

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
Faculté de médecine de Tours

**Étude de l'impact de l'art-thérapie sur la diminution du
besoin de maîtrise de patientes souffrant d'anorexie
mentale**

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
de la faculté de Médecine de Tours**

Présenté par Fanny COURTIN

Année 2018

Sous la direction de :
Elodie LARSONNEUR
Art-thérapeute diplômée de la
faculté de Médecine de Tours

Lieux du stage :
Centre Hospitalier Universitaire,
Hôpital Bretonneau
2 Boulevard Tonnellé 3700 Tours

Clinique psychiatrique
Vontes et Champgault
Rue de Vontes 37320
Esvres-sur-I

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
Faculté de médecine de Tours

**Étude de l'impact de l'art-thérapie sur la diminution du
besoin de maîtrise de patientes souffrant d'anorexie
mentale**

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
de la faculté de Médecine de Tours**

Présenté par Fanny COURTIN

Année 2018

Sous la direction de :
Elodie LARSONNEUR
Art-thérapeute diplômée de la
faculté de Médecine de Tours

Lieux du stage :
Centre Hospitalier Universitaire,
Hôpital Bretonneau
2 Boulevard Tonnellé 3700 Tours

Clinique psychiatrique
Vontes et Champgault
Rue de Vontes 37320
Esvres-sur-Indre

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude aux trois patientes que j'ai pu suivre durant ces quelques semaines pour leur investissement et pour leur confiance. Je les remercie pour nos échanges et questionnements très enrichissants et pour tout ce qu'elles m'ont permis d'apprendre.

J'adresse mes remerciements à la Faculté de Médecine de Tours. À Fabrice Chardon, directeur pédagogique de la formation, art-thérapeute et docteur en psychologie, ainsi qu'à tous les intervenants pour leurs enseignements et le partage de leur expérience.

Je remercie les équipes soignantes du service de médecine interne de l'hôpital Bretonneau, particulièrement le docteur Arnaud De Luca et le professeur Régis Hankard pour m'avoir confié leurs patientes. Je remercie les équipes soignantes de la clinique de Vontes et Champgault pour leur écoute, et particulièrement le docteur Catherine Caparros pour la confiance qu'elle m'a accordée.

Je tiens à adresser un remerciement particulier à Elodie Larssonneur pour avoir accepté de diriger cet article malgré son emploi du temps chargé. Je la remercie pour son écoute, nos échanges, pour le regard qu'elle a porté à mon travail ainsi que ses conseils et le partage de son expérience.

Je tiens à remercier l'ensemble de mes camarades de promotion pour nos échanges, en particulier Marion et Olivier pour leur soutien. Je remercie Anne Claire, Gaëlle et particulièrement Cécile pour leur précieux conseils.

Enfin, je souhaite remercier Nathalie pour son investissement dans la relecture de cet article ainsi que pour ses conseils et réflexions constructives. Je remercie Kevin pour son soutien.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	
INTRODUCTION	1
A. CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LE SERVICE DE MÉDECINE INTERNE DE L'HÔPITAL BRETONNEAU ET LA CLINIQUE DE VONTES ET CHAMPGAULT ACCUEILLENENT DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE	1
1. PRÉSENTATION DU PUBLIC : L'ANOREXIE MENTALE EST UNE MALADIE PSYCHIQUE QUI A DES CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.....	1
2. LE CONTEXTE DU SOIN : LES PATIENTES SONT HOSPITALISÉES DURANT PLUSIEURS SEMAINES AVEC LA MISE EN PLACE D'UN CONTRAT DE POIDS	2
a. <i>L'hôpital Bretonneau comprend un service de médecine accueillant les patientes souffrant d'anorexie mentale.</i>	2
b. <i>La clinique de Vontes et Champgault est une clinique psychiatrique qui prend en charge les troubles du comportement alimentaire.</i>	2
3. FONDAMENT THÉORIQUE UTILISÉ : L'ART-THÉRAPIE MODERNE EXPLOITE LE POTENTIEL ARTISTIQUE DANS UNE VISÉE THÉRAPEUTIQUE ET HUMANITAIRE	2
4. DOMINANTES ARTISTIQUES CHOISIES : LA SUCCESSION DE QUATRE DOMINANTES EN ARTS PLASTIQUES PRÉSENTE DES INTÉRÊTS EN RÉPONSE AU BESOIN DE MAÎTRISE DES PATIENTES ANOREXIQUES	3
a. <i>Les différents supports et outils de l'aquarelle et les encres offrent plusieurs niveaux de précision, ce qui peut favoriser l'émergence d'un équilibre entre la réflexion et les ressentis.</i>	3
b. <i>La peinture, avec peu de technique et par ses diverses possibilités d'utilisation, permet la réalisation d'une production peu contrôlée</i>	3
c. <i>Le modelage peut être réalisé au contact direct de la matière et en volume, ce qui permet de solliciter des ressentis plus archaïques.</i>	3
5. PLUSIEURS TRAVAUX SCIENTIFIQUES ONT ÉTÉ MENÉS EN LIEN AVEC LE SUJET DE L'HYPOTHÈSE CONCERNANT LE BESOIN DE CONTRÔLE ET LA DYSMORPHOPHOBIE DE PATIENTES ANOREXIQUES AINSI QU'EN ART-THÉRAPIE AUPRÈS DE PATIENTS SOUFFRANTS DE TCA.....	4
B. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL : LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE D'ART-THÉRAPIE MODERNE DE HUIT SÉANCES AVEC L'APPROCHE SUCCESSIVE ET ÉVOLUTIVE DE QUATRE DOMINANTES ARTISTIQUES PERMETTRAIT, À TRAVERS LES MÉDIAS UTILISÉS, DE DIMINUER LE BESOIN DE MAÎTRISE LIÉ À L'ANXIÉTÉ DE PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE	5
1. SOUS-HYPOTHÈSE 1 : L'AQUARELLE PUIS LES ENCRE COLORÉES PERMETTENT LE PASSAGE DE L'ART II À L'ART I PAR UNE TECHNIQUE PROGRESSIVEMENT MOINS MAÎTRISABLE	5
2. SOUS-HYPOTHÈSE 2 : LA PEINTURE, PAR LA TECHNIQUE DU POURING, FAVORISE LES STIMULATIONS VISUELLES ET PERMET DE DÉTOURNER L'ATTENTION	5
3. SOUS-HYPOTHÈSE 3 : LE MODELAGE MOBILISE LE TOUCHER ET FAVORISE LES RESSENTIS ARCHAÏQUES, PERMETTANT DE DIMINUER LE BESOIN DE MAÎTRISE	6
C. MÉTHODE ET MATÉRIEL : AFIN DE RÉPONDRE À L'HYPOTHÈSE, UNE MÉTHODE ET DES OUTILS ONT ÉTÉ MIS EN PLACE	6
1. SÉLECTION DES SUJETS : LE GROUPE D'ÉTUDE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ SELON DES CRITÈRES D'INCLUSION ET DES CRITÈRES D'EXCLUSION	6
2. LE PROTOCOLE DE SOIN : UN PROTOCOLE DE SOIN EN ART-THÉRAPIE A ÉTÉ MIS EN PLACE AUPRÈS DES PATIENTES.....	6

3. PROCESSUS ET OUTILS ÉVALUATIFS : DES ÉCHELLES ET OUTILS D'OBSERVATION ONT ÉTÉ UTILISÉS AFIN DE MESURER LES EFFETS DE L'ART-THÉRAPIE SUR LE BESOIN DE MAÎTRISE	6
D. LES EXPÉRIENCES CLINIQUES PERMETTENT D'ILLUSTRER LA MISE EN PLACE DU PROTOCOLE.....	7
1. LA STRATÉGIE ART-THÉRAPEUTIQUE EST ÉLABORÉE AU REGARD DES SOUFFRANCES DES PATIENTES PRISES EN CHARGE.....	7
2. LE PROTOCOLE DE SOIN EST COMMUN À TOUTES LES PATIENTES ET ADAPTÉ POUR CHACUNE	8
3. LES TABLEAUX CLINIQUES PERMETTENT UNE VUE D'ENSEMBLE DES PRISES EN CHARGE EFFECTUÉES PENDANT L'ÉTUDE.....	8
E. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS : LES OUTILS D'ÉVALUATION PERMETTENT DE RECUEILLIR DES DONNÉES CONCERNANT L'HYPOTHÈSE.....	10
1. LES RÉSULTATS CONCERNANT LES DIFFÉRENTES DOMINANTES SONT MIS EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS OBSERVÉS PAR RAPPORT AUX RESENTIS	10
2. LES RÉSULTATS MONTRENT PEU D'ANXIÉTÉ ET SONT MIS EN LIEN AVEC DES ÉTUDES AU SUJET DE L'ANXIÉTÉ CHEZ LES PATIENTS ATTEINT DE TCA.....	10
3. UNE ÉVOLUTION DU BESOIN DE MAÎTRISE EST OBSERVÉE ENTRE LE DÉBUT ET LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE EN ART-THÉRAPIE	11
F. L'ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS PERMET DE VÉRIFIER L'IMPACT DES PRISES EN CHARGE AUPRÈS DES PATIENTES EN LIEN AVEC LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	11
1. LES RÉSULTATS OBSERVÉS CONCERNANT LES RESENTIS ET LEUR EXPRESSION SONT D'AUTANT PLUS POSITIFS AU REGARD D'ÉTUDES RÉALISÉES À CE SUJET	12
2. LES RÉSULTATS APPORTÉS PAR L'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ NE SEMBLENT PAS ALLER DANS LE SENS DES RÉSULTATS OBTENUS DANS DES ÉTUDES FAISANT LE LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ET LES TCA.....	12
3. LA DIMINUTION DU BESOIN DE MAÎTRISE OBSERVÉE DANS LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PEUT ÊTRE MISE EN LIEN AVEC DEUX ÉLÉMENTS IMPORTANTS OBSERVÉS LORS D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES.....	13
G. PERSPECTIVES ET DISCUSSION : LES RÉSULTATS APPORTENT DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE ET PISTES DE RÉFLEXION EN LIEN AVEC	13
1. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL : LE PROTOCOLE MIS EN PLACE EN LIEN AVEC L'HYPOTHÈSE SEMBLE ADAPTÉ À DES FEMMES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE	13
2. CRITIQUE DU TRAVAIL : DES BIAIS ET DES LIMITES SONT RELEVÉS AU COURS DE L'ÉTUDE	14
3. LE PROTOCOLE COMPOSÉ DE QUATRE DOMINANTES SEMBLE RÉVÉLER DES RÉSULTATS POSITIFS AUPRÈS DES PATIENTS SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE ET POURRAIT ÊTRE APPLIQUÉ À DES PATIENTS SOUFFRANT DE BOULIMIE.....	14
CONCLUSION.....	15
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES & ILLUSTRATIONS	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

GLOSSAIRE

Tous les mots suivis d'un astérisque lors de leur première apparition dans le texte sont définis ci-dessous. Sources des définitions :

- [A] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (en ligne).
- [B] Petit Dictionnaire Raisoné de l'Art en Médecine (en ligne).
- [C] Dictionnaire de l'Académie de Médecine.

La référence des autres sources se situe en note de bas de page.

SIGLES :

AT : Art-Thérapeute
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
IMC : Indice de Masse Corporelle
OA : Opération Artistique
PEC : Prise En Charge
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

DÉFINITIONS :

Aménorrhée : Absence de règles depuis plus de six mois. [C]

Anxiété : Appréhension d'une menace intérieure souvent indéfinissable (représentations de l'inconscient, interdits du surmoi...), symptôme de troubles mentaux parfois. [A]

Anorexie mentale : Restriction volontaire de l'alimentation avec véritable obsession concernant la nourriture et rites destinés à contrôler l'attrait de celle-ci, observée le plus souvent chez l'adolescente. [C]

Art : en art-thérapie moderne, ensemble des éléments impliqués dans l'activité volontaire orientée vers l'esthétique. [B]

Art I : Activité spontanée et archaïque, basée sur la saveur, sans intention esthétique ni technique et faisant appel à un cadre global (sans organisation).¹

Art II : Activité artistique intentionnelle et réfléchie, ayant une intention esthétique, impliquant la technique et la connaissance.²

Art-thérapie moderne : Exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. [B]

Besoin : Situation de manque ou prise de conscience d'un manque. [A]

Blessure de vie : Évènement qui vient pénaliser la vie d'une personne, rompre le bien-être.³

Bonne santé : État de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité.⁴

Boucle de renforcement : Dynamique positive, situation de valorisation, de réussite.⁵

¹ GODAIS N. *Impact de l'art-thérapie à dominante arts plastiques sur la motivation intrinsèque des personnes atteintes de diabète de type 2 au sein d'une association d'ETP*. Article de diplôme universitaire : Art-thérapie : faculté de médecine de Grenoble : 2017. 44p.

² Ibid¹ GODAIS.

³ ALBERT G. *Apport de l'art-thérapie dans le Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) pour renforcer l'estime de soi : Étude préliminaire chez des enfants de 7 à 14*

ans accompagnés de leurs parents. Article de diplôme universitaire : Art-thérapie : faculté de médecine de Tours : 2018. 62p.

⁴ OMS. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°2, p100. <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>.

⁵ CALMETTE C. *Une expérience de prise en charge en art-thérapie moderne à dominante arts plastiques et dominantes associées auprès de personnes en situation de précarité vivant en pension de famille*. Tours : RNCP Art-thérapeute 1 vol 90p. AFRATAPEM 2016.

Cibles thérapeutiques : Mécanismes humains sur lesquels l'art-thérapeute pourra s'appuyer durant la prise en charge.⁶

Communication : une expression volontaire dirigée vers autrui qui nécessite un émetteur, un récepteur, un message, un code commun dans une idée de temporalité. Chacun s'exprime l'un après l'autre.⁷

Contrôle : Vérification portant sur des choses en vue d'examiner si elles remplissent les conditions demandées. [A]

Cube harmonique : Modalité auto évaluative des capacités artistique d'une personne, et processeur thérapeutique en art-thérapie moderne. [B]

Diachronique : quand il y a un temps de différenciation entre l'action et la production. Qui laisse une trace.⁸

Dominante : Technique caractéristique de l'activité artistique.⁹

Dysmorphophobie : Préoccupation obsédante de difformité portant sur un aspect du corps (taille, pilosité, nez, yeux, oreilles, seins, etc.), que le sujet estime laid et inacceptable. [C]

Élan : Énergie nécessaire au mouvement (mental).¹⁰

Émotion : Mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu. [C]

Esthétique : Qui est motivé par la perception et la sensation du beau. [A]

Estime de soi : La manière dont l'individu se perçoit et traduit l'opinion qu'il a de lui-même. Elle est complexe et subjective, pour partie fondée sur des critères physiques ou intellectuels, mais aussi influencée par des facteurs sociaux ou relationnels.¹¹

Gratification sensorielle : Sensation particulière liée à l'esthétique qui provoque un moment, un sentiment agréable.¹²

Indice de masse corporelle : Évaluation de la masse corporelle en fonction du poids et de la taille du sujet. Il se calcule en divisant le poids en kg par le carré de la taille en mètre. [C]

Intellectualisation : Mécanisme névrotique de résistance [...], par lequel le sujet tente de maîtriser ses émotions et ses conflits en les intellectualisant pour s'opposer à l'irruption de l'inconscient [...]. [A]

Intention : Être tendu vers un but, avoir la volonté d'un objectif. [B]

Maîtrise : Fait d'être maître de quelque chose, d'avoir quelque chose en son pouvoir, sous son contrôle matériel ou moral. [A]

Pénalité : Désavantages infligés à la personne à la suite d'une maladie, d'un handicap, d'une blessure de vie ou d'un choix de vie qui affecte la qualité de vie.¹³

Pouring : Coulage à partir d'un pot de peinture ou d'un bâton, posé sur la toile couchée sur le sol. Aucun endroit du tableau n'a plus d'importance qu'un autre. La surface est recouverte d'une association colorée. Technique initiée par le peintre Jackson Pollock.¹⁴

Poussée : Impulsion pour mettre en mouvement. Force interne qui détermine un comportement. [A]

Protocole : Instruction précise et détaillée mentionnant toutes les opérations à effectuer dans un certain ordre ainsi que les principes fondamentaux à respecter pour exécuter une opération, réaliser une expérience. [A]

Relation : lien, échange simultané, spontané entre au moins 2 personnes, l'une avec l'autre, dans une idée de durée. Domaine du hors verbal.¹⁵

Représenté : se rappeler, saisir rapidement par l'esprit. Activité cognitive dominante.

⁶ COURTIN F. *Une expérience d'art-thérapie moderne à dominante musique et arts plastiques auprès d'enfants et d'adolescents atteints de mucoviscidose*. Tours : RNCP Art-thérapeute 1 vol 82p. AFRATAPEM 2018.

⁷ Ibid⁴ CALMETTE.

⁸ Ibid² ALBERT.

⁹ Ibid³ COURTIN.

¹⁰ Ibid³ COURTIN.

¹¹ Ibid² ALBERT.

¹² Ibid⁴ CALMETTE.

¹³ Ibid³ COURTIN.

¹⁴ <http://www.jackson-pollock.info/techniques-artiste.html>.

¹⁵ Ibid² ALBERT.

Possède un caractère symbolique signifiant¹⁶.

