



HAL
open science

Utilisation de l'art thérapie chez des patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie : revue systématique

Yann Griboval

► **To cite this version:**

Yann Griboval. Utilisation de l'art thérapie chez des patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie : revue systématique. Psychiatrie et santé mentale. 2019. dumas-02776599

HAL Id: dumas-02776599

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02776599>

Submitted on 4 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année : 2019

THESE D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Psychiatrie

**Utilisation de l'art-thérapie chez des patients atteints d'anorexie
mentale et de boulimie : revue systématique**

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2019 à AMIENS

Par Monsieur GRIBOVAL Yann

n° de thèse : 2019 - 176

JURY

Président :

Monsieur le Professeur GUILÉ Jean-Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur DERVAUX Alain

Assesseurs :

Madame la Professeure MANAOUIL Cécile

Monsieur le Professeur LALAU Jean-Daniel

Monsieur le Docteur ALTOBELLI Adrien

Monsieur le Docteur ANGERVILLE Bernard

Remerciements

Aux membres de mon jury,

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de m'avoir accepté au sein de votre service, de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagné tout au long de mon internat. Veuillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Votre présence dans mon jury de thèse est un honneur. Votre expérience et votre savoir en matière de troubles des conduites alimentaires, rendent votre jugement précieux. Veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

Madame la Professeure Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse. Votre expérience et vos connaissances notamment dans le domaine de la médecine légale et du droit de la sont

précieuses dans l'évaluation de ce travail. Veuillez accepter mes sincères remerciements pour votre présence dans ce jury.

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidé tout au long de sa rédaction. Veuillez trouver à travers ce travail, l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Adrien ALTOBELLI

Praticien hospitalier au secteur 80G06

Psychiatrie Adultes

Tu m'as beaucoup transmis lors de mon passage dans ton service. Merci pour ton accompagnement, ta vision de la psychiatrie et de la vie.

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux

Psychiatrie Adultes

Tu m'as accompagné et motivé à la fin de mon internat et en me transmettant des bases méthodologiques indispensables à la rédaction de cette thèse. Merci pour ton soutien.

À ma famille,

À toi maman, pour ton amour, ton énergie, ta générosité.

À toi papa, pour ton amour, ton intelligence, ta stabilité.

À la famille Griboval, pour votre fidélité, votre intelligence, votre culture. À Francis pour ton charisme et les bons plats que tu nous faisais avec tant d'amour. À Monique pour ton dévouement et tes câlins d'une tendresse absolue.

À la famille Dupont, pour votre spontanéité, votre amour, votre humour. À Robert pour ton rire, tes danses, ta sympathie sans limite. À Arlette avec qui je n'ai pas eu le temps de partager assez de choses, merci d'avoir été là, tout simplement.

Aux amis,

À Clément, Romain(s), Mathieu, Mickaël, Fred, Amélie, pour tous ces moments intenses passés ensemble dans notre village d'enfance, pour toutes ces matchs de foot où l'on donnait nos vies. À Philippe, Sylvain, Lucie, Morgan, Benoît, les copains de collège et de lycée arrageois.

À toute l'équipe de football de l'ASB, à Ludo, à Loïc, à Karl, aux encadrants bénévoles, à Régis, à Pascal, ces années sportives me restent comme des souvenirs magnifiques.

Aux amis lillois, des bancs de la fac aux festivals de musique électronique et ses danses plurielles. Mention spéciale à Frank, Youssef, Vincent, Antoine, Sébastien, Bastien, Alwynn, et Haroun.

Aux amis amiénois, à votre simplicité et votre chaleur humaine qui m'a fait aimer votre ville. Je pense fort à Mouhcine, Marie, Sylvain, Julie, Laure, Lorène, Myriam. À tous ceux avec qui je partage désormais « le Mont Analogique » ...

Aux amis parisiens, aux sorties culturelles et festives, lors de mon Inter-CHU. Marc, Clémentine, David, Assia, Camille, Julie, mes pensées vont vers vous aussi aujourd'hui.

À mes collègues, chefs, co-internes

À Adrien, de m'avoir accueilli et guidé. Ta vision de la psychiatrie m'a grandement motivé à poursuivre les efforts.

Au Dr Chaperot, pour votre supervision bienveillante et la transmission d'un savoir éclairé. Votre engagement dans le métier est un exemple magistral.

Au Pr Mille, pour votre accompagnement et votre formation dans de nombreux domaines. Votre dévouement pour les étudiants est un exemple puissant.

À M. Pizzani, pour votre éclairage précieux sur la psychanalyse.

À M. Corde, pour votre expertise en matière de prise en charge du nourrisson.

Aux art-thérapeutes de la CMME du CH de Sainte-Anne : Alyson Bernard, Martine Colignon, Elzbieta Jankowska Marie-Laure Colrat, Isabelle Pouydesseau, pour votre enseignement, votre accueil et nos discussions passionnantes. À Éric Bolzan pour ta présence rassurante.

Au Dr Dubois, pour m'avoir pris sous votre « aile art-thérapeutique », je voue pour vous un profond respect, vous m'avez fait découvrir et apprécier l'art-thérapie à la fois avec toute la rigueur dont elle a besoin et avec toutes les potentialités qu'elle permet.

Au Pr Romo, de m'avoir donné de précieux conseils.

Au Pr Gorwood, de m'avoir accepté dans votre service, de m'avoir conseillé dans mes recherches.

À Madame Dupont, cadre de santé, pour ta disponibilité et ta vision de la psychiatrie.

À Sébastien, art-thérapeute, pour ta motivation et ton art à la fois thérapeutique et poétique.

***Aux équipes**, des différents services où j'ai eu la chance de travailler, notamment les PRIMEVÈRES (CH Philippe Pinel), le 6^e secteur (CH Abbeville), la CMME (CH Sainte-Anne).*

***Aux différents membres du service de pédopsychiatrie d'Abbeville**, pour votre accueil, votre bonne humeur, votre motivation. J'ai beaucoup de satisfaction et de joie à l'idée de savoir que nous allons travailler ensemble.*

***Aux Dr Tirel et Pr Guilé**, qui m'ont accueilli et fait confiance pour ce poste de médecin assistant partagé spécialiste. Je suis très chanceux que nos chemins se croisent.*

***Aux patients**, pour leur confiance et ce qu'ils m'ont appris.*

***À tous ceux que je n'ai pas cités**, votre présence a été précieuse dans ma vie.*

***Aux artistes**, admirés, côtoyés, promulgués, inspirants et inspirés.*

***À l'art**, qui m'emmène si loin. Aux membres des ateliers écriture, danse, théâtre, etc*

***À la psychiatrie**, celle que j'ai choisie comme chemin...*

LISTE DES ABREVIATIONS

ARFID : Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder

CEE : Centre d'Étude et de l'Expression

CMME : Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

EBV : Evidence-Base-Medecine

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

HAS : Haute Autorité de Santé

ISO : Identité SOnore

rTMS : Transcranial Magnetic Stimulation

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TCAIA : Troubles des Conduites Alimentaires et de l'Ingestion d'Aliments

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Table des matières

<i>I – INTRODUCTION</i>	11
1. Contexte	11
2. Choix du sujet	11
3. Cadre théorique	12
3.1 Les troubles des conduites alimentaires	12
3.2 L’art-thérapie	14
4. Problématique	15
5. Méthodologie de recherche	15
5.1 Objectif	15
5.2 Conception de l’étude	16
6. Annonce du plan	16
<i>II – MATÉRIELS ET MÉTHODES</i>	17
<i>III – RÉSULTATS</i>	19
1. Études et séries de cas (tableau 1)	19
2. Études d’efficacité (tableau 2)	19
3. Avis d’experts (tableau 3)	23
4. Revues de la littérature (tableau 4)	23
<i>IV – DISCUSSION</i>	25
1. Définition de l’art-thérapie	25
1.1 Fondements	25
1.2 Vocabulaire	25
1.3 Concept de médiation.....	25
1.4 Conceptions récentes.....	25
2. Différences entre l’art-thérapie et les psychothérapies verbales	26
2.1 Éléments de différence	26
2.2 Exigences de la psychothérapie verbale	26
2.3 Atout de l’art-thérapie	27
2.4 Situations où l’art-thérapie est plus adaptée	27
2.5 Complémentarité de l’art-thérapie avec les psychothérapies verbales	27
2.6 Quand l’art-thérapie permet l’expression verbale ensuite	28
3. Critères d’indication et de contre-indication en art-thérapie	28
3.1 Critères d’indication.....	28
3.2 Critères de contre-indication	29
4. Évaluation	30
4.1 Nécessité d’une évaluation.....	30
4.2 État des lieux de la recherche en art-thérapie.....	30
4.3 Limites de l’Evidence-Based-Medicine	31
4.4 Exemples d’études d’efficacité	31
4.5 Perspectives	32
5. Spécificité des médiations	33
5.1 Arts plastiques.....	33
5.2 Danse	34
5.3 Musique	34

5.4	Modelage	35
5.5	Théâtre	36
5.6	Écriture.....	36
5.7	Visite de musée.....	37
6.	Pourquoi l'art-thérapie est particulièrement adaptée pour les patients présentant des troubles des conduites alimentaires ?.....	37
6.1	Stratégie du détour	37
6.2	Alexithymie	37
6.3	D'une obsession de la nourriture à l'utilisation personnelle d'un médium artistique	37
6.4	Repasser par le corps.....	38
6.5	Plaisir	38
6.6	Taux de participation	38
6.7	Et pourtant sur le papier tout les sépare	38
6.8	Travail de groupe	39
7.	Insight	39
8.	Caractère intégratif	39
9.	Répartition géographique des ateliers, état des lieux.....	40
10.	Effets de l'art-thérapie.....	40
10.1	Alliance thérapeutique / plaisir	40
10.2	Réduction du stress	40
10.3	Apprentissage alimentaire.....	41
10.4	Développement de l'insight	41
10.5	Expression.....	41
10.6	Reconnexion aux sensations / reconnexion au corps	41
10.7	Assouplissement des défenses / divergence cognitive	42
10.8	Processus créatif / prise de conscience / exploration sous un nouvel angle du soi.....	42
10.9	Narcissisation / développement personnel / vie quotidienne et autonomie	43
10.10	Imaginaire	43
10.11	Lien social / relations interpersonnelles.....	43
10.12	Conditions nécessaires	43
10.13	Matériel utilisé	44
11.	Limites	45
V – CONCLUSION	45	
VI – BIBLIOGRAPHIE	46	

RESUME

INTRODUCTION: L'art-thérapie peut être proposée aux patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie en complément des autres traitements (somatiques, médicamenteux, psychothérapeutiques, etc) dans le respect des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. Actuellement, il manquerait cependant d'études scientifiques pour prouver l'efficacité de ces psychothérapies à médiation artistique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES: Nous avons réalisé une recherche exhaustive selon la méthodologie PRISMA en utilisant les bases de données PUBMED, PSYCHINFO, EMBASE, et GOOGLE SCHOLAR avec les mots clefs « anorexie mentale », « boulimie » et « art-thérapie ».

RÉSULTATS: Parmi les 37 études correspondant à nos critères d'inclusion, une majorité d'études ou séries de cas (15), basées principalement sur la psychanalyse, permettaient de comprendre le fonctionnement des ateliers d'art-thérapie. 12 études d'efficacité, majoritairement qualitatives, dessinaient les contours d'une technique riche dont la nécessité d'une certaine standardisation ne faisait plus de doute, pour obtenir plus de résultats concordants, et ainsi être plus convaincant auprès des institutions. 8 avis d'experts instructifs et 2 revues de la littérature venaient compléter nos recherches.

DISCUSSION: Cette revue nous a permis également d'établir la différence entre l'art-thérapie et les psychothérapies verbales, de questionner l'évaluation de cette pratique, de souligner son caractère intégratif, de développer ses effets précis, ou encore de présenter ses critères d'indication avant la rédaction future d'une proposition de protocole.

Mots clés: art-thérapie, psychothérapie, anorexie mentale, boulimie, troubles des conduites alimentaires, revue systématique

ABSTRACT

INTRODUCTION: Art therapy can be made available to patients with anorexia nervosa and bulimia with complementary treatments (somatic, medicated, psychotherapeutic, etc.) in accordance with the recommendations of good practice of the French National Authority of Health. Currently, there is a lack of scientific studies to verify the effectiveness of these psychotherapies that work on artistic mediation.

MATERIALS AND METHODS: We did a research using the PRISMA methodology using the databases PUBMED, PSYCHINFO, EMBASE and GOOGLE SCHOLAR with the keywords "anorexia nervosa", "bulimia" and "art-therapy".

RESULTS: Among the 37 studies corresponding to the inclusion criteria, a majority of case studies or case series (15), based on psychoanalysis, helped us to understand the flow of art therapy workshops. 12 evaluation studies, mostly qualitative, drawing the outline of a rich technique for which more consistent results are required, and would allow to convince the institutions. 8 instructor reviews and 2 literature reviews complemented our research.

DISCUSSION: This review has allowed us to establish the difference between art-therapy and verbal psychotherapies, to ask the question of evaluation, to emphasize its integrative nature, to describe its specific effects, or its criteria of indication before the future drafting of a protocol proposal.

