Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6 rue de la Milétrie
86073 Poitiers

Le chemin vers de nouvelles perceptions corporelles des adolescentes atteintes de troubles du comportement alimentaire : Danse et art-plastiques en art-thérapie

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie

Présenté par Laurane Chambrillon

Année 2020

Sous la direction de : Mr Thibaut Trilles
Art thérapeute et Enseignant universitaire

Référent Universitaire : Mr Jean-Jacques Giraud
Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Lieu de stage : Institut Mutualiste Montsouris
Service de psychiatrie pour adolescents
42 Boulevard Jourdan
75014 Paris
Tutrice de stage : Mme Andrea Guttière, Art thérapeute

Plan

Plan 1
Remerciements 3
Préambule 4
Introduction 5
I. Les pathologies rencontrées : les troubles du comportement alimentaire 5
1. Définitions 5
L'anorexie mentale restrictive 5
La boulimie et l'hyperphagie 6
Les troubles subcliniques 6
Les troubles co-morbides souvent associés 7
2. Les traits de personnalité sous-jacents 8
L'hyper-contrôle, incapacité à sortir du cadre 8
La perfection 8
L'hyperactivité 9
Le refus de la féminité 9
3. Sociologie et épidémiologie 10
4. Le rapport au corps 10
Le vécu corporel 10
Le schéma corporel 11
L'image du corps 11
Les troubles somatiques dans l'anorexie 12
5. Un soin du côté du corps ? 12
II. L'art et les arts utilisés 13
1. Les arts-plastiques : l'art du lâcher prise 14
2. La danse : sensorialité et féminité 15
III. L'art-thérapie 17
1. Définitions 17
2. Place de l'art-thérapie dans le suivi des troubles du comportement alimentaire 18
1ère Partie : Matériels et Méthodes 20
I. Matériels 20
1. Lieu de stage 20
2. Mouvement Couleur et la force du groupe 21
3. Les vigilances à avoir dans la pratique avec ce public 22
4. Le choix des patients et les indications thérapeutiques 22
5. Choix des échelles scientifiques et des items d'évaluation 23
6. Organisation et planification des séances : les stratégies thérapeutiques 24

7. Transmissions, bilans, synthèses à l'équipe soignante 25
II. Méthodes : Etudes de cas 26
1. Dina 26
Anamnèse 26
Traitement pharmacologique et posologie 27
Mise en place des objectifs art-thérapeutique généraux (OAthG*) et intermédiaires (OAthI*) 27
2. Lola 28
Anamnèse 28
Traitement pharmacologique et posologie 28
Mise en place des objectifs art-thérapeutiques généraux et intermédiaires 29
3. Similitudes et divergences 29
4.Déroulement des séances 30
2ème Partie : Résultats 36
I. Dina 36
1. OAthG 1 : Favoriser le lâcher prise 36
2. OAthG 2 : Réussir à utiliser la proprioception et écouter ses sensations corporelles. 38
3. Synthèse et bilan de la prise en charge 39
II. Lola 41
1. OAthG 1 : Trouver et prendre sa juste place 41
2. OAthG 2 : Accepter le travail corporel et y prendre plaisir 42
3. Synthèse et bilan de la prise en charge 45
3ème Partie : Discussion 47
I. Discussion autour du métier d'art-thérapeute 47
1. Les paramètres extérieurs à l'activité 47
2. La remise en question du contrat de poids et la séparation 49
3. Le milieu du soin clivant corps/ esprit 51
4. Les art-thérapeutes de différentes formations au sein d'une même institution : Problématique de l'exposition des œuvres 52
II. Discussion autour des résultats de l'expérience 55
1. L'utilisation de la vidéo/miroir 55
2. Les limites du travail en groupe 56
Conclusion 59
Bibliographie 61
Discographie 62
Glossaire 63
Annexes 66

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide de nombreuses personnes.

Merci au Professeur Jean-Jacques Giraud, référent universitaire et fondateur de cette formation d'art-thérapie, pour la qualité des enseignements proposés et son accompagnement sur ces deux ans de formation.

Merci à Thibaut Trilles, directeur de ce mémoire, pour sa confiance, ses retours riches et ses moments dansés.

Merci à Andrea Guttière, tutrice de stage, de m'avoir communiqué son amour de ce métier. Merci pour ta joie de vivre, ta bienveillance à mon égard et nos nombreux échanges.

Merci à Sophie Couchoud, également tutrice de stage, pour sa douceur, sa patience et sa confiance.

Merci au Professeur Maurice Corcos, directeur du service de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris, de m'avoir accueilli dans ses murs.

Merci aux pédopsychiatres, de m'avoir laissé assister et participer aux synthèses d'équipe. Merci pour leurs analyses cliniques toujours justes et leur engagement.

Merci aux internes en médecine, pour leur croyance et leur implication pour l'art-thérapie.

Merci aux infirmiers, pour leur bonne humeur à toute épreuve.

Merci aux patients, sans qui ce mémoire n'existerait pas. Merci pour leur confiance, leurs sourires, et tous nos moments partagés.

Et enfin, merci à mes proches et à ma famille pour leur soutien sans faille et leur amour inconditionnel.

Préambule

Devenir danseuse classique était une vocation. Depuis mon plus jeune âge, le dépassement de soi, la discipline, l'esthétique sont des exigences qui m'emmènent au meilleur de moi. J'ai pu, au long de mes quatre ans de carrière, expérimenter plusieurs styles de danse, le classique, contemporain, jazz, … et trouver des spécificités dans chacune de ces techniques. La pratique du contemporain en l'occurrence, m'a permis de prendre conscience très précisément de mon corps, de me reconnecter à mes besoins primaires. J'y ai vécu des expériences de scènes dans une communion parfaite entre mon souffle, celui de mes partenaires et celui du public. J'ai donc pu expérimenter le bien-être, les bénéfices corporels et communicationnels que m'apportait la danse.

Très vite, le milieu professionnel de la danse classique, en réalité exigeant, parfois culpabilisant même maltraitant, ne m'a plus convenu. Vivre en itinérance, dans l'angoisse que mon corps peut changer et plonger dans l'anorexie, comme certaines de mes collègues, m'a inquiétée, peinée mais aussi questionnée. J'ai décidé d'arrêter de danser en compagnie et de me former en psychologie et à l'enseignement de la danse. En effet, la difficulté de ce milieu ne m'a jamais enlevé mon amour pour cet art et l'envie de le transmettre. J'enseigne donc la danse classique depuis trois ans. Chaque semaine, je vois des enfants heureux d'apprendre, de progresser et de s'exprimer. Le spectacle de fin d'année est l'occasion de s'exposer, prendre place dans une chorégraphie et se dépasser. La fierté que j'observe chaque année lors de cette journée est indéniable.

Il y a deux ans, j'accueille dans mes cours une petite élève de quatre ans, atteinte d'hyperesthésie* et de surdité à cinquante pour cent. Ses premiers cours sont difficiles, elle est impulsive, inquiète et incapable de contact physique. A la fin de l'année, elle peut communiquer avec les autres, leur tenir la main et se canaliser lors des chorégraphies. Sa mère me rapporte son bonheur de venir chaque semaine et ses progrès à l'école. Je comprends alors le pouvoir de l'art.

C'est donc naturellement, après la licence de psychologie, que je m'intéresse à l'art-thérapie, qui est pour moi l'occasion de réunir ma volonté de soin et mon expérience artistique. Toujours aussi intéressée par les troubles du comportement alimentaire, je me questionne sur la pertinence de l'art-thérapie dans le suivi de ces troubles. L'utilisation de la danse pour ses effets sur le corps, mais aussi de la musique, du théâtre, des art-plastiques également pratiqués de nombreuses années m'entrainent dans une nouvelle perspective.

Introduction

I. Les pathologies rencontrées : les troubles du comportement alimentaire

1. Définitions

L'anorexie mentale restrictive

Le diagnostic clinique se fait selon les critères du DSM V*, que voici :

1. Refus de maintenir un poids corporel à ou au-dessus d'un poids minimal normal (ex : poids inférieur à 85% du poids normal en fonction de l'âge et de la taille)
2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse
3. Trouble du vécu corporel, auto-évaluation influencée à l'excès par l'aspect et le poids du corps, ou déni de la gravité de l'amaigrissement
4. Aménorrhée

H. Chabrol, pédopsychiatre, (2011, p. 216) décrit deux types d'anorexie : L'anorexie restrictive où les malades utilisent uniquement des conduites de jeûne sans utiliser de conduite de purge (vomissements, laxatifs, ...) et le binge-eating* où il y a occasionnellement des conduites de purge après une crise d'hyperphagie.

L'anorexie restrictive est la forme la plus grave des troubles du comportement alimentaire. Szmukler & Tantam, psychiatres et chercheurs, (1984) décrivent **que les angoisses concernant le poids sont tellement présentes que cela entraîne des comportements compulsifs de détresse*,** comme se priver totalement de nourriture pour contrer cette angoisse de grossir, mettre en place un hyper-contrôle obsessionnel* dans la vie quotidienne, ne pas laisser place à l'imprévu, ... Pour contrer ces angoisses et se revaloriser, **elles tendent vers la perfection**. Au début de la maladie elles pensent contrôler toutes ces mises en place qui sont « rassurantes », ce qui explique qu'elles ne parlent pas à leur entourage de leurs intentions et de leur mal être. Mais au fur et à mesure de l'évolution, ces angoisses sont toujours aussi présentes malgré les comportements compulsifs de plus en plus drastiques**. Elles sont dans le déni de la gravité du trouble et ne parviennent pas à en parler, ce qui entraîne un isolement social et une sensation permanente de solitude et d'incompréhension.** Comme décrit ci-dessus, on retrouve également une dysmorphophobie* très importante, ainsi qu'une estime de soi très pauvre et uniquement liée à sa capacité de maintenir un poids jugé acceptable.

Ces angoisses décrites sont à la base du trouble du comportement alimentaire. Les autres troubles que nous allons décrire ci-dessous présentent également le même type d'angoisse et de

défense même si les manifestations sont différentes.

La boulimie et l'hyperphagie

Voici également les critères du DSM V* :

1. Épisodes répétés de suralimentation avec un sentiment de perte de contrôle.
2. Comportements inappropriés d'évitement de la prise de poids (vomissements, usage de laxatifs, de diurétiques, de lavements, jeûne, exercices physiques excessifs).
3. Les accès boulimiques et les comportements compensatoires se répètent en moyenne au moins 2 fois par semaine depuis 3 mois.
4. L'auto-évaluation est influencée à l'excès par l'aspect et le poids du corps.
5. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

L'ampleur d'une crise de boulimie est vraiment très importante même impressionnante, y compris pour le patient lui-même à la fin de sa crise.

On observe très souvent le trouble boulimique apparaître après une phase d'anorexie restrictive. En effet**, la frustration apportée par les phases de jeûne et de privation finit par amener un débordement de l'hyper-contrôle mis en place et ce débordement est par conséquent disproportionné puis réprimé** (par des conduites de purge) car l'obsession du poids est toujours présente. Ce sentiment de perte de contrôle est insupportable pour les patients. Ainsi, certains mettent en place des ritualisations de leur crise.

L'hyperphagie, également appelée boulimie sans vomissement, est la conduite de prise alimentaire excessive également retrouvée dans la boulimie. Néanmoins, celle-ci n'est pas suivie de conduite de purge. Elle peut donc mener à terme à un surpoids ou une obésité.

Les troubles subcliniques

Les trois troubles décrits ci-dessus sont ceux principalement rencontrés. **Mais il existe autant de troubles du comportement alimentaire qu'il y a de patients.** En effet, la grande diversité interindividuelle ainsi que l'interrogation qui persiste aujourd'hui concernant les causes de ces pathologies donnent lieu à beaucoup de comportements différents en fonction des patients. (Schmidt, psychiatre, et al., 2008). Il existe donc des troubles du comportement alimentaire qui ne rentrent pas dans les critères du DSM* bien qu'ils soient tout aussi graves et handicapants dans la vie quotidienne. Mintz, psychologue, et al., (1997) en décrivent sept : la boulimie sans hyperphagie à poids non normal, l'anorexie à poids subnormal (répond à tous les critères sauf l'Indice de Masse Corporelle IMC* bas), la boulimie subclinique sans hyperphagie

(répond à tous les critères sauf la fréquence), l'hyperphagie avec restriction (compense l'hyperphagie par une restriction alimentaire), la boulimie comportementale (tous les critères sans le sentiment de perte de contrôle durant les crises), la boulimie comportementale subclinique (comme le précédent mais sans la fréquence) et la restriction alimentaire chronique.

Ces auteurs permettent de relever la complexité de ces troubles et de leur diagnostic. Schmidt, psychiatre, et al., (2008) relèvent **également au moyen d'une étude que les troubles anorexiques et boulimiques qui répondent à tous les critères sont très rares, d'où l'importance de prendre au sérieux les troubles subcliniques.** De plus, il convient pour le personnel médical de toujours s'interroger sur les diagnostics différentiels* de la maladie et ainsi de s'interroger sur les troubles co-morbides* qui sont souvent présents et sur l'anamnèse* du patient pour déceler la nécessité d'une autre prise en charge.

Les troubles co-morbides souvent associés

En effet, nous décrivions que les troubles du comportement alimentaire survenaient majoritairement chez des jeunes filles, durant l'adolescence, qui ont le plus souvent des personnalités obsessionnelles, borderlines* ou dépendantes, dans la recherche du contrôle et de la perfection avec une confiance en elle assez basse. La maladie peut être déclenchée par une vulnérabilité passagère due à un événement de vie ou bien survenir sans explication. Il est également fréquent de rencontrer des structures psychiques de type psychotique ou état limite chez ces patientes.

La difficulté des troubles décrits est telle qu'il est très fréquent, en plus du trouble, qu'elles développent des **dépressions réactionnelles**.

Pour les personnalités dépendantes et borderlines*, **il peut également y avoir des addictions assez importantes aux substances** (drogues dures et légères, drogues de synthèses, ...), alcool, tabac, ...

En ce qui concerne les personnalités obsessionnelles, **des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC)* peuvent apparaître,** surtout en ce qui concerne la nourriture. Beaucoup de rituels sont mis en place, au niveau de la propreté des aliments, de leur provenance, de leur couleur, texture, ... Mais la vie quotidienne est aussi très ritualisée, avec l'apparition de TOC* de vérification et de propreté majoritairement.

2. Les traits de personnalité sous-jacents

L'hyper-contrôle, incapacité à sortir du cadre

Les jeunes filles anorexiques sont souvent décrites comme étant très organisées, sérieuses, appliquées, déjà avant la maladie. Lorsque les angoisses concernant le poids surviennent, il est alors naturel et rassurant pour elles de se mettre à contrôler leur prise alimentaire. Au fur et à mesure les angoisses deviennent plus importantes et généralisées, ce contrôle se rigidifie alors et s'étend à la vie quotidienne. La prise de rendez-vous, la planification du travail, … Rien n'est laissé au hasard et à l'imprévu. **C'est cette recherche de contrôle qui devient une addiction et les mène vers des comportements addictifs à la restriction ou à la purge**, comme l'explique Solène Revol, (2018), femme atteinte d'anorexie il y a quelques années. **Afin de toujours atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés, elles arrêtent progressivement d'écouter les signes corporels qui leur indiquent la fatigue, la faiblesse et la faim.** O'Connor et Esterik, anthropologues, (2014, p. 40) décrivent en effet que l'hyper-contrôle est une « dimension qui renvoie à l'inclination pour l'auto-discipline, pour le contrôle de soi, pour la volonté de toujours agir au-delà de ses capacités actuelles en dépit même des besoins physiques. » **Ce contrôle de soi les enferme dans le monde idéal et rassurant qu'elles se créent, univers où, en réalité, elles vont de plus en plus mal et sont de plus en plus dénutries, sans en avoir aucune sensation.** « En conséquence, les femmes qui se conforment à ces modèles se retrouvent dans l'impossibilité de reconnaître et de satisfaire leurs propres besoins ». (Godin, sociologue, 2014, p. 33)

La perfection

O'Connor, Esterik, anthropologues, (2014, p. 40) décrivent les patientes atteintes d'anorexie, comme « vertueuse » et « bonnes enfants, élèves brillantes ». Elles sont très attentives à respecter les règles, faire le bien et faire plaisir aux autres. **Leur estime de soi est très appauvrie par leurs angoisses corporelles, mais leurs performances, ou résultats scolaires excellents les revalorisent.** Le regard que l'on porte sur elles est très investi et elles attendent la reconnaissance et les félicitations pour leurs efforts. Godin, sociologue et chercheuse (2014, p38) décrit que les anorexiques se construisent à travers un récit d'excellence sans cesse confirmé par le regard des autres. En effet, très liée à la notion d'hyper-contrôle, la recherche de perfection est prédominante dans le tableau clinique de l'anorexie et définit la majorité des actions de ces patients. De fait, en cherchant à être parfaites, elles veulent « réussir

leur soin » et anticipent les attentes des soignants, au risque de ne pas s'investir au maximum dans la thérapie. Cela rend le soin complexe. (Godin, 2014, p. 38)

L'hyperactivité

Dans le cadre de la perte de poids, les anorexiques font beaucoup de sport. Elles marchent énormément, courent, se réveillent parfois la nuit pour faire de l'exercice, … Dans le quotidien, elles ne s'assoient presque plus, et s'habillent très peu, car avoir froid entraine une dépense énergétique. Selon Henniaux, psychiatre, (2009), l'hyperactivité a d'autres dimensions, il dit notamment que « bouger [fait] partie de leur addiction de survie qui leur permet de ne pas penser et découler l'excitation interne. » (p.37) Selon lui, **être en mouvement en permanence leur permet alors de s'occuper l'esprit, mais surtout, de contrer encore une fois ces angoisses omniprésentes, liées aux calories.** En effet, bouger les rassure, leur indiquant alors qu'elles sont dans le bon chemin pour continuer de maigrir et voir leurs efforts récompensés. **La pratique corporelle est reliée uniquement à ce seul but de perte de poids. Elle n'apporte plus aucune sensation, et par conséquent les patients ne savent plus gérer l'intensité de la pratique en fonction de leur capacité physique**. En effet, l'hyperactivité empêche de ressentir son corps et de prendre conscience de soi. (Henniaux, 2009, p. 37)

Le refus de la féminité

L'adolescence est une période pleine de changement, notamment dirigée par la puberté. Les jeunes filles ont alors un corps qui se modifie, accompagnée d'une poussée d'hormone. C'est une période de la construction identitaire qui oblige à accepter une modification du corps.

Les jeunes filles atteintes de troubles alimentaires ne sont souvent pas prêtes à ce changement pubertaire. **La volonté de rester une enfant, cajolée par ses parents, protégée, est une hypothèse de cause à la survenue de ces troubles.** L'acceptation du corps de femme est une des étapes de la prise en soin des troubles alimentaires. Mais Godin L., sociologue, (2014, p.33) avance que l'image de la femme est très différente d'une société à l'autre. Dans une société contemporaine, la femme est mince et son image est très représentée dans les médias. **Devenir une femme est induit par la représentation de celle-ci dans la société.** L'attente de l'équipe soignante d'acceptation de la féminité est conditionnée par « la manière dont on définit une anorexique et ce qu'elle devrait devenir [qui] est indissociable de l'idée de ce que devrait être une femme dans les sociétés contemporaines. » (Godin, 2014)

3. Sociologie et épidémiologie

Comme nous venons de le mentionner, les jeunes femmes grandissent dans une société qui a un impact sur leur développement. **Des études démontrent que les TCA* arrivent majoritairement dans les pays occidentalisés et industrialisés, notamment dans les milieux moyens et aisés.** Corcos, professeur en pédopsychiatrie, et al. (2008) ont d'ailleurs mis en évidence que les personnes originaires d'un pays où la prévalence est faible qui déménagent dans un pays à prévalence élevée, ont autant de chance de développer une anorexie mentale que les personnes originaires de ce pays. Ces prévalences peuvent s'expliquer par les idéologies relayées par les médias sur le corps de la femme. Selon Bowers, professeur en psychiatrie, et.al. (2009) ces troubles surgissent dans les **sociétés dites d'abondance**, dans lesquelles il existe de fortes influences contradictoires. En effet, les industries alimentaires incitent à la consommation de masse, tandis que la presse féminine incite à un corps idéal, mince et musclé. La presse féminine en général véhicule l'image de la femme parfaite, ayant une vie active (même hyperactive), une réussite personnelle, professionnelle et familiale, tout en gardant la ligne et en étant séduisante. **Les jeunes adolescentes, alors exposées à ces images peuvent les intérioriser et les déformer.** De plus, certains milieux véhiculent exagérément ces images. C'est le cas du sport de haut niveau (notamment les athlètes d'endurance, où le poids est facteur de réussite implicite), des sports esthétiques, et de la mode.

4. Le rapport au corps

Comme décrit-ci-dessus, afin de toujours se plier aux règles très strictes qu'elles s'imposent, les personnes atteintes de troubles alimentaires se coupent de leurs sensations corporelles. Elles ne ressentent plus la fatigue, la douleur, … **Cette pratique entraine une incapacité à intégrer correctement ces sensations corporelles et ainsi se créer une représentation mentale de l'image corporelle.** Dolto F., psychanalyste, (1984) décrit l'importance de la représentation corporelle : « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. » Ce trouble de l'intégration de l'image du corps s'appelle dysmorphophobie*, il est extrêmement fort dans l'anorexie et pousse les patientes à se voir beaucoup plus grosses qu'elles ne le sont.

Le vécu corporel

Le vécu corporel est **la première étape du processus de l'intégration de l'image corporelle. Il correspond aux sensations ressenties immédiatement**. Ces sensations sont

autant extéroceptives*que proprioceptives*, c'est-à-dire qu'elles peuvent provenir de capteurs sensoriels internes (organes, muscles, tendons, …) ou bien externes (peau, yeux, …). (Pireyre, psychologue et psychomotricien & Delion, psychanalyste, 2011) Ces sensations peuvent ensuite être exploitées neurologiquement et psychiquement afin d'en créer une image immédiate et ainsi pouvoir se situer dans l'espace et s'équilibrer. Afin de se construire un vécu corporel, l'attention portée au corps doit être affinée.

Le schéma corporel

Le schéma corporel est la deuxième étape du processus d'intégration de l'image du corps, dans laquelle **il intègre neurologiquement les sensations perçues**. Nasio, psychiatre et psychanalyste, (2013) : « Le schéma corporel est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui **lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace**. C'est une représentation, plus exactement une auto-représentation, de notre corps en action, un dispositif neuropsychologique qui recueille et synthétise une multitude de sensations internes et règle automatiquement l'intelligence motrice du corps dans le monde des objets. » Selon lui, le schéma corporel est donc la composante neurologique de la représentation interne du corps. Cette représentation interne est **préconsciente dans le psychisme, c'est une sorte d'intégration automatique des informations récoltées par les capteurs sensoriels.** Pireyre, psychologue & Delion, psychanalyste, (2011) expliquent que c'est une représentation d'un corps muet hors de la relation avec l'autre, d'un corps qui n'est pas investi par l'énergie vitale.

L'image du corps

L'image du corps est inconsciente, elle est intégrée dans le psychisme de manière non volontaire. C'est la dernière étape de la construction corporelle, l'image du corps est la représentation mentale de l'enveloppe corporelle. F. Dolto, psychanalyste (1984) « l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes. » Cette image n'est donc pas figée et elle est actualisable à tout moment. De nombreuses études essaient de définir de quoi est composée l'image du corps et de ses différentes composantes.

