

## Article original/Original article

# Efficacité d'un programme d'art-thérapie pour adolescents obèses

Jean-Luc Sudres<sup>1,5</sup>, Cristina Anzules<sup>2</sup>, Kurt Albermann<sup>3</sup>, Valdo Pezzoli<sup>4</sup>, Nadia Evangelista<sup>2</sup>, Mariella Mulattieri<sup>4</sup>, Corinna Mühlbauer<sup>4</sup>, Jacqueline Bär<sup>3</sup>, Nathalie Farpour-Lambert<sup>2</sup>, Gilles Brandibas<sup>5</sup>, Alain Golay<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> CERPPS, Université de Toulouse Jean Jaurès, France

<sup>2</sup> Hôpitaux Université de Genève, Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Villa Soleillane, Chemin Venel 7, 1206 Genève, Suisse

<sup>3</sup> Hôpital cantonal de Winterthur, Centre pédiatrique social, Suisse

<sup>4</sup> Hôpital régional de Lugano, Service de pédiatrie, Suisse

<sup>5</sup> IPCRA, Fontenilles, France

(Reçu le 30 juin 2016, accepté le 15 septembre 2016)

**Résumé – Introduction :** L'art-thérapie utilise l'expérience artistique comme moyen d'expression et offre des nouvelles voies de communication autres que la parole. L'objectif de cette étude multicentrique est d'évaluer l'efficacité d'un programme d'art-thérapie sur l'image du corps de l'adolescent obèse. **Méthode :** 27 patients adolescents obèses ( $13,4 \pm 1,9$  ans) ont suivi un programme d'art-thérapie de 6 mois composé de quatorze séances individuelles. Le même protocole a été conduit en trois langues différentes dans trois centres hospitaliers suisses. Des questionnaires sur l'image du corps (QIC), les troubles du comportement alimentaire (EDI) et sur la qualité de vie (Kidscreen) ont été passés avant et après le programme d'art-thérapie et à nouveau 6 mois après l'arrêt du programme. **Résultats :** La silhouette souhaitée s'est abaissée significativement ( $p < 0,02$ ). Parmi les troubles du comportement alimentaire, la boulimie ( $p < 0,05$ ), le contrôle des pulsions alimentaires ( $p < 0,05$ ) se sont améliorés. La relation sociale de ces adolescents ( $p < 0,02$ ) et le sentiment d'inefficacité ( $p < 0,001$ ) sont aussi plus favorables. L'effet de l'art-thérapie perdure 6 mois après l'arrêt du programme. **Conclusion :** Un programme d'art-thérapie de 6 mois permet d'améliorer l'image corporelle et le bien-être d'adolescents obèses. Cette approche, menée par des art-thérapeutes qualifiées, pourrait s'intégrer dans un programme multidisciplinaire d'éducation thérapeutique pour une perte de poids.

**Mots clés :** art-thérapie / adolescent obèse / image corporelle / qualité de vie

**Abstract – Efficacy of an art-therapy programme for obese adolescents. Introduction:** Art-therapy uses the artistic experience as a means of expression and offers new ways of communication other than speech. The aim of this multicenter study is to evaluate the efficacy of an art-therapy programme on body image of obese adolescents. **Method:** 27 obese adolescent patients ( $13.4 \pm 1.9$  years) followed a six-month art-therapy programme consisting of 14 individual sessions. The same protocol was conducted in 3 different languages within 3 Swiss hospitals. Questionnaires on body image (QIC), binge eating disorders (EDI) and quality of life (Kidscreen) were handed out before and after the art-therapy programme and again 6 months after the end of it. **Results:** The desired figure was significantly reduced ( $p < 0.02$ ). Among the eating disorders, bulimia ( $p < 0.05$ ) and binge eating disorder ( $p < 0.05$ ) improved. The social relationship of these teenagers ( $p < 0.02$ ) and the feeling of inefficiency ( $p < 0.001$ ) were also more favorable. The effect of art-therapy lasts 6 months after the end of the programme. **Conclusion:** A 6-month art-therapy programme improves body image and well-being of obese adolescents. This approach with qualified art-therapists could be included in a multidisciplinary therapeutic patient education programme for a weight loss.

**Key words:** art-therapy / body image / obese adolescent / quality of life

\* Correspondance : [alain.golay@hcuge.ch](mailto:alain.golay@hcuge.ch)

## 1 Introduction

Pratique de soin relativement récente et sujette à controverses en matière d'efficacité, l'art-thérapie suscite un intérêt croissant dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires et notamment de l'obésité. Toutefois cet intérêt repose sur un curseur qui se déplace de la croyance à la preuve expérimentale en passant par le dogmatisme le plus absolu [1, 2].

Si en matière d'anorexie/boulimie, le débat entre les tenants d'une EBM (*Evidence-Based Medicine*)/EBP (*Evidence-Based Practice*) montre l'absence d'études évaluatives avec un programme manualisé [3], d'autres tentent de souligner la robustesse des études empiriques fondées sur la singularité et/ou l'addition de cas cliniques documentés [4, 5]. Chacun reste campé sur ses positions par manque de recherches à méthodologie mixte avec des populations précisément décrites. Une simple analyse des travaux amène à constater que les diagnostics sont posés avec des critères divergents, notamment au niveau des seuils de BMI retenus. Le praticien de terrain sait parfaitement que le fonctionnement cognitif et émotionnel d'une anorexique avec un IMC de 17 à 15 est fort différent de celle avec un IMC de 14 à 11.

Cet écueil est quasi contrôlé dès que nous adressons à la population des adultes obèses bénéficiant, notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique, d'une prise en charge en art-thérapie [6]. Les résultats étayés sur des travaux expérimentaux démontrent une efficacité de l'art-thérapie à médiation plastique [7, 8], de la danse [9, 10] et du jardinage [11] pour les patients obèses. Ainsi « en adulte » la pertinence et l'utilité de recourir aux arts-thérapies ou médiations thérapeutiques constituent un fait acquis, bien qu'en France, comme ailleurs, nous trouvions des rapports officiels sur les référentiels de l'Éducation Thérapeutique (ETP) et/ou le parcours de soins de la personne obèse qui ne les mentionnent pas.

Pour les adolescents obèses, la situation est nettement moins bien documentée. En effet, l'art-thérapie n'apparaît pas en tant que telle dans :

- les programmes de prévention en population non clinique [12] ou clinique [13],
- les dispositifs de soins multidisciplinaires en consultation ambulatoire comme en hospitalisation [14, 15],
- les récentes recommandations internationales pour le traitement de l'obésité pour l'enfant et l'adolescent [16].

Tous s'accordent pour retenir d'une part, les indicateurs biologiques, statur pondéraux, diététiques, d'activités physiques et de perturbations de l'image du corps, et d'autre part, une prise en charge graduelle allant du simple coaching médical à la chirurgie bariatrique, en passant par l'éducation thérapeutique, l'accompagnement environnemental et familial, les groupes thérapeutiques ciblés, les thérapies cognitivo-comportementales en immersion clinique courte ou longue [16, 17]. L'art-thérapie, ou plus exactement les médiations créatives ne peuvent alors se lire que comme un aspect secondaire dans ces niveaux et dispositifs de soins.