Key words: art therapy, psychotherapy, anorexia nervosa, bulimia, eating disorders, systematic review

I – INTRODUCTION

1. Contexte

Dans la dernière recommandation concernant le repérage et les éléments de prise en charge de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique, publiée le 26 juin 2019, et réalisée dans le cadre d'un partenariat Haute Autorité de Santé (HAS) – Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), et plus précisément dans la partie *5 Approches psychothérapeutiques et traitements psychotropes / 5.4 Approches complémentaires* : on trouve, au même titre que les *thérapies basées sur la pleine conscience (mindfulness)*, les *autres thérapies à médiation corporelle et psychocorporelle*, et la *stimulation transcrânienne répétitive (rTMS) et autres techniques de neuromodulation non invasives*, ces quelques mots sur l'art-thérapie : « En l'état actuel des connaissances, l'efficacité de l'art-thérapie et de la musicothérapie n'est pas établie. Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu. Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi » [1].

Déjà dans la recommandation concernant la prise en charge de l'anorexie mentale, publiée neuf ans plus tôt, dans la partie *3.4 prise en charge thérapeutique / aspects psychologiques et sociaux / quelles formes de psychothérapies ?* : on trouvait cette phrase : « Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. peuvent être proposées en association, [des] formes de psychothérapies plus usuelles [que] sont les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies systémiques et stratégiques » [2].

2. Choix du sujet

Nous avons souhaité pour cette thèse traiter de l'utilisation de l'art-thérapie chez des patientes atteintes d'anorexie mentale et de boulimie.

Ce souhait part de notre expérience personnelle avec des patientes présentant ces troubles, tout d'abord en tant qu'externe en médecine au CHU de Lille (service de pédopsychiatrie du Pr Delion), puis en tant qu'interne de psychiatrie au CHU d'Amiens (Unité de Médecine de l'Adolescent, Pr Guilé) et enfin en inter-CHU à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) du Centre Hospitalier Sainte-Anne (CHSA), Paris, et plus particulièrement dans l'unité des thérapies à médiation artistique (Dr Dubois, Pr Romo, Pr Gorwood). Et donc de la rencontre avec des patientes présentant un diagnostic complexe d'anorexie mentale ou de boulimie, souvent de mauvais pronostic, véritable problème de santé

publique. Ces patientes, souvent peu motivées/réceptives/aptées à s'engager dans les psychothérapies verbales classiques, nous semblant à contrario particulièrement motivées quant à la participation à des ateliers à médiation artistique, et surtout exprimant assez rapidement des bénéfices thérapeutiques avec ce type d'approche. Nous avons voulu faire un état des lieux de la littérature publiée à ce sujet jusqu'à ce jour.

3. Cadre théorique

3.1 Les troubles des conduites alimentaires

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), si l'on se réfère à la CIM 10, ou Troubles des Conduites Alimentaires et de l'Ingestion d'Aliments (TCAIA), selon le DSM-5, surviennent le plus souvent à l'adolescence et sont considérés comme complexes et difficiles à traiter, notamment selon Léonard, Foulon et Guelfi. Les troubles les plus fréquents sont l'anorexie mentale où le mécanisme est la restriction et la boulimie où il s'agit cette fois de l'excès d'absorption de nourriture [3]. Les mêmes auteurs citent plusieurs pistes explicatives : théorie de l'addiction ; forme particulière d'un trouble psychiatrique : épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, troubles de la personnalité ; hypothèse biologique ; aspects socio-culturels ; théories cognitivo-comportementales, ; théories psychodynamiques.

L'anorexie mentale est définie par Serge Tribolet et Mazda Shahidi comme un syndrome associant amaigrissement, aménorrhée et anorexie, et ils préfèrent parler de « dysorexie », le trouble « ne se résumant pas à la simple restriction alimentaire » [4]. Le début est souvent marqué par un régime restrictif, qui intervient parfois dans un contexte de séparation, où l'adolescent(e) ressent un mieux-être car se sentant valorisé(e) par cette minceur ou soulagé(e) de ne plus avoir de complexes en rapport avec des remarques de l'extérieur. Leur démarche va commencer par une sélection alimentaire, puis elles (nous emploieront souvent le féminin pour des troubles à nette prédominance féminine) vont réduire les quantités, éviter les repas en société. Par la suite elles perdront progressivement le contrôle de leur comportement alimentaire, et s'installera une réduction progressive et continue du contenu alimentaire liée à la peur de regrossir et la conviction d'être en surpoids malgré le fait d'être dénutrie.

Il faut ajouter au tableau une hyperactivité physique et intellectuelle, venant en compensation, ainsi que des mécanismes de défense prégnants comme le déni et l'intellectualisation. Ainsi et pour toutes ces raisons la demande d'aide se fera très tard, quand les capacités physiques et/intellectuelles se retrouvent affaiblies, ou quand des comorbidités s'installent telles que les troubles anxieux, dépressifs, ou la boulimie. Selon Alexandra Pham-Scottez deux questions simples : « avez-vous un problème avec votre

poids ou votre alimentation ? », et « quelqu'un de votre entourage pense-t-il que vous avez un problème avec l'alimentation ? » sont utiles à poser en consultation en cas de doute, nous pouvons aussi utiliser le questionnaire de dépistage SCOFF [5]. Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV sont rares : prévalence en population générale de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes.

Son pronostic est potentiellement grave : c'est la maladie psychiatrique avec le plus haut taux de mortalité (10% dans des études avec un suivi de plus de 10 ans). Avec d'un côté les complications somatiques : cardiaques, ostéoporose, électrolytiques. Et de l'autre les complications psychiatriques : épisode dépressif caractérisé, suicides, etc.

La boulimie, est définie par Serge Tribolet et Mazda Shahidi comme une « surconsommation alimentaire rapide et incontrôlable de quantités importantes de nourriture dans un temps limité, pratiquée souvent en cachette et vécue dans l'angoisse. » [4] Christine Vindreau, psychiatre à la CMME, insiste notamment sur le caractère pluriel des boulimies, car « si le syndrome et ses critères sont précis, les patients eux sont divers et multiples » [5]. Le patient ingère de la nourriture en grande quantité en peu de temps, « crise » qui peut être suivie de vomissements provoqués, jusqu'à plusieurs fois par jour (état de mal boulimique). Cela survient quand il tente de contrôler systématiquement son alimentation à la recherche de minceur et perd le contrôle. On peut parler de « bascule » entre une exigence extrême sur ses propres comportements alimentaires et une absorption sans limites d'aliments considérés comme « interdits » (hypercaloriques, facilement absorbables, le plus souvent « en cachette »). Les crises surviennent aussi dans d'autres situations : vécu abandonnique, sentiment de solitude, ennui, recrudescence anxieuse ou dépressive, anticipation anxieuse ; mais aussi lors d'émotions positives : promotion, récompense, activités plaisantes, etc. Il arrive que la personne soit en lutte permanente contre l'envie de faire une crise, et dans ce cas la crise viendra soulager cet état de tension. Le début de la crise est décrit comme agréable, s'en suit généralement une sorte d'anesthésie psychique, qui met à distance les émotions négatives, puis de nouveau un état désagréable autant physique (nausées, tension gastrique), que psychique (lassitude, peur de la prise de poids). Le patient peut avoir recours dans ce contexte à des conduites compensatrices : vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques. L'IMC est donc souvent normal, ce qui rend plus compliqué la prévention *primaire et secondaire*.

Selon les études internationales, la prévalence vie entière de la boulimie selon les critères du DSM-IV est de 1 à 3 % chez les femmes et de 0,1 % et 0,5 % chez les hommes. Si on applique

la nouvelle définition du DSM-5 (la fréquence des crises de boulimie varie de trois à une par semaine) alors la prévalence de la boulimie augmente d'environ un tiers [6]. Le trouble apparaît plus tard (18 ans en moyenne), et la répartition des sexes est moins unilatérale. Tout comme l'anorexie mentale, la boulimie entraîne l'apparition de comorbidités psychiatriques : troubles dépressifs, anxieux et liés à l'usage des substances, mais également des comorbidités somatiques : obésité, troubles cardiovasculaires, diabète de type II. De ce fait on constate une mortalité deux fois plus importante que dans la population générale, du fait des complications d'une hypokaliémie, d'arythmie cardiaque, ou par rupture digestive. « L'anorexie mentale évolue souvent vers la boulimie et les formes mixtes sont cinq fois plus fréquentes. » nous disent Léonard, Foulon et Guelfi, auxquels nous nous sommes référés pour définir ces troubles complexes [3].

Actuellement les TCA sont présentés comme des troubles multifactoriels avec des facteurs prédisposants (individuels, familiaux, sociétaux), précipitants (puberté, entreprise d'un régime pour perdre du poids) et pérennisants (dénutrition, réaction des autres). Les derniers ayant un rétrocontrôle positif sur les premiers et donnant l'effet d'une « spirale anorexique » [7].

Nous ne détaillerons pas dans cette thèse les autres troubles appartenant aux TCAIA selon le DSM-5, à savoir : Pica, Mérycisme, Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (ARFID), Accès hyperphagiques (ou Binge-Eating Disorders), Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments spécifiés, et Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments non spécifiés, car nous n'avons pas trouvé d'études sur l'utilisation de l'art-thérapie chez des patients présentant ces troubles.

3.2 L'art-thérapie

L'art-thérapie, que nous envisagerons en termes de « psychothérapie à médiation artistique », est une forme de psychothérapie, c'est à dire un soin psychique non médicamenteux, qui part d'une rencontre entre un thérapeute formé et un patient en demande de changement. Ici ce n'est pas le langage verbal mais artistique qui est utilisé, la créativité, dans une démarche d'expression personnelle, en groupe, bien sûr sans recherche esthétique, ni sans attentes de performances.

L'atelier est un terrain d'expérimentation, de création, de découverte d'un média (théâtre, danse, arts plastiques...), d'un art, et finalement de soi-même, et ce avec d'autres personnes présentant des troubles divers et variés.

Selon le Dr Anne-Marie Dubois, psychiatre, responsable pédagogique de la formation en art-thérapie du Centre d'Étude et de l'Expression (CEE), CHSA, Paris : « les psychothérapies à médiation artistique sont des techniques psychothérapeutiques qui utilisent les pratiques artistiques comme principal moyen de communication et d'expression. La parole n'est pas l'outil thérapeutique principal ; c'est autour de l'engagement dans un travail créatif que le travail de réflexion et d'élaboration se met en place » [8]. Pour Martine Colignon, psychologue, art-thérapeute, et professeure en art-thérapie : « l'art-thérapie est une méthode visant à utiliser le potentiel d'expression artistique et la créativité d'une personne à des fins psychothérapeutiques ou de développement personnel » [9]. Selon Jean-Pierre Klein, psychiatre, et directeur de l'Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Thérapie, c'est un « accompagnement thérapeutique de personnes mises en position de création de telle sorte que leur parcours d'œuvre en œuvre fasse processus de transformation d'elles-mêmes » [10].

4. Problématique

Notre expérience personnelle nous fait penser que les psychothérapies à médiation artistique sont particulièrement adaptées aux troubles des conduites alimentaires, opinion partagée par certains experts : « Elles permettent de s'adresser à ces patients dont les mécanismes de défense sont importants » [11] ; « De la sorte, le symptôme n'est pas attaqué de front mais se dévoile à travers l'action, dans le jeu de ricochets entre les objets médiateurs. C'est la raison pour laquelle les personnes anorexiques, qui sont par ailleurs en phase de résistance à la prise en charge, acceptent en général volontiers de participer à l'activité » [12] « P. Rogers claimed that Music therapy offered a voice to procedural or non-declarative memories and illuminated the inner psychic and physical experiences of patients with eating disorders » [13] et les patientes elles-mêmes : « L'art-thérapie aide à s'exprimer autrement que par la nourriture » [12].

Dans une revue de la littérature publiée dans le journal *Eating Disorders*, Frisch, Franko, et Herzog déclarent qu'il existe actuellement un manque d'études valables publiées dans ce domaine : « Moreover, specifically within the area of eating disorders, we were not able to find evidence of empirically valid studies conducted with this population » [14].

5. Méthodologie de recherche

5.1 Objectif

L'objectif était de réaliser une recherche exhaustive concernant l'utilisation de l'art-thérapie chez des patients atteintes d'anorexie mentale et de boulimie, tant au niveau de la forme des articles disponibles, que du fond développé par les différents auteurs.

5.2 Conception de l'étude

Pour ce faire, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature dont nous détaillerons les modalités par la suite.

6. Annonce du plan

Dans un premier temps, nous présenterons les matériels et méthodes : les outils utilisés, la procédure. Ensuite, nous détaillerons les résultats pour en dégager des tendances. Après quoi nous tenterons d'interpréter ces résultats, en présentant notamment leurs limites. Enfin, nous discuterons les principaux enseignements de cette revue.

II – MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons fait une recherche selon la méthodologie PRISMA, en utilisant les bases de données Pubmed, Psychinfo, Embase, avec l’algorithme des mots-clés suivants [« EATING DISORDERS » Or « FEEDING AND EATING DISORDERS » Or « ANOREXIA NERVOSA » Or « BULIMIA NERVOSA » AND « ART-THERAPY » Or « CREATIVE ARTS » Or « VISUAL ART » Or « WRITING THERAPY » Or « DRAMA THERAPY » Or « MUSIC THERAPY » Or « DANCE THERAPY » Or « POTTERY »], sur les vingt dernières années.

Le processus de sélection des revues est présenté dans la figure 1 (Flow Chart).

Nous avons complété la recherche via Google Scholar, sans limite de temps, et avons trouvé 14 articles supplémentaires qui nous semblaient pertinents.

Une première sélection des articles à partir des titres a été réalisée (Screening). Les articles inclus étaient soit des avis d’expert, soit des études ou séries de cas, soit des études de faisabilité, des études descriptives, prospectives, ou rétrospectives, soit des revues systématiques.

Une deuxième sélection a été effectuée après lecture du résumé.

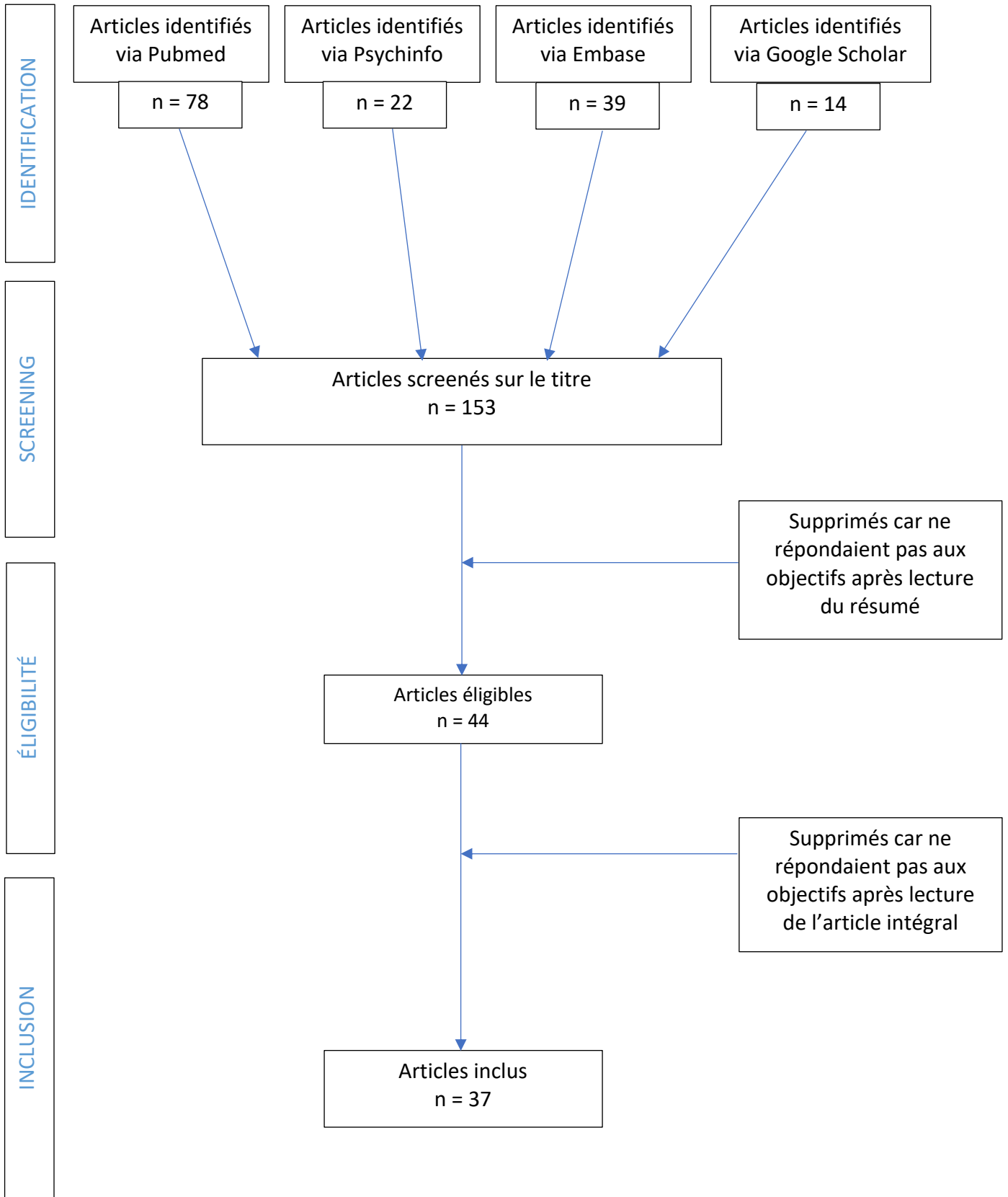
Une troisième sélection a été effectuée comprenant la lecture intégrale des articles précédemment sélectionnés. Les critères d’inclusion étaient les suivants :

- Traiter spécifiquement de la question de l’art-thérapie dans le cas des troubles des conduites alimentaires, plus précisément l’anorexie mentale et la boulimie
- Présenter une vision intégrative, ne pas être trop orientée dans un concept théorique exclusif (notamment psychanalytique)

Une recherche a été effectuée via le site clinicaltrials.gov avec les mots clefs [« EATING DISORDERS » et « ART-THERAPY » et a retrouvé deux études correspond à notre thème, une en cours, une terminée.

Nous avons complété notre recherche par une recherche manuelle (repérage des articles pertinents dans la bibliographie des articles précédemment sélectionnés).

Figure 1 : FLOW CHART



III – RÉSULTATS

1. Études et séries de cas (tableau 1)

Nous avons trouvé 15 séries et études de cas, dont une majorité (11) d'études de cas, qui par définition ne s'intéressent qu'à un seul cas, et 4 séries de cas.

Les périodes où l'on retrouve le plus d'études de ce type sont la période 2014-2019 et la période 1999-2004 : comportant chacune 5 études, puis les périodes 2009-2014 : 3 études, 2004-2009 : 2 études, et enfin avant 1999 : 1 seule étude.

Les pays les plus fréquents sont la France et les États-Unis, avec 4 études chacun, suivis par la Norvège avec 2 études.

7 études présentent un ou plusieurs cas d'anorexie mentale seule, 3 à la fois d'anorexie mentale et de boulimie, 2 de boulimie seule, 2 de troubles des conduites alimentaires plus globalement, 1 de trouble mixte (anorexie-boulimie).

L'âge moyen des études et séries de cas retrouvées dans notre revue est de 22 ans et 10 mois.

La population moyenne des séries de cas est de 5 patientes.

La durée moyenne des prises en charge en art-thérapie est de 10 mois et demi.

La médiation la plus retrouvée est les arts plastiques avec 8 études (plus de la moitié), suivie par la danse et la musique : 2 études chacune, et enfin le modelage, le cinéma et le light-painting, avec 1 étude chacune. À noter l'absence d'études ou de séries de cas avec comme médiation le théâtre ou l'écriture.

Le courant psychiatrique le plus retrouvé est la psychanalyse/thérapie psychodynamique avec 10 études (deux tiers des études), suivie équitablement par : psychiatrie intégrative, phénoménologie, TCC et gestalt-thérapie, avec chacune 1 étude.

2. Études d'efficacité (tableau 2)

Nous avons trouvé 12 études d'efficacité, dont une majorité (7) d'études qualitatives, contre 4 études quantitatives, ainsi qu'une étude mixte.

Parmi ces études on trouve une majorité d'études prospectives : 6 études (soit la moitié), 2 comparatives, puis 1 seule concernant les types d'études suivants : faisabilité, avant/après, rétrospective, descriptive.

La période où l'on retrouve le plus d'études de ce type est la période 2014-2019 : 4 études, suivie des périodes 1999-2004 et 2004-2009 : 3 études, puis de la période 2009-2014 : 2 études. Les pays les plus fréquents sont les États-Unis, le Royaume-Uni, et l'Australie avec 2 études chacun, suivis par les autres pays avec 1 étude chacun.

8 études présentent un ou plusieurs cas d'anorexie mentale seule, 2 d'anorexie mentale et de boulimie, 1 de troubles des conduites alimentaires plus globalement, 1 de troubles des conduites alimentaires associés à d'autres troubles (troubles à symptomatologie somatique et « crises »). À noter l'absence d'étude d'efficacité avec comme trouble la boulimie seule.

L'âge moyen des études et séries de cas retrouvées dans notre revue est de 22 ans et 10 mois.

La population moyenne de ces études d'efficacité est de 21 patientes.

La durée moyenne des prises en charge en art-thérapie est de 11 mois et 9 jours.

La médiation la plus retrouvée est la musique avec 6 études (correspondant à la moitié des études d'efficacité retrouvées), suivie par les arts plastiques (3 études) puis la visite de musée : 1 étude.

Les courants psychiatriques les plus retrouvés sont la TCC et la psychiatrie intégrative avec 4 études chacun (un tiers des études d'efficacité), suivis par la psychanalyse, la psychiatrie humaniste et la phénoménologie avec 1 étude chacune.

Les critères d'évaluation allaient de la réduction globale de l'anxiété postprandiale, aux perceptions des bénéfices par les patientes, en passant par les distorsions cognitives ou l'insight.

TABLEAU 1 : ÉTUDES ET SÉRIES DE CAS

auteurs, années	Pays	type d'étude	Pathologie	Âge moyen (ans)	n	T (mois)	médiation	courant psychiatrique
V. De Benedetti et al., 2019	France	S	TCA	NC	NA (g. o.)	NA (g. o.)	light-painting	psychanalyse
C. L. Al-Husseini ; 2017	Suisse	E	A	22	1	NC	arts plastiques	psychanalyse
B. Maison et al., 2017	France	E	A	NC	1	18	modelage	psychanalyse
L. Hodge, 2016	Australie	S	A	24	7	12	arts plastiques	intégratif
S. Paoella, 2015	France	E	TM	24	1	NC	danse	NC
C. Gramaglia et al., 2011	Italie	E	A et B	40	1	12	cinéma	psychanalyse
A. Lejonclou et al., 2009	Norvège	S	A et B	22	2	11	musique	psychodynamique
G. Trondalen, 2009	Norvège	E	A	26	1	10	musique	phénoménologie
C. Claveau, 2006	France	E	A	17	1	NC	arts plastiques	psychanalyse
B. F. Cooper et al., 2003	États-Unis	S	TCA	22,5	6	4	arts plastiques	psychanalyse
L. Diamond-Raab, 2002	États-Unis	E	A	12	1	NC	arts plastiques	gestalt-thérapie
K. Johnson et al., 1999	Royaume-Uni	E	A	NC	1	NC	arts plastiques	psychodynamique
A. M. Krantz, 1999	États-Unis	E	B	24	1	14	danse	psychanalyse
M. Steinbauer et al., 1999	Autriche	E	B	20	1	3	arts plastiques	psychodynamique
H. C. Matto, 1997	États-Unis	E	A et B	20	1	NC	arts plastiques	TCC

S : série de cas - E : étude de cas - TCA : troubles des conduites alimentaires - A : anorexie mentale - B : boulimie - TM : trouble mixte - NC : non communiqué - NA : non applicable

TABLEAU 2 : ÉTUDES D'EFFICACITÉ

auteurs, années	Pays	Q / q	type d'étude	Pathologies	Âge moyen (ans)	nombre	Durée (mois)	médiation	courant psychiatrique
J. Lock et al., 2017	États-Unis	Q	étude de faisabilité	A	NC	60	9	arts plastiques	TCC
L. Thaler et al., 2017	Canada	q	prospective	TCA	27.55	78	20	visite de musée	Intégratif
J. Bibb, 2015	Australie	M	avant/après	A	22	18	21-90 j	musique	humaniste
J. Kondracka, 2014	Pologne	Q	comparative	A	NC	15	6	arts plastiques	TCC
G. Holmqvist et al., 2012	Suède	Q	comparative	TSS + C + TCA	NC	NC	NC	NC	intégratif
M. Pavlakou, 2009	Royaume-Uni	q	prospective	A et B	36	8	NC	musique	TCC
G. Trondalen et al., 2007	Norvège	q	prospective	A	19	1	12	musique	phénoménologie
K. McFerran et al., 2006	Australie	q	retrospective	A	NC	15	24	musique	psychanalyse
L. Schiltz, 2006	Luxembourg	Q	prospective	A	NC	3	NC	arts plastiques	intégratif
D. Rehavia-Hanauer, 2003	Israël	q	prospective	A	16	10	6	NC	Intégratif
R. E. Hilliard, 2001	États-Unis	q	prospective	A et B	NC	NA (g. o.)	NA (g. o.)	musique	TCC
J. Z. Roberts, 2000	Royaume-Uni	q	descriptive	A	14	1	NC	musique	Intégratif

Q : quantitative - q : qualitative - M : mixte (Q et q) - A : anorexie mentale - TCA : troubles des conduites alimentaires - TSS : trouble à symptomatologie somatique - C : crise - B : boulimie - NC : non communiqué - NA : non applicable - g.o. : groupe ouvert - TCC : thérapie cognitivo-comportementale

3. Avis d'experts (tableau 3)

Nous avons trouvé 8 avis d'experts, quasi-exclusivement francophones.

