

Article original/Original article

Éfficacité d'un programme d'art-thérapie pour adolescents obèses

Jean-Luc Sudres^{1,5}, Cristina Anzules², Kurt Albermann³, Valdo Pezzoli⁴, Nadia Evangelista², Mariella Mulattieri⁴, Corinna Mühlbauer⁴, Jacqueline Bär², Nathalie Farpour-Lambert², Gilles Brandibas⁵, Alain Golay^{2*}

¹ CERPPS, Université de Toulouse Jean Jaurès, France

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

³ Hôpital cantonal de Winterthur, Centre pédiatrique social, Suisse

⁴ Hôpital régional de Lugano, Service de pédiatrie, Suisse

⁵ IPCRA, Fontenilles, France

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

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

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

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

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

* Correspondance : alain.golay@hcuge.ch

1 Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De fait, notre objectif avec cette étude est double :

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

2 Méthode

2.1 Population

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

1 présentant une obésité morbide ont été rencontrés et in-
2 clus dans le programme de prise en charge art-thérapie
3 multicentrique.

4 Au final, seuls 27 adolescents se révèlent éligibles pour la
5 recherche et 20 ont été exclus par manque d’assiduité théra-
6 peutique ($n = 12$), pour un protocole de recherche incomplet
7 ($n = 7$), et pour la présence d’anorexie/boulimie ($n = 1$ se-
8 lon les critères du DSM5). Les 27 participants ont une répar-
9 tion de 15 filles/12 garçons (55,6 % *versus* 44,4 %) âgées en
10 moyenne de 13,4 ($\pm 1,8$) ans.

11 2.2 Programme d’art-thérapie

12 Tous les adolescents ont bénéficié, gratuitement en ambu-
13 latoire (séances financées par la Fondation Alta Mane et la
14 Fondation Suisse d’Art-thérapie), d’un même programme de
15 14 séances individuelles et hebdomadaires d’art-thérapies à
16 médiation plastique et visuelle axées sur le rapport au corps
17 physique, émotionnel sexué, imaginaire, malade, sain, intime
18 relationnel et en transformation. Ce programme standardisé in-
19 clus une séance d’information/synthèse associant en début et
20 en fin de prise en charge parents, adolescent et art-thérapeute
21 (*cf.* Annexe 1). Aucun programme de perte de poids n’était
22 suivi en parallèle.

23 Construit sur la base de travaux initiaux [7], il a fait l’ob-
24 jet d’adaptation linguistique *ad hoc* et d’une formation com-
25 mune aux art-thérapeutes des trois sites avec des séances de
26 régulation/analyse des pratiques en modalité co-vision (par-
27 tages/analyses des difficultés art-thérapiques rencontrées par
28 les trois praticiens) tous les quatre mois.

29 2.3 Outils d’investigations

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

33 La sphère corporelle

34 – Le *Figure Rating Scale* (FRS) de Stunkard *et al.* [24]
35 explore la perception de la forme corporelle et l’insat-
36 isfaction corporelle en deux séries de neuf silhouettes ;
37 la silhouette actuelle (FRS-A) et la silhouette souhaitée
38 (FRS-S). Cet outil a été validé sur une population adulte
39 nord-américaine. Chaque série de silhouettes est ici re-
40 groupée en référence à la somato-typologie de Sheldon en
41 « ectomorphe » (mince, élancée, délicate) pour les 1, 2 et 3,
42 en « mésomorphe » (muscleuse, carrée, robuste) pour les
43 4, 5 et 6, en « endomorphe » (lourde, molle, ronde) pour
44 les 7, 8 et 9. L’insatisfaction résulte de la différence entre
45 FRS-A et FRS-S.

46 – Le Questionnaire de Préoccupation Corporelle (QPC) de
47 Canestrari *et al.* [25] apprécie le niveau de préoccu-
48 pation corporelle et ses localisations en 24 items binaires.
49 Cet outil a été construit et appliqué à une population
50 d’adolescents italiens dans une perspective d’exploration
51 qualitative.

– Le Questionnaire d’Image du Corps (QIC) de Bruchon-
Schweitzer [26] amène avec cinq facteurs (désirabilité
sociale corporelle, accessibilité, satisfaction, actif, se-
rein) une nuance du score de satisfaction corporelle
global (QIC total). Appliqué sur diverses populations (en-
fants/adolescents scolarisés, étudiants, cancéreux, lombal-
giques) de 10 à 40 ans, cet outil dispose d’une excellence
fiabilité.

– Les mesures anthropométriques classiques telles que le
poids (kg), la taille (cm) et l’indice de masse corporelle.