Ressenti : Éprouver une sensation physique, en tant que telle, agréable ou désagréable. Souvent associé aux sensations et aux représentés. Le ressenti est le fondement de la détermination esthétique. [B]

Rumination : Idée qui occupe de façon obsédante l'esprit d'une personne. [A]

Saveur : Qualité de ce qui est susceptible

de produire sur quelqu'un une sensation délicate, le plus souvent agréable. [A]

Saveur existentielle : En art-thérapie moderne, régulateur naturel du savoir existentiel. Fondements du goût de vivre. [B]

Sites d'action : Détermination générique et localisation sur l'opération artistique d'une (ou plusieurs) difficulté(s) sanitaire(s) révélée(s) par une activité sur laquelle l'art-thérapeute est capable d'intervenir. [B]

¹⁶ Ibid⁴ CALMETTE.

INTRODUCTION

L'anorexie mentale touche 5 personnes sur 100.000 en France, avec une prédominance pour les adolescentes et jeunes femmes de 14 à 20 ans. Il s'agit d'une pathologie qui entraîne des souffrances psychologiques, physiques et sociales sur une longue durée. Environ deux tiers des patients guérissent après cinq ans, et dans 5% des cas l'anorexie entraîne la mort. Dans ce contexte les patients sont souvent amenés à mettre leur vie sociale et professionnelle de côté afin d'être hospitalisés. Pourtant, peu de travaux scientifiques existent à propos des effets possibles de l'art-thérapie sur l'anorexie mentale. Cette discipline originale, qui place l'humain au premier plan, exploite les capacités préservées et le potentiel artistique de la personne, dans un but thérapeutique, afin de proposer un soin complémentaire dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire tels que l'anorexie.

C'est pourquoi il a semblé intéressant d'élaborer ce projet de recherche auprès de ces jeunes femmes anorexiques. Cette étude a été réalisée en milieu hospitalier, dans deux services prenant en charge des personnes souffrant d'anorexie mentale, sur une période de quatre semaines. Le traitement de cette pathologie qui nécessite une prise de conscience de la part du patient et s'inscrit souvent sur une longue durée. La durée de l'hospitalisation est donc généralement longue et les places sont très peu nombreuses.

Une première partie de cet article sera consacrée au contexte de l'étude et présentera la pathologie, les souffrances et les pénalités qu'elle engendre. Elle présentera aussi les deux structures médicales ainsi que les outils artistiques. L'hypothèse sera exposée dans une deuxième partie. Dans une troisième partie les outils, moyens et méthodes utilisés seront présentés. La quatrième partie sera consacrée à la présentation de la stratégie et des expériences cliniques. Les résultats seront présentés et analysés dans les parties cinq et six afin de répondre à l'hypothèse, d'analyser le travail et de proposer des ouvertures dans une septième et dernière partie.

A. CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LE SERVICE DE MÉDECINE INTERNE DE L'HÔPITAL BRETONNEAU ET LA CLINIQUE DE VONTES ET CHAMPGAULT ACCUEILLENENT DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE

1. Présentation du public : l'anorexie mentale est une maladie psychique qui a des conséquences physiques et physiologiques

L'anorexie mentale* est un trouble du comportement alimentaire qui se traduit par le refus de s'alimenter, la peur de grossir. Le fait de manger entraîne généralement une sensation de mal-être et de culpabilité. La personne ressent alors un sentiment de vulnérabilité et d'insécurité. L'anorexie mentale est diagnostiquée sur la prise en compte de plusieurs symptômes : l'amaigrissement et le refus de nourriture, la peur de grossir, la dysmorphophobie*, l'aménorrhée*, l'hyperactivité physique et intellectuelle¹⁷. Cette pathologie peut se manifester sous deux formes différentes : une forme qui alterne des crises de boulimies et des comportements de purge, et une forme restrictive liée à la privation de nourriture. C'est de cette dernière dont souffrent les patientes de cette étude.

Les troubles alimentaires liés à l'anorexie ont des conséquences physiques et physiologiques¹⁸. L'une des conséquences physiques majeure est l'amaigrissement. Lorsque l'IMC* descend en-dessous de 18 alors qu'il devrait normalement être compris entre 18 et 25, c'est le signe d'une dénutrition qui nécessite une prise en charge médicale, comme c'est le cas pour ces jeunes femmes.

Mais l'anorexie est avant tout un trouble mental qui s'accompagne d'autres troubles de type anxieux, phobiques ou obsessionnels¹⁹ et qui entraînent des pénalités et souffrances chez

¹⁷ SIMON Yves, NEF François, *Comment sortir de l'anorexie ? : et retrouver le plaisir de vivre*. Paris : Odile Jacob, 2002.

¹⁸ Voir annexe n°1.

¹⁹ BRUSSET Bernard, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod, 1998.

les patientes. En réponse à une grande anxiété* le régime et la perte de poids que ces jeunes femmes s'imposent peuvent créer un sentiment de maîtrise* de soi et de contrôle* de son corps²⁰. Malgré les contraintes leur corps ne parvient jamais à correspondre à leurs attentes et cela entraîne à terme une diminution de l'estime de soi*, de l'amour de soi, de la confiance en soi et en ses capacités.

Cette maladie, qui se déclenche très fréquemment à l'adolescence, constitue bien souvent une blessure de vie* avec une perte de la saveur existentielle*. Le sentiment s'être hors normes tout comme la perte de sensations peuvent être vécus comme une pénalité* de handicap.

2. Le contexte du soin : les patientes sont hospitalisées durant plusieurs semaines avec la mise en place d'un contrat de poids

En Indre et Loire les structures et services qui prennent en charge les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire sont peu nombreux, avec un nombre de lits réduit. Compte tenu du nombre réduit de patients hospitalisés et de la faible rotation des patients, la cohorte de cette étude a été, de fait, restreinte. C'est pourquoi, l'étude s'est déroulée dans deux structures différentes.

a. L'hôpital Bretonneau comprend un service de médecine accueillant les patientes souffrant d'anorexie mentale.

Le service de médecine interne de l'hôpital Bretonneau prend en charge différentes pathologies telles que le diabète de différents types, les maladies immunologiques et vasculaires, les polyopathologies, et enfin les TCA*. Cette dernière comprend les troubles du comportement alimentaire, à savoir l'obésité, la boulimie et l'anorexie. Le service est divisé en deux secteurs d'une dizaine de lits chacun et dispose d'une chambre par secteur pour des patients anorexiques. Ces patientes sont généralement hospitalisées avec un objectif de reprise de poids. Le "contrat de poids" consiste à fixer un objectif de poids à atteindre pour la sortie de l'hospitalisation. Il détermine aussi le type de traitement, nombre et la fréquence des pesées tout comme le nombre des visites autorisées. La durée d'hospitalisation peut varier de trois semaines à six mois. L'équipe se compose d'une cadre de santé, de médecins spécialisés, de psychiatres, d'internes, de diététiciens, d'infirmiers et d'aides-soignants.

b. La clinique de Vontes et Champgault est une clinique psychiatrique qui prend en charge les troubles du comportement alimentaire

La clinique psychiatrique de Vontes et Champgault est composée de cinq unités de soins et compte au total 135 lits. Elle accueille des patients souffrant de diverses pathologies telles que la dépression, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles du comportement alimentaire. Les patients y sont suivis par un psychiatre référent qui coordonne leur prise en charge en relai avec les équipes soignantes pluridisciplinaires : les médecins, les psychologues ainsi que les infirmiers qui effectuent des entretiens réguliers mais aussi les aides-soignants, les éducateurs spécialisés et les kinésithérapeutes. Les patients suivent aussi un traitement médicamenteux adapté à leur pathologie. Les patients ont la possibilité de solliciter des intervenants extérieurs comme des art-thérapeutes, des kinésithérapeutes ou des médecins généralistes. Dans le cadre de leur hospitalisation les patientes sont suivies conjointement par les médecins du service de médecine interne de l'hôpital Bretonneau.

3. Fondement théorique utilisé : l'art-thérapie moderne exploite le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire

Afin de répondre aux souffrances et aux besoins* de patientes souffrant d'anorexie mentale, l'art-thérapie est une discipline originale qui agit en complément des autres soins.

L'art-thérapie moderne* est une discipline paramédicale centrée sur l'être humain, Elle exploite les pouvoirs de l'Art* dans le but de favoriser la bonne santé* et d'améliorer la qualité de vie ainsi que l'estime de soi*. Elle s'appuie sur les capacités d'expression, de communication* et de relation* du patient. L'art-thérapeute va donc prendre en compte les trois

²⁰ Voir annexe n°1.

entités physique, psychique et sociale de l'être humain. Il va distinguer les mécanismes qui fonctionnent, appelés aussi partie saine, de ceux qui sont défaillants, c'est à dire les cibles thérapeutiques* et les sites d'actions*. Il va utiliser les effets relationnels, le pouvoir éducatif et le pouvoir d'entraînement de l'Art. L'art-thérapeute va mettre en place un protocole* comprenant des objectifs thérapeutiques, ainsi qu'une stratégie et choisir une dominante* artistique²¹. La stratégie va s'appuyer sur les cibles thérapeutiques* afin de travailler sur les sites d'actions en provoquant des boucles de renforcement*. Pour cela, l'art-thérapeute va utiliser l'opération artistique²², un outil théorique qui fait le lien entre les mécanismes humains et l'activité artistique.

4. Dominantes artistiques choisies : la succession de quatre dominantes en arts plastiques présente des intérêts en réponse au besoin de maîtrise des patientes anorexiques

Les quatre dominantes choisies sont diachroniques* afin de laisser une trace. Cela permet de marquer et d'observer une progression entre les différentes techniques utilisées, du plus vers le moins maîtrisable.

- a. *Les différents supports et outils de l'aquarelle et les encres offrent plusieurs niveaux de précision, ce qui peut favoriser l'émergence d'un équilibre entre la réflexion et les ressentis*

L'aquarelle peut être réalisée à l'aide de différents outils : les crayons de couleurs qui permettent une réalisation relativement précise grâce à leur mine fine tandis que les pinceaux, du plus fin au plus large offrent de moins en moins de précision. Enfin l'ajout de l'eau modifie le dessin.

L'utilisation de l'encre avec une pipette et un vaporisateur permet d'orienter la tâche mais ne laisse pas la possibilité être précis ni de contrôler le résultat obtenu. La combinaison des différents outils et des différentes techniques offre une possibilité de progression autour de la perte de maîtrise de la précision.

Il s'agit donc de moins réfléchir au résultat que de se concentrer sur les sensations produites par le pinceau/crayon au contact de la feuille, ou bien par l'effet réalisé par l'eau par exemple.

- b. *La peinture, avec peu de technique et par ses diverses possibilités d'utilisation, permet la réalisation d'une production peu contrôlée*

La peinture existe sous différentes formes et offre de nombreuses possibilités techniques. Elle est généralement appliquée au pinceau. Néanmoins il est possible de se détourner des outils, comme avec la technique du pouring*. Cette technique consiste à verser différentes couleurs de peinture acrylique sur une toile afin de réaliser des marbrures. L'apparition de ces marbrures grâce au mouvement de la toile sollicite des ressentis* visuels ; les couleurs se mélangent de façon aléatoire, sans possibilité de contrôle.

- c. *Le modelage peut être réalisé au contact direct de la matière et en volume, ce qui permet de solliciter des ressentis plus archaïques*

Le modelage de l'argile peut être effectué de différentes manières. En effet, il est possible de réaliser une production en volume, ou bien à plat avec tout de même des éléments en relief, ce qui le différencie des dominantes précédentes. Des outils spécifiques ou détournés peuvent être utilisés pour creuser ou réaliser des empreintes dans la terre. Enfin, il est possible de modeler seulement avec les mains. Le fait de malaxer et de réaliser différentes formes mobilise le toucher et favorise le contact direct avec l'argile. Ce contact, même avec l'utilisation d'outil est quasiment inévitable au cours de l'atelier, que ce soit pour sortir le bloc du sac, le découper, le déplacer ou bien le ranger. Les outils ne serviront qu'à la mise en forme. Le contact avec la texture sollicite des ressentis archaïques, non contrôlés, plus ou moins agréables et très peu intellectualisés.

²¹ Voir annexe n°3.

²² Voir annexe n°2.

5. Plusieurs travaux scientifiques ont été menés en lien avec le sujet de l'hypothèse concernant le besoin de contrôle et la dysmorphophobie de patientes anorexiques ainsi qu'en art-thérapie auprès de patients souffrants de TCA

Le tableau suivant synthétise les travaux effectués en art-thérapie ainsi que les résultats obtenus, en lien avec l'anorexie mentale et les troubles du comportement alimentaire :

Référence	Auteur	Public	Dominante	Sujet	Résultats
Mémoire d'art-thérapie 2015	Sandrine BERTRAND ²³	Anorexie mentale	Modelage, encres colorées	Restaurer les composantes l'affirmation, la confiance et l'amour de soi	- Évolution de l'affirmation de soi - Augmentation de la confiance en soi - Évolution de l'amour de soi
Mémoire d'art-thérapie 2015	Émilie DEGRACE ²⁴	7 patientes souffrant de TCA	Arts plastiques	Réduire le besoin de maîtrise et améliorer l'estime de soi	- Diminution du besoin de maîtrise - Amélioration de l'estime de soi en lien avec les ressentis et la relation avec l'AT*
Mémoire d'art-thérapie 2011	Gaëtane HERMANS ²⁵	TCA	Photographie	Estime de soi, relation à l'autre	- Restauration de l'estime de soi - Nouvelle compréhension de la relation à l'autre
Article de diplôme universitaire d'art-thérapie 2018	Gilles TEDETTI ²⁶	Obésité	Arts plastiques	Implication ETP*	- Développement de l'implication globale des patients - Engagement dans le projet de soin

Tableau n° 1 : Récapitulatif des expériences scientifiques en art-thérapie.

Le professeur en psychologie et art-thérapeute Jean-Luc Sudres a réalisé une étude à propos de la pertinence de l'art-thérapie auprès de personnes anorexiques. Dans cet article scientifique le professeur Sudres évoque le besoin de maîtrise comme l'un des symptômes positifs de l'anorexie. Ce point est important car cela signifie que le besoin de maîtrise étant un symptôme, il pourrait être présent chez toutes les patientes anorexiques, ou du moins une majorité d'entre elles. De plus, le professeur Sudres énumère dans cette étude les indications et contre-indications à l'art-thérapie, spécifiques, selon lui, à ces patientes. Il porte l'indication d'art-thérapie lorsque ces personnes « empruntent une voie trop cartésienne ou bien encore celle de la rationalisation/intellectualisation* et donc de la maîtrise », ou bien afin de projeter « l'expression des émotions* plaisir/déplaisir qui va rejoindre le travail sur les ressentis, ainsi que favoriser le lâcher-prise ».

Par ailleurs, plusieurs études ont été réalisées au sujet de la dysmorphophobie, un autre symptôme important de l'anorexie, qui est aussi évoquée dans le travail du professeur Sudres. Il a proposé à des patientes de traverser des portes de largeurs différentes.

²³ BERTRAND Sandrine, *Accompagnement art-thérapeutique d'un public touché par l'anorexie mentale avec l'application des techniques du modelage et des encres colorées*. 77p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2015.

²⁴ DEGRACE Émilie, *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire*. 70p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2015.

²⁵ HERMANS Gaëtane, *La participation à un atelier d'art-thérapie à dominante photographique peut raviver l'estime de soi et la relation à l'autre auprès de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire*. 80p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2011.

²⁶ TEDETTI Gilles, *L'art-thérapie à dominante arts plastiques, auprès d'un public adulte confronté à l'obésité, favorise l'implication et augmente l'engagement dans le programme d'éducation thérapeutique du patient*. 51p. Article de diplôme universitaire : Art-thérapie : faculté de médecine de Grenoble : 2018.

Certaines patientes pensaient ne pas pouvoir traverser les portes les plus étroites car elles se voyaient beaucoup plus « grosses » qu'elles ne l'étaient en réalité.

D'autre part, une méta-analyse de 42 articles a été réalisée à propos de la dysmorphophobie. Cette dernière compare deux méthodes de mesure (métrique et descriptive) de personnes anorexiques et boulimiques.

L'insatisfaction liée au corps et caractéristique des personnes anorexiques et boulimiques provoque des réactions comme la rumination*. Ce comportement a fait l'objet d'une étude qui démontre que la rumination augmente l'insatisfaction par rapport au corps. Notamment comparé à l'acceptation, une autre réaction possible, dans les deux groupes.

On remarque aussi que ces patientes ont très souvent un comportement d'hypercontrôle, qui est un autre des symptômes importants de l'anorexie.

B. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL : LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE D'ART-THÉRAPIE MODERNE DE HUIT SÉANCES AVEC L'APPROCHE SUCCESSIVE ET ÉVOLUTIVE DE QUATRE DOMINANTES ARTISTIQUES PERMETTRAIT, À TRAVERS LES MÉDIAS UTILISÉS, DE DIMINUER LE BESOIN DE MAÎTRISE LIÉ À L'ANXIÉTÉ DE PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE

L'hypothèse est de favoriser au maximum les ressentis* corporels, parfois peu présents chez les patientes, afin de diminuer l'activité cérébrale trop intense due au besoin de maîtrise. Ce fort besoin de maîtrise entraîne parfois de l'intellectualisation. Il s'agit d'un mécanisme cognitif de défense ayant pour but de pallier une grande anxiété entraînée en partie par la dysmorphophobie*. L'apport de ressentis corporels pourrait permettre de diminuer le besoin de maîtrise, de rétablir l'équilibre corps/esprit.

Il ne s'agit donc pas de susciter des ressentis corporels d'emblée, mais plutôt de partir de la réflexion et de faire émerger un élan* qui entraînera une poussée* corporelle. Cela permettra de mobiliser la structure corporelle et l'engagement de la personne dans l'activité artistique. Le but sera de favoriser progressivement les ressentis archaïques, avec éventuellement des gratifications sensorielles*. Il s'agit donc d'équilibrer le rapport entre le ressenti et le représenté*, en favorisant à terme la saveur existentielle peu présente chez ces patientes.