Sur le terrain du quotidien (soit en milieu clinique naturel) des actions d'art-thérapies pour les adolescents obèses sont

menées avec des objectifs souvent mal définis et/ou orientés vers un résultat final de l'ordre du « donné à voir » (spectacle, exposition, production de CD). Ainsi présenté, l'art-thérapie serait-elle devenue un simple ingrédient socio-culturel et esthétique pour des programmes de soin sérieux [18, 19] ? Certes, des valeurs sûres (Théâtre Forum, Atelier d'écriture, Slam, etc.) paraissent vectoriser un espace-temps mais quasi exclusivement dans le champ des difficultés psychiques de l'adolescent [20, 21].

Dans ce contexte, seule à notre connaissance l'étude de Sanhadja [22] menée sur des adolescentes obèses de 15 à 17 ans avec un atelier d'art-thérapie à médiation maquillage-esthétique visant une amélioration de l'image du corps, comporte une démarche scientifique. Le dispositif d'atelier d'une vingtaine de séances, partiellement manualisé, s'étend sur une année scolaire. L'évaluation s'effectue avec des tests projectifs (Rorschach, Dessin de l'arbre) et une méthodologie en test-retest avec un groupe clinique et un groupe témoin. Les résultats révèlent une amélioration favorable significative pour le groupe clinique au niveau :

- d'un aménagement de l'enveloppe psychique par mentalisation de l'angoisse vécue dans le corps,
- d'une redéfinition des limites internes et externes avec un remodelage des identifications narcissiques,
- de la pérennité des bénéfices nécessitant la poursuite de la prise en charge et de celle des familles.

Cette étude innovatrice demeure d'une portée limitée compte tenu des outils psychométriques utilisés mais développe des résultats prometteurs et utiles.

Paradoxalement, à la sensibilité clinique amenant au postulat d'un « ça fait du bien / ça peut pas faire de mal – Ma conviction est que... » et à l'engouement pour « le beau », aucune étude ne dispose d'un échantillon et d'une méthodologie *ad hoc* reproductible pour étayer les fondements d'une prise en charge art-thérapeutique pour les adolescents obèses.

De fait, notre objectif avec cette étude est double :

- justifier la singularité d'un programme d'art-thérapie plurimédiatisé focalisé sur l'image du corps qui soit reproductible et transférable à des pairs ;
- évaluer l'impact/l'efficacité d'un tel programme en termes de préoccupation/fonction corporelle, troubles des conduites alimentaires et qualité de vie à court et moyen termes.

## 2 Méthode

### 2.1 Population

Initialement, 60 adolescents de 11 à 18 ans présentant des troubles des conduites alimentaires ont été recrutés dans trois sites hospitaliers Suisses (Hôpitaux Universitaires de Genève, Hôpital Cantonal de Winterthur, Hôpital Régional de Lugano). Après application des critères d'inclusion/exclusion (pathologie psychiatrique selon le DSM5, traitement psychotrope, anorexie/boulimie, co-morbidité somatique), 47 adolescents,

présentant une obésité morbide, ont été rencontrés et inclus dans le programme de prise en charge art-thérapie multicentrique.

Au final, seuls 27 adolescents se révèlent éligibles pour la recherche et 20 ont été exclus par manque d'assiduité thérapeutique ( $n = 12$ ), pour un protocole de recherche incomplet ( $n = 7$ ), et pour la présence d'anorexie/boulimie ( $n = 1$  selon les critères du DSM5). Les 27 participants ont une répartition de 15 filles/12 garçons (55,6 % *versus* 44,4 %) âgés en moyenne de 13,4 ( $\pm 1,8$ ) ans.

## 2.2 Programme d'art-thérapie

Tous les adolescents ont bénéficié, gratuitement en ambulatoire (séances financées par la Fondation Alta Mane et la Fondation Suisse d'Art-thérapie), d'un même programme de 14 séances individuelles et hebdomadaires d'art-thérapies à médiation plastique et visuelle axées sur le rapport au corps physique, émotionnel sexué, imaginaire, malade, sain, intime relationnel et en transformation. Ce programme standardisé inclut une séance d'information/synthèse associant en début et en fin de prise en charge parents, adolescent et art-thérapeute (*cf.* Annexe 1). Aucun programme de perte de poids n'était suivi en parallèle.

Construit sur la base de travaux initiaux [7], il a fait l'objet d'adaptation linguistique *ad hoc* et d'une formation commune aux art-thérapeutes des trois sites avec des séances de régulation/analyse des pratiques en modalité co-vision (partages/analyses des difficultés art-thérapeutiques rencontrées par les trois praticiens) tous les quatre mois.

## 2.3 Outils d'investigations

De type auto questionnaires, ils sont répartis en quatre sphères d'investigation avec une approche méthodologique mixte (quantitatif/qualitatif) [23].

### La sphère corporelle

- Le *Figure Rating Scale* (FRS) de Stunkard *et al.* [24] explore la perception de la forme corporelle et l'insatisfaction corporelle en deux séries de neuf silhouettes ; la silhouette actuelle (FRS-A) et la silhouette souhaitée (FRS-S). Cet outil a été validé sur une population adulte nord-américaine. Chaque série de silhouettes est ici regroupée en référence à la somato-typologie de Sheldon en « ectomorphe » (mince, élancée, délicate) pour les 1, 2 et 3, en « mésomorphe » (muscleuse, carrée, robuste) pour les 4, 5 et 6, en « endomorphe » (lourde, molle, ronde) pour les 7, 8 et 9. L'insatisfaction résulte de la différence entre FRS-A et FRS-S.
- Le Questionnaire de Préoccupation Corporelle (QPC) de Canestrari *et al.* [25] apprécie le niveau de préoccupation corporelle et ses localisations en 24 items binaires. Cet outil a été construit et appliqué à une population d'adolescents italiens dans une perspective d'exploration qualitative.

- Le Questionnaire d'Image du Corps (QIC) de Bruchon-Schweitzer [26] amène, avec cinq facteurs (désirabilité sociale corporelle, accessibilité, satisfaction, actif, se-rein), une nuance du score de satisfaction corporelle global (QIC total). Appliqué sur diverses populations (enfants/adolescents scolarisés, étudiants, cancéreux, lombalgiques) de 10 à 40 ans, cet outil dispose d'une excellente fiabilité.
- Les mesures anthropométriques classiques telles que le poids (kg), la taille (cm) et l'indice de masse corporelle.

### La sphère alimentaire

Le *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) de Gardner [27] apporte une évaluation multidimensionnelle de la symptomatologie et des attitudes/comportements associés aux troubles alimentaires (obésité incluse) en onze dimensions : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des pulsions et insécurité sociale. L'ensemble est complété par un score total. Cet outil est étayé sur de multiples études de validation internationales, permettant de disposer de normes et d'une évaluation fiable des progrès thérapeutiques.