La période où l'on retrouve le plus d'études de ce type est la période 2009-2014 : 3 études, suivie des périodes 2004-2009 et 2014-2019 : 2 études chacune, suivies par la période 1999-2004 : 1 étude.

Le pays le plus fréquents sont la France avec 6 avis d'experts retrouvés (correspondant à trois quarts des études), suivis par le Canada et la Belgique avec 1 étude chacun.

Les médiations les plus retrouvées sont les arts plastiques, le modelage et le théâtre, avec 4 études (correspondant à la moitié des avis d'experts retrouvés), suivis par la musique (3 études), la danse et l'écriture (2 études), et enfin le psychodrame et les art numériques (1 étude chacune).

Les courants psychiatriques les plus retrouvés sont la psychiatrie intégrative et la psychanalyse avec 3 études chacun.

4. Revues de la littérature (tableau 4)

Nous avons trouvé deux revues de la littérature, une de 1996, une de 2006, venant des États-Unis et du Royaume-Uni, traitant à la fois de l'anorexie mentale et de la boulimie.

Elles traitent toutes les deux les arts plastiques, avec d'autres médiations complémentaires pour une des deux études.

Le courant psychiatrique prédominant est la psychanalyse pour les deux études.

La première étude a recensé 30 études, la seconde 21.

À noter la présence de courtes revues de la littérature introductives dans des articles qui ne sont pas purement des études de ce type.

TABLEAU 3 : AVIS D'EXPERTS

auteurs, années	Pays	Pathologie	médiation	courant psychiatrique
L. Romo et al., 2018	France	TCA	arts plastiques, modelage, danse, théâtre, écriture, musique, arts numériques	Intégratif
J.-L. Sudres et al., 2015	France	A	arts plastiques	psychanalyse
R. Butryn, 2014	Canada	A	NC	NC
J.-L. Sudres, 2012	France	A	arts plastiques, modelage, théâtre	Intégratif
A.-M. Dubois, 2010	France	TCA	arts Plastiques, modelage, danse, théâtre, écriture, musique	Intégratif
A. Passelecq et al., 2008	Belgique	A et B	modelage, théâtre	psychanalyse lacanienne
E. Flaig, 2005	France	A	psychodrame	NC
M. Miquelarena, 2003	France	TCA	musique	psychanalyse

TCA : trouble des conduites alimentaires - A : anorexie mentale - B : boulimie - NC : non communiqué

TABLEAU 4 : REVUES DE LA LITTÉRATURE

auteurs, années	Pays	Pathologie	Nombres d'études	Médiations	Courant psychiatrique
M. J. Frisch et al., 2006	États-Unis	A + B + BED	30	arts plastiques, musique, danse, théâtre	psychanalyse
M. Wood, 1996	Royaume-Uni	TCA	21	arts plastiques	psychanalyse

A : anorexie mentale – B : boulimie – BED : Binge Eating Disorder

IV – DISCUSSION

1. Définition de l'art-thérapie

1.1 Fondements

Historiquement, deux personnes sont souvent présentées comme majeures dans le développement de l'art-thérapie : Naumburg (1966), et Kramer (1971), qui ont tous les deux basé leurs travaux sur la théorie freudienne, mais pour le premier dans une recherche de stimulation de la libre association, pour une sensibilisation de l'inconscient, alors que le second s'est consacré au processus de guérison en parallèle du processus de création, et à la capacité de « sublimation par l'expression artistique » [14]. Schaverien (2000) avait perçu qu'il y avait trois catégories différentes d'art-thérapie : la thérapie par l'art, la psychothérapie par l'art, et la psychothérapie par l'art analytique.

1.2 Vocabulaire

On remarque en France une pluralité de termes différents : « psychothérapie médiatisée », « atelier d'expression créatrice », « anima-thérapie », « thérapie avec l'Art », « art-thérapie créative », « music-art-somatothérapie », « activité thérapeutique à médiation », etc, pour parler du même « concept d'art-thérapie pourtant internationalement reconnu. » [12].

1.3 Concept de médiation

On parle de médiation pour faire référence au passage, si précieux et décisif dans le cadre des TCA, par un *intermédiaire*. « Ce dernier pouvant être l'objet créé – d'où l'expression thérapie médiatisée par l'art –, voire le praticien lui-même ou le groupe de patients qui concourent à la création. [...] De sorte que « le symptôme n'est pas attaqué de front mais se dévoile à travers l'action, dans le jeu de ricochets entre les objets médiateurs. C'est la raison pour laquelle les personnes anorexiques, qui sont par ailleurs en phase de résistance à la prise en charge, acceptent en général volontiers de participer à l'activité » [12].

1.4 Conceptions récentes

Pour Einat S. Metzl, l'art-thérapie « combine des éléments artistiques, scientifiques, de santé mentale et d'éducation, mais ne semble pas s'inscrire complètement dans un moule. » [15].

Selon le Dr Anne-Marie Dubois : « les psychothérapies à médiation artistique sont des techniques psychothérapeutiques qui utilisent les pratiques artistiques comme principal moyen de communication et d'expression » [11].

Lucia Romo et al. précisent qu'en plus des médiations sensorielles et/ou artistiques habituelles telles que la peinture, le modelage, la musique, le théâtre, la danse, l'écriture, il faut prendre en compte les médiations axées sur des thérapies vidéo et numériques [16].

Pour Jean-Luc Sudres, « l'art-thérapie est une discipline interface des sciences humaines et une démarche de soins psychothérapeutiques qui utilise des objets médiateurs plus ou moins malléables (peinture, argile, bois, écriture, etc) et/ou des actions médiatisées (théâtre, danse, mime, clown, etc.), réunissant dans une trilogie circulaire trois acteurs : le patient, l'art-thérapeute, l'objet/l'action/la situation médiatisée » [12].

Barbara F. Cooper et Ilo B. Milton soulignent que « l'art-thérapie permet l'expression d'émotions, de pensées, de sensations, de fantasmes, de conflits et d'expériences inconscients et conscients, grâce à la création d'images visuelles qui sont leurs équivalents symboliques » [17].

Enfin, parmi les articles de cette revue, le regard d'une psychomotricienne vient enrichir le propos au sujet de l'art-thérapie : « J'ai alors tenté de définir au mieux ce qu'était pour moi une médiation en disant qu'il s'agit de l'utilisation d'un support, d'un dispositif, d'une technique ou bien d'un objet, qui tenterait d'apporter un espace de projections, plus ou moins symbolisées et conscientisées, pour faciliter la communication et l'expression » [18].

2. Différences entre l'art-thérapie et les psychothérapies verbales

2.1 Éléments de différence

Selon Gård Holmqvist et al. : c'est ce *caractère triangulaire* de la relation entre patient, œuvre, et thérapeute qui distingue l'art-thérapie des autres formes de psychothérapies verbales [19].

Bien souvent, avant que ce ou cette patiente présentant des troubles des conduites alimentaires ne fasse l'expérience de l'art-thérapie, une ou plusieurs thérapie(s) verbale(s) antérieure(s) s'est ou se sont montrées inefficaces [20] pour des raisons que nous allons voir ensuite.

2.2 Exigences de la psychothérapie verbale

Dokter (1994), s'inspirant des théories de Bion, dit à propos des psychothérapies verbales, que pour que le patient puisse espérer en ressentir des effets bénéfiques, il faut que celui-ci soit capable de « transformer l'action en pensée », c'est-à-dire de tolérer ce décalage entre d'un côté un besoin, de l'ordre de l'expérience, et de l'autre la pensée [21]. Dokter associe donc les psychothérapies verbales aux processus secondaires, qui supposent un certain niveau d'élaboration, ou une certaine facilité à entrer en introspection par la parole, ce qui manque aux

patients et patientes atteints de TCA, et ce que n'exigent pas forcément, à contrario, les psychothérapies à médiation artistique.

2.3 Atout de l'art-thérapie

Selon Jacqueline Z. Robarts, le langage visuel de l'art n'est pas borné par des barrières culturelles, économiques, sociales, ou intellectuelles [22], et offrirait aux patients plus de liberté : ils peuvent choisir de créer, de travailler silencieusement ou dans le bruit, ou de ne rien faire.

D'une part la nature non verbale de l'art-thérapie permettrait de contourner les mécanismes d'opposition et de défense qui sont majeurs chez les patients présentant des TCA [23] ; [11]. Contrairement aux psychothérapies verbales, ce sont les processus primaires de la pensée qui sont sollicités, ce qui paraît plus adapté pour certains publics dont les patients présentant des TCA [21].

D'autre part, les groupes d'art-thérapie permettent d'explorer les questions de dépendance/séparation en se permettant parfois de sortir un ou une patiente du groupe pour lui permettre de travailler individuellement sur son propre processus créatif [24].

Maria J. Frish et al. précisent que l'art-thérapie permet un moyen d'expression alternatif dans les milieux traditionnels de soin [24].

2.4 Situations où l'art-thérapie est plus adaptée

Bien évidemment, l'art-thérapie sera plus adaptée que les psychothérapies verbales lorsque la communication « normale », verbale, est « absente ou en panne » [25], mais également lorsque l'on s'adresse plus précisément à un public jeune, adolescent, qui grâce à l'utilisation de médiations artistiques musicales ou littéraires, pourront aborder leurs difficultés de manière indirecte, ce qui est précieux en psychopathologie de l'adolescence notamment [26].

2.5 Complémentarité de l'art-thérapie avec les psychothérapies verbales

Pour Anne-Marie Dubois, il est clair que l'art-thérapie s'inscrit dans une diversité d'approches psychothérapeutiques différentes : thérapies familiales, psychodynamiques, comportementales et cognitives, parfois en simultané, parfois l'une après l'autre, « en fonction des objectifs thérapeutiques qui ont été définis » [11].

D'après Robarts (1994) c'est la combinaison entre d'un côté le caractère *verbal* de l'expression de soi, et de l'autre son aspect imaginaire, facilité par l'interaction musicale, qui permet un renforcement de l'autonomie et une prise de conscience du sens de l'identité, elle cible à ce sujet les patients adolescents [27].

2.6 Quand l'art-thérapie permet l'expression verbale ensuite

Plusieurs auteurs relatent une certaine facilitation par la musique de l'expression verbale. C'est le cas de Margarita Miquelarena, qui voit la dimension thérapeutique de l'écoute musicale dans le fait qu'elle puisse créer et développer des conditions affectives propres à la mise en place d'une alliance thérapeutique et d'un processus psychothérapeutique sur un mode verbal plus efficient [28]. Mais cela est aussi le cas des expériences d'improvisation théâtrales, qui peuvent être traitées ensuite verbalement [29], ainsi que de boîtes créées au cours d'atelier d'arts plastiques, qui servent ensuite aux patientes de « tremplins », pour exprimer plus facilement leurs sentiments et leurs expériences à leurs thérapeutes de psychothérapie verbale [30], ou encore des peintures générées au sein du groupe, « reflet des expériences internes », et considérées comme « points de départ pour le processus thérapeutique » [31].

3. Critères d'indication et de contre-indication en art-thérapie

3.1 Critères d'indication

Gård Holmqvist et al. n'ont pas pu prouver qu'une forme spécifique d'art-thérapie est plus adaptée à un *diagnostic* en particulier [19]. Cela n'empêche pas que les modalités pour orienter un ou une patiente dans un type d'atelier soient très précises, et quelle que soit la médiation, et qu'un entretien spécifique d'évaluation y soit dédié, selon le Dr Dubois, pour qui ce sont plus les symptômes que le diagnostic qui vont permettre de poser une indication ou une contre-indication à un atelier d'art-thérapie [11].

3.1.1 Indication en plusieurs étapes

Ces différentes étapes sont présentées dans « Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire, Dubois, 2010 » :

- Le patient a-t-il besoin d'une psychothérapie ?
- Le patient a-t-il besoin d'une psychothérapie verbale ou non verbale ?

- Si l'on s'oriente vers une psychothérapie non verbale, on se posera la question du type de médiation le plus adapté à la situation d'un patient, qui dépendra des critères suivants :
 - 1) Goûts artistiques du patient
 - 2) Niveau d'apprentissage dans les différentes pratiques artistiques disponibles
 - 3) Type de mécanismes de défenses présentés
 - 4) Impacts de ses symptômes dans sa vie relationnelle
 - 5) Niveau d'insight
 - 6) Niveau de difficulté avec la communication verbale

3.1.2 Indication à plusieurs niveaux

Une autre manière de voir les choses est celle de Jean-Luc Sudres, dans « Art-thérapie et anorexie mentale : quels objets médiateurs ?, Sudres, 2015 », qui déclare en préambule qu'« aucune compétence/disposition ou intérêt artistique particulier n'est nécessaire pour qu'un patient bénéficie pleinement d'art-thérapie. Dans cette démarche, il n'y a pas de quête esthétique. Le laid, le déchet, le rien s'avèrent autant les bienvenus et thérapeutiquement importants que le beau. » [12]. Voici sa vision de l'indication en atelier d'art-thérapie :

- Le premier niveau correspond à une indication par défaut, dans les cas où les autres thérapies n'ont pas fonctionné, que l'on se trouve dans une situation complexe, et que néanmoins les variables habituelles requises pour orienter vers une psychothérapie sont partiellement présentes (« curiosité vis-à-vis de son monde interne », « lassitude devant la perception de la répétition », « reconnaissance de son malaise propre », « souffrance »).
- Le deuxième niveau concerne le « quatuor : troubles des apprentissages – troubles de l'expression – troubles de la communication – troubles affectifs ».
- Le troisième niveau formalise des objectifs plus précis tels que « remettre en jeu les dynamiques de séparation/individuation, de réparation de l'objet/réparation de soi au travers de la structuration des créations » ou « prendre conscience des conflits psychiques au décours des transformations formelles des compositions » ou encore « favoriser le lâcher prise ».

