

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1516

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Alice ROVIRA

le 27 mars 2019

Présentation du protocole ALEXART :
Evaluation de l'art-thérapie sur l'alexithymie chez des patientes
souffrant d'anorexie mentale et de boulimie, étude pilote

Directeur de thèse : Dr Clara LETAMENDIA

JURY

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Président

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Madame le Docteur Virginie ROUCH

Assesseur

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis

Professeur LARENG Louis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIÈRES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. MESTHÉ Pierre	
		M. OUSTRIC Stéphane	
		Professeur Associé Médecine générale	
		M. ABITTEBOUL Yves	
		M. POUTRAIN Jean-Christophe	
		Professeur Associé en Neurologie	
		Mme PAVY-LE TRAON Anne	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	M. STILLMUNKES André	
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme MOREAU Marion	Physiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	M. VERGEZ François	Hématologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr LATROUS Leïla

A mon père Julien

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement, votre accompagnement tout au long de notre internat et vos conseils avisés ainsi que votre intérêt pour l'art-thérapie.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Nous avons apprécié vos qualités de chercheur et la qualité de votre enseignement.

Vous nous avez fait part de votre expérience, apporté votre rigueur pour ce travail de recherche, et nous avez permis de le réaliser au sein de votre unité.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Nous avons apprécié vos qualités humaines, votre enseignement et votre engagement auprès de vos patients et de vos équipes.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Madame le Docteur Virginie ROUCH

Ta rigueur, la richesse de tes connaissances et ta finesse clinique ont été source d'admiration et d'inspiration pour moi !

Merci de m'avoir fait partager ton intérêt pour la psychosomatique, la question de l'alexithymie et de la vie imaginaire.

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

C'est un honneur pour moi de t'avoir comme directrice de thèse : j'ai été impressionnée par ta rigueur et tes qualités cliniques bien sûr mais aussi par la justesse de ton positionnement, par tes qualités pédagogiques et humaines.

Merci d'avoir été un « rock » : pour le soutien tout au long de mon internat et pour m'avoir guidé sur le chemin de l'onirisme, du rock psychédélique, du blues parfois, etc...et de l'art-thérapie !

A mon père Julien : toi le grand imparfait ! Je ne sais pas si je pourrai trouver les mots justes pour te remercier de la richesse de ce que tu m'as laissée : l'amour de la musique et le doute peut-être ? Cette fameuse capacité à rêver, à vivre ? C'est sans doute un peu ça l'histoire... Parce que si jamais je ne trouve pas les mots pour te le dire je sais que je pourrai te le chanter. Tu me manques, je t'aime.

A ma mère Isabelle, merci de m'avoir offert le lieu où cela a été possible. Merci de m'avoir soutenue durant mes études, de m'avoir poussée et de m'avoir appris à tomber et à me relever.

A Simon, d'avoir été là, d'avoir été haut en couleur, de m'aimer, et de me pousser à me réaliser, dans les bons et les mauvais moments. Je t'aime.

A Flora et Théo, parce que vous êtes là et qu'on s'est toujours serré les coudes. A Gaël aussi, il a attrapé le virus ! A Nico et Marion-Marie-Ange-Chevaaaaaal, d'être au top, spécial mention pour Marie-Ange, pour l'Aveyron et le lol. Je vous aime !

A Roger et Madely, de m'avoir donné votre amour, votre soutien inconditionnel, particulièrement pendant mes études, pour les valeurs familiales, pour la musique, pour les discussions avec PPRo qui me manque... Pour la meilleure grand-mère du monde ! Je vous aime.

A Frédérie, Jaco, César et Matthias, ma deuxième famille (avec Noëllie maintenant) !

A Clément, toi qui as été là, même dans les pires moments pour écouter des vinyles, et ça date pas d'hier ! Pour les fous rires nocturnes, le mas, Alain Gillot-Pétré, le Finalemente...et il y en aura beaucoup d'autres ! Et bien sûr à Fred, Cathy, Juju, Léo, Mehdi, Papilla, Nath, Arthur et tout le reste de la famille.

Au gang des névrosée : Alice et Marine et Lucie Patoche aussi ! Mes copines de toujours pour les bons moments et pour les plaintes téléphoniques !

A Tchouny ma prof de chant, pour m'avoir initiée à la pratique de la musique, merci mille fois ! A Jean-Claude, merci d'avoir été là pour nous jusqu'au bout. Et à toute la famille Dumas !

A Facundo : Rafax, Rémundo, Briçundo et Boulben aussi (ne t'en déplaie !). Les pipas de mon cœur sur Toulouse, mis compadres dans mes nouvelles aventures

musicales. Et aussi à toutes les personnes que j'ai rencontrées par le biais de la famille Facundo !

A Quentin et Cécile, notre couple de couple d'amour !

A Sami, mon copain de toujours dans l'outré passage du psychédélisme !

A Laure Tartemp : pour Buffy et pour le lol!

Aux copines de l'internat : Carole, Charlotte, Adeline, Jeanne, Lucia, Pauline, Marine, Anne...pour les cafés à l'Estaminot, les restos et globalement la crème de la soirée-filles !

A Flo, Oriane, Tak-Tak, Nicolas et à tous les autres Nîmois, pour les soirées-médecine, pour l'associatif, pour les sous colles et tout le reste.

Aux copains pathologiques (Sarah*2, Noyo, Clément, Fa, Julie Maman, Douby, Wanwan, Marlène, Jo et tous les autres), particulièrement pour Careless whisper en boucle, pour m'avoir adoptée, et pour les bons moments aussi ! Et aussi à Matthieu et Nath !

Aux copains Nîmois du collège : Rémi, Anto, Cheever, Tom et tous les autres !

Au Dr Dayraut ! Et à M. Didier Combes aussi mon prof de piano !

A Marine Lesage pour son aide précieuse durant mon travail de thèse et pour les rempla les plus agréables !

Au Dr Adeline Galini et à toute l'équipe de l'USMR pour la grande aide apportée sur l'ensemble de la méthodologie et des statistiques.

A toutes les équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler durant mon internat : l'équipe médicale et paramédicale de Cahors et à tous les internes Cadurciens pour la vie et les soirées internat. A toute l'équipe de l'UF2, au Dr Granier pour son héritage sur l'art-thérapie et spécial mention pour Grégoire, Nathalie et la blague du prout. A toute l'équipe de l'UF3 ainsi qu'à mes co-internes Yolaine, Nathalie et Lucas, y compris Pierre-Yves un cadre en or ! A toute l'équipe de la Villa Ancely, aux Dr Mesquida et au Dr Henry, à Michel pour le soutien moral ! A toute l'équipe de l'HDJ des grands: Christelle, Françoise, JP, Eric, Christophe,

Gisèle, Marion, Fredo et les autres. Au Dr Marimbert et aux professeurs du Master Ethique pour leur enseignement exceptionnel. A toute l'équipe du secteur 5, à Etienne Very pour la richesse des discussions et de sa démarche intellectuelle, au Dr Hecquet et tous les autres. Au Dr L'Hégaret et au Dr Neveux pour leur enseignement sur les Thérapies Interpersonnelles. A toute l'équipe du CTB : Anjali Mathur pour ses qualités humaines, pédagogiques et cliniques et pour l'attachement ! A Edith, Julien, Franck, Hélène, Corinne, Marie, Manu, Christine...pour le travail d'équipe remarquable. A l'équipe de l'HDJ intersectoriel : au Dr Marie Charras pour son enseignement sur l'art-thérapie, les intérêts partagés, les discussions à l'internat et le soutien moral ! Et à toute l'équipe : Betty, Nath, Steph, Latifa, Véro, Damien, Baija, Marie, Séverine, Géraldine, Alice et tous les autres pour les bons moments en atelier et le soutien.

A tous ceux que je n'ai pas cités mais avec qui j'ai partagé de la musique ou autre chose...

Table des matières

Introduction.....	18
1. REVUE DE LA LITTÉRATURE	21
1.1. Troubles des Conduites Alimentaires	22
1.1.1. Généralités et définitions.....	22
1.1.2. Critères diagnostiques.....	23
1.1.3. Epidémiologie	25
1.1.4. Principes de traitement.....	26
1.2. L'alexithymie : définition	28
1.3. L'alexithymie dans les TCA	30
1.3.1. Etat des lieux de la littérature	30
1.3.2. Les facteurs liés à l'alexithymie	31
1.3.3. Outils psychothérapeutiques et alexithymie dans les TCA	45
1.4. L'Art-thérapie.....	47
1.4.1. Définition de l'art-thérapie	47
1.4.2. Etat des lieux de la littérature sur l'art-thérapie.....	47
1.4.3. Art-thérapie et alexithymie.....	53
1.5. Conclusion générale sur la revue de la littérature	54
2. Présentation de l'étude-pilote ALEXART	55
2.1. Présentation générale de l'étude	56
2.2. Présentation du protocole ALEXART	57
2.2.1. Hypothèse de la recherche	57
2.2.2. Objectifs de la recherche.....	57
2.2.3. Conception de la recherche.....	58
2.2.4. Critères d'éligibilité	59
2.2.5. Procédure de la recherche : description des soins reçus par les patientes:.....	60
2.2.6. Critères d'évaluation	61
2.2.7. Déroulement de la recherche	62
2.2.8. Justification des choix méthodologiques	67
2.2.9. Aspects statistiques	68
2.2.10. Gestion des données	70
2.2.11. Considérations éthiques et réglementaires.....	71
3. Présentation du début de l'étude ALEXART.....	72
3.1. Généralités	73
3.2. Début du recrutement sur le CHU Purpan.....	73
3.3. Début du recrutement sur la clinique Castelvieu.....	74
4. Discussion.....	75
4.1. Retombées attendues et limites de l'étude	76
4.1.1. Pour les patientes qui participent	76

4.1.2.	Dans la recherche	76
4.1.3.	Recommandations dans la littérature pour les études futures	76
4.1.4.	L'alexithymie : un concept aux multiples facettes, à travers ses outils d'évaluation	77
4.1.5.	Quels sont les enjeux de comprendre les différentes facettes de l'alexithymie dans les TCA ?	79
4.2.	Hypothèses psychopathologiques	79
4.2.1.	Retour sur l'historique et généralités sur l'alexithymie	79
4.2.2.	Alexithymie et attachement selon Taylor et Bagby	80
4.2.3.	Les théories de l'attachement comme lien entre alexithymie et art-thérapie	85
4.2.4.	L'art-thérapie pour améliorer l'alexithymie et la régulation émotionnelle dans les TCA	91
4.3.	Dimension sociale de l'alexithymie	92
4.3.1.	Influence des facteurs sociodémographiques.....	92
4.3.2.	Implications de la dimension sociale de l'alexithymie pour l'art-thérapie.....	93
	Conclusion.....	95
5.	Bibliographie	97
6.	Annexes	109

*“Children yet, the tale to hear,
Eager eye and willing ear,
Lovingly shall nestle near.*

*In a Wonderland they lie,
Dreaming as the days go by,
Dreaming as the summers die:*

*Ever drifting down the stream,
Lingering in the golden gleam,
Life, what is it but a dream?”*

Lewis Carroll,
*Through the Looking-glass
And what Alice found there*

Introduction

« Voilà un gars et tout le monde autour, hein ? C'est à lui de mettre en forme ce qui est dans la tête de chacun. Il attaque le premier chorus puis il déroule ses idées, bonnes gens, bien sûr, bien sûr, mais tâchez de saisir, et alors il se hausse jusqu'à son destin et c'est à ce niveau qu'il doit souffler. Tout à coup, quelque part au milieu du chorus, il ferre le it ; tout le monde sursaute et comprend ; on écoute ; il le repique et s'en empare. Le temps s'arrête. Il remplit le vide de l'espace avec la substance de nos vies, avec des confessions jaillies de son ventre tendu, des pensées qui lui reviennent, et des resucées de ce qu'il a soufflé jadis. Il faut qu'il souffle à travers les clés, allant et revenant, explorant de toute son âme avec tant d'infinie sensibilité la mélodie du moment que chacun sait que ce n'est pas la mélodie qui compte mais le it en question... ».

Jack Kerouac, extrait de *Sur la route*.

Qu'est-ce que le *it* ? Nous pouvons le traduire par « ça » en français... Jack Kerouac nous apprend peut-être que c'est le meilleur mot à mettre sur quelque chose d'indicible ? Il s'agirait en fait de quelque chose que le musicien de jazz aurait en lui et qu'il pourrait partager avec les personnes qui l'entendent, à travers sa musique. Ce quelque chose est peut-être intense sur le plan émotionnel, pourtant les mots semblent tourner en rond sans pouvoir atteindre ce que l'artiste semble exprimer, probablement là où la musique a atteint un paroxysme.

Cela semble amener la question suivante : comment faire lorsque les mots nous manquent pour exprimer, dire ce que nous avons à l'intérieur, le communiquer, établir un lien avec l'autre et lui montrer un peu de soi ?

Cette question semble porter quelque chose d'universel, que chaque personne a probablement pu traverser, à différents degrés, lors de certains moments de vie.

Chez certains ce manque de mots semble tel, qu'il en résulte une souffrance. C'est peut-être cela qui a poussé des psychiatres il y a quelques dizaines d'années à définir le concept d'alexithymie. Chez les patients souffrant de Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), il est même supposé que ce sont les symptômes qui viennent parler pour eux [1], [2].