### La sphère qualité de vie

Le *Quality of life questionnaire for children and adolescents*. Les 27 items du Kidscreen Group Europe [28] amènent une approche de la qualité de vie en cinq dimensions de bien-être : physique, psychologique, relations parentales, relations sociales et écoles. Cet outil est validé en plusieurs langues et offre des normes de références régulièrement actualisées.

### La sphère prise en charge

- Le Questionnaire de Vécu (version courte à 16 items) de l'Échelle Clinique de Thérapies Médiatisées (ECTM) de Sudres [29] pour les adolescents permet de disposer d'éléments sur les bénéfices attribués à l'atelier d'Art-thérapie, le travail psychique effectué, la perception du praticien, la production réalisée et les changements estimés. Cet outil est cliniquement validé.
- Le point de vue des parents de Sudres *et al.* [30] est apprécié avec 4 items simples (« Votre adolescent vous a-t-il parlé de cet atelier ? », « Participer à cet atelier l'a aidé ? », « Quels sont les objectifs de cet atelier ? », « Est-il plus sensible à l'art ? »), ouverts ou à choix de réponses. Préalablement expérimenté avec une population de parents d'adolescents obèses, il s'avère discriminant et pourvoyeur d'informations.

## 2.4 Procédure

Tous les adolescents de l'échantillon ont bénéficié d'une procédure Test/Retest en début et fin de prise en charge du

**Tableau I.** Caractéristiques « sphère somatique/corporelle » avant/après un programme d'art-thérapie ( $N = 27$ ).

	Avant $m$ (sd)	Après $m$ (sd)	$p$
Poids (kg)	83,6 (17,7)	86,0 (19,0)	0,05
Taille (cm)	161,6 (11,9)	164,3 (11,5)	0,00
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	31,7 (3,4)	32,1 (4,9)	1,20
Silhouette actuelle (FRS) <sup>o</sup>	5,7 (1,1)	5,3 (0,9)	0,09
Silhouette souhaitée	3,8 (0,9)	3,5 (0,7)	0,02
Différence silhouette	1,8 (0,7)	1,7 (0,6)	1,37
Préoccupation corporelle	5,9 (4,4)	5,0 (3,7)	0,16
QIC total	66,9 (8,9)	65,3 (9,1)	0,16
Désirabilité sociale	53,9 (8,0)	54,3 (8,3)	0,38
Accessibilité	25,2 (7,3)	24,4 (8,0)	0,48
Satisfaction	31,8 (3,8)	33,0 (5,6)	0,07
Actif	21,5 (4,0)	22 (4,1)	0,28
Serein	11,1 (2,4)	11,2 (2,1)	0,39

protocole d'investigation complet. Puis, 6 mois après, un *Follow up* (T2) a été effectué par voie postale auprès de chaque adolescent ainsi que des parents avec le questionnaire point de vue des parents.

## 2.5 Traitement des données

Après vérification de la normalité (loi normale) des données quantitatives, il a été réalisé une exploitation avec des tests statistiques non paramétriques (Wilcoxon, Mann-Whitney,  $d$  de Cohen pour échantillons pairés, Test de Friedman à mesures répétées) avec le logiciel SPSS 20.

Quant aux données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse catégorielle et de contenu en référence à Bardin [31] et Mucchielli [32] avec un compte en pourcentages. Les choix de traitement sont dictés par l'approche évaluative mixte des psychothérapies [33].

Le protocole de recherche a été accepté par les commissions d'éthique des trois hôpitaux.

## 3 Résultats

### 3.1 Avant/après application du programme d'art-thérapie

#### Sphère corporelle (Tab. I)

Si le poids a augmenté de manière significative ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,03$ ) parallèlement à une croissance normale de la taille au décours de la prise en charge, l'IMC est resté stable.

La silhouette actuelle (FRS) tend à s'améliorer tout en restant dans la zone mésomorphe moyenne. Ce mouvement devient significatif ( $p < 0,02$ ,  $d = 0,11$ ) pour la silhouette souhaitée positionnée entre le niveau ectomorphe et mésomorphe. Cet écart (différence silhouettes) signe une insatisfaction corporelle au niveau de la forme du corps qui se retrouve de manière quasi constante chez les adolescents non cliniques.

**Tableau II.** Caractéristiques « sphère troubles des conduites alimentaires » avant/après un programme d'art-thérapie ( $N = 27$ ).

	Avant $m$ (sd)	Après $m$ (sd)	$p$
EDI total	60,2 (28,4)	47,5 (22,4)	0,08
Recherche minceur	7,0 (4,6)	5,4 (4,3)	0,07
Boulimie	2,8 (4,0)	1,5 (2,0)	0,05
Insatisfaction corporelle	15,1 (7,1)	11,5 (7,3)	0,02
Inefficacité	6,4 (5,0)	4,6 (4,0)	0,00
Perfectionnisme	3,7 (3,1)	3,1 (2,8)	0,16
Méfiance interpersonnelle	3,3 (2,7)	2,8 (3,2)	0,14
Conscience intéroceptive	3,4 (3,7)	2,5 (2,9)	0,10
Peur maturité	6,5 (4,2)	6,8 (4,5)	0,30
Ascétisme	3,8 (3)	3,0 (3,0)	0,11
Contrôle pulsions	3,3 (4,3)	1,7 (2,6)	0,05
Insécurité sociale	11,5 (7,3)	4,2 (3,6)	0,39

**Tableau III.** Caractéristiques « sphère qualité de vie » avant/après un programme d'art-thérapie ( $N = 27$ ).

	Avant $m$ (sd)	Après $m$ (sd)	$p$
Bien-être total	96,9 (27)	102,2 (16,5)	0,11
Bien-être physique	15,4 (5)	16,8 (4,1)	0,11
Bien-être psychologique	26,8 (7,2)	28,0 (4,0)	0,17
Bien-être autonomie	25,7 (8,3)	24,3 (5,7)	0,14
Bien-être relations sociales	15 (5,4)	16,9 (4,8)	0,02
Bien-être école	13,9 (5,3)	16,0 (4,0)	0,12

La préoccupation corporelle (QPC) tend à diminuer de manière négligeable, tout comme l'insatisfaction corporelle (QIC). Tous les scores avant/après se trouvent à minima à 1,4 déviation standard des normes.

#### Sphère alimentaire (Tab. II)

Focalisée sur la symptomatologie des conduites alimentaires, l'EDI2 révèle une diminution globale de toutes les dimensions explorées, excepté pour « la peur de la maturité » qui s'est majorée. Toutefois, seules 4 dimensions s'améliorent significativement :

- la boulimie ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,60$ ),
- le contrôle des pulsions ( $p < 0,05$ ,  $d = 0,45$ ),
- l'insatisfaction corporelle générale ( $p < 0,02$ ,  $d = 0,50$ ),
- l'inefficacité soit évaluation négative de soi ( $p < 0,00$ ,  $d = 0,39$ ).

