d'idées, la construction de relations, la compréhension des symptômes de l'AM et l'acquisition de connaissances sur les traitements possibles contribuent à l'émotion de joie chez certaines infirmières selon les résultats de l'étude de (Levas-Luckman, 2016). D'ailleurs, le fait d'être témoin du rétablissement de certaines adolescentes renforçait cette joie (Levas-Luckman, 2016). Notamment, une infirmière travaillant sur une unité pour adolescentes spécialisée en TCA a mentionné se sentir joyeuse de pouvoir établir des relations avec chaque patient et se sentir comme une partie prenante de leur rétablissement respectif (Levas-Luckman, 2016). Bien que voir les patientes affronter leur TCA au quotidien peut être triste, lorsque les infirmières peuvent voir une certaine amélioration quotidienne, cela les rend joyeuses (Harken et al., 2017).

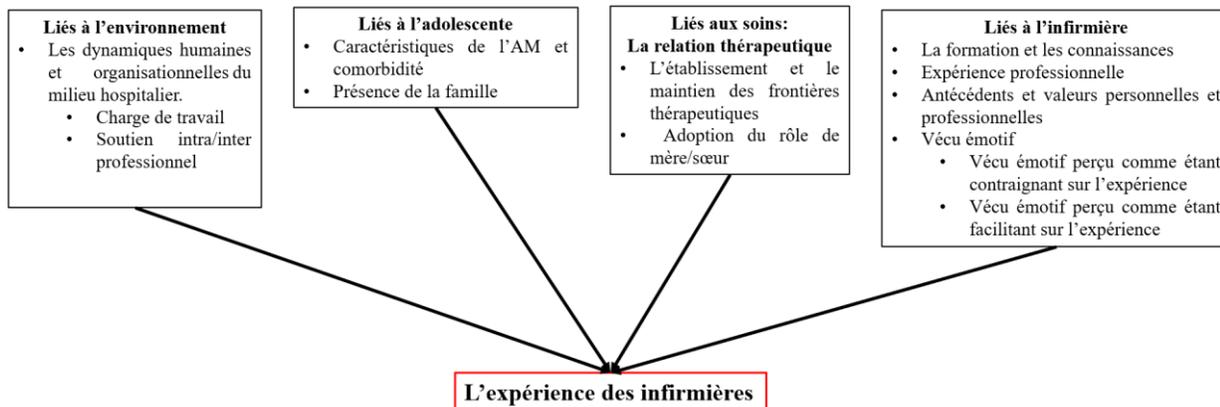
En bref, à la lumière des résultats, il est possible de réaliser les infirmières sont sujettes à vivre de nombreuses différentes émotions et sentiments pouvant affecter leur expérience d'accompagnement d'adolescentes avec de l'AM.

Sommaire des résultats

À la lumière de ce qui est ressorti des résultats, il est possible de constater que l'expérience des infirmières serait représentée comme un tourment émotionnel. Effectivement, les infirmières ont un vécu émotif bien mouvementé en pouvant vivre entre autres, de la frustration, de l'épuisement, mais également de la joie et de la satisfaction face aux soins. Ce vécu émotif module l'expérience des infirmières. Il est également possible de constater que cette expérience est également influencée par plusieurs autres éléments liés soit à l'environnement de soins, l'adolescente, le soin et la relation thérapeutique ou l'infirmière elle-même. Dans l'ensemble, l'expérience des infirmières est individualisée et elle peut être difficile et complexe en raison de ses multiples éléments d'influence. La figure 1 présentée ci-dessous représente bien un résumé des résultats.

Figure 1

Résumé des résultats des éléments d'influence de l'expérience des infirmières



Chapitre 5 -Discussion

Les résultats de cette revue de la portée amène à percevoir que l'expérience des infirmières est influencée par plusieurs éléments liés à l'environnement, l'adolescente et l'AM, le soin et la relation thérapeutique ainsi que l'infirmière elle-même. Cette expérience est empreinte d'un vécu émotif qui peut influencer positivement l'expérience ou agir de façon contraignante sur cette expérience.

À la lumière des résultats de la revue de la portée, il est possible d'observer que le vécu émotif est très présent dans l'expérience des infirmières et que celle-ci est le résultat de l'influence de différents éléments. Dans cette discussion, la contribution des résultats quant à l'avancement des connaissances par rapport à l'expérience des infirmières sera tout d'abord présentée. Par la suite, la contribution du modèle humaniste dans l'interprétation des données et les résultats sera abordée. Finalement, les forces et limites de cet examen de la portée ainsi que les recommandations pour les sciences infirmières seront présentées.

Contribution des résultats quant à l'avancement des connaissances

Liés à l'environnement

Au niveau des éléments environnementaux, les résultats amènent que les dynamiques humaines et organisationnelles du milieu hospitalier peuvent affecter l'expérience des infirmières. Parmi ces dynamiques, il y avait la charge de travail ainsi que le soutien inter et intraprofessionnel (Lachal et al., 2022; Levas-Luckman, 2016; Ramjan, 2004; Seah et al., 2018; Wu et Chen, 2021). Dans la littérature, ces éléments d'influence ne sont pas nouveaux. Effectivement, dans la revue systématique de 17 articles de Papastavrou et al. (2014), les auteurs ont cherché à comprendre les éléments pouvant limiter les soins infirmiers auprès de patients de plusieurs différentes unités de soins. Parmi ce qui est ressorti, il y avait le manque de personnel et le manque de temps pour

accomplir les tâches (Papastavrou et al., 2014). Dans ce contexte, les patients avaient un risque accru de chute, d'infection nosocomiale et une diminution de la satisfaction des soins. De plus, dans cette revue systématique, il ressortait que cela venait également impacter l'expérience des infirmières puisque ces éléments influençaient directement la satisfaction face à l'emploi (Papastavrou et al., 2014).

Pour continuer, les résultats de la présente étude font ressortir que la charge de travail et particulièrement le temps supplémentaire, viennent influencer l'expérience des infirmières. Cela ressort également dans la littérature scientifique. Dans la revue systématique de 24 articles de Bae et Fabry (2014), les auteurs ont évalué l'impact du temps supplémentaire sur les infirmières travaillant à l'hôpital et sur la qualité des soins. Parmi les résultats, il a été démontré que le temps supplémentaire peut amener l'infirmière à vivre de la fatigue, un *burnout*, une diminution de la satisfaction face au travail et une augmentation du désir de quitter le milieu de soins, des douleurs physiques, et une diminution de la qualité du sommeil, ce qui augmente le risque de faire des erreurs dans les soins (Bae et Fabry, 2014).

Puis, pour adresser le soutien intra et interprofessionnel, il est connu dans la littérature qu'un manque de communication peut affecter l'expérience des infirmières. Dans l'article qualitatif de Monfre et al. (2022), les auteurs ont rencontré 39 infirmières de deux unités de soins adultes afin d'avoir leur opinion par rapport à la communication avec les médecins. À travers un sondage et des observations, les auteurs ont pu observer les conséquences d'une bonne et d'une mauvaise collaboration interdisciplinaire entre les infirmières et les médecins. En présence d'une bonne collaboration, les soins auprès des patients pouvaient être optimisés (Monfre et al., 2022). Cependant, en présence d'un manque de collaboration et de communication, non seulement il pouvait y avoir un risque accru d'erreur de soins, mais cela influençait également l'expérience des

infirmières; se montrant caractérisant notamment par un manque de confiance envers l'autre, la perception d'une perte d'autonomie et des conflits (Monfre et al., 2022).

En bref, la littérature rapportée en lien avec l'expérience spécifique des infirmières qui travaillent auprès d'adolescentes avec de l'AM rejoint les constats émis dans la littérature scientifique. Il semble alors que ces éléments sont généralisables pour l'ensemble des infirmières dans les différentes unités de soins et pas spécifique à la clientèle avec de l'AM.

Liés à l'adolescente

Dans les résultats de la revue de la portée, les comportements reliés à l'AM, la complexité des soins et l'accompagnement de la famille peuvent influencer l'expérience des infirmières ce qui est également mis de l'avant dans d'autres études (Lachal et al., 2022; Seah et al., 2018; Wright et Schroeder, 2016).

Pour les comportements reliés à l'AM, en ce qui a trait à la nature complexe de l'AM, tel que ressorti dans les résultats, si l'infirmière ne comprend pas que les adolescentes peuvent avoir la nature égocentrique associée à l'AM, elle pourrait se frustrer facilement face au refus de collaboration, le refus de l'aide proposée par l'infirmière et le désir de contrôle. Ces comportements sont reliés à la nature égocentrique de l'AM et non à l'adolescente elle-même (Gregertsen et al., 2017). Dans la littérature, cette nature égocentrique peut également être présente chez des personnes autres que des celles diagnostiquées d'AM. En effet, la nature égocentrique peut se retrouver chez les personnes avec un trouble de la personnalité ou présentant certains traits de la personnalité pathologiques (Hart et al., 2018). Par exemple, la nature égocentrique peut se manifester chez les personnes avec des traits de la personnalité narcissique ou psychopathe lorsque celles-ci ont des comportements d'intimidation ou de désinhibition dans le but d'accomplir

leurs buts ou de faire une impression marquante chez les autres (Hart et al., 2018). La nature égocentrique peut même se retrouver chez des personnes dépressives qui refusent de reconnaître et d'accepter leur dépression (Pols et al., 2018). Dans l'étude qualitative descriptive de Pols et al. (2018) visant à explorer les perceptions des patients et des infirmières de la dépression chez les patients diagnostiqués du diabète de type 2 et/ou d'une maladie coronarienne, due à la nature égocentrique, la majorité des patients se considéraient comme étant peu/pas dépressifs même s'ils avaient un score indiquant la présence de symptômes dépressifs. Pour la plupart de ces patients, plusieurs de ces symptômes dépressifs étaient présents depuis longtemps, et par conséquent, ils les ont acceptés et intégrés (Pols et al., 2018). Ce faisant, au moment de l'évaluation de la dépression, ils étaient incapables de relier ces symptômes à la dépression (Pols et al., 2018). Pour ce qui est de l'infirmière, dû à cette nature égocentrique, elle avait de la difficulté à évaluer la présence de dépression chez ces patients puisqu'à première vue, ces personnes ne semblaient pas en dépression. Ainsi, dû à cette perception que ces patients semblaient être en bonne santé mentale, plusieurs infirmières ne percevaient pas initialement le besoin pour des soins spécifiques par rapport à la dépression (Pols et al., 2018). En bref, la nature égocentrique semble vraiment ajouter des défis supplémentaires pour l'infirmière et semble contribuer à complexifier les soins et ainsi influencer l'expérience des infirmières. Si l'infirmière n'est pas en mesure d'identifier les symptômes dépressifs dus à la nature égocentrique, elle pourrait se sentir incompétente et inefficace.

En ce qui concerne la complexité des soins, la présence de comorbidités peut complexifier les soins et ainsi influencer l'expérience des infirmières (Lachal et al., 2022). En effet, cela peut ajouter une charge supplémentaire au travail des infirmières et celles-ci peuvent être plus à risque de vivre de l'épuisement. Dans la revue de la littérature de neuf articles de Alexander et al. (2016), les auteurs se sont intéressés à évaluer la perception d'infirmières travaillant en médecine chirurgie

quant aux patients avec des comorbidités psychiatriques. Parmi les résultats mentionnés de l'article de Alexander al. (2016), les auteurs ont rapporté que devant des patients avec des comorbidités psychiatriques, certaines infirmières peuvent avoir une perception biaisée de ceux-ci; pouvant ensuite altérer la capacité des infirmières à dispenser des soins de qualité, holistiques et empreints d'empathie. Les perceptions négatives peuvent également entraver le développement de relations thérapeutiques et d'un engagement psychosocial chez les infirmières, conduisant à des niveaux d'empathie réduits et à un soutien moindre envers les patients (Alexander et al., 2016). En lien avec les résultats issus de cet examen de la portée, la perception négative des adolescentes avec de l'AM était plutôt associée à un manque de connaissances. Le lien entre les comorbidités psychiatriques et les difficultés avec la relation thérapeutique est un élément qui ne s'est pas retrouvé dans les écrits de l'examen de la portée. Ainsi, il pourrait être intéressant d'adresser cette liaison entre les comorbidités et la relation thérapeutique dans un contexte d'accompagnement d'adolescente avec de l'AM dans une étude future.

Pour renchérir avec d'autres défis que peuvent entraîner ces comorbidités chez les infirmières, dans la revue systématique de 25 articles de Giandinoto et Edward (2014), les auteurs ont relevé les défis des professionnels de la santé lorsqu'ils font face à des patients avec des comorbidités psychiatriques dans une unité de soins aigus. Parmi les résultats, il est mentionné que les patients avec des comorbidités psychiatriques contribuent à la complexification des soins lorsque les infirmières n'ont pas les connaissances et l'expérience nécessaires. Face à ces manques, certaines infirmières peuvent se sentir inhabitées ou ressentir un manque de compétences clés pour accompagner ce genre de clientèle. Ainsi, Alexander et al. (2016) ainsi que Giandinoto et Edward (2014) arrivent à la même conclusion pouvant s'appliquer aux infirmières travaillant auprès de la clientèle hospitalisée pour de l'AM; soit un besoin de formation et de sensibiliser les infirmières

en médecine et en chirurgie par rapport aux défis pouvant être rencontrés en accompagnant des patients avec des comorbidités psychiatriques.

Pour l'accompagnement de la famille, même si pour l'infirmière cela peut être un peu plus complexe de devoir intégrer la famille dans les soins, cela peut s'avérer bénéfique pour les adolescentes dans leur rétablissement (Treasure et al., 2020). La famille est également une figure importante chez les adolescentes avec de l'AM. Dans l'article qualitatif de Treasure et al. (2020), les auteurs ont évalué la valeur d'impliquer la famille dans le traitement de l'AM. Parmi les résultats, ils en sont arrivés à la conclusion que l'implication de la famille peut se révéler une stratégie efficace pour compléter l'accompagnement offert par les professionnels de la santé (Treasure et al., 2020). Selon Treasure et al. (2020), l'implication de la famille serait associée à une durée d'hospitalisation moins longue et une diminution du besoin de recourir à l'installation d'un tube nasogastrique. Le rôle important de la famille a également été repris dans l'article qualitatif de Dimitropoulos et al. (2017). De même que dans l'article de Treasure et al. (2020), Dimitropoulos et al. (2017) arrivent également à la conclusion que l'implication de la famille dans le traitement de l'AM favoriserait les chances de rétablissement chez les adolescents et diminuerait le risque de réhospitalisation. En d'autres mots, bien que les données des résultats aient ressorti que la famille puisse être un enjeu supplémentaire pour les infirmières, selon la littérature, la famille aurait tout de même un rôle primaire dans le rétablissement de l'adolescente. Dans ce contexte, il serait essentiel de bien former les infirmières à travailler avec les familles pour favoriser le rétablissement des adolescentes avec de l'AM.

Liés aux soins

Pour poursuivre avec les autres éléments d'influence, il y a la relation thérapeutique. Effectivement, dans les écrits, il semble que la relation thérapeutique soit d'autant plus difficile

pour les infirmières lorsqu'il s'agit de maintenir les frontières thérapeutiques (Harken et al., 2017; Lachal et al., 2022; Levas-Luckman, 2016; Seah et al., 2018; Snell et al., 2010; Zugai et al., 2019) ou lorsque l'infirmière adopte un rôle de mère/sœur (Lachal et al., 2022; Levas-Luckman, 2016; Ryan et al., 2006; Zugai et al., 2018). Le maintien de ces frontières peut jouer sur l'adoption d'une relation de mère/sœur. En présence d'une absence de frontières thérapeutiques, l'infirmière pourrait être portée à adopter un tel rôle (Levas-Luckman, 2016).