Nous pouvons faire l'hypothèse que pour cet écrivain ou pour les musiciens de jazz l'un des éléments de réponse semble résider dans leur production artistique comme un moyen d'exprimer quelque chose de leur intériorité et de communiquer avec l'autre.

Cela pourrait-il être transposable dans les soins de ces patients qui manquent de mots à tel point parfois qu'ils semblent s'éteindre, ne plus avoir d'identité ?

Cela fait aussi écho au développement de l'utilisation du processus créatif comme outil psychothérapeutique qui a donné naissance à l'art-thérapie.

Ainsi nous pouvons nous demander si l'art-thérapie est effectivement un moyen d'aider nos patients à développer des moyens d'expression lorsqu'ils manquent de mot ? Cela peut-il réinsuffler une capacité à rêver, à fantasmer voire à vivre ?

Si de nombreux cliniciens paraissent partager cette intuition, il semble manquer d'arguments scientifiques pour l'affirmer.

C'est de ces différents constats et questionnement qu'est né le protocole Alexart, une étude pilote dont l'ambition est d'obtenir des éléments de réponse à la question suivante, dans un langage validé par la communauté scientifique : l'art-thérapie est-il un moyen d'améliorer l'alexithymie chez les patientes souffrant de TCA ?

Ainsi nous allons présenter une revue de la littérature sur le sujet, suivie du protocole Alexart et ses débuts puis nous discuterons de certaines bases théoriques.

1. REVUE DE LA LITTERATURE

1.1. Troubles des Conduites Alimentaires

1.1.1. Généralités et définitions

Selon Philippe Jeammet[3], les troubles des conduites alimentaires (ou TCA), essentiellement l'anorexie mentale et la boulimie sont des troubles ayant une dimension psychiatrique affirmée pour lesquels de nombreuses inconnues persistent sur l'origine, l'évolution et le traitement.

Leur origine serait multifactorielle. Il existe des facteurs de vulnérabilité en lien avec la personnalité que P. Jeammet divise en deux parties : la composante génétique (surtout pour l'anorexie restrictive avec une comorbidité de troubles obsessionnels compulsifs), et la composante développementale dans la lignée des troubles de l'attachement, influencés par les évènements de vie.

Il ajoute que c'est sur cette personnalité fragilisée que des facteurs déclenchant souvent en lien avec la puberté, l'état émotionnel de la famille et l'environnement socio-culturel contribuent à ces troubles du comportement. Ces derniers seront par la suite entretenues par des facteurs psychologiques, interactionnels et biologiques.

Il s'agit ainsi d'une réponse adaptative à une situation de débordement, notamment émotionnel, qui s'organise sous la forme d'un comportement aux effets négatifs et dont la pérennisation fait apparaître une maladie à l'évolution potentiellement sévère.

Cette conception permet une approche plus dimensionnelle inscrivant ces troubles dans un spectre allant du comportement réactionnel (parfois de

résolution spontanée) à une pathologie durable voire chronique avec de nombreuses comorbidités.

« Ces conduites sont paradigmatiques d'une problématique adolescente et au-delà humaine, mais que l'adolescence exacerbe, à savoir la peur de perdre le contrôle de soi et que le désir nous aliène à son objet. C'est le reflet de cette spécificité humaine qu'est la conscience réflexive fondement de la conscience de l'image de soi et de l'image qu'on pense que les autres ont de nous, c'est-à-dire le narcissisme », Philippe Jeammet.

1.1.2. Critères diagnostiques

Dans la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (DSM-5), l'anorexie mentale et la boulimie sont classées dans la catégorie : « troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliment » et font partie des plus fréquentes.

Selon les critères DSM-5, l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*) se définit par :

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recourue à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne, et/ou l'exercice physique excessif.

Type accès hyperphagique/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou à recours à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

La boulimie (*bulimia nervosa*) se définit par :

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie ou *binge eating*). Un accès hyperphagique correspond aux caractéristiques suivantes :

- Absorption, en une période de temps limitée (par exemple en moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

- C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).

1.1.3. Epidémiologie

La prévalence de l'anorexie mentale en population générale est de 0.9% à 1.5% et 1 à 3% pour la boulimie nerveuse selon l'HAS avec les critères de la 4ème édition révisée du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)[4], [5]. En utilisant les critères de la 5ème édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), ce chiffre est estimé à environ 4% pour l'anorexie mentale, et 2% pour la boulimie en prévalence vie-entière dans une revue de la littérature de Smink *et al*[6]. La revue de la littérature plus récente de Lindvall *et al.* (critères du DSM-5 également), rapporte des prévalences vie-entière allant de 0.8 à 1.9% pour l'anorexie mentale et 2.6% pour la boulimie sur les études basées sur des entretiens, mais ils concluent à une variabilité des chiffres en fonction de la méthodologie utilisée [7].

Par ailleurs, il existe chez ces patientes une qualité de vie significativement diminuée[8]. Le pronostic reste grave avec un taux de réémission à 5 ans de 69% pour l'anorexie et de 55% pour la boulimie ainsi qu'un taux de mortalité standardisé de respectivement 5.9% et 1.9%[6]. Citons, notamment, un risque suicidaire élevé (taux rapporté de 12 sur 100000 sur un an[9]). Dans une méta-analyse de 1998, l'anorexie mentale était la pathologie psychiatrique avec le plus haut taux de mortalité[10]; c'est également ce que nous retrouvons dans un article de Klump *et al.* de 2009[11].

1.1.4. Principes de traitement

1.1.4.1. *Anorexie mentale*

Pour la prise en en charge de l'anorexie mentale, la Haute Autorité de Santé[4], recommande une approche multidisciplinaire avec notamment un psychiatre et un somaticien référents. Il existe deux grands axes : une prise en charge nutritionnelle avec mise en place d'un objectif pondéral et surveillance somatique et biologique étroite au début de la renutrition, et une prise en charge psychologique.

Il n'est pas recommandé une technique psychothérapeutique en particulier, l'idée étant de s'adapter au patient et au stade d'évolution de la maladie. Il est cependant précisé que les psychothérapies les plus utilisées sont : les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspirations analytiques, les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et les thérapies systémiques et stratégiques. Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge.

Les recommandations de l'American Psychiatric Association ou APA[12] mettent également en lumière le manque d'étude dans la littérature sur les interventions psychosociales pour les TCA. Ils citent ainsi l'intérêt d'une approche trans diagnostique en utilisant des formes de TCC adaptées incluant des aspects de Thérapie Interpersonnelles ou TIP. Comme dans les recommandations de l'HAS, l'entretien motivationnel est évoqué. Les thérapies familiales font l'objet d'un chapitre spécifique et sont fortement recommandées (les études sont plus nombreuses). Notons que d'autres publications sont citées sur la Dialectical Behavior Therapy (ou DBT), la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (ou EMDR), ou encore des formes de thérapies basées sur la religion (Christian Therapy).

La National Institute of Health and Care Excellence ou NICE[13] qui présente une mise à jour de 2017 recommandent chez les adultes: la individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (ou CBT-ED qui est une forme de TCC adaptée aux TCA), le Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (ou MANTRA qui est une technique dont le but est notamment d'aider les patients à développer une « identité non anorexique » et inclut également les familles et les aidants) et le Specialist Supportive Clinical Management (ou SSCM dont le but est notamment de développer un lien de qualité avec le thérapeute, d'aider les patients à faire des liens entre leurs symptômes et leurs comportements alimentaires anormaux et de fournir une psychoéducation comprenant aussi une approche nutritionnelle). La thérapie familiale est proposée en première intention pour les enfants et les adolescents.

Par ailleurs, l'APA et la NICE précisent qu'aux stades précoces de prise en charge, ces patientes sont souvent peu accessibles aux psychothérapies spécifiques[12], [13]. Les causes de ce phénomène ne sont pas élucidées mais la plupart des cliniciens admettent le rôle de la dénutrition sévère, certains évoquent également l'alexithymie (cf. infra).

1.1.4.2. *Boulimie*

Concernant la boulimie, il s'agit globalement des mêmes axes de prise en charge, cette dernière étant moins codifiée dans les recommandations françaises (Note de cadrage de l'HAS[5]). La revue de la littérature Cochrane de 2009 à propos des traitements psychologiques[14], montre une efficacité de la TCC dans cette indication et des TIP sur du plus long terme. On retrouve une supériorité de la TCC, notamment en lien avec un plus grand nombre d'études. Plus récemment, une revue de la littérature de 2018 de Miniati et al.[15], conclut que les TIP représentent une bonne alternative en termes de rapport coût-efficacité.

Pour les psychothérapies, L'APA recommande les TCC en première intention et les TIP pour les patients ne répondant pas aux TCC (l'intérêt sur le long terme des TIP est souligné). Les thérapies familiales ont également un intérêt avec un niveau de preuve moins élevé que pour l'anorexie mentale. Ils citent aussi des interventions se centrant sur l'amélioration du lien mère-enfant pour les patientes souffrant de boulimie et devenant mère. La NICE recommande un « bulimia-nervosa-focused guided self-help programmes » pour les adultes comprenant des outils de TCC adaptées aux TCA et des sessions brèves spécifiques de thérapie de soutien. De la même manière que pour l'anorexie mentale, des thérapies familiales adaptées à la boulimie sont proposées en premières intentions pour les enfants et les adolescents.

1.1.4.3. Conclusion

Bien qu'une prise en charge psychothérapeutique soit recommandée par l'HAS en association à une prise en charge nutritionnelle chez les patientes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie, il n'existe pas de consensus sur le type de psychothérapie utilisé.

1.2. L'alexithymie : définition

L'alexithymie est un terme inventé par Sifneos en 1972[16]. Il s'agit d'un concept dérivant d'observations faites initialement chez des patients souffrant de troubles psychosomatiques par Ruesch en 1948 et présentant des perturbations de l'expression verbale et symbolique (« personnalités infantiles »)[1].

En 1963, un groupe de psychanalystes français dont faisait partie Pierre Marty (contemporain de Sifneos) a décrit « la pensée opératoire » [17]: un mode de pensée utilitaire et une absence manifeste de vie imaginaire et fantasmatique chez des patients souffrant de pathologies diverses

psychosomatiques ou non. Ces travaux sont cités par Sifneos dans sa définition du concept d'alexithymie. Le terme est tiré du grec a- : absence, -lexis=mot, -thymos=émotion, et peut se définir comme une **difficulté à identifier ses émotions, à distinguer les sensations corporelles des émotions, à décrire ses émotions aux autres, une pauvreté de la vie imaginaire et un mode de pensée centré sur le concret ou l'opérateur**[18].

Plusieurs décennies après, ce concept a été l'objet de très nombreuses publications et a été considéré par certains auteurs comme le facteur entravant le plus le succès des thérapies analytiques[19]. En 2003, McCallum *et al.*[20] montrent une relation directe entre le niveau d'alexithymie et les résultats de psychothérapies psychodynamiques et de soutien ; cependant les résultats ne sont pas significatifs concernant la relation entre alexithymie et psychothérapies psychodynamiques isolément.

Plus récemment, Terock *et al.*(2017)[21] montrent que des scores d'alexithymie plus élevés sont associés à de moins bons résultats en psychothérapies psychodynamiques ou d'approche cognitive et comportementale. Dans cette étude évaluant 518 patients hospitalisés dans 6 hôpitaux de jour psychiatriques en Allemagne, un plus grand niveau d'alexithymie était corrélé à de moins bons résultats suite aux psychothérapies.

Hilde Bruch[2] put décrire dès les années 60 chez les patients souffrant de Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) des difficultés à percevoir et contrôler leurs sensations corporelles et une confusion dans l'identification de leurs états mentaux[22].

1.3. L'alexithymie dans les TCA

1.3.1. Etat des lieux de la littérature

Dans une méta-analyse de 2014 sur les TCA[23], 28 études sur l'alexithymie sont retrouvées : 14 sur l'anorexie mentale, 2 sur la boulimie et 12 incluant à la fois anorexie mentale et boulimie. Toutes ces études retrouvent une **forte prévalence d'alexithymie parmi les patients souffrant de TCA.**

Ces résultats se confirment dans une méta-analyse de 2017 de Westwood *et al.*[24], sur 44 études concernant les TCA incluant anorexie mentale, boulimie et Binge Eating Disorder. Pour tous les troubles, il existe un niveau d'alexithymie significativement plus haut par rapport aux sujets contrôles avec une taille d'effet moyenne à importante. Soit pour l'anorexie mentale, 22 études sont utilisés dans la méta-analyse, l'alexithymie y est significativement plus élevée que dans le groupe contrôle, la taille d'effet est importante (différence moyenne ou $d = 1.44$, $IC95\% = [1.2-1.68]$; $z = 12.01$, $p < 0.001$). Il en va de même pour la boulimie avec une taille d'effet importante (21 études, $d = 1.26$, $IC95\% = [1.02-1.51]$; $z = 10.07$, $p < 0.001$) et pour le Binge Eating Disorder avec une taille d'effet moyenne (5 études, $d = 0.76$, $IC95\% = [0.31, 1.21]$; $z = 3.32$, $p < 0.001$).

Courty *et al.* précisent que dans l'anorexie mentale (chez des patientes de sexe féminin), les taux peuvent varier entre 40 et 77% selon les publications pour une prévalence autour de 10% chez les sujets contrôles sains[25].