Pireyre & Delion, (2011) définissent donc **l'image composite du corps, composée de plusieurs sous-composantes** : sensation de continuité d'existence, identité, identité sexuée,

peau psychique et physique (Moi peau*), représentation de l'intérieur du corps, **le tonus**, la sensibilité somato-viscérale, **compétences communicationnelles du corps**, angoisses corporelles archaïques. Nous observons que **dans le cas des troubles alimentaires, les patients ne sont donc plus capables d'intégrer de nouvelles sensations corporelles, et d'actualiser l'image du corps. L'image du corps devient pour eux une représentation figée, fantasmée, qui ne correspond pas à la réalité ni à leurs sensations internes.** L'incapacité à se concentrer sur ces sensations, entraine la dysmorphophobie.

Les troubles somatiques dans l'anorexie

Cette incapacité à porter attention à ses sensations corporelles, entraîne une grave dénutrition chez les patientes atteintes de troubles alimentaires ce qui a pour conséquences de graves carences. En effet, les apports nutritifs les plus rejetés sont les lipides, car associés au « gras » et aux calories. Malheureusement, **ce sont eux qui protègent le cœur et l'aident à fonctionner.** C'est une des premières préoccupations du corps médical, car il est fréquent d'avoir à faire à des **arrêts cardiaques**. Il faut protéger ce risque au maximum durant les séjours hospitaliers. Les lipides sont également responsables du fonctionnement des hormones sexuelles, ce qui explique la survenue de l'aménorrhée* chez une majorité d'entre elles. L'absence des règles sur une longue durée peut également entraîner une stérilité.

Les carences en glucides, contenues dans les sucres, également associés aux calories, sont également primordiales. Les crises d'hypoglycémie sont fréquentes et provoquent de petits malaises ainsi qu'une **grande fatigue générale et une sensation de froid permanente**.

Dans les pathologies boulimiques, nous pouvons rencontrer des **œsophagites** (inflammations de l'œsophage) dues aux vomissements réguliers. Ces inflammations entraînent des carences en fer, qui contribuent à l'état de fatigue générale de la patiente. Dans le cadre du soin, il faut être très vigilant en ce qui concerne ces aspects afin de protéger les patientes et de ne pas les mettre en souffrance inutilement.

5. Un soin du côté du corps ?

Englebert, docteur en psychologie, (2018), émet l'hypothèse d'un soin nouveau, dans lequel la « re-nutrition » ne serait pas l'objectif de soin principal. Il apporte la notion **de « nourritures affectives » qui sont des composantes émotionnelles majeures où les dimensions culturelles et familiales sont associées à l'aliment.** Il avance que le trouble n'est pas vécu comme une privation de nourriture mais au contraire comme un surinvestissement

émotionnel de cette nourriture. Elles se nourrissent émotionnellement par altruisme, en regardant les autres manger. Cet altruisme est un des traits de personnalité sous-jacent à la maladie, dû à la recherche de perfection (répondant aux attentes sociales) que nous décrivions plus haut. Englebert évoque également l'importance de l'hyperactivité dans le trouble, et estime que se concentrer sur ces aspects de personnalité est primordial dans le soin.

Nous relevons qu'une grande part de la pathologie anorexique réside dans l'incapacité à intégrer l'image corporelle. Or, la sensibilité corporelle est la première étape d'intégration de cette image, mais elle est occultée par l'hyper-contrôle et l'hyperactivité des patientes. Henniaux, psychiatre, (2009, p. 36) explique d'ailleurs : « C'est par nos organes des sens que nous découvrons notre corps et tout d'abord la vision. **» Le regard étant biaisé dans l'anorexie, il faut donc le contourner et passer par la sensorialité des autres organes pour découvrir son corps, ou le redécouvrir. Le paradoxe réside à faire vivre le corps sans se soucier de ces apparences visuelles, surinvesties dans la maladie.** Agir sur le corps et les sensations permet de contourner les défenses de contrôle. Le corps a une mémoire et de nombreux capteurs sensoriels qui peuvent être sensibilisés par des sollicitations corporelles. Le réveil des sensations corporelles permet de nouveau la prise de conscience du corps, et celle-ci mobilise le niveau sensoriel, affectif, relationnel et émotionnel, conscient et inconscient. (Pireyre, psychologue & Delion, psychanalyste, 2011) Le corps est une entité qui fait partie de l'individu, le mettre en œuvre mobilise la pensée, la mémoire et le psychisme. **L'être humain est un tout, et conscientiser les expériences corporelles permet de lier le vécu physique et psychique. Il est donc intéressant de verbaliser les ressentis et émotions de l'activité corporelle afin d'en prendre conscience et ainsi entamer le processus d'intégration de l'image du corps.**

Afin d'accéder à ces sensations corporelles, il est important de travailler la sortie du contrôle, en favorisant le lâcher prise. Dans cette optique de travailler sur les traits de personnalité sous-jacents au trouble, en complément du travail psychiatrique et de re-nutrition, un travail corporel sur la sensorialité et le lâcher-prise, peut être intéressant.

En quoi la mise en place d'atelier d'art-thérapie peut favoriser le lâcher prise des patientes atteintes d'anorexie et ainsi leur permettre de se réapproprier leur vécu corporel et par extension se construire une nouvelle image du corps ?

II. L'art et les arts utilisés

« Le domaine de l'art est un espace où règne, dans une large mesure, la liberté d'expression. » (Lecourt, musicothérapeute & Lubart, professeur en psychologie, 2017)

1. Les arts-plastiques : l'art du lâcher prise

Selon l'Encyclopédie Universalis, s. d., « L'usage quotidien (…) tend à définir comme arts plastiques tout ce que ne revendique ni les lettres, ni les sciences, ni la musique : **activités que l'on n'ose dire manuelles, car elles sont réputées nobles, mais qui cependant impliquent une action directe du protagoniste sur un matériau quelconque**. Dessin, peinture, gravure et sculpture feraient donc partie de la catégorie « arts plastiques ».

Dans le cadre thérapeutique, nous utilisons plusieurs formes et nous les alternons selon les objectifs des séances et les préférences de chacun de nos patients. Il est important qu'ils se sentent à l'aise avec la technique afin de pouvoir l'aborder.

La peinture / l'aquarelle

Dans la peinture**, le travail de la matière, de la texture** est très plaisant et permet de nombreuses possibilités. Dans l'aquarelle, **la douceur, l'eau, l'infiltration du papier** sont des possibilités de propositions. Elles permettent de s'adapter à l'humeur du patient.

Les encres

Ce sont des outils privilégiés pour favoriser **l'effet de surprise et l'incontrôlé**. En effet, en utilisant les encres sur du papier mouillé par exemple, elles produisent un rendu immédiatement sans que la personne ne puisse le contrôler. Bonnes-Perrot, (2012) décrit ce phénomène :« Le fait que ces éléments fusent au contact de l'eau **implique d'accepter que la matière ait son mot à dire dans la création. Impossible d'avoir totalement l'emprise sur ce qui se joue**, il faut « faire avec » en quelque sorte. » L'effet de lâcher prise est donc particulièrement observé. Cette technique permet rapidement un rendu très plaisant et esthétique, ce qui est valorisant.

Le modelage

Le travail de la terre est très archaïque et la matière est plaisante. Le modelage permet de proposer la création et (éventuellement) de la détruire à la fin. Il est donc possible de travailler la notion de l'éphémère. « Travailler l'éphémère dans l'art-thérapie permet d'accepter la perte de l'objet en travaillant sur la représentation, la symbolisation ; faire exister l'objet par un travail de mémoire permet l'avènement de la pensée subjective. » (Bonnes-Perrot, art-thérapeute 2012) **Ce travail permet en effet de désacraliser l'œuvre et de favoriser le travail de la perte**. Ainsi, les émotions peuvent s'exprimer de manière plus brute et laisser place à la surprise. **L'éphémère implique de se détacher du rendu final et ainsi favorise le lâcher prise.**

2. La danse : sensorialité et féminité

« Le mouvement est une expression lyrique des sentiments qui n'a rien à faire avec les paroles. » (Duncan, danseuse, 1969, p. 34)

La danse fait partie des plus vieilles coutumes de l'existence humaine. En partant des rituels chamaniques au temps de la préhistoire, des bals de cour à la renaissance, jusqu'aux boites de nuit contemporaines, la danse a toujours fait partie du quotidien de l'Homme. **Elle est un outil de communication, de partage et de joie** voire même de prière divine. Paulo Coelho, romancier, dit d'ailleurs : « La danse est l'une des formes les plus parfaites de communication avec l'intelligence infinie. »

La danse possède l'unique particularité d'être considérée comme un art et un sport. **Son investissement corporel, sa recherche de performance et d'esthétisme sont tels que les deux sont intrinsèquement liés. Elle travaille la connaissance qu'un artiste a de son corps et dans le même temps son mental (Laban, danseur et théoricien) ce qui la désigne comme étant un outil thérapeutique puissant**. En effet, la seule manière de progresser dans la danse est d'écouter ses sensations corporelles afin d'affiner sa pratique. Chaque courant de la danse a des particularités qui la rende unique et qui lui donne des propriétés thérapeutiques différentes. En effet, au fur et à mesure du temps, des disciplines sont nées, la danse classique, contemporaine, jazz, hip-hop, moderne, … En tant que danseuse classique et contemporaine, nous nous appuierons sur ces deux milieux. Comme pour les arts-plastiques, nous nous appuyons sur nos connaissances dans chacune des techniques évoquées et nous les alternons afin de proposer des ateliers adaptés aux objectifs de nos patientes.

La Danse classique, l'interprétation, le rôle

La danse classique est un art qui a plus de 300 ans, dont la technique et les principes n'ont presque pas été actualisés depuis sa création. Ils sont donc souvent considérés comme poussiéreux et rigides, mais libre à nous d'en extraire ce qui rend la danse classique magique et intemporelle. A sa naissance, le ballet* était inclus dans un opéra* et ne servait qu'à la figuration. Lorsque la pantomime* est née, elle a donné à la danse une dimension indépendante du chant et du texte, **une dimension plus profonde qui donne le loisir à l'interprète de jouer à la manière d'un comédien, uniquement avec son corps.** Un des principes fondateurs de cette technique est **également la recherche permanente d'élévation, de légèreté et de grâce. Atteindre l'aisance technique donne au danseur une liberté, une fluidité et des sensation esthétiques très positives.** (Lesage, psychologue et danse-thérapeute, 2005)

Le début de la danse moderne d'Isadora Duncan

Isadora Duncan est une danseuse américaine, issue d'un milieu pauvre. Elle n'a pas eu d'éducation à la danse ni de cours, aucune technique classique, la seule existante alors. En revanche, elle avait une force d'esprit incroyable et la volonté de révolutionner ce milieu qu'elle jugeait poussiéreux. « La note dominante de mon enfance était un perpétuel esprit de révolte contre l'étroitesse de la société dans laquelle nous vivions, contre le rétrécissement de la vie, ainsi qu'un désir toujours plus vif de m'échapper vers l'Est, vers un monde que j'imaginais plus large. » (Duncan, 1969, p. 28)

Dès l'âge de 12 ans avec sa sœur ainée elle met au point une technique nouvelle qu'elle décrit ainsi dans son livre : « Nous appelions notre méthode, un système nouveau, mais, à vrai dire, il n'y avait pas de système. Je suivais ma fantaisie et j'improvisais, enseignant tous les gestes jolis qui me passaient par la tête. » (Duncan, 1969, p. 29) **Ce style, improvisé, léger, décalé et totalement authentique deviendra les fondements de la danse moderne américaine. C'est une nouvelle aire, où la technique n'a pas d'importance, où la liberté et le bonheur de danser sont les maîtres mots de la pratique.** Isadora danse dans la rue, sur des poèmes, même sur la Marseillaise et montre au monde le pouvoir d'expression de la danse. Elle développera donc des techniques de danse basées sur **l'improvisation**.

La danse moderne de Martha Graham

L'autre grande figure de la danse moderne est Martha Graham. Beaucoup plus théoricienne que sa compatriote, elle lui emprunte néanmoins ce discours sur l'importance de laisser l'âme s'exprimer lorsque l'on danse. Elle dit d'ailleurs : « La danse est le langage caché de l'âme. » (Graham, 2003) Elle va développer au fil des années une **technique basée sur le « contract and release », c'est-à-dire, « contraction et relâché »**. **Dans son idée, le mouvement est profondément féminin et vient de l'utérus. Sa danse est donc axée sur les sensations de la femme**. Les propositions de pas ont tous pour origine la contraction du bassin, suivi de son relâchement. Cette technique mobilise tous les organes viscéraux et développe de grandes sensibilités internes. **Se connecter à ses organes féminins entraine des combinaisons ressenties, vécues et assumées.**

La post-modern dance d'Anna Teresa de Keersmaeker*

Plus contemporaine, Anna Theresa de Keersmaeker, fais partie encore d'un nouveau genre, celui de la danse post-moderne. Elle attise la réflexion, comme certains courants d'art,

sur la dimension artistique de gestes qui ne sont pas des pas de danse. Dans cette optique elle crée de nombreux ballets en stylisant les gestes du quotidien, et en leur donnant une profondeur et une interprétation. Cette pratique est très intéressante car elle donne une importance à chaque mouvement **et permet de valoriser le moindre des comportements, même inconscients**.

III. L'art-thérapie

1. Définitions

Nous avons vu que l'art (en général) a des propriétés thérapeutiques. Pratiquer une forme d'art apporte du plaisir, une liberté d'expression et une valorisation de soi au travers de ses œuvres. L'art-thérapie est née du constat de ces effets indéniables. Winnicott, psychanalyste, (1971) a théorisé **le concept de médiations thérapeutiques, c'est à dire inclure dans la relation duelle de soin un objet « transitionnel » qui a des fonctions thérapeutiques.**

La pratique artistique peut donc faire office de médiation thérapeutique, mais elle est tellement riche, de par ses nombreux champs (la musique, la peinture, le théâtre, …) qu'elle prend une place à part entière dans le soin. L'art-thérapie s'est donc développée en tant que discipline, donnant à l'art-thérapeute une place importante dans la relation de soin. **Il doit alors être artiste d'un côté, afin de connaître sa technique et pouvoir guider, aider et transmettre une expérience au patient, mais également thérapeute, c'est à dire à l'écoute et empathique, et faire passer les intérêts de son patient en premier.** En effet, selon Lecourt, musicothérapeute, (2017) « L'art-thérapeute est personnellement engagé dans son art et se propose d'entrer en relation à partir de cet engagement, pour en transmettre une énergie, une expression, une mise en forme, une communication particulière. »

L'art-thérapie est le fruit d'une application de la créativité dans un contexte de soin, selon Lecourt, musicothérapeute & Lubart, psychologue, (2017). Son application implique de mettre les propriétés naturelles de l'art au service du soin, et ainsi de **changer la finalité de la production artistique, passer de l'objectif de performance à l'objectif du soin.**

L'art-thérapie évolue donc dans un contexte de soin et ce contexte nécessite de délimiter la pratique. En effet, plusieurs conditions doivent être réunies :

Créer un cadre de soin : Le cadre thérapeutique est indispensable afin de créer l'alliance thérapeutique avec le patient. Cette relation de confiance est le départ de la thérapie afin que le patient se sente dans un cadre rassurant et propice à la communication et à la création. Ce cadre

créée un endroit spécifique dans le soin où la bienveillance et l'empathie sont présents.

Analyser les difficultés du patient : Lors du premier entretien l'art-thérapeute définit les difficultés du patient dans sa vie quotidienne.

Fixer des objectifs précis de soin : Ces difficultés sont le point de départ des objectifs art-thérapeutiques. En effet, l'art-thérapeute s'adapte aux difficultés du patient afin d'agir sur les problématiques qui le font souffrir, ainsi déduit des objectifs spécialisés pour chaque patient. Ces objectifs sont créés avec le patient et déterminent la durée du suivi.

Créer des ateliers créatifs, ludiques, intéressants : Le patient a besoin d'encadrement afin de stimuler sa créativité. Le rôle de l'art-thérapeute est de le guider et de le mettre en marge pour réaliser les objectifs. Les séances sont préparées et anticipées afin de le rendre acteur du soin.

Observer, Analyser : L'art thérapeute crée des grilles d'évaluation, avec des items d'évaluation de la pratique. Ces grilles permettent de quantifier les progrès du patient et ainsi d'adapter les objectifs et les séances à son évolution.

Transmettre à l'équipe soignante : Les grilles d'évaluation permettent de créer des fiches d'observation des séances, qui sont des comptes rendus clairs et synthétisés de ce qui a été travaillé en séance et de l'évolution du patient. Ces fiches sont transmises à l'équipe afin d'intégrer le travail art-thérapeutique dans la prise en charge globale.

En conclusion, nous citerons Lecourt & Lubart, 2017 : l'Art thérapie permet de « favoriser un travail sur soi dans une relation bienveillante, spécialement préparée à accompagner ce processus bien particulier de reconstruction. »

2. Place de l'art-thérapie dans le suivi des troubles du comportement alimentaire

Nous remarquons donc que l'art thérapie a des champs d'action très vastes, et est une discipline qui se plie aux objectifs du patient. **L'étude de la pathologie au préalable est primordiale et va entraîner le choix d'objectifs plus ciblés. Ces objectifs vont déterminer le choix des techniques artistiques les plus adaptées.**

Dans le cadre de l'anorexie, Nous avons évoqué les principales difficultés rencontrées, c'est à dire, les traits de personnalité sous-jacents précédemment décrits. L'art-thérapeute va adapter la pratique afin d'agir sur les principaux axes évoqués, donc l'hyperactivité, l'hyper-contrôle, et la dysmorphophobie*. L'art-thérapie va travailler sur l'amélioration de ces pénalités, en passant par le travail du positif. C'est-à-dire, inviter la personne à produire un récit de vie

plutôt qu'un récit de maladie. (Godin, sociologue, 2014)

Concernant les difficultés liées à l'hyper-contrôle, nous pouvons favoriser **le lâcher prise,** qui est une étape cruciale de la prise en soin, afin d'aller contre le cadre strict que s'imposent ces patientes. Revol S., (2018), ayant vécu l'hospitalisation de longue durée dans le cadre d'une anorexie restrictive, dit : « Lâcher prise c'est vivre ». Durant son soin elle a en effet pris conscience de l'enfermement que représentait l'hyper-contrôle et que lâcher prise est nécessaire au bien-être et à la vie. Vivre, c'est aussi se permettre de se laisser surprendre. L'art-thérapie, par la pratique des arts-plastique et de la danse peuvent permettre d'y accéder.

Concernant la dysmorphophobie, le travail corporel en art-thérapie permet **le travail vers un nouveau vécu corporel** et ainsi retrouver la conscience de son corps et les représentations adéquates. Jean-Sloninski, art-thérapeute, (2011, p. 35) définit en effets les bienfaits neurologiques de la danse sur le schéma corporel, grâce à l'intégration de nouvelles informations. L'art-thérapie permet également de **travailler le moi-peau*** (Henniaux, 2009, p. 38), notion qui permet la différenciation de l'espace interne et l'espace externe du corps.

Concernant les nombreuses angoisses, elles sont liées à **l'estime de soi** qui est très faible. L'art-thérapie permet de la revaloriser, en étant capable d'improviser, créer des chorégraphies, répondre aux consignes, créer, … Il est également possible de retrouver des **sensations de plaisir** liées à l'activité artistique. Ces sensations sont autant corporelles qu'esthétiques. Henniaux, psychiatre, (2009, p. 36) évoque d'ailleurs que « La perception est une anticipation d'action », c'est-à-dire que percevoir des sensations de plaisir peut permettre l'entretien de la motivation et ainsi inciter les patients de revenir et à être acteurs dans leur soin.

Concernant les difficultés relationnelles dues à la recherche de perfection, qui entraine les patientes à se comparer entre elles, et se comparer aux soignants, l'art-thérapie permet de travailler **la relation et la communication :** S'ouvrir aux autres, communiquer avec le groupe à travers les gestes, exprimer son avis, … permet de partager sans se comparer.

Concernant la souffrance psychique, l'art-thérapie est une porte ouverte **à l'expression.** Le travail des matières en art-plastique et du corps permet de contourner les blocages dans le langage et ainsi de favoriser l'expression des émotions et des difficultés des patients.

Enfin, les patientes s'interdisent d'exister, tentant de prendre le moins de place possible. **L'Art-thérapie est une porte ouverte pour laisser une trace et pour s'ancrer dans le présent et dans le réel.** A travers la production, il est possible de **se donner la permission d'exister.**

1ère Partie : Matériels et Méthodes

I. Matériels

1. Lieu de stage

Ce stage s'est déroulé dans le service de psychiatrie pour adolescents (13 à 18 ans) de l'Institut Mutualiste Montsouris, un hôpital universitaire dans le 14ème arrondissement de Paris. Ce centre est spécialisé dans l'accueil des adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire, de conduites suicidaires, de dépression, de troubles de la personnalité et de conflits familiaux. Ce service se divise en trois parties : l'unité de consultations de jour, l'unité de crise et l'unité d'hospitalisation temps plein et chaque unité a sa propre fonction.

L'unité de jour accueille des patients sur toute journée de 9h à 16h30, avec une périodicité variable, entre toutes les semaines et tous les mois. Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire de médecins, internes, assistantes sociales, ergothérapeute, art-thérapeute, … permettant une prise en charge globale. Sa mission est donc d'accompagner dans le soin des adolescents pour qui le seul suivi de consultations indépendantes ne suffit plus ou en complément de leur suivi en CMP*. **L'unité de crise accueille au maximum 8 patients pour un temps court d'environ 3 semaines. La mission de cette unité est d'accueillir des patients présentant un moment de crise aigüe** (souvent une tentative de suicide ou un arrêt cardiaque dû à la dénutrition) et une nécessité d'être coupé temporairement de leur environnement familial. Leur état est alors grave et nécessite une surveillance contenante du milieu médical. Dans cette unité, l'objectif est d'évaluer l'état global du patient et ainsi de l'orienter vers un service adapté (une hospitalisation en hôpital de jour ou en temps plein). C'est pourquoi, le temps de séjour est court.

L'unité d'hospitalisation temps plein compte 30 lits, et prend en charge les patients pour avancer dans leurs soins. **Dans le cadre des TCA*, cette hospitalisation est nécessaire lorsque les patients deviennent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.** Dans ce cadre, le service accueille principalement des filles. L'objectif est donc que la patiente soit coupée de son environnement habituel pour qu'elle puisse travailler sur elle-même sans pression sociale extérieure. Les règles sont donc strictes, pas de téléphone portable, pas de courrier, pas de visites, pas de sorties : c'est la période de séparation. En fonction de leur état de santé, ces règles peuvent être assouplies. **En effet, à leur arrivée, en collaboration avec le personnel médical va être établi un contrat de poids.** Celui-ci est un objectif calculé en fonction de

l'Indice de Masse Corporelle (IMC*) normal de la patiente et varie de 5 à 10 kg. Plus la patiente se rapproche de son contrat et avance dans sa thérapie, plus elle aura d'autorisations. A commencer par le courrier, puis l'accès à son téléphone quelques heures par jours, ... Enfin, au fur et à mesure de sa prise en charge et de son évolution, la patiente pourra bénéficier de permissions de sortie, allant de quelques jours par mois à tous les week-end. Ces sorties peuvent être accompagnées d'objectifs thérapeutiques tels que faire une sortie au restaurant avec des amis ou en famille. Le service est composé de 4 médecins psychiatres, dont 2 chefs de service, 3 internes, en roulement au moins huit infirmiers, deux psychologues, deux art-thérapeutes se partageant un temps plein et une socio-esthéticienne. L'unité est composée d'une salle de vie, (avec un baby-foot, un billard, des jeux de société, …) d'une salle de réfectoire, une cafétéria pour le goûter et d'un espace sieste et détente. Les patientes peuvent s'y déplacer librement.