La sphère alimentaire

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

La sphère qualité de vie

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

La sphère prise en charge

– Le Questionnaire de Vécu (version courte à 16 items) de
l’Échelle Clinique de Thérapies Médiatisées (ECTM) de
Sudres [29] pour les adolescents permet de disposer d’élé-
ments sur les bénéfices attribués à l’atelier d’Art-thérapie,
le travail psychique effectué, la perception du praticien, la
production réalisée et les changements estimés. Cet outil
est cliniquement validé.

– Le point de vue des parents de Sudres *et al.* [30] est ap-
précié avec 4 items simples (« Votre adolescent vous a-
t-il parlé de cet atelier ? », « Participer à cet atelier l’a
aidé ? », « Quels sont les objectifs de cet atelier ? », « Est-il
plus sensible à l’art ? »), ouverts ou à choix de réponses.
Préalablement expérimenté avec une population de parents
d’adolescents obèses, il s’avère discriminant et pourvoyeur
d’informations.

2.4 Procédure

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

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

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

1 protocole d’investigation complet. Puis 6 mois après un *Fol-*
 2 *low up* (T2) a été effectué par voie postale auprès de chaque
 3 adolescent ainsi que des parents avec le questionnaire point de
 4 vue des parents.

5 2.5 Traitement des données

6 Après vérification de la normalité (loi normale) des don-
 7 nées quantitatives, il a été réalisé une exploitation avec
 8 des tests statistiques non paramétriques (Wilcoxon, Mann-
 9 Whitney, d. de Cohen pour échantillons pairés, Test de Fried-
 10 man à mesures répétées) avec le logiciel SPSS 20.

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

16 Le protocole de recherche a été accepté par les commis-
 17 sions d’éthique des trois hôpitaux.

18 3 Résultats

19 3.1 Avant/après application du programme 20 d’art-thérapie

21 *Sphère corporelle (Tab. I)*

22 Si le poids a augmenté de manière significative ($p < 0,05$,
 23 $d = 0,03$) parallèlement à une croissance normale de la taille
 24 au décours de la prise en charge, l’IMC est resté stable.

25 La silhouette actuelle (FRS) tend à s’améliorer tout en res-
 26 tant dans la zone mésomorphe moyenne. Ce mouvement de-
 27 vient significatif ($p < 0,02$, $d = 0,11$) pour la silhouette sou-
 28 haitée positionnée entre le niveau ectomorphe et mésomorphe.
 29 Cet écart (différence silhouettes) signe une insatisfaction cor-
 30 porelle au niveau de la forme du corps qui se retrouve de ma-
 31 nière quasi constante chez les adolescents non cliniques.

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

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

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

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

La préoccupation corporelle (QPC) tend à diminuer de 32
 manière négligeable, tout comme l’insatisfaction corporelle 33
 (QIC). Tous les scores avant/après se trouvent a minima à 1,4 34
 déviation standard des normes. 35

Sphère alimentaire (Tab. II) 36

Focalisée sur la symptomatologie des conduites alimen- 37
 taires, l’EDI2 révèle une diminution globale de toutes les 38
 dimensions explorées, excepté pour « la peur de la maturité » 39
 qui s’est majorée. Toutefois, seules 4 dimensions s’améliorent 40
 significativement : 41

- la boulimie ($p < 0,05$, $d = 0,60$), 42
- le contrôle des pulsions ($p < 0,05$, $d = 0,45$), 43
- l’insatisfaction corporelle générale ($p < 0,02$, $d = 0,50$), 44
- l’inefficacité soit évaluation négative de soi ($p < 0,00$, $d =$ 45
 0,39). 46

Notons que tous les scores obtenus, avant comme après prise 47
 en charge art-thérapeutiques, se localisent dans les moyennes des 48
 normes. 49

Sphère qualité de vie (Tab. III) 50

Elle montre une amélioration globale non significative 51
 avec notamment une qualité de vie « relations sociales » qui 52
 augmente significativement ($p < 0,02$, $d = 0,78$). 53

Soulignons que tous les scores de qualité de vie de ces ado- 54
 lescents sont largement inférieurs (de 3 jusqu’à 8 déviations 55
 standards) aux normes des sujets normaux de leur âge que cela 56
 soit avant, comme après la prise en charge. 57

1 **Variables agrégatives composites**

2 Afin d'optimiser les résultats, trois variables agrégatives
3 composites prenant en compte la pluridimensionnalité de
4 chaque outil pour les sphères explorées ont été créés. Il s'agit
5 donc de construits psychométriques effectués à partir de l'ob-
6 servation clinique et du contenu spécifique (éléments mesu-
7 rés/appréciés) par chaque facteur de chacun des outils. Ainsi :