Par ailleurs, Speranza *et al.* en 2007 [26] ont identifié l'alexithymie chez les patientes avec TCA comme un facteur de mauvais pronostic à long terme.

L'alexithymie chez les patients souffrant de TCA est considéré comme un facteur de résistance à de nombreuses formes de psychothérapies[19]–[21] et de mauvais pronostic à long terme[26].

1.3.2. Les facteurs liés à l'alexithymie

1.3.2.1. Facteurs liés à l'alexithymie en population générale

A l'échelle de la population générale, il a été démontré que l'alexithymie est une caractéristique de personnalité relativement commune avec un taux d'environ 10% (chez l'adulte) dans la plupart des études. Les facteurs qui y sont associés en population générale au niveau international, sont relativement peu étudiés.

En effet, dans les années 2000, on retrouve principalement des études concernant la population finlandaise. Les facteurs associés à l'alexithymie sont le plus souvent : la dépression[27]–[29], l'anxiété[28] le sexe masculin[27], [28], [30], [31], l'âge[27]–[30], [32], un faible niveau d'éducation[28]–[32] et un bas niveau socio-économique[27], [30], [32]. Citons également une étude sur la population allemande de Franz *et al.*[33] retrouvant une association entre alexithymie et sexe masculin, statut marital, niveau d'éducation et faible niveau socio-économique ; à noter que le facteur âge n'y est pas significativement associé.

Une étude autrichienne[34] retrouve l'âge, le sexe masculin et un plus faible niveau d'éducation. Pasini *et al.*[35] en 1992 retrouvent des résultats similaires sur un échantillon de population italienne. Enfin deux études Nord-américaines de 1989 et 1998 (respectivement au Canada[36] et aux Etats-Unis[37]) montrent des résultats divergents.

Une revue de la littérature de 2014[38] évoque également des scores d'alexithymie plus élevés dans certains troubles ou pathologies spécifiques:

les troubles anxieux, les TCA, l'abus de substances, l'hypertension artérielle, le diabète de type I, le psoriasis. Ils citent également des études montrant que les malformations cardiaques congénitales dans l'enfance et le retard de langage dans la petite enfance sont associés au fait d'avoir des caractéristiques alexithymiques à l'âge adulte. Mattila *et al.* retrouvent aussi des scores de somatisation plus élevés lorsque l'alexithymie augmente[39].

Ces résultats divergents montrent la nécessité de conduire des études supplémentaires, afin de connaître les facteurs sociodémographiques influençant l'alexithymie en population générale, notamment en France, étant donné qu'il n'existe pas à notre connaissance, d'étude étudiant cela en population française.

1.3.2.2. Facteurs liés à l'alexithymie dans les TCA

Concernant les TCA, on retrouve 41 études dans la littérature, évoquant l'alexithymie et les facteurs y étant liés, en utilisant la Toronto Alexithymia Scale ou TAS (cf. infra). La grande majorité d'entre elles présentent des échantillons incluant à la fois des patientes souffrant d'anorexie mentale et des patientes souffrant de boulimie. Nous pouvons notamment citer la revue de la littérature de Westwood *et al.* de 2017 recensant toutes les études utilisant la TAS dans les TCA[24].

Tableau numéro 1 : RECAPITULATIF DES FACTEURS LIES A L'ALEXITHYMIE CHEZ LES PATIENTES SOUFFRANT DE TCA :

Étude	Population	Facteurs testés	Résultat
Abbate-Daga 2013[40]	108 patientes AN Dont 76 ANR, 32 ANBP	Sous-type de TCA	Pas de différence significative sur la prévalence de l'alexithymie entre ANR et ANBP.
Abbate-Daga 2015[41]	61 patientes AN et 59 sujets contrôles	Intolérance à l'incertitude (IUS) Dépression Anxiété Age Durée de la maladie IMC (chez les AN)	Corrélation significative avec l'IUS [$r=0.36$; $p<0.001$], la dépression [$r=0.44$; $p<0.001$], l'anxiété-trait et l'anxiété-état [$r=0.34$ et $r=0.35$; $p<0.05$], la durée de la maladie [$r=-0.26$; $p<0.05$]. Pas de corrélation significative avec l'âge et l'IMC [$r=-0.01$; $p>0.05$]
Adenzato 2012[42]	30 patientes AN et 32 sujets contrôles	IMC Age de début des troubles Durée de la maladie Dépression	Corrélation significative avec la dépression [$r=0,523$; $p=0,003$] Pas de corrélation significative avec l'âge de début des troubles [$r=0,146$; $p=0,441$], la durée de la maladie [$r=-0,249$; $p=0,185$] et l'IMC [$r=0,173$; $p=0,361$]

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
Beadle 2013 [43]	26 patientes AN et 26 sujets contrôles	Dépression	Corrélation significative avec la dépression [r=0,57 ; p<0,01]
Beales 2000 [44]	26 patientes AN, 29 BN, 24 en réémission	Insécurité sociale	Corrélation significative à l'insécurité sociale [r=0,46 ; p<0,05]
Berthoz 2007 [45]	75 patientes dont 20 BN, 50 AN-R, 5 AN-BP	Sous-type de TCA	Pas de différence significative entre sous-type de TCA
Bourke 1992 [46]	48 patientes AN (30 ANR, 18 ANBP) et 30 sujets contrôles	Age Niveau d'éducation Pathologie psychoneurotique Durée d'évolution de la maladie Réduction de 20% au moins par rapport au poids attendu Dépression	Corrélation significative avec le niveau d'éducation [r=-0,45 ; p<0,01] Pas de corrélation significative avec l'âge, les pathologies psychoneurotiques[r=0,27 ; p>0,05], la durée d'évolution de la maladie, une réduction de 20% au moins par rapport au poids attendu, la dépression et le sous-type de TCA

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
		Sous-type de TCA	
Brown et al. 2017 [47]	114 patients (dont 107 femmes) dont 54 ANR et 60 BN	Sous-type de TCA Difficultés à réguler les émotions	Pas de différence significative entre ANR et BN Pas de corrélation significative avec le score total de la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
Bydlowski 2005 [48]	33 patientes AN dont 18 ANR et 15 ANBP, 37 BN vs 70 sujets contrôles	Sous-type de TCA Dépression Anxiété	Pas de différence en fonction du sous-type de TCA Corrélation significative avec la dépression [r=0,6 ; p<0,001] et l'anxiété [r=0,26 ; p≤0,05]
Cochrane 1993 [49]	114 patientes avec TCA et 370 sujets contrôles	Dépression Anxiété Age Sous-type de TCA	Corrélation significative avec la dépression [r=0,5 ; p<0,0001] et l'anxiété [r=0,29 ; p<0,0005] Pas de corrélation significative avec l'âge et le sous-type de TCA
Corcos 2000 [50]	32 patientes AN dont 21 ANR, 11 ANBP, 32 BN, 74 sujets contrôles	Dépression Sous-type de TCA	Corrélation significative avec la dépression [r=0.533 ; p=0.001] Différence significative de prévalence entre patientes AN et BN qui disparaît après ajustement sur la dépression

Étude	Population	Facteurs testés	Résultat
Courty 2015 [25]	60 adolescentes AN dont 52 ANR et 8 ANBP	Dépression Anxiété Niveau de dénutrition	Facteurs pris en compte comme étant confondant suite à la revue de littérature
D'Agata 2015 [51]	21 patientes AN dont 18 ANR, 3 ANBP 18 avec BN vs 17 sujets contrôles	Dépression Anxiété Age IMC	Corrélation significative avec la dépression chez les AN[r=0.487 ; p<0.05] et l'anxiété chez les BN[r=0.689 ; p<0.01] Pas de corrélation significative avec l'âge et l'IMC
Deborde et al. 2006 [52]	18 patientes AN dont 10 ANBP et 8 ANR, 28 BN, 198 sujets contrôles	Dépression Anxiété	1Corrélation significative avec la dépression [r=0,41 ; p=0,005] et avec l'anxiété état [r=0,33 ; p=0,05], non significative pour l'anxiété trait
De Groot 1995 [53]	31 patientes BN et 20 sujets contrôles	Dépression Fréquence des vomissements	Corrélation significative avec la dépression [r=0,65 ; p<0,0001] et avec la fréquence des vomissements [r=0,33 ; p< 0,05] en sortie d'hospitalisation

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
De Panfils et al. 2003 [54]	16 patientes AN dont 4 avec ANR, 12 avec ANBP, 20 avec BN et 28 avec BED	Parental Bonding Instrument (PBI)	Pas de corrélation significative entre le score total de la TAS et la PBI.
De Zwaan et al. 1996 [55]	22 patientes AN, 18 BN, 32 sujets contrôles	Dépression	Différence significative des scores d'alexithymie en fonction du score de dépression
Eizaguirre et al. 2004 [56]	69 patientes AN dont 25 ANR, 44 ANBP et 82 BN et 43 sujets contrôles	Dépression Anxiété IMC	1Corrélation significative avec la dépression [r=0,511 ; p<0,01], l'anxiété [r=0,419 ; p<0,01] et l'IMC [r=-0,211 p<0,01]
Gilboa-Schechtman 2006 [57]	20 patientes AN, 20 BN, 20 sujets contrôles	Sous-type de TCA	Pas de différence en fonction du sous-type de TCA après ajustement sur anxiété et dépression
Guttman et Laporte 2002 [58]	35 patientes avec trouble de la personnalité borderline et 34 avec AN et 33 sujets contrôles	Alexithymie chez les parents	Pas de corrélation significative entre les scores totaux TAS-20 parents/enfants.

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
Jimerson et al. 1994 [59]	20 patientes BN et 20 sujets contrôles	Anxiété Dépression Fréquence des crises de boulimie avec vomissement	1Corrélation significative avec l'anxiété trait [r=0,71 ; p<,0005] et la dépression [r=0,53 ; p<0,02] Pas de corrélation significative avec la fréquence des crises de boulimie
Kessler et al. 2006 [60]	79 patientes avec TCA tous types et 78 sujets contrôles	Dépression Anxiété	Corrélation significative avec la dépression [r= 0,5 ; p<0,001] et l'anxiété [r=0,4 ; p<0,001]
Lulé et al. 2014 [61]	15 adolescentes AN	IMC	Corrélation significative avec l'IMC [r=-0,53 ; p<0,0002]
Marchesi et al. 2000 [62]	20 patientes avec AN, 20 BN, 126 patients avec autres troubles psychiatriques vs 78 sujets contrôles	Age	Corrélation significative avec l'âge [r=0,14 ; p=0,02]
Montebarocci et al. 2006 [63]	18 patientes ANR, 16 avec BN vs 18 sujets contrôles	Dépression Anxiété	Corrélation significative avec la dépression[r=0,62 ; p<0,001] et l'anxiété état [r=0,65 ; p<0,001]

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
Parling et al. 2010 [64]	35 patientes AN et 35 sujets contrôles	Dépression Anxiété	1Corrélation significative avec la dépression[r=0,43 ; p<0,05] et l'anxiété état [r=0,61 ; p<0,001]
Peres et al. 2018 [65]	79 patientes (adolescentes) : 41 AN et 38 sujets contrôles	Anxiété Dépression	Corrélation significative avec l'anxiété[r=0,364 ; p=0,001] et la dépression[r=0,410 ; p<0,001]
Rothschild-Yakar et al. 2018 [66]	25 patientes dont 13 avec ANR, 7 ANBP et 5 BN et 22 sujets contrôles	Qualité de la mentalisation Dépression	Corrélation significative avec la dépression [r=0,73; p<0,001] Corrélation n'atteignant pas le niveau de significativité au score total de la Reflective Function Scale [r=0,23 ; p<0.06]
Rozenstein et al. 2011 [67]	96 patientes avec TCA et 96 sujets contrôles	IMC Dépression Sous-type de TCA	Corrélation significative avec le IMC [r=-0,35 ; p<0,05] et la dépression [r=0,70 ; p<0,05] Pas de corrélation significative avec le sous-type de TCA
Schmelkin et al.	79 patientes : 19 AN, 26	Taux d'ocytocine	Corrélation significative avec le taux d'ocytocine[r=-0.34

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
2017 [68]	patientes avec antécédent d'AN et 34 sujets contrôles		; p=0.0489]
Schmidt et al. 1993 [69]	93 patientes BN, 80 AN dont 55ANR et 25 AN BP et 95 sujets contrôles (des deux sexes)	Sous-type de TCA IMC	Significativement plus d'alexithymie chez ANR Pas de corrélation avec l'IMC
Schmidt et al. 1993 [69] (2)	41 patientes BN	Dépression	Pas de corrélation significative avant [r=0.1917 ; p>0,05] et après antidépresseur [r=0,04977 ; p>0,05]
Sexton et al. 1998 [70]	53 patientes AN dont 15 ANR et 16 ANBP, 22 BN et 14 sujets contrôles	Sous-type de TCA	Pas de différence significative en fonction du sous-type de TCA après ajustement sur la dépression.
Speranza et al. 2004 [71]	149 patients AN, 84 BN (et 331 patients avec addiction) et 518 sujets contrôles	Dépression Dépendance interpersonnelle	Pas de corrélation significative avec les scores totaux de la TAS-20 concernant la dépression et la dépendance interpersonnelle
Speranza et al.	154 patientes AN dont 105	Sous-type de TCA	Corrélation significative avec la dépression