Selon la littérature, pour l'adoption du rôle de mère et de sœur auprès de patients, il ne semble pas nécessairement avoir de consensus quant à son véritable impact sur l'expérience des infirmières. Tel que relevé dans les articles de l'examen de la portée, bien que l'adoption d'un tel rôle puisse offrir une opportunité pour établir un lien avec l'adolescente, cela met l'infirmière à risque d'être surinvestie dans les soins et ainsi contribuer à une fatigue de compassion (Levas-Luckman, 2016). Cependant dans l'article de Wright et Hacking (2012), ainsi que l'article de Wright (2015), les auteurs ne mentionnent que les bienfaits associés à l'attribution d'un tel rôle. Ainsi, dans l'étude phénoménologique herméneutique de Wright et Hacking (2012), les auteures ont interviewé six femmes entre 21 et 44 ans avec de l'AM. Les résultats amènent les auteurs à définir le concept de maternalisme qui fait référence au fait que les patientes avec de l'AM perçoivent l'infirmière comme une figure maternelle qu'elles n'ont pas eue auparavant. L'approche maternelle est définie comme étant personnelle et individuelle. Elle est utilisée pour décrire une personne qui se soucie de la patiente ainsi que d'elle-même. Le maternalisme reflète également mieux le rôle protecteur et attentionné adopté par le personnel soignant (Wright et Hacking, 2012). Une nuance importante à prendre en compte de cet article est que la population interviewée était des adultes. Les patientes participantes ont mentionné que, contrairement aux personnes plus jeunes, elles ne confondaient pas les frontières thérapeutiques de l'infirmière avec le rôle maternel.

Selon les patientes, le rôle maternel a contribué à former des liens thérapeutiques et ils ont contribué au cheminement vers le rétablissement plutôt qu'à une régression vers un statut infantile qui pourrait être autrement supposé (Wright et Hacking, 2012). Dans le deuxième article écrit par Wright (2015), l'auteure a également mené une autre étude phénoménologique qui visait à explorer l'expérience vécue de la relation entre les femmes adultes souffrant d'AM et leurs soignants sur une unité spécialisée en troubles des conduites alimentaires (TCA). Tout comme dans son article de 2012, l'auteure a mentionné que ce maternalisme était fort apprécié par les patientes avec de l'AM. Les patientes mentionnaient aimer cette opportunité de proximité avec le personnel soignant et que cette relation maternelle leur offrait un sentiment de confort et de sécurité. Cela favorisait ainsi l'établissement d'une relation thérapeutique. L'auteure a rappelé également le fait que malgré le fait qu'il y ait adoption d'un rôle maternel, le maintien de frontières thérapeutiques demeurait (Wright, 2015). Il serait toutefois nécessaire de clairement définir de relation maternelle afin d'éviter tout surinvestissement de l'infirmière dans l'expérience d'hospitalisation de l'adolescente.

En bref, en ce qui a trait au maternalisme de l'infirmière, il semble persister une certaine ambiguïté et incertitude face à ce rôle. Premièrement, dans la littérature, il ne semble pas y avoir de consensus quant à la définition de ce concept et ses caractéristiques (Specker Sullivan et Niker, 2018; Wright, 2015; Wright et Hacking 2012; Zugai et al., 2018). Deuxièmement, avec les articles de Wright, il ne semble pas avoir assez d'études évaluant l'impact à long terme de l'adoption d'un tel rôle. Il serait donc pertinent d'adresser cette problématique dans des recherches futures. Troisièmement, il semblerait que le rôle maternel soit perçu différemment entre les adultes et les enfants/adolescents (Wright et Hacking, 2012). Dans l'article de Wright et Hacking (2012), les participantes adultes ont explicitement mentionné qu'elles ne confondaient pas les frontières

thérapeutiques lorsqu'elles percevaient les infirmières avec un rôle maternel. Il serait donc pertinent de mener des études auprès d'autres populations d'âge différent.

Pour adresser de manière plus approfondie l'établissement et le maintien des frontières thérapeutiques, dans les résultats, il a été mentionné que pour certaines infirmières, il pouvait être plus difficile de les maintenir et, par conséquent, cela pouvait influencer l'expérience des infirmières, car elles peuvent se sentir personnellement impliquées auprès des adolescentes et ainsi s'épuiser (Harken et al., 2017). Cette difficulté à établir et maintenir des frontières thérapeutiques n'est pas un concept inconnu dans la littérature scientifique. Dans l'article d'Erikson et Davies (2017), les auteurs explorent comment les infirmières maintiennent les frontières thérapeutiques lorsqu'elles s'occupent d'enfants gravement malades et de leurs familles. Dans cet article suivant la méthodologie de la théorisation ancrée, l'échantillon regroupait 18 infirmières provenant des soins palliatifs pédiatriques, l'oncologie pédiatrique et les soins intensifs pédiatriques. Parmi les témoignages recueillis, il est ressorti que les infirmières pouvaient parfois avoir de la difficulté à maintenir des frontières thérapeutiques avec les familles d'enfants mourants (Erikson et Davies, 2017). Se connecter personnellement et se comporter de manière professionnelle pouvait créer des tensions internes ou entre professionnels. Cela était d'autant plus évident lorsque les infirmières étaient amenées à faire la distinction entre les comportements de prestation de soins et d'amitié (Erikson et Davies, 2017). Certaines infirmières perçoivent le contact avec les parents en dehors du milieu de travail comme une violation des barrières professionnelles. Pourtant, d'autres infirmières ont déclaré que rester en contact avec les parents dont l'enfant est décédé et/ou assister à des funérailles constituent une source précieuse de soutien pour les parents en deuil, ce qui est soutenu par des recherches préalables (Erikson et Davies, 2017). Ainsi, pour plusieurs infirmières, il pouvait parfois être difficile de maintenir des frontières thérapeutiques; notamment lorsque

l'enfant est très malade et que la famille semble avoir besoin de davantage de soutien (Erikson et Davies, 2017).

Cette difficulté d'établir et de maintenir des frontières thérapeutiques est également présente auprès de patients avec un diagnostic psychiatrique. Particulièrement, dans l'article de Hagen et al. (2017), les auteurs se sont intéressés à étudier l'expérience des infirmières en santé mentale accompagnant des patients potentiellement suicidaires. Parmi le témoignage des huit infirmières participant à l'étude qualitative, il est notamment ressorti que certaines infirmières pouvaient se sentir mal à l'aise lorsqu'elles percevaient qu'une collègue prodiguait des soins intimes et omettait le maintien de frontières thérapeutiques (Hagen et al., 2017). Ces soins intimes pouvaient refléter des mécanismes de transfert et de contre-transfert entre l'infirmière et le patient (Hagen et al., 2017). S'impliquer excessivement et assumer trop de responsabilités envers le patient sont des réponses de contre-transfert (Hagen et al., 2017). Puis, cela met également l'infirmière à risque de se drainer émotionnellement (Hagen et al., 2017). Un exemple présenté dans l'article de Hagen et al. (2017) fût lorsqu'une infirmière voulait combler un rôle maternel auprès du patient lorsqu'elle avait remarqué que celui-ci avait une figure maternelle absente. Ainsi, auprès d'adolescentes avec de l'AM, ces soins intimes pourraient notamment se traduire lorsque l'infirmière adopte un rôle maternel et s'investit trop dans la vie de l'adolescente.

Pour continuer dans un même ordre d'idées, le maintien de frontières thérapeutique a également été retrouvé dans l'article de Kim et al. (2020) où les auteurs se sont intéressés à analyser la pertinence du concept de détachement émotionnel en sciences infirmières. Ce concept a été élaboré dans le but de faire face au travail émotionnel; notamment pour protéger les infirmières lors d'interactions chargées en émotions avec leurs patients. En effet, Kim et al. (2020) affirment qu'il est impossible pour les infirmières d'éviter d'être exposées aux sentiments vécus par les

patients tout en tentant de maintenir une relation thérapeutique avec eux. Cependant, si l'infirmière s'investit trop émotionnellement auprès du patient, cela peut interférer avec l'établissement d'une relation thérapeutique (Kim et al., 2020). Par conséquent, Kim et al. (2020) mentionnent que les infirmières doivent garder une distance émotionnelle afin de protéger leurs émotions et de maintenir leur rôle professionnel. Ce faisant, l'infirmière se protège contre l'épuisement émotionnel, le stress et empêche de nuire à la relation thérapeutique avec le patient (Kim et al., 2020). Cependant, comme démontré dans les résultats, une distance émotionnelle peut être difficile en contexte pédiatrique et en santé mentale.

Liés à l'infirmière

Pour ce qui est des éléments liés à l'infirmière elle-même, les résultats de la présente étude de portée rapportent que la formation de l'infirmière, son niveau de connaissances, ses années d'expérience, ses antécédents et valeurs personnels, la présence d'un conflit entre le rôle infirmier et ses valeurs, ainsi que son vécu émotif ont un impact significatif sur l'expérience de celle-ci. Effectivement, tous les articles issus de l'examen de la portée ont au moins identifié un élément personnel pouvant influencer cette expérience.

Pour commencer, la formation et le manque de connaissances sur l'AM jouent un rôle crucial dans l'expérience des infirmières. Des études telles que celle de Ramritu et al. (2002) ont révélé que ce manque de compétence en santé mentale parmi les infirmières en médecine pédiatrique est bien documenté dans la littérature. Cette étude qualitative descriptive a mis en lumière que 67% des infirmières interrogées (n = 30) ne se sentaient pas préparées à accompagner les patients avec des problèmes de santé mentale en raison d'un manque de formation et d'expérience. De plus, seulement 41% des infirmières étaient satisfaites des soins prodigués. Des conclusions similaires ont été tirées d'une étude plus récente menée par Vallières-Noël et al. (2016) à Montréal, qui a mis

en évidence le manque de connaissances et de ressources en santé mentale parmi les infirmières, conduisant à des sentiments d'incompétence et d'inefficacité. Ces constats sont cohérents avec les résultats de l'examen de la portée, qui soulignent que les infirmières peuvent se sentir incompétentes, inefficaces et impuissantes dans leur accompagnement des patients atteints d'AM, comme l'ont également montré d'autres études telles que celles de Levas-Luckman (2016), Ramjan (2004) et Ryu et al. (2022).

Pour continuer toujours en lien avec le manque de connaissance, de nombreuses infirmières œuvrant sur des unités de médecine se concentrent principalement sur les tâches de soins physiques afin d'éviter les aspects plus complexes et émotionnellement éprouvants des soins d'adolescentes avec de l'AM (Ramjan et Gill, 2012). Cette incertitude face aux soins est en étroite corrélation avec le manque de connaissances mais aussi le manque d'expérience (Wu et Chen, 2021). Dans le même sens, ce manque de connaissance est soulevé dans deux articles de Ramjan (2004) et Ramjan et Gill (2012). Les infirmières en médecine pédiatrique, qui devaient accompagner la clientèle adolescente avec de l'AM, avaient la perception d'avoir un rôle de geôliers où elles avaient la perception de devoir se battre constamment pour avoir le « contrôle ». Cette perception survenait principalement lors des fouilles que les infirmières comparaient aux fouilles à nu effectuées dans les prisons lorsque les détenus sont soupçonnés de dissimuler des objets interdits (Ramjan et Gill, 2012). Cette incertitude face aux soins et cet inconfort vécus par les infirmières en médecine accompagnant des personnes avec un trouble de santé mentale sont tout de même connus dans la littérature. Dans l'article exploratoire à devis mixte de Buckley (2010) ayant comme but de comprendre l'expérience d'infirmières accompagnant des enfants avec des troubles de santé mentale sur des unités médecine pédiatrique, 68% des infirmières n'avaient pas les connaissances nécessaires pour accompagner cette clientèle et 81% des infirmières ont mentionné que leur

formation sur l'unité ne facilitait pas l'accompagnement d'enfants avec des troubles de santé mentale. Par conséquent, avec ce manque de connaissances et de formation, les infirmières se sentaient inconfortables d'accompagner ces enfants (Buckley, 2010). Notamment, l'AM, la dépression et le risque suicidaire étaient les trois problèmes principaux auxquels les infirmières avaient le plus de difficulté à intervenir (Buckley, 2010). Les infirmières dans l'étude de Buckley (2010) ont mentionné, tout comme les infirmières dans les articles Ramjan (2004) et Ramjan et Gill (2012), que ce manque de connaissance a pu contribuer à un inconfort lorsqu'elles devaient apporter des soins auprès de patientes avec de l'AM. Pour renchérir les propos de Buckley (2010), Ramjan (2004) et Ramjan et Gill (2012), dans l'article phénoménologique de Giandinoto et Edward (2015) visant à expliquer et décrire l'expérience de six professionnels de la santé accompagnant des patients avec des troubles de santé mentale sur des unités de médecine, six thèmes ont émergé; soit les comportements difficiles, les éléments environnementaux et organisationnels, le manque d'habiletés cliniques, de connaissances et d'expérience, l'hypervigilance et l'anxiété et la peur de l'inconnu. Parmi les infirmières, toutes ont rapporté que leur manque de connaissances et d'habiletés cliniques ont directement contribué à une impression d'incertitude chez elles (Giandinoto et Edward, 2015). Ainsi, il est possible de constater que les infirmières travaillant en médecine semblent particulièrement vivre de l'incertitude dans les soins dus à un manque d'expérience et de connaissances.

Donc, bien que le manque de formations, de connaissances et d'expérience ne justifient pas l'entièreté de l'expérience des infirmières, cet élément semble toutefois exercer une grande influence sur celle-ci. D'ailleurs, le vécu émotif de l'expérience infirmière semble très fortement lié à ce manque de formation et de connaissance. Ces deux éléments importants sont d'ailleurs intégrés au MHSI-UdeM à travers le concept clé de compétence (Cara et al., 2016). Effectivement,

face à un manque de connaissances et d'expérience, les infirmières peuvent ressentir un manque de compétence qui peut influencer la qualité des soins et l'établissement d'une relation *caring* (Cara et al., 2016). Cela vient donc renforcer le besoin de formation chez les infirmières.

Un autre élément lié à l'infirmière elle-même est en lien avec ses valeurs personnelles qui peuvent influencer l'expérience de l'infirmière. Cet impact des valeurs personnelles est soulevé dans les résultats de la présente revue de la portée par l'étude de King et Turner (2000) lorsqu'il est question d'intervenir de façon plus intrusive comme lors de l'installation d'un tube nasogastrique. Cet écart entre les soins à offrir et les valeurs personnelles de l'infirmière peut entraîner un inconfort chez cette dernière. Cet inconfort est également présent dans l'article de Dall'Ora et al. (2020) où les auteurs ont fait une revue théorique du concept de *burnout* en sciences infirmières. Parmi les données ressorties de cette étude, lorsque les infirmières percevaient une incongruence des valeurs, cela les rendait inconfortables au travail et cela les mettait plus à risque de *burnout* (Dall'Ora et al., 2020). La congruence des valeurs fait référence à une concordance entre les exigences du poste infirmier et les principes personnels de l'infirmière (Dall'Ora et al., 2020). En d'autres mots, si l'infirmière agit à l'encontre de ses valeurs personnelles, son expérience pourrait être affectée en étant à risque de vivre de l'inconfort et même avoir des signes et symptômes de *burnout*.