- 8 – la variable « Amélioration corps; » (*versus* aggrava-
9 tion) regroupe les variables concernant une facette corps
10 (silhouette actuelle + silhouette souhaitée + différence
11 silhouettes + préoccupation corporelle + QIC + DSC +
12 accessibilité + actif + passif + serein + insatisfaction cor-
13 porelle + recherche de la minceur) dans l'ensemble des ou-
14 tils utilisés. Cette variable agrégative montre que 37,5 %
15 des adolescents voient au moins la moitié de leurs compé-
16 tences/perceptions corporelles s'améliorer avec le pro-
17 gramme d'art-thérapie ;
- 18 – la variable « Amélioration psychologique » (*versus* aggrava-
19 tion) est constituée des toutes les variables se rattachant
20 à une facette psychologique (qualité de vie psychologique
21 + inefficacité + perfectionnisme + méfiance interperson-
22 nelle + conscience intéroceptive + peur de la maturité
23 + ascétisme + contrôle des pulsions) dans tous les ou-
24 tils utilisés. Cette variable agrégative révèle que 48,5 %
25 des adolescents voient au moins la moitié de leurs compé-
26 tences/perceptions psychologiques s'améliorer au décours
27 de la prise en charge ;
- 28 – la variable « Amélioration sociale » (*versus* aggravation)
29 condense les variables se rattachant à une facette sociale
30 (bien-être autonomie + bien-être relation sociale + bien-
31 être école + insécurité sociale) dans tous les outils utili-
32 sés. Cette variable agrégative traduit une amélioration pour
33 62,5 % des adolescents d'au moins la moitié de leurs compé-
34 tences/perceptions sociales avec le soin art-thérapeutique.

35 Le profil des patients ne permet pas de prédire l'évolution pon-
36 dérale et les paramètres psycho-sociaux.

37 **Vécus des adolescents en fin de prise en charge**

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

41 Notons que peu d'entre eux :

- 42 – **pensaient avant les séances** à ce qu'ils pourraient y réali-
43 ser (21 %) ;
- 44 – **ont effectué un effort somato-psychique** (30 %) pour par-
45 ticiper aux séances ;
- 46 – se sont surpris (*insight*, perlaboration, prise de conscience)
47 au cours des séances (15 %).

48 La présence des art-thérapeutes est majoritairement vécue
49 comme une aide et un soutien (92 %) même si quelques ado-
50 lescents (8 %) soulignent leurs souhaits ponctuels de se retrou-
51 ver seuls dans l'atelier. Ils leur attribuent un rôle de « guide »
52 (85 %) à même de distiller des conseils/indications pour près
53 de la moitié d'entre eux (48 %).

Globalement le dispositif leur a apporté une aide (65 %), 54
des améliorations (60 %) et des changements (50 %) dans leurs 55
difficultés initiales 56

3.2 **Follow-up 6 mois après la fin du programme d'art-thérapie** 57
58

59 Seuls 20 adolescents (10 filles – 10 garçons – âge moyen 60
de 13,2 ans ± 1,7) ont répondu à la demande de *follow-* 61
up et sont éligibles à la recherche en regard des critères 62
d'inclusion/exclusion initiaux. Parallèlement les 20 parents 63
de ces adolescents ont garni le questionnaire spécifique les 64
concernant. 65

66 À ce niveau de résultats avec l'analyse de variance à me- 66
sures répétées, la grandeur de la taille de l'effet (*d* de Co- 67
hen pour échantillons pairés) apparaît davantage représenta- 68
tive que la significativité probalistique classique [34] pour 69
apprécier l'impact d'une démarche psychothérapeutique dans la 70
temporalité.

Sphère corporelle (Tab. V) 71

72 Bien que le poids et la taille augmentent 6 mois après la fin 72
de la prise en charge, l'IMC est stable (*d* = 0,06) et apparaît 73
même légèrement inférieur à celui en fin de thérapie. 74

75 La « Silhouette actuelle » se péjore 6 mois après l'arrêt de 75
la prise en charge tandis que pour celle « souhaitée », initia- 76
lement améliorée par l'art-thérapie, elle revient au niveau de 77
départ (*d* = 0,10). 78