2. Mouvement Couleur et la force du groupe

Le groupe Mouvement Couleur a été créé dans le service d'hospitalisation temps plein il y a quelques années. Il est né de l'observation en séance d'art-thérapie arts-plastique de la difficulté des patientes à accéder au lâcher prise. L'observation de leur posture fermée, tonus musculaire contracté, ont été source de questionnement sur **la pertinence d'un travail corporel précédant l'activité afin de libérer le corps et ainsi lui permettre de s'épanouir dans l'activité plastique.** Autour de cette réflexion, nous mettons en avant les atouts du travail corporel dans la recherche du lâcher prise grâce à des travaux d'improvisation et de sensorialité. Ces objectifs de soin sont intimement liés dans la prise en charge des troubles alimentaires, comme nous avons pu le détailler plus haut. Il était donc pertinent de réunir ces deux médiums dans un atelier d'art-thérapie et ainsi permettre de nouvelles perspectives de soin.

Nous créons un **groupe fermé** afin de mettre en place une cohésion de groupe, ainsi **qu'une périodicité** et ainsi créer une relation de confiance, qui permettra aux patientes de se sentir en confiance dans les activités corporelles. Il a pour caractéristique d'être une expérience sur un temps donné, qui complète les séances en art-thérapie déjà présentes dans le service.

Cette dimension éphémère lui donne la possibilité d'une expression sans contrainte, comme hors du temps. Nous basons alors nos propositions sur la surprise, le jeu, la connexion musicale. Le but est de favoriser un lâcher prise dans la pratique et ainsi, par l'aspect ludique, de recouvrir des sensations corporelles positives. Afin d'arriver à ce but, nous utilisons beaucoup de matériel, pour n'en citer que quelques-uns : des balles, élastiques, tissus, voiles pour la danse ainsi que des encres, de la terre, de la peinture en art-plastique.

3. Les vigilances à avoir dans la pratique avec ce public

Il est très important en commençant un groupe de prise en charge corporelle de prendre en compte l'hyperactivité de ces patientes. En effet, la danse peut être vue comme une opportunité de faire du sport et ainsi brûler des calories. **Il faut donc trouver le juste milieu de pratique pour ressentir et éprouver du plaisir sans être dans la surproduction d'énergie**. Nous alternons les passages rapides avec des passages calmes, même des pauses assises pour récupérer. De plus, elles sont toujours très faibles physiquement, parfois leur rythme cardiaque est à 50. Elles n'en montrent pas les signes car ne les ressentent pas, mais il est également important de le prendre en compte pour l'intensité de l'activité physique et d'être attentif au moindre signe de fatigue.

Dans la préparation des consignes, **nous prenons également en compte leur anticipation**. Dans leur recherche de contrôle, laisser place à une consigne surprise est intolérable et très angoissant. Il est donc important de laisser une part de surprise en cachant par exemple les accessoires que nous allons utiliser, mais de toujours expliquer clairement les consignes et de ne pas changer subitement au milieu de l'exercice.

Du fait de leurs jugements négatifs sur elles-mêmes, elles vont se comparer à nous. Il faut **être vigilant sur le transfert qu'elles opèrent et sur la juste distance thérapeutique** que nous instaurons.

4. Le choix des patients et les indications thérapeutiques

Pour participer à ce groupe, nous choisissons uniquement des patients hospitalisés à temps plein afin de créer un groupe fermé, qui sera une part du cadre thérapeutique rassurant et cadrant. La première étape de choix des patients se fait par le volontariat. Une feuille est mise à disposition des patients dans leur salle de vie et ils s'inscrivent s'ils sont intéressés.

Ensuite, durant une réunion de synthèse du service, les médecins, psychologues et art-thérapeutes donnent leur avis sur les patients de la liste volontaire et peuvent également donner des indications. Ces indications sont mises en place pour les patients non volontaire mais pour qui le groupe peut être intéressant.

En effet, **ce groupe est particulièrement indiqué pour des patients ayant d'importantes problématiques corporelles** (dysmorphophobie*, régression, …). Il est également conseillé **pour les patients pour qui le suivi en art-thérapie stagne**. En effet, des séances d'art-thérapie art-plastique en groupe ouverts ont lieu toute la semaine. Ils sont donc

souvent sensibilisés à cette technique ce qui induit que parfois le soin stagne. Ils ont alors besoin de redécouvrir leur thérapeute sous un autre jour, et expérimenter la pratique d'une autre façon. **Il est également conseillé aux patients effacés, pour qui la relation est une problématique de soin première**. Après toutes ces étapes, 6 patientes sont retenues pour un groupe qui durera entre 6 et 8 semaines. En effet, dans le cadre de ce groupe, nous limitons le nombre de patients à 6 ; afin de créer la dynamique de groupe, qui est porteuse, il est important d'avoir un nombre assez important. En revanche, au-delà de six il est difficile d'observer et d'avoir un suivi individualisé avec chaque patient.

5. Choix des échelles scientifiques et des items d'évaluation

Dans la mission de l'art-thérapeute, il convient d'évaluer quantitativement les effets de la pratique artistique. Pour cela nous créons des grilles d'évaluation avec des items précis, inspirés de tests psychométriques existants, validés scientifiquement.

Nous nous sommes inspirés de 3 grilles : le Questionnaire d'Image Corporelle (QIC*) de Bruchon-Schweitzer qui permet d'évaluer la **conscience corporelle** (Annexe 1 p.66), l'échelle de **l'estime de soi** de Rosenberg (Annexe 2 p.67) et le State Trait Inventory Anxiety (STAI*) de Spielberg (Annexe 3 p.68) qui évalue **l'anxiété** dans les pathologies en addictologie. Nous construisons à partir de ces trois tests un questionnaire validé par les médecins du service que nous faisons passer aux patients à la fin de la première séance d'art-thérapie, ainsi qu'à la fin de la dernière séance. (Annexe 4 p.69) Cette démarche nous permet de mettre en place une auto-évaluation pour étayer nos propres observations. Nous nous inspirons également de la grille d'analyse fonctionnelle du mouvement de Laban afin de créer nos items d'évaluation et nos propositions de séances (Annexe 5 p.70).

Nous répartissons alors nos items dans cinq grands faisceaux : la conscience corporelle, le plaisir, l'affirmation de soi, le lâcher-prise et les capacités relationnelles. Les cotations de chaque item seront détaillés dans la partie Résultats.

La Conscience corporelle :

- Nous avons retenu ici des items du QIC :

13 : Mon corps est calme, serein / nerveux, inquiet → *Tonus musculaire*

11 : Mon corps est Expressif / Non expressif. → *Expressivité corporelle*

-Mais aussi, des items propres à la grille de Laban : Le poids : *Solidité des appuis au sol,* La

forme : *Posture, Proprioception**, *Extéroception**

Le plaisir

-Nous retenons du QIC : 3 : Mon corps est source de plaisir / déplaisir. → *Sourires* et *Plaisir exprimés*

-Nous retenons de Rosenberg : 5 et 7 : Je suis fier de moi, et satisfait de moi. → *Auto-évaluation des productions*

L'affirmation de soi

Nous retenons du STAI :

34 : Je prends facilement des décisions. → *Capacité à faire des choix*

32 : Je manque de confiance en moi. Items propres à l'art-thérapie → *Utilisation de la kinésphère** et *imagination*

Le lâcher prise

Nous utilisons ici des items propres à l'art-thérapie : *Temps pour entrer dans l'exercice*
Pour la danse : *Capacités d'improvisation*, *Affirmation gestuelle*, *Mouvements spontanés*
Pour l'art plastique : *Utilisation de nouvelles techniques*, *Affirmation trait*, *tolérance à l'erreur*

Les capacités relationnelles

-Nous retenons des items du QIC :
8 : Mon corps est quelque chose que l'on touche / ne touche pas → *Contact physique*
-Et nous retenons du STAI :

33 : Je me sens en sécurité → *Relations aux autres patients, Regards, Verbalisation des émotions*

Afin de pouvoir observer ces différents effets, nous construisons nos séances en deux temps : une partie corporelle (elle-même en quatre temps : mise en état de danse, exploration, improvisation et verbalisation) puis un temps de production plastique et une verbalisation.

6. Organisation et planification des séances : les stratégies thérapeutiques

Le groupe est planifié pour 6 à 8 semaines. En moyenne, l'hospitalisation dure 8 mois, mais les patientes hospitalisées à temps plein pensent souvent que leur hospitalisation sera très brève, étant donné le déni mis en place au début de la maladie. Proposer aux patientes un suivi de 8 semaines, c'est-à-dire 2 mois est donc très impactant. Cela peut être tout d'abord un frein

à l'inscription volontaire des patientes dans le groupe, mais aussi, si elles sont indiquées par l'équipe, source d'angoisse concernant la date de sortie. Il est donc important de ne pas dépasser les 8 semaines de prise en soin afin de ne pas les effrayer.

Nous allons présenter les études de cas de deux patientes pour qui le suivi a duré 6 semaines, nous avons alors construit une stratégie thérapeutique sur cette durée. La stratégie thérapeutique permet d'utiliser le temps comme allié à la thérapie. En effet, nous abordons au fil de la prise en soin des notions de plus en plus complexes, et impactant dans leurs difficultés. Ce phénomène est possible grâce à l'alliance thérapeutique et à l'évolution du patient dans son soin. **Nous partageons alors notre prise en soin en trois étapes**, comme l'évoque Benoit Lesage, psychologue et danse-thérapeute (2005, p.263) :

- **La première partie du suivi a pour double objectif de fonder la matrice interpersonnelle du groupe et de réveiller les premières sensations corporelles.** Ici les consignes sont **directives ou semi-directives**, car cela donne un cadre rassurant. Afin de mobiliser le corps plus facilement, les mouvements proposés vont des extrémités vers le centre (proximo-distal), celles-ci étant plus mobiles et plus conscientes. Afin de favoriser le groupe nous jouons beaucoup sur l'espace, les courbes, les lignes, les groupes, … Beaucoup de propositions sont réalisées en cercle, afin de créer une communion visuelle et un sentiment d'appartenance au groupe.

- **En deuxième partie, nous pouvons commencer le travail plus profond, d'ancrage et de proprioception.** Nous pouvons alors commencer les propositions de travail au sol et ainsi d'enroulement et étirement. Le groupe est alors un appui et nous pouvons proposer des duos, basés sur la confiance et la différenciation corporelle de chacun. Ici les propositions sont plus libres, et plus longues.

- Enfin, **la dernière étape est la personnalisation de cette expérience.** Nous regroupons alors tous les outils utilisés dans les deux premières phases et laissons beaucoup de liberté (toujours dans un cadre précisément défini) afin d'intégrer par elles-mêmes les bénéfices des activités. Nous prévoyons également un temps pour se dire au revoir et clôturer la prise en charge.

7. Transmissions, bilans, synthèses à l'équipe soignante

Nous créons des fiches d'observation après chaque séance et nous les transmettons en synthèse d'équipe qui a lieu toute la journée le mardi. Nous avons également le devoir de transmettre à la fin du groupe à l'équipe de permanence, les infirmiers et les internes présents.

II. Méthodes : Etudes de cas

Nous prenons en charge six patientes dans le cadre de mouvement couleur. Nous décrivons le cas de deux d'entre elles, qui ont assistées aux mêmes séances. Nous présentons séparément leurs anamnèses mais nous regroupons leurs observations de séances.

1. Dina

Anamnèse

Dina est une patiente de 17 ans, arrivée en hospitalisation depuis le 19 décembre 2019 pour une anorexie mentale restrictive ayant commencé un an auparavant. Elle a d'abord été hospitalisée dans un autre service parisien avant d'être envoyé vers l'IMM* car le suivi n'avançait plus. C'est une jeune fille brillante, avec des très bons résultats, passionnée de sport et particulièrement de football. Elle est sociable et ouverte aux autres et se décrit comme ayant beaucoup d'amis présents pour elle. C'est l'ainée d'une fratrie de trois enfants, avec des parents séparés depuis 2009. A son arrivée dans le service elle redoute beaucoup la séparation, elle dit avoir besoin de ses parents et de son entourage pour s'en sortir. Elle est dans le déni de la gravité de sa maladie, pense ne pas rester longtemps et qu'elle va guérir vite. Elle se lie rapidement avec certaines patientes du service et elles deviennent ensemble très présentes dans la vie de l'hôpital. Son hyperactivité est très marquée, ainsi que sa dysmorphophobie. Elle décrit par exemple sentir un ventre énorme qui pèse sur son corps en permanence. Au bout d'un mois d'hospitalisation, elle prend conscience qu'elle est malade ce qui entraine beaucoup de cauchemars qu'elle ressasse toutes les nuits et de la culpabilisation. Elle a la sensation d'être un poids pour sa famille et ses amis. Elle développe également des TOC* de propreté.

Nous rencontrons Dina lors de l'atelier ouvert d'art-thérapie de notre collègue où nous sommes en observation. Elle est souriante et agréable et nous remarquons immédiatement son goût prononcé pour la peinture. Sa volonté de faire plaisir aux soignants est forte, nous comprenons que cette attitude est due à sa recherche de perfection et de reconnaissance. La semaine suivante elle vient dans notre groupe ouvert d'activité corporelle et s'intéresse beaucoup à la technique. Elle intellectualise notre pratique et semble vouloir à tout prix nous plaire et se faire aimer. Elle est beaucoup dans la mimesis* avec nous, afin de répondre à nos attentes. Dans ce premier groupe sa posture est très droite et le haut du corps est peu investit avec les bras pliés. Néanmoins elle semble réceptive à l'activité corporelle.

Traitement pharmacologique et posologie

Alvityl : complément alimentaire et vitamines. Utilisé pour contrer les effets de la dénutrition. Effets secondaires : allergie, constipation.

Valium Roche 1 % 10 gouttes : anxiolytique. Utilisé dans le traitement de l'anxiété et possède également des propriétés anticonvulsantes.

Effets secondaires : sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence (en particulier chez la personne âgée), ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double.

Zoloft 50 mg : antidépresseur. Il est utilisé dans le traitements des troubles dépressifs sévères, des crises de paniques, des TOC* et de l'anxiété.

Effets secondaires : somnolence ou au contraire insomnie, maux de tête, étourdissements, fatigue, diarrhées, nausées, bouche sèche, dépression, cauchemars, anxiété, agitation, nervosité, douleur musculaire, manque d'attention, goût anormal, vomissements, constipation, douleur abdominale, digestion difficile, flatulence, bâillements, troubles visuels, éruptions cutanées, transpiration excessive, chute de cheveux, augmentation ou perte de l'appétit, palpitations.

Zyprexa 5 mg : neuroleptique dit atypique. Il a des propriétés antipsychotiques et agit également comme régulateur de l'humeur.

Effets secondaires : somnolence, prise de poids, vertiges, fatigue, augmentation de l'appétit, œdèmes, hypotension orthostatique, constipation, bouche sèche, mouvements ou grimaces involontaires, tremblement, raideur anormale.

Mise en place des objectifs art-thérapeutique généraux (OAthG) et intermédiaires (OAthI*)*

OAthG 1 : Etre capable de lâcher-prise (nous entendons ici que le lâcher prise est pluridimensionnel et engage les plans psychologique, relationnel et moteur)

OAthI 1 : S'autoriser à ne pas rechercher systématiquement la perfection

OAthI 2 : Pouvoir improviser sans imiter l'art-thérapeute

OAthG 2 : Réussir à utiliser la proprioception* et écouter ses sensations corporelles.

OAthI 1 : Aligner la posture et replacer les courbures naturelles.

OAthI 2 : S'ancrer dans le sol et sentir son poids

OAthI 3 : Retrouver une fluidité dans les mouvements dansés

2. Lola

Anamnèse

Lola est une jeune fille de 18 ans, hospitalisée pour anorexie mentale restrictive et hyperactivité. Elle vient d'une famille de parents divorcés depuis 2007, et a un demi-frère cadet du côté paternel. La relation qu'elle entretient avec ce petit-frère est forte et très importante aux yeux de Lola. Elle subit une première hospitalisation en septembre 2018 après un passage aux urgences à cause de la dénutrition. Elle y reste quatre mois et reprend du poids avant de rechuter de nouveau. Elle est orientée vers notre service après un échec de sa deuxième hospitalisation. Lola est très effacée, avec un fasciés figé, asthénique*. Elle est très dépressive, avec un sentiment de vide intérieur intense. Nous observons également un ralentissement moteur important. Elle n'est pas à l'aise dans le service et lie peu de liens amicaux. Au début de son hospitalisation elle a même des idées de persécutions au sujet des autres patientes.

Elle est atteinte d'une grave dysmorphophobie et quand nous la rencontrons, elle est encore nourrie par sonde nasale. Nous lui proposons un simple échauffement corporel avant de dessiner, elle accepte et réussi à réaliser la proposition. Nous remarquons ensuite dans sa proposition plastique de nombreux moments d'absence, et qu'elle utilise une toute petite feuille pour produire et des crayons de papiers en appuyant très peu. Elle reste longtemps à observer son travail et n'en dit rien à la fin. Nous lui parlons alors de Mouvement Couleur, et lui proposons de s'inscrire. Elle nous explique qu'elle ne veut pas du tout d'approche corporelle, cela la met trop mal à l'aise. Malgré ses réticences, le service décide de l'indiquer pour le groupe. Nous sommes alors un peu préoccupées et espérons qu'elle réussira à se détendre dans le groupe.

Traitement pharmacologique et posologie

Frésubin MEGAREAL: boisson lactée complète hypercalorique, hyperprotéinée. Destiné à une supplémentation alimentaire par sonde nasale.

Effexor 150 mg : antidépresseur. Il est utilisé dans le traitement des états dépressifs et pour prévenir les récidives dépressives chez les personnes ayant déjà présenté plusieurs épisodes de dépression et dans certaines manifestations de l'anxiété.

Effets secondaires : maux de tête, nausées, bouche sèche, transpiration excessive. Insomnies étourdissements, hypertension.

Tercian 15 mg : neuroleptique. Il est utilisé dans le traitement psychiques de type psychose et dans le traitement de courte durée dans la dépression, associé à un antidépresseur.

Effets secondaires : somnolence, surtout en début de traitement. Indifférence, réaction anxieuse, variation de l'humeur.

Risperdal 1mg : neuroleptique atypique. Il est utilisé dans le traitement de la schizophrénie et de troubles hypomaniaques chez l'enfant.

Effets secondaires : maux de tête, insomnie, somnolence, agitation, anxiété, prise de poids.

Mise en place des objectifs art-thérapeutiques généraux et intermédiaires

OAthG 1 : Trouver et prendre sa juste place

OAthI 1 : Accepter de laisser une trace visible et affirmée

OAthI 2 : Communiquer avec le groupe et affirmer son avis.

OAthG 2 : Accepter le travail corporel et y prendre plaisir

OAthI 1 : Etre capable d'improviser

OAthI 2 : Exprimer du plaisir et ses émotions

3. Similitudes et divergences

Nous avons choisi de vous présenter ces deux patientes car malgré leurs points communs, elles ont des fonctionnements très différents et des objectifs généraux bien distincts également. En effet, Lola et Dina sont presque du même âge, hospitalisées depuis quatre mois toutes les deux, avec une famille recomposée. Elles présentent la même symptomatologie d'anorexie restrictive avec une hyperactivité et une dysmorphophobie très prononcées. Le soin est alors axé dans ce groupe sur ce travail de conscientisation du corps qui est un objectif général commun à ces deux patientes. Mais, elles sont aussi très différentes et ces différences nous permettent d'attendre des résultats différents pour les deux. Tandis que Dina est assez enjouée, avec une personnalité perfectionniste, qui essaye d'attirer l'attention et d'être entourée, Lola est très renfermée, apathique. Dina ne montre pas son syndrome dépressif (bien présent) contrairement à Lola qui ne parvient pas à retrouver d'élan vital. La place de chacune dans le groupe est déterminante dans le soin. Cette place influe sur l'affirmation de soi, problématique majeure de Lola. Le travail de groupe était donc particulièrement indiqué pour ces deux patientes.

4.Déroulement des séances

Dina et Lola	**Séance n° 1**	**3/02/2020**	**1h30**
OAthG: Découvrir et créer une alliance de groupe. Mettre en place les objectifs art-thérapeutiques **Aspect(s) abordé(s) :** Expression Communication Confiance en soi Relation			
Médium / Méthodes (Forme et direction) / Consignes : **Présentation du groupe. Explication de sa composition et de notre objectif de mémoire.** **Danse : -** Chacune donne son prénom et quelque chose qu'elle aime -Chacune donne son prénom avec un mouvement qui lui plait. Tout le groupe reprend. Idem sans le prénom. Mouvement qui se passe dans le cercle. - Jeu : Avec petits balles en mousse, se passer la balle en se déplaçant dans l'espace. Appeler la personne à qui on passe par son prénom pour la prévenir. Au fur et à mesure, 2,3,4 balles. - Cercle : Percussions corporelles. Ancrage dans le sol, travail de rythme et de plié, de percussions. - Exploration/Libre : Se déplacer dans l'espace, musique plus calme, s'étirer, réveiller les parties du corps qui sont encore endormies. Possibilité d'aller au sol. -Jeu / Dirigé : On donne à la salle les points cardinaux et on demande de se situer chacune sur une carte imaginaire. Là où on a dormi cette nuit, là où on habitait avant, là où on est né. Se balader ensuite en ressentant la chaleur de chaque pays, se placer dans un endroit qui nous plait pour la deuxième partie. **Art-plastique :** - Mandala : « Nous allons faire un mandala sans délimiter le cercle. Vous tracez donc le cercle comme vous le désirez, de la forme que vous voulez et vous le remplissez en sachant que le Mandala c'est souvent le reflet de vous. » Feuille de papier A2*, feutres, crayons, pastels secs et gras, peinture, fusain. **Temps d'échange, passation du questionnaire (Résultats annexes 8/9)**			
Commentaires Dina: (limites atteintes, intérêt pour l'activité, faits surprenants, parole, ...) Dina est très à l'aise dans le contact avec les soignants dès son arrivée. Elle est souriante, volontaire, se lance la première dans l'activité. Elle dit « aimer la diversité », de manière spontanée. Sa gestuelle est fluide, les percussions l'amusent. L'étirement des bras est un peu compliqué et peu ressenti, tout comme la mobilité du bassin. Pour la création, elle décide de ne pas réaliser un seul cercle mais plusieurs. Elle nous explique que l'humain n'est pas qu'une seule chose, mais plusieurs, une alliance de physique et psychique et de bon de mauvais, … Donc qu'elle ne se représente pas dans un seul cercle. Elle fait plusieurs formes de 8, deux cercles attachés, qu'elle oppose, ainsi qu'un fond blanc et noir. Elle est peu fière du résultat mais est contente d'avoir essayé une nouvelle technique (pastels secs).			
Commentaires Lola : Lola était très réfractaire à l'activité corporelle. Nous ne la sentons pas à l'aise au début de la séance, assez distante. Dès le début lorsqu'on lui demande de choisir un pas, elle dit « trop de pression sur moi ! » en souriant, mais nous sentons son malaise. Elle fait quand même rapidement un pas. Durant le reste de la séance, elle redit plusieurs fois cette phrase, et de même, elle improvise, même si elle a des moments « d'absence » où elle reste sans bouger. Elle ose essayer. Son mandala est commencé au crayon de couleur mauve très clair. Elle dessine un œil, car nous dit qu'elle a l'habitude d'en faire pour se déstresser et commence toujours ainsi. Elle le fait évoluer sur une petite surface. Puis elle reste de longue minutes à regarder son dessin. Elle finit par dessiner un tour avec le crayon, mais n'est pas satisfaite donc repasse avec un pastel sec bleu foncé très voyant, et fait des bulles autour.			