Finalement, comme il a été possible de voir, cet examen de la portée a relevé que l'expérience des infirmières peut être décrite comme étant un tourment émotionnel, où les infirmières peuvent vivre plusieurs émotions et sentiments en accompagnant des adolescentes hospitalisées pour de l'AM. L'expérience que vit l'infirmière en accompagnant des adolescentes est unique en son genre et très individuelle selon l'infirmière. Comme il a été possible de voir, de nombreux éléments

influencent cette expérience et affectent chaque infirmière de manière unique. Dans ce vécu émotif, les infirmières sont notamment portées à se sentir inefficaces, incompetentes et impuissantes, inconfortables, incertaines, anxieuses, tristes, frustrées, trahies, et épuisées. Toutefois, elles peuvent également vivre de l'empathie, de la satisfaction et de la joie en accompagnant ces adolescentes avec de l'AM.

Ce vécu émotif rejoint aussi ce qui se trouve dans la littérature. En effet, il est connu que l'accompagnement d'une clientèle avec un diagnostic psychiatrique peut être demandant émotionnellement pour les infirmières. Par exemple, dans la revue systématique de 39 articles datant de 1989 à 2015 de Dickens et al. (2016), les auteurs ont cherché à déterminer si l'accompagnement des infirmières en santé mentale des adultes diagnostiqués d'un trouble de la personnalité limite est problématique et, si tel est le cas, offrir des solutions pour engendrer un changement. Parmi les résultats de cette étude, tout comme dans les résultats de cet examen de la portée, il a été montré que l'expérience des infirmières varie énormément selon chaque infirmière. Parmi le vécu émotif qu'elles peuvent vivre en accompagnant des patientes avec un trouble de la personnalité limite, il a été écrit qu'elles peuvent vivre de l'empathie, de l'intérêt envers l'autre, de l'optimisme et même de l'admiration (Dickens et al., 2016). Cependant, elles peuvent également vivre de la frustration, du désespoir, de la colère, de l'inefficacité, de la fatigue et même une désensibilisation (Dickens et al., 2016).

Avec cette revue systématique, il est possible de voir certaines similitudes avec l'examen de la portée. Toutefois, il y a certaines particularités notables pour les infirmières accompagnant des adolescentes avec de l'AM. Notamment, pour l'épuisement, dans les résultats, il a été possible d'observer que cet épuisement peut être présent autant chez les infirmières travaillant en médecine

pédiatrique que les infirmières travaillant sur une unité spécialisée en TCA. Cependant, les causes de l'épuisement ne sont pas les mêmes pour les deux unités. En médecine pédiatrique, il semblerait que l'épuisement soit davantage le résultat d'un manque de connaissances et d'expérience ne leur permettant pas d'accompagner adéquatement les adolescentes (Carter et al., 2012; Harken et al., 2017; King et Turner, 2000; Ramjan, 2004; Ramjan et Gill, 2012). En ne comprenant pas l'AM, les infirmières ne peuvent pas savoir que les comportements « conflictuels » découlent de la maladie et non de la volonté de l'adolescente à vouloir défier l'infirmière (Gregertsen et al., 2017). Un autre élément contribuant à l'épuisement est l'ambiguïté face au rôle infirmier dans un contexte d'accompagnement d'adolescentes avec de l'AM. En effet, comme le rapporte l'article qualitatif par observation naturaliste de Ramjan et Gill (2012), les infirmières de l'unité de médecine pédiatrique avaient la perception que leur responsabilité la plus importante consistait en la surveillance et l'application des règles. Par conséquent, en étant toujours dans un état de vigilance dû à la confusion du rôle et du manque de compréhension de la maladie, cela a contribué à l'épuisement (Ramjan et Gill, 2012).

Pour les infirmières travaillant sur une unité spécialisée en TCA, l'épuisement serait plutôt causé par les rechutes des adolescentes (Levas-Luckman, 2016; Seah et al., 2018) ainsi que l'accompagnement et l'impression de devoir s'investir émotionnellement (Levas-Luckman, 2016). À long terme, les infirmières pourraient courir le risque de vivre la fatigue de compassion. En effet, selon l'article de Peters (2018) portant sur l'analyse du concept de la fatigue de compassion en sciences infirmières, ce concept se définit comme étant un stade d'épuisement qui se manifeste notamment par une diminution de l'énergie et de l'endurance physique, un épuisement émotionnel, un déclin de la capacité d'être empathique, et un déclin spirituel caractérisé par les sentiments de désespoir et d'impuissance. Cette fatigue de compassion pourrait survenir lorsque l'infirmière est

constamment exposée aux souffrances des patients, à un haut niveau de stress, à un manque de limites professionnelles et un manque de mécanismes d'adaptation pour prendre soin de soi-même (Peters, 2018). En santé mentale, les infirmières seraient particulièrement à risque de vivre de la fatigue de compassion. En effet, selon la revue systématique de Marshman et al. (2022) visant à examiner et synthétiser les données sur la prévalence de la fatigue de compassion et les éléments influençant celle-ci chez les infirmières travaillant en santé mentale, ces dernières seraient davantage à risque de vivre cette fatigue de compassion si elles n'ont pas un environnement de travail adéquat, si elles n'ont pas les formations et l'accompagnement nécessaires pour adopter leur rôle et si elles n'ont pas de stratégies efficaces d'autogestion (Marshman et al., 2022).

Pour continuer, tel qu'il a été possible de lire dans la section des résultats, selon King et Turner (2000), les infirmières peuvent également vivre une expérience favorable en réfléchissant sur leur expérience et en prenant le temps d'avoir une introspection sur elles-mêmes. En effet, après une introspection approfondie, les infirmières ont réalisé que l'accompagnement d'adolescentes avec de l'AM était somme toute satisfaisant malgré leur vécu émotif et les défis rencontrés. Cette introspection, ce moment de réflexion sur l'action et l'expérience pourraient s'apparenter à de la pratique réflexive. Dans la littérature, l'usage de la pratique réflexive peut mener à de nombreuses conséquences positives pour l'infirmière. En effet, selon la revue de la littérature de Grobbel et Caldwell (2013), la pratique réflexive permet non seulement de reconnaître et comprendre les éléments pouvant nuire à l'expérience de soins, mais elle permet également de réfléchir en profondeur sur leurs apprentissages après une situation de soin. Comme conséquence, l'infirmière serait davantage en mesure de faire face à des situations vives en émotions (Grobbel et Caldwell, 2013); comme peut le vivre une infirmière accompagnant une adolescente avec de l'AM. Selon Grobbel et Caldwell (2013), l'usage de pratiques réflexives

aurait comme effet d'assurer le développement professionnel de l'infirmière tout en l'aidant à continuer de prodiguer les meilleurs soins possibles. Ultimement, selon Grobbel et Caldwell (2013), la pratique réflexive serait considérée comme étant un exutoire pour éviter les émotions et sentiments pouvant nuire à l'expérience de l'infirmière. La pratique réflexive pourrait donc potentiellement agir comme un élément de protection pouvant enrichir l'expérience d'accompagnement de l'infirmière auprès d'adolescentes avec de l'AM.

En conclusion, à la suite de l'analyse du vécu émotif des infirmières en accompagnant les adolescentes avec de l'AM, l'expérience des infirmières serait le résultat de l'influence de multiples éléments; incluant non seulement des éléments personnels, mais également de nombreux différents éléments liés à l'environnement, l'adolescente elle-même et le soin. Certains éléments d'influence peuvent être mixtes en termes d'effet à savoir qu'ils peuvent agir positivement ou négativement sur l'expérience de l'infirmière. De plus, il est possible d'observer que cette expérience émotive peut entraîner des conséquences néfastes autant pour l'infirmière que pour l'adolescente avec de l'AM. Cet examen de la portée met également en évidence un besoin de comprendre et accompagner les infirmières afin que leur expérience soit plus positive. Notamment, le fait d'augmenter les connaissances par rapport à l'AM a été un élément ressorti de cet examen de la portée favorisant l'expérience des infirmières. Ce faisant, en étant en mesure d'aider les infirmières, il pourrait y avoir des conséquences positives pour la clientèle souffrant d'AM également puisque l'expérience serait en relation avec la qualité des soins.

Contribution du Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM

Le MHSI – UdeM de Cara et al. (2016) a été pertinent pour décrire l'expérience des infirmières sous les différents concepts clés du modèle. En effet, suite à la lecture et l'analyse des articles de la revue de la portée, il a été possible de constater que l'expérience émotive des infirmières est le

produit de nombreux éléments d'influence pouvant être classé selon les concepts clés du modèle; soit l'environnement, le soin et la Personne qui est à la fois l'adolescente et l'infirmière elle-même (Cara et al., 2016).

Pour commencer, il y a les éléments liés à l'environnement tels que le manque de temps et de personnel ainsi les éléments liés au soin comme la relation thérapeutique qui viennent influencer l'expérience de l'infirmière. Pour ce qui est du concept-clé de la personne, celui-ci rejoint les éléments liés à l'adolescente et à l'AM comme la nature égocentrique de la maladie et l'accompagnement des familles. Ce concept clé rejoint aussi les éléments personnels de l'infirmière comme leur vécu émotif, leurs valeurs, leurs connaissances et leurs expériences. Ainsi, à travers les lentilles du cadre théorique choisit, il a été possible de présenter les résultats en les classant selon les concepts clés. Surtout, ce modèle a permis d'avoir une représentation holistique de l'expérience des infirmières accompagnant les adolescentes avec de l'AM. De surcroît, grâce au modèle, en relevant les différents éléments d'influence selon les concepts clés, il a été possible de constater que l'expérience des infirmières est complexe et qu'elle est le reflet de ces multiples éléments d'influence.

Un autre élément qui ressort de la revue de la portée et qui est en lien avec le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM (Cara et al., 2016) est la notion de compétence. Tel que décrit dans ce modèle, la Compétence professionnelle de l'infirmière est développée selon les connaissances et l'expérience de celle-ci. Cependant, selon ce qui est ressorti dans les résultats, il semblerait que les infirmières n'aient pas toujours les connaissances nécessaires ni l'expérience pour accompagner les adolescentes. Par conséquent, cela vient directement affecter leur Compétence. Selon le MHSI-UdeM, la Compétence assure la qualité des soins (Cara et al., 2016). Ainsi, en présence d'un manque de connaissances et d'expérience, les infirmières pourraient avoir la

perception d'être moins habilitées dans les savoir agir pour assurer des soins de qualité auprès des adolescentes avec de l'AM.

Pour continuer avec l'idée que les infirmières seraient possiblement moins compétentes dues à un manque de connaissances et d'expérience, cela serait également lié à la capacité de l'infirmière à faire preuve de *caring* auprès des adolescentes avec de l'AM. Par conséquent, en présence d'un manque de Compétences, l'infirmière aurait davantage de difficultés de faire preuve de *caring* au fil de son accompagnement auprès de cette clientèle (Cara et al., 2016). Puis, face à de possibles difficultés de faire preuve de *caring*, cela pourrait affecter la relation thérapeutique qui est déjà assez complexe auprès des adolescentes avec de l'AM.

En bref, le MHSI-UdeM a été assez pertinent pour la présentation des résultats ainsi que l'interprétation de ceux-ci. À travers les lentilles de ce modèle, il a été possible de décrire l'expérience des infirmières selon les différents concepts centraux. Puis, à la lumière des résultats, il apparaît que la Compétence de l'infirmière peut affecter l'expérience de l'infirmière en ayant un impact direct sur sa capacité à manifester son *caring* envers les adolescentes diagnostiquées d'AM. Cela nuit par la suite à la relation thérapeutique.

Recommandations pour les sciences infirmières

Cet examen de la portée sur l'expérience des infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique hospitalisée souffrant d'AM a permis de mettre en évidence les différents défis auxquels elles font face au quotidien du travail. L'expérience serait un déterminant clé dans la qualité des soins, la santé des infirmières, la satisfaction liée à l'emploi et le champ de pratique infirmier (Cranage et Foster, 2022; Dery et al., 2018). À la suite de cet examen de la portée, il est

également possible d'émettre différentes recommandations en lien avec la recherche, la gestion et la formation.

Recommandations en recherche

Comme retombées pour la recherche en sciences infirmières, cette synthèse de la littérature permet d'offrir un bilan, voire un potentiel consensus sur l'expérience des infirmières travaillant auprès de cette clientèle. Elle permet aussi de déterminer des pistes de recherche future. En effet, pour donner suite à cet examen de la portée, il serait intéressant d'effectuer des recherches sur des interventions qui pourraient favoriser une expérience positive de travail chez les infirmières. Notamment, bien qu'il ait été relevé que la pratique réflexive favoriserait l'expérience positive des infirmières, il serait intéressant de faire une étude expérimentale visant à évaluer si cette pratique réflexive influencerait directement l'expérience des infirmières accompagnant des adolescentes avec de l'AM. Il serait également intéressant d'effectuer une recherche afin d'évaluer une potentielle corrélation entre l'expérience des infirmières et l'expérience de santé vécue par les adolescentes avec de l'AM. Cela permettrait de voir si l'expérience affecte directement l'expérience de santé.

Recommandations en gestion

Pour la gestion, cette recherche a mis en évidence des éléments environnementaux pouvant potentiellement nuire à l'expérience des infirmières. Face à cela, il serait pertinent de conscientiser les infirmières gestionnaires de l'impact potentiel de ces éléments. Notamment, pour le manque de personnel, sachant que cela contribue à une charge élevée de travail, il serait pertinent de mettre en place des interventions pour favoriser une rétention du personnel dans les unités où les infirmières risquent d'accompagner des adolescentes avec de l'AM. Par exemple, il serait

particulièrement intéressant de mettre en place des enquêtes de satisfaction au travail et des sondages afin d'encourager les infirmières à émettre des idées pour contribuer à trouver une solution aux problèmes. Une autre proposition consisterait à valoriser le travail des infirmières. Cela pourrait être fait en plaçant un tableau à portée de vue des infirmières et d'inclure les bons coups qui ont été faits chaque semaine (Wilson, 2015).

De plus, pour faire face aux défis relevés dans l'examen de la portée concernant la collaboration et le soutien intra et interprofessionnel, il pourrait être pertinent de recommander aux chef(fe)s d'unité d'organiser des rencontres ponctuelles avec les infirmières afin de s'assurer que les infirmières se sentent bien soutenues par l'équipe et de régler tout conflit potentiel (Allen et al., 2016).

Recommandations en formation infirmière

En ayant un portrait global de la littérature sur l'expérience des infirmières accompagnant les adolescentes avec de l'AM, il est possible de remarquer que plusieurs infirmières ont relevé un besoin de formation pour développer davantage de compétences sur l'AM. Ce besoin de connaissances a davantage été relevé par les infirmières qui travaillent en médecine pédiatrique. Par conséquent, la recommandation serait de mettre en place des formations spécifiques sur les unités de médecine pédiatrique portant sur la physiopathologie de l'AM ainsi que les interventions afin de pouvoir assurer un bon accompagnement. Ce faisant, les infirmières pourront ensuite être davantage à l'aise pour accompagner ces adolescentes avec de l'AM. Un autre besoin de formation consisterait à conscientiser toutes les infirmières pouvant rencontrer une adolescente avec de l'AM, aux émotions qu'elles pourraient vivre en accompagnant celle-ci. Cela pourrait permettre d'éliminer certaines croyances contraignantes, mais, surtout, cela pourrait permettre aux infirmières de « normaliser » ses émotions et de les utiliser à leur avantage. En ayant une meilleure

compréhension de leur vécu émotif, les infirmières pourront ensuite mettre en place des stratégies afin d'améliorer leur expérience de travail. De plus, en ayant connaissance des émotions fortes qu'elles pourraient vivre, les infirmières seront davantage conscientes des défis qu'elles pourraient rencontrer et ainsi s'y adapter. Une autre recommandation pour les infirmières serait de mettre en place une formation portant sur la communication thérapeutique puisque cela constitue la base de toute relation thérapeutique lors de l'accompagnement.