La succession des quatre dominantes sera utilisée pour permettre cette évolution ; Il est important de varier régulièrement les activités afin d'éviter le retour de l'intellectualisation qui pourrait être engendré par la connaissance d'une technique. Cela permet aussi d'explorer les possibilités de chaque dominante dans le but de favoriser l'Art I*.

1. *Sous-hypothèse 1 : L'aquarelle puis les encres colorées permettent le passage de l'Art II à l'Art I par une technique progressivement moins maîtrisable*

L'aquarelle, réalisée au crayon de couleur, constitue une technique simple et rassurante pour débiter la prise en charge en art-thérapie. L'utilisation des pinceaux ensuite permet de réduire la précision de manière progressive. Dans un premier temps, des allers/retours entre Art II* et Art I seront effectués grâce à l'aquarelle. Puis dans un second temps c'est l'Art I qui sera mis en avant avec l'utilisation des encres colorées, dont la technique ne permet pas de contrôler le résultat obtenu. Cette première sous-hypothèse consiste donc à exploiter des techniques, toujours simples, nécessitant peu de réflexion et de moins en moins contrôlable afin de favoriser le passage de l'Art II à l'Art I, de la réflexion aux ressentis.

2. *Sous-hypothèse 2 : La peinture, par la technique du pouring, favorise les stimulations visuelles et permet de détourner l'attention*

La technique du pouring ne demande aucun savoir-faire particulier. Il s'agit donc d'une technique relativement simple dont l'action principale consiste à mélanger de la peinture et de la colle puis à faire couler ce mélange sur la toile. Cela suscite donc une stimulation visuelle et éventuellement des émotions telles que la surprise due au caractère inattendu et peu contrôlable du résultat. Ces émotions qui peuvent subvenir de façon soudaine. Le fait de se concentrer sur les effets de la peinture qui rayonne permet de détourner l'attention et donc potentiellement de stopper les ruminations pendant un moment.

Cette sous-hypothèse consiste donc à susciter des ressentis et des émotions dans le but de détourner l'attention des ruminations.

3. Sous-hypothèse 3 : Le modelage mobilise le toucher et favorise les ressentis archaïques, permettant de diminuer le besoin de maîtrise

Le modelage est une dominante qui engage particulièrement le sens du toucher puisque son utilisation implique nécessairement le contact physique avec la matière. Le contact avec l'argile peut susciter différentes sensations ou émotions, plus ou moins agréables. Le travail de l'argile, matière rudimentaire, appelle à la manipulation et favorise les ressentis archaïques, donc non contrôlés. Le fait de se concentrer sur ces ressentis et de rester au maximum dans l'Art I permettrait d'équilibrer le rapport ressentis/représenté et de limiter l'intellectualisation au profit des ressentis corporels. Si la patiente est centrée sur ses sensations, elle aura moins la possibilité de penser, ce qui pourra enrayer momentanément les ruminations pathologiques et diminuer le besoin de maîtrise.

C. MÉTHODE ET MATÉRIEL : AFIN DE RÉPONDRE À L'HYPOTHÈSE, UNE MÉTHODE ET DES OUTILS ONT ÉTÉ MIS EN PLACE

1. Sélection des sujets : le groupe d'étude a été sélectionné selon des critères d'inclusion et des critères d'exclusion

Le tableau ci-dessous regroupe les différents critères d'inclusion et d'exclusion pour le groupe d'étude :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Hospitalisation pour anorexie restrictive	- Boulimie
- Femme	- Homme
- Entre 18 et 25 ans	- Autres pathologies
- Durée d'hospitalisation	(sauf troubles associés)

Tableau n° 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche.

2. Le protocole de soin : un protocole de soin en art-thérapie a été mis en place auprès des patientes

Le protocole de soin a été élaboré selon des critères précis répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Protocole de recherche
Durée et nature des séances : 9 séances de 40 à 50 minutes, dont une séance de rencontre de 20 minutes. Deux à trois séances par semaine réparties sur une période d'environ un mois. Séances individuelles en chambre ou en atelier.
Découpage des séances par dominante : - Deux séances d'aquarelle au crayon. - Deux séances d'aquarelle au pinceau. - Deux séances d'encres. - Une séance de peinture. - Une séance de modelage.

Tableau n° 3 : Organisation du protocole de recherche.

3. Processus et outils évaluatifs : des échelles et outils d'observation ont été utilisés afin de mesurer les effets de l'art-thérapie sur le besoin de maîtrise

Au cours de l'étude, différents outils d'évaluation ont progressivement été mis en place. Ces outils sont listés dans le tableau ci-dessous :

Outils d'évaluation
La fiche d'observation²⁷ : Les items d'observation qui composent la fiche d'observation sont sélectionnés en fonction de la stratégie afin d'observer une potentielle évolution en séance. Des faisceaux d'items sont définis par rapport aux éléments importants en lien avec l'hypothèse ainsi que pour chaque dominante artistique.

²⁷ Voir annexe n° 4.

<u>Fréquence</u> : pendant chaque séance.	<u>Modalité de réalisation</u> : Items observés par l'art-thérapeute.
Le cube harmonique* : Trois éléments sont évalués : le bon (si c'était agréable à produire), le bien (si cela semble bien réalisé au niveau technique), le beau (si la production plaît au niveau esthétique*). Cet outil sera exploité notamment pour le besoin de maîtrise avec le bien, pour les ressentis avec le bon. L'évaluation du bien permettra d'observer le lien et l'équilibre entre le bon et le bien.	
<u>Fréquence</u> : à la fin de chaque séance.	<u>Modalité de réalisation</u> : auto évaluation de la patiente, sui doit coter sur 5 les trois items à l'aide d'un tableau.
Le questionnaire de « Désir de contrôle* » de Burger et Cooper²⁸ : Le questionnaire de désir de contrôle ²⁹ est un auto questionnaire composé de vingt questions cotées de 1 (pas du tout) à 7 (toujours) permettant dans le contexte de l'étude de mesurer le besoin de maîtrise. Les résultats obtenus peuvent varier entre 20 et 140, un score élevé indiquant un besoin de maîtrise plus fort.	
<u>Fréquence</u> : début et fin de PEC.	<u>Modalité de réalisation</u> : questionnaire présenté à la patiente lors de la première et de la dernière séance, elle doit coter chaque question dans les cases correspondantes.
L'échelle d'anxiété de COVI³⁰ : Cette échelle permet de mesurer l'anxiété selon trois items : le comportement, le discours et les plaintes somatiques ³¹ . Par souci d'objectivité cette échelle a été remplie par les infirmières, quelques heures avant et après les séances d'art-thérapie.	
<u>Fréquence</u> : matin et soir le jour des séances.	<u>Modalités de réalisation</u> : chaque item est à coter entre 0 et 4 dans les cases correspondantes.
Le questionnaire des ressentis³² : Ce questionnaire composé de cinq questions a été élaboré par l'art-thérapeute afin de permettre aux patientes d'identifier leurs ressentis par rapport à l'activité artistique.	
<u>Fréquence</u> : séances 5 à 8.	<u>Modalité de réalisation</u> : questionnaire présenté à la patiente qui le remplit par écrit en fin de séance.
La roue des émotions de Plutchik³³ : La roue des émotions ³⁴ de Robert Plutchik est composée de huit émotions principales : la joie, l'attrance, la peur, la surprise, la tristesse, le dégoût, la colère, l'anticipation. Elle comporte plusieurs niveaux, dont chacun est représenté par extension sur un cercle. Les autres cercles sont composés de nuances et d'émotions plus avancées par rapport aux émotions de base.	
<u>Fréquence</u> : séance 3 à 8, afin de réaliser les deux premières séances d'ouverture et de ne pas proposer tous les questionnaires en même temps.	<u>Modalité de réalisation</u> : roue présentée en fin de séance en noir et blanc pour éviter toute interprétation. La patiente doit pointer du doigt une ou deux émotions correspondants à la séance.

Tableau n° 4 : Les outils d'évaluation de l'étude.

D. LES EXPÉRIENCES CLINIQUES PERMETTENT D'ILLUSTRE LA MISE EN PLACE DU PROTOCOLE

1. La stratégie art-thérapeutique est élaborée au regard des souffrances des patientes prises en charge

Après réflexion avec l'équipe de soin et indication de l'art-thérapie par les médecins, l'état de base a été établi. Puis après la prise de connaissance des capacités préservées ainsi que des souffrances des patientes, les objectifs thérapeutiques intermédiaires et leurs boucles de renforcement fixés sont présentés dans le tableau suivant. Le détail de ces objectifs en lien avec les spécificités des dominantes se trouve en annexe³⁵.

Les objectifs intermédiaires et leurs boucles de renforcement		
Objectif thérapeutique n°1	4-5-6(-7-8)	Faire émerger un élan vers l'activité et une relation de confiance par le biais des connaissances.

²⁸ BURGER J-M, COOPER H-M, « The Desirability of Control ». *Motivation and Emotion*. Vol. 3, n°4 (1979), p.381-393.

²⁹ Voir annexe n°5.

³⁰ BERLIN I, LAVERGNE F, « Relationship between body-mass index and depressive symptoms in patients with major depression ». *European psychiatry*. Vol. 18 (2003), p.85-88.

³¹ Voir annexe n°6.

³² Voir annexe n°7.

³³ PLUTCHIK Robert. « The Nature of Emotions: Human Emotions Have Deep Evolutionary Roots, a Fact That May Explain Their Complexity and Provide Tools for Clinical Practice ». *American Scientist*. Vol. 89, n°4, (2001), p. 344-350.

³⁴ Voir annexe n°8.

³⁵ Voir annexe n°9.

Objectif thérapeutique n°2	5-6-3-4	Limiter la réflexion liée à l'intention* esthétique (l'Art II) et de favoriser les ressentis par une technique peu maîtrisable.
Objectif thérapeutique n°3	2-3-4	Susciter la surprise afin de détourner l'attention (limiter la réflexion, les ruminations).
Objectif thérapeutique n°4	3-4	Favoriser l'Art I afin de se concentrer sur les ressentis archaïques.

Tableau n° 5 : Les objectifs thérapeutiques en lien avec les boucles de renforcement.

2. Le protocole de soin est commun à toutes les patientes et adapté pour chacune

L'hypothèse portant sur le protocole art-thérapeutique et ses dominantes, ce dernier doit être strictement le même pour chacune des patientes.

Les patientes de la cohorte sont confrontées sensiblement aux mêmes souffrances. Néanmoins, chacune a sa personnalité propre et certains points de la prise en charge en art-thérapie nécessitent des adaptations. Lors de la séance d'ouverture, par exemple, les illustrations proposées peuvent être différentes, en fonction des goûts de la patiente et évoqués lors de la première rencontre. Ensuite, les dominantes proposées restent les mêmes, mais les méthodes employées peuvent différer d'une patiente à l'autre. En effet, certaines peuvent avoir plus de difficultés à faire des choix ou avoir tendance à essayer de modifier la consigne. Dans ce cas un jeu peut être proposé. Pour d'autres une méthode didactique peut être plus adaptée. Enfin, enfin fonction de chacune, les consignes peuvent parfois être modifiées afin que l'atelier soit totalement adapté à la patiente, à sa personnalité et ses capacités (par exemple dessin ou découpage pour l'aller-retour l'Art II/Art I avec l'aquarelle au pinceau).

3. Les tableaux cliniques permettent une vue d'ensemble des prises en charge effectuées pendant l'étude

Le tableau suivant fait la synthèse des éléments importants du protocole de ces trois prises en charges.

Récapitulatif des prises en charge			
	Emma	Mélanie	Victoria
Indication	Réappropriation des sensations du corps.	Travail sur le corps et les sensations.	Travail sur le corps et les sensations.
Éléments d'anamnèse	25 ans, vit avec sa mère, relation fusionnelle. Préparatrice en pharmacie mais ne lui plaît pas. Danse pendant 12 ans. Fait des coloriages dans sa chambre d'hôpital. Antécédents : crises d'angoisses et TOC, syndrome dépressif. Taille : 159 cm.	19 ans, vit avec sa mère. Lycée d'esthétique en internat. Hospitalisations dans différentes structures dont l'hôpital Bretonneau. Dernière hospitalisation pour dénutrition sévère. Pas de contrat de poids. Taille : 167 cm.	22 ans, en master professionnel de finance à Paris, pression pour réussir. Voyage en Erasmus avec prise de poids au retour puis début d'anorexie. Trois séances de course de 5 à 10km par semaine avant son hospitalisation ; Actuellement relaxation et pilate. Trouble anxieux généralisé, alopecie et anémie à l'arrivée. Taille : 164 cm.
Poids (IMC)	Entrée : 33, 2kg (13,1) Objectif : 37kg (35kg pour sortie de chambre) Sortie : 37, 1kg (14, 7)	Entrée : 35kg (12,7) Sortie : 41,6 kg (15,1)	Entrée : 34, 3kg (12, 8) Objectif : 40kg (poids intermédiaire de 35kg) Fin PEC* : 36, 8kg (13,52)

Objectif général	Diminuer le besoin de maîtrise.		
Objectifs thérapeutiques	Sortir des ruminations*. - Favoriser les ressentis. - Limiter la réflexion dans la production. - Lui permettre de se sentir valorisée.	Sortir du cadre et de la précision dans l'activité artistique. - Favoriser les ressentis agréables. - Limiter la réflexion dans la production. - Limiter la précision en exploitant l'espace.	Diminuer l'appréhension et lui permettre de lâcher prise en atelier. - Favoriser les ressentis corporels. - Diminuer la réflexion dans la production.
Sites d'action 	3M ³⁶ : beaucoup d'appréhension, de peur 3C : ressentis occultés (faim...) 4M : anxiété et dysmorphophobie* 7 : difficulté à faire des choix	3C : ressentis légèrement occultés (faim...) 4M : dysmorphophobie* (anxiété ?) 6 : rarement satisfaite de ce qu'elle fait	3M : appréhension, peur 3 : ressentis occultés (faim) 4M : anxiété et dysmorphophobie*
Cibles thérapeutiques 	4M : capacités cognitives fonctionnelles 5C : élan et poussée présents 7 : affirme ses goûts (une fois les choix faits) 8 : bonnes capacités relationnelles	4M : capacités cognitives fonctionnelles 5C : élan et poussée présents 7 : affirme ses goûts	4M : capacités cognitives fonctionnelles 5C : élan et poussée présents 7 : affirme ses goûts
Bilan	L'objectif semble atteint en partie puisqu'Emma, réfléchissait beaucoup moins avant la réalisation en fin de prise en charge, et a commencé à verbaliser ses ressentis. Elle semble d'ailleurs avoir eu progressivement plus de ressentis, et son besoin de maîtrise était moins fort en fin de prise en charge. Elle a dit commencer à re-sentir les sensations de son corps qu'elle avait perdues, et sortait beaucoup plus à l'extérieur de sa chambre sans sollicitations des médecins. A l'issue des séances, l'équipe a trouvé Emma moins anxieuse, avec un état d'esprit plus positif et une motivation à poursuivre les objectifs quant à son alimentation.	L'objectif est partiellement atteint. En effet, Mélanie semble avoir eu progressivement plus de ressentis. De plus, ces ressentis étaient agréables surtout sur la fin de la prise en charge lors des dominantes permettant le moins de précision. Néanmoins, elle reste très peu satisfaite de ce qu'elle a produit et on a observé peu d'évolution est observée au niveau de son anxiété. Elle a tout de même dit avoir passé des moments agréables en séance.	L'objectif est atteint en partie. Victoria a montré peu d'appréhension mais l'anxiété ne semble pas avoir diminué. En revanche, Victoria a eu progressivement plus de ressentis et a accordé au fur et à mesure moins d'importance au résultat afin de se concentrer sur le moment présent et les ressentis provoqués par la réalisation. Son besoin de maîtrise a diminué au cours de la prise en charge.

Tableau n° 6 : Le récapitulatif des prises en charge.

³⁶ Le « M » correspond à mental et le « C » à corporel. Voir annexe n°2.

E. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS : LES OUTILS D'ÉVALUATION PERMETTENT DE RECUEILLIR DES DONNÉES CONCERNANT L'HYPOTHÈSE

Les résultats sous forme de graphiques sont répertoriés dans les annexes : dans une première partie les graphiques correspondant au différents faisceaux d'items observés durant la prise en charge, puis les résultats du cube harmonique. Ensuite se trouvent les résultats de la roue des émotions et du questionnaire des ressentis sous forme de tableaux. Les graphiques des résultats de l'échelle de COVI précèdent enfin les résultats du questionnaire de désir de contrôle.

1. *Les résultats concernant les différentes dominantes sont mis en lien avec les résultats observés par rapport aux ressentis*

Différents outils ont permis d'évaluer les ressentis, le premier étant le **faisceau ressentis** de la fiche d'observation. Les résultats de ce faisceau³⁷ montrent une augmentation générale des ressentis pour les trois patientes, notamment entre les séances 1 à 4, qui concernent la dominante aquarelle. Les résultats sont légèrement plus stagnants entre les séances 5 à 8, lors des séances à dominantes encres, pouring et modelage.

- La dominante aquarelles (crayon et pinceau) semble avoir favorisé l'émergence des ressentis sur ces premières séances.