Notons que tous les scores obtenus, avant comme après prise en charge art-thérapeutiques, se localisent dans les moyennes des normes.

#### Sphère qualité de vie (Tab. III)

Elle montre une amélioration globale non significative avec notamment une qualité de vie « relations sociales » qui augmente significativement ( $p < 0,02$ ,  $d = 0,78$ ).

Soulignons que tous les scores de qualité de vie de ces adolescents sont largement inférieurs (de 3 jusqu'à 8 déviations standards) aux normes des sujets normaux de leur âge que cela soit avant, comme après la prise en charge.



### Variables agrégatives composites

Afin d'optimiser les résultats, trois variables agrégatives composites prenant en compte la pluridimensionnalité de chaque outil pour les sphères explorées ont été créés. Il s'agit donc de construits psychométriques effectués à partir de l'observation clinique et du contenu spécifique (éléments mesurés/apprécies) par chaque facteur de chacun des outils. Ainsi :

- la variable « Amélioration corps ; » (*versus* aggravation) regroupe les variables concernant une facette corps (silhouette actuelle + silhouette souhaitée + différence silhouettes + préoccupation corporelle + QIC + DSC + accessibilité + actif + passif + serein + insatisfaction corporelle + recherche de la minceur) dans l'ensemble des outils utilisés. Cette variable agrégative montre que 37,5 % des adolescents voient au moins la moitié de leurs compétences/perceptions corporelles s'améliorer avec le programme d'art-thérapie ;
- la variable « Amélioration psychologique » (*versus* aggravation) est constituée des toutes les variables se rattachant à une facette psychologique (qualité de vie psychologique + inefficacité + perfectionnisme + méfiance interpersonnelle + conscience intéroceptive + peur de la maturité + ascétisme + contrôle des pulsions) dans tous les outils utilisés. Cette variable agrégative révèle que 48,5 % des adolescents voient au moins la moitié de leurs compétences/perceptions psychologiques s'améliorer au décours de la prise en charge ;
- la variable « Amélioration sociale » (*versus* aggravation) condense les variables se rattachant à une facette sociale (bien-être autonomie + bien-être relation sociale + bien-être école + insécurité sociale) dans tous les outils utilisés. Cette variable agrégative traduit une amélioration pour 62,5 % des adolescents d'au moins la moitié de leurs compétences/perceptions sociales avec le soin art-thérapeutique.

Le profil des patients ne permet pas de prédire l'évolution pondérale et les paramètres psycho-sociaux.

### Vécus des adolescents en fin de prise en charge

Les bénéfices attribués au programme sont résumés dans le tableau IV. Les aspects, qui les ont « les plus intéressés » et les aspects « les plus difficiles », sont également décrits.

Notons que peu d'entre eux :

- **pensaient avant les séances** à ce qu'ils pourraient y réaliser (21 %) ;
- ont **effectué un effort somato-psychique** (30 %) pour participer aux séances ;
- se sont surpris (*insight*, perlaboration, prise de conscience) au cours des séances (15 %).

La présence des art-thérapeutes est majoritairement vécue comme une aide et un soutien (92 %) même si quelques adolescents (8 %) soulignent leurs souhaits ponctuels de se retrouver seuls dans l'atelier. Ils leur attribuent un rôle de « guide » (85 %) à même de distiller des conseils/indications pour près de la moitié d'entre eux (48 %).

Globalement, le dispositif leur a apporté une aide (65 %), des améliorations (60 %) et des changements (50 %) dans leurs difficultés initiales

### 3.2 Follow-up 6 mois après la fin du programme d'art-thérapie

Seuls, 20 adolescents (10 filles – 10 garçons – âge moyen de 13,2 ans  $\pm$  1,7) ont répondu à la demande de *follow-up* et sont éligibles à la recherche en regard des critères d'inclusion/exclusion initiaux. Parallèlement, les 20 parents de ces adolescents ont garni le questionnaire spécifique les concernant.

À ce niveau de résultats avec l'analyse de variance à mesures répétées, la grandeur de la taille de l'effet (*d* de Cohen pour échantillons pairés) apparaît davantage représentative que la significativité probalistique classique [34] pour apprécier l'impact d'une démarche psychothérapeutique dans la temporalité.

#### Sphère corporelle (Tab. V)

Bien que le poids et la taille augmentent 6 mois après la fin de la prise en charge, l'IMC est stable ( $d = 0,06$ ) et apparaît même légèrement inférieur à celui en fin de thérapie.

La « Silhouette actuelle » se péjore 6 mois après l'arrêt de la prise en charge tandis que pour celle « souhaitée », initialement améliorée par l'art-thérapie, elle revient au niveau de départ ( $d = 0,10$ ).

Quant à la préoccupation corporelle (QPC) qui, en augmentant traduit un aspect négatif ( $d = 0,31$ ), elle apparaît en miroir dans les facteurs du QIC qui se péjorent au niveau de « la désirabilité sociale corporelle » ( $d = 0,16$ ) et de « la satisfaction corporelle » ( $d = 0,25$ ), contrairement à « l'accessibilité » ( $d = 0,23$ ).

Tous les scores avant/après et en *follow-up* se trouvent à minima à 1,4 déviation standard des normes et les statistiques ( $p <$ ) sont représentées entre la fin du programme d'art-thérapie et 6 mois après.

#### Sphère alimentaire (Tab. VI)

Elle se caractérise par un maintien d'une diminution globale de la symptomatologie des conduites alimentaires en dessous du niveau de départ, exceptée pour les dimensions « boulimie » et « perfectionnisme » qui se péjorent de manière négligeable ( $d = 0,09$  et  $d = 0,1$ ).

Notons que les dimensions « Insatisfaction corporelle » ( $d = 0,44$ ) et « Inefficacité » ( $d = 0,43$ ) ont une taille d'effet moyenne alors que pour celles de « Méfiance interpersonnelle » ( $d = 0,2$ ), « Conscience intéroceptive » ( $d = 0,17$ ), « Ascétisme » ( $d = 0,31$ ), « Contrôle des pulsions » ( $d = 0,353$ ), sont petites.

Par ailleurs tous les scores obtenus avant comme après prise en charge art-thérapeutiques et en *follow-up*, se localisent dans les moyennes des normes des sujets non cliniques (en référence aux normes des tests).

**Tableau IV.** Vécus des adolescents en fin de prise en charge.

---

Les bénéfices attribués au programme d'art-thérapie :

- la découverte et l'expression de soi (37 %),
- la capacité à réaliser une production concrète avec des matériaux (24 %),
- la prise de conscience du corps (15 %),
- la pratique d'un loisir (15 %),
- une activité inutile (9 %).

Les aspects qui les ont « le plus intéressé » :

- la réalisation d'une production concrète (54 %),
- la diversité des activités proposées (28 %),
- la possibilité de créer sans contrainte (18 %).

Les aspects « les plus difficiles » se localisent au niveau de :

- l'expression verbale (75 %) en cours comme en fin de séance,
- l'appropriation de techniques plastiques (25 %).