Dans un même ordre d'idées, à la suite de cet examen de la portée, il semblerait qu'intégrer une pratique réflexive ait des impacts positifs sur l'expérience des infirmières. Par conséquent, il serait pertinent pour les conseillères et les conseillères cadres d'encourager les infirmières à l'intégrer dans leur pratique en leur expliquant les possibles bienfaits sur leur expérience d'accompagnement. Comme conséquence, elles pourront faire face à des situations chargées en émotions et elles pourront poursuivre leur objectif d'améliorer l'expérience de soins de l'adolescente avec de l'AM.

Limites et forces de l'examen de la portée

Une des limites de ce mémoire consiste en l'année de publication des articles retenus. En effet, des articles datant de 2000-2022 ont été choisis pour effectuer cette étude de la portée. Cela constitue une limite puisque durant cette période, il y a eu de nombreux avancements dans les connaissances par rapport aux TCA. Par conséquent, il serait possible d'argumenter que la perception de l'AM de la part des professionnels de la santé n'était pas la même en 2000 et 2022. Il serait donc possible de remettre en question la validité et la pertinence de l'article de King et Turner (2000). Toutefois, malgré l'écart de date, il a été possible pour l'étudiant chercheur de constater que l'expérience des infirmières des articles plus vieux était somme toute similaire à l'expérience des infirmières des articles plus récents. Une autre limite serait que l'expérience

décrite dans cette revue de la portée reflète, en grande majorité, l'expérience d'infirmières et non d'infirmiers. La population des articles recensée était majoritairement féminine; voire entièrement féminine. Par conséquent, ces données ne pourraient pas nécessairement être généralisées pour l'ensemble des infirmières/infirmiers. Pour continuer, par contraintes de temps et compte tenu de l'ampleur limitée d'un mémoire dans un programme de formation avec intervention (stage), l'étudiant chercheur s'est limité à chercher uniquement des articles écrits en français et en anglais. Cela signifie qu'il se peut que l'étudiant chercheur ait manqué des articles qui auraient pu bonifier cette étude de la portée. Une autre limite serait le fait que la double vérification indépendante des articles n'a pas été réalisée. En effet, si l'on se fie à l'aide-mémoire des examens de la portée, une double vérification des articles retenus à la suite de la recherche documentaire dans les bases de données est nécessaire. Toutefois, cette double vérification a été discutée avec l'équipe de direction lorsque l'étudiant-chercheur était incertain.

Pour les forces de cette revue de la portée, bien que la double vérification des articles n'ait pas été réalisée après la recherche documentaire, un document Word a été créé dans le but de présenter brièvement les articles recensés à l'équipe de direction. Par conséquent, l'équipe de direction a pu s'assurer que les articles choisis étaient somme toute pertinents au mémoire. Pour continuer avec une autre force présente dans ce mémoire, il y a le fait que la majorité des articles (11/15) ont été écrits par des infirmières. Par conséquent, en ayant une perspective infirmière, ces auteurs se sont spécifiquement concentrés sur l'expérience vécue par les infirmières. Ces articles étaient donc riches en contenu et permettaient d'avoir une belle représentation de l'expérience des infirmières. Une autre force consiste en la rigueur dans la recherche documentaire. En effet, celle-ci, incluant notamment la stratégie de recherche et l'élaboration de mots-clés, a été réalisée en collaboration avec Alix Pincivy et Philippe Dodin, deux bibliothécaires travaillant au Centre

hospitalier universitaire Sainte-Justine. Finalement, étant donné qu'à la connaissance de l'étudiant chercheur, aucun article n'a été fait pour synthétiser l'expérience des infirmières accompagnant les adolescentes avec de l'AM, cette revue de la portée permet de rapporter de nouvelles connaissances contribuant à l'avancement des sciences infirmières en matière de formation et de recherche infirmière.

Conclusion

Pour conclure ce mémoire, à la lumière des résultats de cette revue de la portée, il est possible d'observer que l'expérience vécue par les infirmières qui accompagnent les adolescentes hospitalisées est complexe; comparée à un tourment émotionnel. Pouvant vivre des émotions et sentiments très variables, celles-ci sont le reflet de multiples éléments d'influence. Cette revue de la portée fait émerger de nombreuses recommandations pour les sciences infirmières afin de conscientiser les infirmières au vécu émotif qu'elles pourraient vivre, et ultimement, adapter leur approche dans le but de favoriser l'expérience de soins des adolescentes avec de l'AM.

Références

- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C. et Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa [corrected]: a clinical overview. *BioMed Central Psychiatry*, 13 (1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-294>
- Agostino, H., Burstein, B., Moubayed, D., Taddeo, D., Grady, R., Vyver, E., Dimitropoulos, G., Dominic, A. et Coelho, J. S. (2021). Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 4(12), 1-11. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.37395>
- Alexander, V., Ellis, H. et Barrett, B. (2016). Medical–surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: A review of the literature with clinical and practice applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Allen, J. A., Lehmann-Willenbrock, N. et Sands, S. J. (2016). Meetings as a positive boost? How and when meeting satisfaction impacts employee empowerment. *Journal of Business Research*, 69(10), 4340-4347. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.04.011>
- Asch, D. A., Buresh, J., Allison, K. C., Islam, N., Sheils, N. E., Doshi, J. A. et Werner, R. M. (2021). Trends in US patients receiving care for eating disorders and other common behavioral health conditions before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 4(11), 1-4. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.34913
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5e éd., texte révisé). American Psychiatric Association.

- Bae, S. H. et Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing outlook*, 62(2), 138-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
- Bezance, J. et Holliday, J. (2013). Adolescents with anorexia nervosa have their say: a review of qualitative studies on treatment and recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 352-360. DOI 10.1007/s40519-013-0020-4
- Bourion-Bedes, S., Baumann, C., Kermarrec, S., Ligier, F., Feillet, F., Bonnemains, C., Guillemin, F. et Kabuth, B. (2013). Prognostic Value of Early Therapeutic Alliance in Weight Recovery: A Prospective Cohort of 108 Adolescents With Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 344-350. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.017>
- Buckley, S. (2010). Caring for those with mental health conditions on a children's ward. *British Journal of Nursing*, 19(19), 1226-1230. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.19.79303>
- Buhren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Wewetzer, C. et Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 22(1), 39-44. DOI: 10.1002/erv.2254
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Letourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L. et Mathieu, C. (2016). [The Humanistic Model of Nursing Care - UdeM : an innovative and pragmatic perspective]. *Recherche en Soins Infirmiers* (125), 20-31. PMID: 28169818
- Carter, N., Webb, C., Findlay, S., Grant, C. et Blyderveen, S. V. (2012). The integration of a specialized eating disorders nurse on a general inpatient pediatric unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 549-556. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2011.06.014>

- Cass, K., McGuire, C., Bjork, I., Sobotka, N., Walsh, K. et Mehler, P. S. (2020). Medical Complications of Anorexia Nervosa. *Psychosomatics*, 61(6), 625-631. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.06.020>
- Clausen, L. (2020). Perspectives on Involuntary Treatment of Anorexia Nervosa. *Front Psychiatry*, 11, 1-11. doi: 10.3389/fpsy.2020.533288
- Cost, J., Krantz, M. J. et Mehler, P. S. (2020). Medical complications of anorexia nervosa. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 87(6), 361-366. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19084>
- Couturier, J., Ma, Z., Rahman, L. et Webb, C. (2021). A mixed methods exploratory evaluation of burnout in frontline staff implementing dialectical behavior therapy on a pediatric eating disorders unit. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00453-1>
- Cranage, K. et Foster, K. (2022). Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 665-676. <https://doi.org/10.1111/inm.12986>
- Crook, M. A. (2014). Refeeding syndrome: problems with definition and management. *Nutrition*, 30(11-12), 1448-1455. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.03.026>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M. et Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18(41), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Daydé, M. C. (2012). Soins palliatifs à domicile: évolutions et perspectives. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 11(5), 275-282. Doi : 10.1016/j.medpal.2012.09.006

- Dery, J., Clarke, S. P., D'Amour, D. et Blais, R. (2018). Scope of Nursing Practice in a Tertiary Pediatric Setting: Associations With Nurse and Job Characteristics and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 56-64. <https://doi.org/10.1111/jnu.12352>
- Dickens, G. L., Lamont, E. et Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. et Le Grange, D. (2017). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 537-562. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12086>
- Douzenis, A. et Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: the case of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.018>
- Dufresne, L., Bussieres, E. L., Bedard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A. et Begin Ph, D. C. (2020). Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(2), 157-173. <https://doi.org/10.1002/eat.23183>
- Erikson, A. et Davies, B. (2017). Maintaining integrity: how nurses navigate boundaries in pediatric palliative care. *Journal of pediatric nursing*, 35(1), 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.031>
- Farstad, S. M., McGeown, L. M. et Von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>

- Garber, A. K., Cheng, J., Accurso, E. C., Adams, S. H., Buckelew, S. M., Kapphahn, C. J., Kreiter, A., Le Grange, D., Machen, V. I., Moscicki, A. B., Saffran, K., Sy, A. F., Wilson, L. et Golden, N. H. (2019). Weight Loss and Illness Severity in Adolescents With Atypical Anorexia Nervosa. *Pediatrics*, *144*(6). 1-11. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2339>
- Giandinoto, J. A. et Edward, K. L. (2014). Challenges in acute care of people with co-morbid mental illness. *British Journal of Nursing*, *23*(13), 728-732. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.13.728>
- Giandinoto, J. A. et Edward, K. L. (2015). The phenomenon of co-morbid physical and mental illness in acute medical care: the lived experience of Australian health professionals. *BioMed Central Research Notes*, *8*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1264-z>
- Gianini, L., Liu, Y., Wang, Y., Attia, E., Walsh, B. T. et Steinglass, J. (2015). Abnormal eating behavior in video-recorded meals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, *19*, 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.005>
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Fluckiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., . . . Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Gregertsen, E. C., Mandy, W. et Serpell, L. (2017). The Egocentric Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273>

- Grobbe, C. C. et Caldwell, L. (2013). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319-326. <https://doaj.org/article/18f6bcac3a004ea3a03c44a5a371e5a7>
- Guilbault, D. (2021). *Étude des liens entre cinq caractéristiques individuelles et l'alliance thérapeutique précoce chez un groupe d'adolescentes hospitalisées pour leur anorexie mentale* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/26535/Guilbault_Doroth%C3%A9_2021_essai%20doctoral.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Hage, T. W., Isaksson Ro, K. et Ro, O. (2021). Burnout among staff on specialized eating disorder units in Norway. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00473-x>
- Hagen, J., Knizek, B. L. et Hjelmeland, H. (2017). Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
- Halmi, K. A. (2013). Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BioMed Central Psychiatry*, 13(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-292>
- Halvorsen, I., Platou, D. et Hoiseth, A. (2012). Bone mass eight years after treatment for adolescent-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 386-392. <https://doi.org/10.1002/erv.2179>
- Harken, W., Maxwell, J., Hainline, M., Pollack, L. et Roberts, C. (2017). Perceptions of Caring for Adolescents With Eating Disorders Hospitalized on a General Pediatric Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, e34-e41. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.008>

- Hart, W., Tortoriello, G. K. et Richardson, K. (2018). Are personality disorder traits ego-syntonic or ego-dystonic? Revisiting the issue by considering functionality. *Journal of Research in Personality*, 76, 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.08.001>
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 177-196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
- Herpertz-Dahlmann, B. et Dahmen, B. (2019). Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 11(8), 1932. <https://doi.org/10.3390/nu11081932>
- Hoek H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389–394. doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022). *Les hospitalisations pour des troubles de l'alimentation chez les jeunes femmes ont bondi de plus de 50 % au cours de la pandémie de COVID-19*. <https://www.cihi.ca/fr/nouvelles/les-hospitalisations-pour-des-troubles-de-l'alimentation-chez-les-jeunes-femmes-ont-bondi>
- Jagielska, G. et Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205-218. <https://doi.org/10.12740/PP/64580>
- Jagielska, G. W., Przedlacki, J., Bartoszewicz, Z. et Racicka, E. (2016). Bone mineralization disorders as a complication of anorexia nervosa - etiology, prevalence, course and treatment. *Psychiatria Polska*, 50(3), 509-520. DOI: 10.12740/PP/59289

- Jaite, C., Hoffmann, F., Glaeske, G. et Bachmann, C. J. (2013). Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 157-165. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0020-4>
- Kim, J., Kim, S. et Byun, M. (2020). Emotional distancing in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 55(4), 595-602. <https://doi.org/10.1111/nuf.12475>
- King, S. J. et Turner, D. S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x>
- Lachal, J., Carretier, E., Prevost, C., Nadeau, P. O., Taddeo, D. Fortin, M. C., Blanchet, C., Amirali, L., Wilhelmy, M., Frappier, J. Y., Moro, M. R. et Ben Amor, L. (2022). The experience of healthcare professionals treating adolescents with eating disorders in psychiatric and pediatric inpatient units for adolescents: A qualitative study. *Encephale*, 49(4), 331-341. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.015>
- Levas-Luckman, D. (2016). *Working with medical and psychological illness: A phenomenological exploration of nurses' experiences in treating eating disorders* [these de doctorat, Université de Northern Colorado]. <https://digscholarship.unco.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=dissertations>
- Létourneau, D., Cara, C. et Goudreau, J. (2020). Description and critical reflection of a humanistic model of nursing care. *International Journal for Human Caring*, 24(3), 170-183. <https://doi.org/10.20467/humancaring-d-19-00046>
- Limbers, C. A., Cohen, L. A. et Gray, B. A. (2018). Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, (9) 111-116. <http://dx.doi.org/10.2147/AHMT.S147480>

- Mairs, R. et Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 101(12), 1168–1175. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309481>
- Marion, M., Lacroix, S., Caquard, M., Dreno, L., Scherdel, P., Guen, C. G. L., Caldagues, E. et Launay, E. (2020). Earlier diagnosis in anorexia nervosa: better watch growth charts! *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00321-4>
- Marshman, C., Hansen, A. et Munro, I. (2022). Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 29(4), 529-543. <https://doi.org/10.1111/jpm.12812>
- Maslach, C. et Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mehler, P. S. et Andersen, A. E. (2017). *A Comprehensive Guide to Medical Care and Complications* (3e éd.). John Hopkins University Press.
- Mehler, P. S. et Brown, C. (2015). Anorexia nervosa - medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>
- Monfre, J., Knudsen, É. A., Sasse, L. et Williams, M. J. (2022). Nurses' perceptions of nurse-physician collaboration. *Nursing Management*, 53(1), 34-42. [DOI-10.1097/01.NUMA.0000805036.69747.d1](https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000805036.69747.d1)
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Hofler, M., Lieb, R. et Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903-918. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>

- Neale, J. et Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)*, 81(6), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. (4e éd.)*. Paris: Armand Colin.
- Papastavrou, E., Andreou, P. et Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*, 29(1), 3-25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466-480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Peterson, K. et Fuller, R. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing*, 49(10), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15>
- Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H. et Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 2102-2113. <https://doi.org/10.1111/jan.14743>
- Pols, A. D., Schipper, K., Overkamp, D., Van Marwijk, H. W., Van Tulder, M. W. et Adriaanse, M. C. (2018). Patients' and practice nurses' perceptions of depression in patients with type 2 diabetes and/or coronary heart disease screened for subthreshold depression. *BioMed Central family practice*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0870-y>
- Proulx-Cabana, S., Metras, M. E., Taddeo, D., Jamouille, O., Frappier, J. Y. et Stheneur, C. (2022). To Improve the Initial Inpatient Management of Adolescents Admitted with Severe Anorexia Nervosa: A Narrative Review and a Convenient Protocol. *Nutrients*, 14(1). 1-18. <https://doi.org/10.3390/nu14010229>