Les résultats du faisceau des ressentis peuvent être mis en lien avec le **cube harmonique**³⁸, et particulièrement le « bon ». Les résultats de l'auto-évaluation de ce dernier sont d'ailleurs très variables. La moyenne montre néanmoins une diminution générale de la cotation du « bon » entre les séances 1 à 4 (aquarelles), puis une augmentation avec un pic lors de la séance 7 (peinture) pour les trois patientes. Le « bien » démontre une augmentation de la séance 1 à 7, sauf pour Mélanie. Le « beau » reste systématiquement plus faible que les deux autres items, sa valeur la plus élevée se situant en séances 6 (encres) et 7 (pouring) chez les trois patientes.

- La cotation des éléments du cube harmonique semble varier en fonction des patientes plus qu'en fonction des dominantes utilisées.

Les résultats du **questionnaire des ressentis**³⁹ mis en place lors des séances 5 à 8 montrent eux aussi un pic d'intensité des ressentis durant les séances 6 (encres) et 7 (peinture) concernant l'intensité des ressentis. Les patientes ont eu toutes les trois des ressentis agréables pour toutes l'ensemble des séances évaluées. Les sens sollicités selon elles ont été le toucher et la vue en majorité. Concernant la nature des ressentis, les deux caractéristiques retrouvées le plus souvent ont été la surprise et le caractère non maîtrisable du résultat obtenu dans un premier temps, la manipulation de la matière/des outils dans un second temps.

- La dominante pouring a sollicité la vue chez deux patientes sur trois, et la dominante modelage a sollicité le toucher chez les trois patientes.

La **roue des émotions** de Plutchik a donc permis d'observer entre autre l'émotion de surprise, en lien avec la deuxième sous-hypothèse. Au regard du tableau récapitulatif des résultats⁴⁰, l'intérêt relatif à l'anticipation, est apparu trois fois. L'admiration, relatif à la confiance, est apparu deux fois. La joie a été sélectionnée une fois, tout comme la songerie (relatif à la tristesse) et la contrariété (relatif à la colère). La surprise ou une émotion de cette branche a été sélectionnée par les trois patientes, au moins 4 séances sur 6.

- La surprise a été l'émotion la plus ressentie avec toutes les dominantes. Il s'agit, d'après les réponses des patientes, de l'émotion la plus présente dans la dominante pouring.

2. *Les résultats montrent peu d'anxiété et sont mis en lien avec des études au sujet de l'anxiété chez les patients atteint de TCA*

³⁷ Voir annexes n°11.

³⁸ Voir annexe n°15.

³⁹ Voir annexe n°17.

⁴⁰ Voir annexe n°16.

L'**échelle de COVI** permet de mesurer l'anxiété selon trois items : le comportement, le discours, et les plaintes somatiques. Cette échelle, qui devait permettre de mesurer l'anxiété avant et après séance, a démontré très peu, ou pas du tout d'anxiété chez les patientes.

Les résultats de cette évaluation démontrent un niveau d'anxiété pathologique car supérieur à 6 après la séance 1 pour Emma, puis nettement moins par la suite. Le niveau d'anxiété de Victoria est beaucoup plus faible et reste entre 1 et 3 sur toutes les séances. Les données relevées pour Mélanie sont de 0 avant et après toutes les séances. Le relevé de ces résultats a posé quelques difficultés qui seront exposées dans les biais à prendre en compte. Les résultats obtenus n'ont pas permis de réaliser des graphiques suffisamment pertinents, c'est pourquoi ils n'apparaissent pas dans les annexes de cet article.

L'observation et la cotation du **faisceau d'items concernant l'anxiété**⁴¹ fait apparaître des données variables, notamment pour l'une des trois patientes. En effet, pour Emma le faisceau de l'anxiété a augmenté de façon régulière entre les séances 1 et 4 (aquarelles) avant de chuter en séance 5 (encres). Une augmentation soudaine apparaît en séance 6, puis l'anxiété diminue régulièrement jusqu'à la séance 8. Pour Mélanie et Victoria, le faisceau de l'anxiété est plus constant même si l'on observe de légères variations au cours de la prise en charge.

- L'observation de l'anxiété ne semble pas démontrer de lien clair entre cette dernière et la dominante utilisée.

3. Une évolution du besoin de maîtrise est observée entre le début et la fin de la prise en charge en art-thérapie

Le besoin de maîtrise a été observé par un faisceau spécifique dans la **fiche d'observation**. Les résultats de ces items⁴² démontrent chez Emma une diminution rapide en début de prise en charge, lors des séances aquarelles, puis une stabilité entre les séances 4 et 8. Chez Mélanie, pas d'évolution soudaine mais une certaine stabilité tout au long de prise en charge. L'ensemble des items ne dépasse pas la valeur de 2 sur les huit séances. Quant à Victoria, une diminution régulière des items est observée lors des séances aquarelles, avant de se stabiliser sur les quatre dernières séances. Un pic à 3 est à noter sur l'item « négociation séance » lors de la séance 7.

- Le besoin de maîtrise semble globalement moins élevé sur les 4 dernières séances : encres, pouring, et modelage.

Les **faisceaux d'items des dominantes** permettent d'observer l'évolution de l'Art II à l'Art I, une cotation plus élevée démontrant un passage à l'Art I. Les trois graphiques⁴³ démontrent un passage progressif de l'Art II à l'Art I, plus clair sur les quatre premières séances (aquarelles) notamment chez Emma et Victoria. Le passage de l'Art II à l'Art I apparaît plus tardif pour Mélanie.

- La dominante aquarelles semble avoir favorisé le passage de l'Art II à l'Art I.

Le besoin de maîtrise a été auto-évalué par les patientes en début et en fin de prise en charge à l'aide du **questionnaire de « désir de contrôle »**. Les résultats⁴⁴ obtenus en début de prise en charge sont de 97 sur 140 pour Emma, 102 pour Mélanie et 85 pour Victoria. En fin de prise en charge, Emma a évalué son désir de contrôle à 82, Mélanie à 98 et Victoria à 76. Ces chiffres démontrent donc une diminution du désir de contrôle de 15,4 % pour Emma, de 3,9 % pour Mélanie et 10,5 % pour Victoria. Le désir de contrôle a donc diminué en moyenne de 9,93 % pour l'ensemble des prises en charge.

F. L'ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS PERMET DE VÉRIFIER L'IMPACT DES PRISES EN CHARGE AUPRÈS DES PATIENTES EN LIEN AVEC LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

⁴¹ Voir annexe n°12.

⁴² Voir annexe n°13.

⁴³ Voir annexe n°14.

⁴⁴ Voir annexe n°18.

1. Les résultats observés concernant les ressentis et leur expression sont d'autant plus positifs au regard d'études réalisées à ce sujet

Le mot « sentir » peut être pris en compte avec des sens différents. En effet, il peut s'agir d'une sensation interne comme le goût, ou bien externe comme une brûlure. Il peut aussi évoquer, par exemple, une odeur agréable ou non. Le sens de ce verbe englobe donc plusieurs sens. Il s'agit ici des sensations du corps qui sont comme « coupées », notamment en début d'hospitalisation. Ce phénomène est expliqué dans une étude exploitant une méthode de travail d'épistémologie psychanalytique⁴⁵. En effet, il est expliqué que les patients en voie de guérison sont soumis à un retour à la sensorialité pouvant être bouleversant. Le patient est comme déconnecté de son corps, il ne renvoie donc pas assez d'informations sensorielles, c'est pourquoi la personne ne « sent » pas. Ce retour des sensations est d'ailleurs comparé à un retour de coma. Les auteurs de cette étude évoquent aussi le fait que, la perception étant floue, la représentation n'est pas possible puisque le fonctionnement de ce système n'est pas suffisant pour transformer la perception en représentation, dû au manque d'apports nutritifs.

Dans le cas des patientes de la cohorte, il est important de prendre en compte que l'hospitalisation touchait à sa fin, et que, par conséquent, le travail de renutrition a permis de pallier le manque d'apports nutritifs. Le représenté était donc présent chez les trois patientes et a pu être observé en séance, notamment en amont de la réalisation des productions. En revanche, le retour des ressentis corporels est apparu très progressivement, en toute logique avec l'explication fournie par l'étude évoquée ci-dessus. Au regard des résultats concernant les ressentis, il semblerait, au niveau corporel, que la dominante aquarelles ai permis, dans le cas de ces patientes, de solliciter un élan suffisant afin de mobiliser la structure corporelle et de faire émerger progressivement des sensations avec les autres dominantes. Les résultats concernant l'intensité des ressentis⁴⁶ démontrent d'ailleurs que leur intensité varie entre 2 et 4 sur une échelle de 5. Les trois patientes ont donc exprimé des ressentis relativement intenses entre les séances 5 et 8. Au niveau mental, les patientes ont pu prendre conscience de ces ressentis et les exprimer à l'aide des outils proposés. L'enchaînement de ces quatre dominantes aurait donc favorisé la « reconnexion » entre le mental et le corporel, à l'aide des allers/retours Art II et Art I favorisés par les aquarelles et la stimulation des ressentis favorisés principalement par les encres et le pouring ;

2. Les résultats apportés par l'évaluation de l'anxiété ne semblent pas aller dans le sens des résultats obtenus dans des études faisant le lien entre l'anxiété et les TCA

Lors de la présentation des résultats obtenus par l'échelle de COVI et le faisceau d'items correspondant à l'anxiété, peu d'anxiété a été observée chez les trois jeunes femmes de la cohorte. Ces résultats peuvent être mis en lien avec des travaux scientifiques et soulever des questionnements concernant le contexte et les outils de l'étude.

Dans une étude américaine⁴⁷, l'objectif est de déterminer la fréquence des troubles anxieux, et de comprendre leur lien avec les TCA. La méthode utilisée dans cette étude consiste à mesurer l'anxiété, le perfectionnisme et l'obsession, qui sont d'ailleurs trois notions en lien avec notre hypothèse. Ces mesures sont comparées avec celles d'un groupe témoin. Les résultats de cette étude démontrent une prévalence des troubles anxieux en général ainsi que des TOC*, particulièrement plus élevés chez les personnes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie. Les auteurs de cette étude remarquent un lien entre l'anorexie mentale et certains troubles anxieux. Les résultats de cette étude scientifique ne correspondent pas réellement aux résultats obtenus lors de cette étude. Cela soulève donc la question de l'efficacité, de la pertinence et de l'adaptabilité des outils de mesure utilisés. Bien sûr un élément important est à prendre en compte : la cohorte réduite de patientes qui ne permet pas d'observer des résultats

⁴⁵ MINJARD R, COMBE C, « “Je ne sens pas”. Où la pratique de l'écoute analytique croise les données scientifiques ». *In Analysis*. Vol. 1, n°3 (2017), p.188-197.

⁴⁶ Voir annexe n° 17.

⁴⁷ KAYE W-H, BULIK C-M, THONTON L, BARBARICH N, MASTERS K, « Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa ». *American Journal of Psychiatry*. Vol. 161, n°12 (2004), p. 2215-2221).

significatifs sur l'ensemble des éléments observés.

3. La diminution du besoin de maîtrise observée dans la présentation des résultats peut être mise en lien avec deux éléments importants observés lors d'études scientifiques

Une étude a été réalisée en France et en Pologne à propos de théories d'auto-régulation chez des patients atteints de TCA⁴⁸. Elle permet de comprendre ce fort besoin de maîtrise présent chez les patientes anorexiques. En effet, dans cette étude Carver et Scheier ont mis en place une « boucle feedback »⁴⁹. Cette boucle est composée de quatre éléments : la perception d'un état actuel (1), le but désiré (2), le dispositif permettant de comparer les deux éléments précédents (3), et le comportement (4). Il est expliqué que, dans le cas où la perception de l'état actuel et le but désiré sont en désaccord, alors un ajustement comportemental est effectué. Dans le cas de l'anorexie, une patiente souffrant de dysmorphophobie voit son corps « trop gros » (1), son but est donc de maigrir (2). Elle cherche donc par divers moyens à contrôler son poids en ajustant son comportement (4). Son idéal n'étant jamais atteint dû à la dysmorphophobie, le besoin de maîtrise se fait grandissant. La psychiatre italienne Mara Selvini-Palazzoli, qui est citée dans cet article, décrit d'ailleurs la personne anorexique comme « essentiellement préoccupée de contrôle » : contrôle du poids, du corps, des pulsions et des désirs. Ce fonctionnement par boucle peut aussi être mis en lien avec celui de l'opération artistique : le corps « rayonne », mais ne correspond pas à l'idéal esthétique. La comparaison réalisée par traitement mental permet de rendre compte de ce décalage et de mobiliser un élan puis une poussée vers l'adaptation du comportement nécessaire afin d'atteindre cet idéal.

Dans le contexte de notre étude, la perception de l'état des patientes est moins altérée par la dysmorphophobie car elles sont prises en charge depuis déjà plusieurs semaines. Un travail a été effectué durant leur hospitalisation concernant le but désiré et sa comparaison avec l'état actuel ainsi que sur l'ajustement du comportement avec, entre autre, les psychiatres.

L'étude présentée ci-dessus montre un fonctionnement cyclique, en cohérence avec le protocole proposé aux patientes. En effet, il est lui aussi composé de plusieurs étapes : les séances aquarelles permettant de passer à la dominante encres, qui constitue une transition vers la dominante pouring, avant de terminer avec le modelage pour les raisons logiques expliquées dans les sous-hypothèses. Au regard des résultats observés, notamment à l'aide du questionnaire de Burger, le besoin de maîtrise a diminué pour les trois patientes. Le protocole d'art-thérapie composé d'un cycle de quatre dominantes, en complément avec les autres soins, aurait donc potentiellement permis d'agir sur la rupture de cette boucle « feedback » en impactant le comportement de contrôle.

G. PERSPECTIVES ET DISCUSSION : LES RÉSULTATS APPORTENT DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE ET PISTES DE RÉFLEXION EN LIEN AVEC L'ÉTUDE

1. Hypothèse de travail : le protocole mis en place en lien avec l'hypothèse semble adapté à des femmes souffrant d'anorexie mentale

L'objectif de cette étude était de vérifier si une prise en charge en art-thérapie à l'aide d'un protocole évolutif de quatre dominantes en art plastiques pouvait permettre à des patientes anorexiques de diminuer leur besoin de maîtrise lié à l'anxiété en agissant sur les ressentis corporels.

La première sous-hypothèse était basée sur le passage progressif de l'Art II à l'Art I à l'aide de l'aquarelle puis des encres. Au regard des résultats, les faisceaux spécifiques aux dominantes aquarelles et encres montrent un passage progressif de l'Art II à l'Art I. De plus, l'observation du faisceau des ressentis de la fiche d'observation montre des ressentis corporels de plus en plus présents, ce qui est cohérent avec ces résultats. Ces éléments permettent de

⁴⁸ BRYTEK-MATERA A, « Extracting Predictive Factors of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: an Cross-cultural Study ». *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*. N°1 (2008), p. 91-109.

⁴⁹ Voir le schéma en annexe n°19.

valider cette sous-hypothèse pour ces trois patientes.

La deuxième sous-hypothèse qui aborde les stimulations visuelles afin de détourner l'attention, notamment par la surprise, par le biais de la peinture semble vérifiée au regard des résultats de la roue des émotions. La surprise a été suscitée chez les trois patientes à l'aide de la stimulation visuelle engendrée par le mouvement aléatoire de la peinture. De plus, les ressentis ont semblés présents et relativement intenses lors de cette séance pour les trois jeunes femmes. Ces résultats tendent à confirmer la vérification de cette sous-hypothèse.

La troisième sous-hypothèse, repose sur le modelage et la mobilisation du toucher et des ressentis archaïques afin d'essayer de diminuer le besoin de maîtrise. D'après les résultats, le toucher a été mobilisé et a permis d'apporter des ressentis archaïques au vu du questionnaire et des ressentis observés. Ces résultats permettraient de vérifier cette sous-hypothèse.

Au regard des résultats apportés par les outils permettant d'observer l'augmentation de l'apport des ressentis et la diminution du besoin de maîtrise pour les trois patientes, l'évolution de ces deux éléments semble corrélés. Néanmoins, l'anxiété ne semble pas avoir influencé ces résultats comme le supposait l'hypothèse, qui liait l'anxiété et le besoin de maîtrise. La corrélation entre ces deux éléments en séance reste donc à vérifier à l'aide d'une méthode d'observation et d'évaluation de l'anxiété plus précise. Cependant, le protocole art-thérapeutique proposé a permis de favoriser les ressentis. Une diminution du besoin de maîtrise est remarquée chez toutes les patientes. L'hypothèse se vérifie auprès de ces trois patientes.

2. Critique du travail : des biais et des limites sont relevés au cours de l'étude

L'hypothèse générale est vérifiée malgré des biais et des limites dans l'étude réalisée. En effet, un biais important est relatif au contexte de la structure par rapport à l'étude. Il existe peu d'endroits prenant en charge des patients souffrant de TCA. De plus, dans certaines structures comme l'hôpital Bretonneau seulement deux lits sont disponibles pour ces patients au sein du service. Par ailleurs, les patientes anorexiques sont bien souvent hospitalisées sur une longue durée, ces deux lits sont donc occupés durant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Or la durée des soins varie en fonction de l'évolution de leur poids et de leur comportement alimentaire, et la décision de sortie peut être prise rapidement. Ces conditions propres au milieu hospitalier compliquent beaucoup les accompagnements en art-thérapie, notamment dans le cadre d'une étude scientifique qui se veut précise et identique pour toute la cohorte de patients. Afin d'élargir cette dernière, l'étude a été réalisée dans deux structures différentes, qui accueillent toutes deux peu de patients souffrants de TCA.

Cela constitue donc un biais dans la mesure où, malgré les similitudes de ces deux endroits, les conditions d'hospitalisation ne sont pas tout à fait les mêmes pour toutes les patientes de la cohorte. Par ailleurs, ces conditions sont aussi une limite importante concernant la sélection de la cohorte. Cette cohorte réduite constitue évidemment un biais important dans l'observation des résultats et dans la validation de l'hypothèse.