3.2 Critères de contre-indication

Pour Anne-Marie Dubois : « l'existence d'un délire, l'intensité d'une expression ou l'intensité d'une inhibition ne sont pas compatibles avec ce type d'approche » [11], tandis que pour Jean-Luc Sudres, les contre-indications se résument à la « psychopathologie de l'art » (notamment

le syndrome de Stendhal), aux passages à l'acte auto/hétéro-agressifs et à l'overdose médiatisée » [12], ce qui reste peu fréquent en pratique.

4. Évaluation

4.1 Nécessité d'une évaluation

L'art-thérapie dans les TCA ne peut pas se départir de la nécessité d'une évaluation [19], alors que certains auteurs sont assez catégoriques sur le manque d'études avec efficacité probante en la matière : « il n'existe aucune étude connue et empiriquement valide sur cette forme expérientielle de thérapie dans le domaine des troubles de l'alimentation » [14], alors « que certains essais contrôlés randomisés et non randomisés avec des survivants de traumatismes et des patients psychiatriques existent dans le domaine de l'art-thérapie ».

Et pourtant c'est grâce à la recherche sur l'efficacité de la musicothérapie pour des patients présentant des TCA que les musicothérapeutes convaincront les institutions que leur technique est précieuse et bénéfique pour les patients et qu'ainsi qu'il est avantageux de doter les institutions de musicothérapeutes [13].

4.2 État des lieux de la recherche en art-thérapie

Einat S. Metzl réalise une analyse systématique des méthodologies utilisées dans les recherches faites sur l'art-thérapie et trouve huit types d'études : « études de cas cliniques, auto-études, enquêtes, entretiens, tests en art-thérapie, recherche anthropologique, observations comportementales et exploration des œuvres des clients » [15].

Matthew W. Reynolds identifie trois types d'études d'efficacité principales : « un seul groupe sans groupe contrôle ; les études contrôlés non randomisés, et les essais contrôlés randomisés » [32].

Des études de cas ont été la forme la plus courante pour décrire comment l'art-thérapie fonctionne (Reynolds et al., 2000) et Edwards (2004) estime que ce type d'étude est toujours la méthode de recherche la plus utile, si l'on veut comprendre le principe de l'art-thérapie.

Plusieurs études se consacrent à l'évaluation de l'art-thérapie combinée à une autre thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale, la remédiation cognitive, ou la thérapie familiale [33], cette dernière associée à l'art-thérapie ayant montré son efficacité dans le trouble obsessionnel compulsif. (Lock, Fitzpatrick, Agras, Weinbach et Jo, 2018). Dans d'autres cas,

le psychodrame associé à d'autres thérapies de groupe ou individuelles semble être une bonne alternative pour les patients adolescents souffrant d'anorexie et de boulimie [34].

Il y a une certaine difficulté à comparer directement les différentes recherches effectuées car les études sur l'art-thérapie sont souvent effectuées dans différents contextes, avec des populations différentes et des protocoles de recherche différents (Eaton, Doherty & Widrick, 2007 ; Gilroy, 2006 ; Metzl).

4.3 Limites de l'Evidence-Based-Medicine

L'étude de Gärd Holmqvist et al. montre, en utilisant deux systèmes d'évaluation différents, que l'un des deux systèmes d'évaluation rejette 84% des études d'efficacité de l'art-thérapie, l'autre 41%, avec le constat qu'un traitement pourrait être reconnu comme efficace selon l'EBV par un système d'évaluation, et inefficace selon ce même concept de l'EBV selon un autre système d'évaluation [19]. Les auteurs vont plus loin en soutenant que cela signifie que des traitements efficaces courent un risque de ne pas être implantés en santé mentale si l'on se réfère uniquement au principe de l'EBV. Cela rejoint les « zones grises » évoquées dans l'article de l'Encéphale de J.-N. DESPLAND, « L'évaluation des psychothérapies » : « D'emblée, de nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de la médecine basée sur les preuves. Parmi celles-ci on peut relever l'existence d'une véritable zone grise, qui comprend les traitements pour lesquels il n'existe pas suffisamment d'études validées, l'absence de recherche n'impliquant en aucun cas que ces procédures de soin soient inefficaces. La difficulté d'appliquer les conclusions des rapports aux patients pris individuellement est aussi soulignée. Certains estiment que cette procédure peut représenter un véritable frein au développement de pratiques novatrices et d'excellence dans le champ de la médecine » [35].

Ajoutons que Martinsen & Kierland (2006) ont dit que les essais contrôlés randomisés ne peuvent pas faire la preuve d'expériences concernées par des valeurs existentielles et humanistes telles que notamment : la joie, la souffrance et l'espoir [19].

4.4 Exemples d'études d'efficacité

James Lock et al. en 2017, dans une étude contrôlée randomisée, prouvent que les adolescents souffrant d'anorexie mentale et présentant des caractéristiques obsessionnelles-compulsives répondent à la fois à la thérapie familiale associée à l'art-thérapie et à la thérapie familiale associée à la thérapie cognitivo-comportementale [36].

Léa Thaler et al. en 2017 également, en plus du fait que les données qualitatives indiquent que les patients ont apprécié d'avoir bénéficié de l'activité, démontrent entre le début et la fin d'une visite du musée une réduction globale significative de l'anxiété [37].

Bibb et son équipe présentent deux séances de groupe de musicothérapie d'une heure et annoncent des résultats très positifs [38].

Grocke et al. (2014) sont à l'origine d'une étude qui montre que la musicothérapie de groupe est efficace, notamment sur la qualité de vie, l'enrichissement social, l'estime de soi, la spiritualité* et les symptômes psychiatriques de patients présentant des troubles relativement graves [39]. (* mesurée à l'aide du FACIT-Sp-A12, une échelle d'auto-évaluation à 12 éléments, mesure psychométrique du bien-être spirituel des personnes atteintes de cancer et d'autres maladies chroniques.)

Krueger démontre l'efficacité d'une thérapie médiatisée par la danse [40].

Les changements significatifs sont chiffrés, même lorsqu'ils concernent des aspects artistiques : « invention rythmique, ($Z = -2,156$; $p < 0,01$) ; recherche mélodique, ($Z = -2,060$; $p < 0,05$) ; variations d'intensité et de tempo, ($Z = -2,343$; $p < 0,05$) » [26].

4.5 Perspectives

Pour Lucia Romo et son équipe, « la question de la standardisation dans les thérapies basées sur les arts doit être abordée » [16].

Plusieurs auteurs soulèvent la nécessité de réaliser des études qualitatives [33], études qui suscitent un intérêt croissant [15], ou des recherches mêlant aspects quantitatifs et qualitatifs [19].

À propos de la recherche qualitative, l'étude des facteurs dits « non spécifiques » nous paraît particulièrement pertinente : « facteurs liés au patient (attentes positives, recherche active d'aide, engagement) ; facteurs liés au thérapeute (aptitudes de base, compétence, expérience) ; processus de changement (acquisition et expérimentation du changement) ; structuration du traitement (adhérence à la théorie, focalisation sur le monde interne) ; éléments relationnels (alliance). Parmi eux, le plus intéressant est clairement l'alliance thérapeutique » [35].

Des recherches plus ciblées devraient être menées pour permettre à l'art-thérapie d'être mieux reconnu comme traitement efficace en psychologie et en psychiatrie [32], avec notamment « une meilleure opérationnalisation et des définitions plus claires des différentes thérapies ».

La collaboration entre chercheurs et art-thérapeutes pourrait aider les cliniciens à mener des recherches d'efficacité sur des plus grandes populations et permettrait de mieux évaluer l'impact de l'art-thérapie.

5. Spécificité des médiations

5.1 Arts plastiques

La peinture est un langage qui permet d'extérioriser des contenus émotionnels et les rendre visibles. Elle représente aussi une certaine vision du Monde que le sujet laisse apparaître [42]. En ce qui concerne le résultat plastique, de nombreuses études sur l'art-thérapie chez des patients présentant des troubles de l'alimentation présentent un type de travail composé de symboles spécifiques utilisés pour exprimer des thèmes principalement autobiographiques [43]. Selon ces auteurs, « la plupart des patients ont recours à certains éléments figuratifs stéréotypés tels que des fleurs et des éléments naturels, des points d'interrogation, des soleils, des lunes et des étoiles, des chiffres, des cœurs, sourires, monstres, spirales et tourbillons. » Hill (1998) parle des créations des patients comme d'un « art stéréotypé », à travers lequel les patientes montrent l'étendue de leurs mécanismes de défense. Dans l'analyse que Rehaviah-Hanauer (2003) fait des travaux de ses patients, il souligne que les images apparaissent « en suspension dans l'air », avec des éléments figuratifs qui n'ont aucun lien entre eux.

« L'art-thérapeute permet au patient d'expérimenter avec les différents matériaux, tels que les crayons de couleur, l'aquarelle et l'argile » [19].

L'orientation vers un atelier d'arts plastiques se fait sur le besoin de proposer un lieu et une pratique permettant au patient de faire des liens avec sa vie imaginaire, et cela ne peut opérer que si le cadre est précis, que si l'art-thérapeute est en mesure de gérer les liens transférentiels et contre-transférentiels qui auront lieu, et que si c'est dans la pratique artistique que réside l'action principale qui réunit le patient et l'art-thérapeute [11].

Les ateliers d'arts plastiques offrent de multiples possibilités et un potentiel thérapeutique majeur (couleurs, formes, textures, malléabilité, etc), pour aboutir finalement à la production, « cette chose concrète et manipulable, qui présente une puissante valeur transformationnelle, et que Jean Broustra désigne « objet analogique », « car elle offre la possibilité de créer du lien et de le figurer, par un étonnant jeu de correspondances et d'associations à d'autres objets hétéroclites » [12].

Le dessin a été utilisé à la fois comme sujet principal et comme complément à un large panel de traitements plus traditionnels, y compris la psychothérapie psychodynamique (Egberg, Sundin, Stahlberg, Lindstrom, Eklof et Wiberg, 2007), la Gestalt-thérapie (Amendt-Lyon, 2001), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Morris, 2014; Malchiodi et Loth Rozum, 2012), la thérapie comportementale dialectique (TCD) (Heckwolf, Bergland et Mouratidis, 2014), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Monti et al., 2006; Peterson, 2015)

et la schéma-thérapie (van den Broek, Keulen-de-Vos et Bernstein, 2011; Van Vreeswijk, Broersen, Bloo et Haeyen, 2012).

Technique très différente, le *Light Painting* « est une prise de vue photographique qui consiste à révéler les traces lumineuses d'une source grâce à un temps d'exposition relativement long. Il a été démontré que la prise de photos augmente la sensation hédonique jusqu'à l'accès à la joie et en même temps potentialise l'implication des sujets dans ce qu'ils vivent ou expérimentent. » [44]

5.2 Danse

La danse doit être envisagée comme une expression personnelle, à la fois psychologique et psychique, et beaucoup d'auteurs insistent sur cette fonction qu'a la danse-thérapie de recréer un lien entre l'esprit et le corps, le patient retrouvant très progressivement de par un cadre sécurisant et une alliance thérapeutique avec l'art-thérapeute, une nouvelle *unité corps-esprit* [45]. Plusieurs auteurs déclarent que des effets positifs sur le corps peuvent aboutir à des effets positifs dans la psyché [14].

La danse se concentre sur donc sur l'utilisation de mouvements du corps ainsi que des liens entre l'esprit, le corps, et les émotions, dans un objectif de modification de la perception du corps et des difficultés [25], vers une perception plus réaliste [14].

L'orientation vers des ateliers de danse-thérapie a débuté dans les années 50 aux États-Unis, dans la mouvance des thérapies corporelles dérivées de la psychanalyse. Les techniques utilisées sont issues du courant de la danse moderne et contemporaine, et visent un travail de *conscience corporelle* [11].

5.3 Musique

La musicothérapie permet de rompre l'isolement social, contribue à l'expression de soi au-delà des mots, et peut être une source d'inspiration et d'espoir pour un changement positif [39], via la compréhension par les patients de leurs comportements et de leurs difficultés, en travaillant sur le rythme, la tonalité, l'ambiance [25].

La musicothérapie joue un rôle important au niveau de la motivation – notion majeure à prendre en compte notamment dans les troubles des conduites alimentaires [46] – et inclue l'écriture de chansons, le chant, les percussions, et possiblement une discussion sur l'analyse des paroles [13]. Un des procédés majeurs est également l'utilisation de l'improvisation collective, qui « oblige » le patient à s'adapter par la vitesse et par modulation de l'intensité au jeu des autres

participants, pour donner une cohésion à l'ensemble, cela arrivant au bout de plusieurs mois de thérapie. [26].