- Puckett, L., Grayeb, D., Khatri, V., Cass, K. et Mehler, P. (2021). A Comprehensive Review of Complications and New Findings Associated with Anorexia Nervosa. *Journal of clinical medicine*, 10(12), 2555. <https://doi.org/10.3390/jcm10122555>
- Québec. (2023). *Code civil du Québec*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/CCQ-1991.pdf>
- Ramasamy R. S. (2021). Involuntary Treatment of Minors with Severe and Enduring Anorexia Nervosa. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49(3), 361–370. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.210004-21>
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>
- Ramjan, L. M. et Gill, B. I. (2012). An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison. *AJN American Journal of Nursing*, 112(8), 24-34. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000418094.31317.52>
- Ramritu, P., Courtney, M., Stanley, T. et Finlayson, K. (2002). Experiences of the generalist nurse caring for adolescents with mental health problems. *Journal of Child Health Care*, 6(4), 229-244. <https://doi.org/10.1177/136749350200600401>
- Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B. et Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa-New Evidence-Based Guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2). 1-16. <https://doi.org/10.3390/jcm8020153>
- Roncero, M., Belloch, A., Perpina, C. et Treasure, J. (2013). Ego-syntonicity and ego-dystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 208(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.006>

- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. et Kohn, M. (2006). Discursive constructions of 'eating disorders nursing': An analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(2), 125-135. <https://doi.org/10.1002/erv.666>
- Ryu, H., Hamilton, B. et Tarrant, B. (2022). Early career mental health nurses' emotional experiences in specialist eating disorder units, Victoria, Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 230-239. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/inm.12955>
- Salzmann-Erikson, M. et Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R. et Yobas, P. (2018). Nurses' perception of knowledge, attitudes and reported practice towards patients with eating disorders: A concurrent mixed-methods study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 133-151. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.011>
- Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradere, J. et Revah-Levy, A. (2017). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006>
- Sibeoni, J., Orri, M., Valentin, M., Podlipski, M. A., Colin, S., Pradere, J. et Revah-Levy, A. (2017). Metasynthesis of the Views about Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents: Perspectives of Adolescents, Parents, and Professionals. *PLoS One*, 12(1), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169493>

- Smink, F. R., van Hoeken, D. et Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Snell, L., Crowe, M. et Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(3-4), 351-358. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x>
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V. et Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work?. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 36-58. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12046>
- Specker Sullivan, L. et Niker, F. (2018). Relational autonomy, paternalism, and maternalism. *Ethical Theory and Moral Practice*, 21(1), 649-667. <https://doi.org/10.1007/s10677-018-9900-z>
- Treasure, J., Parker, S., Oyeleye, O. et Harrison, A. (2021). The value of including families in the treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 393-401. <https://doi.org/10.1002/erv.2816>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

- Vallières-Noel, M. M., Garcon, S., Rosmus, C., Goulnik, F. et Lavoie-Tremblay, M. (2016). Exploring the Needs for Support of Pediatric Nurses Caring for Children with a Mental Health Disorder Hospitalized in Non-Psychiatric Units. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.008>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D. et Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Westwood, L. M. et 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x>
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wilson, K. G. (2015). Impact of work environment on academic staff job performance: Case of a Uganda University. *International Journal of Advances in management and Economics*, 4(4), 95-103.
- Winston, A. P. (2012). The clinical biochemistry of anorexia nervosa. *Annals of Clinical Biochemistry*, 49(2), 132-143. <https://doi.org/10.1258/acb.2011.011185>
- Wolfe, B. E., Dunne, J. P. et Kells, M. R. (2016). Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 213-235. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.006>
- Wright, K. M. et Hacking, S. (2012). An angel 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x>

- Wright, K. M. (2015). Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(6), 431-439. <https://doi.org/10.1111/jpm.12198>
- Wright, K. et Schroeder, D. (2016). Turning the Tables. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 25(2), 219-227. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1017/S0963180115000523>
- Wu, W. L. et Chen, S. L. (2021). Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 1386-1394. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/inm.12886>
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. et Aime, H. (2015). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders*, 23(2), 99-114. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>
- Zugai, J., Stein-Parbury, J. et Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. et Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416-426. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13944>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. et Roche, M. (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 940-949. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/inm.12595>

Annexes

Annexe A

Exemple d'équation de recherche et mots-clés utilisés pour la base de données PubMed

1	Troubles alimentaires	"feeding and eating disorders"[MH] or ((eating [TIAB] or feeding [TIAB]) and (disorder*[TIAB] or pathol*[TIAB])) or anorexia [TIAB]
2	Personnel médical	nurses[MH] OR Nursing[MH] OR Nursing staff[MH] OR Nursing, practical[MH] OR Health personnel[MH:noexp] OR personnel, hospital[MH:noexp] OR nurs*[TIAB] OR ((hospital[TIAB] OR health[TIAB] OR healthcare[TIAB]) AND (personnel[TIAB] OR employee*[TIAB] OR staff[TIAB] OR worker*[TIAB] OR professional*[TIAB]))
3	pédiatrique	Child[MH] OR Adolescent[MH] OR Intensive Care Units, Pediatric[MH] OR Hospitals, Pediatric[MH] OR Nurses, Pediatric[MH] OR Pediatrics[MH] OR Pediatricians[MH] OR Child, Hospitalized[MH] OR Child, Institutionalized[MH] OR Adolescent, Hospitalized[MH] OR Adolescent, Institutionalized[MH] OR child[TIAB] OR child'[TIAB] OR childs[TIAB] OR child's[TIAB] OR children*[TIAB] OR childhood*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kid'[TIAB] OR kids[TIAB] OR kid's[TIAB] OR boy[TIAB] OR boy'[TIAB] OR boys[TIAB] OR boy's[TIAB] OR girl[TIAB] OR girl'[TIAB] OR girls[TIAB] OR girl's[TIAB] OR schoolchild*[TIAB] OR juvenil*[TIAB] OR preadolescen*[TIAB] OR youth*[TIAB] OR adolescen*[TIAB] OR teen[TIAB] OR teen'[TIAB] OR teens[TIAB] OR teen's[TIAB] OR teenage*[TIAB] OR puber[TIAB] OR puber'[TIAB] OR

		pubers[TIAB] OR puber's[TIAB] OR pubert*[TIAB] OR pubescen*[TIAB] OR high school*[TIAB] OR highschool*[TIAB] OR secondary school*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR PICU*[TIAB] OR young adult*[TIAB]
4	Expériences	Emotions [MH:noexp] or "Nurse-patient relations"[MH] or "professional-patient relations"[MH:noexp] or "Attitude of health personnel"[MH] or perception[MH:noexp] or Emotion*[TIAB] or Feeling*[TIAB] or sentiment*[TIAB] or opinion*[TIAB] or Experience*[TIAB] or perception*[TIAB] or perspective*[TIAB]
5	Combinaison	1 and 2 and 3 and 4

Annexe B

Données des articles retenus pour l'examen de la portée

Article et pays	Devis	But	Chercheurs	Échantillon	Milieu
(Carter et al., 2012) Ontario, Canada	Qualitatif Descriptif	Comprendre l'expérience des infirmières et des infirmières spécialisées en TCA travaillant auprès la clientèle avec un TCA. Explorer les barrières et les facilitateurs pour intégrer le rôle de l'infirmière spécialiste en TCA afin d'informer le personnel des rôles spécialisés de ces infirmières.	Nancy Carter RN, PhD, Cheryl Webb MSW, RSW, Sheri Findlay MD, FRCP, Christina Grant MD, FRCP, Sherry Van Blyderveen PhD Auteurs provenant des départements des sciences infirmières, neurosciences et des unités de médecine adolescente et de pédiatrie	6 infirmières et 8 professionnels de la santé (MD, TS, nutritionnistes, psychologues, spécialistes en pédiatrie)	Unité de médecine pédiatrique et clinique externe de l'hôpital pédiatrique

(Harken et al., 2017) Kansas, États-Unis	Qualitatif Descriptif	Décrire les perceptions des pédiatres, infirmières et auxiliaire par rapport aux soins pour les enfants avec un TCA, hospitalisés pour la stabilisation de leur état de santé.	Whitney Harken, MSW, LCSW, LSCSW, Joan Maxwell, MSN, RN, CPN, Margaret Hainline, MD, Lauren Pollack, MA, Cristine Roberts, PhD, RN Auteurs provenant tous de l'Hopital Children's Mercy	7 MD, 9 infirmières, 4 infirmières auxiliaires « Care assistant »	Unité de médecine pédiatrique
(King et Turner, 2000) Victoria, Australie	Qualitatif Phénoménologique	Explorer les expériences d'infirmières qui s'occupent d'adolescentes anorexiques au sein d'unités pédiatriques d'hôpitaux généraux à Victoria, Australie.	Susan J. King RN BN(Hons) MRCNA et Sales Turner RN MN BA BEd FRCNA Auteurs provenant du département sciences infirmières	5 infirmières	Unité de médecine pédiatrique

(Lachal et al., 2022) Montréal, Canada et Paris, France	Qualitatif Phénoménologique	Analyser l'expérience des professionnels de la santé traitant les adolescents avec un TCA dans 2 unités multidisciplinaires situés dans 2 unités; 1 en pédiatrie et 1 en psychiatrie.	J. Lachal, E. Carretier, C. Prevost, P.-O. Nadeauf, D. Taddeog, M.-C. Forting, C. Blanchet, L. Amiralif, M. Wilhelmy, J.-Y. Frappier, M.R. Moroc, L. Ben Amor Auteurs sont tous des médecins spécialisés dans divers domaines et provenant de France et du Canada (psychiatrie, médecine adolescente)	20 professionnels de santé travaillant dans deux unités d'hospitalisation temps plein (Paris, France et Montréal, Canada). Il y a 2 pédiatres, 1 endocrinologue/nutritionniste, 1 psychiatre, 1 pédopsychiatre, 3 psychologues, 1 thérapeute psychomoteur, 1 psychoéducateur, 1 éducateur social,	Unité spécialisée en TCA au Canada et en France
--	------------------------------------	---	--	---	---

				travailleur social, 1 infirmier chef et 7 infirmières	
(Levas-Luckman, 2016) Colorado, États-Unis	Qualitatif Phénoménologique	Explorer les expériences d'infirmières soignant des patientes avec un TCA.	Diana Levas-Luckman Auteure est une psychologue	12 infirmières	Unité spécialisée en TCA pour adultes et unité spécialisée en TCA pour adolescentes
(Ramjan, 2004) Australie	Qualitatif Observation naturaliste	Explorer les difficultés et les obstacles qui entravent la formation de relations thérapeutiques entre les adolescentes diagnostiquées	Lucie Ramjan inf, PhD. Auteure est une infirmière	10 infirmières (3 hommes et 7 femmes)	Unité de médecine pédiatrique

		anorexiques et les infirmières.			
(Ramjan et Gill, 2012) Australie	Qualitatif Observation naturaliste	Explorer les expériences d'adolescents et des infirmières dans le cadre d'un programme hospitalier pour le traitement de l'anorexie mentale.	Lucie Ramjan inf, PhD. Auteure est une infirmière Betty Gill PhD. est une professeure spécialisée en éducation/pédagogie	10 adolescentes (9 femmes et 1 homme) et 10 infirmières (4 hommes)	Unité de médecine pédiatrique
(Ryan et al., 2006) Australie	Qualitatif Phénoménologique	Élucider les défis auxquels font face les infirmières travaillant auprès de la clientèle pédiatrique TCA.	Victoria Ryan, Helen Malson, Simon Clarke, Gail Anderson et Michael Kohn Auteurs sont des psychologues et des médecins de l'unité adolescente	15 infirmières	Deux unités pédiatriques spécialisées en TCA et une unité adolescente spécialisée en TCA

(Ryu et al., 2022)	Qualitatif Descriptif	Explorer l'expérience de nouvelles infirmières en santé mentale travaillant sur une unité spécialisée en TCA en Australie.	Hosu Ryu, Bridget Hamilton et Bronwyn Tarrant Auteures sont des infirmières PhD spécialisées en santé mentale	6 infirmières (3hommes-3femmes)	Unité spécialisée en TCA
(Seah et al., 2018)	Mixte Concomitant	Examiner les connaissances, les attitudes et la pratique, et les perceptions des infirmières par rapport aux patients avec un TCA à Singapore.	Xin Yi Seah, Xiang Cong Tham, Netty Ryanie Kamaruzaman, Piyanee (Klainin) Yobas Auteurs provenant du département des sciences infirmières de Singapore	19 infirmières (14 femmes)	Unité psychiatrique contenant une unité spécialisée en TCA
(Snell et al., 2010)	Qualitatif Théorie ancrée	Investiguer et théoriser les expériences des infirmières dans le développement d'une relation thérapeutique avec	Lynlee Snell, RN, MHSc, infirmière clinicienne spécialisée; Marie Crowe, RN, PhD, professeure	Infirmières travaillant sur l'unité spécialisée en TCA (pas de nombre spécifique)	Unité spécialisée en TCA

Nouvelle -Zélande		des patientes admises dans une unité spécialisée en troubles alimentaires pour le regain de poids.	associée, Département de médecine psychologique, Université d'Otago, Christchurch, Nouvelle-Zélande ; Jenny Jordan, Clin Psych, PhD, Chercheur, Département de médecine psychologique, Université d'Otago Christchurch, Nouvelle-Zélande		
(Wright et Schroeder, 2016)	Qualitatif Recherche-action	En appliquant une définition précise de la vulnérabilité aux infirmières qui s'occupent de personnes souffrant d'anorexie mentale (AM), montrer les possibles	Karen Wright est une psychothérapeute et Doris Schroeder est professeure en philosophie morale à UCLan Cyprus.	Infirmières (pas de nombre spécifique)	Unité spécialisée en TCA

Royaume-Uni		conséquences et les moyens de les atténuer.			
(Wu et Chen, 2021) Taiwan	Qualitatif Exploratoire	Explorer les perceptions et les expériences des infirmières dans des situations de conflits lors des soins auprès des adolescentes avec de l'AM.	Wan-Ling Wu RN, MSN, Shu-Ling Chen RN, PhD Auteurs provenant du Département of Nursing, National Taiwan University Hospital Chu-Tung Branch, Hsinchu, and le College of Nursing, Hungkuang University, Taichung, Taiwan	10 infirmières (10 femmes)	Unité de médecine pédiatrique
(Zugai et al., 2018) Australie	Mixte Séquentiel explicatif	Le but de cette étude visait à mieux comprendre la nature de l'alliance thérapeutique entre infirmières et patientes	Joel S. Zugai RN, BN, PhD, Docteur, Jane Stein-Parbury PhD, MEd, FRCNA,	34 patientes (33 adolescentes et 1 garçon)	Unité spécialisée en TCA

		avec AM dans le milieu hospitalier, en tenant compte des points de vue des patientes et des infirmières.	Professeur, Michael Roche RN, PhD, Professeur agrégé	20 infirmières (16 femmes)	
(Zugai et al., 2019) Australie	Qualitatif Exploratoire	L'objectif de cette étude était d'explorer la dynamique de l'autorité des infirmières auprès des adolescentes qui sont traitées pour de l'AM en milieu hospitalier.	Joel S. Zugai RN, BN, PhD, Docteur, Jane Stein-Parbury PhD, MEd, FRCNA, Professeur, Michael Roche RN, PhD, Professeur agrégé	10 infirmières (10 femmes)	2 unités de soins contenant des patientes avec un TCA, mais non spécialisées en psychiatrie ou en TCA