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
2005 [72]	ANR et 49 ANBP, 98 BN, 279 sujets contrôles	Dépression	Pas de différence significative en fonction des sous-types
Sureda et al. 1999 [73]	35 patientes BN et 35 sujets contrôles	Age Age de début de la maladie Durée de la maladie Comportement « type A »	Score à la TAS-20 non relié à l'âge, à l'âge de début de la maladie et à la durée de la maladie Pas de corrélation significative avec le comportement de « type A »
Taylor et al. 1996 [74]	48 patientes AN et sujets contrôles (matchés, non-matchés, deux sexes)	Sexe Sous-type de TCA	Significativement plus d'alexithymie chez les hommes Pas de corrélation significative avec la BN
Torres et al. 2015 [75]	80 patientes AN dont 52 ANR, 28 ANBP vs 80 sujets contrôles	Dépression Age IMC Durée de la maladie Durée de traitement Utilisation de	Corrélation significative avec la dépression [$r=0,604$; $p<0,001$] Pas de corrélation significative avec l'âge, l'IMC, la durée de la maladie, la durée de traitement et l'utilisation de traitements médicamenteux

Etude	Population	Facteurs testés	Résultat
		traitements médicamenteux	
Tchanturia et al. 2012 [76]	72 patientes AN, 14 AN en rémission, 19 BN, 43 sujets contrôles	Anxiété et Dépression	Corrélation significative entre TAS et Depressive Anxiety and Stress Scale (DASS) [r=0,70 ; p=0,01]
Torres et al. 2019 [77]	125 patientes dont 76 avec ANR et 49 ANBP	Sous-type de TCA IMC Groupe d'âge	Pas de différence sur le score moyen à la TAS-20 entre ANR et ANBP, en fonction de l'IMC et en fonction du groupe d'âge
Zonnevillie-Bender et al. 2002 [78]	30 adolescentes TCA vs 31 sujets contrôles	Sous-type de TCA	Pas de différence significative
Zonnevillie-Bender et al. 2004 [79]	48 adolescentes AN, 23 adultes AN	Age	Pas de différence significative en fonction de l'âge

AN : Anorexia Nervosa ANR: Anorexie de type restrictif

BN : Boulimia Nervosa ANBP: Anorexie avec conduits de purge

- **Il n'a pas été démontré de différence significative sur les taux d'alexithymie en fonction du sous-type de TCA dans la majorité des études.**

En effet, sur 15 études[40], [45]–[50], [57], [67], [69], [70], [72], [74], [77], [78] parmi les 41, comparant l'alexithymie dans les différents sous-types, à savoir la plupart du temps : anorexie mentale restrictive (ANR), anorexie mentale avec conduites de purge (ANBP) et boulimie (BN), la plupart (14) ne retrouvent pas de différence significative entre les sous-type de TCA sur les scores d'alexithymie (notamment après prise en compte de la dépression). L'une d'entre elles évoque une corrélation mais non significative entre boulimie et alexithymie ($r=0.21$; $p>0.05$)[74]. Une seule publication[69] retrouve des différences entre sous-types mais le facteur dépression n'est pas pris en compte. Enfin à noter que Jimerson *et al.*[59] mettent en évidence une absence de corrélation entre alexithymie et fréquence des crises de boulimie avec vomissement dans la BN.

- **La dépression fait augmenter les scores d'alexithymie.**

Parmi ces 41 études, 23 concernent la dépression. 20[25], [41]–[43], [48], [49], [51]–[53], [55], [56], [59], [60], [63]–[65], [67], [72], [75], [76] retrouvent un lien statistiquement significatif entre dépression et alexithymie dont 19[41]–[43], [45], [48]–[53], [56], [59], [60], [63]–[67], [75], [76] avec calcul du coefficient de corrélation statistiquement significatif ($r[0.4-0.73]$; $p\leq 0.05$), deux [46], [69] seulement ne retrouvent pas d'association significative.

- **L'anxiété augmente aussi l'alexithymie.**

13 études[25], [41], [48], [49], [51], [52], [56], [59], [60], [63]–[65], [76] (toutes sauf une[25] présentent des calculs de corrélation) relient de manière statistiquement significative anxiété et alexithymie ($r[0.26-0.71]$; $p\leq 0.05$).

- **Plus l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est bas, plus l'alexithymie est importante.**

Sur les 10 études s'intéressant à l'IMC, six présentent des calculs de corrélation : trois [56], [61], [67] montrent une corrélation négative et statistiquement significative entre alexithymie et IMC ($r[-0.211-0.53]$, $p \leq 0.05$). Courty *et al.*[25] considèrent également l'IMC comme un facteur lié à l'alexithymie. Trois [39] retrouvent des résultats non significatifs[41], [42], [75](respectivement, $r[-0.01]$ et $r[-0.083]$, $p > 0.05$). Les 3 restantes ne retrouvent pas d'association entre le score à la TAS-20 et l'IMC mais les chiffres ne figurent pas[51], [77] ou encore le coefficient de corrélation de Pearson n'est pas utilisé[69]. Il s'agit donc de résultats divergents.

- Une seule étude montre un lien statistiquement significatif entre niveau d'éducation et alexithymie ($r=-0.45$; $p < 0.01$) [31].
- Concernant l'âge, sur les huit [41], [46], [49], [51], [73], [75], [77], [79] études évaluant ce facteur, aucune ne retrouve d'association au score d'alexithymie. Il en va de même pour les cinq [41], [42], [46], [73], [75] études concernant la durée d'évolution de la maladie ou encore l'étude s'intéressant à l'âge de début de la pathologie[73].

Au vue de ces résultats, la dépression, l'anxiété et l'IMC apparaissent comme les facteurs influençant l'alexithymie dans les TCA.

1.3.3. Outils psychothérapeutiques et alexithymie dans les TCA

Il n'a pas été démontré de supériorité d'une psychothérapie sur une autre dans la prise en charge de l'alexithymie, indépendamment du trouble associé[80].

Si l'on s'intéresse aux techniques psychothérapeutiques utilisées dans la prise en charge de l'alexithymie, une revue de la littérature de 2014 de Cameron et al.[81], répertorie les études les évaluant dans différents types de population. Parmi ces études, 4 publications concernent les TCA.

Iancu *et al.*[82] étudient l'effet d'une thérapie groupale combinée à des TCC, de la psychoéducation et des thérapies psychodynamiques chez 30 patients souffrant de TCA et ne retrouvent pas d'amélioration significative de l'alexithymie mesurée sur la TAS-20, cf. infra.

De Groot *et al.*[53] étudient l'effet d'une thérapie groupale sur un échantillon de 31 patientes boulimiques et retrouvent une amélioration significative des scores d'alexithymie mesurée sur la Toronto Alexithymia Scale à 26 items ou TAS-26.

Ciano *et al.*[83] comparent une psychothérapie groupale d'orientation psychanalytique versus un groupe de psychoéducation chez 11 patientes ayant un Binge-Eating Disorder, il n'existe pas de différence significative sur le score global de la TAS-20 entre les groupes.

Storch *et al.*[80] comparent des groupes de psychoéducation en hospitalisation versus un traitement standard chez 19 patients avec divers TCA mais ne retrouvent pas non plus de différence significative.

Ainsi une seule étude avec un faible niveau de preuve montre une amélioration de l'alexithymie après une psychothérapie groupale.

Dans cette même revue de la littérature, trois études évaluent des prises en charges multimodales contenant de l'art-thérapie chez des patients ayant divers troubles psychiatriques dont des TCA et montrent une réduction significative de l'alexithymie (à noter que cela disparaît après ajustement sur les comorbidités notamment la dépression et l'anxiété dans deux études). Il est ainsi difficile de tirer des conclusions car la méthodologie utilisée ne permet pas d'individualiser l'effet de l'art-thérapie.

Une étude de Tchanturia *et al.*[84], évalue la méthode CREST (Cognitive Remediation and Emotion Skills Training) à l'aide de la TAS-20 sur 37 patientes avec anorexie mentale. Ils retrouvent une amélioration significative de l'alexithymie.

Une deuxième étude sur la méthode CREST de Adamason *et al.*[85] de janvier 2018 confirme ces résultats, particulièrement sur un format individuel, dans un échantillon de 66 patientes souffrant d'AN.

Enfin plus récemment, plusieurs études sur l'effet d'interventions basées sur le mindfulness pour améliorer la dimension alexithymique ont été publiées. Une méta-analyse de 2018[86] montre ainsi un effet favorable et statistiquement significatif d'un traitement par mindfulness par rapport au groupe contrôle sur l'alexithymie.

Ainsi, ces dernières années des études sur la psychothérapie groupale, la méthode CREST et le mindfulness ont montré un effet favorable et significatif sur l'alexithymie. Cependant le niveau de preuve est faible pour la psychothérapie groupale et un plus grand nombre d'études sont nécessaires pour confirmer ces résultats pour la méthode CREST et le mindfulness.

Actuellement, aucune forme de psychothérapie n'a fait la preuve de sa supériorité dans le traitement de l'alexithymie.

1.4. L'Art-thérapie

1.4.1. Définition de l'art-thérapie

L'art-thérapie est un terme générique regroupant différentes disciplines artistiques adaptées et utilisées à but thérapeutique. C'est par l'engagement dans un travail créatif que le travail thérapeutique d'élaboration et de réflexion se met en place contrairement aux psychothérapies verbales ou aux autres formes de psychothérapies médiatisées qui utilisent la parole comme outil thérapeutique principal. Toutes les formes de pratiques se référant aux catégories de l'art peuvent être utilisées : la peinture, la musique, le modelage, la danse, le théâtre et l'écriture[87].

Sa définition n'est cependant pas aisée, car en France, le titre d'art-thérapeute n'est actuellement pas reconnu officiellement par l'Etat. Ainsi, il existe un grand nombre de pratiques différentes, d'inspirations théoriques disparates et les objectifs de soins qui y sont rattachés sont également très variables. Dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne et les Etats-Unis, ce titre fait l'objet d'une reconnaissance officielle. On peut ainsi citer l'American Art Therapy Association ou AATA, instance nationale délivrant un diplôme d'art-thérapeute. De ce fait, dans la littérature Nord-américaine, on retrouve une définition plus consensuelle avec notamment une catégorisation en trois sous-groupes beaucoup plus codifiés: la musicothérapie, la dance/movement therapy et la creative-arts therapy[88].

1.4.2. Etat des lieux de la littérature sur l'art-thérapie

1.4.2.1. *L'art-thérapie en général*

Le premier constat que nous pouvons faire est que malgré une large utilisation de cette forme de thérapie depuis plus d'un siècle[89], dans différentes indications, en psychiatrie ou même dans de nombreuses

pathologies somatiques, relativement peu d'études en ont évalué l'efficacité.

Nous pouvons notamment citer une première revue de la littérature[90] faisant état de 17 publications avant 2000 dont huit de type prospectif, non contrôlées, avant et après intervention d'art-thérapie. Quatre étaient des essais contrôlés mais non randomisés ou l'un des groupes recevaient un traitement par art-thérapie comparée à une thérapie dite standard ou encore sans thérapie. Enfin, cinq études contrôlées ont été publiées sur un format comparable aux quatre précédentes mais avec randomisation. Il en ressort globalement, une efficacité de l'art thérapie mais la plupart du temps sans supériorité sur la thérapie dite standard habituellement utilisé, dans les études possédant un groupe contrôle. Par ailleurs, ces études comportent de nombreux biais, à savoir des échantillons de trop faible taille pour pouvoir ajuster sur certains facteurs, au sein de populations hétérogènes, et des protocoles d'art-thérapie insuffisamment décrits pour être reproduits.

Nous pouvons également citer une deuxième revue de la littérature, de Slayton *et al.*[91], faisant suite à celle de Reynolds *et al.*, qui recouvre les publications de 1999 à 2007. Le principe est le même, excepté qu'ils précisent exclure les thérapies par la vidéo, la danse, l'expression corporelle, le théâtre, l'écriture, et la musique. Force est de constater que si des biais similaires persistent par rapport aux études antérieures, le nombre de publications a fortement augmenté, on en retrouve en effet 35, d'autres populations sont étudiées et les protocoles semblent s'affiner. Ainsi on retrouve sept études qualitatives et 13 études pré et post-interventions d'art-thérapie, ces deux types d'études retrouvant de bons résultats (citons par exemple Pifalo *et al.*[92] en 2002 qui montrent une diminution de l'anxiété chez des jeunes filles de 8-17ans, victimes d'agressions sexuelles). quatre études contrôlées et non randomisées présentent également des résultats significatifs, notamment sur les symptômes dépressifs (score à 9 sur la Hospital Anxiety and Depression Scale au début et à 7 après quatre séances d'art-thérapie, $p=0.021$) chez des patients atteints de cancer[93]. Enfin, 11 études contrôlées et randomisées présentent des résultats plus mitigés. A noter cependant, des effets bénéfiques sur le respect des règles et la compliance aux soins dans une

étude s'intéressant à des hommes incarcérés[94].