Dina et Lola	Séance n°2	17/02/2020	1h30

OAthG : Travail du poids, du lâcher prise et de la confiance en l'autre.
Aspect(s) abordé(s) : Relation Confiance en soi

Médium / Méthodes (Forme et direction) / Consignes :
Tour de présentation de chacune. Impression sur la première séance et humeur du jour.
Danse : - Jeu / Semi-Dirigé : Avec des élastiques, nous les emmêlons et demandons à chaque participante d'en prendre un bout. Il faut ensuite démêler les élastiques.
- Exploration / Semi-dirigé : Une fois démêlés, nous nous retrouvons en duos. Il est temps de ressentir l'étirement de l'élastique, ainsi que le poids pour pouvoir tirer plus fort et être stable. Nous sentons également, une fois l'élastique trop tendu comme il nous entraine si nous lâchons la résistance. **Temps d'échange**
- Exercice : Portage : A tour de rôle, chacune place l'élastique autour des hanches de l'autre et la soutiens, berce, … Idem ensuite avec l'élastique autour des épaules dans une position assise.
Art-plastique : - En duo, « Dans le même esprit de partage, en alternant entre soutien et observation et pratique, laissez-vous portez par votre ressenti à l'instant présent et dessinez à tour de rôle, sous forme de question réponse, puis dans un deuxième temps ensemble. »
Temps d'échange sur la production

Commentaires Dina :
Dina commence par dire qu'elle a aimé la première séance, qu'elle est contente de reprendre, mais qu'elle est déçue de l'absence de notre collègue art-thérapeute. Nous remarquons ensuite, dans le jeu des élastiques qu'elle est très motrice du groupe, organisée et à l'écoute des autres. Elle s'amuse beaucoup. L'exploration l'amuse également, elle veut bien faire, s'inquiète d'avoir suffisamment « lâcher ». L'exercice est difficile au début, mais après avoir vu faire sa partenaire, elle parvient à se laisser entrainer par l'élastique. Sa posture est très en arrière avec le haut du corps et toute la force dans les bras. Néanmoins, sous nos conseils, elle est capable de s'ajuster et mettre plus de poids dans les jambes et dans la flexion. Dans le portage, elle est très en force lorsqu'elle porte, et s'ajuste de nouveau sous nos conseils. Lorsqu'elle est portée, elle est capable de lâcher du poids et se redresser, afin de s'aligner. Elle lâche tellement, qu'à la fin de l'exercice elle se dit épuisée et doit s'allonger. Elle explique qu'elle n'a pas l'habitude d'être dans cet état de fatigue car elle est toujours active. Elle profite de cet état pour se laisser guider dans la création plastique. Elle est très libre, compose allongée et se laisse emporter par sa partenaire. En revanche, elle décrit à la fin qu'au fur et à mesure de la production elle a réussi à reprendre le dessus et de nouveau réfléchir.

Commentaires Lola :
Lola fait une très belle séance. Elle commence assez réservée, se dit fatiguée mais nous dit qu'elle a aimé la première séance malgré que c'était une indication et qu'elle avait très peur du corporel. Elle est effacée dans le jeu des élastiques, mais lorsque ses camarades la sollicitent, elle se prête au jeu. Il est difficile de lâcher prise, elle ne veut pas enlever ses chaussettes, elle glisse donc sur le sol lorsque l'élastique la tire vers l'avant. Sa posture est très voûtée vers l'avant, et ses genoux très tendus. Ses appuis sont faibles, ce qui induit qu'elle n'ait pas de force pour résister puis être emmenée par l'élastique. Néanmoins, elle rit et trouve l'expérience amusante. Dans le portage, posture debout, elle se laisse aller avec le bassin et donne du poids à sa partenaire. En revanche, elle garde les yeux ouverts et semble peu confiante. Une fois assise, elle est très voûtée mais parvient à se redresser « grâce à l'élastique » nous dit-elle. En effet, elle semble sentir le redressement induit par la force du portage. Elle semble plus en confiance et peut fermer les yeux. Dans la partie création, elle se lance la première, immédiatement, dans une grande spirale en pastels secs. Elle prend une grande partie de la feuille et a même du mal à s'arrêter pour laisser créer sa partenaire. Elle nous dit à la fin « J'ai toujours du mal d'habitude à créer sans avoir d'idée mais là j'ai réussi à me lancer. »

Dina et Lola	**Séance n° 3**	**24/02/2020**	**1h30**
OAthG: Travail sur l'étirement corporel, la contraction et l'improvisation. **Aspect(s) abordé(s)** Expression ; Relation ; Confiance en soi			
Médium / Méthodes (Forme et direction) / Consignes : **Danse : -** Exploration : Utilisation d'un grand tissu tubulaire élastique. Tout le groupe à l'intérieur du cercle, contrepoids, expérience de portage collective. Debout, assise, le tubulaire au-dessus de la tête, … Faire l'expérience d'être portée seule par tout le groupe, dos et face. **-** Exploration / semi-directive : En duo, expériences avec les petits élastiques de contre poids. Etirer l'élastique, observer sa résistance, lâcher le contrôle. Utiliser cet outil dans une création chorégraphique à deux. Observer le lien entre les deux partenaires. - Libre / Improvisation : garder la même sensation d'appel et répulsion avec sa partenaire mais sans l'élastique et dans tout l'espace de la salle. **Art-plastique :** - Fresque collective. Comme dans l'élastique, on expérimente différentes techniques étirées et minutieuses. Création d'un mandala géant, chacune part de l'extérieur et va vers le centre en variant les techniques pour aller du plus grand au plus petit. **Temps d'échange**			
Commentaires Dina: Amusée par le tubulaire, elle expérimente en donnant plus ou moins de poids afin de trouver ses limites, mais il est difficile de sentir où elle doit s'arrêter. Ses appuis au sol sont toujours légers. En revanche, dans les duos de contrepoids, nous observons une meilleure posture que la semaine dernière. Les genoux sont fléchis et le bassin va vers le sol, bien aligné avec les épaules. L'expérience est plus marquante pour elle, qui arrive à se laisser aller dans le lâcher de la résistance. Lors des improvisations avec les élastiques, elle verbalise beaucoup pour s'accorder avec sa partenaire. Elle travaille en imitation avec elle et reprend ses mouvements même si parfois ce n'est pas adapté à l'énergie de l'élastique (plutôt favorable aux oppositions). Elle veut créer une relation intense avec sa partenaire (qui est une soignante). Lorsque nous lâchons les élastiques, elle cherche toujours sa partenaire du regard et garde un lien fort avec elle. A la fin elle décrit « Nous n'étions plus ensemble mais c'est comme si on avait gardé une même énergie et qu'on était tout le temps en même temps dans le même rythme. » C'était le cas et cela a permis à Dina d'éprouver du relâchement et de varier les énergies. Sa création plastique est très linéaire, monte comme une plante de différentes couleurs vers le centre de la feuille. Elle s'interroge avant de commencer mais une fois dans la matière elle se laisse guider et arrive à se laisser surprendre (mélanger les couleurs, …)			
Commentaires Lola : Elle sourit beaucoup dans le tubulaire et lorsque nous la sollicitons, elle parvient à lâcher du poids et dit que c'est agréable. Son tonus musculaire se relâche surtout face au tubulaire. Ensuite, dans les binômes, la posture est meilleure que la semaine dernière. Elle s'amuse, se laisse prendre au jeu et parvient à lâcher la résistance. En revanche, lorsque nous commençons à danser, elle se dit mal à l'aise et « qu'elle ne sait pas comment faire ». Mais, lorsque nous demandons de lâcher l'élastique, elle y reste accrochée. Lâcher son support semblait être angoissant. Mais elle y parvient et improvise. Elle perd immédiatement le contact visuel avec sa partenaire et danse seule, absente et en difficulté avec ses mouvements. Elle reste dans une gestuelle qui reprend le mouvement de l'élastique comme si elle l'avait encore dans la main. Lorsque nous verbalisons ce moment, elle décrit qu'elle n'est pas du tout d'accord avec sa partenaire, que pour elle lâcher l'élastique était beaucoup plus difficile et que ça ne l'a pas aidée à se libérer. Elle parvient à s'affirmer et s'opposer pour la première fois dans le groupe. Elle utilise de la peinture pour sa création plastique. Elle commence par une petite forme au milieu de son espace, puis l'agrandit avec des arabesques et grands traits de peinture. Le trait est affirmé et visible. Elle prend sa place au sein de la création et produit jusqu'à la fin du temps sans se poser de questions.			

Dina et Lola	Séance n° 4	2/03/2020	1h30

OAthG : Travail de direction, sur la conscientisation des os ainsi que sur la notion de poids.
Aspect(s) abordé(s) : Relation, Estime de soi

Médium / Méthodes (Forme et direction) / Consignes :
Danse : - Mise en état / Jeu : Chaises musicales : On s'étire et on réveille tranquillement son corps en se promenant partout dans la salle. Lorsque la musique s'arrête on s'assoit sur un tabouret (il y a 3 chaises pour 6)
-Massage / Directif : Une fois sur les chaises, par le hasard 2 par 2. L'une est assise et l'autre fait un massage de tapotement sur tout le corps de sa partenaire. Nous montrons précisément les gestes à faire afin que ça reste du « taper » et non du « frotter ». Ensuite on échange avec sa partenaire
Temps de verbalisation de cette expérience.
-Exploration / libre : Nous laissons les tabourets dans la salle et plaçons aussi des petits bancs. Nous demandons d'explorer la salle et de trouver des points d'appuis sur toutes les surfaces présentes (tabourets, murs, sol, …). Ces appuis donnent de la fluidité au mouvement.
Art-plastique : - Modelage : Nous plaçons 8 blocs de terre sur les mêmes surfaces et nous reprenons la proposition. Nous continuons à nous déplacer et venir prendre appuis sur la terre afin de la façonner. Puis on tourne change, … Ensuite nous demandons de ne plus détruire mais continuer ce qui apparait toujours en changeant. Et enfin nous disons que l'on peut choisir une place et terminer la sculpture. **Temps d'échange, trouver un nom à toutes les sculptures.**

Commentaires Dina :
C'est une séance difficile pour Dina. Elle arrive très cernée mais semble assez enjouée pour l'activité. Les chaises musicales l'amusent beaucoup, elle se prend au jeu et rit avec les autres. Ensuite nous disposons les binômes et nous sentons dès cet instant que notre choix ne lui plait pas. « Oh mais j'aurais aussi pu être avec H., on était souvent ensemble sur les chaises ! » Nous exposons alors la consigne et elle se ferme totalement. Sa posture se replie, son visage se fane, ses courbures naturelles s'inversent, … Elle commence par masser sa partenaire sans la regarder une fois, mettant une distance entre elles. Elle semble se protéger de ce que lui renvoie cette proposition. Lorsqu'elle se fait masser, elle est immobile, et au moment de verbaliser elle dit qu'elle ne peut rien en dire. « Je ne sais pas ce que ça m'a fait, rien. » Dans la suite de l'atelier elle reprend un peu le dessus pendant le modelage qui semble lui plaire. Elle participe, bouge et produit sur toutes les surfaces et dans toutes les positions. En revanche, elle est peu bavarde dans le temps d'échange à la fin.
Nous sentons être allées dans une zone la mettant encore très mal à l'aise et prévoyons de la voir dans un temps individuel pour faire un retour hors du groupe.

Commentaires Lola:
Nous sommes surprises de voir Lola être volontaire pour notre groupe ouvert de Wutao* (pratique corporelle) ce matin. En effet, il y a un mois, elle était réfractaire à toute activité corporelle. Nous sentons donc qu'elle investit bien la pratique, bien qu'elle ne soit pas toujours satisfaisante pour elle. En effet, ses déplacements de début de séance sont de simples marches, peu de recherche artistiques et esthétiques. Son visage est toujours fermé et peu expressif. Les duos de massage sont source d'angoisse pour elle avant le début de l'activité. Elle dit à sa partenaire que « ça va être tellement gênant ». Mais, c'est la première à se laisser masser. Elle se détend alors et semble profiter du moment. Lorsqu'elle masse, elle semble précautionneuse et soucieuse de ne pas faire mal à sa partenaire. A la fin de l'expérience nous l'entendons dire « On est d'accord que c'était trop bien ?! » à sa partenaire, avant de la remercier et dire que le moment était agréable. Elle nous dit ensuite la même chose. Elle ajoute même devant la difficulté de Dina à dire son ressenti, qu'il y avait des parties du corps moins agréables que d'autres à être touchées. C'est un retour assez honnête. Durant la partie modelage elle se mobilise et produit mais reste souvent en retrait pour observer les autres.

Dina et Lola	**Séance n° 5**	**9/03/2020**	**1h30**
OAthG: Travail ludique, dynamique. Cohésion de groupe et expression. **Aspect(s) abordé(s) :** Expression, Affirmation de soi, Relation			
Médium / Méthodes (Forme et direction) / Consignes : **Danse : -** Mise en état : Marche calme dans l'espace et une décide de s'étirer puis s'enrouler vers le sol et revenir. Les autres la suivent. Accentuation de l'écoute et du regard. -Exploration / Jeu : Danse plus rythmée et dynamique. Lorsqu'on le veut on dit stop et tout le monde s'arrête et prend une position bloquée. -Danses traditionnelle : Création : Nous proposons deux danses traditionnelles indigènes d'Amériques du Sud. Les deux propositions se déroulent en cercle, l'une très rythmée, l'autre plus fluide. Nous les apprenons, les dansons et laissons dans un deuxième temps la liberté de continuer à danser autre chose, dans un autre espace sur la musique de cette danse. **Temps de verbalisation de cette expérience** **Art-plastique :** - Art-plastique / Exploration : Utilisation de sable noire éphémère. Nous étendons une feuille au sol et nous les laissons d'abord, l'une après l'autre expérimenter de jeter du sable sur la feuille. Puis nous laissons dessiner, travailler la matière dans la même fluidité que les danses traditionnelles. **Temps d'échange, tout effacer et produire ensemble chacune une forme dans le sable pour faire un dessin final.**			
Commentaires Dina : Nous observons toujours une désorganisation du corps de Dina, un lâcher prise non conscientisé de son corps s'opère. Ses gestes sont spontanés et expressifs, mais ils ne sont parfois pas appropriés. Dans les danses traditionnelles elle semble profiter de la deuxième proposition. Elle dit d'ailleurs l'avoir préférée, elle rajoute des bras plus proches de ce qu'elle ressent, elle sourit. Elle nous regarde avec la volonté de créer du lien. Elle s'intéresse beaucoup au traditionnel, aux dialectes des musiques. Nous observons que malgré ce temps très ressenti, elle est à contretemps par rapport à la musique et aux autres. Dans la partie plastique, elle s'oppose à M., qui dans le groupe prend une place importante. Aujourd'hui elle parlait beaucoup et exposait ses idées, ce qui dérangeait Dina dans sa création et elle le lui fait comprendre. Nous avons l'impression qu'elle veut protéger le cocon d'expression proposé. Elle prend ensuite le temps d'expérimenter avec la matière et de produire différentes choses sur la feuille, ne produit pas de création formelle. Lorsque M. dit « on a toute fait pareil avec nos doigts sur le sable » elle lui répond que non, elle a essayé de faire des volcans en soufflant, que C. a utilisé le pinceau, … Elle affirme totalement son opinion et défend les autres.			
Commentaires Lola: Lola semble très triste cette semaine. Elle nous dit ce matin qu'elle est découragée de tout, qu'elle veut partir de l'hôpital. Elle semble en effet très déprimée, sans aucune envie ni entrain. Néanmoins, elle fait toute la séance. Elle ne sourit pas, nous fait comprendre que ça ne lui plait pas, elle souffle même en regardant une autre patiente durant la danse traditionnelle. Nous sentons comme un appel au secours, différent de l'apathie et du désintérêt qu'elle exprimait au début de la prise en charge. Dans l'espace d'improvisation au début, elle ne fait que marcher. Pendant les danses traditionnelles, elle exécute les pas, ne s'implique pas. En revanche, le corps est plus fluide, la musicalité est juste et le corps est globalisé. Lorsque nous lui demandons quelle danse elle a préféré, elle nous répond aucune des deux. Dans la création plastique, elle commence comme son premier mandala en dessinant un œil dans le sable et faisant des traits autour. Mais, cette fois, l'œil est beaucoup plus grand, elle va rechercher du sable et agrandit. Elle crée aussi une grande bouche pulpeuse et produit sur tout son espace. Elle affirme sa présence et nous n'observons pas de moment de blocage, où elle ne sait plus quoi faire. Au moment de produire toutes ensemble un dessin de fin, elle dessine deux grandes spirales, sans toucher celles des autres, et se lance sans réfléchir.			

Dina et Lola	Séance n° 6	16/03/2020	1h30
Nous vous présentons ici la séance prévue en amont. Cette séance, qui était la dernière du suivi, n'a pas pu être réalisée à cause des mesures sanitaires mises en place par l'Etat pour lutter contre l'épidémie du Covid-19.			
OAthG: Le jeu, le plaisir. Ressentir la communion de groupe et le plaisir esthétique dans le corps. **Aspect(s) abordé(s) :** Expression, Confiance en soi, Relation			
Médium / Méthodes (Forme et direction) / Consignes : **Danse : -** Mise en état : En cercle, exercice de respiration et concentration. -Exploration / Jeu : A l'aide de foulards nous nous plaçons au centre du cercle afin de réunir tous les foulards dans notre main. Chacune prend un foulard dans sa main et à la manière des danses traditionnelles françaises, tourner en rond, à différentes vitesses, différentes hauteurs de l'espace, puis croiser les foulards, … - Duos / Exploration : Une les yeux fermés, l'autre danse autour avec son foulard, frôle sa partenaire, l'enveloppe, la caresse avec le foulard. Inversement. -Improvisation / Libre : Danse collective avec le foulard. Tout le monde danse la même chose en suivant toujours une personne du groupe et la direction change de personne régulièrement. **Temps de verbalisation de cette expérience** **Art-plastique :** - Art-plastique / Création : Comme à la première séance, nous proposons la réalisation d'un mandala, selon les mêmes consignes : « Nous allons faire un mandala sans délimiter le cercle. Vous tracez donc le cercle comme vous le désirez, de la forme que vous voulez et vous le remplissez en sachant que le Mandala c'est souvent le reflet de vous. » Nous aurions mis à disposition des feuilles de papier A2, feutres, crayons, pastels secs et gras, peinture, fusain. **Temps d'échange, verbalisation. Comparaison avec notre ressenti de la première séance dans la réalisation du mandala.** **Passation une nouvelle fois du questionnaire.** **Puis retour sur cette expérience de groupe, impressions générales.**			
Commentaires : L'annulation de cette dernière séance amène à de nombreuses remises en question. En effet, nous n'avons pas eu le temps de terminer le suivi, ce qui implique que nous n'avons pas, comme prévu, pu leur faire repasser notre questionnaire d'auto-évaluation. L'évaluation de l'évolution des patientes se fera donc uniquement par notre évaluation selon les items précédemment décrits. L'autre question soulevée est l'impossibilité de retourner à l'hôpital, de manière assez soudaine et brutale, donc aucun moyen de dire au revoir aux patientes. Le stage se terminera probablement sans avoir eu la possibilité de faire un réel bilan de la prise en charge. Nous prendrons le temps pour retourner dans le service une fois les conditions de confinement terminées afin de pouvoir remercier le service, le personnel et voir les patientes encore présentes sur place. Malheureusement nous ne pourrons pas relater ces évènements dans le cadre de ce mémoire.			

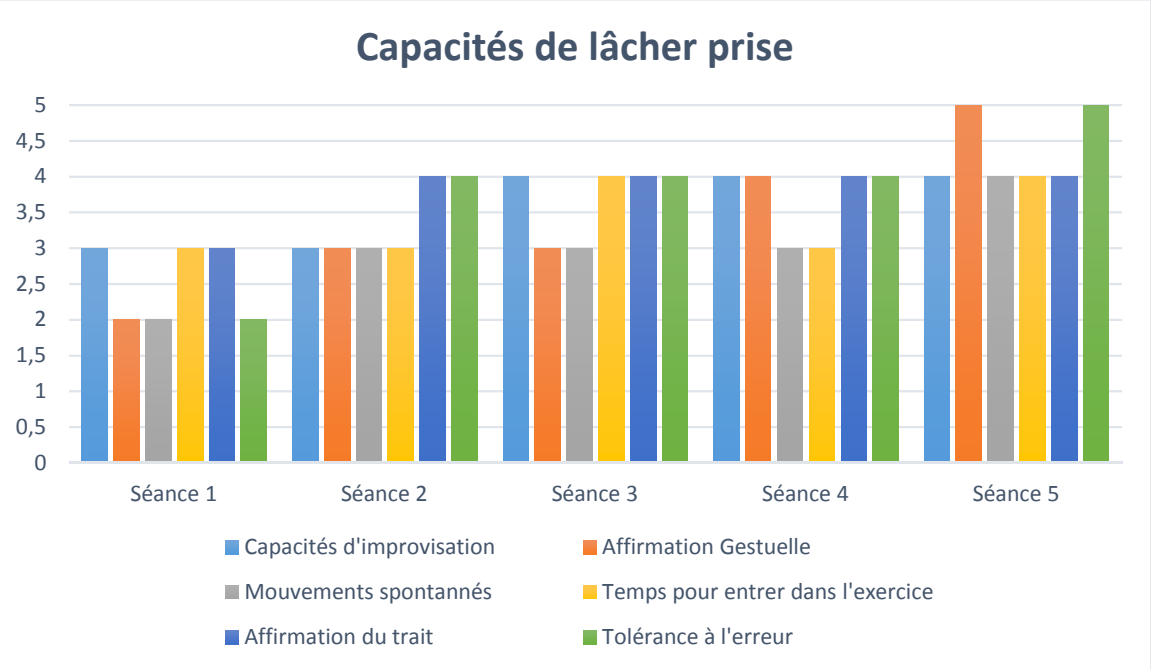
2ème Partie : Résultats

I. Dina

1. OAthG 1 : Favoriser le lâcher prise

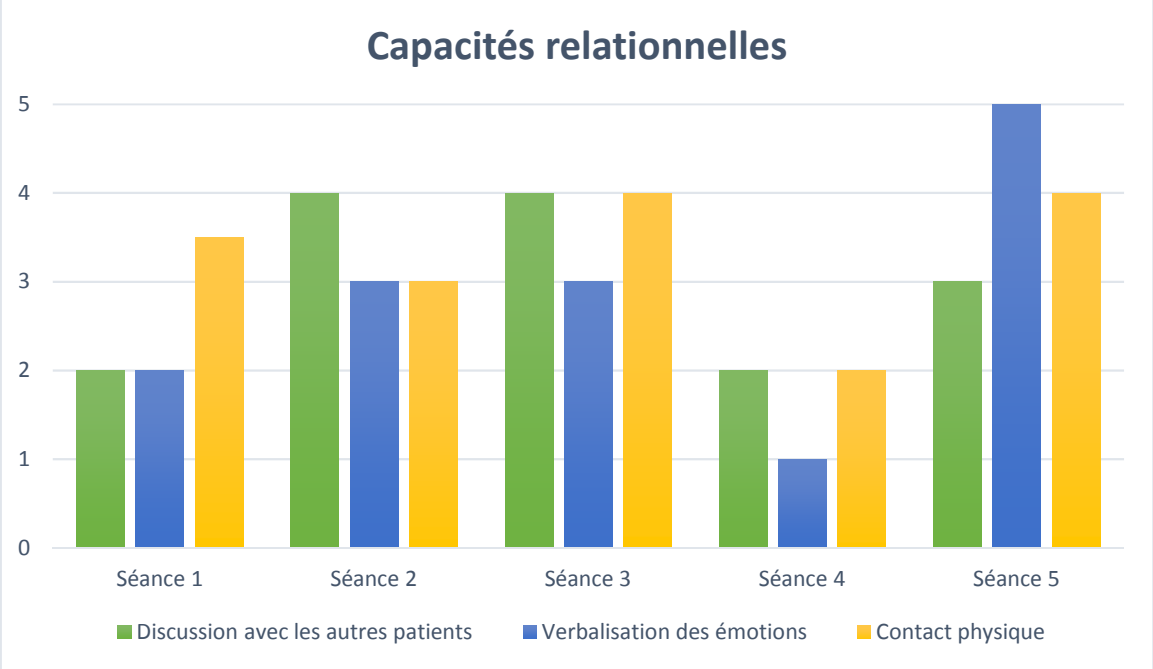
OAthI 1 *: Ne pas rechercher systématiquement la perfection*