Annexe C

Tableaux utilisés pour cartographier les données

		Expérience des infirmières
Thèmes	Sous-thèmes	Exemples concrets issus des résultats de l'analyse des articles
THÈME 2 : Établir une relation thérapeutique (RT)	1. Incertitude dans l'approche 2. Le rôle de mère/sœur 3. La présence de barrières thérapeutiques 4. Fragilité de la RT	1. Incertitude dans l'approche <ul style="list-style-type: none"> • Manque de confiance dans leurs habiletés de communication (Wu; Seah) • Peur d'offenser l'adolescente avec des propos perçus comme étant déplacés (Wu; Harken) • Aux yeux des infirmières, les patientes ne semblent pas ouvertes à la conversation, peu sociables, et ne montrent pas vraiment d'émotions (Wu) • En agissant avec autorité, certaines infirmières pouvaient se sentir inconfortables. La difficulté avec la position de pouvoir rentrait en conflit avec son désir de vouloir se faire aimer par ses patients. D'autres infirmières ne rencontraient pas cette difficulté. Elles ne recherchaient pas l'affection des patients et, au contraire, vivaient une satisfaction en prodiguant les soins nécessaires. (Zugai, 2019)

		<ul style="list-style-type: none">○ Même avec la critique des patientes, certaines infirmières demeuraient confiantes dans leur rôle et assuraient leur autorité (Zugai, 2019)○ En mettant de l'avant le rôle autoritaire, il y avait création de conflit entre l'infirmière et la patiente; menant à des conséquences négatives pour les 2 côtés (Ryan)● Difficulté de gérer les émotions négatives : dû aux comportements négatifs des AM (mentir, manipulation, manque de respect, négativité) → difficulté de créer relation thérapeutique (LL). Difficulté de maintenir l'empathie : Infirmière a également eu du mal à maintenir son empathie face à certains patients les caractéristiques. Lorsqu'elle pensait que les patientes étaient manipulatrices, cherchant délibérément l'attention (par exemple, purger dans la salle commune), ou être impolie, elle devenait souvent en fâchée (Nature du TCA) (LL)● Développer des liens thérapeutiques impliquait ce que les infirmières décrivent comme travaillant avec la patiente pour faciliter une compréhension des effets d'un TCA à un rythme dicté par la patiente tout en maintenant un espoir afin
--	--	--

		<p>qu'elles puissent dialoguer avec la patiente en cas de besoin. Cette stratégie expliquait comment les infirmières géraient la résistance des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « Elles ne peuvent pas communiquer avec vous. ... elles ne veulent tout simplement pas s'engager. En ce qui les concerne, elles ont été amenées ici pour un traitement alors qu'elles ne pensent pas qu'elles ont besoin de ça. » (Snell) • Les interactions entre les soignants et les patientes AM sont souvent tendues et souvent caractérisés par l'ambivalence et le conflit (Wright) <hr/> <p>2.Le rôle de mère/sœur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec ce rôle maternel/sœur, possibilité de créer un lien étroit (Lachal; Miesem; Zugai, 2018; Ryan; LL) <ul style="list-style-type: none"> ○ Le fait de prendre soin de cette clientèle leur donnait une expérience d'empathie et une expérience maternelle, provoquant un besoin de prendre soin de l'autre (Ryan; LL) ○ Les infirmières maternelles/sœurs ont aidé les patientes avec les aspects difficiles de l'hospitalisation et ont contribué au bien-être de celles-ci. En
--	--	---

		<p>réponse, les patientes se sont senties prêtes à s'engager dans le programme comme moyen de réciprocité dans la relation ; les patientes voulaient plaire à ces infirmières en collaborant aux soins. (Zugai, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Les infirmières impliquent de « devenir » très attachées à certains de ces enfants, appréciant « les aider à se sentir bien dans leur peau » et « leur donner de l'amour ». (Ryan)○ Se sentir responsable : se voit comme une figure parentale → se met de la pression pour que les patientes se rétablissent → fatigue émotionnelle et physique (LL)○ Cette construction de l'infirmière en tant que « mère » et des soins infirmiers en tant que « soins maternels » peuvent être compris comme une conséquence des différences d'âge entre infirmière/patientes. En mettant l'accent sur le développement de relations thérapeutiques avec les patientes, il illustre ainsi l'importance des soins infirmiers dans l'accompagnement de l'expérience d'hospitalisation vécue par les patientes (Ryan)
--	--	---

		<p>3. La présence de FRONTIÈRES thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none">• Maintenir la distance thérapeutique, établir les limites (LL; Snell). Cela peut être difficile pour certaines infirmières (Lachal; Seah; Harken; Zugai, 2019; LL)<ul style="list-style-type: none">○ Lien d'attachement se créer rapidement (après qq semaines). Ainsi, les infirmières ne peuvent s'empêcher de s'impliquer personnellement auprès d'elles (Harken)○ En mettant de l'avant les barrières, les sentiments négatifs commencent à se dissiper (Miesem)○ Les infirmières maintenaient des limites professionnelles pour protéger leur autorité professionnelle en tant qu'infirmière. En maintenant des limites appropriées, les infirmières ont souligné l'importance de ne pas laisser leurs propres besoins personnels influencer les jugements et les interactions (Zugai, 2018)○ Trouver la balance dans les relations avec les patients : Paige a fait référence à son rôle d'infirmière comme semblable à celle d'une relation autoritaire, une relation dans laquelle elle devait équilibrer sa capacité à
--	--	---

		<p>maintenir une structure par rapport à être solidaire et presque comme une « amie ». (LL)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Maintenir les barrières et l'autorité : Instaurer la confiance et transmettre le soutien par le biais de l'écoute et l'empathie étaient essentielles pour établir des relations saines avec eux. Cependant, Sarah s'est assurée de ne pas devenir trop amicale (LL)○ Pour maintenir les limites thérapeutiques décrites par les infirmières comment ils géraient leurs propres émotions. L'hostilité des patients les réponses aux infirmières ont été perçues par toutes les infirmières comme les réponses du patient aux défis du traitement (Snell)○ Bien que le patient puisse exprimer de l'hostilité envers les infirmières, les infirmières ont pu reconnaître que cela faisait partie du processus de traitement et que les réponses des patients étaient valides et importantes (Comprendre la maladie) (Snell)● Un certain nombre de participants étaient âgés d'une vingtaine d'années, et ces infirmières ont subi un défi unique à leur autorité. Ces infirmières se sentaient
--	--	---

		<p>placées dans une catégorie « amie » par les patientes et par conséquent étaient moins en mesure d'exercer leur autorité (Zugai, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dans ces types de relations, les infirmières se sentaient incertaines et mal à l'aise dans l'exercice de leur autorité. Par conséquent, les barrières professionnelles se sont estompées (Zugai, 2019) <hr/> <p>4.Fragilité de la relation thérapeutique (RT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelques participantes croyaient que la RT entre infirmières et patients est essentielle et qu'elle influence la manière dont les patientes perçoivent leur traitement. Puis, elle facilite également le sentiment de confiance. La RT peut aider les patientes à accepter le traitement plus elles font confiance aux infirmières (Seah) • Les inf. ont estimé qu'il était difficile pour elles d'établir une relation de confiance parce que ces adolescents les considéraient comme des « preneurs de contrôle », des « punisseurs » et des « envahisseurs de la vie privée » lorsqu'elles suivaient et appliquaient le programme de traitement (Ramjan, 2004)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• La « manipulation » par les patients a laissé certains participants se sentir « trompés », trahis ou « échecs ». La distanciation et la déresponsabilisation qui résultaient de ce sentiment d'échec étaient préjudiciables aux relations thérapeutiques (Ramjan 2004)• La manipulation, la méfiance et la lutte pour le contrôle étaient les principaux obstacles au développement des relations thérapeutiques, mais les inf. ont également parlé d'un ensemble d'obstacles supplémentaires. « Blâmer la victime, étiqueter et stigmatiser les adolescents comme « anorexiques », et sembler avoir des faveurs parmi les patients ont rendu ardue l'établissement de relations thérapeutiques » (Ramjan 2004)• Certains participants ont estimé que ces adolescents « causaient leur propre mal ». Sans une compréhension de la nature chronique de l'anorexie mentale, ils ont eu du mal à être sympathiques (Ramjan 2004)• Les participants voyaient les adolescents souffrant d'anorexie comme utilisant les services dont d'autres « enfants » malades – jugés plus dignes d'une alliance thérapeutique – avaient besoin (Ramjan 2004)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Paradoxalement, les inf. voulaient à la fois avoir le « contrôle » et que les patients prennent le « contrôle ». Cette confusion et cette ambivalence étaient le résultat d'une mauvaise compréhension de l'anorexie, aggravée par la vaine « lutte pour le contrôle » en cours. Il a également été constaté que les attitudes négatives changent avec une meilleure compréhension (Ramjan 2004)• Un sentiment accablant de frustration de ne pas aller mieux chez le patient, le manque de compréhension et le manque de compétences et de soutien pour gérer et soigner ces patients ont amené certains participants à les décrire en utilisant la terminologie carcérale. (Ramjan 2004)• Plus les infirmières « blâmaient les victimes » et les dépeignaient sous un angle négatif, plus elles étaient susceptibles d'avoir des favoris qu'elles ne considéraient pas comme étant « responsables » de leur trouble. Les patientes préférées étaient généralement celles qui suivaient le traitement ; c'est-à-dire étaient conformes, "bons" patients. Avoir des favoris peut apporter un « déséquilibre » à la relation et il est parfois préférable que les infirmières fassent preuve de « neutralité ». (Ramjan 2004)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Établir des relations avec les adolescents était particulièrement difficile pour le personnel soignant, qui doit quotidiennement envahir l'intimité des adolescents, surveiller leurs activités personnelles et surveiller comportement manipulateur (Ramjan 2012) • Dans le développement d'une RT, les infirmières étaient conscientes de la nécessité de séparer la personne et le TCA. En comprenant la nature de l'AM, et comment l'AM a influencé le comportement des patientes, les infirmières ont géré leurs propres conflits et frustrations internes, limitant ainsi risque de frustration et d'épuisement professionnel. (Zugai, 2018)
<p>THÈME 3 :</p> <p>Émotions vécues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas besoin de sous-thème pour catégoriser les émotions vécues 	<p>Sentiments d'inefficacité (King), d'incompétence (Ramjan, 2004) et d'impuissance (Lachal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remise en question si cela vaut la peine d'investir autant de temps pour accompagner les patientes avec l'AM (Ryu) • L'impossibilité de prodiguer les meilleurs soins entraînent un sentiment d'insatisfaction face au travail (Carter) • Incapacité de convaincre l'adolescente de manger → Culpabilité (Miesem)

		<ul style="list-style-type: none">• Le pire sentiment, c'est de se sentir comme une mauvaise inf. en n'étant pas en mesure de faire en sorte que la patiente collabore au plan de traitement (Miesem)• Peu de contrôle sur la situation → sentiment d'incompétence (Ramjan, 2004)• Ne pas savoir comment approcher la patiente (LL)• Difficulté d'intervenir dû au manque de formation/expérience → déception (LL)• Perdre espoir : pour certains patients, le rétablissement semble impossible; l'environnement des patients n'est souvent pas optimal; les récives sont dures (LL)• Appréciation graduelle : Plus longtemps elle est sur le terrain, plus Cassandra s'était sentie capable d'identifier un sentiment personnel de compétence, d'accomplissement et de confiance dans l'utilisation de ses compétences antérieures et nouvellement acquises. Elle a également gagné une sensibilisation accrue et empathie pour les luttes que les gens avaient avec la nourriture et poids (POSITIF) (LL)• Rechute : Sentiments négatifs associés à la responsabilité ont également été aggravés lorsque les patients sont revenus. Amy souvent se sentait dur avec elle-
--	--	---

		<p>même, se demandant si elle n'avait pas fait assez pour aider le patient à récupérer la première fois. (LL)</p> <hr/> <p>Sentiment de tristesse (King; LL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leur état physique et psychologique à eux seuls était déjà assez difficile à traiter, en plus du fait que de nombreux patients échoueraient dans leur tentative de guérison (LL) • Patients coincés dans le TCA : Voir des patients tellement ancrés dans leur TCA et incapables d'identifier leurs propres qualités était difficile pour Jane. Elle a eu du mal à comprendre leur incapacité à voir leur propre valeur, en plus de sa propre frustration en ce qu'elle ne pouvait pas les convaincre autrement. De plus, Jane a également eu du mal à gérer le TCA "sournois" et "malhonnête" comportements qui s'ensuivaient souvent, comme cacher de la nourriture et/ou se gaver et purger. (LL) • voir le combat continu des patients à cause de leur TCA (LL) <hr/> <p>Sentiment de colère et frustration (King)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'avoir de l'empathie lors des repas « juste mange » (Ryu; Carter)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Frustration liée à la difficulté de changer les comportements. Sensation qu'on fait du progrès pour ensuite être suivi par une sensation de défaite lorsqu'il n'y pas de changement de comportement. Dans ces cas, il y a un sentiment de se sentir trahi. Les infirmières ont de la frustration lorsqu'elles investissent beaucoup de temps pour réaliser que les patients ne sont pas aussi motivés au changement. (Ryu)• Manque de collaboration (Seah); résistance aux soins (Carter)• Frustration lorsque les patients essaient de négocier pour contourner les plans de traitement (Harken) + résistance au traitement (LL)• Les inf. mentionnent l'idée de sabotage chez les AM et mentionnent également le conflit de « forcer » de devoir collaborer au plan de traitement (King; Snell)• Aide souvent rejetée par les adolescentes avec AM (Miesem)• Lorsque les patientes se plaignent aux autres qu'une inf. est trop demandant, l'infirmière ressent de la colère et de la culpabilité car elle est perçue comme méchante (Miesem; LL)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Par la perception que les patientes AM étaient la cause de leur pathologie, les inf étaient frustrées, car elles trouvaient qu'il y avait des enfants beaucoup plus malades sur l'unité qui méritaient les soins (médecine) (Ramjan 2004). <ul style="list-style-type: none"> ○ La frustration les rendait sceptiques et pessimistes par rapport au rétablissement (Ramjan 2004) • La « lutte de pouvoir » a teinté les perceptions des participants, quand elles n'ont vu aucune amélioration « immédiate », cela était frustrant. Elles étaient fatiguées de "revenir encore et encore sur le même vieux terrain" (Ramjan 2004) • La mise en place de limites de traitement pourrait intensifier la détresse du patient et évoquer des sentiments forts qui ont défié les infirmières dans ce contexte. Certaines infirmières ont connu de la frustration et ont déclaré se sentir personnellement mis au défi dans leur rôle thérapeutique (Snell)
		<p>Sentiment d'épuisement et de stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut taux de ré-hospitalisation → infirmières démoralisées et fatiguées de prodiguer des soins (Seah) • Efforts infructueux → travail drainant et émotionnel (Carter)