79 Quant à la préoccupation corporelle (QPC) qui, en aug- 79
mentant traduit un aspect négatif (*d* = 0,31), elle apparaît en 80
miroir dans les facteurs du QIC qui se péjorent au niveau de 81
« la désirabilité sociale corporelle » (*d* = 0,16) et de « la satis- 82
faction corporelle » (*d* = 0,25), contrairement à « l'accessibi- 83
lité » (*d* = 0,23). 84

85 Tous les scores avant/après et en *follow-up* se trouvent 85
à minima à 1,4 déviation standard des normes et les statis- 86
tiques (*p* <) sont représentées entre la fin du programme d'art- 87
thérapie et 6 mois après. 88

Sphère alimentaire (Tab. VI) 89

90 Elle se caractérise par un maintien d'une diminution glo- 90
bale de la symptomatologie des conduites alimentaires en 91
dessous du niveau de départ, exceptée pour les dimensions 92
« boulimie » et « perfectionnisme » qui se péjorent de manière 93
négligeable (*d* = 0,09 et *d* = 0,1). 94

95 Notons que les dimensions « Insatisfaction corporelle » 95
(*d* = 0,44) et « Inefficacité » (*d* = 0,43) ont une taille d'ef- 96
fet moyenne alors que pour celles de « Méfiance interperson- 97
nelle » (*d* = 0,2), « Conscience intéroceptive » (*d* = 0,17), 98
« Ascétisme » (*d* = 0,31), « Contrôle des pulsions » (*d* = 99
0,353), sont petites. 100

101 Par ailleurs tous les scores obtenus avant comme après 101
prise en charge art-thérapeutiques et en *follow-up*, se localisent 102
dans les moyennes des normes des sujets non cliniques (en ré- 103
férence aux normes des tests). 104

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

Les bénéfices attribués au programme d’art-thérapie :
– la découverte et l’expression de soi (37 %),
– la capacité à réaliser une production concrète avec des matériaux (24 %),
– la prise de conscience du corps (15 %),
– la pratique d’un loisir (15 %),
– une activité inutile (9 %).
Les aspects qui les ont « le plus intéressé » :
– la réalisation d’une production concrète (54 %),
– la diversité des activités proposées (28 %),
– la possibilité de créer sans contrainte (18 %).
Les aspects « les plus difficiles » se localisent au niveau de :
– l’expression verbale (75 %) en cours comme en fin de séance,
– l’appropriation de techniques plastiques (25 %).

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

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

1 *Sphère qualité de vie (Tab. VII)*

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

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

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

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

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

tions/attributions de « guides » (86 %) et de « **découvreurs**
de significations » (15 %). 24 25

Globalement le dispositif continue à être perçu comme 26
ayant apporté une aide (55 %) même si la perception d’une 27
« amélioration » (45 %) et de « changement » (35 %) tendent à 28
s’éroder après coup. 29

Les bénéfices attribués par les parents à l’ensemble 30
du programme art-thérapie pour leurs adolescents tiennent en 31
trois niveaux : la découverte et l’expression de soi (54 %); 32
l’expression des émotions (58 %); la réduction du poids 33
(14 %). 34

Certains leurs ont **beaucoup parlé** (14 %) des séances 35
d’art-thérapies et d’autres seulement **occasionnellement** 36
(67 %). Mais depuis leur participation à ce programme, ils ont 37
noté une augmentation soit importante (31,5 %), soit moyenne 38
(37 %) de **la sensibilité/intérêt** pour tout ce qui concerne le 39
champ des arts et de la création. 40

Globalement, les parents considèrent que **ce programme** 41
a aidé un peu (38 %) ou **beaucoup** (20%) leur adolescent. 42

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

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

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

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

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

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

1 3.3 Analyse et discussions

2 3.3.1 L’efficacité du programme art-thérapie

3 Celle-ci se traduit spécifiquement au niveau de :

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

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

1 – une satisfaction corporelle, entendu comme une pro-
2 jection de perceptions positives de soi dont une part
3 des bénéfiques perdure dans le temps.

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

7 – Des variables psychologiques avec :

8 – une évaluation négative de soi (l’inefficacité) et un
9 contrôle pulsionnel qui diminuent leur prégnance, y
10 compris dans l’après-coup. La souplesse du fonction-
11 nement psychique se déploie donc tout au long du pro-
12 gramme ;

13 – une insécurité sociale qui tend à se péjorer dans le
14 temps, tout comme le perfectionnisme, traduisant à la
15 fois la quête plus ou moins tyrannique d’un haut stan-
16 dard de performances avec des relations sociales timo-
17 rées ;

18 – un effort somato-psychique pour suivre le programme
19 d’autant plus important que la dynamique de l’espace-
20 temps adolescent consiste à fonctionner dans des blocs
21 isolés sans linéarité ; d’où les difficultés habituelles
22 d’observance [38]. À cette « instanciation » (expres-
23 sion de soi et par soi immédiate), le programme d’art-
24 thérapie substitue un tissage et une historicité avec les
25 balbutiements d’une « distanciation élaborative », soit
26 d’une capacité à penser/panser.