---

**Tableau V.** Caractéristiques « sphère somatique/corporelle » avant/ après un programme d'art-thérapie et en *follow-up* à 6 mois ( $N = 20$ ).

	Avant <i>m</i> (sd)	Après <i>m</i> (sd)	Follow up <i>m</i> (sd)	<i>p</i>
Poids (kg)	82,8 (17,6)	84,2 (19,9)	90,0 (19,2)	0,00
Taille (cm)	161,8 (12,0)	164,1 (12,5)	168,2 (11,2)	0,00
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	31,4 (3,4)	31,7 (5,2)	31,6 (5,3)	1,00
Silhouette actuelle (FRS)	5,7 (1,0)	5,4 (0,8)	5,9 (1,2)	0,12
Silhouette souhaitée	4,2 (1,0)	3,6 (0,6)	4,2 (1,0)	0,10
Différence silhouette	1,7 (0,5)	1,7 (0,6)	1,7 (1,0)	0,94
Préoccupation corporelle	5,3 (4,6)	4,2 (2,7)	6,7 (5,5)	0,26
QIC total	68,3 (8,7)	66,2 (9,9)	66,1 (11,7)	0,36
Désirabilité sociale	54,9 (7,7)	54,7 (9,1)	53,3 (10,2)	0,75
Accessibilité	24,5 (4,7)	24,9 (5,6)	24,6 (5,8)	0,98
Satisfaction	32,1 (3,5)	32,3 (5,5)	31,5 (4,3)	0,45
Actif	22,0 (3,4)	22,1 (4,4)	21,7 (4,4)	0,98
Serein	11,2 (2,5)	11,4 (2,2)	11,1 (3,0)	0,90

### Sphère qualité de vie (Tab. VII)

Elle révèle une augmentation de quasi toutes ces dimensions en *follow-up*, allant d'une petite taille d'effet ( $d = 0,29$ ) à une moyenne exceptée pour le « Bien-être Autonomie », pour laquelle elle apparaît négligeable ( $d = 0,1$ ).

Soulignons que tous les scores de qualité de vie de ces adolescents sont largement inférieurs (de 3 jusqu'à 8 déviations standards) aux normes des sujets non cliniques de leurs âges que cela soit avant, comme après la prise en charge et en *follow-up*.

**Les variables agrégatives composites** (sus décrites) indiquent que, 6 mois après la fin de la prise en charge 35,5 %, des adolescents voient au moins la moitié de leurs compétences/perceptions corporelles améliorées, 42,5 % pour celles psychologiques et 65,5 % pour celles sociales. Les bénéfices attribués post prise en charge, les aspects qui les ont « le plus intéressés » et les aspects les plus difficiles sont décrits dans le tableau VIII.

Précisons qu'après 6 mois de prise en charge, la perception de **l'effort somato-psychique mobilisé** (65 %) et **le niveau de surprise** – *l'insight* – (30 %) augmentent.

La relation aux art-thérapeutes continue de s'inscrire dans **l'aide et le soutien** (86 %) avec les mêmes **percep-**

**tions/attributions de « guides »** (86 %) et de « **découvreurs de significations** » (15 %).

Globalement, le dispositif continue à être perçu comme ayant apporté une aide (55 %), même si la perception d'une « amélioration » (45 %) et de « changement » (35 %) tendent à s'éroder après coup.

**Les bénéfices attribués par les parents**, à l'ensemble du programme art-thérapie pour leurs adolescents, tiennent en trois niveaux : la découverte et l'expression de soi (54 %); l'expression des émotions (58 %); la réduction du poids (14 %).

Certains leur ont **beaucoup parlé** (14 %) des séances d'art-thérapies et d'autres seulement **occasionnellement** (67 %). Mais depuis leur participation à ce programme, ils ont noté une augmentation soit importante (31,5 %), soit moyenne (37 %) de **la sensibilité/intérêt** pour tout ce qui concerne le champ des arts et de la création.

Globalement, les parents considèrent que **ce programme a aidé un peu** (38 %) ou **beaucoup** (20%) leur adolescent.

**Tableau VI.** Caractéristiques « sphère troubles des conduites alimentaires » avant/ après un programme d'art-thérapie et en *follow-up* à 6 mois ( $N = 20$ ).

	Avant <i>m</i> (sd)	Après <i>m</i> (sd)	<i>Follow up m</i> (sd)	<i>p</i>
EDI total	58,6 (30,0)	43,5 (23,6)	49,1 (23,5)	0,09
Recherche minceur	6,6 (5,0)	4,9 (3,9)	6,3 (4,9)	0,67
Boulimie	2,8 (4,3)	1,9 (2,1)	3,2 (4,7)	0,47
Insatisfaction corporelle	15,7 (7,6)	11,0 (7,9)	13,1 (5,5)	0,69
Inefficacité	6,1 (5,1)	4,3 (4,3)	5,1 (4,9)	0,14
Perfectionnisme	3,6 (3,1)	2,7 (2,7)	4,0 (2,8)	0,18
Méfiance interpersonnelle	2,8 (2,7)	2,0 (2,9)	2,1 (2,0)	0,52
Conscience intéroceptive	3,4 (3,6)	2,40 (3,0)	2,8 (2,7)	0,30
Peur maturité	6,50 (4,4)	6,45 (4,2)	6,0 (3,6)	0,96
Ascétisme	3,95 (3,3)	2,65 (2,9)	2,7 (2,4)	0,17
Contrôle pulsions	3,30 (4,6)	1,0 (2,0)	1,50 (2,2)	0,20
Insécurité sociale	3,80 (2,7)	4,1 (3,7)	3,9 (2,8)	0,89

**Tableau VII.** Caractéristiques « sphère qualité de vie » avant/ après un programme d'art-thérapie et en *follow-up* à 6 mois ( $N = 20$ ).

	Avant <i>m</i> (sd)	Après <i>m</i> (sd)	<i>Follow up m</i> (sd)	<i>p</i>
Bien-être total	98,6 (28,8)	104,4 (14,3)	105,8 (16,3)	0,14
Bien-être physique	15,80 (5,1)	16,8 (3,8)	18,5 (5,4)	0,07
Bien-être psychologique	26,6 (8,13)	28,0 (4,2)	27,7 (4,3)	0,28
Bien-être autonomie	26,9 (8,3)	25,1 (5,4)	27,7 (5,6)	0,14
Bien-être relations sociales	15,1 (5,4)	17,6 (4,8)	16,6 (3,5)	0,08
Bien-être école	14,15 (4,8)	16,8 (3,4)	15,3 (3,4)	0,20

**Tableau VIII.** Vécus des adolescents 6 mois après la fin du programme art-thérapie.

Les bénéfices attribués post prise en charge :
– la découverte et l'expression de soi (58 %),
– la stimulation de l'imaginaire (21 %),
– un cadre contenant (9 %).
Post pris en charge, les aspects qui les ont « le plus intéressé » :
– la réalisation d'une production concrète (58 %),
– la diversité des activités proposées (17 %),
– la capacité à comprendre le sens des productions réalisées (25 %),
– la possibilité de créer sans contrainte (18 %).
Les aspects « les plus difficiles » demeurent au niveau de :
– l'expression verbale (67 %) en cours comme en fin de séance,
– l'expression des affects dans les productions (33 %).