D'autre part, le biais lié au contexte engendre par extension un manque d'objectivité concernant l'échelle de COVI. En effet, cette échelle remplie par les infirmières peut être considérée comme biaisée car les infirmières changent régulièrement au cours de la journée et dans la semaine. Dans ces conditions l'objectivité avec laquelle cette échelle a été remplie peut légitimement être remise en cause. De plus, les patientes étant dans un important contrôle d'elles-mêmes, il est vraisemblable qu'elles « choisissent » ce qu'elles laissent apparaître, ce qui peut expliquer que les infirmières n'aient observé que peu d'anxiété à l'aide de cette échelle. Il existe donc deux possibilités : l'outil n'est peut-être pas adapté au contexte, ou bien cette échelle devrait être remplie par une seule et même personne de référence.

3. Le protocole composé de quatre dominantes semble révéler des résultats positifs auprès des patients souffrant d'anorexie mentale et pourrait être appliqué à des patients souffrant de boulimie

Le protocole proposé a été expérimenté cliniquement seulement avec les trois patientes de la cohorte. Néanmoins, les résultats observés en lien avec la diminution du besoin de maîtrise semblent globalement positifs, notamment sur l'apport de ressentis corporels. C'est pourquoi,

après avoir proposé ce protocole à une plus grande cohorte de patientes souffrant d'anorexie mentale restrictive, il serait intéressant d'appliquer ce dernier à une expérience clinique auprès de patients souffrant de boulimie. En effet, ces deux pathologies sont différentes sur l'aspect médical, l'une entraînant un comportement de restriction et l'autre un comportement de purge⁵⁰. Pourtant, les souffrances engendrées sont les mêmes, et l'hypermaîtrise est tout aussi présente dans le cas de patients souffrant de boulimie⁵¹. Cette forme de TCA étant d'ailleurs particulièrement brutale pour le corps à cause des vomissements et parfois de la prise de laxatifs, les patients ont d'autant plus besoin de détente corporelle et de gratifications sensorielles. Alors que les séances étaient centrées sur l'apport de ressentis corporels pour les patientes anorexiques qui ressentent peu de choses, l'aspect agréable des ressentis aurait probablement plus d'importance pour des patients boulimiques. Le protocole et les dominantes proposées pourraient donc rester les mêmes, avec des évaluations approfondies concernant les gratifications sensorielles et la qualité du moment. Une étude en art-thérapie pourrait donc être réalisée avec un groupe de jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale, un groupe de jeunes femmes souffrant de boulimie et éventuellement un groupe témoin sans art-thérapie, afin d'observer les effets des quatre dominantes proposées ici sur le besoin de maîtrise des patients de ces deux groupes. En fonction des résultats observés, une adaptation des dominantes proposées pourrait être effectuée.

CONCLUSION

Les jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale souffrent entre autres de dysmorphophobie. Elles perçoivent leur corps beaucoup plus « gros » qu'il ne l'est, ce qui entraîne une grande anxiété, et une diminution de l'estime de soi. Afin de remédier à cette anxiété, elles mettent en œuvre divers moyens pour contrôler leur corps et d'atteindre leur but, d'où l'hypermaîtrise. Les moyens de défense qu'elles mettent en place engendrent des souffrances physiques et psychiques, d'autant que cette dysmorphophobie persistante les entraîne dans un cercle vicieux pouvant entraîner la mort.

Cette étude a permis de rendre compte des limites d'une prise en charge en art-thérapie mais aussi de son intérêt auprès des patientes. Le but était en effet de diminuer le besoin de maîtrise tout en favorisant les ressentis corporels par l'intermédiaire de différentes techniques d'arts plastiques. Ces dernières ont été proposées dans un protocole art-thérapeutique précis et rigoureux mais aussi évolutif afin d'être adapté à cette pathologie qui entraîne beaucoup d'appréhension et d'anxiété. Les patientes ont donc besoin d'être mises en confiance.

Globalement, les résultats convergent vers une émergence progressive des ressentis corporels positifs et mettent en évidence, à l'aide d'outils évaluatifs, une diminution du besoin de maîtrise durant les séances. L'aspect progressif et évolutif du protocole apporté par l'ordre et par le choix des dominantes et de leurs spécificités a pu répondre à certaines problématiques de ces patientes. Les répercussions en dehors de l'atelier ne sont, à ce jour, pas mesurables. Très progressivement les ateliers leur ont permis de reprendre contact avec des sensations en lien avec leurs corps, d'en prendre conscience et de retrouver, au moins pendant le temps de la séance, un peu de saveur existentielle. Les séances d'art-thérapie leur ont permis des instants privilégiés dans ce long combat, tout en valorisant les capacités de ces jeunes femmes.

Au regard du bilan de cette expérience, des améliorations peuvent être envisagées. Il serait utile de faire évoluer les outils utilisés, notamment sur l'évaluation de l'anxiété en fonction des différentes dominantes. Cette étude pourrait être étendue auprès d'une plus grande cohorte de patientes afin d'obtenir des résultats significatifs concernant l'intérêt de ce protocole quant au besoin de maîtrise. Le sujet de cette étude pourrait aussi être étendu plus largement à d'autres TCA et notamment à des personnes souffrant de boulimie, ce qui permettrait d'envisager de nouveaux axes de recherche.

⁵⁰ Ibid 17.

⁵¹ CORCOS M, LAMAS C, PHAM-SCOTTEZ A, *Anorexie mentale : déni et réalités*. Editions Doin, 2008.

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES & ILLUSTRATIONS

Tableau n° 1 : Récapitulatif des expériences scientifiques en art-thérapie.....	4
Tableau n° 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche.....	6
Tableau n° 3 : Organisation du protocole de recherche.....	6
Tableau n° 4 : Les outils d'évaluation de l'étude.....	7
Tableau n° 5 : Les objectifs thérapeutiques en lien avec les boucles de renforcement.....	8
Tableau n° 6 : Le récapitulatif des prises en charge.....	9

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

❖ Monographies

- BRUSSET Bernard, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod, 1998.
- CORCOS M, LAMAS C, PHAM-SCOTTEZ A, *Anorexie mentale : déni et réalités*. Éditions Doin, 2008.
- SIMON Yves, NEF François, *Comment sortir de l'anorexie ? : et retrouver le plaisir de vivre*. Paris : Odile Jacob, 2002.

❖ Articles

- BERLIN I, LAVERGNE F, « Relationship between body-mass index and depressive symptoms in patients with major depression ». *European psychiatry*. Vol. 18 (2003), p.85-88.
- BRETON J, LEGRAND R, AKKERMAN K, « Elevated plasma concentration of bacterial ClpB protein in patients with eating disorders ». *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 49, n°8 (2016).
- BRYTEK-MATERA A, « Extracting Predictive Factors of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: an Cross-cultural Study ». *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*. N°1 (2008), p. 91-109.
- BURGER J-M, COOPER H-M, « The Desirability of Control ». *Motivation and Emotion*. Vol. 3, n°4 (1979), p.381-393.
- GASTALDI G, CHALANÇON A, BRINGER J, « Troubles du comportement alimentaire : à la recherche du support neurohormonal d'une toxicomanie singulière: Insight into neuroendocrine pathways involved in Eating disorders and addiction ». *Médecine des maladies métaboliques*. Vol. 4, n°6 (2010), p.661-672.
- GOTHELF D, APTER A., RATZONI G, ORBACH I, WEIZMAN R, TYANO S, PFEFFER C, « Defense Mechanisms in Severe Adolescent Anorexia Nervosa ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 34, n°12, (1995), p.1648-1654.
- JOLY-GUILLOU Marie-Laure., « Echerichia Coli revisité, ami ou ennemi ? ». *Revue Francophone des Laboratoires* (2016), p.27-33.
- KAYE W-H, BULIK C-M, THONTON L, BARBARICH N, MASTERS K, « Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa ». *American Journal of Psychiatry*. Vol. 161, n°12 (2004), p. 2215-2221).
- MATTAR L et al. « Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: A critical review of the literature ». *Journal of Affective Disorders*. Vol. 132, n°3, (2011), p.311-318.
- MINJARD R, COMBE C, « ‘Je ne sens pas’ ». Où la pratique de l'écoute analytique croise les données scientifiques ». *In Analysis*. Vol. 1, n°3 (2017), p.188-197.
- PLUTCHIK Robert. « The Nature of Emotions: Human Emotions Have Deep Evolutionary Roots, a Fact That May Explain Their Complexity and Provide Tools for Clinical Practice ». *American Scientist*. Vol. 89, n°4, (2001), p. 344-350.
- POLLATOS O, KURZ A-L, ALBRECHT J, SCHREDER T, KLEEMANN A-M, SCHÖPF V, KOPIETZ R, WIESMANN M, SCHANDRY R. « Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa ». *Eating Behaviors*. Vol. 9, (2008), p.381-388.
- TEDETTI Gilles, *L'art-thérapie à dominante arts plastiques, auprès d'un public adulte confronté à l'obésité, favorise l'implication et augmente l'engagement dans le programme d'éducation thérapeutique du patient*. 51p. Article de diplôme universitaire : Art-thérapie : faculté de médecine de Grenoble : 2018.
- TENNOUNE, N et al. « Bacterial ClpB Heat-Shock Protein, an Antigen-Mimetic of the Anorexigenic Peptide A-MSH, at the Origin of Eating Disorders ». *Translational Psychiatry*. Vol. 4, n°10 (2014).

❖ Mémoires

ALBERT G, *Apport de l'art-thérapie dans le Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) pour renforcer l'estime de soi : Étude préliminaire chez des enfants de 7 à 14 ans accompagnés de leurs parents*. Article de diplôme universitaire : Art-thérapie : faculté de médecine de Tours : 2018. 62p.

BERTRAND S, *Accompagnement art-thérapeutique d'un public touché par l'anorexie mentale avec l'application des techniques du modelage et des encres colorées*. 77p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2015.

CALMETTE C. *Une expérience de prise en charge en art-thérapie moderne à dominante arts plastiques et dominantes associées auprès de personnes en situation de précarité vivant en pension de famille*. Tours : RNCP Art-thérapeute 1 vol 90p. AFRATAPEM 2016.

COURTIN F, *Une expérience d'art-thérapie moderne à dominante musique et arts plastiques auprès d'enfants et d'adolescents atteints de mucoviscidose*. Tours : RNCP Art-thérapeute 1 vol 82p. AFRATAPEM 2018.

DEGRACE E, *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire*. 70p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2015.

GODAIS N, *Impact de l'art-thérapie à dominante arts plastiques sur la motivation intrinsèque des personnes atteintes de diabète de type 2 au sein d'une association d'ETP*. Article de diplôme universitaire : Art-thérapie : faculté de médecine de Grenoble : 2017. 44p.

HERMANS G, *La participation à un atelier d'art-thérapie à dominante photographique peut raviver l'estime de soi et la relation à l'autre auprès de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire*. 80p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2011.

❖ Documents Électroniques

CNRTL, portail de ressources et de données linguistiques, disponible sur « <http://www.cnrtl.fr/> ».

Dictionnaire Larousse en ligne, disponible sur « <http://www.larousse.fr> ».

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine en ligne, disponible sur « <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php> ».

Le dossier d'information sur l'anorexie mentale de l'INSERM, disponible sur « <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale> ».

Le Petit Dictionnaire Raisoné de l'Art en Médecine en ligne, disponible sur « http://art-therapie-tours.net/img/img_dico/pttdico_artetmedecine.pdf ».

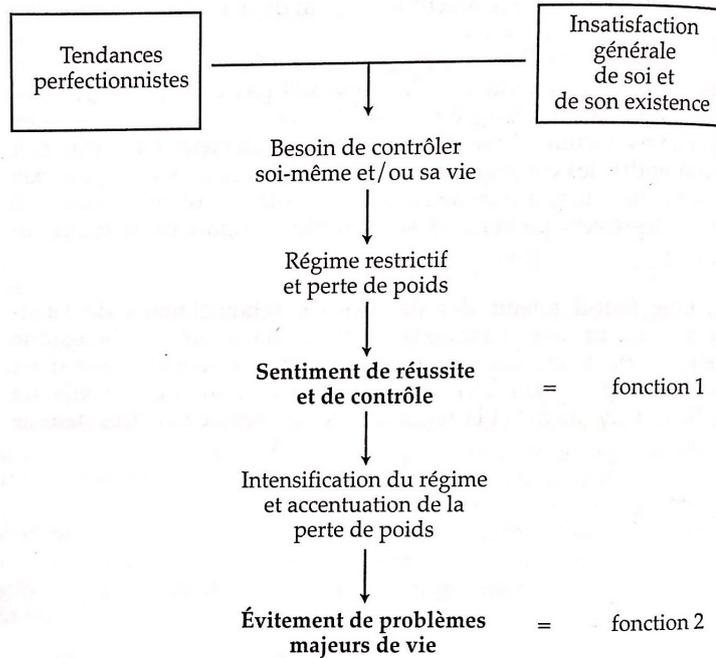
ANNEXES

➤ **Annexe n° 1** : Les informations complémentaires à la présentation de l'anorexie mentale.

Définition	Selon l'Inserm, l'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin, qui entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. L'anorexie est très souvent associée à des troubles psychologiques.
Public	Elle concerne à 90% les femmes, et se manifeste généralement à l'adolescence. L'anorexie mentale adulte, dont on observe une prédominance entre 30 et 45 ans.
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement alimentaire : restriction, éviction de certains aliments, refus de s'alimenter, parfois phases boulimiques et vomissements provoqués ou prise de laxatifs. • Physiques : poids faible (IMC inférieur à 17,5), absence de règles depuis au moins trois mois, ralentissement de la croissance chez l'adolescente, alopecie, sensation de froid. • Psychiques : perception déformée du corps, refus de reconnaître sa maigreur, hantise de grossir, sentiment d'avoir le contrôle de son corps. Des troubles cognitifs peuvent apparaître : ralentissement idéatoire, troubles de la concentration et de la mémoire, appauvrissement de la pensée, perte de créativité, altération du jugement (image de soi). Ces troubles peuvent contribuer au déni de la maladie et sont souvent liés à la dénutrition, dans ce cas ils disparaissent lors de la réalimentation.
Conséquences et troubles	Elle est donc souvent l'aboutissement d'une chronicisation de la maladie ou bien de rechute parfois déclenchées par un événement particulier.
Quelques chiffres	L'anorexie mentale se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans. Durée moyenne d'une phase anorexique : 1,5 à 3 ans. 2/3 des cas guérissent après 5 ans d'évolution. Au-delà de 5 ans, on parle d'anorexie mentale chronique.
Traitements	<p>Les objectifs sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restaurer le poids - Traiter la souffrance psychologique - Prendre conscience du trouble - Minimiser les conséquences sociales et relationnelles <p>Par le biais de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hospitalisation - La prise en charge psychologique - Un traitement médicamenteux

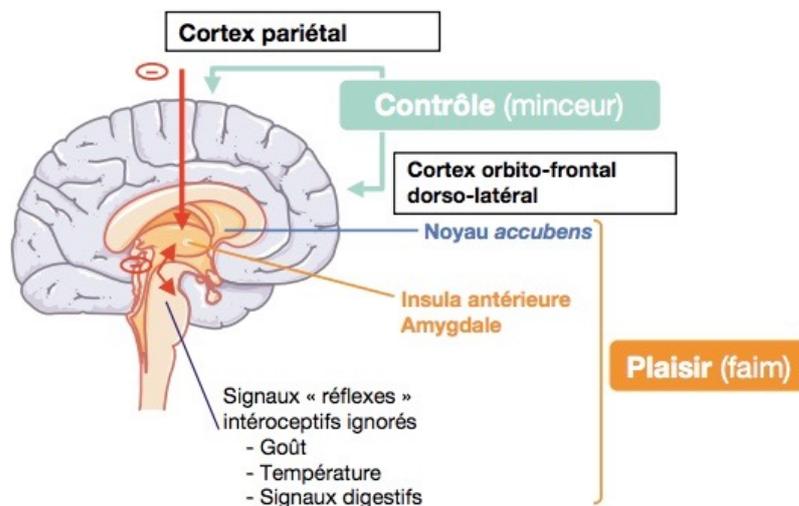
➤ Ces éléments apportent des informations complémentaires à la présentation de l'anorexie mentale.

L'ANOREXIE COMME EXPÉRIENCE DE RÉUSSITE ET ÉVITEMENT DE SES PROBLÈMES*



* P. Slade, 1982.

- Le schéma ci-dessus permet d'expliquer le fonctionnement de l'hypermaîtrise (ici nommé besoin de contrôle) en lien avec l'anorexie mentale⁵².