Citons aussi la revue de la littérature d'Uttley *et al.*[95] qui regroupe l'ensemble des essais contrôlés et randomisés jusqu'en 2013. Ils évaluent l'efficacité de l'art thérapie chez des patients ayant des problèmes de santé mentale à l'exclusion des patients psychotiques, soit majoritairement dépression, anxiété et phobies dans différentes populations, avec calcul du rapport cout/efficacité. Ici, les thérapies par la vidéo, la danse, l'expression corporelle, le théâtre, l'écriture, et la musique sont également exclues. Ainsi sur les 11 essais contrôlés et randomisés retrouvés (dont trois faisaient déjà partie de la revue de la littérature de Slayton *et al.* citée précédemment), sept études montraient des résultats significativement positifs sur différents symptômes mentaux par rapport aux contrôles, ces derniers recevant des activités occupationnelles ou d'autres formes de thérapie comme des groupes d'éducation ou encore aucune psychothérapie. Le rapport cout/efficacité était favorable par rapport aux groupes « liste d'attente », c'est-à-dire ayant un suivi sans psychothérapie et non concluant par rapport aux groupes psychothérapies verbales.

De plus, cette revue de la littérature est associée à une seconde de Scope *et al.*[96] qui s'intéresse à l'acceptabilité, les bénéfices relatifs et les potentiels effets néfastes de l'art-thérapie. D'une part, ils concluent à une bonne acceptabilité de cette méthode pour la plupart des patients avec un bénéfice dans la relation à l'autre, la capacité à se comprendre soi-même, à comprendre sa maladie, la gestion de la douleur, et une aide à la relaxation. D'autre part, ils évoquent notamment l'importance que l'indication de la prise en charge en art-thérapie soit posée de façon adéquate et effectuée par un art-thérapeute formé et qualifié pour éviter des effets néfastes. Soulignons enfin un bénéfice sur l'expression émotionnelle et l'estime de soi.

Regev *et al.* dans un article publié en 2018[97], effectue une nouvelle revue de la littérature synthétisant ces données. Ils répertorient 27 études sur l'art-thérapie réparties en sept catégories (patients souffrant de cancer, patients souffrant de pathologies somatiques diverses à l'exclusion des

pathologies cancéreuses, domaine de la santé mentale, patients victimes de traumatismes, personnes incarcérées, personnes âgées, patients faisant face à d'autres problématiques de la vie quotidienne et n'appartenant pas aux catégories précédentes). Pour chaque étude et dans chaque catégorie, on retrouve une classification en trois niveaux : les essais contrôlés et randomisés (niveau 1), les essais contrôlés non-randomisés (niveau 2) et les études non-contrôlées (niveau 3). Ainsi les études concernant les pathologies somatiques dont les cancers ont un meilleur niveau de preuve souvent de niveau 1 et montrent que l'art-thérapie permet une amélioration de la qualité de vie chez ses patients et de leur capacité à gérer des symptômes psychiques variés. Notons qu'il existe surtout des études sur des patients souffrant de cancer. Concernant la santé mentale, notons que les études sur la schizophrénie montre des résultats divergents sur l'amélioration des symptômes négatifs. (Deux études contrôlées sont retrouvées, dont une montrant une amélioration significative, alors que l'autre ne montre pas de différence significative sur les symptômes négatifs entre le groupe art-thérapie et le groupe « activités occupationnelles ». Une revue de la littérature publiée dans le Lancet en 2016[98] retrouvent également des résultats divergents ; les auteurs précisent que la NICE recommande ce type d'intervention pour les symptômes négatifs.) Les résultats sont divergents pour les patients victimes de traumatisme. A propos des personnes incarcérées, l'art-thérapie semble avoir des résultats bénéfiques sur l'état émotionnel, à savoir notamment les scores de dépression ; il y aurait également un impact positif sur la capacité à respecter le règlement de la prison, en particulier sur le long-terme. Il semble exister des résultats prometteurs pour les personnes âgées bénéficiant d'art-thérapie en groupe (notamment sur les pathologies démentielles) même si le nombre d'études est encore trop faible. Enfin pour les patients faisant face à d'autres problématiques de la vie quotidienne, on retrouve un effet bénéfique de l'art-thérapie sur le stress au travail ou le burnout. Regev *et al.* concluent ainsi que depuis la publication de Reynolds *et al.*[89], le nombre de publications sur l'art-thérapie a nettement augmenté ainsi que le niveau de preuve des publications (avec notamment des échantillons de plus en plus grands) et que même si ces études sont encore trop hétérogènes pour effectuer une méta-analyse les résultats semblent prometteurs avec la

nécessité de continuer à décrire les techniques d'art-thérapie dans les articles dans un souci de définition et d'uniformisation des pratiques et de poursuivre dans le champ de la recherche théorique.

Concernant les TCA, une étude de 2017 de Lock *et al.*[99] s'intéresse à des adolescents souffrant d'anorexie mentale avec des traits obsessionnels-compulsifs qui sont reliés à de moins bons résultats suite à une prise en charge en thérapie familiale. Les résultats suggèrent que l'ajout d'une prise en charge en art-thérapie pourrait améliorer ces résultats.

1.4.2.2. Focus sur la drama-thérapie, la danse-thérapie, la musicothérapie et autres médiations artistiques

Un certain nombre de revues de la littérature ci-dessus[91], [95], [96], en fonction des critères d'inclusion voire de la définition de l'art-thérapie n'incluent pas certaines médiations artistiques. Ainsi si l'on s'intéresse spécifiquement à la danse-thérapie et à la musicothérapie, on retrouve un nombre de publications relativement important. A noter cependant que l'on ne retrouve que très peu d'études pour le théâtre et la vidéo.

Citons notamment une revue systématique Cochrane de 2007 sur la drama-thérapie et la schizophrénie[100] répertoriant cinq études très hétérogènes car incluant notamment des interventions sur le psychodrame ; la conclusion rapporte la nécessité d'effectuer des études supplémentaires. On retrouve aussi en 2016 une étude contrôlée (avant et après intervention de drama-thérapie et en comparant à un groupe ayant les soins usuels) [101] montrant une amélioration de la capacité à entrer relation avec les autres, de l'estime de soi et des symptômes dépressifs après intervention de drama-thérapie.

Pour la « vidéo-thérapie », citons une étude non-contrôlée de 2018[102] montrant un bénéfice sur la gestion de traumatismes chez des vétérans.

Nous ne retrouvons pas d'étude sur l'expression écrite créative. En revanche il existe un certains nombres de publications sur l'expression écrite, ou *expressive writing* en anglais, qui désigne une méthode spécifique qui consiste à écrire sur ses propres émotions (cf. infra).

Pour la danse-thérapie, citons la revue de la littérature de Strassel *et al.*[103] de 2011 qui fait état dans différentes populations d'une efficacité significative notamment sur la qualité de vie ou l'estime de soi. Un seul essai contrôlé est retrouvé dans l'indication des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA, cf. infra) et montre une amélioration de la dysmorphophobie[104]. Le niveau de preuve reste faible à modéré. Citons aussi une revue systématique de la littérature Cochrane de 2013 sur Danse-thérapie et schizophrénie[105] qui conclue à l'absence de preuve pour recommander ou réfuter la danse-thérapie dans cette population avec la encore, la nécessité d'effectuer des études supplémentaires.

Sur la musicothérapie, on peut évoquer la revue de la littérature de Carr *et al.* [106] de 2013 chez des patients présentant des troubles psychiatriques en phase aigüe, hospitalisés. On retrouve notamment des effets bénéfiques sur la communication de ces patients, mais la méthodologie de ces études à nouveau du fait de l'hétérogénéité des pratiques et de la petite taille des échantillons ne permet pas de conclure. La revue systématique de la littérature Cochrane de 2017 sur musicothérapie et schizophrénie[107] montre avec un niveau de preuve faible à modéré une amélioration des symptômes négatifs et globaux, une amélioration du fonctionnement social et de la qualité de vie. Il existe également une méta-analyse Cochrane de 2017 sur musicothérapie et dépression[108] montrant une amélioration sur le court-terme des symptômes dépressifs ; l'effet de la musicothérapie associée à la prise en charge habituelle est supérieure à la prise en charge habituelle seule. Citons tout de même une étude de 2015 non contrôlée, montrant une réduction de l'anxiété après les repas chez des patientes souffrant d'anorexie mentale suite à une prise en charge en musicothérapie[109].

1.4.2.3. Conclusion sur l'état des lieux de la littérature sur l'art-thérapie

Finally, in these last years, the number of publications on art therapy has increased, with more detailed therapeutic interventions, an improvement in the level of evidence and notably a beneficial effect found on a wide variety of symptoms notably depressive, anxious, negative symptoms and quality of life. However, the question of standardization and of heterogeneity remains problematic, practices varying for example according to the country of origin. Moreover, further studies must be carried out in certain indications to further improve the level of evidence and other indications have almost not been explored.

1.4.3. Art-thérapie et alexithymie

One of its non-controlled studies of Theorell *et al.* in 1998[110], is interested in patients suffering from psychosomatic disorders and shows after about two years of care in art therapy a significant ($p < 0.02$) improvement in scores of depression and anxiety and an improvement, not significant however, in psychosomatic symptoms (evaluation by non-standardized questionnaires inspired by the General Health Questionnaire). One also finds the idea, without specific quantitative evaluation, that this could favor emotional expression and improve alexithymia. More recently, we can cite the work of L. D'abbadie[111] showing an improvement in the alexithymic dimension on the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire after a music therapy program in patients with a resistant depression at the University Hospital of Purpan (to note that depression and anxiety were not taken into account as confounding factors).

Nan and Ho(2017)[112] conducted a randomized controlled trial evaluating the effectiveness of an art therapy intervention using clay on

l'épisode dépressif caractérisé. Les résultats montrent ainsi une amélioration significative des symptômes dépressifs ainsi que de la dimension alexithymique mesurée à l'aide de la TAS-20.

1.5. Conclusion générale sur la revue de la littérature

Si l'art thérapie est très souvent utilisée dans le traitement des patientes souffrant de TCA, très peu d'études en évaluent l'efficacité et il n'en existe aucune à notre connaissance concernant l'impact de cette thérapie sur l'alexithymie dans l'anorexie mentale ou la boulimie qui constitue pourtant un facteur de résistance aux traitements psychothérapeutiques et un facteur de mauvais pronostic.

Nous nous proposons donc de réaliser une étude prospective et multicentrique afin d'évaluer l'effet de l'art-thérapie sur l'alexithymie chez les patientes souffrant d'AN ou de BN.

2. Présentation de l'étude-pilote ALEXART

2.1. Présentation générale de l'étude

Le protocole ALEXART est une étude-pilote, non-interventionnelle, multicentrique, de cohorte, prospective.

Elle est réalisée sur le CHU de Toulouse, promoteur de l'étude, et la clinique Castelvieu.

Nous avons reçu l'avis favorable du CPP « OUEST III » en date du 27/07/2018 (numéro d'étude RC31/18/0180).

L'étude ALEXART est enregistrée sur Clinical Trial sous le n° NCT03524443.

2.2. Présentation du protocole ALEXART

2.2.1. Hypothèse de la recherche

Une prise en charge en art-thérapie dans le cadre d'une prise en charge globale, chez des patientes adultes hospitalisées souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie, permet une amélioration de l'alexithymie.

2.2.2. Objectifs de la recherche

2.2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal est de décrire l'évolution à 3 mois sur la dimension alexithymique au décours d'une prise en charge en art-thérapie, chez des patientes présentant une anorexie mentale ou une boulimie.

Nous nous attendons à ce que la prise en charge en art-thérapie améliore significativement la dimension alexithymique chez ces patientes.

2.2.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire l'évolution à 3 mois sur la dimension alexithymique au décours d'une prise en charge en art-thérapie, chez des patientes présentant une anorexie mentale ou une boulimie, dans chacun des centres.

- Décrire l'évolution à 1 mois sur la dimension alexithymique au décours d'une prise en charge en art-thérapie, chez des patientes présentant une anorexie mentale ou une boulimie, au global et dans chacun des centres.
- Décrire la relation à 1 mois et à 3 mois entre les variations de l'alexithymie et celle de l'IMC chez des patients présentant une anorexie mentale, au global et dans chacun des centres.
- D'évaluer l'effet de la dépression sur l'évolution à 1 mois et 3 mois d'une prise en charge en art-thérapie sur la dimension alexithymique, chez des patientes présentant une anorexie mentale ou une boulimie, au global et dans chacun des centres.
- D'évaluer l'effet de l'anxiété sur l'évolution à 1 mois et à 3 mois d'une prise en charge en art-thérapie sur la dimension alexithymique, chez des patientes présentant une anorexie mentale ou une boulimie, au global et dans chacun des centres.

2.2.3. Conception de la recherche

Il s'agit d'une étude-pilote de cohorte, non-interventionnelle, prospective, multicentrique: patientes du Service de Psychiatrie, Psychothérapie et Art-thérapie au CHU de Toulouse, et de la Clinique Castelveiel à Castelmaurou.

2.2.4. Critères d'éligibilité

2.2.4.1. Critères d'inclusion

- Patientes de sexe féminin, souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie selon les critères du DSM-5,
- Prises en charge initialement en hospitalisation temps plein :
 - Dans le service de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-thérapie au CHU de Toulouse,
 - Ou à la clinique Castelveil à Castelmaurou,
- Ayant un âge supérieur ou égal à 16 ans,
- Ayant une bonne compréhension orale et écrite du français
- Ne s'opposant pas à l'étude,
- Affiliées à la sécurité sociale

2.2.4.2. Critères de non inclusion :

- Symptomatologie psychotique aigue
- Femmes enceintes et allaitante
- Personne sous sauvegarde de justice

2.2.4.3. Faisabilité et modalités de recrutement :

La sélection des participantes se fera de manière consécutive, après vérification des critères d'inclusion et de non inclusion, à leur admission en hospitalisation dans les deux centres participants à l'étude à savoir : dans le service de psychiatrie, psychothérapies et art-thérapie au CHU de Toulouse, et à la clinique Castelveil à Castelmaurou.