### 3.3 Analyse et discussions

#### 3.3.1 L'efficacité du programme art-thérapie

Celle-ci se traduit spécifiquement au niveau de :

- La symptomatologie des troubles des conduites alimentaires qui s'améliorent durablement malgré une augmentation du BMI. Notons que la dimension « boulimie » s'améliore après le programme et a tendance à se péjorer à nouveau à six mois, alors même que « le contrôle pulsionnel » s'améliore. En soit, la boulimie forme une cible spécifique à travailler sans « les stratégies de détour » propres aux art-thérapies [35].

– L'image du corps avec :

- un mouvement de « la silhouette/souhaitée » *via* ectomorphisme qui ne tient pas dans le temps. Ce réajustement temporel, à lire avec celui de « la silhouette actuelle », traduit une stabilisation des désirs d'image du corps, tenant compte du réel pondéral et morphologique ;
- une préoccupation corporelle (focalisation sur des zones spécifiques) qui diminue mais ne tient pas dans le temps. Aspect qu'il convient de relativiser en regard des observations similaires retrouvées chez des adolescents non cliniques [36, 37] depuis une trentaine d'années ;

- une satisfaction corporelle, entendu comme une projection de perceptions positives de soi, dont une part des bénéfiques perdure dans le temps.

Compte tenu de la tyrannie du modèle socio-culturel de la minceur prescrite par nos sociétés industrialisées, ces adolescents ont acquis une résilience certaine.

- Des variables psychologiques avec :
  - une évaluation négative de soi (l'inefficacité) et un contrôle pulsionnel qui diminuent leur prégnance, y compris dans l'après-coup. La souplesse du fonctionnement psychique se déploie donc tout au long du programme ;
  - une insécurité sociale, qui tend à se péjorer dans le temps, tout comme le perfectionnisme, traduisant à la fois la quête plus ou moins tyrannique d'un haut standard de performances avec des relations sociales timorées ;
  - un effort somato-psychique, pour suivre le programme d'autant plus important que la dynamique de l'espace-temps adolescent, consiste à fonctionner dans des blocs isolés sans linéarité ; d'où les difficultés habituelles d'observance [38]. À cette « instanciation » (expression de soi et par soi immédiate), le programme d'art-thérapie substitue un tissage et une historicité avec les balbutiements d'une « distanciation élaborative », soit d'une capacité à penser/panser.
- Du vécu du programme en termes d'aide, d'amélioration et de changement. Malgré une érosion dans le *follow-up*, nous retrouvons une forte valence de ces perceptions, à mettre en lien avec la relation d'alliance aidante singulière nouée avec l'art-thérapeute.

Notons que cette perception d'aide est largement corroborée par la satisfaction/perception des parents qui :

- attribuent, en termes quasi superposables, les mêmes bénéfices que leurs adolescents au programme d'art-thérapie ;
- témoignent de la place prise par ce type de thérapie dans la dynamique familiale. Fait d'autant plus remarquable que les adolescents en général ne sont pas de « grands bavards familiaux » sur les prises en charge dont ils bénéficient [39] ;
- soulignent d'une part, l'ouverture de la découverte et expression de soi de leurs adolescents, et d'autre part, l'accès à l'imaginaire avec des processus que nous retrouvons à la fois chez les créateurs et les adultes obèses, fréquentant des ateliers artistiques [40].

À l'ensemble de ces bénéfices, ajoutons celui d'une auto efficacité/auto soin par le simple fait de côtoyer l'art et la création [41].

### 3.3.2 Quelles recommandations pour un programme d'art-thérapie dédié aux adolescents obèses ?

Par-delà la nécessité élémentaire de séances manualisées (présentées sous forme d'un manuel) reproductibles et

transmissibles (annexe 1), il apparaît pertinent dans un tel programme de :

- mettre l'accent sur la réalisation d'une production effective et réelle qui authentifie, à l'instar d'un laissez-passer et d'une trace-preuve, l'accès à son potentiel créatif ;
- limiter les temps de verbalisation venant classiquement ponctuer les séances d'art-thérapie de nombre de dispositifs. Autrement dit, l'adolescent obèse est friand d'une expression directe (soit d'une symbolisation primaire) qui n'a pas besoin, à tout le moins durant la prise en charge, d'une mise en mots et d'une quête d'*insight* perlaboratif (soit d'une symbolisation secondaire) ;
- diversifier les objets médiateurs et situations médiatisées proposées ;
- d'apporter une aide ponctuelle à l'adolescent en prenant la posture d'un « passeur d'affects discret » et d'un gestionnaire de compétences à découvrir ;
- d'accueillir l'incertitude comme une progression et de s'écarter de tout modèle normalisateur.

Le processus de transformation art-thérapique s'opère donc dans la durée, par les deux ingrédients clefs, qui sont la matérialisation et la figurabilité. Nous sommes bien loin du « poids des mots » et de leurs enjeux thérapeutiques, mis en avant par la méta synthèse qualitative de Lachal *et al.* [42].

Tous ces aspects pragmatiques transversaux ne sauraient masquer les points de contenus à améliorer. Ainsi, dans l'avenir, les séances du programme devraient davantage être orientées vers :

- une mobilisation globale et effective du corps en mouvement dans l'espace ;
- des exercices-jeux focalisés sur la conduite boulimique, les solutions alternatives à la performance et la sérénité corporelle. Le tout en alternant des temps de faible et intense activité motrice, à l'instar d'une pulsation.

### 3.3.3 Orienter l'adolescent obèse vers l'art-thérapie : une gageure ?

Entre le systématique, le sur-mesure, la panacée et l'absence, l'indication est souvent posée par défaut ; ce qui n'est pas pertinent eu égard aux mouvements somato-psychiques générés par ces pratiques [20, 43].

Les outils d'évaluations doivent être spécifiques et ciblés, pour établir des objectifs personnalisés avec et par l'art-thérapie. L'usage d'outils projectifs, comme dans l'étude de Sanhadja [22], ne permet pas de s'inscrire réellement dans une démarche fiable et pragmatique. Quant aux outils employés dans notre étude, ils manquent de pouvoir discriminant et offrent des normes inadéquates.

## 4 Conclusions

Qu'un programme d'art-thérapie soit placé, en amont et/ou au cœur même de l'ETP de l'adolescence obèse, n'engendre



plus aucun doute à l'issue de cette étude multicentrique et expérimentale.

Par-delà les divers aspects d'efficacité constatés, l'absence de groupe contrôle et la prise en charge individuelle en ambulatoire des adolescents, limitent la généralisation de nos résultats. Les compétences spécifiques des art-thérapeutes, en termes d'expérience artistique, d'empathie, de contenance *secure* et de fiabilité relationnelle, contribuent aussi au programme.