OAthI 2 : *Pouvoir improviser sans imiter l'art-thérapeute*



Exemples de cotation d'items :

Affirmation gestuelle	1. N'affirme pas, mouvements minuscules, regard au sol	2. Propose quelques gestes, mais cherche approbation art-thérapeute du regard	3. Gestes déplacés dans l'espace, avec de l'amplitude, mais regarde les autres pour vérifier	4. Produit des gestes amples, énergiques, mais semble peu impliquée	5. Affirme ses gestes, prend l'espace de la salle et crée son propre langage sans se soucier des autres
Mouvements spontanés	1. Jamais, suit simplement notre consigne	2. Quelques mouvements, mais toujours les mêmes	3. Propose des mouvements parfois, mais sont stéréotypés	4. Prend souvent la liberté de créer de nouveaux mouvements	5. Crée des mouvements spontanés et sincères, en lien avec ses ressentis
Tolérance de l'erreur	1. Aucune, reste bloquée.	2. Repasse par-dessus	3. Adapte, en utilisant l'erreur	4. Adapte et apprécie	5. Ne retouche pas, apprécie et laisse l'erreur



Exemple de cotation d'items :

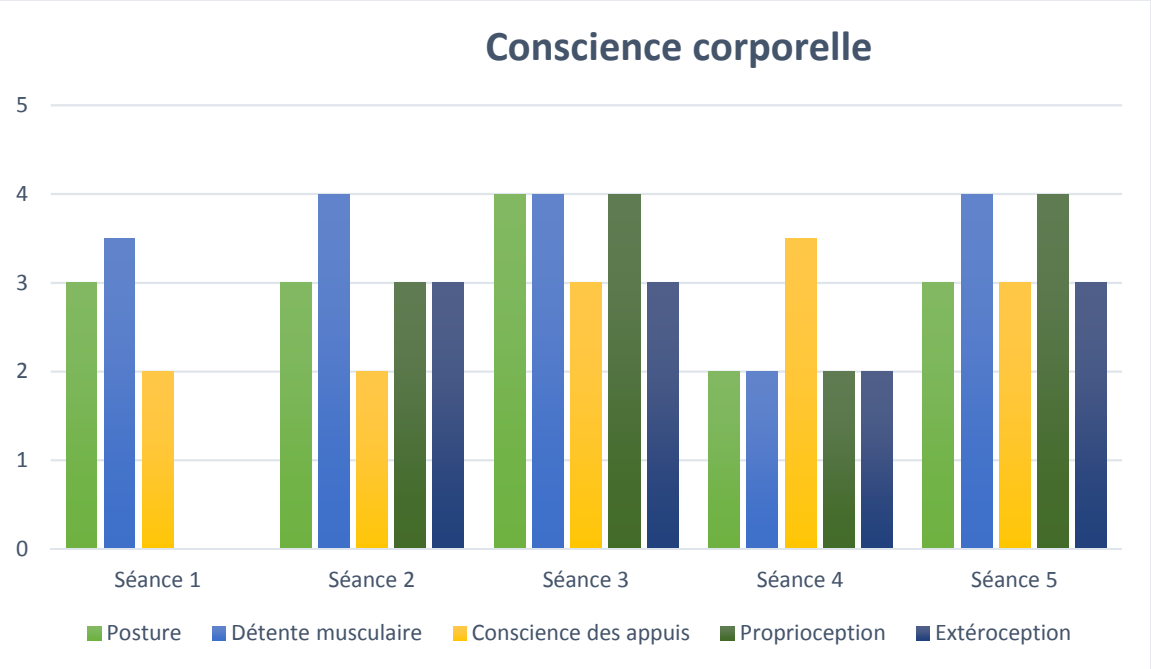
Contact physique	1. Totalement réfractaire, ne fais pas.	2. Essaie, en frôlant les autres et se laissant approcher, mais n'apprécie pas.	3. Exécute la proposition, sans montrer son ressenti	4. Parvient à se laisser toucher et à aller vers les autres, est à l'aise avec le contact	5. Prend plaisir à mettre son corps en relation avec les autres
Verbalisation des émotions	1. N'exprime pas, muette.	2. Verbalise mais intellectualise toutes les expériences, sans nous donner son ressenti	3. Exprime ses ressentis mais uniquement positifs, n'osant pas exprimer ses réelles émotions	4. Exprime ses ressentis positifs et parfois les négatifs, en restant prudente	5. Partage son ressenti positif et négatif, librement et sincèrement
Relations aux autres patients	1. Ne parle à personne	2. Ne parle qu'avec ses amies	3. Parle aux autres mais prend toute la place dans la discussion	4. Prend le temps d'écouter les autres	5. A une discussion avec tout le monde en étant à l'écoute

2. OAthG 2 : Réussir à utiliser la proprioception et écouter ses sensations corporelles.

OAthI 1 : *Aligner la posture et replacer les courbures naturelles.*

OAthI 2 : *S'ancrer dans le sol et sentir son poids*

OAthI 3 : *Retrouver une fluidité dans les mouvements dansés*



Exemples de cotation d'items :

Conscience des appuis	1. Appuis très fragiles, légers, empêche de réaliser la proposition	2. Appuis fragiles mais peut réaliser la proposition	3. Appuis légers et hésitants, beaucoup de piétinements	4. Appuis opérés, avec genoux fléchis, stabilisés mais non ressentis	5. Appuis solides, ancrage dans le sol, stabilité et bon équilibre
Proprio-ception	1. Ne ressent pas les sensations internes	2. Ressent à quelques moments, au niveau musculaire, n'apprécie pas	3. Dit ressentir les opérations internes, mais ne se réalise pas	4. Ressent les actions internes, et réalise les propositions	5. Ressent l'action interne, trouve cela agréable et se détend
Extéro-ception	1. Ne ressent pas les sollicitations externes	2. Ressent parfois l'action des appuis, contacts mais n'apprécie pas	3. Ressent les contacts mais ne se voit pas dans l'action	4. Ressent les actions, et parvient à réaliser les propositions	5. Ressent l'action contenante des contacts et trouve cela agréable

3. Synthèse et bilan de la prise en charge

De manière générale, Dina a été très impliquée dans les séances d'art-thérapie avec un grand intérêt pour la discipline. Elle a été présente à toutes les séances, et arrive toujours enthousiaste à l'idée de la séance. A l'annonce de la fin du suivi elle s'exclame « Déjà ? », semble avoir envie d'en faire plus.

Le premier objectif art-thérapeutique général était de favoriser le lâcher prise, tout d'abord par l'intermédiaire de s'autoriser à faire de l'imparfait. Lors de la première séance, Dina est très consciencieuse. Nous sommes surprises de sa manière de répondre, très élaborée, réfléchie. Sa danse est limitée, avec un buste assez droit et rigide, des bras pliés. Sa production plastique est à la fois très intellectualisée dans sa représentation mais aussi lâchée dans la technique car elle utilise des matériaux encore inconnus pour elle. Au fur et à mesure des séances, Dina change de posture et ainsi de mobilité. Ses bras s'étirent et ainsi les gestes s'affirment totalement. Nous observons sur la troisième séance qu'elle est capable d'improviser si elle sent le lien avec sa partenaire, comme une réassurance de ses mouvements. Dans la dernière séance, elle arrive à se détacher de ce besoin en laissant place à des mouvements spontanés comme dans la dernière séance où elle ajoute des bras personnels dans la chorégraphie traditionnelle. Nous observons que ses productions plastiques sont de plus en plus immédiates, sans réflexion, avec un temps pour entrer dans l'exercice très réduit. Ses traits sont affirmés et elle s'autorise, comme en séance trois, à mélanger les couleurs et se laisser surprendre par le résultat.

Dans ce même objectif, afin d'improviser sans aide de l'art-thérapeute, nous avons évalué ses capacités relationnelles. Nous voyons que Dina à la fin su suivi est plus capable d'exprimer clairement et sincèrement ses ressentis sans les intellectualiser. Cette attitude démontre qu'elle se détache de notre avis et peut se concentrer sur ses sensations sans avoir peur de nous décevoir. Avec les autres, au début elle prend beaucoup de place en monopolisant la parole et discutant beaucoup avec son amie. A la séance trois, elle s'adresse à toutes et est à l'écoute des autres. Ses capacités ont chuté lors de notre quatrième séance, où elle était très en difficulté. Cette séance est également le moment de se rendre compte que malgré nos observations sur les trois premières séances, le contact physique reste très difficile pour Dina. Ce travail aurait probablement mérité une prise en charge plus longue.

Notre deuxième objectif art-thérapeutique général était de réussir à utiliser la proprioception et ainsi se connecter à ses sensations corporelles. Tout d'abord nous avons

observé beaucoup de changements dans la posture de Dina. Sa tenue, d'abord très droite et crispée, s'est transformée au fur et à mesure des semaines. Elle est devenue très libre, avec le bassin très mobile. Son buste s'est progressivement voûté, et le bassin cambré. Au milieu du suivi, la coordination entre les bras et les jambes est assez désorganisée de fait de ce changement radical et rapide. Nous voyons sur la dernière séance que ce changement commence à se réguler. Le plus important pour nous étant, comme précisé plus haut, que ce changement soit source de détente et de lâcher prise chez Dina.

L'ancrage dans le sol a été difficile et est toujours léger à la fin de la prise en charge. Néanmoins, nous observons lors des séances deux et trois où le travail a été accentué sur cet aspect que Dina arrive à modifier son poids dans le sol afin d'être un appui solide pour sa partenaire et ainsi se permettre de vivre des expériences amusantes et nouvelles comme le tubulaire. La conscientisation de ce poids laissé dans le sol est long mais le chemin semble avoir été amorcé.

Enfin, ce travail de déconstruction de la posture au milieu de suivi a entrainé chez Dina une fluidité nouvelle dans ses mouvements. Cette fluidité, incontrôlée parfois, lui a permis néanmoins de profiter des expériences proposées.

De manière générale, Dina a pu déconstruire sa posture, de manière assez surprenante mais cela lui a permis de se connecter à ses sensations, bien qu'elles n'aient pas toujours été agréables. Ce retour des sensations lui a permis de s'ajuster dans la pratique et ainsi d'appuyer ses appuis dans le sol, et donc de s'affirmer dans la danse. Ses gestes étaient plus fluides, plus recherchés à la fin du suivi. La dernière séance est source de plaisir et de rires, où elle peut lâcher prise dans ses improvisations dansées et dans la technique plastique. Nous sommes heureuses de la voir prendre plaisir dans l'activité, ceci étant toujours notre objectif premier de soin pour tous les patients que nous rencontrons.

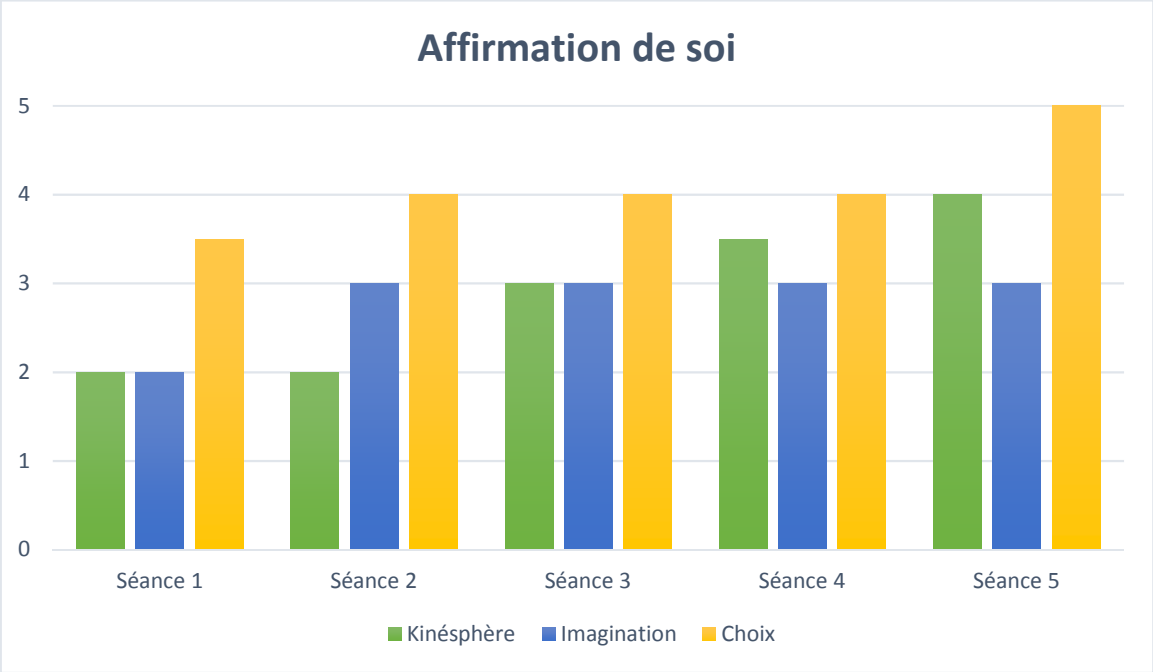
Nous observons ces effets durant les séances d'art-thérapie et demandons à l'équipe soignante de continuer ce travail après notre départ. En effet, les difficultés de Dina sont toujours très présentes à la fin du suivi, comme nous avons pu le voir en séance quatre. Il est important de continuer ce travail qui semble avoir certains bénéfices pour la conscientisation des expériences corporelles.

II. Lola

1. OAthG 1 : Trouver et prendre sa juste place

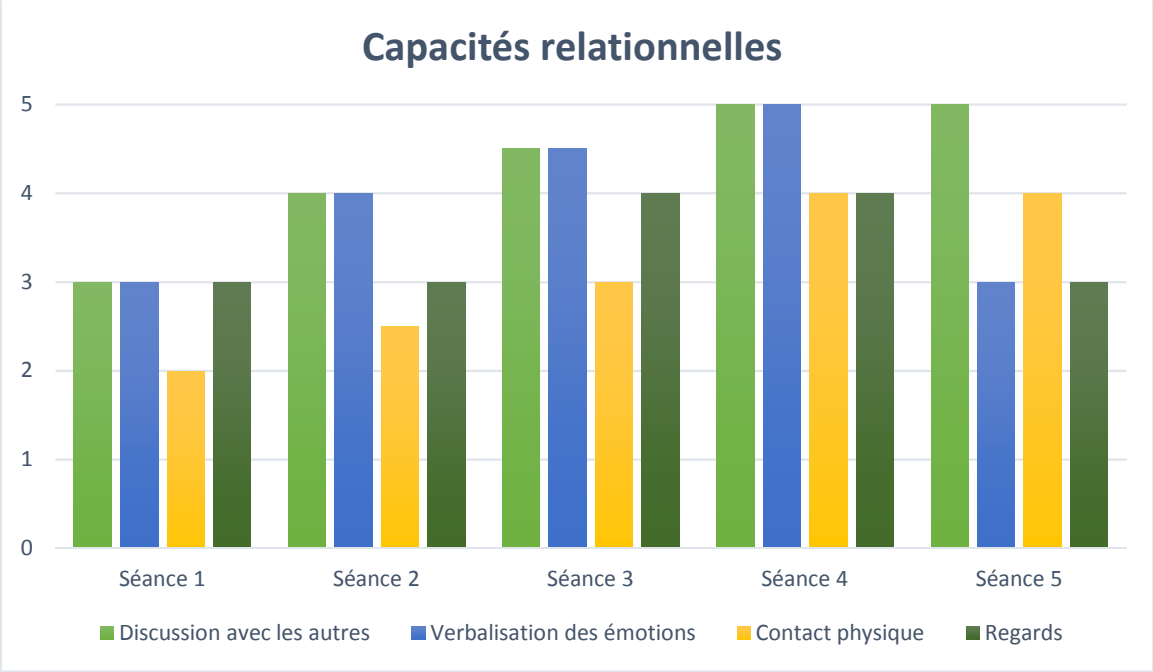
OAthI 1 : *Accepter de laisser une trace visible et affirmée*

OAthI 2 : *Communiquer avec le groupe et affirmer son avis.*



Exemples de cotation d'items :

Kinésphère*	1. Aucune utilisation de la kinésphère, corps recroquevillé vers l'intérieur	2.Utilisation uniquement du plan sagittal, dos voûté et marche. Bras immobiles	3. Utilisation plans sagittal et frontal, mobilisation des bras, déplacement dans différents axes	4. Utilisation des plans sagittal et frontal, avec étirement et amplitude des mouvements	5. Utilisation des tous les plans anatomiques, apparitions de rotations, isolations, et corps étiré au maximum
Imagination	1. Aucune, marche uniquement, ou ne produit rien	2. A de l'inspiration uniquement en mimesis*	3.Imagination limitée, répète les mêmes mouvements ou mêmes motifs	4. Varie les propositions, utilise différentes techniques et différents mouvements connus	5. Imagine de nouvelles choses, crée son propre style dansé et plastique.
Fait des choix	1. Jamais, aucun	2. Avec de l'aide	3. Quelques-uns seul	4. Souvent	5. Toujours



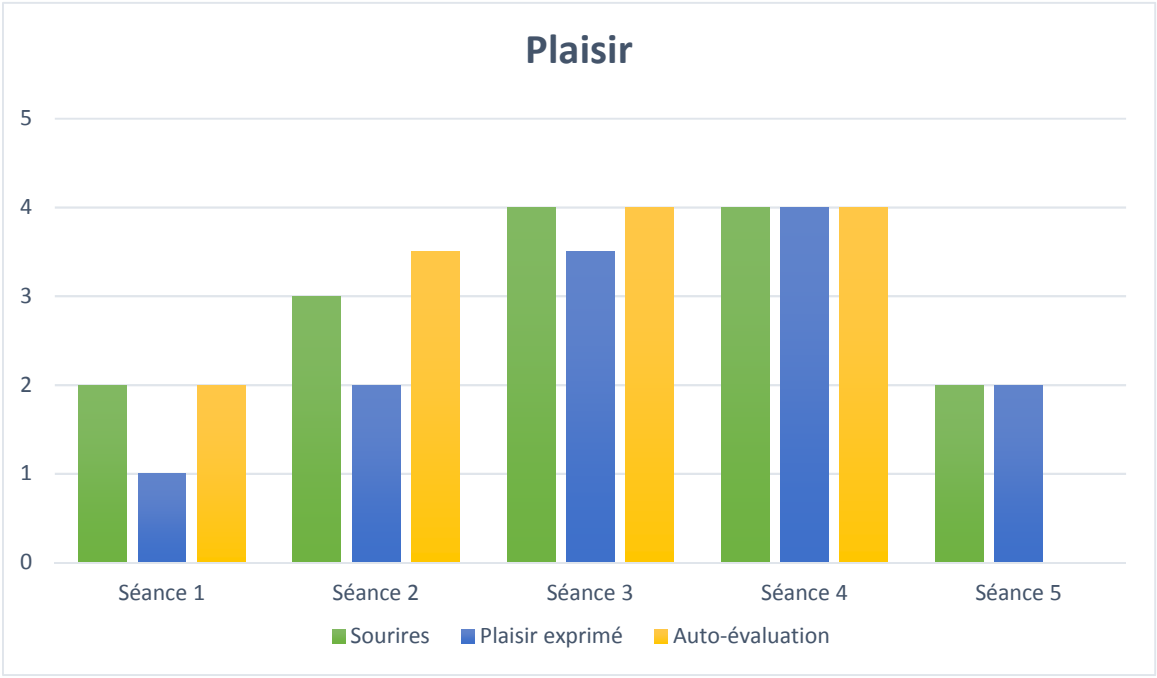
Exemples de cotation d'items : (autres items même cotation que Dina)

Regards	1. Aucun, ne regarde personne	2. Quelques regards seulement vers ses pairs	3. Regard timide, parle sans regarder dans les yeux	4. Regarde les autres dans les yeux pour leur parler	5. Cherche le regard des autres et le soutient

2. OAthG 2 : Accepter le travail corporel et y prendre plaisir

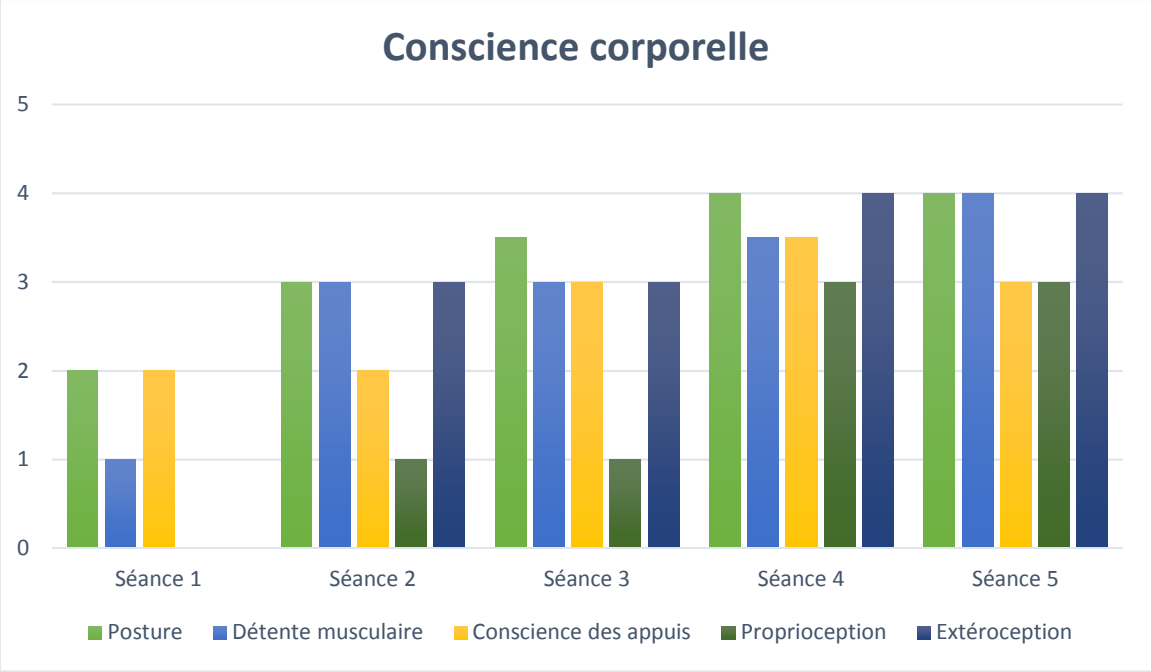
OAthI 1 : *Etre capable d'improviser*

OAthI 2 : *Exprimer du plaisir et ses émotions*



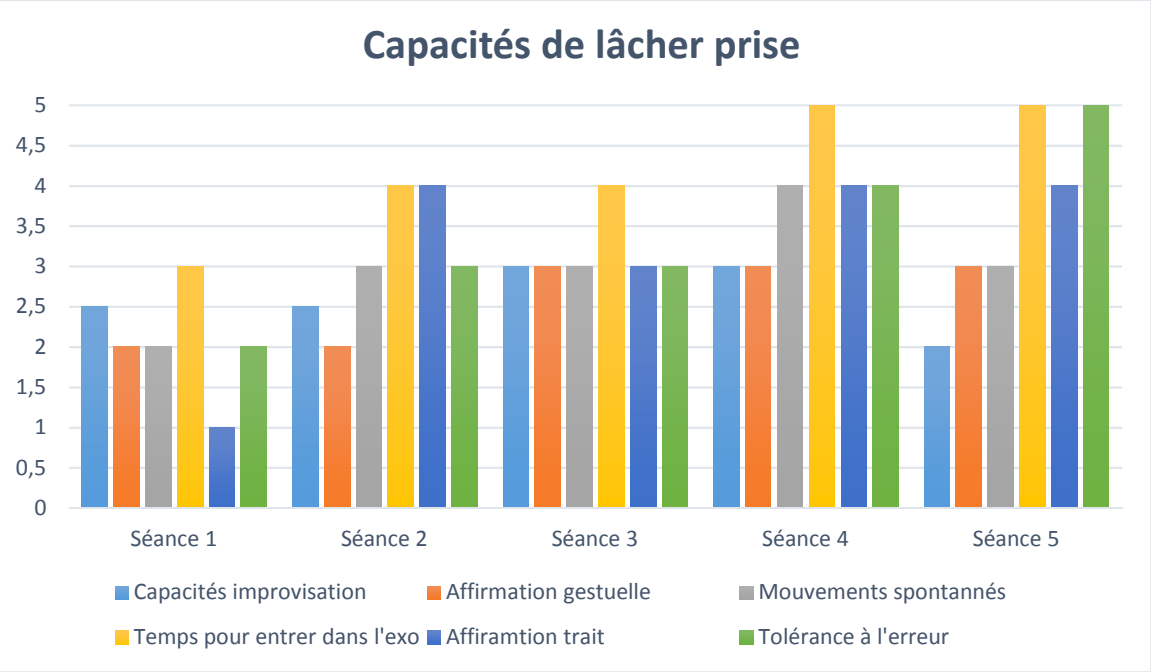
Exemples de cotation d'items:

Sourires	1. Jamais	2. Quelques-uns	3. Parfois	4. Souvent	5. Toujours
Plaisir exprimé	1. Jamais	2. Uniquement en fin de séance, à l'art-thérapeute	3. L'exprime timidement, si on lui demande son avis	4. Commente régulièrement les propositions	5. S'exclame très souvent, et s'enthousiasme
Auto-évaluation	1. Refuse de regarder	2. Se dénigre	3. Accepte	4. Apprécie	5. Est fière d'elle



Exemple de cotation d'items : (autres items même cotation que Dina)

Posture	1. Courbures naturelles inversées, bassin et dos verrouillé, bloquant les mouvements proximo-distaux	2. Dos voûté et mobile d'un seul bloc	3.Dos redressé, possibilité de mobiliser dans plan sagittal	4. Verticalité atteinte, bassin s'ouvre et permet mobilité dans le plan frontal	5.Verticalité, courbures naturelles retrouvées, mobilités dans tous les plans anatomiques
Détente muscu.	1. Corps entièrement crispé, verrouillé, donc peu mobile	2. Juste la nuque détendue, mobile	3. Bras et jambes détendus mais toniques	4. Les muscles du dos commencent à se détendre et se mobiliser	5. Tout le corps est détendu et mobile (car resté tonique)



Exemples de cotation d'items : (autres items même cotation que Dina)

Affirmation du trait	1. Aucune, trait peu visible, fin, et faible	2. Trait visible mais l'efface souvent	3. Trait continu et visible mais souvent repris, par à-coups	4. Trait continu, peu épais	5. Trait affirmé, visible, coloré et épais.
Temps pour entrer dans l'exercice	1. N'y rentre jamais, intellectualise trop, est angoissée à propos de la trace	2.Plusieurs minutes, car pose beaucoup de questions, stressée	3. Une min, pose quelques questions assez sereine	4. Une trentaine de sec, le temps de choisir rigoureusement ses outils	5. Quelques secondes, produit immédiatement sans se poser de questions
Capacités improvisation	1.Impossible, est bloquée, ne fait que marcher ou reste immobile à fixer un point dans le vide	2. Parvient à esquisser quelques mouvements	3. Improvise mais uniquement à l'aide des éléments travaillés, stéréotypés.	4. Improvise, semble exécuter la consigne et ne pas en profiter	5. Improvise totalement, ferme les yeux, ressent la musique et lâche prise

3. Synthèse et bilan de la prise en charge

Pour Lola, cette prise en charge a été difficile. En effet, ce suivi qui était une indication a été source d'angoisse au début puis de découragement sur la fin. Lola a toujours été présente aux séances, souvent fatiguée ou triste, avec une participation réservée, voire volontaire sur la fin du suivi. Malgré les difficultés rencontrées, Lola a toujours été présente et a toujours essayé les propositions.

Le premier objectif art-thérapeutique général concernait sa capacité à trouver et prendre sa juste place. En premier lieu nous avons évoqué ses capacités communicationnelles avec le reste du groupe. Au début du groupe, Lola est très effacée et parle très peu. Ses camarades font des blagues et rient tandis qu'elle reste de marbre et semble absente de la séance. Elle ne verbalise pas non plus auprès de nous, sauf si nous la stimulons et pour exprimer son angoisse et son malaise. Elle parle de « pression » en première séance. Au fur et à mesure des séances, elle prend confiance et commence à discuter avec les autres patientes. En séance trois, elle commence à parler sans qu'on l'interroge et fait des commentaires sur la pratique, même des plaisanteries. Durant cette séance également, elle s'oppose à sa partenaire, et affirme auprès de nous qu'elle n'est pas d'accord avec son avis. En séance quatre, nous observons, malgré nos doutes qu'elle est capable d'avoir un contact physique avec sa partenaire, ainsi se laisser masser et en éprouver des sensations positives. Elle faisait donc confiance à sa partenaire et à notre proposition, ce qui lui a permis de se relâcher.

Afin de trouver sa place, il était également important que Lola puisse laisser une trace visible de ses créations. En effet, lors de la première séance nous avons pu observer que la création de Lola produisait un dessin très petit sur une grande feuille et presque invisible au crayon de couleur (cf Annexe 6 p.71). Il est alors possible avec cet outil d'appuyer plus et ainsi de s'ancrer dans le papier, mais Lola est incapable de le faire. Dès la deuxième séance, Lola change de matériaux et avec des pastels secs, est la première à produire sur presque toute la feuille, au point d'en oublier qu'elle a une partenaire. Lors des séances trois et cinq, nous produisons des œuvres collectives et Lola parvient parfaitement à prendre sa place au sein de ses œuvres. Cette opération était compliquée étant donné que le groupe était composé pour moitié de patientes à fortes personnalités très dominantes dans le groupe. Lola a réussi à s'imposer, et nous voyons même en séance cinq dans le sable que c'est la plus à l'aise pour produire une trace finale ensemble, celle qui prend le plus de place et le plus rapidement sans réfléchir.

Nous observons que Lola a pu s'affirmer au cours des séances, tant l'affirmation de ses choix que dans l'utilisation de sa kinésphère*, toujours plus étirée et mobile. En utilisant ainsi tout son espace de danse, elle s'ancre dans le présent dans l'activité corporelle, puis dans la création plastique sur la feuille de manière définitive avec la trace laissée.

Le deuxième objectif art-thérapeutique général était d'accepter le travail corporel et d'y prendre plaisir. Nous rappelons en effet que Lola était totalement réfractaire au travail corporel. Elle dit néanmoins dès la deuxième séance que malgré l'indication, elle a pris du plaisir dans le premier groupe. Au fur et à mesure des séances nous voyons en effet que Lola sourit régulièrement et qu'elle exprime son bien être plusieurs fois par séance. Elle accepte également en séance quatre sa production, en disant que le rendu final de toutes les structures est joli. Malheureusement, le jour de notre dernière séance, Lola était très déprimée ce qui s'en est ressenti sur son humeur pendant la séance. Elle n'a pas réussi à se détendre et à profiter de l'activité.

Dans le travail corporel, en première séance, les mouvements de Lola sont presque inexistants. Elle n'improvise pas, et ne fait que marcher en traversant la pièce. Nous la sentions extrêmement mal à l'aise. Au fur et à mesure des séances, nous observons son tonus qui se détend, notamment dans les séances deux et trois, où les exercices de portage lui sont très bénéfiques. Elle parvient alors à redresser son buste, alors voûté, afin de profiter de la soutenance des élastiques. Nous observons également en séance quatre que le massage est source de détente et de bien-être. Ses appuis sont toujours légers au sol à la fin de la prise en charge, mais néanmoins semble plus conscientisés. La pratique dansée devient alors plus facile pour Lola après ces ajustements. Elle parvient très bien à suivre nos consignes lorsque celles-ci ont dirigées, comme par exemple dans les danses traditionnelles de la séance cinq. En revanche, l'improvisation reste un exercice difficile pour Lola, où elle a du mal à se détacher de la marche et profiter de l'instant pour lâcher prise.

Lola réussi en revanche à lâcher prise dans de nombreuses propositions et ainsi exprimer son bien-être et ses ressentis. Si cela était possible nous proposerions de continuer la prise en charge en individuelle afin de continuer ce travail sur l'improvisation dansée et le lâcher prise. En général Lola a beaucoup évolué pendant cette prise en charge, sur sa capacité à s'affirmer et le plaisir de l'activité l'a amené à lâcher prise dans de nombreuses propositions. Même si nous observons à la fin du suivi un effet de découragement, fréquent lors d'une hospitalisation de longue durée, l'évolution de Lola est très intéressante et mérite d'être poursuivi.

3ème Partie : Discussion

I. Discussion autour du métier d'art-thérapeute

1. Les paramètres extérieurs à l'activité

Nous avons évoqué précédemment toutes les difficultés liées à l'anorexie. La prise en soin est très complexe de par la multitude des comorbidités possibles. En effet, lorsque la décision de commencer une hospitalisation est prise, c'est que le processus de l'anorexie est très engagé et que le pronostic vital est engagé. Nous sommes donc fréquemment confrontés à des risques suicidaires et des pensées très mortifères. En tant que soignant en art-thérapie, nous intervenons à raison d'une fois par semaine avec ces patientes. En sept jours, dans le cadre de cette pathologie, beaucoup de choses peuvent se passer. La dépression peut s'accentuer, le traitement médicamenteux peut changer, le poids peut chuter ou augmenter, ou à l'inverse, un entretien peut favoriser une évolution positive de l'état de santé. **Toutes ces évolutions propres au soin vont influer sur nos séances.**

Nous prenons l'exemple d'une patiente que nous avons suivie pendant notre première session de mouvement couleur (cf. 1ère Partie, I.2.), que nous ne présentons pas dans ce mémoire. C., une jeune fille de 17 ans, boulimique, avec des problématiques familiales prononcées. Le soin était bien engagé mais les vomissements étaient toujours fréquents malgré le protocole de soin. Nous avions en séance une patiente optimiste et volontaire. Très souriante et très impliquée dans les propositions. Entre notre séance trois et quatre, les médecins décident de lui poser une sonde nasogastrique en continue, afin de limiter les vomissements. En effet, cette sonde permet une alimentation sur tout la journée, reliée à une poche de nourriture rangée dans un sac à dos, à emmener partout. Même si le dispositif reste pratique (plus maniable qu'une perfusion, souvent rencontrée également pour l'alimentation par sonde), le sac à dos reste tout de même une gêne permanente, une annexe supplémentaire au corps de cette patiente. Lichtenberger-Geslin, pédiatre, et al., (2013) explique en effet, dans le cadre d'une étude sur les impacts de la pose d'une pompe à insuline chez des adolescents atteints de diabète que « Ce dispositif peut être complètement accepté et littéralement incorporé ou, à l'inverse, perçu comme un corps étranger. » En effet, **cette sonde ajoutée sur le corps peut avoir un impact quant à la reconstruction corporelle entamée par cette patiente**. Nous observons donc en séance un désinvestissement et une grande chute dépressive. Malgré nos sollicitations, il est difficile de retrouver une patiente investie dans les séances. Le changement fut d'autant plus radical que le reste du groupe était en évolution positive alors que C. régressait et nécessitait

plus d'attention. Ce cas de figure arrive régulièrement dans ces services de pédopsychiatrie. En effet, la fragilité psychique de ces patients les rend vulnérables à beaucoup de facteurs. Le moindre changement peut alors les malmener et les mettre en souffrance. Ces changements sont des facteurs que nous ne pouvons pas contrôler. Dans notre suivi, nous remarquons par exemple ce phénomène chez Lola lors de la dernière séance. Elle arrive en effet très déprimée et découragée par le soin et l'hôpital en général. Il est de notre devoir de soignant de nous adapter à la situation et à l'état de notre patiente. Ces situations nous amènent à nous remettre en question et à ne pas proposer ce qui était initialement prévu. Cela rend le soin surprenant, et le fait de nous adapter dans le hic et nunc (voulant dire l'ici et maintenant en latin) renforce considérablement l'alliance thérapeutique avec le patient, qui sent alors notre investissement dans son soin.

Nous évoquons également **l'effet social de l'hospitalisation**. En effet, les patientes vivent ensemble. Il se passe donc beaucoup de choses entre elles qui échappent aux soignants. Leurs affinités, les groupes qui se créent, parfois même les dispositifs de harcèlements envers les plus réservées, … sont des situations auxquelles nous pouvons assister. Bien sûr, le service est très vigilant sur ces points, mais cet endiguement social a forcément un lien avec le soin et leur capacité d'individuation*. Nous notons par exemple, une grosse différence de comportement entre leur conversation avec leur thérapeute et celles entre pairs. En effet, avec leur thérapeute, elles acceptent de parler de leur difficulté, nous les sentons vulnérables, tristes. Leurs paroles sont fortes, parfois alarmantes, elles parlent de leur peur de grossir. Une fois sortie de l'entretien, avec leurs camarades dans les salles communes, nous les entendons plaisanter sur la nourriture, la faim ou la re-nutrition. Des plaisanteries parfois violentes mais qui leur permettent de se trouver des points communs et ainsi de s'identifier les unes aux autres.

Nous avons pu observer ces ambivalences durant nos prises en charge. Par exemple, une patiente, émue devant la musique qu'on lui proposait, a dit qu'elle avait envie de pleurer. Lorsque nous lui demandons de développer sa pensée, elle répond en riant que c'est à cause de la dépression, en regardant les autres attendant un appui et de faire rire l'assemblée. Nous avons également vu Dina, en sortant de la deuxième séance, après laquelle elle était très fatiguée, dire en arrivant dans la salle commune : « Allez c'est le moment de reprendre de l'énergie maintenant et de retourner dans l'hyperactivité ». Elles ont une parfaite conscience de leurs difficultés (Godin, sociologue, 2014), sont souvent amenées à tricher et savent qu'elles sont toutes dans la même situation. Il est donc facile pour elles de s'unir contre les soignants et ce biais, extérieur à l'activité, peut avoir des influences dans les séances d'art-thérapie.

2. La remise en question du contrat de poids et la séparation

Le contrat de soin, également appelé contrat de poids est très critiqué par les personnes extérieures au milieu hospitalier. Nous avons d'ailleurs été nous-même surprises d'apprendre la sévérité des règles liées à ce contrat de poids. Ce contrat est omniprésent dans le soin, ce qui donne à la nourriture et à la re-nutrition une place très importante. Nous voyons effectivement dans le récit de Revol S. (2018), ancienne patiente, qu'elle décrit une période d'isolement total, seule dans sa chambre, sans droit de parler aux autres patientes. Certaines activités lui sont également interdites au commencement de son soin. A l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM)*, cet isolement a été supprimé et remplacé par la séparation. En effet, l'adolescente est alors coupée de son milieu social habituel, c'est-à-dire de ses parents et de ses amis, mais elle entre en contact avec les autres patients hospitalisés dès son arrivée dans le service. Cette séparation est parfois considérée comme maltraitante et mettant en avant un « chantage » à la prise de poids, entrainant une re-nutrition rapide et dangereuse.

D'après nos recherches suite à ce questionnement, le contrat de soin a été instauré pour de nombreuses raisons. Il s'avère en réalité que « dans une pratique psychiatrique et addictologique, l'ensemble des cliniciens s'accorde pour considérer le contrat de soin comme un outil thérapeutique où le sujet, plus que sa maladie, est au centre. » (Guisseau-Gohier, psychiatre, et al., 2007) **En effet, la mise en place de ce contrat entraine le patient à devenir acteur de son soin**. Il a alors un but précis et clair : « celui-ci l'illustre de manière exemplaire du fait de la visibilité de ses effets physiques et psychiques ». (Guisseau-Gohier et al., 2007) Le patient est le seul à pouvoir atteindre ce but (le poids de sortie) et doit se mobiliser pour induire un changement et ainsi sortir de la séparation qui est une situation inconfortable pour lui.

Le contrat a également **une action contenante, qui est protectrice**. Ainsi, en cas de doutes du patient, il permet de se référer à des objectifs de soin quantifiables. Il peut également être renégocié avec l'équipe soignante en cas de suivi stagnant et long, ce qui lui donne une vertu assez flexible. Il est aussi un tiers différentiateur, comme la médiation en art-thérapie, ce contrat permet de différencier la relation duelle du patient / thérapeute.

Guisseau-Gohier, psychiatre, et al. (2007) estiment également que **cette séparation, induite par le contrat de poids est une étape essentielle dans l'individuation de l'adolescent par rapport à sa famille.** En effet, selon le modèle systémique, l'individu fait partie d'un système, dont il est le symptôme révélateur d'un dysfonctionnement dans le système. Le différencier de ce système est donc une étape de la prise en soin permettant un mieux-être chez

le patient.

Néanmoins, cette pratique a été remise en question dans plusieurs pays frontaliers à la France, notamment en Amérique du nord et en Angleterre. Ces pays n'utilisent plus la séparation et même de moins en moins l'hospitalisation, sauf en cas de cas graves. En effet, selon Le Heuzey, pédopsychiatre, (2002), directeur du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Robert Debré à Paris, « Il s'agit d'une stratégie thérapeutique « vieille » d'un siècle et demi (à cette époque, on mourrait de tuberculose, de méningite bactérienne, d'infarctus du myocarde…) ». Il estime donc que cette pratique mérite d'être réactualisée afin d'être plus en lien avec les pratiques thérapeutiques d'aujourd'hui. Il note tout de même qu'il n'existe pas d'étude randomisée comparant les traitements ambulatoires et les traitements en hospitalisation (avec ou sans isolement) des adolescents anorexiques. Il est donc difficile de remettre en question cette pratique. En revanche, il met en relief la différence entre les bénéfices à court-terme et ceux à long terme : « Le bénéfice à court terme peut être montré par son efficacité sur le traitement des urgences médicales et psychiatriques et la correction de la dénutrition, mais le bénéfice à long terme n'est pas démontré. »

Ce questionnement est rejoint par l'étude de Gowers, professeur en psychiatrie, et al., (2000) qui **démontrent des résultats péjoratifs sur l'évolution à long terme après l'hospitalisation. Ils avancent que l'hospitalisation donnerait une vision passive du soin**, car les patientes s'appuient beaucoup sur les soignants durant leur séjour. Elles se sentent en sécurité, dans un espace coupé socialement, ce qui les protège. Mais une fois en dehors de l'hôpital les repères sont difficiles à reprendre sans soignants pour les aider. Il en est de même pour les parents qui changent leur quotidien durant l'absence de leur enfant, et le retour à domicile est parfois brutal.

Cette question de la séparation est donc une réflexion qui date déjà de plusieurs années. Il apparait que la gravité de l'anorexie est mise en jeu dans le choix ou non de l'hospitalisation (danger vital de dénutrition, échec de l'ambulatoire, …) de plus, la diversité interindividuelle de chaque patiente amène les soignants à se poser des questions, et parfois à adapter, la rigidité des consignes durant la séparation. Il est également fréquent de mettre en place des hospitalisations en séquentiel, c'est-à-dire la moitié du temps à l'hôpital, l'autre moitié à domicile. Cette pratique permet de pallier au problème de séparation trop violent ou bien dans le suivi d'une hospitalisation afin d'adoucir le retour à domicile.

3. Le milieu du soin clivant corps/ esprit

Comme nous le mentionnions, le contrat de poids est une façon d'intellectualiser le soin et ainsi de se rendre acteur du soin. C'est une porte ouverte à la verbalisation des épreuves vécues par les patientes. Le milieu de soin implique donc majoritairement les soins psychiatriques soignant l'esprit.

Nous mentionnions dans notre introduction l'importance des soins corporels. Cette importance a été entendue. C'est pourquoi, en parallèle de ces soins, se mettent en place des ateliers corporels, de socio-esthétiques (coiffures, nail-art, …), de massage, de relaxation, … Mais aussi des groupes d'art-thérapie à médiation danse. Toutes ces mobilisations ont pour fonction de mobiliser le corps de l'anorexique, et ainsi travailler sur sa dysmorphophobie et ses sensations corporelles.

Nous avons pu constater pendant notre stage que ces pratiques étaient très peu reliées à la vie du service et à l'avancée du soin. En effet, les approches corporelles sont séparées des entretiens psychologiques. Pour les soignants, la liaison se fait à l'oral pendant les synthèses. Mais, pour les patientes, il n'existe pas de lien. C'est une remarque qui a été faite régulièrement par les patientes. Elles parlent elles-mêmes de thérapies corporelles et séparément d'entretien psychologiques. Elles parlent des ateliers de sport, … mais elles ne comprennent souvent pas à quoi ça sert dans le soin, ce qui donne à ces ateliers un état de « thérapie secondaire ». Nous remarquons également que les objectifs de prise en charge corporelle sont absents des objectifs généraux de soin. Ces objectifs sont souvent très globaux pour les psychiatres, et donc peu verbalisés pendant les entretiens psychologiques. Enfin, le travail d'analyse corporel est très peu pratiqué. En effet, le corps est seulement vu en termes de poids, et de pathologies somatiques. Les psychothérapies ne s'attardent pas sur les blessures corporelles visibles, ni sur leur visualisation.

L. Godin, sociologue, (2014, p37) décrit ce phénomène. Elle exprime : « Alors que par sa forte consonance morale, notre objet d'étude se prête facilement au travail idéologique, les analyses de l'anorexie comme phénomène social entendent à la réduire à un ensemble de discours, lesquels viennent s'inscrire sur le corps et le définir en entier. Le corps vécu, pratiqué et ressenti est, de ce fait, régulièrement absent de l'équation, alors qu'il en représente le cœur même, qu'il est le théâtre du trouble. » Nous voyons que dans l'analyse, c'est le vécu corporel qui est absent. **Alors que l'enveloppe charnelle est évaluée, l'image corporelle également au moyen de questionnaires (auto et hétéro évaluation), le vécu, lui est laissé de côté**. Nous

exprimions néanmoins dans notre première partie, l'importance de ce vécu en terme de sensations.

Il est important de verbaliser le vécu corporel, mais aucun suivi entre les professionnels d'ateliers corporels et les psychiatres ne sont mis en place. En effet, des entretiens post-ateliers avec le psychologue ou le psychiatre, en présence du thérapeute pourrait amener une meilleure interprétation des vécus de séances d'art-thérapie. Cela permettrait également d'inclure les objectifs de prise en charge corporelles dans les objectifs généraux de soin. Le lien entre les professionnels est primordial afin que le soin soit compréhensible par les patientes. Godin, sociologue, (2014, p. 37) affirme en effet que les patientes se construisent leur récit de soin en fonction du discours du personnel soignant. Elles interprètent toutes leurs actions en fonction du retour que les soignants leur en font**. Le lien corps/esprit étant rompu pour elles, il est probablement important que le lien soit restauré dans le milieu hospitalier afin de leur montrer le bon exemple**.

4. Les art-thérapeutes de différentes formations au sein d'une même institution : Problématique de l'exposition des œuvres

L'art-thérapie est une discipline qui a été théorisée assez récemment. Dans le souci de faire reconnaitre et légitimer l'art-thérapie au monde médical, deux grands courants ont théorisé cette discipline. Chacun s'est inspiré d'un courant psychothérapeutique : un versant psychanalytique et un versant comportementaliste.