27 – Du vécu du programme en termes d’aide, d’amélioration
28 et de changement. Malgré une érosion dans le *follow-up*,
29 nous retrouvons une forte valence de ces perceptions à
30 mettre en lien avec la relation d’alliance aidante singulière
31 nouée avec l’art-thérapeute.

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

34 – attribuent, en termes quasi superposables, les mêmes béné-
35 fices que leurs adolescents au programme d’art-thérapie ;

36 – témoignent de la place prise par ce type de thérapie dans la
37 dynamique familiale. Fait d’autant plus remarquable que
38 les adolescents en général ne sont pas de « grands ba-
39 vardards familiaux » sur les prises en charge dont ils béné-
40 ficient [39] ;

41 – soulignent d’une part, l’ouverture de la découverte et exp-
42 pression de soi de leurs adolescents, et d’autre part, l’accès
43 à l’imaginaire avec des processus que nous retrouvons à la
44 fois chez les créateurs et les adultes obèses fréquentant des
45 ateliers artistiques [40].

46 À l’ensemble de ces bénéfiques, ajoutons celui d’une auto ef-
47 ficacité/auto soin par le simple fait de côtoyer l’art et la
48 création [41].

49 **3.3.2 Quelles recommandations pour un programme**
50 **d’art-thérapie dédié aux adolescents obèses ?**

51 Par-delà la nécessité élémentaire de séances manuali-
52 sées (présentées sous forme d’un manuel) reproductibles et

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

– mettre l’accent sur la réalisation d’une production effec-
55 tive et réelle qui authentifie, à l’instar d’un laisser passer et
56 d’une trace-preuve, l’accès à son potentiel créatif ;

– limiter les temps de verbalisation venant classiquement
58 ponctuer les séances d’art-thérapie de nombre de dispo-
59 sitifs. Autrement dit, l’adolescent obèse est friand d’une
60 expression directe (soit d’une symbolisation primaire) qui
61 n’a pas besoin, à tout le moins durant la prise en charge,
62 d’une mise en mots et d’une quête d’*insight* perlaboratif
63 (soit d’une symbolisation secondaire) ;

– diversifier les objets médiateurs et situations médiatisées
65 proposées ;

– d’apporter une aide ponctuelle à l’adolescent en prenant la
67 posture d’un « passeur d’affects discret » et d’un gestion-
68 naire de compétences à découvrir ;

– d’accueillir l’incertitude comme une progression et de
70 s’écarter de tout modèle normalisateur.

71
72 Le processus de transformation art-thérapique s’opère donc
73 dans la durée par les deux ingrédients clefs qui sont la maté-
74 rialisation et la figurabilité. Nous sommes bien loin du « poids
75 des mots » et de leurs enjeux thérapeutiques mis en avant par
76 la méta synthèse qualitative de Lachal *et al.* [42].

77 Tous ces aspects pragmatiques transversaux ne sauraient
78 masquer les points de contenus à améliorer. Ainsi, dans l’ave-
79 nir, les séances du programme devraient davantage être orien-
80 tées vers :

– une mobilisation globale et effective du corps en mouve-
81 ment dans l’espace ;

– des exercices-jeux focalisés sur la conduite boulimique, les
83 solutions alternatives à la performance et la sérénité corpo-
84 relle. Le tout en alternant des temps de faible et intense
85 activité motrice à l’instar d’une pulsation.

87 **3.3.3 Orienter l’adolescent obèse vers l’art-thérapie :**
88 **une gageure ?**

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

93 Les outils d’évaluations doivent être spécifiques et ci-
94 blés pour établir des objectifs personnalisés avec et par l’art-
95 thérapie. L’usage d’outils projectifs comme dans l’étude de
96 Sanhadja [22] ne permet pas de s’inscrire réellement dans
97 une démarche fiable et pragmatique. Quant aux outils em-
98 ployés dans notre étude, ils manquent de pouvoir discriminant
99 et offrent des normes inadéquates.

4 Conclusions 100

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

1 plus aucun doute à l'issue de cette étude multicentrique et ex-
2 périmentale.