Le recrutement aura lieu sur une durée de 12 mois et sera équilibré entre les centres.

2.2.5. Procédure de la recherche : description des soins reçus par les patientes:

L'ensemble des patientes bénéficieront d'une prise en charge validée par l'HAS incluant :

- 3 à 5 entretiens médicaux avec un psychiatre chaque semaine
- un suivi régulier avec un médecin somaticien formé aux TCA
- 1 à 2 entretiens avec un psychologue chaque semaine, en individuel ou en groupal
- de l'ergothérapie comprenant des thérapies médiatisés (séances disponibles tous les jours) et de la psychomotricité
- un suivi avec un diététicien
- des ateliers occupationnels, variables en fonction des centres (sport, arts créatifs...)

Par ailleurs, elles participeront à des ateliers d'art-thérapie. En fonction du centre, les patientes recevront soit une séance d'une demi-journée tous les quinze jours, la médiation artistique utilisée étant la peinture ; soit en moyenne 2 à 5 séances d'environ une heure par semaine utilisant la musique (percussions, chant), le théâtre, la peinture, la photographie, l'expression corporelle et la danse, l'écriture, la terre ou le collage. Ces ateliers thérapeutiques sont tous réalisés par des soignants (infirmiers, psychologues, psychiatres...) formés à l'art-thérapie, en milieu hospitalier.

2.2.6. Critères d'évaluation

2.2.6.1. Critère d'évaluation principal

Le score d'alexithymie mesuré à l'aide de la Toronto Alexithymia Scale à 20 items (variable continue) à 3 mois.

La TAS-20[113], [114]est un auto-questionnaire type échelle de Likert, de 20 items notés de 1 (désaccord complet) à 5 (accord complet) évaluant trois dimensions centrales de l'alexithymie : la difficulté à identifier les émotions (Difficulties Identifying Feelings ou DIF), la difficulté à décrire les émotions (Difficulties Describing Feelings ou DDF) et le mode de pensée concret ou orienté vers l'extérieur (Externally Oriented, concrete Thinking ou EOT). Le score total peut être classé en trois catégories: alexithymique ($TAS-20 \geq 61$), intermédiaire ($51 \leq TAS-20 \leq 61$) et non-alexithymique ($TAS-20 < 51$)[74]. Cette échelle présente un niveau de consistance interne et de reproductibilité satisfaisant (Alpha de Cronbach= 0.76[113], [114]) et a également été validée dans la version française avec des seuils différents que nous utiliserons ici (≥ 56 pour les patients alexithymiques et ≤ 44 pour les patients non-alexithymiques)[115].

2.2.6.2. Critères d'évaluation secondaires

- Mesure du score d'alexithymie à 1 mois à l'aide de la TAS-20,
- Evolution de l'IMC (variable continue) à 1 mois et à 3 mois chez les patientes anorexiques. Le poids est recueilli chaque semaine (deux fois par semaine au CHU) le même jour de manière standardisé : en présence d'une infirmière, le matin à jeun, après être allé aux toilettes, en sous-vêtements, et en utilisant la même balance. La taille est mesurée dans des conditions similaires avec le même appareil de

mesure, à l'entrée. L'IMC est calculé en effectuant l'opération poids divisé par la taille au carré et s'exprime en kg/m².

- Score de dépression recueilli à 1 mois et à 3 mois à l'aide de la BDI-II (cf. infra),
- Score d'anxiété recueilli à 3 mois à l'aide de la STAI-Y (cf. infra).

2.2.7. Déroulement de la recherche

2.2.7.1. Calendrier de la recherche

Nous proposons une étude longitudinale et prospective en 3 temps d'évaluation :

- T0 : 48 heures après l'admission du patient
- T1 : 1 mois après T0
- T2 : 3 mois après T0

A noter que pour T1 et T2, nous recontacterons les patientes par téléphone afin d'effectuer les questionnaires si la durée d'hospitalisation est inférieure à 3 mois. Notons aussi qu'après l'hospitalisation, les patientes continuent à bénéficier d'un suivi psychiatrique et somatique en consultation ambulatoire ainsi que de séances d'art-thérapie.

2.2.7.2. Tableau récapitulatif du suivi des participants

	T-1	T0	T1 (à 1 mois)	T2 (à 3 mois)
Présentation du protocole à la patiente	X			
Recueil de la non opposition		X		
Nombre de patientes refusant l'art-thérapie		X		
Début des séances d'art-thérapie			X	
Date de naissance		X		
Type de TCA		X		
Dernier diplôme obtenu		X		
Antécédents psychiatriques		X		
Traitement médicamenteux		X		
IMC		X	X	X
Scores d'alexithymie		X	X	X
Scores de dépression,		X	X	X
Scores d'anxiété AE		X	X	X
Scores d'anxiété AT		X	X	X
Nombre de séances d'art-thérapie honorées par semaine et type			X	X

T-1 : à l'admission en hospitalisation

2.2.7.3. Information des personnes concernées

Le médecin propose au patient de participer à cette recherche et l'informe :

- de l'objectif,
- du traitement informatisé des données le concernant qui seront recueillies au cours de cette recherche et lui précise également ses droits d'accès, d'opposition et de rectification à ces données.

Le médecin vérifie également les critères d'éligibilité. Si la personne est d'accord pour participer, elle donne oralement son accord et sa non-opposition est documentée dans son dossier médical. Le participant pourra, à tout moment arrêter sa participation à la recherche et donc s'opposer à l'utilisation de ses données, dans le cadre de la recherche.

Si la personne se prêtant à la recherche est une mineure il faudra que l'un des deux titulaires de l'autorité parentale donne sa non opposition à la participation de son enfant. Il est à noter qu'on ne pourra aller contre le refus du mineur.

2.2.7.4. Visites de suivi

2.2.7.4.1. T0 : 48 heures après l'admission

- Information du patient à l'admission et recueil de la non opposition à la participation à l'étude (avec un délai de réflexion de 48 heures)
- Recueil des données médicales et sociodémographiques
 - Age
 - Traitement médicamenteux
 - Antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques
 - Type de TCA
 - Dernier diplôme obtenu
- Recueil des variables physiologiques :
 - IMC (le poids est recueilli chaque semaine le même jour, deux fois par semaine, de manière standardisée : en présence d'une infirmière, le matin à jeun, après être allé aux toilettes, en sous-vêtements, et en utilisant la même balance. La taille est mesurée

dans des conditions similaires avec le même appareil de mesure, à l'entrée. L'IMC est calculé en effectuant l'opération poids divisé par la taille au carré).

- Recueil des variables psychologiques
 - Mesure des symptômes d'alexithymie (TAS-20)
 - Mesure des symptômes de dépression à l'aide de la Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
 - Mesure des symptômes d'anxiété à l'aide de la State Trait Inventory Anxiety forme Y (STAI-Y)

2.2.7.4.2. T1 : 1 mois après T0

- Recueil de la date de début des séances d'art-thérapie
- Recueil des variables physiologiques :
 - IMC : le poids est mesuré comme expliqué ci-dessus et nous utiliserons la taille d'entrée.
- Recueil des variables psychologiques
 - Mesure des symptômes d'alexithymie (TAS-20)
 - Mesure des symptômes de dépression (BDI-II)
 - Mesure des symptômes d'anxiété (STAI)
- Recueil du nombre de séances d'art-thérapie par semaine prévues et honorées. Le type de séance (peinture, musique...) et la durée seront relevés.

2.2.7.4.3. T2 : 3 mois après T0

Cette visite est la visite de fin d'étude. Nous effectuons :

- Recueil des variables physiologiques :
 - IMC : le poids est mesuré comme expliqué ci-dessus et nous utilisons la taille d'entrée.
- Recueil des variables psychologiques
 - Mesure des symptômes d'alexithymie (TAS-20)
 - Mesure des symptômes de dépression (BDI-II)
 - Mesure des symptômes d'anxiété (STAI)
- Recueil du nombre de séances d'art-thérapie prévues et honorées. Le type de séance (peinture, musique...) et la durée seront relevés

2.2.7.5. *Echelles utilisées*

2.2.7.5.1. La Beck Depression Inventory-II (BDI) :

La version révisée de la BDI ou BDI-II[116], est un auto-questionnaire de 21 items évaluant les symptômes dépressifs. Ces différents items sont cotés de « rarement » (0) à souvent (3). Le score total peut être utilisé pour coter la sévérité de la dépression: 0 à 13 (minimale); 14 à 19 (léger); 20 à 28 (modérée); >28 (sévère[117]). A noter qu'il n'existe pas de seuil validé chez les adultes permettant de définir un épisode dépressif caractérisé.

Elle présente un très bon niveau de consistance interne et de reproductibilité : le coefficient Alpha de Cronbach est élevé de 0.83 à 0.96 en fonction des études dans une revue de la littérature de 2013[118], cela est aussi le cas en version française[119].

2.2.7.5.2. Le State Trait Inventory Anxiety Y (STAI-Y) :

Le STAI est un auto-questionnaire type Likert évaluant l'anxiété qui comprend deux échelles : la STAI forme Y-A pour « l'anxiété-état » (AE) et la forme Y-B pour « l'anxiété-trait » (AT). Chaque échelle est composée de 20 propositions : l'échelle E (Etat) relative à ce que le sujet ressent sur le moment et l'échelle T (Trait) relative à ce que le sujet ressent généralement[120]. Chaque item a un score allant de 1 à 4 (4 étant le degré le plus fort d'anxiété). Nous obtenons ainsi le score AE qui est la somme des 20 questions de la page relative à l'état et qui varie de 20 à 80 ainsi que le score AT soit la somme des 20 questions de la page « Trait » qui varie aussi de 20 à 80. On retrouvera donc un score très élevé (> à 65), élevé (de 56 à 65), moyen (de 46 à 55), faible (de 36 à 45) ou très faible (≤ 35). Elle présente des qualités psychométriques satisfaisantes, y compris dans sa traduction française (Alpha de Cronbach allant de 0.73 à 0.88)[121].

2.2.8. Justification des choix méthodologiques

Il s'agit d'une étude pilote non-interventionnelle multicentrique, de cohorte prospective. Dans cette étude, chaque patiente est son propre contrôle (avant/après la prise en charge). Elle est non randomisée car une randomisation impliquerait une modification des pratiques. De plus, la pratique de l'art-thérapie étant ancienne dans les centres toulousains, il ne paraissait pas possible pour des raisons éthiques de refuser une telle prise en charge aux patientes. Les pratiques d'art-thérapie étant différentes entre les deux centres, des analyses par centre permettront de décrire l'évolution des patientes selon le lieu de prise en charge.

Cette étude sera proposée aux patientes âgées de 16 ans ou plus car l'anorexie mentale et la boulimie sont des pathologies débutant dans la majeure partie des cas à l'adolescence (par exemple incidence maximum entre 10 et 19 ans pour l'anorexie mentale[122]).

Nous ne recruterons que des femmes car le fait d'être de sexe masculin est un facteur confondant en ce qui concerne les scores d'alexithymie (cf. supra). Par ailleurs, la plupart des études sur le sujet dans la littérature concerne des individus de sexe féminin. Cela peut notamment s'expliquer par une prévalence nettement plus élevée des TCA dans cette population comme le montre la revue de la littérature de 2017 de Lindvall Dahlgren *et al.* [7]. En effet, sur les 19 études incluses, seulement une s'intéresse à des patients de sexe masculin avec une prévalence sur la vie entière de 0.1% contre 1.7 à 3.6% chez les femmes pour l'anorexie mentale.

Les facteurs connus dans la littérature comme associés à l'alexithymie (dépression, anxiété, IMC) seront recueillis dans les deux groupes et leur effet sur l'évolution de l'alexithymie sera pris en compte dans les analyses.

2.2.9. Aspects statistiques

2.2.9.1. Généralités

La base de données fera l'objet de contrôles logiques et de repérage d'erreurs aberrantes qui seront suivis de retour au dossier source si nécessaire. La base sera déclarée gelée après révision de l'ensemble des événements déclarés statistiquement non conformes. Un plan d'analyse statistique détaillé sera rédigé et validé avec l'investigateur. Les analyses seront conduites sur la base déclarée gelée. Une analyse descriptive de l'ensemble de la population recrutée sera effectuée afin de vérifier s'il existe des écarts au protocole soit au moment de l'inclusion soit en cours du suivi. Seront mentionnés le pourcentage de patients inclus à tort et le pourcentage de sujets perdus de vue.

2.2.9.2. *Calcul de la taille d'étude*

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude évaluant l'alexithymie au décours d'une prise en charge en art-thérapie dans l'anorexie mentale ou la boulimie permettant des hypothèses sur lesquelles appuyer un calcul de la taille d'étude.