Le message sonore véhiculé par la musique en séance de musicothérapie fait intervenir implicitement plusieurs partenaires : « le(s) compositeur(s), le(s) interprète(s), l'(es) instrument(s), l'œuvre musicale, et bien entendu le thérapeute dans le choix musical » [28] . Plus que cela, Benenzon parle de *l'identité sonore* (ISO) d'un individu, d'un groupe, d'une culture, d'une ville, « d'ISO du groupe qui serait lié à synthèse des ISO individuels dans le groupe ».

Dans les TCA spécifiquement, la musicothérapie est utilisée pour permettre une découverte de soi (écoute ou chant d'une chanson, puis examen et discussion à propos des paroles), ou comme méthode de relaxation, par exemple en utilisant la musique de fond pour faciliter la respiration, ou pendant les repas pour diminuer l'anxiété [14], elle permet aussi le développement de l'insight [47]. La musicothérapie permet d'une part d'améliorer le sentiment d'identité personnelle, et d'autre part elle permet de développer des relations interpersonnelles plus satisfaisantes en utilisant « l'expression de soi, créative et authentique, comme base de l'alliance thérapeutique » [22]

Gro Trondalen développe « l'écoute de soi », une variation intéressante de la musicothérapie réceptive : « Le client écoute un enregistrement de ses propres improvisations, performances ou compositions, afin de réfléchir à lui-même et à l'expérience » [46]

Mais la musique peut aussi se jouer à deux, avec le thérapeute d'un côté, et le patient de l'autre, un peu à la manière d'un *squiggle* (Winnicott). « Le chant en groupe est considéré comme une technique de groupe de musicothérapie utile pour travailler avec des personnes souffrant de troubles de l'alimentation en milieu hospitalier (Justice 1994), mais son impact sur ces patients n'a pas encore été étudié séparément. »

Pour Lucia Romo et son équipe, la musicothérapie est une option psychothérapeutique particulièrement pertinente pour les TCA, au même titre que pour les autres troubles addictifs. Leur étude montre l'efficacité de la combinaison de la musique avec une méthode spécifique dite de *désensibilisation*, dont l'utilité a été prouvée dans le traitement des dépendances aux substances [48]. « La musicothérapie est une intervention bénéfique prouvée pour les personnes souffrant d'une maladie mentale persistante, susceptible d'améliorer le fonctionnement social, l'état global et l'état mental » [39].

5.4 Modelage

La terre, matière malléable unique et transformable à l'infini, détenant des propriétés spécifiques dues à sa manipulation et sa réversibilité [49], est particulièrement adaptée quand

la parole paraît « dénuée d'affect ». Le cadre de l'atelier permet deux temps majeurs. Premièrement la production, associé au ludisme, à la découverte, à la convocation des sens, à l'expression d'émotions, de sensations, de pulsions. Puis peut venir pour certains auteurs le deuxième temps : la parole, quand l'objet terre est apporté chez le psychologue, en tant qu'« entre-deux dans l'espace transférentiel », où il se produirait « une réactualisation de l'inconscient à travers l'objet produit » [50]. Il est aussi important de souligner le caractère très corporel de cette médiation, l'objet terre pouvant permettre, grâce à son potentiel de symbolisation, la construction d'un « nouveau corps » qui, partant de l'« ancien corps », en intégrerait le contenu. La terre « crée une temporalité particulière et propre à chacun » et permet de convoquer le patient dans « l'ici et maintenant ». [49]. « Cette médiation est choisie lorsque les patients ont des difficultés importantes avec leurs représentations corporelles et avec leur sensorialité. Le travail avec la terre permet de travailler à la fois le toucher, les perceptions et la projection de formes dans l'espace. Un atelier de modelage met peu en jeu l'expression verbale. Il stimule les affects, la sensorialité, le rapport aux formes et à la matière » [11].

5.5 Théâtre

Le théâtre impose un cadre. C'est l'art de la parole, de l'oralité. L'acteur peut s'autoriser à devenir un autre le temps de la séance, entre maîtrise de soi pour rester crédible, et abandon de qui l'on est pour être au plus près du personnage. Le texte représente un cadre strict, non négociable, et en même temps il repose sur une histoire universelle dans laquelle le ou la patiente constatera très probablement des échos avec sa propre histoire [50].

Ce type d'atelier permet aux patients de mettre en jeu leur vie imaginaire. En passant par plusieurs étapes, de la relaxation à l'improvisation, en passant par des exercices de communication entre les membres du groupe, la scène va rendre possible la verbalisation des fantasmes ou de différents aspects de la vie intérieure. « Néanmoins, il n'est pas question de rendre public ce qui a été créé. » [11].

Les art-thérapeutes spécialisés en théâtre poussent les patients à faire l'expérience de leur identité physique, à explorer tout le panel de leurs diverses émotions, ce qui aboutit in fine à une meilleure compréhension d'eux-mêmes et des autres [25].

5.6 Écriture

Dans les ateliers qui utilisent l'écriture comme médiation, la créativité et la liberté qui en émane s'appuient surtout sur la nécessité de contraintes formelles et de consignes précises, ce qui permet aux patientes de « cerner leurs pensées et leurs émotions », c'est aussi « un moyen de

distantation, de secondarisation, et de jeu cadré, dans un dispositif qui sollicite beaucoup les affects, les souvenirs et la vie imaginaire » [11].

5.7 Visite de musée

L'étude de Léa Thaler s'intéresse à une visite au Musée des Beaux-Arts de Montréal, suivi d'un atelier d'art-thérapie, et montre les atouts de cette médiation artistique et le haut taux de satisfaction des participantes [37].

6. Pourquoi l'art-thérapie est particulièrement adaptée pour les patients présentant des troubles des conduites alimentaires ?

6.1 Stratégie du détour

Winn (1995) soutient le fait que c'est parce que l'art-thérapie ne s'occupe pas directement du trouble alimentaire, mais plutôt aux difficultés plus profondes qui se sont exprimées par un TCA [33], qu'elle est particulièrement adaptée à ce type de troubles.

6.2 Alexithymie

Les thérapies de groupe classiques ne seraient pas efficaces pour les patientes présentant des TCA en raison de leur alexithymie [34], symptôme sur quoi l'art-thérapie, elle, se montrerait efficace.

En effet, bien que les patients présentant des TCA ont un bon niveau de langage, celui-ci n'est pas utilisé pour communiquer, « ni avec soi-même, ni avec les autres ». Cette communication verbale est en réalité très défensive, et la présence d'une médiation permet d'alléger trois types de peur : « peur de communiquer avec l'autre, peur de reconnaître ses propres affects, peur de sa vie intérieure » [11].

6.3 D'une obsession de la nourriture à l'utilisation personnelle d'un médium artistique

Dans le cas des TCA, la relation qu'entretiennent les patientes avec la nourriture peut être comprise comme une négociation entre leur monde interne et leur monde externe.

Certaines auteures pensent le groupe d'art-thérapie comme un « repas qui se termine bien », manière abstraite de se représenter la façon d'aider ces patientes, ou plus concrètement, quand il s'agit de « les aider à avoir un repas avant de partir ». [24]

Toujours dans cette idée de substitution artistique de la nourriture, Schaverien développe l'utilisation personnelle d'un matériel artistique, à partir duquel les patientes peuvent exprimer

les sentiments et préoccupations qui émergent, pour les libérer de cette obsession pour l'alimentation.

6.4 Repasser par le corps

Comme les symptômes des patient(e)s présentant des TCA ont comme fonction, selon de nombreux auteurs, de déconnecter du corps les affects, et plus particulièrement ceux qui concerne la sexualité, les traumatismes, les conflits dans le développement de sa propre identité, est souvent développée l'idée que l'art-thérapie pourrait venir reconnecter le corps et les pensées, et ainsi créer ou recréer une « unité psycho-corporelle saine » [20], en venant opérer un changement notamment au niveau de ses « défenses dissociatives ».

Dans ce domaine, le potentiel thérapeutique de la danse-thérapie est souvent mis en avant. Blanche Evan le décrit comme un levier permettant aux patientes de connaître de nouvelles expériences intimes, telles que le rapport aux sensations corporelles, au plaisir, à la sexualité, empêchées jusque -là par le trouble du comportement alimentaire [20].

Le corps, ou l'image du corps, que l'on peut interroger en art-thérapie, notamment dans le cas de sévices corporelles et/ou sexuels [51] , paraît donc être le meilleur moyen d'aborder la vie intime de ces sujets [44] présentant ce que certains auteurs nomment *des troubles psychosomatiques* [20], en accédant directement aux expériences vécues, au-delà des mots [52].

6.5 Plaisir

Cela peut paraître anodin, mais la présence d'une médiation permet aussi la découverte d'un art et le plaisir qui accompagne la pratique de cet art. Cette notion de plaisir est particulièrement précieuse et mérite d'être restimulée particulièrement chez des patients avec des TCA [11], qui se sont souvent interdit de vivre ces émotions.

6.6 Taux de participation

Impliquer les patients présentant des TCA dans les thérapies traditionnelles est difficile et le taux d'abandon est décrit comme élevé (Szmukler, Eisler, Russell et Dare, 1985). Ce qui n'est pas le cas des ateliers d'art-thérapie que nous avons étudié via nos recherches. Comme par exemple pour cet atelier de « composition de chansons dont le taux de participation confirmait son attrait et sa pertinence pour une populations de jeunes souffrant d'anorexie mentale » [47].

6.7 Et pourtant sur le papier tout les sépare

Le travail créatif implique à priori des ressources personnelles telles que la flexibilité, la capacité à prendre des risques, une capacité de réflexion et de remise en question. Alors que les patients atteints de TCA présentent des difficultés d'expression émotionnelle, des comportements perfectionnistes, la peur d'être jugée, une faible estime de soi, etc. Et pourtant, ces traits de personnalité à priori problématiques vont pouvoir selon certains auteurs être élaborés par les séances d'art-thérapie, où les patients et patientes auront l'opportunité de redonner un sens nouveau à leurs comportements, grâce à l'expérience, vivre une réorganisation de leur personne, si bien que le diagnostic clinique initial perd de son importance à leurs yeux, ce qui les oblige à se considérer comme des personnes « complètes », avec les capacités et les limites propres à chaque individu.

6.8 Travail de groupe

Le travail de groupe en art-thérapie apporte l'accès au développement d'autres capacités, notamment tout ce qui se rapporte aux compétences sociales (Hill, 1998).

7. Insight

Murphy (1987) montre l'importance dans le développement de l'insight de la conception de *l'œuvre*, montrant à la patiente par son contenu que « ses sentiments sont les siens, même s'ils sont cachés et déroutants », et conclut que le fait de parler de ses œuvres aide les personnes atteintes de TCA à prendre conscience de leurs troubles. [33]. Le développement de l'insight est également l'objectif principal de Blanche Evan, danse/mouvement-thérapeute, objectif atteignable à condition que le « l'honnêteté, la concentration et le travail » soient présents. [20].

À contrario, d'autres auteurs pensent qu'il est également pertinent pour les patients présentant des TCA, de « détourner l'attention de soi et des problèmes liés à l'alimentation » [33].

8. Caractère intégratif

L'art-thérapie a été décrite par de nombreux praticiens, en se basant sur plusieurs concepts théoriques différents, empruntant autant à la théorie psychanalytique jungienne, que freudienne, autant à la théorie des relations d'objet, qu'à la thérapie humaniste, systémique, psychoéducative, ce qui donne à cette pratique, véritable « discipline carrefour », son caractère intégratif, qui en fait toute son originalité [19] ; [12].

9. Répartition géographique des ateliers, état des lieux

En France, les art-thérapeutes manquent de reconnaissance vis-à-vis des institutions et des instances d'état [12].

Ce n'est pas le cas partout, notamment au Royaume-Uni, « où les thérapeutes en musique, en art et en théâtre (bien qu'ils ne soient pas encore thérapeutes du mouvement de la danse) ont maintenant été enregistrés par l'État, de sorte que leurs titres professionnels sont protégés » [25].

Aux États-Unis, les ateliers d'art-thérapie sont particulièrement présents dans les services spécialisés dans les TCA, comme le prouve l'étude de Frisch et son équipe, où sur les 19 programmes ayant participé à l'étude, 100% permettaient aux patientes de bénéficier d'ateliers d'art-thérapie au moins une fois par semaine, avec un taux de participation hebdomadaire moyen de 90,55% [14].

Selon Russel E. Hilliard, il y aurait un intérêt à ce qu'il y ait plus de musicothérapeutes dans nos institutions, et cette demande d'augmenter les effectifs ne peut pas se passer du besoin d'études prouvant l'efficacité de ces techniques pour les patients présentant des troubles des conduites alimentaires [13].