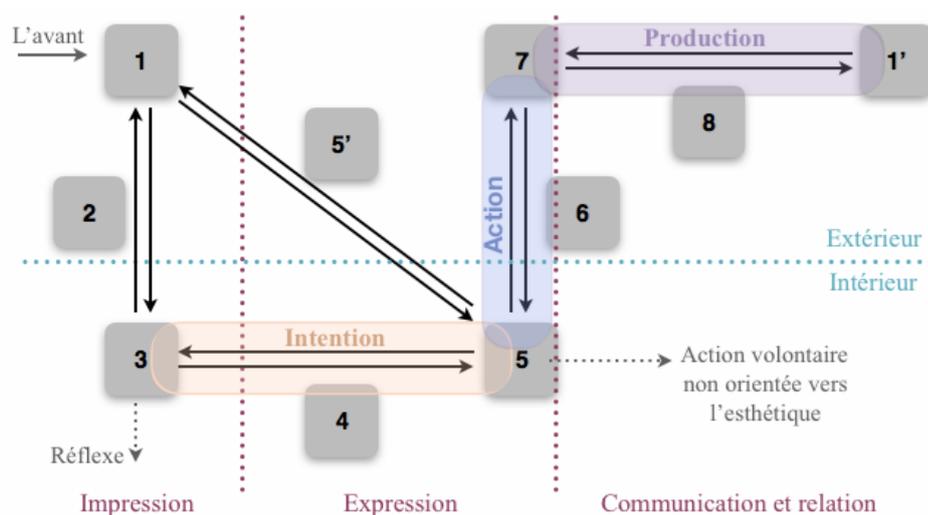


- Le schéma-ci dessus permet de situer au niveau neurophysiologique la diminution des sensations comme la faim ainsi que le contrôle chez les patientes anorexiques⁵³.

⁵² SIMON Yves, NEF François, *Comment sortir de l'anorexie ? : et retrouver le plaisir de vivre*. Paris : Odile Jacob, 2002.

⁵³ GASTALDI G, CHALANÇON A, BRINGER J, « Troubles du comportement alimentaire : à la recherche du support neurohormonal d'une toxicomanie singulière: Insight into neuroendocrine pathways involved in Eating disorders and addiction ». *Médecine des maladies métaboliques*. Vol. 4, n°6. (2010), p.661-672.

➤ **Annexe n° 2 : L'opération artistique.**



Phase	Explications
L'avant	La situation de vie avant l'OA*, le contexte social, culturel. L'histoire, ce qui s'est passé avant la phase 1.
1	L' accident spatio-temporel , le stimulus que constitue la « chose de l'art », qui s'inscrit dans le temps et l'espace existe, qu'on la capte ou non.
2	Le rayonnement de la « chose » qui va lui permettre de pouvoir être vue, entendue, ... et la possibilité de la capter par l'être humain grâce à ses sens et capteurs sensoriels. Ces capteurs étant en attente permanente, il s'agit de l'appétence sensorielle.
3	Il s'agit du traitement neurophysiologie et archaïque des informations captées. Au niveau <u>corporel</u> , nous sommes dans le domaine des ressentis. Au niveau <u>mental</u> les informations captées sont donc identifiées comme sensations. Nous sommes dans le domaine des émotions, et c'est ici que se situent la saveur de la sensation et l'envie.
Réflexe	Cette phase permet de sortir de l'opération artistique, en fermant les yeux par exemple. Un retour dans l'OA par la suite est tout de même possible.
4	Le traitement sophistiqué des informations. Il consiste à analyser ces informations qui arrivent au cortex cérébral, en parallèle des souvenirs et des connaissances. Après avoir été traitée, l'information devient une perception. Au niveau <u>mental</u> se trouvent les capacités cognitives, l'imaginaire, et le savoir. L'envie du stade 3 est devenue motivation (en passant par l'intention entre les deux stades). Le traitement sophistiqué engage aussi le <u>corps</u> : nous retrouvons la structure et les différents segments corporels.
5	La poussée corporelle au niveau <u>corporel</u> , qui permet de mobiliser le corps. Au niveau <u>mental</u> elle nécessite un élan corporel qui correspond à la mobilisation des capacités physiques. À ce stade la motivation passée par la volonté est devenue un engagement (élan).
5'	La contemplation est un savoir-faire entraîné par l'élan corporel et qui engage le corps vers une action volontaire de contemplation.
6	L' action volontaire est ici dirigée vers une production artistique qui nécessite un savoir-faire ou une technique. Cela nécessite un investissement et des compétences. Elle engage la psychomotricité au niveau corporel.
7	Le résultat de ce cheminement est la production. Il implique le savoir-faire et le lien entre le fond et la forme.
8	Cette production est ensuite soumise au traitement mondain , c'est à dire au regard des autres.
1'	Suite au traitement mondain, la production est validée par le regard social, par l'œil extérieur. Elle devient une œuvre d'art .

➤ Le schéma et le tableau ci-dessus présentent l'opération artistique, outil spécifique à l'art-thérapie moderne.

➤ **Annexe n° 3** : Le protocole art-thérapeutique.

L'art-thérapie moderne est soumise à une méthodologie et des règles scientifiques. C'est pourquoi l'art-thérapeute doit suivre un protocole thérapeutique adapté à chaque patient. Dans un premier temps, l'art-thérapeute reçoit l'**indication** d'un médecin, d'un psychologue ou d'un autre professionnel apte à faire des prescriptions.

Ensuite, les informations médicales concernant l'histoire de vie du patient, la pathologie, et les traitements, mais aussi de l'histoire de vie du patient sont rassemblées ; c'est l'**anamnèse**.

Lors de la ou des premières rencontres avec le patient, l'**état de base** est élaboré. Ce bilan détermine les capacités sensorielles, motrices, cognitives, et relationnelles. Il révèle aussi les goûts du patient, son intention esthétique mais aussi son intention sanitaire et esthétique.

Par la suite, les **pénalités** et **souffrances** associées sont déterminées. L'art-thérapie moderne distingue quatre grandes pénalités : la maladie, le handicap, la blessure de vie et la conduite à risque.

En fonction des éléments cités ci-dessus, l'art-thérapeute va fixer des **objectifs généraux** ainsi que des **objectifs intermédiaires** pour y parvenir. Il va également dégager des sites d'action ainsi que des cibles thérapeutiques.

- La mise en place du protocole en art-thérapie moderne se déroule la façon présentée ci-dessus.

➤ **Annexe n° 4 : La fiche d'observation.**

Nom :	Date :
Prénom :	Lieu/durée :
N° Séance :	Dominante :
Objectif :	
Méthode :	
Situation / jeu / exercice	
Didactique / révélateur / occupationnel / thérapeutique	
Libre / directif / dirigé / semi-dirigé / ouvert	

RESSENTIS	
Expérimentation de la matière/de l'outil	4 – prend le temps de jouer avec la matière/l'outil 3 – joue rapidement avec la matière/l'outil 2 – effectue simplement ce qui est demandé 1 – ne fait rien
Adaptation du geste	4 – essaye différentes façons de faire 3 – adapte son geste après avoir observé 2 – observe seulement ce qui se passe sans rien changer 1 – ne change rien
Répétition du geste avec/sans intention esthétique	4 – répète le même geste sans intention esthétique 3 – répète le même geste avec intention esthétique 2 – prend simplement le temps d'effectuer les gestes 1 – effectue les geste rapidement
Détente corporelle	4 – visage et corps détendus 3 – crispation de l'un des deux pendant un moment 2 – crispation de l'un des deux durant toute la séance 1 – crispation du visage et du corps durant toute la séance
Quantité d'expression verbale des ressentis	4 – plus d'une expression verbale pendant l'activité 3 – une expression verbale pendant l'activité 2 – une expression verbale au moment en fin de séance 1 – aucune
Perception/expression d'une intention	4 – intention non perçue/exprimée (Art I) 3 – perception/expression d'une légère intention (Art I) 2 – perception/expression d'une intention (Art I/Art II) 1 – perception/expression d'une forte intention (Art II)

BESOIN DE MAÎTRISE	
Négociation en lien avec la séance (horaire,...)	4 – aucune 3 – évoque l'heure et/ou la date sans demander de modifications 2 – demande à modifier l'heure ou la date 1 – demande à modifier l'heure et la date
Négociation en lien avec la consigne	4 – aucune 3 – évoque un élément qui ne l'arrange pas 2 – une fois 1 – plus d'une fois
Précision du geste	4 – peu précis 3 – moyennement précis 2 – précis 1 – très précis
Modification ou correction dans la production	4 – n'a rien modifié/corrigé 3 – a modifié/corrigé un élément 2 – a modifié plusieurs éléments 1 – a modifié/corrigé plusieurs fois un ou plusieurs éléments
Préparation de la séance	4 – l'espace et le matériel sont prêts

	<p>3 – l'espace est prêt, prépare le matériel à l'arrivée de l'AT</p> <p>2 – commence à préparer à l'arrivée de l'AT</p> <p>1 – rien n'est prêt/est occupée à autre chose</p> <p>4 – est prête et à l'heure</p> <p>3 – est prête mais en retard (indépendant de sa volonté/retenu ailleurs)</p> <p>2 – n'est pas prête (ex : dort)/est prête mais en retard</p> <p>1 – est prête et en avance</p>
Capacité critique en lien avec la production	<p>4 – critique seulement positive</p> <p>3 – critiques positive et négative</p> <p>2 – critique seulement négative</p> <p>1 – pas d'avis</p>

ANXIETE	
Expression verbale de l'anxiété	<p>4 – aucune</p> <p>3 – parle d'un sujet déclencheur une fois en début de séance</p> <p>2 – parle d'un sujet déclencheur une fois pendant la séance</p> <p>1 – parle d'un sujet déclencheur plusieurs fois pendant la séance</p>
Démarrage de l'activité spontané/hésitant	<p>4 – démarre l'activité spontanément</p> <p>3 – démarre l'activité avec hésitation</p> <p>2 – démarre après sollicitations</p> <p>1 – ne démarre pas</p>
Concentration pendant l'activité	<p>4 – constante et intense</p> <p>3 – intense et discontinuée</p> <p>2 – perturbée</p> <p>1 – n'arrive pas à se concentrer</p>
Autonomie dans l'activité	<p>4 – totale après avoir écouté la consigne</p> <p>3 – sollicitation(s) concernant la consigne</p> <p>2 – sollicitation(s) concernant l'outil, la matière...</p> <p>1 – questions et sollicitations concernant différents sujets</p>
Thymie	<p>4 – enthousiasme</p> <p>3 – joie</p> <p>2 – tranquille, calme</p> <p>1 – irritable</p>
Manifestations physiques (tension nerveuse)	<p>4 – calme, détendue</p> <p>3 – calme mais tendue</p> <p>2 – nerveuse, fatiguée</p> <p>1 – nerveuse et tendue, agacements corporels</p>

AQUARELLE	
Appropriation de l'outil	<p>4 – essaye plusieurs façons de colorier/peindre en fonction du dosage de l'eau</p> <p>3 – essaye au moins deux façon différentes d'utiliser l'outil</p> <p>2 – utilise l'outil de façon habituelle puis fait des essais avec l'eau</p> <p>1 – utilise l'outil de façon habituelle avec beaucoup de précision</p>
Jeu avec la matière	<p>4 – utilise beaucoup d'eau sur toute la surface</p> <p>3 – utilise plus ou moins d'eau par endroits</p> <p>2 – utilise très peu d'eau sur toute la surface</p> <p>1 – utilise quelques gouttes d'eau seulement</p>
Idéal esthétique	<p>4 – le résultat ne correspond pas aux attentes mais lui plaît</p> <p>3 – le résultat correspond en partie aux attentes et lui plaît</p> <p>2 – le résultat correspond en partie aux attentes mais ne lui plaît pas</p> <p>1 – le résultat ne correspond pas aux attentes et ne lui plaît pas</p>

ENCRE	
Appropriation de l'outil	4 – essaye différentes façons de faire goutter l'encre 3 – essaye au moins deux façons différentes de faire goutter l'encre 2 – utilise la pipette seulement loin de la feuille 1 – utilise la pipette seulement près de la feuille
Jeu avec la matière	4 – utilise au moins deux couleurs parfois mélangées directement 3 – utilise au moins deux couleurs séparément qui se mélangent ensuite 2 – utilise au moins deux couleurs séparées sur la feuille 1 – utilise une seule couleur
Idéal esthétique	4 – le résultat ne correspond pas aux attentes mais lui plaît 3 – le résultat correspond en partie aux attentes et lui plaît 2 – le résultat correspond en partie aux attentes mais ne lui plaît pas 1 – le résultat ne correspond pas aux attentes et ne lui plaît pas

PEINTURE	
Appropriation de l'outil	4 – prend le temps de faire bouger la toile en observant et commentant les effets 3 – fait rapidement bouger la toile en observant les effets 2 – fait bouger la toile en regardant rapidement les effets 1 – pose la toile dans différents sens et attend sans regarder les effets
Jeu avec la matière (Mélange peinture/colle)	4 – prend le temps de mélanger et d'observer 3 – mélange rapidement et observe 2 – prend le temps de mélanger sans observer 1 – mélange effectué très rapidement
Idéal esthétique	4 – le résultat ne correspond pas aux attentes mais lui plaît 3 – le résultat correspond en partie aux attentes et lui plaît 2 – le résultat correspond en partie aux attentes mais ne lui plaît pas 1 – le résultat ne correspond pas aux attentes et ne lui plaît pas

MODELAGE	
Appropriation des outils (Outils et accessoires de modelage)	4 – essaye tous les outils proposés 3 – essaye une partie des outils proposés 2 – essaye un des outils proposés 1 – n'essaye aucun outil
Jeu avec la matière	4 – prend le temps de malaxer la terre régulièrement 3 – malaxe la terre de temps en temps 2 – touche à peine, seulement pour la consigne 1 – refuse
Idéal esthétique	4 – le résultat ne correspond pas aux attentes mais lui plaît 3 – le résultat correspond en partie aux attentes et lui plaît 2 – le résultat correspond en partie aux attentes mais ne lui plaît pas 1 – le résultat ne correspond pas aux attentes et ne lui plaît pas

➤ **Annexe n° 5 : L'échelle de « désir de contrôle » de Burger et Cooper.**

Questionnaire d'attitude (D.C.)

Instructions: Voici une série d'énoncés. Lisez attentivement chaque énoncé et répondez en indiquant le numéro de l'échelle qui s'applique à vous. Pour chaque énoncé, une réponse de 1 (pas du tout) à 7 (toujours) est requise. Utilisez le numéro qui reflète le mieux ce que vous croyez. N'hésitez pas à utiliser les numéros intermédiaires (ex. nos. 2, 3, 5, ou 6). L'échelle est définie de la manière suivante:

	1	2	3	4	5	6	7	
	Pas du tout						Toujours	
1.	Je préfère une occupation où j'ai beaucoup de contrôle sur ce que je fais et sur quand je le fais.							<input type="checkbox"/>
2.	J'aime participer à la politique car je veux avoir mon mot à dire autant que possible dans ce que fait le gouvernement.							<input type="checkbox"/>
3.	J'essaie d'éviter les situations où quelqu'un d'autre me dit quoi faire.							<input type="checkbox"/>
4.	Je préférerais être un meneur (leader) plutôt qu'un mené (suivant).....							<input type="checkbox"/>
5.	J'aime être capable d'influencer les actions des autres.....							<input type="checkbox"/>
6.	J'ai (j'aurais) soin de vérifier chaque pièce de mon automobile (ou de mes bagages) avant de partir pour un long voyage.							<input type="checkbox"/>
7.	Les autres savent habituellement ce qui est le mieux pour moi.							<input type="checkbox"/>
8.	J'aime prendre mes propres décisions.....							<input type="checkbox"/>
9.	J'aime avoir le contrôle sur ma destinée.....							<input type="checkbox"/>
10.	J'aimerais mieux que quelqu'un d'autre prenne le rôle de meneur lorsque je suis impliqué dans un projet de groupe.							<input type="checkbox"/>
11.	Je me considère comme étant généralement plus capable d'affronter les situations que les autres.....							<input type="checkbox"/>
12.	J'aime mieux mener ma propre affaire et faire mes propres erreurs plutôt que d'écouter quelqu'un d'autre.							<input type="checkbox"/>
13.	J'aime avoir une bonne idée de ce qu'une tâche représente avant de la commencer.....							<input type="checkbox"/>
14.	Lorsque je vois un problème, je préfère faire quelque chose pour le régler plutôt que de m'asseoir et de le laisser durer.							<input type="checkbox"/>
15.	En ce qui concerne les ordres, j'aime autant les donner que les recevoir.							<input type="checkbox"/>
16.	J'aimerais pouvoir remettre plusieurs de mes décisions quotidiennes dans les mains de quelqu'un d'autre.							<input type="checkbox"/>
17.	Lorsque je conduis (si je conduisais), j'essaie (j'essayerais) d'éviter de me mettre dans une situation où je pourrais être blessé suite à l'erreur de quelqu'un d'autre.....							<input type="checkbox"/>
18.	Je préfère éviter les situations où quelqu'un d'autre doit me dire ce que je devrais faire.							<input type="checkbox"/>
19.	Il y a plusieurs situations dans lesquelles je préférerais avoir un seul choix, plutôt que d'avoir à prendre une décision.							<input type="checkbox"/>
20.	J'aime attendre et voir si quelqu'un d'autre va régler un problème et qu'ainsi je n'aie pas à être ennuyé(e) par ce problème.							<input type="checkbox"/>

© Traduit de l'anglais par Michel Alain, Ph.D. (De Burger, 1992)

- Il s'agit du questionnaire rempli par les patientes en début et en fin de prise en charge en art-thérapie. Ce questionnaire a pour but, dans le contexte de l'étude, d'évaluer le besoin de maîtrise des patientes.

➤ **Annexe n° 6 : L'échelle d'anxiété de COVI.**

Date :								
Comportement Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer	MATIN							
	SOIR							
Discours Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité	MATIN							
	SOIR							
Plaintes somatiques Sudation, tremblement, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge	MATIN							
	SOIR							

Cotations :

Inexistant : coter 0, Faible : coter 1, Moyen : coter 2, Beaucoup : coter 3, Enorme : coter 4

- L'échelle de COVI a été présentée sous forme de tableau afin de le rendre plus rapide à remplir, puis remis aux infirmières référentes de chaque patiente.

➤ **Annexe n° 7** : Le questionnaire des ressentis.