3 Par-delà les divers aspects d'efficacité constatés, l'absence
4 de groupe contrôle et la prise en charge individuelle en am-
5 bulatoire des adolescents limitent la généralisation de nos
6 résultats. Les compétences spécifiques des art-thérapeutes,
7 en termes d'expérience artistique, d'empathie, de conte-
8 nance *secure* et de fiabilité relationnelle, contribuent aussi au
9 programme.

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

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

21 Références

- 22 1. Tessier S. L'évaluation des pratiques créatives ou la nécessité du
23 leurre. *La Santé de l'Homme* 1999; 344:37–38.
- 24 2. Paul P, Gagnayre R (Eds). *Le rôle de l'art dans les éducations en*
25 *santé*. Paris: L'Harmattan; 2008.
- 26 3. Frisch MJ, Franko DL, Herzog DB. Arts-based therapies in the
27 treatment of eating disorders. *Eating Disorders* 2006; 14:131–
28 142.
- 29 4. Rehaviah-Hanauer D. Identifying conflicts of anorexia nervosa as
30 manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*
31 2003; 36:137–249.
- 32 5. Heiderscheid A (Ed). *Creative arts therapies and clients with eat-*
33 *ing disorders*. Londres: JPK; 2016.
- 34 6. Carrard I, Reiner M, Haenni Chevalley C, Anzules C, Muller-
35 Pinget S, Golay A. Approche psychopédagogique et art-
36 thérapie de l'obésité. *EMC Endocrinologie Nutrition* 2012;
37 9:1–9.
- 38 7. Anzules C, Haenni Chevalley C, Golay A. An experience of art-
39 therapy for patient suffering from obesity. *Therapeutic Approach*
40 2007; 4:72–76.
- 41 8. Sudres JL, Anzules C, Sanguignol F, Pataky Z, Brandibas G,
42 Golay A. Therapeutic patient education with art therapy: ef-
43 fectiveness among obese patient. *Therapeutic Patient Education*
44 2013; 5:213–218.
- 45 9. Muller-Pinget S, Golay A. Danse-thérapie dans les soins. In :
46 Paul P et Gagnayre R (Eds). *Le rôle de l'art dans les éducations*
47 *en santé*. Paris: L'Harmattan; 2008, p. 69–87.
- 48 10. Garnier S, Cazau A, Joffrou S, Sanguignol F, Mauriege P. Une
49 étude pilote montrant les bénéfices de la danse thérapie sur les
50 comportements alimentaires et l'estime de soi de femmes obèses.
51 *Sciences et Sports* 2013; 29:1–9.
- 52 11. Jullion A, Sittarame F, Giordan A, Golay A. Un jardin thérapeu-
53 tique pour l'éducation thérapeutique du patient. *Education*
54 *Thérapeutique du Patient* 2012; 4:301–305.
12. Stice E, Marit CN, Spoor S, Presnell K. Dissonance and healthy 55
weight eating disorder prevention programs: long term effects 56
from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and* 57
Clinical Psychology 2008; 76:329–340. 58
13. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of obesity 59
prevention programs for children and adolescents: the skinny on 60
interventions that work. *Psychological Bulletin* 2006; 132:667– 61
691. 62
14. Huang J, Norman G, Zabinski M, Calfas K, Patrick K. Body im- 63
age and self-esteem among adolescents undergoing an interven- 64
tion targeting dietary and physical activity behaviors. *Journal of* 65
Adolescent Health 2007; 40:245–251. 66
15. Aguer C, Gavarry O, Gole Y, Boussuges A, Doyard P, Falgairrette 67
G. A 5 month weight reduction programme has a positive effect 68
on body composition, aerobic fitness and habitual physical ac- 69
tivity of severely obese girls: a pilot evaluation study. *Journal of* 70
Sports Sciences 2010; 28:281–289. 71
16. Kirschenbaum DS, Gierut K. Treatment of childhood and ado- 72
lescent obesity: An integrative review of recent recommenda- 73
tions from five expert groups. *Journal of Consulting and Clinical* 74
Psychology 2013; 81:347–360. 75
17. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adoles- 76
cents: state of the art review. *Pediatrics* 2014; 134:582–592. 77
18. Douiller A. Création d'une comédie musicale dans le Doubs. 78
"Appel sans retour". *La Santé de l'Homme* 1999; 344:32–34. 79
19. Tessier S. Pratiques créatives : qu'en pensent les acteurs de 80
prévention ? *La Santé de l'Homme* 1999; 344:31–32. 81
20. Sudres JL. *Soigner l'adolescent en art-thérapie*. Paris: Dunod; 82
2005. 83
21. Granier E, Sternis C. (Eds). *L'adolescent entre marge, art et cul-* 84
ture. Une clinique des médiations en groupe. Toulouse: Erès; 85
2013. 86
22. Sanahuja A. *L'adolescente face à l'obésité. Traitement et* 87
accompagnement de l'amaigrissement. Besançon: Presses 88
Universitaires de Franche-Comté; 2011. 89
23. Feder B, Feder E *The art and science of evaluation in the arts* 90
therapies. Springfield: Charles C Thomas; 1998. 91
24. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. Use of the Danish adop- 92
tion register for the study of obesity and thinness. In: *The genet-* 93
ics of neurological and psychiatric disorders, Kety S, Rowland 94
LP, Sidman RL, Matthysse SW (Eds), New York: Raven Press; 95
1983. 96
25. Canestrari R, Magri MT, Muscianesi-Picardi F. L'image du 97
corps chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1980; 98
25:511–529. 99
26. Bruchon-Schweizer M. L'image du corps. Quelques facettes 100
de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bulletin de* 101
Psychologie, XL, 1986; 382:893–896. 102
27. Gardner DM. *EDI 2: Eating disorder inventory 2. Professional* 103
Manuel. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991. 104
28. Kidscreen Group Europe. *The Kidscreen questionnaires. Quality* 105
of life questionnaire for children and adolescents. Lingerich: Post 106
Science Publishers; 2006. 107
29. Sudres JL. Échelle clinique de thérapies médiatisées (dessin – 108
peinture – modelage – collage). *ECTM. Issy les Moulineaux:* 109
EAP; 1993. 110
30. Sudres JL, Dupuy M, Ghrib F, Desjardins H, Hubert I, Glattard 111
M, *et al.*, *Adolescents obèses : évaluation de l'image du corps, de* 112
l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie* 113
de l'Enfance et de l'Adolescence 2013; 61:17–22. 114