		<ul style="list-style-type: none">• Inquiétude vécue pour les inf pour le futur des patientes; l'incapacité de voir la solution pour résoudre l'AM a mené à un sens de futilité (manque de sérieux) (Harken)• Étant constamment vigilantes et méfiantes les ont épuisés de leurs énergies (King).• Le conflit, la frustration, être blessée et le manque de succès a réduit la résilience au point où elles ne peuvent plus gérer les situations (King).• Beaucoup de stress provenait également de la difficulté d'avoir le control de la situation (Ramjan, 2004)• La principale responsabilité des infirmières était d'appliquer les règles et règlements auxquels les adolescents n'étaient pas particulièrement réceptifs. Alors que cette surveillance était cruciale pour assurer la sécurité des patients, il a laissé de nombreux les infirmières se sentant épuisées et dans un état constant de "regarder et se demander" ce que leurs patientes feraient prochainement (Ramjan 2012)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Prendre soin des personnes atteintes d'AN est épuisant et les taux d'épuisement professionnel du personnel sont élevés (Wright)<ul style="list-style-type: none">○ Des sept infirmiers/infirmières thérapeutes qui ont participé à cette étude, toutes ont quitté le un service. Bien qu'il ne soit pas possible d'affirmer avec certitude que tous sont partis en raison de la nature stressante du travail, tous ont parlé de la nature difficile de leur travail dans les entretiens (Wright)• En essayant d'atteindre leurs objectifs en utilisant des moyens non authentiques, les infirmières peuvent être confrontées à une probabilité significative de subir des préjudices sans avoir les moyens de se protéger elles-mêmes. Elles peuvent souffrir d'épuisement professionnel et d'autres problèmes de santé et de santé mentale en raison d'un conflit insoluble (Wright)• Devoir écouter des histoires tristes ainsi que devoir rester disponible en permanence pour valider et accompagner les patientes est devenu épuisant. Elle ressentait également un sentiment de responsabilité personnelle envers ses patientes (LL)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Importance de prendre soin de soi. La nature très exigeante du travail et un fort investissement émotionnel dans ses patients lui a rendu difficile de s'abstenir de penser au travail une fois à la maison. C'est à ce moment-là qu'elle a reconnu la nécessité de « vérifiez avec vous-même » pour éviter l'épuisement professionnel. (LL) • Laisser de côté le travail : diff de ne pas penser au travail (LL) <hr/> <p>Sentiment d'inconfort et d'anxiété (Ryu)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devoir être constamment en contact avec les patientes pour établir une relation thérapeutique (Ryu) • Sentiment d'être une policière lors des repas (avec l'encadrement) → vient parfois à l'encontre des valeurs de l'infirmière (Ryu) • Malaise physique de devoir surveiller les patients en tout temps, même lors de l'usage de la salle de bain (Harken) <hr/> <p>Contretransfert : Les sentiments vécus par l'infirmière représentent parfois le reflet des sentiments vécus par la patiente. Cela fait sentir l'infirmière comme si elle se faisait attaquer ou submergée par les émotions négatives. La colère et l'anxiété</p>
--	--	--

		<p>vécues par la patiente étaient projetées sur l'infirmière. Les patientes peuvent faire en sorte que l'infirmière se sente mal pour elle-même (Ryu)</p>
		<p>Sentiment de trahison</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un fort sentiment d'amitié envers les patientes (notamment à cause de la faible différence d'âge). Mais ce sentiment d'amitié peut renforcer le sentiment de trahison dans le sens où une relation de confiance est développée, mais finalement, ils ne veulent pas toujours pas manger. En percevant la patiente comme une amie, cela vient déclencher des émotions personnelles. Selon eux, la relation thérapeutique se développe davantage lorsqu'il y a des rencontres informelles et abordant des sujets variés outre le traitement et l'alimentation. Toutefois, tous sont conscients qu'ils ne sont pas là pour se faire des amis. Si l'infirmière veut se faire des amis, alors, ses intentions sont teintées par ses motivations personnelles. (Ryu)
		<p>Sentiment d'intérêt envers l'autre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la maladie; les complications (Seah)
		<p>Sentiment de sympathie :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Malgré la frustration et l'épuisement face aux infirmières, certaines d'entre elles démontrent de l'empathie pour les patients. Elles comprenaient que les patients avaient de la difficulté d'affronter la maladie; les faisant vivre de la sympathie (Seah) <p>Sentiment de satisfaction et de joie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont pu réaliser que finalement, le travail auprès de cette clientèle était somme toute satisfaisant. Elles ont pris connaissance de l'expérience vécue de soins était finalement positive, et, en reflétant sur leurs expériences, elles ont développé de nouvelles perspectives de leurs soins (King). • La construction de relations, comprendre les symptômes et savoir comment les régler, être témoin de leur rétablissement → joie (LL) • Jane se sentait heureuse de pouvoir établir des relations avec chacun patient et de se sentir partie prenante de leur rétablissement respectif. (LL) • Voir les patientes affronter le TCA au quotidien et s'améliorer à chaque jour → sentiment de joie (Harken)
--	--	---

<p>THEME</p> <p>1 :Prodiguer des soins</p>	<p>1. Perception initiale des soins</p> <p>2. Perception des soins évoluant avec le temps</p> <p>3. Période des repas</p> <p>4. L'influence de l'AM sur les infirmières</p>	<p>1.Perception initiale des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les adolescentes avec de l'AM ne représentent souvent pas une priorité dans la charge de patients de l'infirmière (en médecine) (Wu) • Les infirmières ne veulent pas nécessairement passer beaucoup de temps (Wu) • Les patientes peuvent être manipulatrices ou mentionner les bons mots pour recevoir ce qu'elles veulent (Lachal; Harken; Miesem; Ramjan 2004; Wright) <ul style="list-style-type: none"> ○ Les infirmières sont à risque de prendre les comportements TCA personnels (manipulation) (Carter) ○ Développement d'une peur de se faire manipuler, menant à des sentiments de suspicions lors des interactions avec la patiente (LL; Carter) ○ Des comportements abusifs et même violents se produisent dans les unités d'AM, et des commentaires personnels désobligeants sont fréquemment adressés aux infirmières AN (Wright) ○ Les personnes souffrant d'AN peuvent être perçues, d'une part, comme manipulatrices, recherchant l'attention, oppositionnelles, difficiles et
--	---	---

		<p>obstructives ou subversives et, d'autre part, comme solitaire, incompris et fragile (Wright).</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacité de différencier le TCA de la Personne (Lachal; Seah; Zugai, 2018; LL; Snell)<ul style="list-style-type: none">○ Les infirmières ont également rapporté les réponses des patients au traitement ont contribué à une expérience de relations interpersonnelles de méfiance dans la relation thérapeutique. Une des stratégies que les infirmières utilisaient était de séparer le trouble de l'alimentation du patient en tant que personne (Snell)• Initialement les infirmières n'ont peut-être pas une bonne compréhension des patients; présentant des idées préconçues. Les participants ont évoqué des sentiments d'incrédulité (sentiment de doute) par rapport à l'existence des TCA et comment des personnes aussi minces peuvent exister (Seah)<ul style="list-style-type: none">○ Les sentiments initiaux face aux TCA étaient négatifs; présentant de la peur et de l'incertitude. Certains se sentaient prudents et inconfortables (Seah)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Perception que de soigner les patients avec un TCA est plus ardu que de soigner les autres patients en psychiatrie générale. Les patients TCA requièrent davantage d'attention et de supervision (Ryu)• Non familier avec les soins spécifiques pour les TCA (support émotionnel, supervision des repas). Préférences de tâches 'actives' comme prodiguer des traitements (Médecine) (Carter)<ul style="list-style-type: none">○ Préférence de prioriser les autres patients sur l'unité de Médecine (Carter)○ Les patientes avec AM ne sont pas toujours perçues comme étant malades comparativement aux autres (Médecine) (Carter)○ L'accompagnement et la supervision des patiente avec AM sont perçus comme étant des tâches consommant du temps (Carter)○ Le temps accordé aux patientes avec AM était souvent écourté (Wu, Carter; King)○ Frustré de devoir passé du temps avec AM en se disant qu'elle a d'autre priorité de soin (Wu, Carter)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">○ La routine de soin étant différente pour les patientes avec AM et les autres patients rendent la tâche plus difficile pour les infirmières (coordination de soins). Amplifié par la perception que le patient ne veut pas collaborer aux soins (Carter)• Les TCA sont perçus comme étant très négatifs comparativement aux autres patients (Carter)• Malaise lors de certains traitement (installé un TNG de force ou des contentions) → vient contre leurs valeurs personnelles (Carter)• Soigner patientes avec AM était gratifiant malgré les incertitudes dans les soins (Harken)• Plusieurs pensent que les patientes sont la cause de leur propre état de santé et qu'elles doivent fixer le problème par elle-même (Ramjan 2004)• Les infirmières ont unanimement perçu les adolescents comme n'adhérant pas aux normes socialement acceptables, comme n'ayant pas une habitude alimentaire ou une vision normale de la nourriture. La plupart des infirmières considéraient que leur rôle était d'aider les adolescents à reprendre des habitudes
--	--	--

		<p>alimentaires normales de "trois repas par jour" et ont décrit l'objectif du programme comme « changer ou modifier un comportement particulier. . . c'est de l'automutilation. . . délibéré ou évident. . . en quelque chose de plus sain. » (Ramjan 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En général, les infirmières croyaient que les intentions du programme étaient « honorables » et qu'elles avaient le devoir de suivre le programme (Ramjan 2012) • Ambiguïté constante : nature complexe du tca (médical et psychiatrique) (LL) • Trauma vicieux : Comme infirmière, nous voulons faire des choses pour aider les gens et je me sentais très coupable de causer quelqu'un tellement en détresse psychologique (mettre TNG), alors que mon principal objectif en tant qu'infirmière est d'aider les gens se sentent mieux (LL) <p>2.Perception des soins évoluant avec le temps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après avoir travaillé sur l'unité pour une période, la perception des patientes change. Plusieurs infirmières perçoivent les patients avec un TCA comme étant non compliant face au traitement. Les patientes semblent désintéressées et non-adhérent aux traitements ou dans le déni de leur maladie en faisant aucun effort
--	--	--

		<p>pour résister à leurs pulsions liées au TCA. Plusieurs infirmières sentaient que les patients étaient manipulateurs et irrespectueux envers elles. Chaque infirmière définissait « manipulateur » et « être manipulé » différemment. Certaines disaient que les patients essayaient de diviser les choses entre les infirmières; causant des malentendus or prendre avantage des infirmières dû à leur manque d'expérience. Les infirmières mentionnent que les patients tentent parfois d'influencer les infirmières à accepter le TCA en disant des mensonges, en minimisant l'effet des traitements pour qu'elles puissent gagner du poids (Ryu)</p> <ul style="list-style-type: none">• Les inf commencent ensuite à détester leur routine, les percevant comme étant plates et ennuyantes (Miesem; Ramjan 2012)<ul style="list-style-type: none">○ La prise en charge des patients adolescents dans ce programme devenu « très routinier » et « monotone » pour la plupart des infirmières. Presque tous se sont vu passer en "pilote automatique" dans le service parce qu'ils « savaient » la routine (Ramjan 2012)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs perçoivent le travail avec le AM comme étant facile, la majorité trouvait que c'était stressant à long terme à cause de la frustration vécue en lien avec l'incompréhension de l'AM (Ramjan 2004)
		<p>3.Période des repas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incertitude quant au rôle lors de l'accompagnement des repas (Ryu) • La tâche la plus difficile à tolérer et la plus détestée consiste en l'accompagnement lors des repas (Avec les sentiments négatifs face à l'alimentation). Les inf. se sentent révoltées par les actions de la patiente, mais elles doivent tout de même rester avec elles. Ensuite, les inf. doivent surveiller les patientes afin de s'assurer d'éviter tout comportement compensatoire (vomissement, cacher la nourriture, etc.) (Miesem) <ul style="list-style-type: none"> ○ La surveillance lors des repas est difficile et problématique (regarder chaque bouchée et encadré les patientes) (Ryan) • Conflit principal avec les patientes était la nourriture. L'une des manières dont les infirmières affirmaient leur pouvoir (et enlevaient le contrôle de leurs charges) consistait à « choisir leurs aliments ». Les inf. voulaient aider les

		<p>patientes, mais se sentaient gênées par le refus des adolescentes de renoncer au contrôle ou de « coopérer » (Ramjan 2004)</p>
		<p>4.L'influence de l'AM sur les infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs infirmières semblent être davantage consciente de l'image corporelle et des habitudes alimentaires des personnes autour d'elles. Certaines étaient même influencées à adopter les comportements ou préférences alimentaires (Seah) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cependant, 2 infirmières mentionnent qu'après avoir prodiguer des soins, leurs habitudes alimentaires s'amélioraient en pensant qu'elles devraient agir à titre de modèle pour les patients; les incitant à arrêter de penser excessivement à perdre du poids ou à corriger leurs comportements alimentaires (Seah). • Prise de conscience de l'image corporelle et des habitudes alimentaires chez les inf. (LL)
		Éléments influençant l'expérience des infirmières
Catégories	Sous-catégories	Exemples

<p>Les éléments environnementaux</p>	<p>1. Manque de temps et de personnel</p> <p>2. Temps supplémentaire</p> <p>3. Collaboration et soutien intra et interpersonnel</p>	<p>1. Manque de temps et de personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières mentionnent que leur routine contient plusieurs tâches qui sont compliquées. Puis leur temps doit être priorisé (Wu) • Besoin du bon nombre de personnel (Lachal) <ul style="list-style-type: none"> ○ Les infirmières mentionnent que le manque de personnel sur l'unité affecte la qualité de soin. Cela apporte également des problèmes pour les infirmières novices qui ne savent pas comment gérer les patients demandant; influençant la qualité de soins et la RT. À cause du manque de personnel, les infirmières mentionnent avoir une plus grande charge de travail. De plus, devant faire respecter les nombreux règlements dans le plan de traitement, cela contribue également à alourdir leur charge de travail. Toutes ces surcharges de travail peuvent mener les infirmières à de l'épuisement et amène une lourdeur mentale; les démotivants à vouloir continuer à travailler sur l'unité. Les infirmières peuvent
--------------------------------------	---	---

		<p>démissionner, contribuant à aggraver la pénurie de main-d'œuvre (Seah)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étant donné le temps considérable que les patients peuvent passer en traitement, plus d'énergie et l'effort a été naturellement dépensé vers leur succès. Avec cela est venu aussi beaucoup de responsabilités (LL) • Certaines unités ont une pression accrue dû au manque de personnel et la pression du système hospitalier pour un rétablissement rapide → attitudes négatives face à la clientèle avec de l'AM (Ramjan 2004)
		<p>2. Temps supplémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps supplémentaire; manque de temps avec la famille → stress et épuisement (LL)
		<p>3. Collaboration et soutien intra et interpersonnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de communication interprofessionnels (Lachal; Harken) <ul style="list-style-type: none"> ○ Il y a parfois des désaccords au sein de l'équipe concernant les plans de traitements étant donné les multiples complications (Seah)

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Équipe cohésive : apprentissage facilitée lors des rencontres et des discussions dans l'équipe (LL) • Manque de support (LL) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Faisant face à beaucoup trop de stress, les infirmières iraient demander de l'aide. Toutefois, certaines mentionnent qu'elles ne se sentaient pas supportées par l'équipe de gestion (Seah). ○ Support entre infirmières et la communication entre les disciplines (sentiment de compétence) (LL) ○ Pessimisme et conflit avec le personnel et/ou les superviseurs ont également accru son sentiment de se sentir seule (LL)
Les éléments personnels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque de formation et de connaissances 2. Manque d'expérience 3. Manque de clarté dans le rôle infirmier 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque de formation et de connaissances <ul style="list-style-type: none"> • Besoin de connaissances et des bonnes attitudes pour gérer les comportements associés à l'AM (Wu; Lachal) <ul style="list-style-type: none"> ○ Avec le peu d'éducation/formation en santé mentale sur le rétablissement de l'AM, les inf. avaient de la misère à comprendre la pathologie (Ramjan 2004)

