

TD – ZOTERO

UE : Méthodes de recherche qualitative en santé

À QUOI ÇA SERT UNE BIBLIOGRAPHIE ?



La bibliographie

Grands principes

- Justifier votre recherche (pertinence du travail effectué)
- Permettre aux lecteurs d'identifier facilement chaque document cité
- Respect du droit d'auteur/plagiat
- Référencer les travaux cités à l'aide d'une section « Références », « Bibliographie »

La bibliographie

La référence

- Doit être correcte, précise et renvoyer directement aux documents cités
- Elle présente le document mobilisé dans son corpus de texte
- Diffère selon la nature du document (article de revue, ouvrage, ouvrage collectif, etc.)
- Normes bibliographiques : APA, Vancouver, etc.

La bibliographie

Présentation des références

- La bibliographie est une **liste ordonnée** de références documentaires
- Peut être structurée de différentes manières (ordre alphabétique, ordre de citation)
- Règles précises à respecter (norme, style de citation dépend de discipline de recherche)
- Style appliqué à l'ensemble du corpus de texte
- Chaque citation est listée dans la partie « Références », « Bibliographie »

La bibliographie

Le style **Vancouver**

Résulte d'une concertation d'un groupe d'éditeurs médicaux (réunis en 1978 à Vancouver) pour harmoniser la présentation des références dans les revues scientifiques

- Norme la plus utilisée dans le domaine biomédical
- Numérotation des références dans l'ordre de mention dans le texte
- Abréviation des titres des revues

La bibliographie

Le style Vancouver

Obesity, traditionally defined as an excess of body fat causing prejudice to health, is usually assessed in clinical practice by the body mass index (BMI), which is expressed as the ratio of body weight in kilograms divided by height in square meter (kg/m^2).¹ Since its introduction, many large population studies have reported a J-shaped relationship between the BMI and mortality/morbidity risk—a BMI above 30 kg/m^2 (defining obesity in many guidelines) being clearly associated with increased morbidity/mortality risk.^{2–5} Despite its limitations, BMI has been adopted as a quick and simple clinical tool to first classify patients into risk categories and to monitor changes in adiposity over time both at the individual and population levels.

Despite considerable research efforts devoted to understanding the biology of obesity and energy balance, it has become obvious that available knowledge has to date been of little help to curb the obesity epidemic and that no part of the world has been spared from this phenomenon.⁶ It has been estimated by the Global Burden of Disease Obesity Collaborators that >603.7 million adult individuals are obese.⁷ The Global Burden of Disease group has also estimated that elevated BMI values were responsible for 4 million deaths in 2015, with two-thirds of this number attributed to cardiovascular disease (CVD).⁷ In the United States, the prevalence of obesity has reached almost 40% in 2015 to 2016 in a nationally representative survey (National Health and Nutrition Examination Survey).⁸ Furthermore, severe obesity (class III and above), defined by a BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, has been reported to reach 7.7% with considerable disparities among ethnic groups.⁹

La bibliographie

Le style Vancouver

References

EPUB

1. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJF, Moreno LA, Bray GA, Martinez JA. Obesity. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17034. doi: 10.1038/nrdp.2017.34 [Crossref](#). [PubMed](#).
2. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157–163. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3 [Crossref](#). [PubMed](#).
3. Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Berrington de Gonzalez A, Cairns BJ, Huxley R, Jackson ChL, Joshy G, et al; Global, B. M. I. Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388:776–786. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30175-1 [Crossref](#). [PubMed](#).
4. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, Hu FB, Hubbard VS, Jakicic JM, Kushner RF, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129:S102–S138. doi: 10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee [Crossref](#). [PubMed](#).
5. Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, Kimura N, Taylor HL. Indices of relative weight and obesity. *J Chronic Dis*. 1972;25:329–343. doi: 10.1016/0021-9681(72)90027-6 [Crossref](#). [PubMed](#).
6. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15:288–298. doi: 10.1038/s41574-019-0176-8 [Crossref](#). [PubMed](#).

La bibliographie

Le style **APA**

Format défini par l'Américan Psychological Association pour les écrits scientifiques dans les domaines de la psychologie et des sciences du comportement

- Norme utilisée dans le domaine des sciences sociales
- Style auteur-date (Moulin, 2025)

La bibliographie

Le style APA

les parents et une modification profonde de la vie familiale autour des repas. Pour l'enfant, elle crée une frustration qui se ressent d'autant plus au niveau social qu'elle souligne la différence de l'enfant par rapport aux autres membres de son groupe de pairs.

La surveillance glycémique est génératrice d'angoisse de la part des enfants qui redoutent les déséquilibres glycémiques. Ainsi, Anissa témoigne : « Ben, quand je suis haute, je prends ça comme un drame [...], c'est surtout la peur, quand je vais aller voir les diabétologues, qu'ils me disent eh ben tu resteras ici à l'hôpital, ça j'ai pas envie. » Pour les parents, la surveillance glycémique est source de culpabilité, comme le résume M. H. : « À chaque fois que les résultats n'étaient pas bons, ben, forcément, on cherchait l'explication, donc qu'est-ce qu'on n'a pas bien fait... automatiquement, ce sentiment de culpabilité. »

De façon générale, il existe un vécu en miroir chez les parents et leurs enfants. En effet, quand le vécu de l'annonce est traumatisant pour les parents, il semble l'être également pour l'enfant, et réciproquement. Au contraire, quand l'annonce est acceptée rapidement par les parents, l'enfant relate lui aussi un vécu plus apaisé. On peut poser l'hypothèse d'une transmission inconsciente des vécus entre l'enfant et les parents, notamment par le biais du processus d'identification.