Nous disposons d'études descriptives qui rendent compte plus précisément de la répartition et de la façon de travailler des art-thérapeutes, notamment des musicothérapeutes [53]

10. Effets de l'art-thérapie

10.1 Alliance thérapeutique / plaisir

Une des conditions préalables indispensables pour initier un atelier d'art-thérapie reste la motivation et le plaisir que le patient peut ressentir en le faisant. Nous avons découvert dans cette revue une patiente qui avait choisi la musicothérapie car ses pairs lui avaient dit que c'était « amusant ». Cette projection dans une activité agréable peut avoir la fonction d'alléger d'une part une dose importante de stress, d'autre part d'instaurer, avant même que le traitement ne commence, une relation thérapeutique positive, qui peut contribuer grandement à l'instauration par la suite d'une alliance thérapeutique solide [13]. Les auteurs ne négligent pas l'importance du retour de « l'aptitude à éprouver des plaisirs simples et des émotions », de « rétablir la surprise et l'étonnement (dans une situation *secure*) », de favoriser « le dépaysement » [12]

10.2 Réduction du stress

C'est le cas de nombreux auteurs concernant les ateliers de musicothérapie, qui permettent une relaxation progressive, en se concentrant sur la respiration, le mouvement, les images, en lien avec la musique [13]. En plus d'un soulagement de tension anxieuse (Aaron, Rinehart et Ceballos, 2011 ; Bell & Robbins, 2007 ; Kondracka 2014), l'art-thérapie permettrait d'éclairer le participant sur ses émotions (Van Lith, Fenner et Schofield, 2011), aurait un impact positif sur l'humeur et réduirait le besoin de rechercher de perfection [54].

10.3 Apprentissage alimentaire

On note également un impact puissant et régulier de l'utilisation de la médiation musicale pendant les repas sur leur nature plus décontractée, et plus saine [13].

10.4 Développement de l'insight

De nombreux auteurs s'accordent à dire que l'un des effets majeurs des patients présentant des TCA en atelier d'art-thérapie est la prise de conscience de leurs troubles [13], que ce soit un objectif thérapeutique principal dès le départ, comme par exemple en danse/mouvement thérapie avec Blanche Evan [20], ou qu'il s'agisse d'un constat fait dans l'après coup [13].

10.5 Expression

Les ateliers d'art-thérapie donnent l'opportunité aux patients présentant des TCA de « laisser émerger l'impensable », d'exprimer leurs difficultés « autrement que par la parole », de mettre en scène, en mots, en actes des conflits et/ou des pulsions [12]. Ce constat d'une meilleure maîtrise de leur expression émotionnelle (Nolan, 1989), leur permet d'acquérir une autonomie supérieure et une amélioration des relations interpersonnelles. [47]. L'objectif principal de certains auteurs est de permettre via l'art-thérapie aux patients d'exprimer leurs sentiments sur des supports artistiques plutôt que sur leur corps [30]. En effet, l'un des principes fondamentaux de la création artistique est « qu'elle peut donner une forme concrète et observable à la douleur psychique » [22]. Les ateliers d'art-thérapie permettent aussi aux patients de « s'exposer », « par des productions porteuses de sens » [12].

10.6 Reconnexion aux sensations / reconnexion au corps

L'art-thérapie permet selon plusieurs auteurs une reconnexion à ses sensations et à son corps et à mesure que les patientes prennent conscience de leurs corps, le rôle du thérapeute prend de plus en plus de sens [40].

10.7 Assouplissement des défenses / divergence cognitive

Jean-Luc Sudres parle d'assouplissement « somato-psychique » des défenses, avec par exemple le fait de favoriser une pensée « plus souple et moins persévérante », à l'opposé de la pensée obsessionnelle qui caractérise souvent les patients et patientes présentant des TCA [36], grâce au développement de processus créatifs et expressifs. La musique peut faciliter la *divergence cognitive*, que ce soit sous la forme de l'écriture ou du chant de chansons, ou de jeux musicaux, et ainsi permettre aux patientes de ne plus éprouver de culpabilité ou d'envies de purges en fin de repas [13]. Les patientes présentant des TCA ayant des schémas de pensées rigides, l'art-thérapie peut les aider à entrevoir progressivement d'autres possibilités [12].

On pourrait rajouter à la pensée obsessionnelle des notions de perfectionnisme et de peur du jugement [16].

10.8 Processus créatif / prise de conscience / exploration sous un nouvel angle du soi

Les ateliers d'art-thérapie permettent aux patients et patientes souffrant de TCA de se regarder eux-mêmes d'une manière nouvelle, par le biais d'une expression artistique [54], et aussi en miroir avec le « thérapeute comme modèle » [40].

Les expériences primaires qui n'ont pas pu être jouées, vécues, métabolisées comme il le fallait, pourraient être les causes de la souffrance actuelle du patient qui peut, grâce au jeu et à l'imagination, explorer ces situations sous un nouvel angle et appréhender l'ensemble des aspects les concernant [49]. Une vision nouvelle pouvant faire prendre conscience au patient de certains éléments de son cheminement personnel, familial ou culturel [12]. Explorer son monde interne, ses émotions et ses comportements est une démarche primordiale [16] lui permettant d'aborder le monde extérieur avec plus de sérénité. La forme *narrative* des œuvres est quelque chose que nous avons fréquemment retrouvé dans les articles, ainsi que leur fonction *métaphorique* [43].

Dans le cas de la danse-thérapie, il faut souligner dans le processus créatif la possibilité, via les consignes du thérapeute, de favoriser la liberté de mouvement et l'improvisation, qui viennent ainsi questionner et pourquoi pas modifier des « comportements rigides » bien installés [29], tout comme « le psychodramatiste qui, par la mise en acte, peut guider le patient, en tant que protagoniste, dans un voyage de découverte de soi », et ainsi rejouer des événements ou expériences du passé, importants car révélant une certaine « incapacité du patient à y faire face de manière adaptative », et les rejouer « jusqu'à un point de résolution » [34]. Analyser le processus créatif de nos patient(e)s permettrait de comprendre beaucoup de choses à leur propos, notamment quand elles expriment un climat d'insécurité et de rejet envers leurs créations [43]. Les patients peuvent aussi se rendre compte que leur corporalité est

indispensable pour mener à bien leur processus créatif, qu'ils considèrent comme un projet personnel ambitieux. L'atelier d'art-thérapie est l'occasion de fournir aux patients un espace de réflexion, d'analyse, et de prise de conscience, sur un mode expérientiel et métaphorique, particulièrement adapté à certains troubles dont font partie les troubles des conduites alimentaires.

10.9 Narcissisation / développement personnel / vie quotidienne et autonomie

L'art-thérapie est fortement liée au développement personnel, au sens d'amélioration de la connaissance de soi et de la qualité de vie, par exemple via l'apprentissage de la capacité « à se poser et à différer » [12]. Mais également dans le but de « favoriser spontanéité, créativité, (re)narcissisation, et le lien entre eux chez des patients réticents aux médiations plus classiques » [44]. Les notions d'affirmation de soi, d'estime de soi [54], de réparation de soi, du concept de soi plus globalement [12], sont des points-clefs qui reviennent souvent dans les articles que nous avons trouvés, le « développement d'un style personnel, surmontant ainsi la peur de la critique, l'auto-disqualification, le perfectionnisme et le besoin de contrôle, mais aussi le développement de son propre langage propre », concourant de manière significative à un regain narcissique important [43]. « Un nouveau sentiment d'efficacité dans l'action les encourage à continuer à rechercher de nouvelles formes d'expressions à l'avenir » [54], et aura des conséquences positives dans la vie quotidienne des patients [33].

10.10 Imaginaire

Il paraît important de (re)« stimuler l'imaginaire (image, fantasme, rêverie) » [12] chez des patientes souvent en panne globale d'inspiration.

10.11 Lien social / relations interpersonnelles

Encourager les interactions de groupe [54], établir un lien social avec un « flux alternatif » [12], développer des ressources pour aborder les relations interpersonnelles [43], envisager de nouvelles relations sociales [21], aspect décisif lorsque l'on sait que les relations patients/thérapeutes mais aussi patientes entre elles jouent un rôle important dans le processus de guérison/stabilisation [54].

10.12 Conditions nécessaires

Les professionnels de santé commenceraient à changer leur vision des thérapies dites « complémentaires », telles que l'art-thérapie, qui ont de véritables effets curatifs, parfois plus que les traitements médicamenteux [53].

L'efficacité globale ainsi que les différents effets précis détaillés ci-dessus supposent un certain nombre de règles et une rigueur relative du cadre, et notamment « la création d'un espace sécurisant et enveloppant qui se rapporte à la fonction de *contentant* de Bion, de *holding* de Winnicott [55]. Il convient également de faire des rappels fréquents à propos de règles de base : « tout peut se faire et se dire dans l'atelier d'art-thérapie », « chacun est libre de circuler, y compris de sortir de l'atelier et de revenir » [28] ; [12].

10.13 Matériel utilisé

C'est grâce à la négociation avec les matériaux permettant la construction d'un nouvel objet, que le créateur pourra s'exprimer plastiquement [43], car pour Jean-Pierre Klein, « la matière n'est pas un médiateur, mais un interlocuteur » [10]. Ainsi comme le souligne López Fernández-Cao, « la fonction première de l'art-thérapie est d'amener la personne à un état d'ouverture et de confiance en soi dans l'espace thérapeutique, vers la flexibilité et la tolérance envers soi-même et les autres, et vers la capacité à prendre des risques » (2006, p. 31). Ainsi, la personne pourra se placer dans un espace de perte de ce qu'elle connaît et en même temps de disponibilité vers le nouveau. »

Il est intéressant de noter que le matériel utilisé peut nous donner des indices sur l'évolution technique et psychique de patients dans un atelier : les procédés choisis pouvant être vues comme des marqueurs, par exemple « l'utilisation de l'acrylique et de l'encre dans un atelier, deux techniques que des patientes avaient évitées jusqu'à présent en raison de leurs difficultés à les maîtriser » [43]. Cet auteur ajoute que les émotions que les patients expriment envers leurs productions sont souvent très proches de celles qu'elles ressentent envers elles-mêmes : « Mes œuvres sont mes émotions, ma reconnaissance personnelle. Je les aime beaucoup » ; « Elles font partie de moi, de ma vie » ; « Elles sont précieuses pour moi, pour les efforts déployés, car elles m'ont aidé à aller de l'avant ».

L'art-thérapie permet aux patients d'explorer des ressources personnelles permettant de faire face à de nouvelles situations, de développer des comportements plus sains et de renforcer la communication de la personne avec elle-même et son entourage, réduisant ainsi la résistance aux changements ». Laissons pour finir la parole à une patiente qui définit l'art-thérapie comme « une nouvelle manière libre, proche et nouvelle d'exprimer des émotions et des sentiments où rien n'est jugé, évalué ou mis en doute et dont l'objectif est de profiter de ce qui se fait

actuellement » et résume son expérience comme « un processus de connaissance de soi, comme s'il y avait une corde très serrée autour de la taille et que, peu à peu, elle se soit libérée » [43].

11. Limites

Les limites de notre revue systématique de la littérature sont premièrement, la nature majoritairement francophone de nos avis d'experts, deuxièmement l'utilisation de *Google Scholar* faite tardivement et la sous-utilisation probable de cette base de données, et enfin, le fait que les auteurs ne donnaient pas toujours toutes les informations concernant leur population, notamment les durées de prises en charge, ne permettant de faire des moyennes qu'à partir d'un nombre limité d'informations (dans l'exemple cité, huit études sur quinze seulement donnent des durées précises de prise en charge).

V – CONCLUSION

Concernant l'utilisation de l'art-thérapie chez des patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie, la littérature comprend majoritairement des études et séries de cas, très intéressantes pour comprendre comment les ateliers fonctionnent.

Il existe, aussi, en quantité moindre, des études d'efficacité, majoritairement qualitatives, mais elles ne sont pas encore suffisamment nombreuses et concordantes pour attester de l'efficacité de cette technique.

Nous avons aussi trouvé quelques avis d'experts, principalement francophones, précis et riches d'enseignement, et très peu de revues de littérature.

Cette revue nous conforte dans l'idée que les psychothérapies à médiation artistiques sont un abord pertinent et particulièrement adapté aux patients présentant des troubles des conduites alimentaires, plus spécifiquement l'anorexie mentale et la boulimie, objets de notre étude.

Il faut encourager les art-thérapeutes, les psychologues et les psychiatres travaillant dans le domaine de l'art-thérapie à poursuivre les recherches, à d'avantage standardiser leurs méthodes d'évaluation et à concilier leurs démarches pour obtenir plus de résultats significatifs et extrapolables. Les recherches à la fois quantitative et qualitative nous semblent être un bon compromis dans la situation actuelle (persistance d'une prédominance de l'Evidence-Based-Medicine concomitante avec l'émergence d'une recherche qualitative riche et prometteuse).