Nous entendons donc que chaque courant a des méthodes, des idées différentes, avec des méthodes de soin et des formations qui en découlent. Dans la méthode psychanalytique, l'inconscient est la base du travail art-thérapeutique. En effet, grâce à la relation transférentielle entre le thérapeute et le patient, la matière permet de symboliser l'inconscient à l'instant immédiat et ainsi parfois d'y trouver un sens. Le sens de l'esthétique n'est absolument pas recherché. Dans la méthode comportementaliste, le « beau » n'est pas non plus recherché, en revanche, le travail est axé sur la réalisation du processus artistique entier afin de faire vivre les expériences positives de la création.

Comme dans la psychologie, l'objectif n'est pas ici de vanter les mérites de l'un ou de l'autre mais de se rendre compte que **ces deux approches ont des complémentarités, et qu'il peut être intéressant de les réunir dans une approche intégrative.**

Durant notre stage, le service comptait quatre art-thérapeutes, toutes issues de formations différentes. Nous avons assisté à un comité artistique, regroupant ces différentes professionnelles, ainsi que les médecins du service. L'objectif de cette réunion était d'évaluer le devenir des œuvres produites par les patients en art-thérapie. Ce fût l'occasion d'un long débat, dans lequel les art-thérapeutes de formation psychanalytique étaient contre l'exposition tandis que les thérapeutes de formation plus comportementaliste étaient pour. Il était difficile de décrire aux médecins et au chef de service la position et l'importance de l'œuvre dans les séances. Bonnes-Perrot N., art-thérapeute, (2012) décrit en effet que « l'objet en art-thérapie et la position qu'il prend au sein des ateliers, vont déterminer, à mon sens, les différents courants, les différentes pratiques. » En effet, la question de l'objet, c'est-à-dire de l'œuvre, est la majeure différence entre les deux courants.

Dans tous les courants d'art-thérapie, **il est admis en terme d'éthique, qu'afin d'utiliser une œuvre, le consentement du patient est nécessaire.** Il est également important de prendre en compte la vulnérabilité du patient et sa façon de réagir aux évènements. Lecourt, musicothérapeute, & Lubart, psychologue, (2017) expliquent que « la matérialité de l'objet plastique et l'effet de présence durable, indépendamment de la personne qui l'a produite, sollicite chez tout un chacun, des mécanismes de projection et d'identification tout en créant fréquemment un appel à des remarques, des commentaires, des observations. » En effet, l'exposition est un moment où la production, souvent reflet de la souffrance psychique ressentie au moment de la création va être exposée au regards positifs comme négatifs. Il peut être source de mauvaises réactions. Les mêmes auteurs ajoutent à ce sujet : « le risque est réel que la personne qui expose, insuffisamment accompagnée, décompense suite à l'exposition de son travail en raison d'une discordance identitaire entre son statut de « patient » et celui « d'artiste ». » Cette pratique est donc à prendre avec beaucoup de précautions. Mais quels en sont les bénéfices ?

Pour le courant comportementaliste, cette pratique est source d'une valorisation de soi très importante. En effet, les patients sont alors félicités, admirés. Dans ces moments d'exposition la génération d'hormones est décuplée, grâce à la production d'adrénaline, générée lors du stress. De plus, « la démarche d'exposition [a] pour but de permettre aux patients psychiatriques d'accéder à une reconnaissance sociale et de sortir de l'exclusion ou de la stigmatisation. » (Lecourt & Lubart, 2017). En sélectionnant avec précaution les patients qui pourraient en tirer bénéfices, l'estime de soi et l'affirmation de soi de ces patients serait très améliorées par cette pratique.

Dans cette configuration, l'accès à l'exposition a dû être un objectif thérapeutique, pour des patients ayant une estime d'eux même très basse. L'œuvre doit alors être présentable, et le patient doit la trouver jolie et en être fière, afin que les retours soient positifs. Nous assistons alors à un phénomène où « l'œuvre est privilégiée au dépit de la quête de sens qui participe au processus thérapeutique. » (Lecourt & Lubart, 2017). En effet, il est possible que l'objectif principal de soin soit autre que la valorisation des productions. Dans les approches analytiques, l'objectif premier de soin est le transfert, le travail de la matière et des sensations, surtout positives, liée à ce travail. Dans ce cadre, il est fréquent que les thérapeutes de ce courant proposent le travail de l'éphémère. **Comme nous le décrivions en première partie, ce travail permet d'accepter la perte de l'objet, et ainsi de ne pas s'attacher à la finalité de la production** selon Bonnes-Perrot N., (2012) art-thérapeute. Lecourt & Lubart, (2017) définissent ce concept ainsi : « certaines approches en art-thérapie recommandent la création d'un objet éphémère afin d'éviter la conservation ou la destruction de celui-ci puisque seul compterait la mise au travail d'un objet psychique et non la finalité d'un objet physique. »

Nous remarquons que dans cette problématique, **la première nécessité est de se centrer sur les besoins premiers du patient.** Il est ainsi possible de s'inspirer d'un courant ou de l'autre. Au sein de l'institution, il était difficile en tant que professionnel de trouver sa place au milieu de ces paradigmes. En effet, les différentes opinions opposent les soignants aux autres soignants et parfois même au chef de service. Ce que nous retenons de cette réunion est donc qu'**il est important de toujours respecter les univers de chacun, de s'en inspirer et de travailler en équipe. Chaque courant peut apporter des bénéfices thérapeutiques, le soin ne doit pas pâtir de ces différences de formation.**

Nous pourrions dire que **dans le cas de la danse, cette question ne se pose pas car nous ne produisons pas d'œuvre figée physiquement.** La problématique de stockage est donc inexistante, néanmoins, la question de la représentation et de l'exposition peut être évoquée. En effet, il est possible dans ce médium de créer des chorégraphies et de monter un spectacle. Le spectacle engendre des mécanismes encore plus puissants que ceux de l'exposition étant donné **que pour exposer l'œuvre il faut aussi exposer son corps tout entier et s'exposer soi-même directement au public**. Les bénéfices ainsi que les effets secondaires angoissants d'une telle exposition pourraient donc être décuplés**. De plus, le corps étant en mouvement dans la représentation, la seule façon de fixer l'œuvre dans le temps, est de se filmer.** Dans le cas des troubles du comportement alimentaire, quel pourrait être le retour des patients en voyant leur corps en mouvement sur une vidéo ?

II. Discussion autour des résultats de l'expérience

1. L'utilisation de la vidéo/miroir

Nous avons fait le choix durant nos prises en charge de ne pas utiliser ni le miroir ni la vidéo. En effet, **nous avions pour premier objectif de travailler la redécouverte des sensations internes, ce que nous pensions biaisée par l'ajout du miroir.** Notre salle était équipée d'un miroir et nous ne l'avons pas couvert, sur une séance pour observer leur comportement face à cet outil. Elles n'osaient plus lui tourner le dos, et en profitaient pour s'observer de longues minutes pendant les explications. C'était même l'occasion pour une patiente de resserrer sa ceinture d'un cran. Nous avons donc observé que leur concentration était biaisée et que cet objet pouvait aussi encourager certains symptômes de la maladie.

Nous avons donc pensé faire la même chose avec la vidéo. Nous sommes partis du postulat de A. Perroud, psychiatre, disant que la vidéo opère une prise de conscience pathétique et salutaire. Nous avions dans l'idée que **la vidéo allait accentuer leur volonté de perfection, et freiner l'objectif principal de prise en soin qu'était le lâcher prise.** En effet, durant notre premier groupe de prise en charge, nos patientes étaient très en difficulté dans la partie plastique à cause de la trace laissée. Elles étaient très angoissées de respecter la consigne et de bien faire, ce qui n'arrivait pas dans le travail corporel. Nous leur avons donc posé la question à la fin d'une séance de la raison de cette angoisse soudaine dans la partie plastique et une patiente nous a répondu, appuyée par les autres « C'est parce que dans le corporel il n'y a pas de trace. On peut faire ce qu'on veut, personne ne nous filme et on ne verra pas que ce qu'on faisait était moche. » Nous prenons donc le parti de ne pas utiliser cet outil et ainsi se concentrer sur les bénéfices relationnels et libérateurs de la pratique de la danse. Nos résultats de l'expérience montrent qu'en effet, la pratique a eu des bénéfices sur ces champs d'action.

Néanmoins, durant nos recherches, nous avons lu le mémoire de Wiatr Laurène, (2009) qui a utilisé la vidéo durant ses séances de danse avec un public atteint d'anorexie. **Elle décrit dans ses résultats que cette pratique a eu des effets bénéfiques sur l'estime de soi**. En effet, après la pratique, elles ont pu mettre en relief leur vision corporelle biaisée par le miroir. La vidéo permet d'avoir une vision globale du corps en mouvement, dans différents plans, contrairement au miroir qui renvoie toujours la même position et ainsi leur montrer quelles étaient capables de faire une chorégraphie coordonnée et jolie. Elles sont fières de leur travail et souriantes.

Nous remarquons donc que selon Vincent, psychiatre et psychanalyste, (2012) la vidéo

permet de contourner le filtre de l'information mis en place devant le miroir. Son utilisation dans certaines conditions peut donc être également intéressante face à des patientes dont la problématique principale est de revaloriser l'estime de soi.

Nous pouvons nous poser la question si l'utilisation de cet outil aurait aidé ou non à nos objectifs art-thérapeutique généraux ? Nous ne pouvons pas anticiper les réactions qu'auraient eu nos patientes face à cette technique car chaque individu est différent. De plus, Wiatr L. avait suivi ces patientes pendant trente séances tandis que nous en avions six. Cette utilisation nous paraissait risquée étant donné l'importance de leur auto-jugement et sur un temps si court. Mais nous pensons donc, dans un prochain suivi éventuel, envisager d'utiliser la vidéo dans un travail de revalorisation de l'estime de soi et d'acceptation de la trace laissée.

2. Les limites du travail en groupe

Dans ce stage, nous avons eu la seule possibilité de mettre en place des séances de groupe. **Dans un groupe, de nombreux phénomènes s'opèrent**. Ces phénomènes sont **dynamiques, en perpétuelle évolution** et déterminent également le suivi du soin. En effet, le service soutient les séances de groupe dans le cadre de cette pathologie pour ses nombreux effets favorisants, notamment, la dynamique sécurisante. Selon Maisonneuve, psychosociologue et philosophe, (2018) l'individu peut affronter plus facilement la reconnaissance de ses erreurs lorsqu'il sent que le groupe le comprend. Le groupe est également **stimulant**, en art-thérapie, son énergie est propice à la créativité et peut donner un élan à la productivité. Le groupe est **générateur de lien social** et affectif. Se positionner dans un groupe permet d'exister en tant qu'individu propre et de prendre une place, ce qui induit une revalorisation de l'estime de soi. (Maisonneuve, 2018) La mouvance du groupe entraine que les places de chacun dans le groupe sont amenées à changer. En effet, un élément personnel changeant chez une personne du groupe peut affecter les autres membres et ainsi être un tremplin à l'adaptation, la flexibilité et au changement.

Malheureusement, le travail de groupe amène également certaines difficultés. Nous remarquons tout d'abord que l'observation est difficile à cause du nombre de patients.

Nous notons également que la préparation de chaque séance ne peut être totalement individuelle pour chaque patiente et que nos choix doivent parfois convenir à certaines mais pas à d'autres. L'importance d'avoir un groupe homogène est donc également primordial afin d'avoir des objectifs qui se rejoignent et peuvent convenir à la majorité du groupe.

L'individuation* peut être menacée par le groupe. En effet, les anorexiques sont en quête d'identité, le processus de soin les entraine à affirmer leur Moi* réel au lieu de leur Moi fantasmé. C'est ce processus d'individuation qui leur permet de s'identifier indépendamment des autres. Benoit, médecin et pédopsychiatre, (2017) explique d'ailleurs que « C'est à la fonction d'individuation elle-même qu'il faut rendre hommage dans ce processus de subjectivation, fonction qui peut être activée par toute forme d'interposition dans la dualité. » **L'individuation, qui est essentielle dans le soin des anorexiques, est donc acquise au gré de l'opposition, vectrice de l'affirmation de soi des patientes.** Ce phénomène s'observe beaucoup dans la relation duelle. Le groupe peut être instigateur d'un phénomène de fusion, qui va entrainer les participantes à avoir les mêmes modes de pensées. En effet, comme nous le précisions dans l'introduction, les jeunes anorexiques ont tendance à se montrer parfaites et se faire apprécier de tout le monde. C'est également le cas avec leurs camarades, avec qui elles vont avoir parfois beaucoup de mal à gérer le conflit. Dans ce cas, certaines vont alors hésiter à donner leur avis de peur d'être moquées ou rejetées.

Durant la séance 4 de notre suivi, nous avons pu assister à un changement de la dynamique de groupe, qui a été induite par un changement d'humeur de Dina. Pour elle, l'expérience est très désagréable, au point de se fermer et de s'empêcher de profiter de la séance, tandis que pour Lola l'expérience est l'occasion d'une verbalisation de ses sensations de manière pertinente et en lien avec la réalité. Dans cette situation nous observons que pour Lola le groupe a été porteur et fédérateur d'une nouvelle dynamique. Elle a pu s'abandonner mais aussi verbaliser de nouvelles choses, afin de venir en aide à Dina. **Cette situation représente l'inversion des positions à l'intérieur du groupe** : Lola est plutôt la patiente dominée et inhibée et Dina la patiente dominante et extravertie mais dans cette situation les rôles s'inversent afin de venir en aide à Dina. Lola expérimente alors une nouvelle place qui va être déterminante dans son soin et lui permettre de s'affirmer sur les dernières séances et ainsi répondre à son Objectif art-thérapeutique Général 1.

Nous y voyons également une opportunité de parler **d'un inconvénient du groupe, celui de ne pas pouvoir s'adapter immédiatement aux difficultés rencontrées par les patientes**. En effet, selon Lecourt, musicothérapeute & Lubart, psychologue, (2017), l'art-thérapie est une discipline sur-mesure, que l'art-thérapeute adapte sans arrêt au patient. Dans le groupe, l'adaptation est difficile, du fait que la proposition peut plaire à certains et pas à d'autres. Dans ce cas précis, sur les six patientes, cinq profitaient pleinement de la proposition, pendant que Dina était en souffrance. Comment savoir alors s'il faut arrêter l'exercice afin de soulager

Dina ou laisser les autres profiter et dans ce cas laisser Dina en péril ?

En individuel avec Dina nous aurions probablement fait dériver la proposition vers quelque chose de ludique, comme des percussions corporelles rythmées et joyeuses et abrégé ainsi le massage. Nous aurions pu prendre le temps d'échanger sans le regard des autres participantes. Dans cette expérience, le groupe peut avoir un effet oppressant sur la difficulté de cette patiente. Voir que la majorité arrive à profiter du moment et qu'elle en était incapable a probablement accentué son malaise. **Le groupe est alors facteur d'inhibition**, le regard des autres patientes l'empêche d'exprimer clairement son malaise et les raisons de ce refus catégorique de la proposition. Il est de notre devoir en tant qu'art-thérapeute de ne pas laisser sa patiente dans cette boucle de souffrance et de lui permettre plus tard de verbaliser son ressenti. Ce sentiment peut par la suite la mettre dans une situation de souffrance pour les autres séances d'art-thérapie.

Si nous mettons en relief cette séance, nous aurions pu faire des choix différents pour Dina même dans la séance. Nous aurions pu la laisser en binôme avec la patiente avec qui elle est amie ou même avec nous étant donné son attachement aux soignants. Nous aurions pu reprendre le massage à sa place et la laisser se reposer pendant la proposition. Une multitude de possibilités auraient été possibles. Nous avons choisi celle qui nous paraissait la plus adaptée aux yeux du groupe entier.

En tant qu'art-thérapeute, **nous évoquons donc l'importance d'avoir un suivi en individuel avec les patients en plus du travail de groupe** afin de contrer les effets parfois néfastes et imprévisibles sur la prise en charge du groupe. Il est important de ne pas laisser la patiente dans cet état de mal être sans le prendre en considération, la relation thérapeutique pourrait alors s'en trouver affectée.

Conclusion

Les troubles du comportement alimentaire font partie des addictions comportementales, et comme beaucoup d'addictions, leur évolution est un parcours du combattant. La vulnérabilité psychique et neurologique causée par l'addiction est un phénomène réactivable au moindre évènement déstabilisant et traumatisant. Les patientes atteintes d'anorexie mentale restrictive, alors hospitalisées pour des raisons graves sortiront peut-être des symptômes drastiques de cette maladie, mais peuvent avoir des troubles alimentaires que nous décrivions subcliniques dans notre introduction pendant toute leur vie, ou risquent de développer d'autres addictions.

Une étude de Godart, psychiatre, et al., (2014) réalisée sur cent patientes neuf ans après leur hospitalisation à l'adolescence, met en avant que **soixante-dix pour cent des patientes de cette étude sont considérées comme guéries de leur trouble du comportement alimentaire**. Néanmoins, vingt-cinq pour cent des anciennes patientes ont toujours un IMC* inférieur à la moyenne, quinze pour cent souffrent toujours d'anorexie mentale restrictive ou de boulimie de manière chronique et quatre-vingt pour cent ont eu des troubles dépressifs majeurs et / ou anxieux depuis leur sortie d'hospitalisation. Les anciennes patientes se décrivent beaucoup plus découragées et tristes que le groupe témoin. La majorité a toujours un suivi psychologique régulier chez un psychiatre et sept fois plus de patientes consomment de l'alcool régulièrement que le groupe témoin. Parmi les patientes hospitalisées à cette époque, ils observent deux pour cent de mortalité.

L'évolution de cette maladie est un combat constant pour ces jeunes femmes, qui doivent s'évertuer à apprécier la nourriture, élément indispensable à la vie. Contrairement aux cures de désintoxication pour les addictions aux substances, où l'on supprime la source de l'addiction, la nourriture ne peut pas être supprimée de leur vie. « Tout le travail thérapeutique, quel que soit le trouble, vise à apprendre à retrouver une relation saine avec la nourriture. » (Brouwer, psychiatre, et al., 2009, p. 284) Le caractère omniprésent de la nourriture les oblige à rester en vigilance constante de leur état.

Nous considérons néanmoins que les soixante-dix pour cent de jeunes femmes de cette étude n'ayant plus aucun trouble alimentaire représente une grande majorité et un message d'espoir pour toutes ces adolescentes dans une telle situation de souffrance.

Durant ce stage, nous avons vu évoluer ces jeunes filles dans un cadre de vie très bien aménagé à leur besoin, auprès d'une équipe professionnelle et à l'écoute. Nous avons observé

que les séances d'art-thérapie étaient, pour elle, une échappatoire où le soin pouvait prendre une forme de jeu, plaisante et agréable. En effet, les voir sourire et rire étaient des situations jalousées par l'équipe médicale. De plus, la relation thérapeutique créée leur a permis d'échanger avec nous sur de nombreux sujets, d'ailleurs une d'entre elles était intéressée pour se former en art-thérapie « plus tard ». Nous y avons vu la projection de vie future et des projets sur le long terme pour « l'après hospitalisation ».

D'après nos résultats nous pouvons dire que l'art-thérapie a été source de bienfaits, conjointement aux prises en charge pluridisciplinaires, sur les capacités sensorielles, le lâcher prise et l'élan vital. Ces résultats sont le fait de nos ateliers mais aussi de l'évolution globale du soin de ces patientes.

Concernant l'art-thérapie, nous nous questionnons néanmoins sur deux points :

- **Le suivi de ces patientes lors de leur sortie d'hospitalisation**. Elles sont nombreuses à fréquenter l'hôpital en séquentiel ou à garder un suivi psychothérapeutique. Que peut-il advenir de l'art-thérapie dans ce suivi ? Entretenir les capacités de lâcher prise et de créativité nous paraissent être de bonnes indications de soin afin de prévenir les éventuelles rechutes.

- **L'importance capitale de la prévention des troubles du comportement alimentaire**. Comme l'évoquent Brouwer, psychiatre, et al., (2009), lorsque le trouble alimentaire est visible c'est qu'il est déjà très installé et donc potentiellement grave et chronique. Ils préconisent un dépistage précoce et de la prévention primaire, majoritairement dans les milieux à risque (sports esthétiques, milieux de la mode, …) L'art-thérapie peut également avoir un rôle dans ce dépistage, par une analyse corporelle (avec une médiation d'expression corporelle danse) mais aussi en prévention des facteurs de comorbidités (dépression, troubles anxieux) précédemment décrits.

Bibliographie

Benoit, J.-P. (2017). « Je maigris, donc je suis ! » L'anorexie à l'adolescence, détour ou impasse ? *Enfances & Psy*, *73*(1), 57-66. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/ep.073.0057

Bonnes-Perrot, N. (2012). 3. Axes de travail. Dispositifs art-thérapeutiques. *Trames*, 83-166. Dans Anorexie et Art-thérapie

Brouwer, A.-C., Mirabel-Sarron, C., & Pham-Scottez, A. (2009). *Les troubles des conduites alimentaires*. Mardaga. https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/les-addictions-comportementales--9782804700225-page-133.htm

Chabrol, H. (2011). Anorexie, boulimie, troubles du comportement alimentaire subcliniques. *Psycho Sup*, 213-279.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.

Duncan, I. (1969). *Ma vie* (J. Allary, Trad.). Gallimard, DL 1969.

Englebert, J. (2018). Troubles du comportement alimentaire et régulation émotionnelle. *Psychosomatique relationnelle*, *N° 8*(1), 38-46.

Godart, N., Duclos, J., Hubert, T., Carrot, B., Chapelon, E., Roux, H., Ali, A., & Jeammet, P. (2014). Hospitalisation pour anorexie mentale à l'adolescence : Quel devenir 10ans plus tard pour ces jeunes femmes ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *62*(5), 263-270. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.05.004

Godin, L. (2014). Saisir l'anorexie par le corps : De la subjectivité anorexique à la diversité des expériences. *Recherches féministes*, *27*(1), 31-47. https://doi.org/10.7202/1025414ar

Gowers, S. G., An, J. W., Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *176*(2), 138-141. Cambridge Core. https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.138

Graham, M. (2003). *Mémoire de la danse* (C. Le Bœuf, Trad.). Actes Sud.

Guisseau-Gohier, M., Grall-Bronnec, M., Lambert, S., & Vénisse, J.-L. (2007). Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique*, *83*(5), 389-395. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/inpsy.8305.0389

Henniaux, M. (2009). Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires. *L'information psychiatrique*, *Volume 85*(1), 35-41.

Jean-Sloninski, D. (2011). *Utilisation de la danse dans le processus thérapeutique*. L'Harmattan.

Le Heuzey, M. F. (2002). Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *160*(4), 327-331. https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00177-4

Lecourt, É., & Lubart, T. I. (Éd.). (2017). *Les art-thérapies*. Armand Colin.

Lesage, B. (2005). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Érès.

Lichtenberger-Geslin, L., Boudailliez, B., Braun, K., Bach, V., Mercier, A., & Bony-Trifunovic, H. (2013). La pompe à insuline améliore-t-elle la qualité de vie et la satisfaction des enfants et adolescents diabétiques de type 1 ? *Archives de Pédiatrie*,

20(3), 248-256. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.12.011

Maisonneuve, J. (2018). Chapitre I. Courants de recherche et notions de base. *Que sais-je?*, *18e éd.*, 9-23. Dans La dynamique des groupes

Mintz, L. B., O'Halloran, M. S., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses : Reliability and validity of operationalizing DSM—IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, *44*(1), 63-79. https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.1.63

Nasio, J. D. (2013). *Mon corps et ses images*. Éditions Payot & Rivages.

Pireyre, É. W., & Delion, P. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.

Revol, S. (2018). *Une petite voix me disait de maigrir encore*. XO Éditions.

Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Treasure, J., Beecham, J., Berelowitz, M., Dodge, L., Frost, S., Jenkins, M., Johnson-Sabine, E., Keville, S., Murphy, R., Robinson, P., Winn, S., & Yi, I. (2008). Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *The International Journal of Eating Disorders*, *41*(6), 498-504. https://doi.org/10.1002/eat.20533

Szmukler, G. I., & Tantam, D. (1984). Anorexia nervosa : Starvation dependence. *The British Journal of Medical Psychology*, *57 (Pt 4)*, 303-310. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1984.tb02595.x

Universalis, E. (s. d.). *ARTS PLASTIQUES*. Encyclopædia Universalis. Consulté 2 février 2020, à l'adresse http://www.universalis.fr/encyclopedie/arts-plastiques/

Vincent, T. (2012). *Soigner les anorexies graves*. ERES.

Wiatr, L., & Pidolle, A. (2009). *Une expérience d'art-thérapie à dominante danse et art plastique auprès de personnes présentant une symptomatologie anorexique* (École d'art-thérapie de Tours, Éd.).

Discographie

Cigarette after sex - *Apocalypse* - Cigarettes after sex 2017

Keko Brandao - *Madre Tierra* – Tatanka 2002

René Aubry - *Rasta la Vista* – Refuges 2011

Robert Gass - *Ancient Mother* – Ancient Mother 1993

Smash Band - *Grand drum* – Late Night Tale Lindstom 2007

Steve Reich - *Electric counterpoint* – Defected Presents Charles Webster 2000

The freedom sounds - *Behold the day* - Soul Sound System 2013

The piano guys - *Epiphany* – Limitless 2018

Yasmine Levy - *Una noche màs* - Mano suave 2007

Zamua - *Litanie* – Litanie 2013

Glossaire

Anamnèse : Tous les éléments personnels, professionnels, familiaux, médicaux, … qui constituent l'histoire de vie du patient. C'est l'état de base du patient lors de notre prise en charge.

Aménorrhée : Absence de flux menstruel chez une femme en âge d'être réglée. Dans le cadre de l'anorexie, nous différencions l'aménorrhée primaire qui intervient chez une jeune fille n'ayant encore jamais eu ses règles et l'aménorrhée secondaire chez une femme ayant déjà eu ses règles et dont le cycle est interrompu.

Alliance thérapeutique : C'est la relation crée entre le patient et son thérapeute. Cette alliance est un outil thérapeutique nécessaire pour atteindre les buts thérapeutiques fixés.

Asthénie : vient du grec « sthénie » qui signifie « force » et du préfixe « a » signifiant « sans ». L'asthénie est un état de fatigue général chronique et de découragement dépressif.

A2 : Format de feuille de papier, de taille 42 cm x 59,4 cm.

Ballet : Spectacle uniquement dansé racontant une histoire et mettant en scène des personnages.

Binge eating : Terme anglophone pour désigner l'hyperphagie incontrôlée ou hyperphagie boulimique, trouble dans lequel les crises de boulimie ne sont pas couplées à une obsession pondérale, et donc de comportements de purge.

Borderline : Une personnalité borderline est un trouble de la personnalité caractérisé par une impulsivité majeure et une instabilité marquée des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi.

Comportements compulsifs de détresse : Comportements répétitifs et systématiques en réponses à une angoisse.

CMP : Centre Médico Psychologique : Structure d'accueil public pour adulte. Ces structures proposent des soins psychologiques pluridisciplinaires.

Diagnostics différentiels : Ce sont tous les diagnostics possibles pour un même patient, en accord avec son tableau clinique.

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Vème édition : Le Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux, est une classification mondiale des troubles mentaux, permettant les diagnostics des pathologies.

Dysmorphophobie : Trouble perceptif majeur, consistant à voir son corps déformé selon ses angoisses. Dans l'anorexie, chez les femmes, les patientes se voient beaucoup plus grosses que la réalité. Chez les hommes, par exemple, ils se voient beaucoup moins musclés.

Extéroception : Désigne le domaine de la sensibilité somatique concernant les stimulus extérieurs à l'organisme. Ex : peau, muqueuses, …

Hyperesthésie : Pathologie entrainant une hypersensibilité pouvant concerner tous les sens : vu, odorat, toucher, ouïe et goût. C'est une pathologie très handicapante qui entraine souvent un isolement social et un évitement de tous stimulus dans le champ hypersensible touché.

IMC : Indice de Masse Corporelle. Grandeur permettant de se figurer la corpulence d'une personne. Il est calculé grâce au rapport : poids (kg) / (taille)^2

IMM : Institut Mutualiste Montsouris

Individuation : Notion centrale de la théorie psychologique de Jung, l'individuation est un processus qui fait d'un être humain un individu à part entière, lui donnant ainsi une forme complète et achevée.

Kinésphère : Théorisée par Rudolf Von Laban, la kinésphère est l'espace de danse de chacun. Elle est matérialisée en forme géométrique autour du danseur par toutes les possibilités de mouvements dans tous les plans anatomiques. Utiliser toute sa kinésphère signifie donc d'utiliser tout son espace de danse, en terme d'étirement, d'amplitude du mouvement et d'axes anatomiques.

Mimesis : Terme grec, signifiant imitation. Utilisé dans le processus artistique pour caractériser l'interprétation de ce qui est vu et ensuite reproduit, empreint de la personnalité de l'artiste.

Moi : Une des trois instances du psychisme, avec le Ça et le Surmoi, défini par Freud. Le Moi est la part du psychisme qui représente la réalité et assure les fonctions conscientes.

Moi Peau : Concept psychanalytique développé à l'origine par Didier Anzieu en 1974. Il décrit que l'enfant se représente « lui-même comme contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » Il détermine donc que l'enfant sépare son Moi psychique et son Moi physique (son corps), le Moi peau étant le contenant matériel du psychisme.

OAthG : Objectif Art-thérapeutique Général.

OAthI : Objectif Art-thérapeutique Intermédiaire.

Opéra : Datant du XVIe siècle, l'opéra est une œuvre musicale pour un orchestre et des chanteurs mettant en scène des personnages et leur histoire. Chaque rôle est chanté dans un spectacle qui dure plusieurs heures.

Pantomime : Technique spécifique au ballet, ayant adapté le mime aux mouvements dansés. Cette technique permet la narration et le jeu théâtral dans un ballet.

Post-modern dance : Période artistique débutant aux Etats-Unis dans les années 60, c'est la

remise en question des différentes formes d'art et de culture, une réflexion anti-art. C'est l'occasion de recherches expérimentales sur l'essence même de l'art. Dans la danse, c'est un questionnement sur la création artistique, sur le mouvement codifié. Beaucoup de chorégraphes ont créé des pièces en choisissant des mouvements qui n'étaient pas des pas de danses existants et les agençant de manière aléatoire.

Proprioception : Désigne le domaine de la sensibilité somatique concernant les stimuli internes à l'organisme. Ex : L'oreille interne, permettant l'équilibre, les muscles et les viscères.

QIC : Questionnaire de l'Image Corporelle.

STAI : State Trait Inventory Anxiety.

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire.

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs : Troubles anxieux se caractérisant par la présence d'obsessions, c'est-à-dire de pensées envahissantes et angoissantes et de compulsions, qui sont des comportements compulsifs et répétitifs mis en place pour lutter contre ces obsessions.

Troubles co-morbides : Troubles présents en même temps qu'une maladie primaire (ici l'anorexie).

Wutao : Le Wutao est une technique corporelle née de plusieurs aspirations, composée du « Wu », la danse et du « Tao » la voie. Un couple de français est à l'origine de cette technique : Imanou Risselard et Pol Charoy. Très inspiré par la philosophie Taoïste et la danse contemporaine, ils pratiquent ce qu'ils appellent l'écologie corporelle, afin de conscientiser et intérioriser au maximum le mouvement. Cette technique a pour point de départ du mouvement l'ondulation de la colonne vertébrale et la respiration.

Annexes

Annexe 1 : QIC

Q. I. C.

Remplissez ce questionnaire en pensant à comment vous considérez votre corps.
Choisissez un seul numéro pour chaque ligne.
Les numéros 1 et 2 se réfèrent à la caractéristique de la colonne de gauche, les numéros 4 et 5 à a celle de la colonne de droite.

1	2	3	4	5
beaucoup ou souvent	plutôt ou assez souvent	entre les deux ou ni l'un ni l'autre	plutôt ou assez souvent	beaucoup ou souvent

Vous considérez votre corps comme :

en mauvaise santé	1	2	3	4	5	en bonne santé	1. SAN
physiquement attirant	1	2	3	4	5	non attirant	2. NAT
source de plaisir	1	2	3	4	5	de déplaisir	3. DEP
féminin	1	2	3	4	5	masculin	4. MAS
pur, propre	1	2	3	4	5	impur, sale	5. SAL
exprimant la crainte	1	2	3	4	5	exprimant l'audace	6. AUD
vide	1	2	3	4	5	plein	7. PLE
quelque chose que l'on touche	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on ne touche pas	8. PTO
indifférent, froid	1	2	3	4	5	tendre, chaleureux	9. TEN
exprimant la colère	1	2	3	4	5	exprimant l'apaisement	10. APA
expressif	1	2	3	4	5	non expressif	11. NEX
quelque chose que l'on cache	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on montre	12. MON
calme, serein	1	2	3	4	5	nerveux, inquiet	13. NER
vieux	1	2	3	4	5	jeune	14. JEU
érotique	1	2	3	4	5	non érotique	15. PER
fragile, faible	1	2	3	4	5	résistant, fort	16. RES
joyeux	1	2	3	4	5	triste	17. TRI
quelque chose que l'on ne regarde pas	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on regarde	18. REG
énergique	1	2	3	4	5	non énergique	19. NEN

Annexe 2 : Rosenberg

IRBMS
Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive… »
En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1-2-3-4
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1-2-3-4
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté	1-2-3-4
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	1-2-3-4
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1-2-3-4
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1-2-3-4
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1-2-3-4
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1-2-3-4
9.	Parfois je me sens vraiment inutile.	1-2-3-4
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1-2-3-4

Annexe 3 : STAI

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et Al.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-A

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme	•	•	•	•
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	•	•	•	•
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	•	•	•	•
4. Je me sens surmené(e)	•	•	•	•
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	•	•	•	•
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	•	•	•	•
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	•	•	•	•
8. Je me sens content(e)	•	•	•	•
9. Je me sens effrayé(e)	•	•	•	•
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	•	•	•	•
11. Je sens que j'ai confiance en moi	•	•	•	•
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	•	•	•	•
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	•	•	•	•
14. Je me sens indécis(e)	•	•	•	•
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)	•	•	•	•
16. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	•	•	•	•
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	•	•	•	•
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	•	•	•	•
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•

Annexe 4 : Questionnaire auto-évaluation

PRENOM :
DATE :

Situez-vous en entourant le chiffre entre les 2 propositions à l'endroit correspondant à l'état qui vous décrit le mieux à cet instant précis :

0: Ni l'un ni l'autre, entre les deux
1: très peu
2: peu
3: moyennement
4: fort
5: très fort

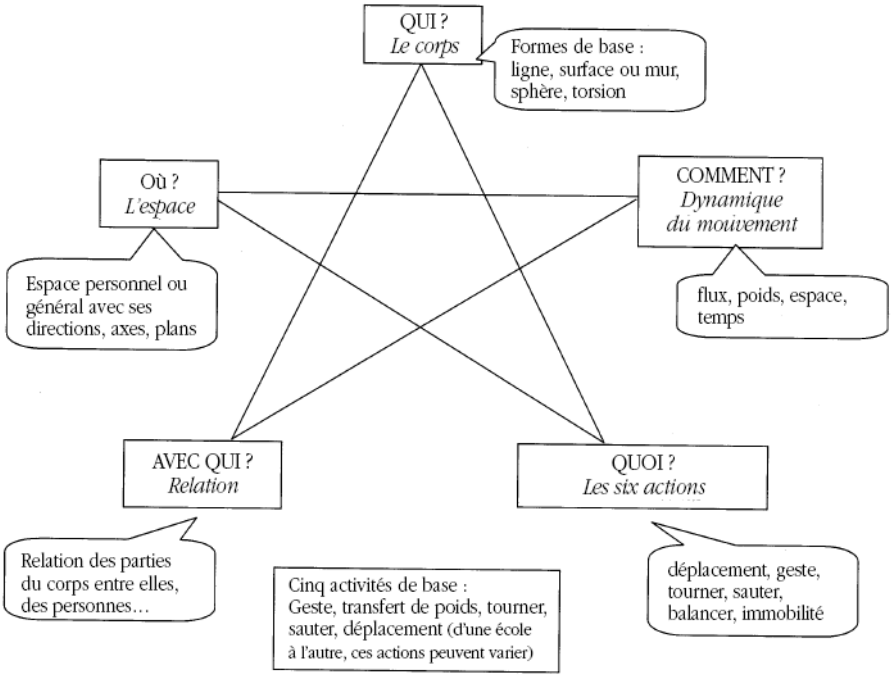
Vous considérez votre corps comme :

1	Vieux	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Jeune
2	Féminin	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Enfantin
3	Montrant la colère	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Montrant la paix
4	Source de plaisir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Source de déplaisir
5	Insensible	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Sensible
6	Pur	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Impur
7	Relâché	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Tendu
8	Anxieux	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Calme, serein
9	Épanoui	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Contraint
10	Craintif	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Audacieux
11	Expressif	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Non expressif

Vous vous sentez globalement :

1	Fatiguée	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Reposée
2	Joyeuse	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Triste
3	Timide, réservée	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Ouverte, expansive
4	Valorisée	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Dévalorisée
5	Effrayée, inquiète	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	En confiance, sans inquiétude
6	Tout à fait libre	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Pas du tout libre
7	Tourmentée	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Sereine
8	Fière de vous	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Pas fière de vous
9	Vide	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Pleine
10	Optimiste pour l'avenir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Pessimiste pour l'avenir
11	Inutile	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Utile

Annexe 5 : Laban Movement Analysis

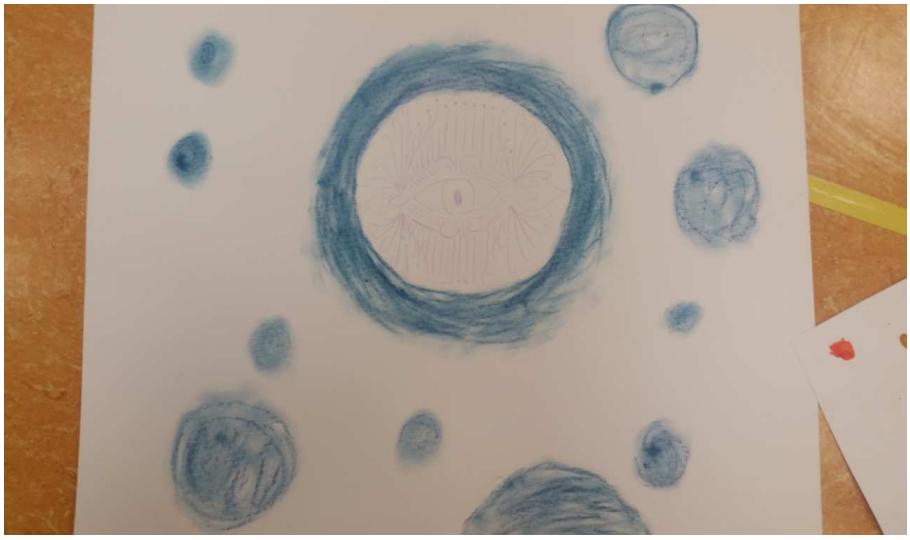


Dynamique	*Modalité*	*Associé à*
Flux	Libre (retenu, controlé)	*Aisé ou restreint,* sentiment, émotion, précision, mise en relation
Poids	Appuyé (fort)/léger	*Intention,* vouloir, sensation
Espace (Focus)	Direct/flexible	*Attention,* pensée, cognition, capacité pour l'organisation et la mise en forme
Temps	Soutenu/soudain	*Décision,* intuition

Dynamique	*Structure locomotrice de soutien*	*Type de présence*	*Modalité*
Centration/ ressourcement	Chaîne antéro-médiane (AM)	Présence sensorielle : je sens donc je suis…	Sensorielle
Dynamique, jeu repousser	Chaîne antéro-postérieure (AP)	Présence ludique : je joue, je flue, donc je suis…	Ludique
Axialité, individuation	Chaîne postéro-antérieure (PA)	Présence en soi : je suis donc je suis…	Intuitive
Aller vers, expansion	Chaîne postéro-latérale (PL)	Présence relationnelle : je communique donc je suis…	Relationnelle
Retour à soi, rassemblement	Chaîne antéro-latérale (AL)	Présence séparée : je me densifie, je me préserve, donc je suis…	Relationnelle
Séparation, affrontement	Chaîne postéro-médiane	Présence active : j'agis, j'affronte, je maîtrise donc je suis…	Consciente, analytique

Annexe 6 : Productions Lola

Séance 1 :



Séance 2 :

Séance 3 :

Annexe 7 : Productions Dina

Séance 1 :

Séance 2 :

Séance 3 :

Annexe 8 : Questionnaire début Lola

PRENOM : [redacted]
DATE : 31/1/20

Situez-vous en entourant le chiffre entre les 2 propositions à l'endroit correspondant à l'état qui vous décrit le mieux à cet instant précis :

0: Ni l'un ni l'autre, entre les deux
1: très peu
2: peu
3: moyennement
4: fort
5: très fort

Vous considérez votre corps comme :

1	Vieux	5 4 3 (2) 1 0 1 2 3 4 5	Jeune
2	Féminin	5 4 3 2 1 0 1 2 (3) 4 5	Enfantin
3	Montrant la colère	5 4 3 2 1 (0) 1 2 3 4 5	Montrant la paix
4	Source de plaisir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Source de déplaisir
5	Insensible	5 4 3 2 1 0 1 (2) 3 4 5	Sensible
6	Pur	5 4 3 2 1 0 1 2 (3) 4 5	Impur
7	Relâché	5 4 3 2 1 0 1 (2) 3 4 5	Tendu
8	Anxieux	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Calme, serein
9	Épanoui	5 4 3 2 1 0 1 2 (3) 4 5	Contraint
10	Craintif	5 4 3 (2) 1 0 1 2 3 4 5	Audacieux
11	Expressif	5 4 3 (2) 1 0 1 2 3 4 5	Non expressif

Vous vous sentez globalement :

1	Fatiguée	5 (4) 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Reposée
2	Joyeuse	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Triste
3	Timide, réservée	5 4 3 (2) 1 0 1 2 3 4 5	Ouverte, expansive
4	Valorisée	5 4 3 2 1 0 1 2 3 (4) 5	Dévalorisée
5	Effrayée, inquiète	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	En confiance, sans inquiétude
6	Tout à fait libre	5 4 3 2 1 0 1 2 (3) 4 5	Pas du tout libre
7	Tourmentée	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Sereine
8	Fière de vous	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Pas fière de vous
9	Vide	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Pleine
10	Optimiste pour l'avenir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Pessimiste pour l'avenir
11	Inutile	(5) 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Utile

Annexe 9 : Questionnaire début Dina

PRENOM : [redacted]
DATE : 03/02/2020

Situez-vous en entourant le chiffre entre les 2 propositions à l'endroit correspondant à l'état qui vous décrit le mieux à cet instant précis :

0: Ni l'un ni l'autre, entre les deux
1: très peu
2: peu
3: moyennement
4: fort
5: très fort

Vous considérez votre corps comme :

1	Vieux	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Jeune
2	Féminin	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Enfantin
3	Montrant la colère	5 4 3 2 1 (0) 1 2 3 4 5	Montrant la paix
4	Source de plaisir	5 4 3 2 1 (0) 1 2 3 4 5	Source de déplaisir
5	Insensible	5 4 3 2 1 0 1 2 (3) 4 5	Sensible
6	Pur	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Impur
7	Relâché	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Tendu
8	Anxieux	5 (4) 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Calme, serein
9	Épanoui	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Contraint
10	Craintif	5 4 3 (2) 1 0 1 2 3 4 5	Audacieux
11	Expressif	5 4 3 2 1 0 1 (2) 3 4 5	Non expressif

Vous vous sentez globalement :

1	Fatiguée	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Reposée
2	Joyeuse	5 4 3 2 1 (0) 1 2 3 4 5	Triste
3	Timide, réservée	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Ouverte, expansive
4	Valorisée	5 4 3 2 1 (0) 1 2 3 4 5	Dévalorisée
5	Effrayée, inquiète	5 4 3 2 1 0 1 (2) 3 4 5	En confiance, sans inquiétude
6	Tout à fait libre	5 4 3 2 1 0 1 (2) 3 4 5	Pas du tout libre
7	Tourmentée	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Sereine
8	Fière de vous	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Pas fière de vous
9	Vide	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 (5)	Pleine
10	Optimiste pour l'avenir	(5) 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	Pessimiste pour l'avenir
11	Inutile	5 4 (3) 2 1 0 1 2 3 4 5	Utile

Le chemin vers de nouvelles perceptions corporelles des adolescentes atteintes de troubles du comportement alimentaire : danse et art-plastique en art-thérapie

Laurane Chambrillon Année 2020

Résumé : Chez tout individu, l'image corporelle s'actualise continuellement de manière inconsciente. Dans le cas des troubles du comportement alimentaire, cette actualisation ne s'opère plus, mettant les personnes en proie à de graves troubles de perception de l'image du corps, appelée dysmorphophobie. Ces pathologies entrainent un grand déficit de l'estime de soi, un dégoût pour la nourriture et pour le corps de femme. L'art-thérapie est une discipline récente, permettant un travail sur l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. Par l'utilisation de différents médiums, comme la danse et les arts-plastique, une amélioration du lâcher prise et de la sensorialité corporelle est envisagée, afin de réduire cette dysmorphophobie.

La première partie définit ces troubles, les traits de personnalité sous-jacent, le rapport au corps et l'influence socio-culturelle sur leur développement. Le lien est fait avec l'art et ses bénéfices puis avec l'art-thérapie et ses indications dans le cadre de ces troubles.

La deuxième partie décrit l'expérience de stage au sein d'un hôpital pédopsychiatrique auprès de jeunes adolescentes atteintes d'anorexie. Elle détaille les séances d'art-thérapie et les outils thérapeutiques.

La troisième partie présente les résultats de cette expérience, ainsi qu'un bilan de la prise en charge.

Enfin, ces résultats sont mis en relief ainsi que la réalité du métier d'art-thérapeute.

Mots clés : Anorexie ; Art-thérapie ; Arts-plastique ; Danse ; Dysmorphophobie ; Féminité ; Image du corps ; Lâcher-prise ; Sensorialité ; Troubles du comportement alimentaire ; Vécu corporel

Path to new body perception of teenagers living with eating disorders: Dance and plastic arts in art therapy

Abstract: For every people, the body image is updated unconsciously every moment of the life. In case of eating disorders, this updating is impossible, leading to serious perception disorders of the body image, called dysmorphophobia. Those troubles lead to a large deficit of self-esteem, a disgust for food and for femininity. Art therapy is a recent discipline, allowing a work on self-esteem, self-confidence and self-affirmation. By using different kind of medium, like dance or plastic arts, an improvement of the ability to let go and the body sensation is consider, to reduce the dysmorphophobia.

The first part defines those troubles, the underlying personality's traits, the relationship to the body and the socio-cultural influence on their development. The link is done with art and its benefits and then with art therapy and its indication in the case of those troubles.

The second part describes the internship experiment in a children's psychiatric hospital for teenagers living with anorexia. This part details art therapy sessions and therapeutics tools.

The third part presents experimental results, as well as a summary of the experiment.

Finally, a reflection on those results and the art therapist function is proposed.

Keywords: Anorexia; Art therapy; Body experience; Body Image; Dance; Dysmorphophobia; Eating disorders; Femininity; Let it go; Plastic arts; Sensoriality