Ce vécu douloureux de la maladie, car chargé d'angoisse et de frustration, va avoir un impact sur l'estime de soi de l'enfant et, plus particulièrement, dans deux domaines.

rapport aux autres à une époque où le besoin de conformité est très important, vecteur du sentiment d'appartenance.

D'autres enfants tentent de s'accommoder à la perception de la différence en la transformant en atout pour eux-mêmes. Ainsi, Thierry est déçu de ne pas faire sa piqûre à l'école : « Ben, tout compte fait, ce serait sympa, parce qu'au moins je pourrais leur montrer, aux copains, ce que c'est qu'une vraie piqûre. » Cette ambivalence sociale renvoie au paradoxe souligné par G. Duclos (2004). En effet, si l'enfant a besoin d'être conforme aux attentes de ses pairs

du diabète. Interrogée sur la manière dont elle se perçoit, Julie s'exprime en ces termes :

« Je fais quand même attention à mon régime. » Des adjectifs comme « gentil » et « têtu », en référence à la compliance ou à la non-compliance au traitement, reviennent fréquemment dans le discours des parents. Il semble donc que le diabète finisse par définir l'enfant non plus comme enfant en tant que tel, mais comme un enfant diabétique, identifié par rapport à sa maladie (Geoffroy L. et Gauthier M., 2003).

En matière d'estime de soi en milieu familial, on note un fort besoin de l'attention et



La bibliographie

Le style APA

Bibliographie

Allouch J., 1997, *Érotique du deuil au temps de la mort sèche*, Paris, EPEL.

André C. et Lelord F., 2002, *L'Estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob.

Andronikof-Sanglade A., 1986, « Du diabète infantile à l'enfant diabétique », *Perspectives psychiatriques*, 25 (2) : 162-169.

Anzieu D., 1985, *Le Moi Peau*, Paris, Dunod.

Bass H.-P., Trocmé N., 2005, « Réflexions concernant un groupe de fratries d'enfants malades dans un service d'oncopédiatrie », *Revue francophone de psycho-oncologie*, 2 : 90-95, Éditions Springer.

Bass H.-P. (sous la coordination de), 1999, « Cancer : sens et non-sens », *Le Journal des psychologues*, 170 : 21-49.

Bass H.-P. (sous la coordination de), 2000, « Le Fraternel : liés et déliés », *Le Journal des psychologues*, 203 : 19-49.

Bigot T., 2006, « Clinique du syndrome psychotraumatique », in *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, pp. 37-48.

Bion W. R., 1988, *Recherches*

Cappe E., Lefèvre F., Grimfeld A., Bobet R., 2007, « La qualité de vie d'enfants asthmatiques participant à un programme d'éducation à la maladie », *Pratiques psychologiques*, 13 (3) : 309-326.

Castro D., 1991, « Aspects psychologiques de la compliance au traitement chez l'enfant diabétique insulino-dépendant », *Annales de pédiatrie*, 38 (7) : 455-458.

Castro D., Tubiana-Rufi N., Moret L., Fombonne E. et al., 2000, « Psychological Adjustment in a French Cohort of Type 1 Diabetic Children », *Diabetes & Metabolism*, Paris, Masson.

Célestin-Lhopiteau I., Leplège A., Dommergues J.-P., Warszawski J., Fuertes C., 2000, « Stratégies de défense face au stress lors de l'annonce d'une maladie chronique chez des enfants et des adolescents », *Archives pédiatriques*, 7 (2) : 188-189.

Cheucle E., Prieto N., 2006, « Deuil brutal : prise en charge immédiate de la famille », *Le Journal des psychologues*, 234 : 70-75.

Claudon P., Bourbon A., Thomas N., 2005, « Le groupe de parole des fratries

au psychologue », in Marty F. (sous la direction de), *Le Psychologue à l'hôpital*, Paris, In Press.

Derome M., 2005, « La relation parents-soignants dans le cadre de l'accompagnement des enfants en fin de vie », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53 (4) : 166-175.

Dreyfus M., 2007, « Le psychologue en hôpital pédiatrique », in Marty F. (sous la direction de), *Le Psychologue à l'hôpital*, Paris, In Press.

Duclos G., 2004, *L'Estime de soi, un passeport pour la vie*, Montréal, Éditions de l'Hôpital-Sainte-Justine.

Fedida P., 2002, « Dans le blanc déplié », in Brun D. (sous la direction de), *5^e Colloque Pédiatrie et psychanalyse. La guérison aujourd'hui ; réalité et fantasmes*, Études freudiennes, pp. 93-95.

Forrest Ph., 1997, *L'Enfant éternel*, Paris, « Folio », Gallimard.

Forrest Ph., 2007, *Tous les enfants sauf un*, Paris, Gallimard.

Geoffroy L. et Gonthier M. Plan_CM&TD.docx -
Le Diabète chez l'enfant et l'adolescent,

COMMENT CONSTRUIRE SA BIBLIOGRAPHIE ?



Zotero

Générer automatiquement une bibliographie

- Intégrer des citations dans un corps de texte
- Déterminer le style de bibliographie selon la discipline (APA ou Vancouver)
- Organiser ses références en thématiques et sous-thématiques

Zotero

Installation

- Téléchargement : <https://www.zotero.org>
- Tuto : <https://docs.zotero-fr.org/installation/>
- Extension Word/Libre Office
Zotero → Préférences → Citer → Traitement de texte → Installer l'extension Word ou Libre Office