	<p>4. ATCD et valeurs personnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pour engager les consommateurs avec sensibilité et empathie, les infirmières avaient besoin pour comprendre la nature de l'AN et comment un traitement hospitalier être intrinsèquement pénible pour les consommateurs. En comprenant AN, ils ont pu prodiguer des soins avec sensibilité et aider les consommateurs à défier les attentes et les activités d'hospitalisation (Zugai, 2018) ● Manque de formation spécifique → manque de confiance dans habileté d'accompagnement (Carter; Wu; LL) <hr/> <p>2.Manque d'expérience</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Manque d'expérience → manque de connaissance sur le TCA → perception négative (manipulatrice) (Seah) <ul style="list-style-type: none"> ○ Les infirmières avec peu d'expérience sont plus à risque de se faire manipuler (Seah) ○ Même en se faisant manipuler, les infirmières peuvent tout de même avoir de l'empathie (Seah)
--	--------------------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Avec le manque de personnel, il se pouvait qu'uniquement des infirmières inexpérimentées se retrouvent sur l'unité → influence la qualité de soins et la RT (Seah) • L'expérience est directement relié au niveau de confiance en ses propres capacités pour prodiguer des soins (Seah) • Sur l'unité de médecine pédiatrique, les cas d'AN sont plus rares → manque exp <hr/> <p>3. Manque de clarté dans le rôle infirmier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a un conflit au sein du rôle inf. envers cette clientèle. Leur rôle d'assurer que l'adolescent collabore dans leur programme d'alimentation crée souvent des conflits avec leur rôle de support et d'empathie (Ramjan; Harken) • Perception d'avoir le rôle de gardien de prison (geôliers) avec le combat constant pour avoir le contrôle (Ramjan 2004, 2012)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">○ Les fouilles décrites par les infirmières rappellent la cellule et les fouilles à nu effectuées dans les prisons lorsque les détenus sont soupçonnés de dissimuler des objets interdits (Ramjan 2012)• L'ignorance et l'impuissance des participants à modifier le « programme » sont à l'origine de ce manque de confiance réciproque (Ramjan 2004)• Les relations des infirmières avec les adolescents dans ce programme étaient influencées par le rôle qui leur était assigné, par leur méfiance fondamentale à l'égard de leurs accusations, et par les règles et protocoles rigides du programme. De nombreux infirmières s'occupaient principalement des tâches de soins physiques, peut-être comme un moyen d'éviter les autres dimensions, qui pourrait être plus difficile émotionnellement et frustrant. (Ramjan 2012)• En ayant une connaissance claire et sans ambiguïté des règles et protocoles, les infirmières maintenaient plus efficacement les limites thérapeutiques. Des règles bien définies ont donné aux infirmières la
--	--	---

		<p>confiance et l'autorité agir dans le meilleur intérêt de la patiente. (Zugai, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none">• Les soignants sont tiraillés entre les niveaux élevés d'encadrement requis et les accusations concernant le fait que les soins privent les patientes d'autonomie; couplés à la grande fréquence de demandes parfois contradictoires de surveillance physique et d'accompagnement psychologique quand elles sont affligées et bouleversées. Il n'est pas rare dans ce contexte que les soins équipe d'étiqueter les patients comme manipulateurs, recherchant l'attention et oppositionnels ou difficile (Wright)• Les infirmières sont censées être des communicatrices ouvertes, honnêtes et authentiques dans le cadre de leur bienveillance au travail. Cependant, lorsqu'il s'agit de traiter de façon continue des personnes incapables ou refusant d'entrer dans une telle relation, la seule option peut sembler être de rencontrer les patients sur leur propre territoire, d'adopter leur façon de communiquer afin d'obtenir un résultat thérapeutique.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">○ Là, il y a des moments où le rôle de soignant professionnel devient biaisé et on admet que l'établissement initial de cette relation est presque coercitif (Wright)● Incertitude du rôle inf : avec le temps, elle est devenue moins certaine de son rôle d'infirmière dans l'unité. Potentiellement pour des raisons similaires à celles mentionné ci-dessus, elle avait perdu certaines responsabilités d'infirmière et était devenue confuse à fois sur ce qu'elle était censée faire. Une telle confusion n'a pas seulement été ressentie parmi le personnel et les patients, mais a également entraîné une perte de temps et une baisse de la productivité. Malheureusement, cela a potentiellement eu un impact négatif sur les résultats du traitement. (LL)● Les infirmières considéraient leur rôle comme un défenseur à la fois du patient et l'équipe dans ce processus de partage d'informations. C'était rendu plus facile lorsque l'équipe a fourni des justifications claires pour leurs décisions (Snell)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • La nature des rôles changeants des infirmières de collaborateur et de confident à mainteneur de des limites thérapeutiques décidées par une équipe plaçaient souvent l'infirmière dans une opposition avec le patient et l'infirmière pourrait être perçue en tant que figure d'autorité (Snell) • Manque de clarté dans le rôle inf : Incompréhension du rôle inf par les AUTRES professionnels = prend plus de temps pour passer les messages → plus de temps pour accomplir les tâches (LL) • L'Inf. a également remarqué un changement dans la hiérarchie, se sentant parfois étouffée, comme si elle avait moins de contrôle qu'elle ne l'a fait en tant qu'infirmière en milieu clinique. Son rôle semblait manquer l'autonomie qu'elle avait, se sentant moins responsable et plus sous les ordres directs de ceux ci-dessus (LL)
		<p>4.ATCD et valeurs personnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les inf. basaient leurs soins sur les valeurs; soit l'égalité de soins, la confiance, l'intimité, le non-jugement, la confidentialité et préserver et

		<p>protéger les droits du patient. Leurs valeurs guidaient leurs soins et interventions et assuraient une bonne éthique de travail (King)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Avec le temps, soigner les AM devenait un défi. En découvrant que les patientes étaient parfois trompeuses et menteuses, et elles ont exprimé leur incrédulité (manque de confiance) face à leurs comportements (King)○ Les inf. mentionnent avoir été mécontentes du fait qu'elles n'intervenaient plus selon leurs valeurs personnelles. Le non-jugement devenait difficile pour les inf. car elles percevaient les AM comme étaient des menteuses (King)○ Elles les ont étiquetés, en utilisant des termes péjoratifs, et elles ont révélé que les soins ultérieurs des autres anorexiques étaient teintés par cette méfiance acquise (King)○ Être méfiantes étaient de nouveaux comportements adoptés dans la prise en charge de ces patients. Les valeurs de l'égalité des soins, la confiance et le non-jugement étaient compromises (King)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Les participants sont devenus plus conscients et sensibilisés à "voir" ce que leurs patients faisaient réellement (tromperies, mensonges et comportement sournois) Alors, faire confiance devenait plus difficile (King). ○ Les participants ont révélé qu'ils étaient incapables de faire confiance aux patientes anorexiques à cause de ce qu'elles avaient autrefois vécue. Ainsi, leur perception que leurs patients étaient trompeurs et mentaient entachaient leurs valeurs infirmières (King). • Les inf. qui avaient des problèmes de poids ont trouvé très difficile de tolérer les commentaires des patientes qui tentent de les frustrer avec des commentaires déplacés (Miesem) • ATCD personnel de TCA rend parfois difficile les interventions auprès de la clientèle (trauma vicieux) (LL)
Les éléments reliés à l'AM	1. Comportements reliés à l'AM (nature égocentrique)	1. Comportements reliés à l'AM (nature égocentrique) <ul style="list-style-type: none"> • La présence de détresse et d'anxiété chez les patientes (Lachal)

	<p>2. Complexité de l'AM</p> <p>3. L'accompagnement de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'idée suicidaire chez les patientes (Lachal) • Plus l'adolescente est âgée, plus la gestion devient difficile (Lachal) • La nature des patients AN est susceptible d'entraîner une mauvaise rétention du personnel, un épuisement professionnel et congé de maladie (Wright) • Aux yeux des patients, parfois les mots du docteur ont plus de valeur que les mots des infirmières (Lachal)
		<p>2. Complexité de l'AM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soigner ces patients peut être demandant dû aux différentes complications physiques possible et les hauts taux de mortalité; menant à démoraliser les infirmières (Seah) <ul style="list-style-type: none"> ○ Une infirmière mentionne que le rétablissement d'un TCA n'est pas dépendant de la médication, mais des patients eux-mêmes (Seah)

		<ul style="list-style-type: none"> • Bien que les infirmières de l'étude aient exprimé leur épuisement par des commentaires offensifs, aucune n'a pensé qu'il était approprié à la réflexion de confronter les personnes souffrant d'AN <ul style="list-style-type: none"> ○ Au lieu de cela, il a été accepté que les infirmières et les personnes souffrant d'AN ne peuvent pas avoir de relations réciproques, caractérisées par le respect mutuel (Wright) • Complexité des soins (comprendre un sx et intégrer les bonnes interventions). Réussir à trouver la bonne intervention → sentiment de récompense (LL) • Longévité de soins : satisfaction de passer du temps pour parler aux patients (apprendre à les connaître et construire des relations) (LL)
		<p>3.L'accompagnement de la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • La famille des patients représente également un défi pour les infirmières, en essayant de négocier les plans de traitement ou en essayant de gérer leur collaboration aux soins. Cela peut être dû à leur manque de connaissances sur la maladie des patients ou parce que les familles n'ont

		<p>pas les ressources disponibles pour comprendre la nature du TCA. Il se peut également que les familles veuillent préserver leur image et, par conséquent, un des plus grands défis survient lorsque la famille accepte les comportements liés à l'alimentation; menant à un bris des règlements et nuisant au rétablissement. Certaines familles remettent en question le traitement et les standards quant à l'apport alimentaire optimal. Certains parents pensent savoir les bonnes décisions pour leur enfant (Seah)</p> <ul style="list-style-type: none">• Les familles ne semblent pas reconnaissantes des soins (Carter)• Naviguer à travers les dynamiques familiales (Harken)<ul style="list-style-type: none">○ Sentiment d'inconfort en observant les interactions entre la famille/patient○ Capacité de maintenir leur habileté pour vivre de l'empathie pour les parents, malgré les émotions difficiles/lourdes○ Certains trouvaient les familles difficiles, d'autres aimaient travailler avec elles
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">○ Les parents ne veulent pas croire au TCA, ils veulent que l'on trouve qqch qui peut se fixer (préservation de l'image)○ Plusieurs parents sont dans le déni car ils se sentent embarrassés, nerveux et anxieux
--	--	---

Annexe D

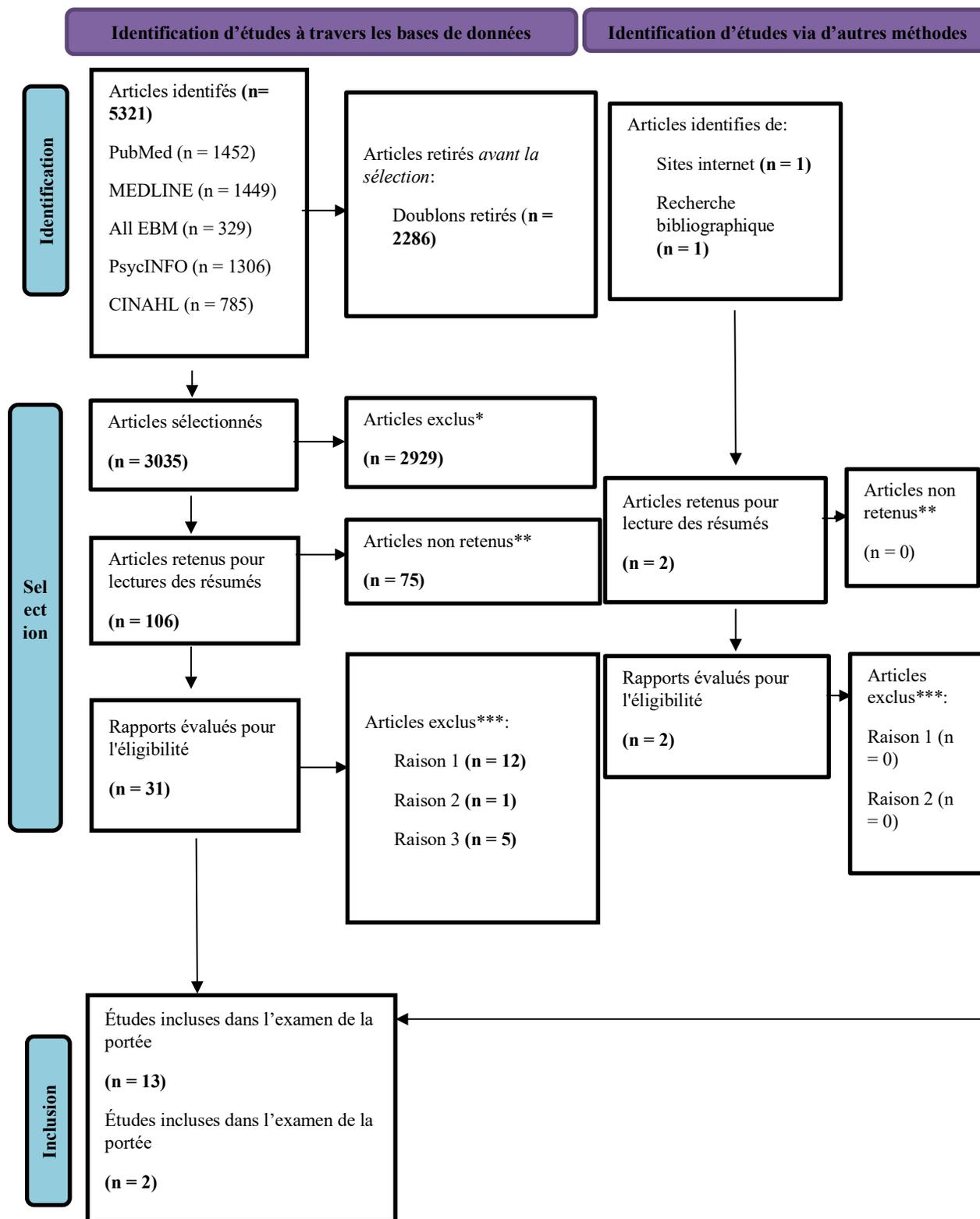
Aide-mémoire de l'examen de la portée

Section	Page
1. Titre	1
2. Résumé	3
3. Problématique	15
4. But	22
5. Méthodologie	42
6. Devis méthodologique et protocole	43
7. Critères d'éligibilité	44
8. Sources d'information	45
9. Recherche documentaire et sélection des études	45
10. Cartographie des données	46
11. Analyse et synthèse des résultats	47
12. Validité	48
13. Résultats	49
14. Présentation du nombre d'articles issus des bases de données (Diagramme de flux)	50
15. Caractéristiques des articles retenus	50

16. Présentation des résultats	50
17. Résumé des résultats	72
18. Discussion	74
19. Synthèses des données	75
20. Limites	98
21. Conclusion	100
22. Subventions	Non applicable

Annexe E

Diagramme de flux PRISMA



Légende du diagramme de flux PRISMA

* Lecture des titres

- Les titres n'abordant pas le TCA et les professionnels de la santé ont été exclus. De plus, il restait également plusieurs doublons n'ayant pas été disqualifiés automatiquement par EndNote.

** Lecture des résumés

- Les résumés ne mentionnant pas la présence d'infirmières ont été exclus.
- Les résumés démontrant que les études ont eu lieu dans un milieu autre que le milieu hospitalier ont été éliminés.
- Les résumés démontrant que la clientèle TCA était constituée d'adultes ont été éliminés.
- Pas la présence d'anorexie mentale.
- Ne discute pas de l'expérience des professionnels de la santé (infirmière incluse).
- Article uniquement en Allemand/Portugais (barrière de langue).

*** Lecture complète des articles (critères d'exclusion)

1. Ne discute pas de l'expérience des professionnels de la santé (infirmière incluse) (mais n'était pas clairement mentionné dans le résumé) (**n=12**)
2. Étude pas en milieu hospitalier (mais n'était pas clairement mentionné dans le résumé) (**n=1**)
3. La population TCA était adulte (mais n'était pas clairement mentionné dans le résumé) (**n=5**)