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

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

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

- Objectif : Rencontrer les différents acteurs participants à l'étude. Permettre une information plus claire et accompagnée pour répondre aux diverses questions.
- Mise en place d'un accordage relationnel parent(s)/adolescent/art-thérapeute avec présentation de la prise en charge et de ses objectifs axés sur les diverses facettes de la perception et du vécu du corps.
 - Formalisation du cadre et du contrat de soin.
 - Remplissage préalable par l'adolescent des questionnaires du protocole d'investigation focalisé sur le corps, les conduites alimentaires et la qualité de vie.

Séance 2 : Enveloppe corporelle (durée 1h30)

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

Séance 3 : Environnement (durée 1h30)

- Objectif : Figurer l'environnement extérieur avec ses particularités (adéquat/inadéquat).
- Découpage de la silhouette de la séance 2.
 - Création d'un environnement (quel qu'il soit) sur feuille 50 × 70 cm à cette silhouette.

Séance 4 : Bouclier 1 (durée 1h30)

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

Séance 5 : Bouclier 2 (durée 1h30)

- Objectif : Préciser les limites, représenter symboliquement son image extérieure, celle que l'on est ou que l'on voudrait avoir.
- Reprise du Bouclier extérieur.
 - Création en 3D de taille libre du bouclier intérieur.
 - Mise en forme (collage, écrit, dessin) des boucliers extérieur/intérieur, de leurs communications et/ou étanchéité.

Séance 6 : Son intérieur (durée 1h30)

- Objectif : Approcher son monde intérieur et intime, puis le représenter.
- Représenter l'intérieur de la silhouette (*cf.* séances 2 et 3).
 - Modification/adaptation éventuelle de la forme (taille, volume) de la silhouette initiale.