Nous nous proposons de recruter 30 patientes, en accord avec les recommandations sur les études pilotes. Cette effectif confère par ailleurs une puissance de 80 % pour mettre en évidence une évolution de 4 points sur la TAS-20 avant et après l'intervention par art-thérapie, avec un écart-type de la différence estimé à 7,5 comme dans l'étude de Tchanturia et. *al.*, et un risque alpha fixé à 5 % bilatéral (test t pour moyennes appariées). Cette différence correspond à une taille d'effet de 0,5 soit une taille d'effet modérée[84].

2.2.9.3. *Méthodes statistiques employées*

Les caractéristiques des patientes incluses seront décrites. Les données quantitatives seront exprimées en moyenne +/- écart-type ou en médiane et intervalle interquartile en fonction de leur distribution. Les données qualitatives seront exprimées en effectifs et pourcentages.

Les tests statistiques seront conduits au risque alpha 5 % bilatéral.

L'analyse principale reposera sur la comparaison des scores TAS-20 pré et post intervention à 3 mois par un test t pour moyennes appariées ou un test de Wilcoxon pour données appariées selon la distribution de la variable. Les analyses secondaires reposeront sur :

- La comparaison des scores TAS-20 pré et post intervention à 1 mois par un test t pour moyennes appariées ou un test de

Wilcoxon pour données appariées selon la distribution de la variable

- L'étude de la corrélation entre évolution de l'IMC et évolution de la TAS-20 par l'estimation du coefficient de corrélation de Spearman
- La comparaison de l'évolution des scores de la TAS-20 à 3 mois en fonction du score de dépression mesuré à l'aide de la BDI-II à l'inclusion par une analyse de la covariance
- La comparaison de l'évolution des scores de TAS-20 à 3 mois entre les sujets en fonction du score d'anxiété à l'inclusion dans un modèle de régression linéaire multi variable (test de l'interaction)

Un effet centre sera recherché et des analyses par centre proposées le cas échéant.

Ces analyses seront réalisées au sein de l'Unité de soutien méthodologique à la recherche du CHU de Toulouse à l'aide du logiciel STATA (version 14 ou ultérieure) ou SAS (version 9.2 ou ultérieure).

2.2.10. Gestion des données

Les données seront recueillies par simple saisie avec relecture sur un CRF papier par le meneur de la recherche. Ils seront anonymisés et conservés dans un bureau fermé à clé.

Ces données anonymisées seront ensuite traitées à l'aide de tableurs Excel et d'un logiciel de statistique approprié avec l'aide de l'USMR.

2.2.11. Considérations éthiques et réglementaires

Le promoteur et la personne qui dirige et surveille la recherche s'engagent à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et la déclaration d'Helsinki (qui peut être retrouvée dans sa version intégrale sur le site <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>).

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) OUEST 3 et l'ANSM a été informée de cette étude.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche font l'objet d'un traitement informatisé au CHU de Toulouse dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-003). Le CHU de Toulouse a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de référence ».

Cette recherche est enregistrée sur le site Clinical Trial sous le n° NCT03524443.

3. Présentation du début de l'étude ALEXART

3.1. Généralités

Suite à l'obtention de l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) « OUEST III » en date du 27/07/2018, nous avons pu débuter le recrutement des participants le 07/09/2018 sur le CHU Purpan et le 18/10/2018 sur la clinique Castelvial. A noter que ces délais sont en lien avec l'obtention des autorisations nécessaires dans chaque établissement ainsi qu'avec la fermeture des ateliers d'art-thérapie durant le mois d'août.

3.2. Début du recrutement sur le CHU Purpan

Au 28 janvier 2019, nous avons recruté un total de 5 patientes sur le CHU sur 6 entrées pour motif de TCA depuis l'ouverture du recrutement. Une seule patiente sur les 6 a refusé de participer à l'étude. Notons que cette patiente présentait à son entrée une certaine ambivalence par rapport aux soins.

Parmi les 5 patientes recrutées, toutes avaient un diagnostic d'anorexie mentale et un IMC strictement inférieur à 16kg/m². On dénombrait 1 patiente anorexique de forme restrictive pure et 4 présentant une anorexie avec conduites de purge. Toutes les patientes étaient majeures.

Une seule sur les 5 était initialement hospitalisée sous contrainte.

Elles ont toutes accepté de participer aux séances d'art-thérapie.

3.3. Début du recrutement sur la clinique Castelviel

Au 28 janvier 2019, nous avons recruté un total de 6 patientes sur la clinique Castelviel sur 8 entrées pour motif de TCA depuis l'ouverture du recrutement. Deux patientes n'ont pu être recrutées pour cause de sortie prématurée d'hospitalisation.

Parmi les 6 patientes recrutées, 4 avaient un diagnostic d'anorexie mentale et 2 un diagnostic de boulimie nerveuse. Toutes les patientes anorexiques présentaient une anorexie avec conduites de purge. Toutes les patientes étaient majeures. A noter que la Clinique Castelviel, en raison de la nature de ses infrastructures, ne reçoit pas de patient hospitalisé sous contrainte et que les patientes souffrant de TCA ont un $IMC \geq 13 \text{kg/m}^2$. Elles ont toutes accepté de participer aux séances d'art-thérapie.

Par ailleurs, au vue de la date du début de recrutement en septembre et de notre durée d'inclusion de 12 mois, nous respectons le délai afin de pouvoir recruter 30 patientes au total.

Enfin, en termes de faisabilité, nous avons pu rencontrer quelques difficultés avec des patientes sur le site Castelviel, ayant des durées d'hospitalisation plus courtes et un suivi plus espacé. En effet, il a parfois été plus délicat de les recontacter par téléphone avec plusieurs relances nécessaires. Les autres difficultés rencontrées tiennent au fait que la personne réalisant la recherche soit interne au CHU avec un temps plus limité prévu sur la clinique Castelviel.

Notons qu'une patiente est sortie de l'étude au bout d'un mois et n'a donc pas effectué la visite de T1 pour motif de refus de poursuivre. Cela semblait en lien avec une alliance thérapeutique plus fragile.

4. Discussion

4.1. Retombées attendues et limites de l'étude

4.1.1. Pour les patientes qui participent

Pour les patientes incluses dans le protocole, la réalisation de cette étude peut permettre un monitoring des symptômes, notamment en ce qui concerne l'alexithymie, les éléments dépressifs et anxieux.

4.1.2. Dans la recherche

Le but de l'étude pilote est également de fournir des hypothèses pour dimensionner un essai multicentrique de plus grande ampleur permettant d'évaluer l'effet de l'art-thérapie sur l'alexithymie chez les patientes souffrant d'AN ou de BN.

De plus l'analyse par centre pourrait être un argument favorable pour l'une des techniques d'art-thérapie afin d'effectuer d'autres études et aboutir à des pratiques et formations plus codifiées et reconnues.

4.1.3. Recommandations dans la littérature pour les études futures

En effet, Regev *et al.* dans leur revue de la littérature de 2018 sur l'art-thérapie[97], mettent en exergue la multiplication des articles dans ce champs ces dernières années avec une amélioration globale des méthodologies. Cependant, ils évoquent également la nécessité de faire plus d'études, avec un meilleur niveau de preuve afin de pouvoir conduire des méta-analyses. Ils reprennent également le fait que certaines indications restent à explorer. Par ailleurs, dans les études s'intéressant à une prise en charge en art-thérapie pour des patients souffrant de différentes pathologies somatiques à l'exclusion des cancers, les recherches semblent limiter par un manque d'outil commun. Ils proposent ainsi l'utilisation de questionnaires de qualité de vie pour les études

futures. **Ils suggèrent également l'intérêt de multiplier les recherches théoriques afin d'améliorer la compréhension des mécanismes psychiques entrant en jeu au décours d'une prise en charge en art-thérapie.**

Il serait ainsi intéressant d'effectuer d'autres études qui à l'instar du protocole ALEXART évaluerait l'effet de l'art-thérapie sur la dimension alexithymiques dans d'autres populations.

Cela pose aussi la question des outils d'évaluation à utiliser.

4.1.4. L'alexithymie : un concept aux multiples facettes, à travers ses outils d'évaluation

En effet, dans notre étude nous utilisons la TAS-20 du fait de sa large utilisation dans la littérature, en tant que « gold standard ». La TAS-20 est effectivement un outil validé dans plusieurs langues (cf. supra) et simple d'utilisation. Cependant de nombreux auteurs évoquent les limites de cet outil qui n'évalue que 3 facettes de l'alexithymie ; F1 : Difficultés à Identifier ses émotions (Difficulties Identifying Feelings ou DIF), F2 : Difficultés à Décrire ses émotions (Difficulties Describing Feelings ou DDF) et F3 : un mode de pensée centré sur le concret ou l'opérateur (Externally Oriented Thinking ou EOT).

En effet la version précédente de la TAS : la TAS-26 ou à 26 items avait un facteur supplémentaire, à savoir le Reduced Daydreaming que l'on peut traduire par la diminution de la capacité de rêverie, faisant référence à l'accès à l'imaginaire. Ainsi la TAS-20 n'évaluerait qu'une partie de la dimension affective de l'alexithymie. Elle reflèterait indirectement l'accès à l'imaginaire, via le facteur mode de pensée concret ou orienté vers l'extérieure (F3 ou EOT). Ce mode de pensée concret selon la conception originale serait en effet la conséquence d'une incapacité à avoir accès à l'imaginaire[123].

De ce fait au début des années 2000, le Bermond and Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) a été développé. Le BVAQ évalue 5 dimensions de l'alexithymie à travers 2 facteurs émotionnels : la capacité à fantasmer (B2) et à éprouver des émotions (à réagir face à des événements induisant des émotions ou B4) et 3 facteurs cognitifs sur identification (B3), analyse (B5) et verbalisation des émotions (B1). Les scores cognitif et affectif permettraient d'apprécier 2 types d'alexithymie.

Le premier type correspondrait à une absence de conscience de l'éprouvé émotionnel et, par conséquent, à une absence des émotions qui accompagnent les cognitions. Le deuxième type correspondrait à une présence de l'éprouvé émotionnel mais à une absence de cognitions associées.

Certains auteurs considèrent ainsi que la TAS-20 ne mesure que le versant cognitif de l'expression émotionnelle (Deborde et al. montre un effet une corrélation entre TAS-20 et score cognitif de la BVAQ, mais pas avec le score émotionnel[123]). Cela est cependant controversé par Taylor *et al.*, qui ne distinguent pas un versant cognitif et un versant émotionnel de l'alexithymie. Ils considèrent le degré de réaction à un stimulus émotionnel comme un corrélat du concept d'alexithymie plutôt que comme une caractéristique centrale en le justifiant par le fait que cette dimension n'était pas présente dans la conception originale de l'alexithymie.[124].

Ainsi il est intéressant de constater que dans la BVAQ, la capacité à fantasmer ou s'évader dans l'imaginaire est intimement liée au versant émotionnel de l'alexithymie en opposition au versant cognitif. Deborde et al. dans leur étude de 2004 montre par ailleurs un score B2 sur la capacité à fantasmer particulièrement altéré chez les patientes souffrant de TCA[123].

L'utilisation de la BVAQ qui est une échelle validée augmente dans la littérature, mais la TAS-20 reste le *gold standard*.

Il pourrait ainsi être intéressant d'effectuer d'autres études en utilisant les 2 échelles afin d'avoir une évaluation plus fine de toutes les facettes de

l'alexithymie, notamment sur la dimension capacité à fantasmer, à avoir accès à l'imaginaire.

4.1.5. Quels sont les enjeux à comprendre les différentes facettes de l'alexithymie dans les TCA ?

L'enjeu dans l'anorexie mentale et la boulimie, est en effet d'évaluer et de développer les outils thérapeutiques améliorant l'alexithymie qui est un facteur de résistance aux psychothérapies et un facteur de mauvais pronostic.

Cela nécessite d'approfondir les connaissances sur les mécanismes psychopathologiques mis en jeu en art-thérapie au travers du concept d'alexithymie dans l'anorexie mentale et la boulimie.

4.2. Hypothèses psychopathologiques

4.2.1. Retour sur l'historique et généralités sur l'alexithymie

Comme évoqué plus haut, le concept d'alexithymie fut historiquement proposé par Sifneos, complété dans un second temps par les travaux de Nemiah, comme explication possible de la somatisation.

Taylor et Bagby dans un ouvrage évoquant l'évolution du concept d'alexithymie et ses différentes facettes[125] expliquent qu'initialement ce concept découle de l'idée Freudienne développée notamment par Pierre Marty d'un blocage des investissements libidinaux et agressifs limitant la valeur fonctionnelle de l'activité mentale et d'une décharge libidinale dans les organe ou plus globalement dans le corps du fait de cette incapacité d'élaboration. Aujourd'hui le concept d'alexithymie aurait plus largement évolué sur la question de la difficulté à utiliser le langage pour comprendre ses propres états émotionnels ou ceux des autres.

Par ailleurs, actuellement dans la littérature les auteurs s'accordent plutôt sur une approche dimensionnelle du concept.

L'alexithymie peut ainsi être vue comme un déficit dans la capacité à utiliser le langage pour réguler les émotions.

Taylor et Bagby, dans leur ouvrage *Disorders of affect regulation : alexithymia in medical and psychiatric illness*[125], s'intéressent également à la genèse de l'alexithymie en s'appuyant notamment sur les théories de l'attachement et les recherches neurobiologiques sur la question des émotions.