Questionnaire des ressentis

1. Les ressentis étaient-ils :

- Agréables
- Désagréables
- Agréables et désagréables en partie

2. Pouvez-vous donner un exemple d'un de ces ressentis ?

.....

3. Quels sens vous ont semblés être sollicités ?

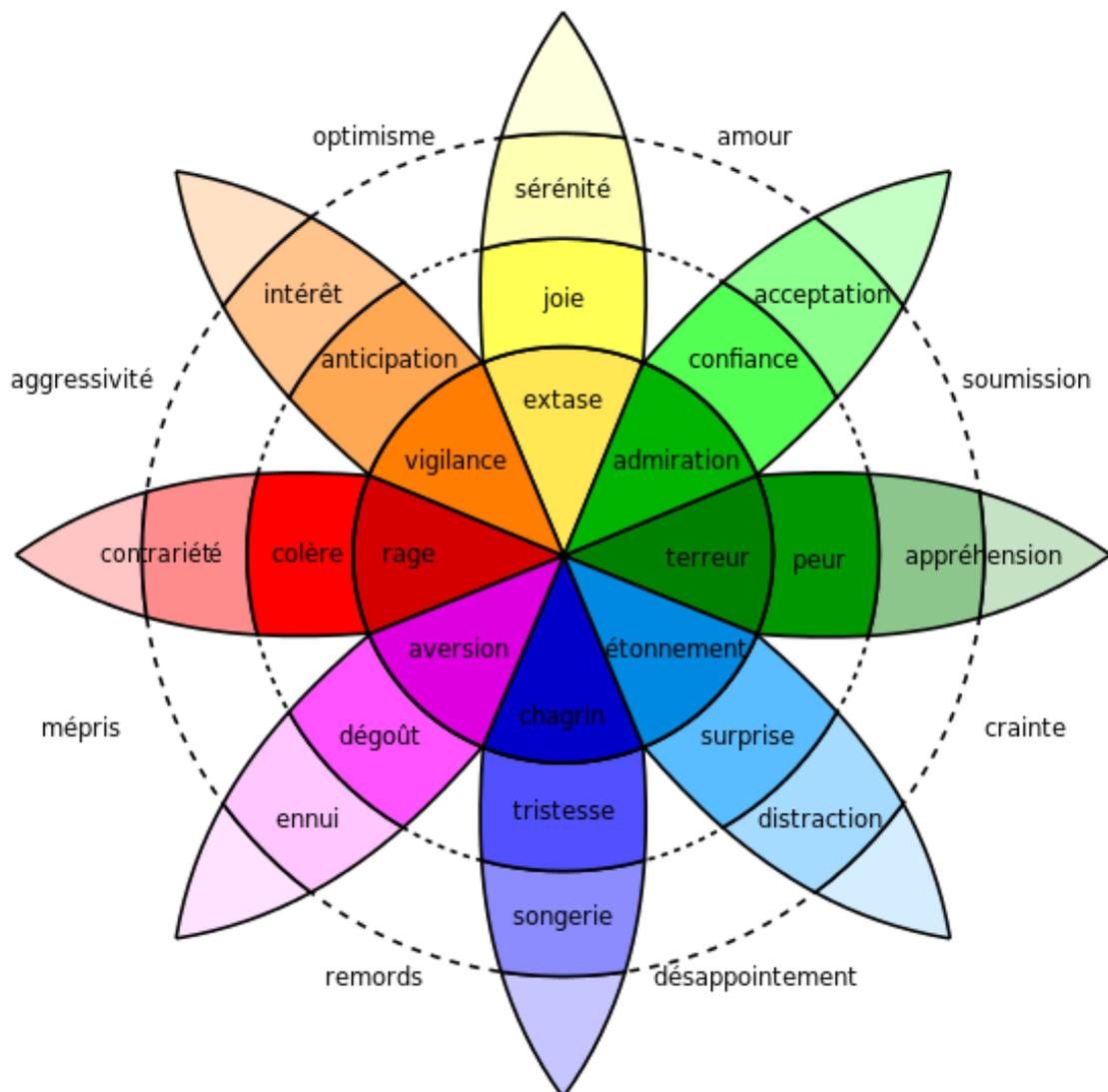
- Toucher
- Vue
- Ouïe
- Odorat

4. Quelle était l'intensité des ressentis ?

- Min. Max.
 1 2 3 4 5

➤ Ce questionnaire a été proposé aux patientes à la fin des séances 5 à 8.

➤ **Annexe n° 8** : La roue des émotions de Robert Plutchik.



- Cette roue des émotions a été présentée aux patientes en noir et blanc afin d'éviter toute interprétation et réflexion possible de la part des patientes. En fin de séance, la patiente a été invitée à indiquer quel type d'émotion elle a pu ressentir durant l'activité.

➤ **Annexe n°9** : Le détail des objectifs thérapeutiques intermédiaires en lien avec les boucles de renforcement et les spécificités des dominantes.

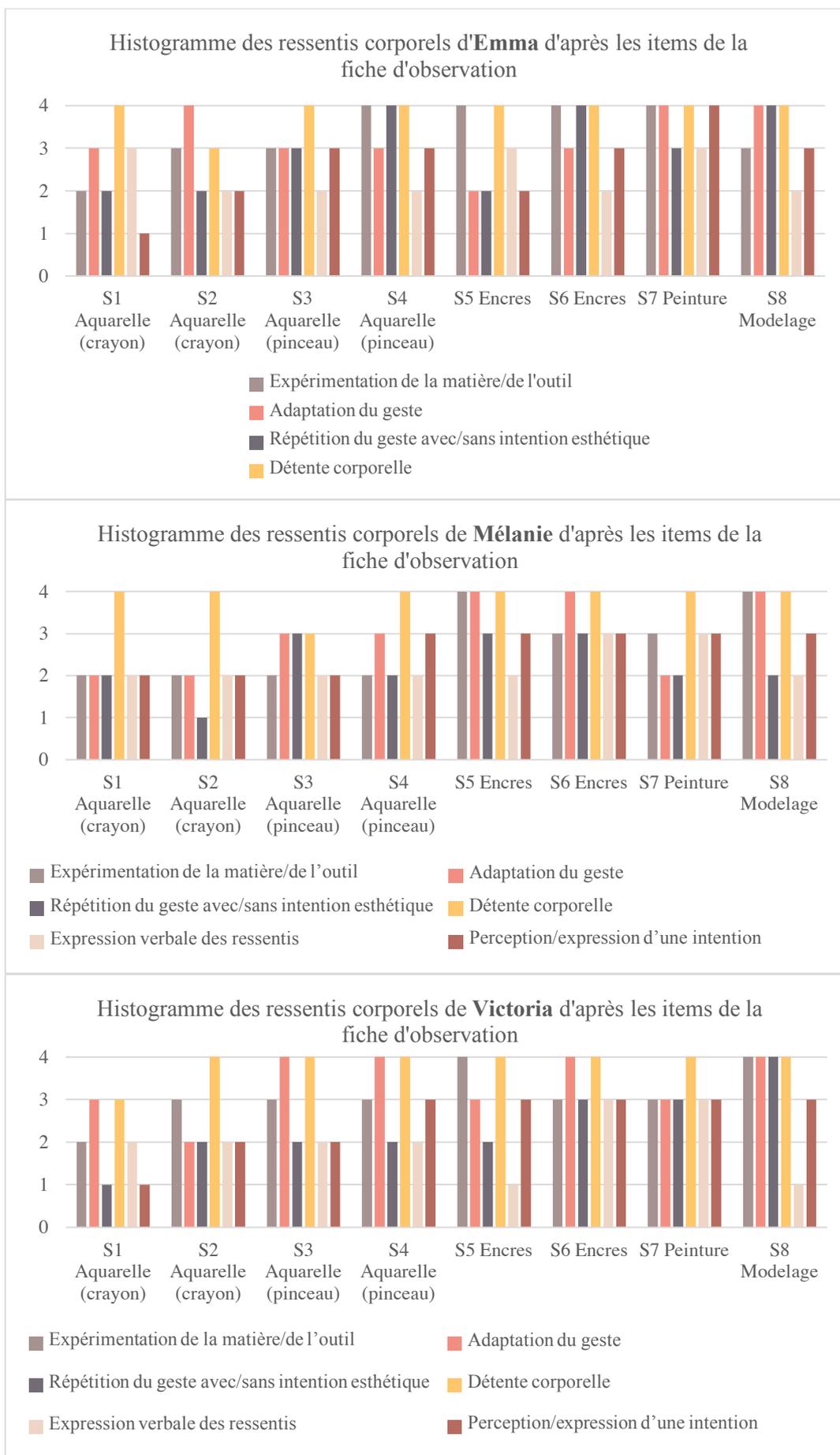
Objectif thérapeutique n°1	Faire émerger un élan vers l'activité et une relation de confiance par le biais des connaissances.
Dominante	Aquarelle (crayon).
Boucle de renforcement	4-5-6(-7-8) L'exploitation des connaissances des patientes (4) peut permettre de mettre en confiance et de favoriser un cadre sécurisant pour ensuite entraîner un élan (5) vers l'activité artistique (6) parfois appréhendée.
Moyens et spécificités	Proposition d'une illustration à mettre en couleur aux crayons aquarellables, puis ajout de l'eau au pinceau à réservoir. L'illustration est choisie par la personne parmi plusieurs propositions, la technique de coloriage est simple et connue par toutes les patientes. Le crayon de couleur permet d'être précis, l'ajout de l'eau est légèrement moins maîtrisable mais facilité par le réservoir du pinceau. Ces éléments ainsi que la réalisation en deux temps favorisent un cadre rassurant pour le début de la prise en charge.
Objectif thérapeutique n°2	Limiter la réflexion liée à l'intention esthétique (l'Art II) et de favoriser les ressentis par une technique peu maîtrisable.
Dominante	Aquarelle (pinceau).
Boucle de renforcement	5-6-3-4 L'exploitation de l'élan (5) dans une technique simple et progressivement moins maîtrisable (6) permet de favoriser les ressentis corporels (3) et ainsi de limiter la réflexion (4).
Moyens et spécificités	Proposition de réalisations abstraites sous forme de jeu qui permettent d'explorer les possibilités de la matière et des outils. L'aquarelle au pinceau permet d'être un peu moins précis qu'au crayon avec un pinceau épais et sans réservoir pour contrôler le dosage de l'eau. Puis ce fond d'aquarelle est exploité dans la réalisation d'une nouvelle production plus concrète afin d'effectuer des allers/retours entre Art II et Art I.
Objectif thérapeutique n°3	Susciter la surprise afin de détourner l'attention (limiter la réflexion, les ruminations).
Dominante	Encres.
Boucle de renforcement	2-3-4 Le matériel utilisé et/ou la production rayonne (2) et peut susciter des émotions* (3), comme la surprise. Le caractère inattendu et non contrôlé de l'émotion pourra permettre de détourner l'attention des ruminations (4).
Moyens et spécificités	Proposition de réalisation d'un fond de taches d'encres diffusées dans l'eau. L'utilisation de l'encre à l'aide d'une pipette tout comme la vaporisation d'eau la feuille ne permet pas d'être précis, il s'agit donc d'une technique simple mais très peu contrôlable. De plus, le moment du contact entre la goutte d'encre et l'eau entraîne un effet visuel parfois surprenant. L'utilisation de sel est proposé afin d'absorber l'eau par endroits et de réaliser des effets différents. Ensuite, l'encre est utilisée avec de la mousse afin de réaliser des marbrures en mélangeant quelques gouttes dans la mousse puis en pressant une feuille contre ce mélange comme un tampon. Cela permet de favoriser l'Art I par le mélange des matières et des couleurs. Dans les deux cas, le caractère imprévisible de l'encre et du résultat obtenu peut surprendre et attirer l'attention de la personne.

Objectif thérapeutique n°4	Favoriser l'Art I afin de se concentrer sur les ressentis archaïques.
Dominante	Modelage.
Boucle de renforcement	<p style="text-align: center;">3-4</p> <p>Le toucher de la matière peut susciter des ressentis corporels et des émotions (3). Le fait de cadrer l'atelier de façon à se concentrer sur ces ressentis pourra permettre de limiter l'intellectualisation (4).</p>
Moyens et spécificités	<p>Proposition de réalisation de forme simples à l'aide, si besoin, de trois techniques : la boule, le colombin, la plaque. La manipulation de la terre peut entraîner des gratifications sensorielles ou non selon les personnes, mais qu'ils soient agréables ou non elle suscite des ressentis et des émotions. Il est proposé durant une partie de l'atelier de manipuler la terre les yeux fermés afin d'occulter la vue qui a été beaucoup sollicitée auparavant et de se concentrer sur le toucher et les ressentis archaïques propres à l'Art I.</p>

➤ **Annexe n°10 : La moyenne des résultats de la fiche d'observation des trois patientes.**



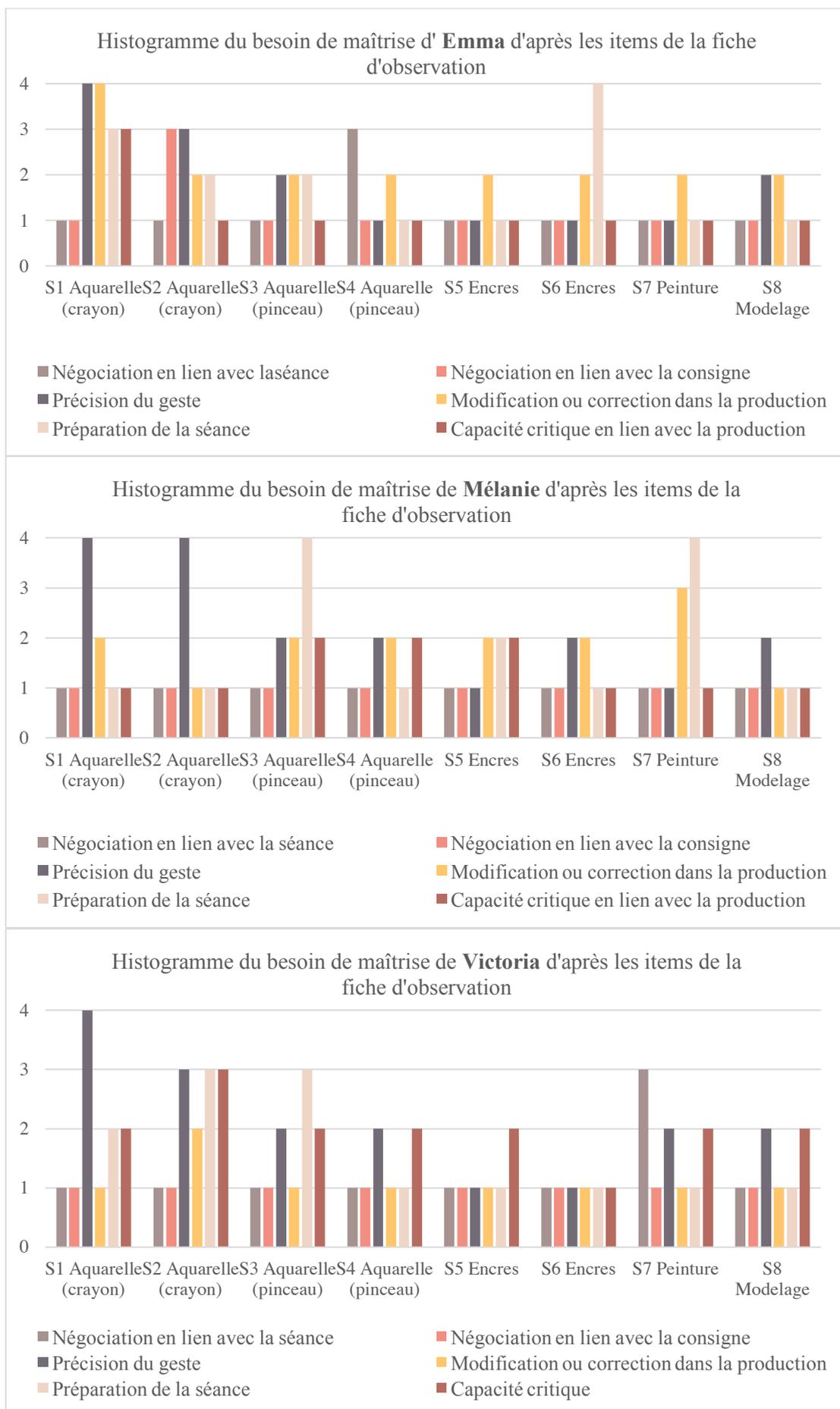
➤ **Annexe n°11** : Les résultats du faisceau « ressentis » des trois patientes.