Classiquement, l'adolescent obèse est amené à faire avec « ce qui lui manque et le manque à être » ; soit un processus passif d'acceptation. Avec le programme d'art-thérapie, il est accompagné vers la découverte de son potentiel créatif et la réalisation d'une production ; soit un processus actif de création. Ce dernier paradigme, beaucoup plus proche de la dynamique pubertaire, requiert une information/formation des équipes.

*Remerciements.* Fondation Art-thérapie, Charlotte Leber, rue de Beaumont 11, 1206 Genève, Suisse ; Fondation Alta Mane, avenue de Miremont 3, 1206 Genève.

*Conflits d'intérêts.* L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts concernant les données de cette étude.

## Références

1. Tessier S. L'évaluation des pratiques créatives ou la nécessité du leurre. *La Santé de l'Homme* 1999; 344:37–38.
2. Paul P, Gagnayre R (Eds). *Le rôle de l'art dans les éducations en santé*. Paris: L'Harmattan; 2008.
3. Frisch MJ, Franko DL, Herzog DB. Arts-based therapies in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders* 2006; 14:131–142.
4. Rehaviah-Hanauer D. Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy* 2003; 36:137–249.
5. Heiderscheid A (Ed). *Creative arts therapies and clients with eating disorders*. Londres: JPK; 2016.
6. Carrard I, Reiner M, Haenni Chevalley C, Anzules C, Muller-Pinget S, Golay A. Approche psychopédagogique et art-thérapique de l'obésité. *EMC Endocrinologie Nutrition* 2012; 9:1–9.
7. Anzules C, Haenni Chevalley C, Golay A. An experience of art-therapy for patient suffering from obesity. *Therapeutic Approach* 2007; 4:72–76.
8. Sudres JL, Anzules C, Sanguignol F, Pataky Z, Brandibas G, Golay A. Therapeutic patient education with art therapy: effectiveness among obese patient. *Therapeutic Patient Education* 2013; 5:213–218.
9. Muller-Pinget S, Golay A. Danse-thérapie dans les soins. In : Paul P et Gagnayre R (Eds). *Le rôle de l'art dans les éducations en santé*. Paris: L'Harmattan; 2008, p. 69–87.
10. Garnier S, Cazau A, Joffrou S, Sanguignol F, Mauriege P. Une étude pilote montrant les bénéfices de la danse thérapie sur les comportements alimentaires et l'estime de soi de femmes obèses. *Sciences et Sports* 2013; 29:1–9.
11. Jullion A, Sittarame F, Giordan A, Golay A. Un jardin thérapeutique pour l'éducation thérapeutique du patient. *Education Thérapeutique du Patient* 2012; 4:301–305.
12. Stice E, Marit CN, Spoor S, Presnell K. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76:329–340.
13. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin* 2006; 132:667–691.
14. Huang J, Norman G, Zabinski M, Calfas K, Patrick K. Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2007; 40:245–251.
15. Aguer C, Gavarry O, Gole Y, Boussuges A, Doyard P, Falgairrette G. A 5 month weight reduction programme has a positive effect on body composition, aerobic fitness and habitual physical activity of severely obese girls: a pilot evaluation study. *Journal of Sports Sciences* 2010; 28:281–289.
16. Kirschenbaum DS, Gierut K. Treatment of childhood and adolescent obesity: An integrative review of recent recommendations from five expert groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2013; 81:347–360.
17. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics* 2014; 134:582–592.
18. Douiller A. Création d'une comédie musicale dans le Doubs. "Appel sans retour". *La Santé de l'Homme* 1999; 344:32–34.
19. Tessier S. Pratiques créatives : qu'en pensent les acteurs de prévention ? *La Santé de l'Homme* 1999; 344:31–32.
20. Sudres JL. *Soigner l'adolescent en art-thérapie*. Paris: Dunod; 2005.
21. Granier E, Sternis C. (Eds). *L'adolescent entre marge, art et culture. Une clinique des médiations en groupe*. Toulouse: Erès; 2013.
22. Sanahuja A. *L'adolescente face à l'obésité. Traitement et accompagnement de l'amaigrissement*. Besançon: Presses Universitaires de Franche-Comté; 2011.
23. Feder B, Feder E. *The art and science of evaluation in the arts therapies*. Springfield: Charles C Thomas; 1998.
24. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: *The genetics of neurological and psychiatric disorders*, Kety S, Rowland LP, Sidman RL, Matthyse SW (Eds), New York: Raven Press; 1983.
25. Canestrari R, Magri MT, Muscianesi-Picardi F. L'image du corps chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1980; 25:511–529.
26. Bruchon-Schweizer M. L'image du corps. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bulletin de Psychologie*, XL, 1986; 382:893–896.
27. Gardner DM. *EDI 2: Eating disorder inventory 2. Professional Manuel*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991.
28. Kidscreen Group Europe. *The Kidscreen questionnaires. Quality of life questionnaire for children and adolescents*. Lingerich: Post Science Publishers; 2006.
29. Sudres JL. *Échelle clinique de thérapies médiatisées (dessin – peinture – modelage – collage)*. ECTM. Issy les Moulineaux: EAP; 1993.

30. Sudres JL, Dupuy M, Ghrib F, Desjardins H, Hubert I, Glattard M, *et al.*, Adolescents obèses : évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2013; 61:17–22.
31. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: PUF; 1977.
32. Mucchielli R. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris: ESF; 1984.
33. Briffault X, Thurin M, Lapeyronie B, Thurin JM. Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie : évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. *L'Encéphale* 2007; 33:911–923.
34. Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale* 2006; 32:402–412.
35. Klein JP. *Penser l'art-thérapie*. Paris: PUF; 2012.
36. Berthod-Wurmser M. *La santé en Europe*. Paris: La Documentation Française; 1994.
37. Choquet M, Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris: INSERM; 1994.
38. Jeammet Ph. Du familier à l'étranger. Territoire et trajets de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 1983; 31:361–381.
39. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson; 2008.
40. Assal T. Comprendre la dynamique de la création et les bénéfices qui en découlent, en interrogeant les artistes eux-mêmes. *Journal de l'Afdet Spécial* 2013; 2:12–13.
41. Chacon-Lopez H, Ruzicka M, Gonzales-Garcia E, Caurcel J. Creative competence, artistic expression and art therapy: new psychoeducational horizons. *Reidocrea* 2016; 5:69–77.
42. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2015; 63:183–191.
43. Mille C., Barthe E, Bon Saint Come M, Delhaxe M. Thérapies avec médiations, la thérapeutique par surcroît. Comment et quand poser l'indication d'un projet de soins "paradoxal"? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2015; 63:332–340.

## Annexe 1 : Programme d'art-thérapie pour adolescents obèses

### Séance 1 : Information sur les objectifs de l'étude (durée 45 à 60 mn)

Objectif : Rencontrer les différents acteurs participant à l'étude. Permettre une information plus claire et accompagnée, pour répondre aux diverses questions.