Ce travail de thèse pourrait être prolongé avec la conception d'un protocole d'indication dans une médiation artistique plutôt qu'une autre (en théâtre plutôt qu'en danse par exemple) en fonction des situations. Viendraient se rencontrer des facteurs liés au passé du patient, aux différentes thérapies essayées et à la raison de leur échec, à sa psychopathologie : notamment

ses mécanismes de défense et ses symptômes, à son rapport à l'art, au corps, à son niveau d'insight et à son envie de s'engager dans un processus créatif et de découverte d'un art plutôt qu'un autre. Tout en rappelant que cette indication est une démarche complexe et spécialisée. À partir de tous ces éléments se dessine le visage d'un type de psychothérapie aux multiples potentialités, probablement sous-exploité, et particulièrement adapté à certains troubles, notamment l'anorexie mentale et la boulimie, pour lesquels l'expression verbale n'est pas l'abord privilégié, et ainsi pouvoir entrer avec bienveillance, prudence, et subtilité, dans le monde intime du patient et de ce fait l'aider à avancer dans son processus créatif et thérapeutique.

VI – BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge ». s. d. Haute Autorité de Santé. Consulté le 22 septembre 2019.
- [2] « Anorexie mentale : prise en charge ». s. d. Haute Autorité de Santé. Consulté le 22 septembre 2019.
- [3] Léonard T, Foulon C. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte n.d.:22.
- [4] Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris: Heures de France; 2014.
- [5] Criquillion-Doublot S, Doyen C. Anorexie, boulimie: nouveaux concepts, nouvelles approches. Paris: Lavoisier Médecine sciences; 2016.
- [6] Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, editors. Mini DSM-5®: critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016.
- [7] Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 2017.
- [8] Dubois A-M. Art-thérapie: principes, méthodes et outils pratiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
- [9] Colignon M. De l'art-thérapie à la médiation artistique: quels professionnels pour quelles pratiques ? 2016.
- [10] Klein J-P. L'art-thérapie. 2019.
- [11] Dubois A-M. Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2010;168:538–41. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.06.017>.
- [12] Jarrige M, Calestrémé M, Sudres J-L. Art-thérapie et anorexie mentale : quels objets médiateurs ? *Soins Psychiatr* 2015;36:40–4. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2015.02.010>.
- [13] Hilliard RE. The Use of Cognitive-Behavioral Music Therapy in the Treatment of Women with Eating Disorders. *Music Ther Perspect* 2001;19:109–13. <https://doi.org/10.1093/mtp/19.2.109>.
- [14] Frisch MJ, Franko DL, Herzog DB. Arts-Based Therapies in the Treatment of Eating Disorders. *Eat Disord* 2006;14:131–42. <https://doi.org/10.1080/10640260500403857>.
- [15] Metzl ES. Systematic analysis of art therapy research published in Art Therapy: *Journal of AATA* between 1987 and 2004. *Arts Psychother* 2008;35:60–73. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.09.003>.
- [16] Lucia Romo, Alejandra Laszcz, Elisabetta Scanferla, Isabelle Pouydesseau, Philip Gorwood Reflections on art and digital therapy in the treatment of eating disorders – Handbook of Best Practices : MUSIC in Creative Detoxification and Rehabilitation – Univesity of Macedonia 2018 ISBN 978-618-5255-03-9

- [17] Cooper BF, Milton IB. Group art therapy with self-destructive young women. In: Wiener DJ, Oxford LK, editors. *Action Ther. Fam. Groups Using Creat. Arts Improv. Clin. Pract.*, Washington: American Psychological Association; 2003, p. 163–96. <https://doi.org/10.1037/10610-008>.
- [18] Sandra Paoletta Dans « l'entre-deux » : Abord corporel en psychomotricité auprès d'une patiente anorexique - Thérapie psychomotrice - et Recherches- N°181 - Collection 48
- [19] Holmqvist G, Persson CL. Is there evidence for the use of art therapy in treatment of psychosomatic disorders, eating disorders and crisis? A comparative study of two different systems for evaluation: Art therapy. *Scand J Psychol* 2012;53:47–53. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00923.x>.
- [20] Krantz AM. *Growing into Her Body: Dance/Movement Therapy for Women with Eating Disorders* n.d.:23.
- [21] Wood M. Art therapy and eating disorders: Theory and practice in Britain. *Inscape* 1996;1:13–9. <https://doi.org/10.1080/17454839608413022>.
- [22] Roberts JZ. Music Therapy and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Nor Tidsskr Musikkter* 2000;9:3–12. <https://doi.org/10.1080/08098130009477981>.
- [23] Rehavia-Hanauer D. Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *Arts Psychother* 2003;30:137–49. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(03\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(03)00049-2).
- [24] Johnson K, Parkinson S. There's no Point Raging on Your Own: Using Art Therapy in Groups for People with Eating Disorders. *Group Anal* 1999;32:87–96. <https://doi.org/10.1177/0533316499321007>.
- [25] Odell-Miller H, Hughes P, Westacott M. An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems. *Psychother Res* 2006;16:122–39. <https://doi.org/10.1080/10503300500268342>.
- [26] Schiltz L. Le monde en blanc dans l'anorexie mentale de la préadolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2006;54:297–303. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.09.002>.
- [27] McFerran K, Baker F, Kildea C, Patton G, Sawyer SM. Avoiding Conflict: What Do Adolescents with Disordered Eating Say about Their Mothers in Music Therapy? *Br J Music Ther* 2008;22:16–23. <https://doi.org/10.1177/135945750802200103>.
- [28] Margarita Miquelarena - L'écoute musicale et les troubles du comportement alimentaire – La revue de musicothérapie – Volume XXIII N°4 – Décembre 2003
- [29] Lejonclou† A, Trondalen G. “I've started to move into my own body”: Music therapy with women suffering from eating disorders. *Nord J Music Ther* 2009;18:79–92. <https://doi.org/10.1080/08098130802610924>.
- [30] Cooper BF, Milton IB. Group art therapy with self-destructive young women. In: Wiener DJ, Oxford LK, editors. *Action Ther. Fam. Groups Using Creat. Arts Improv. Clin. Pract.*, Washington: American Psychological Association; 2003, p. 163–96. <https://doi.org/10.1037/10610-008>.
- [31] Steinbauer M, Müller M, Laure S, Zapotoczky HG. Anorexia nervosa patient: The therapeutic process of Integrative Painting Therapy n.d.:8.
- [32] Reynolds MW, Nabors L, Quinlan A. The Effectiveness of Art Therapy: Does it Work? *Art Ther* 2000;17:207–13. <https://doi.org/10.1080/07421656.2000.10129706>.
- [33] Pavlakou M. Benefits of Group Singing for People with Eating Disorders: Preliminary Findings from a on-Clinical Study n.d.:20.
- [34] Diamond-Raab L, Orrell-Valente JK. Art therapy, psychodrama, and verbal therapy An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa n.d.:22.
- [35] J.-N. Despland L'évaluation des psychothérapies - L'Encéphale, 2006 ; 32 : 1037-46, cahier 2
- [36] Lock J, Fitzpatrick KK, Agras WS, Weinbach N, Jo B. Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent

- Anorexia Nervosa: Family-based Treatment in Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2018;26:62–8. <https://doi.org/10.1002/erv.2571>.
- [37] Thaler L, Drapeau C-E, Leclerc J, Lajeunesse M, Cottier D, Kahan E, et al. An adjunctive, museum-based art therapy experience in the treatment of women with severe eating disorders. *Arts Psychother* 2017;56:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.08.002>.
- [38] Bibb J, Castle D, Newton R. The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2015;3:50. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0088-5>.
- [39] Grocke D, Bloch S, Castle D, Thompson G, Newton R, Stewart S, et al. Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:144–53. <https://doi.org/10.1111/acps.12224>.
- [40] Krueger DW, Schofield E. Dance/movement therapy of eating disordered patients: A model. *Arts Psychother* 1986;13:323–31. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(86\)90033-X](https://doi.org/10.1016/0197-4556(86)90033-X).
- [42] Al-Husseini ChL. Anorexie et art-thérapie relationnelle. *Psychosom Relationnelle* 2017;7:170. <https://doi.org/10.3917/psyr.007.0170>.
- [43] Gutiérrez Ajamil E, Peñalba Acitores A. El proceso creativo como entrenamiento para el cambio: arteterapia con personas en tratamiento por trastorno de la conducta alimentaria. *Arteterapia Papeles Arteterapia Educ Artística Para Inclusión Soc* 2015;9:25–38. https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2014.v9.47480.
- [44] De Benedetti V, Shadili G, Morel A, Loisel Y, Leculée C, Smith-DiBasio A-M, et al. Le « Light Painting ». Écriture de lumière et conversion du regard. Une nouvelle médiation dans la prise en charge des addictions à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2019;67:158–68. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.01.003>.
- [45] Krantz AM. Growing into Her Body: Dance/Movement Therapy for Women with Eating Disorders n.d.:23.
- [46] Trondalen G, Skårderud F. Playing with Affects: ... and the importance of “affect attunement.” *Nord J Music Ther* 2007;16:100–11. <https://doi.org/10.1080/08098130709478180>.
- [47] McFerran K, Baker F, Patton GC, Sawyer SM. A Retrospective lyrical analysis of songs written by adolescents with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2006;14:397–403. <https://doi.org/10.1002/erv.746>.
- [48] Stamou V, Clerveaux R, Stamou L, Le Rocheleuil S, Berejnoi L, Romo L, et al. The therapeutic contribution of music in music-assisted systematic desensitization for substance addiction treatment: A pilot study. *Arts Psychother* 2017;56:30–44. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.07.002>.
- [49] Maison B, Zacot D. Naissance de soi par la terre. *Carnet PSY* 2017;212:36. <https://doi.org/10.3917/lcp.212.0036>.
- [50] Vincent T, editor. La boulimie, une indication pour se perdre: considérations psychopathologiques et thérapeutiques. Toulouse : Strasbourg: Erès, Arcanes; 22008.
- [51] Catherine Claveau De la peinture à la chair - Art et thérapie N° 94/95
- [52] Hodge L, Simpson S. Speaking the unspeakable: Artistic expression in eating disorder research and schema therapy. *Arts Psychother* 2016;50:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.005>.
- [53] Beach CM. A Survey of Current Music Therapy Practices Forclients with Substance Abuse and Eating Disorders n.d.:83.
- [54] Kondracka J. Przebieg i znaczenie zajęć arteterapeutycznych dla dziewcząt cierpiących na jadłowstręt psychiczny, hospitalizowanych na oddziale psychiatrii dziecięcej. *Doniesienie wstępne. Psychiatr Psychol Klin* 2014;14:150–5. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2014.0023>.
- [55] Winnicott DW. Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 2015.

Utilisation de l'art-thérapie chez des patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie : revue systématique

RESUME

INTRODUCTION: L'art-thérapie peut être proposée aux patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie en complément des autres traitements (somatiques, médicamenteux, psychothérapeutiques, etc) dans le respect des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. Actuellement, il manquerait cependant d'études scientifiques pour prouver l'efficacité de ces psychothérapies à médiation artistique. **MATÉRIELS ET MÉTHODES:** Nous avons réalisé une recherche exhaustive selon la méthodologie PRISMA en utilisant les bases de données PUBMED, PSYCHINFO, EMBASE, et GOOGLE SCHOLAR avec les mots clefs « anorexie mentale », « boulimie » et « art-thérapie ». **RÉSULTATS:** Parmi les 37 études correspondant à nos critères d'inclusion, une majorité d'études ou séries de cas (15), basées principalement sur la psychanalyse, permettaient de comprendre le fonctionnement des ateliers d'art-thérapie. 12 études d'efficacité, majoritairement qualitatives, dessinaient les contours d'une technique riche dont la nécessité d'une certaine standardisation ne faisait plus de doute, pour obtenir plus de résultats concordants, et ainsi être plus convaincant auprès des institutions. 8 avis d'experts instructifs et 2 revues de la littérature venaient compléter nos recherches. **DISCUSSION:** Cette revue nous a permis également d'établir la différence entre l'art-thérapie et les psychothérapies verbales, de questionner l'évaluation de cette pratique, de souligner son caractère intégratif, de développer ses effets précis, ou encore de présenter ses critères d'indication avant la rédaction future d'une proposition de protocole.

Mots clés: art-thérapie, psychothérapie, anorexie mentale, boulimie, revue systématique

ABSTRACT

INTRODUCTION: Art therapy can be made available to patients with anorexia nervosa and bulimia with complementary treatments (somatic, medicated, psychotherapeutic, etc.) in accordance with the recommendations of good practice of the French National Authority of Health. Currently, there is a lack of scientific studies to verify the effectiveness of these psychotherapies that work on artistic mediation. **MATERIALS AND METHODS:** We did a research using the PRISMA methodology using the databases PUBMED, PSYCHINFO, EMBASE and GOOGLE SCHOLAR with the keywords "anorexia nervosa", "bulimia" and "art-therapy". **RESULTS:** Among the 37 studies corresponding to the inclusion criteria, a majority of case studies or case series (15), based on psychoanalysis, helped us to understand the flow of art therapy workshops. 12 evaluation studies, mostly qualitative, drawing the outline of a rich technique for which more consistent results are required, and would allow to convince the institutions. 8 instructor reviews and 2 literature reviews complemented our research. **DISCUSSION:** This review has allowed us to establish the difference between art-therapy and verbal psychotherapies, to ask the question of evaluation, to emphasize its integrative nature, to describe its specific effects, or its criteria of indication before the future drafting of a protocol proposal.

Key words: art therapy, psychotherapy, anorexia nervosa, bulimia, systematic review