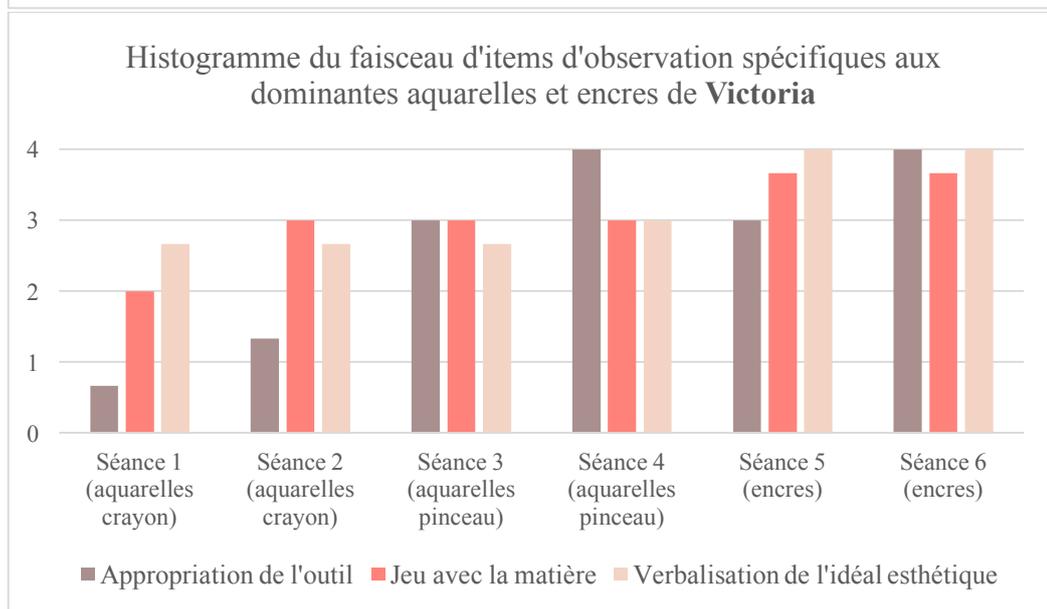
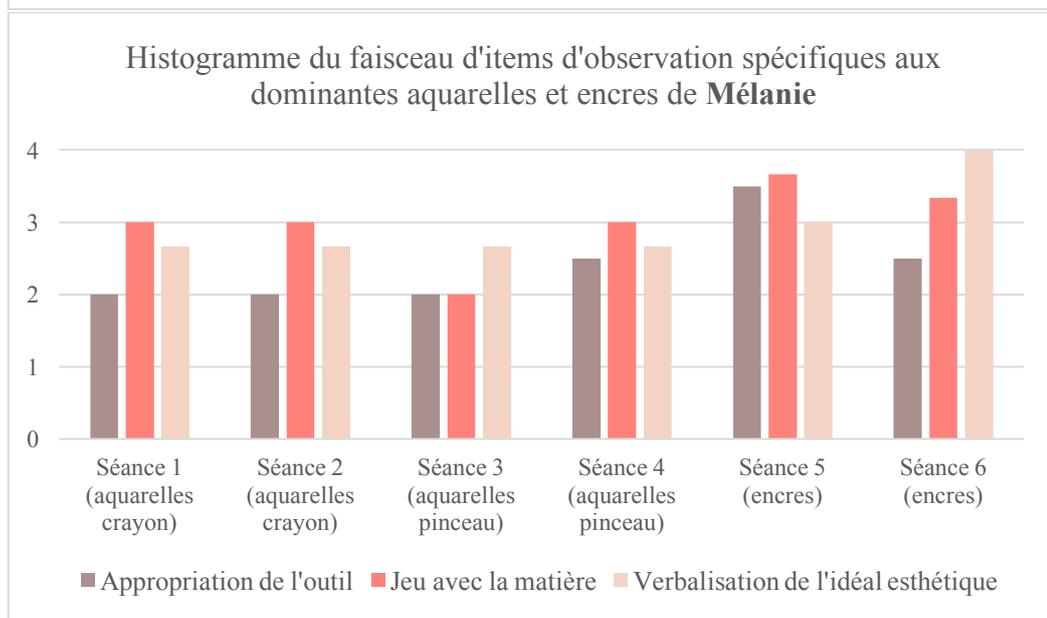
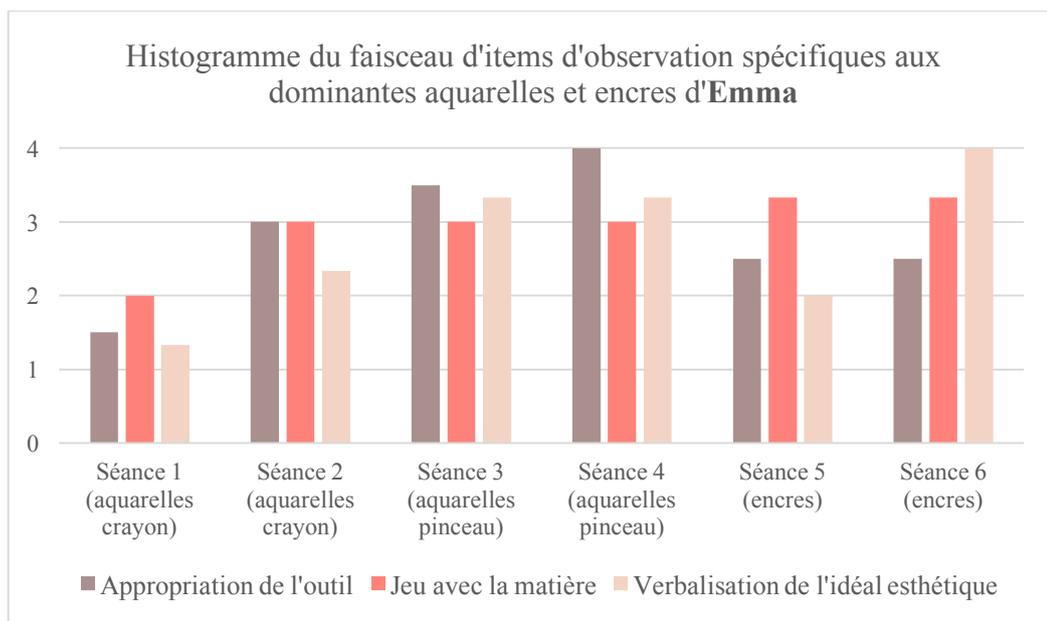
➤ **Annexe n° 12** : Les résultats du faisceau « anxiété » des trois patientes.



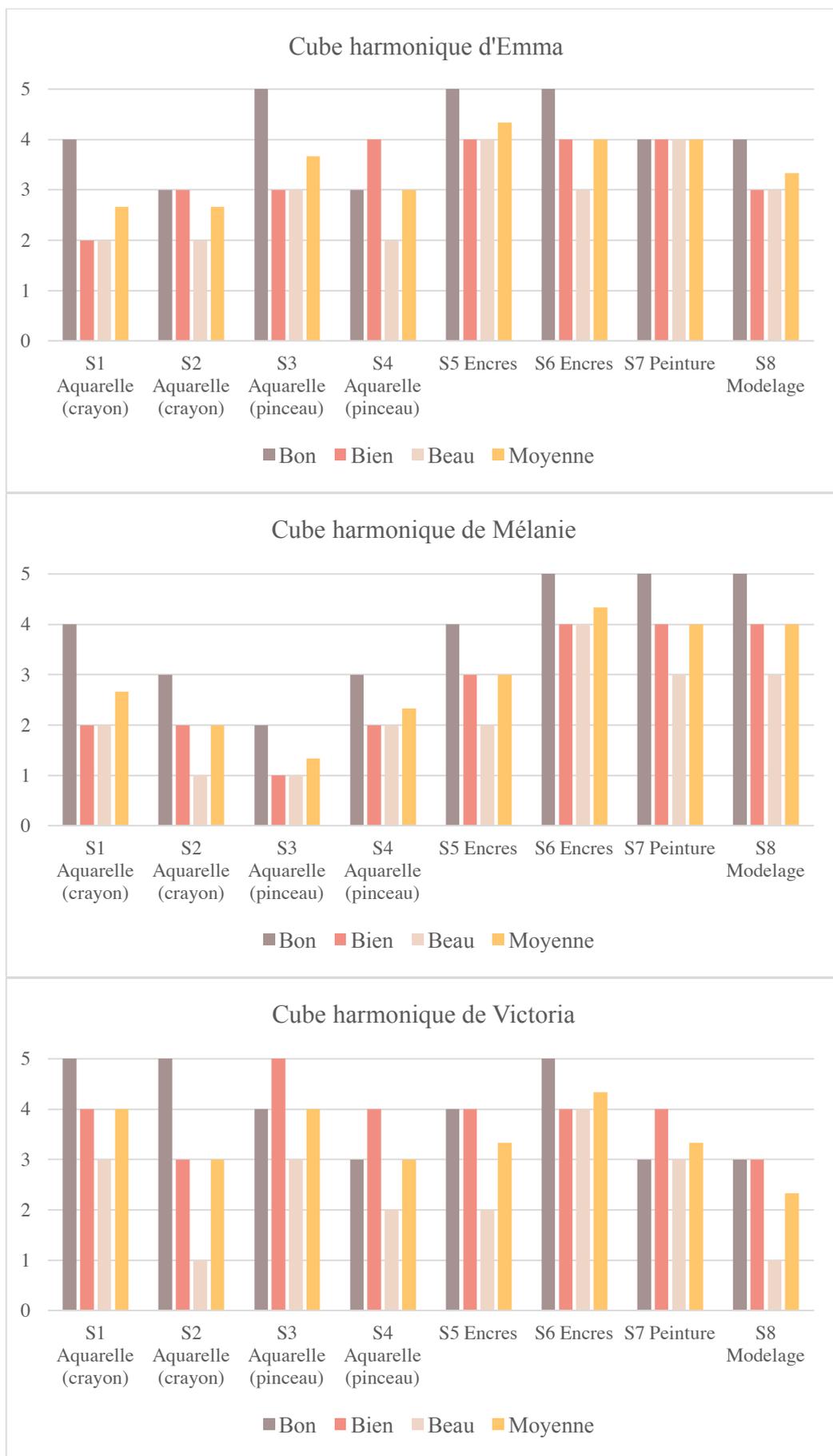
➤ **Annexe n°13** : Les résultats du faisceau « besoin de maîtrise » des trois patientes.



➤ **Annexe n°14 : Les résultats du faisceau « aquarelles et encres ».**

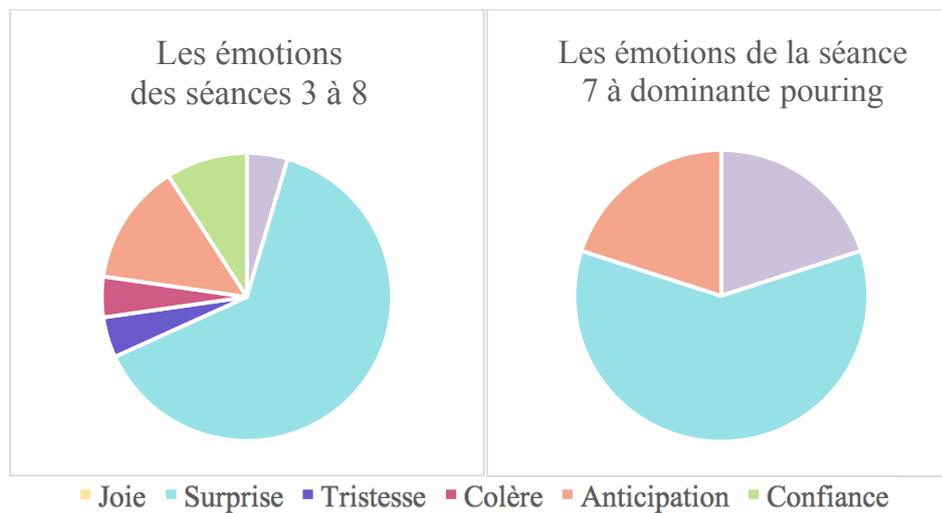


➤ **Annexe n° 15 : Les résultats du cube harmonique.**



➤ **Annexe n° 16** : Les résultats de la roue des émotions.

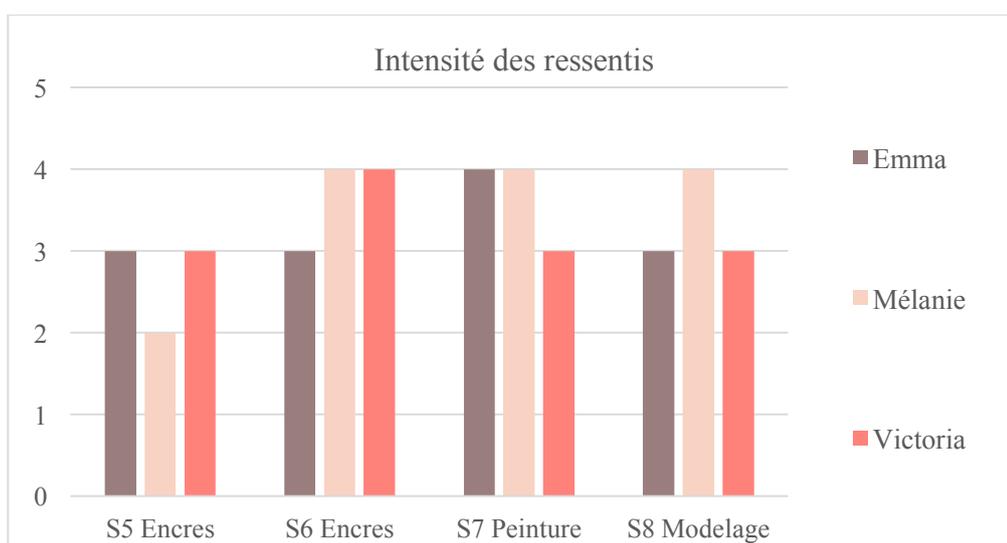
	Emma	Mélanie	Victoria
Séance 3 Aquarelle (pinceau)	Intérêt	Contrariété	Distraction
Séance 4 Aquarelle (pinceau)	Distraction	Distraction	Surprise
Séance 5 Encres	Intérêt, distraction	Distraction	Étonnement, surprise
Séance 6 Encres	Distraction	Surprise, admiration	Distraction, surprise, étonnement
Séance 7 Peinture	Intérêt, joie, distraction	Étonnement	Distraction
Séance 8 Modelage	Intérêt	Admiration, distraction	Songerie



- Les graphiques à secteurs ci-dessus font la synthèse des émotions sélectionnées par les trois patientes à l'aide de la roue et présentées dans le tableau. La séance 7 est détaillée en lien avec la sous-hypothèse 2.

➤ **Annexe n°17 : Les résultats du questionnaire des ressentis.**

		Agréable/ désagréable	Nature des ressentis	Sens sollicités	Intensité des ressentis
S5 Encres	Emma	Agréable	« Se fait tout seul. »	Vue, toucher	3/5
	Mélanie	Agréable	« Voir l'encre se diffuser. »	Vue, odorat	2/5
	Victoria	Agréable	« Voir l'encre se diffuser. »	Vue	3/5
S6 Encres	Emma	Agréable	« Se fait tout seul. »	Vue, toucher	3/5
	Mélanie	Agréable	« Surprise de la technique. »	Vue, odorat	4/5
	Victoria	Agréable	« Déposer la mousse sur le support. »	Toucher	4/5
S7 Peinture	Emma	Agréable	« Jeu de couleurs, nuances, résultat inattendu. »	Vue, toucher	4/5
	Mélanie	Agréable	« Magner les peintures. »	Toucher, vue, odorat	4/5
	Victoria	Agréable	« Verser la peinture sur la toile. »	Toucher	3/5
S8 Modelage	Emma	Agréable	« La pâte sous les doigts. »	Toucher	3/5
	Mélanie	Agréable	« Manipuler la terre. »	Toucher, vue, odorat	4/5
	Victoria	Agréable	« Appuyer et lisser la terre. »	Toucher	3/5



➤ **Annexe n° 18** : Les résultats du questionnaire de désir de contrôle de Burger.

	Emma	Mélanie	Victoria
Début PEC*	97	102	85
Fin PEC*	82	98	76
Pourcentage total	15,4 %	3,9 %	10,5 %

- Le questionnaire ci-dessus a été présenté aux patientes lors de la première et de la dernière séance d'art-thérapie. Les chiffres présentés ci-dessus sont cotés sur 140 (résultat maximum possible).

UNIVERSITE François Rabelais
Faculté de Médecine de Tours

Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
de la faculté de Médecine de Tours

Soutenu en Décembre 2018

Par **COURTIN Fanny**

Sous la direction de **LARSONNEUR Elodie** – Art-thérapeute diplômée d'université

**Étude de l'impact de l'art-thérapie sur la diminution du besoin de maîtrise de
patientes souffrant d'anorexie mentale**

Résumé : L'anorexie mentale est une maladie psychique qui a des conséquences physiques. Elle impacte la qualité de vie par les souffrances psychiques qu'elle entraîne, telles que la dysmorphophobie, les ruminations, l'intellectualisation, l'anxiété. L'anorexie mentale engendre aussi des souffrances physiques principalement liées à la dénutrition. L'hypothèse posée est donc de vérifier si une prise en charge en art-thérapie avec quatre dominantes arts plastiques peut permettre de diminuer le besoin de maîtrise. Une cohorte de trois patientes hospitalisées pour anorexie mentale restrictive a donc bénéficié d'un protocole de huit d'art-thérapie à dominantes aquarelle, encres, peinture et modelage. Les résultats démontrent une émergence des ressentis corporels et une diminution du besoin de maîtrise. Cela permet de valider le protocole proposé et de vérifier l'hypothèse générale.

Mots clés : Art-thérapie, anorexie mentale, dysmorphophobie, maîtrise, anxiété, émotions, ressentis corporels, aquarelle, encres, peinture, modelage.

Abstract : Anorexia nervosa is a psychic disease with physical consequences. It impacts life quality by the psychic sufferings it produces such as dysmorphophobia, ruminations, intellectualization, anxiety. Anorexia nervosa also engenders physical sufferings mainly connected to undernutrition. The hypothesis thus is to verify if a care in art-therapy with four dominants in plastic arts can decrease the need for control. A group of three patients hospitalized for restrictive anorexia nervosa thus benefited from a eight sessions protocol in art-therapy with dominants watercolour, ink, painting and modelling. The results reveal an emergence of body feelings and a decrease of the need for control. It allows the general hypothesis to be proven.

Keywords : Art-therapy, anorexia nervosa, dysmorphophobia, control, anxiety, emotions, body feelings, watercolour, inks, paint, modelling.