1	Séance 7 : Corps physique (durée 1h30)		
2	Objectif : Aborder l’image du corps réel.		
3	– Dessin à partir d’un contour global ou partiel de son corps,		
4	sa silhouette en grandeur nature en reprenant ou non la pro-		
5	duction de la séance 2.		
6	Séance 8 : Corps émotionnel (durée 1h30)		
7	Objectif : Mobiliser les sens et les émotions et les représen-		
8	ter à l’aide de diverses matières sensorielles. Éveiller le corps		
9	sensoriel et émotionnel.		
10	– Nommer les différentes émotions habituellement et/ou		
11	ponctuellement ressenties.		
12	– Représentation des émotions en dessins et/ou en volume		
13	(3D) en leur associant des sensations physiques en lien		
14	avec les cinq sens (goût, odorat, vue, toucher, ouïe).		
15	Séance 9 : Corps sain/corps malade 1 (durée 1h30)		
16	Objectif : Distinguer les ressources du corps.		
17	– Amener le sujet à répondre à la question « Qu’est ce qui te		
18	fait du bien pour ton corps » par une production/création		
19	en dessin (2 D) et/ou en volume (3D).		
20	– Localiser la production/création réalisée sur et dans son		
21	corps physique (<i>cf.</i> séance 7).		
22	Séance 10 : Corps sain/corps malade 2 (durée 1h30)		
23	Objectif : Différencier les aspects positifs et négatifs vécu		
24	dans le corps.		
25	– Reprise synthétique de la production/création de la		
26	séance 9.		
27	– Amener le sujet à répondre à la question « Qu’est ce qui te		
28	fait du mal pour ton corps ? » par une production/création		
29	en dessin (2D) et/ou en volume (3D).		
30	– Localiser la production (création réalisée sur et dans son		
31	corps physique (<i>cf.</i> séance 7).		
32	– Mise en confrontation corps sain/corps malade avec mo-		
33	bilisation d’une balance décisionnelle (« je garde, je ne		
34	garde pas ») et une stratégie de déconstruction/construction		
35	positive.		
36	Séance 11 : Corps en relation (durée 1h30)		
37	Objectif : Identifier les liens existants ou inexistantes avec		
38	l’environnement extérieur.		
39	– Représentation de soi en dessin/écriture par un emblème,		
40	un symbole, une métaphore, un proverbe sur feuille 50 ×		
41	70 cm.		
42	– Idem pour les relations amoureuses, amicales, familiales et		
43	avec le corps médical.		
44	– Mise en liens de toutes ses représentations de manière		
45	verbale.		
	Séance 12 : Corps en transformation (durée 1h30)	46	
	Objectif : Connaître les différentes étapes de l’évolution du	47	
	corps et de sa transformation à travers les âges de la vie.	48	
	– Réalisation à partir de gouache colorée déposée sur un	49	
	plexiglas, technique de type « monotype », une série de	50	
	feuilles mesurant 50 × 70 cm qui seront déposée sur	51	
	le plexiglas comme une impression. Processus en trois	52	
	étapes : une couleur puis ajout d’une deuxième couleur	53	
	et enfin d’une troisième. Cinq feuilles imprimées peuvent	54	
	être effectués pour chacune des étapes.	55	
	– Choix d’un des imprimés de chaque étape et réalisation	56	
	d’une production/création en dessin ou en volume dans la-	57	
	quelle le sujet se met en scène dans l’enfance, l’adoles-	58	
	cence et vie adulte.	59	
	Séance 13 : Corps en unité (durée 1h30)	60	
	Objectif : Revisiter les différentes représentations du corps	61	
	réalisées de manière symbolique et créative. Associer les liens	62	
	que l’adolescent fait. Spécifier ce qu’il souhaite partager/pas	63	
	partager de son expérience aux autres et ce qui fait partie de	64	
	son intimité.	65	
	– Représentation de sa silhouette synthétisant les différents	66	
	éléments développés dans les séances 2 à 12 avec des allers	67	
	et venues entre le dessin et la mise en volume (3D).	68	
	– Analyse des changements constatés et des éléments à	69	
	montrer/transmettre ou non aux parents, aux pairs et aux	70	
	soignants.	71	
	Séance 14 : Synthèse et séparation/individuation	72	
	(durée 1h30)	73	
	Objectif : Évaluer ensemble, avec les différents acteurs, les	74	
	différentes étapes de cette étude et discuter des apports positifs	75	
	et négatifs de ce procédé pour l’adolescent. 1	76	
	– Rencontre parent(s), adolescent et art-thérapeute avec dis-	77	
	cussion étayée sur des productions préalablement choisies	78	
	(<i>cf.</i> séance 13) des changements effectués <i>via</i> un processus	79	
	de séparation/individuation.	80	
	– Garnissage des questionnaires du protocole d’investigation	81	
	focalisé sur le corps, les conduites alimentaires et la qua-	82	
	lité de vie pouvant être ponctuellement abordés avec une	83	
	dimension comparative (<i>cf.</i> séance 1).	84	
	Structure des séances	85	
	Un temps d’accueil – un temps de production/création – un	86	
	temps de mise en mots.	87	
	Matériel	88	
	Crayons gris et de couleurs, feutres, pastels, encre de chine,	89	
	feuilles dessins 50 × 70 cm, rouleau papier kraft, pâte à mode-	90	
	ler, perles, cailloux de couleurs, colle forte, ciseaux, etc.	91	