- Mise en place d'un accordage relationnel parent(s)/adolescent/art-thérapeute avec présentation de la prise en charge et de ses objectifs, axés sur les diverses facettes de la perception et du vécu du corps.
- Formalisation du cadre et du contrat de soin.
- Remplissage préalable par l'adolescent, des questionnaires du protocole d'investigation focalisé sur le corps, les conduites alimentaires et la qualité de vie.

### Séance 2 : Enveloppe corporelle (durée 1h30)

Objectif : Représenter autrement une partie de son corps physique. Passage du corps physique au corps imaginaire.

- Prise de contact avec les différentes parties de son corps par le toucher.
- Choisir une partie de son corps et en réaliser une empreinte en dessinant le contour sur une feuille 50 × 70 cm.
- Réaliser à partir de cette empreinte une silhouette d'un corps imaginaire inspiré du monde végétal et/ou humain en utilisant un style abstrait et/ou concret. Le travail porte essentiellement sur les limites de cette forme/silhouette.

### Séance 3 : Environnement (durée 1h30)

Objectif : Figurer l'environnement extérieur avec ses particularités (adéquat/inadéquat).

- Découpage de la silhouette de la séance 2.
- Création d'un environnement (quel qu'il soit) sur feuille 50 × 70 cm à cette silhouette.

### Séance 4 : Bouclier 1 (durée 1h30)

Objectif : Élaborer sur l'espace intérieur de soi et sur l'espace extérieur de soi, son rapport à soi-même et aux autres.

- Présentation du thème du « Bouclier » avec des histoires et les photographies.
- Discussion/échange autour de la symbolique de la face extérieure qui protège (« ce que l'on montre, l'image que l'on veut donner ») et la face interne que l'on veut protéger (« son intimité, ses secrets, ses richesses »).
- Création d'un bouclier en 3D de taille libre, en s'inspirant pour l'extérieur de la limite et de l'environnement des séances 2 et 3.

### Séance 5 : Bouclier 2 (durée 1h30)

Objectif : Préciser les limites, représenter symboliquement son image extérieure, celle que l'on est ou que l'on voudrait avoir.

- Reprise du bouclier extérieur.
- Création en 3D de taille libre du bouclier intérieur.
- Mise en forme (collage, écrit, dessin) des boucliers extérieur/intérieur, de leurs communications et/ou étanchéité.

### Séance 6 : Son intérieur (durée 1h30)

Objectif : Approcher son monde intérieur et intime, puis le représenter.

- Représenter l'intérieur de la silhouette (*cf.* séances 2 et 3).
- Modification/adaptation éventuelle de la forme (taille, volume) de la silhouette initiale.

**Séance 7 : Corps physique (durée 1h30)**

Objectif : Aborder l'image du corps réel.

- Dessin à partir d'un contour global ou partiel de son corps, sa silhouette en grandeur nature en reprenant ou non la production de la séance 2.

**Séance 8 : Corps émotionnel (durée 1h30)**

Objectif : Mobiliser les sens et les émotions et les représenter à l'aide de diverses matières sensorielles. Éveiller le corps sensoriel et émotionnel.

- Nommer les différentes émotions habituellement et/ou ponctuellement ressenties.
- Représentation des émotions en dessins et/ou en volume (3D), en leur associant des sensations physiques en lien avec les cinq sens (goût, odorat, vue, toucher, ouïe).

**Séance 9 : Corps sain/corps malade 1 (durée 1h30)**

Objectif : Distinguer les ressources du corps.

- Amener le sujet à répondre à la question « Qu'est ce qui te fait du bien pour ton corps », par une production/création en dessin (2 D) et/ou en volume (3D).
- Localiser la production/création réalisée sur et dans son corps physique (*cf.* séance 7).

**Séance 10 : Corps sain/corps malade 2 (durée 1h30)**

Objectif : Différencier les aspects positifs et négatifs vécus dans le corps.

- Reprise synthétique de la production/création de la séance 9.
- Amener le sujet à répondre à la question « Qu'est ce qui te fait du mal pour ton corps ? », par une production/création en dessin (2D) et/ou en volume (3D).
- Localiser la production (création réalisée sur et dans son corps physique (*cf.* séance 7).
- Mise en confrontation corps sain/corps, malade avec mobilisation d'une balance décisionnelle (« je garde, je ne garde pas ») et une stratégie de déconstruction/construction positive.

**Séance 11 : Corps en relation (durée 1h30)**

Objectif : Identifier les liens existants ou inexistant avec l'environnement extérieur.

- Représentation de soi en dessin/écriture par un emblème, un symbole, une métaphore, un proverbe sur feuille 50 × 70 cm.
- Idem pour les relations amoureuses, amicales, familiales et avec le corps médical.
- Mise en liens de toutes ses représentations de manière verbale.

**Séance 12 : Corps en transformation (durée 1h30)**

Objectif : Connaître les différentes étapes de l'évolution du corps et de sa transformation à travers les âges de la vie.

- Réalisation à partir de gouache colorée déposée sur un plexiglas, technique de type « monotype », une série de feuilles mesurant 50 × 70 cm qui seront déposée sur le plexiglas comme une impression. Processus en trois étapes : une couleur puis ajout d'une deuxième couleur et enfin d'une troisième. Cinq feuilles imprimées peuvent être effectués pour chacune des étapes.
- Choix d'un des imprimés de chaque étape et réalisation d'une production/création en dessin ou en volume dans laquelle le sujet se met en scène dans l'enfance, l'adolescence et vie adulte.

**Séance 13 : Corps en unité (durée 1h30)**

Objectif : Revisiter les différentes représentations du corps réalisées de manière symbolique et créative. Associer les liens que l'adolescent fait. Spécifier ce qu'il souhaite partager/pas partager de son expérience aux autres et ce qui fait partie de son intimité.

- Représentation de sa silhouette synthétisant les différents éléments développés dans les séances 2 à 12 avec des allers et venues entre le dessin et la mise en volume (3D).
- Analyse des changements constatés et des éléments à montrer/transmettre ou non aux parents, aux pairs et aux soignants.

**Séance 14 : Synthèse et séparation/individuation (durée 1h30)**

Objectif : Évaluer ensemble, avec les différents acteurs, les différentes étapes de cette étude et discuter des apports positifs et négatifs de ce procédé pour l'adolescent. 1

- Rencontre parent(s), adolescent et art-thérapeute avec discussion étayée, sur des productions préalablement choisies (*cf.* séance 13) des changements effectués *via* un processus de séparation/individuation.
- Garnissage des questionnaires du protocole d'investigation focalisé sur le corps, les conduites alimentaires et la qualité de vie pouvant être ponctuellement abordés avec une dimension comparative (*cf.* séance 1).

**Structure des séances**

Un temps d'accueil – un temps de production/création – un temps de mise en mots.

**Matériel**

Crayons gris et de couleurs, feutres, pastels, encre de chine, feuilles dessins 50 × 70 cm, rouleau papier kraft, pâte à modeler, perles, cailloux de couleurs, colle forte, ciseaux, etc.