4.2.2. Alexithymie et attachement selon Taylor et Bagby dans *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*

4.2.2.1. Des émotions à la régulation émotionnelle

Les auteurs s'intéressent ainsi au concept d'émotion qui vient du latin *emovere* qui est traduit par *move out* en anglais et qui peut se traduire en français par un déplacement. En anglais, on perçoit également l'idée d'un déplacement vers l'extérieur. L'émotion comprendrait donc cette idée de mouvement de quelque chose allant de l'intérieur vers l'extérieur. Ils soulignent également que cela comprend un domaine subjectif et cognitif, donc plus interne, et un domaine neurophysiologique avec une composante motrice et expressive, plus externe. Il est souligné que, selon Frosch, la dimension « interne » est en lien avec un monde conceptuel d'abstraction. Mais ces deux dimensions sont bien entendues intimement liées.

A partir de l'idée de Frosch, du *développement* d'un monde conceptuel d'abstraction, Taylor et Bagby citent les travaux de Segal, Brown et Stein qui relient ce développement de la capacité d'abstraction à la pensée de Mélanie Klein. En effet, pour Mélanie Klein la question des émotions et du *mouvement*

des émotions, en particulier à travers la question de l'amour et de la haine envers la mère dans la conception originale, est liée au développement de l'enfant à travers deux étapes : la phase schizo-paranoïde et la position dépressive. Dans la phase schizo-paranoïde, ce mouvement et donc cette régulation émotionnelle se ferait via des défenses dites primitives et orientées vers l'extérieur. Les défenses dites matures comprendraient la capacité à avoir recours à la symbolisation pour réguler ces mouvements émotionnels mais n'émergeraient que durant la position dépressive.

C'est au cours de ce développement qu'apparaît progressivement le langage chez l'enfant. Pour Kopp le langage permet à l'enfant de faire état de ses émotions aux autres ce qui permet d'obtenir un feedback, de s'ajuster, « d'entendre et de réfléchir à des moyens pour les gérer ». Pour Taylor et Bagby c'est grâce à cette capacité à se représenter verbalement et en pensées les expériences, que l'enfant peut contenir et tolérer les tensions générées par les affects sans avoir systématiquement recours aux parents.

Ainsi dans cette conception les émotions comprennent la perspective d'un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur et donc la nécessité d'une régulation. Cette capacité de régulation s'acquiert durant le développement affectif de l'enfant notamment via l'apparition de la capacité de recours à la symbolisation et au langage.

Cela rejoint l'idée d'Izard citée par Taylor et Bagby, pour qui la structure cognitivo-émotionnelle est intimement liée aux capacités artistiques et créatives et à la capacité d'avoir des relations interpersonnelles proches.

4.2.2.2. Les émotions et la régulation émotionnelle à travers les théories de l'attachement

Taylor et Bagby évoquent donc les théories de l'attachement en citant plusieurs études et notamment le travail de Bowlby, selon lesquelles il existe un lien entre régulation émotionnelle et relations précoces entre la mère (ou figure d'attachement principale) et l'enfant. Il est notamment question de la capacité de la figure d'attachement principal à être sensible aux états émotionnels de l'enfant et à y répondre. C'est par le jeu de ces interactions que l'enfant intériorise un modèle interne opérant. Sheldon-Keller parle de schéma cognitif et affectif. Ce modèle interne opérant influencerait l'ensemble des relations interpersonnelles de l'individu et à l'inverse ces relations pourraient renforcer ou modifier ce schéma.

Ainsi ce lien d'attachement sécure entre l'enfant et la figure d'attachement se crée par des interactions réciproques directs avec le bébé (notamment via l'expression de pleurs, de cri...) et la capacité de réponse et d'ajustement de la figure d'attachement principale. La prévisibilité de ses réponses jouant un rôle majeur dans le développement du modèle interne opérant de l'enfant. C'est-à-dire qu'en fonction de la qualité de l'attachement avec la figure d'attachement principal, se constitue les représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, qui conditionnent les relations interpersonnelles futures[126].

Selon Crittenden, dans l'attachement sécure, l'enfant peut prévoir un résultat favorable lorsqu'il communique des affects, ce qui facilite une intégration satisfaisante des informations affectives et cognitives. Par conséquent les cognitions pourront moduler les affects et à l'inverse les affects pourront moduler les cognitions. Dans le trouble de l'attachement évitant, le modèle est celui d'une figure d'attachement ayant peu accès aux

émotions avec une tendance au rejet. Ainsi, l'enfant ne prendra pas en considération les signaux affectifs et aura plutôt tendance à s'appuyer sur les cognitions pour organiser son comportement et contrôler ses affects. Citons enfin l'exemple du trouble de l'attachement anxieux-ambivalent, dans lequel la figure d'attachement est caractérisée par son imprévisibilité dans les réponses affectives. Dans ce modèle, l'individu ne pouvant prédire la réponse faisant suite à sa communication affective, il ne se fiera pas aux informations émotionnelles générées par les cognitions avec pour conséquence des affects non régulés.

4.2.2.3. Troubles de l'attachement et alexithymie

Il est ainsi mis en lumière un lien entre troubles de l'attachement, notamment anxieux-ambivalent et évitant, et alexithymie à travers la question de la régulation émotionnelle.

L'idée serait que dans un attachement insécurité l'incapacité à réguler les affects pourraient générer 2 types de réponses :

- Un individu ne pouvant prendre en considération les signaux émotionnels pourrait se focaliser, avec un phénomène d'amplification, sur les signaux purement somatique du signal émotionnel. Cela serait à l'origine de certaines manifestations hypochondriaques ou de somatisation. Selon Lane et Schwartz
- Si le processus cognitif ne peut être utilisé pour réguler les affects, cela peut donner lieu au recours à l'agir, sur un mode impulsif avec des manifestations comportementales. Cela peut donc passer par des comportements alimentaires.

Cela est repris dans la littérature plus récente, notamment dans une étude de Koelen *et al.* de 2015[127] qui montrent une corrélation entre attachement insécurité et la dimension cognitive de l'alexithymie (mesurée à

l'aide de la BVAQ) dans les troubles somatoformes. Dans une autre étude de Keating *et al.* en 2013[128], l'alexithymie médiait la relation entre l'image du corps et attachement évitant.

Ainsi un enfant ayant un attachement sécurisé aura plus accès au symbolique à travers ses jeux, manifestera plus d'affects dits positifs et plus de compétences et d'adaptabilité dans ses relations aux autres que les enfants insécures.

Par ailleurs, Taylor et Bagby citent Galerson et Tustin qui font l'hypothèse que c'est à travers le jeu que les enfants ont l'opportunité de répéter et d'intégrer des réponses motrices et verbales à leurs états émotionnels. Cela nécessite donc l'accès à l'imaginaire. Ainsi des difficultés voire une impossibilité d'avoir accès à cette imaginaire auraient pour conséquence une déficience (à différents degrés) dans l'intégration des états émotionnels, des cognitions y étant liées et donc également dans la capacité à décoder l'état émotionnel d'autrui.

Ainsi nous pouvons faire l'hypothèse qu'un attachement insécure pourrait avoir un rôle dans la constitution de l'alexithymie, les personnes alexithymiques ne pouvant moduler leurs émotions par la fantaisie, le rêve, l'intérêt et le jeu, selon Krystal.

Enfin Taylor et Bagby font également référence à Winnicott dans leur ouvrage via la conception de Horton qui fait l'hypothèse que lorsque l'enfant renonce à son objet transitionnel, il acquiert généralement des intérêts et s'engage dans des activités qui fournissent un réconfort similaire. Ils ajoutent que selon Eagle, le développement des intérêts, d'une forme de curiosité servira à réguler les affects, là où la figure d'attachement remplissait cette fonction dans la petite enfance. Ainsi en l'absence d'imaginaire et de relations sécurisées, la régulation des affects aurait tendance à passer par le comportement (à nouveau, on peut citer l'exemple du comportement alimentaire ou de l'usage de toxiques).

4.2.3. Les théories de l'attachement comme lien entre alexithymie et art-thérapie

Il est intéressant de noter que Taylor et Bagby citent également les travaux de Winnicott, dans la mesure où l'on peut le considérer comme un précurseur des théories de l'attachement.

Nous pouvons en effet considérer que Winnicott a pu pressentir ce que les attachementnistes ont pu explorer selon une démarche scientifique.

4.2.3.1. Les concepts utilisés par Winnicott sur l'attachement

Dans « Le rôle-miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant »[129], Winnicott fait l'hypothèse que le développement émotionnel du bébé passe par le rôle de miroir du visage de la mère de ses propres émotions. C'est ainsi par ce jeu d'ajustement progressif entre expressions émotionnelles de la mère et du bébé, que l'enfant communique initialement ses besoins primaires à la mère et plus tard intègre et s'approprie ces différents états émotionnels comme étant les siens. Cela passe, selon Winnicott par le stade de la préoccupation maternelle primaire se manifestant au début de la relation par un état « quasi-symbiotique ». Cet état est en lien avec la dépendance du bébé à la maman pour satisfaire ses besoins primaires. C'est par cette phase qu'il peut acquérir « le sentiment continu d'exister »[130]. Avec le concept de « Mère suffisamment bonne », Winnicott décrit notamment ce jeu d'ajustement entre réponse aux besoins (notamment la valeur affective du *holding* et la façon d'agir sur lui dans le cadre du soin, l'action de le nourrir par exemple, via le *handling*) et la nécessité pour l'enfant de ressentir une forme de manque pour pouvoir éprouver ses propres besoins primaires ou affectifs[131]. On retrouve aussi cette idée chez Bowlby dans une perspective plus « évolutionniste » par la nécessité du nourrisson de créer un

lien d'attachement sécure avec la mère qui joue le rôle de base de sécurité à partir de laquelle l'enfant peut explorer le monde.

Cela nous permet de faire le lien avec la conception décrite notamment par Anne-Marie Dubois[87] qui utilise le concept de créativité et d'espace transitionnel de Winnicott comme première base de référence théorique pour l'art-thérapie.

4.2.3.2. Hypothèses sur les mécanismes en jeu dans l'art-thérapie

Winnicott envisage le jeu de l'enfant et la création artistique comme des phénomènes transitionnels qui prennent place dans une « aire intermédiaire » qui serait en continuité directe avec l'aire de jeu du petit enfant. Cette expérience créative peut se mettre en place dans cette « troisième aire » qui s'instaure dans l'espace de séparation entre l'enfant et la mère, entre le moi et le non-moi. Notre aptitude à jouir de la vie pour Winnicott dépend de notre capacité à jouir de cette aire.

« Quand nous nous y mouvons, nous sommes à égale distance d'un côté de celui qui est absorbé dans son monde intérieur et qui éprouve la nostalgie d'un contact réel avec les choses de la vie, et de l'autre de l'extraverti qui est tout entier tourné vers l'action et la réalité et qui a perdu sa capacité à rêver » Anne-Marie Dubois.

L'« extraverti » d'Anne-Marie Dubois est « tourné vers l'action » et « a perdu sa capacité à rêver », soit deux dimensions clés du concept d'alexithymie. Dans cette conception, nous pourrions envisager l'art-thérapie comme un lieu et un processus qui ramènerait l'alexithymique « de

l'extérieure » vers cette aire intermédiaire. Cela nous rappelle également l'étymologie du mot émotions qui porte cette idée d'un mouvement allant de l'intérieur à l'extérieur.

Cela pourrait nous amener à envisager l'art-thérapie selon deux sous-axes théoriques : la question du lieu, du cadre et la question du processus créatif.

4.2.3.2.1. Le lieu de l'art-thérapie

Pour Anne-Marie Dubois, l'enjeu d'un atelier d'art-thérapie est de proposer à travers un cadre et une relation thérapeutique sécurisants un accès à cette aire transitionnelle.

Il devient donc essentiel dans cette conception de proposer un cadre stable et prévisible définissant l'intérieur et l'extérieure de l'atelier d'art-thérapie, au sein duquel va se développer la relation entre patient et art-thérapeute.

La relation thérapeutique d'un point de vue attachementiste constitue un lien d'attachement. Si l'on fait l'hypothèse que les patients alexithymiques présente une forme de déficit de la régulation émotionnelle en partie en lien avec des troubles de l'interaction précoce dans la relation enfant-figure d'attachement principale il devient d'autant plus important qu'un lien sécurisé avec l'art-thérapeute se construise.

Cela rejoint d'ailleurs l'un des résultats d'une revue de la littérature qualitative de 2017 de Scope *et al.*[96]. Pour eux, l'une des conditions pour que l'art-thérapie ait un bon rapport bénéfice-risque et soit un soin acceptable, est une bonne qualité de la relation avec l'art-thérapeute et avec le reste du groupe. Cela a même un impact positif à terme sur les autres relations interpersonnelles du patient. Notons que cette question est probablement centrale dans toute relation thérapeutique et psychothérapeutique mais qu'ici, l'intérêt et l'enjeu de le repérer est que l'on peut s'attendre à ce que le patient alexithymique du fait de ses difficultés émotionnelles, s'ajuste beaucoup plus difficilement dans la relation. Cela représente d'ailleurs un des intérêts majeurs d'utiliser une médiation, ici la médiation artistique.

Nous pouvons ainsi nous demander si l'utilisation du concept d'aire transitionnel pour les ateliers d'art-thérapie tel qu'envisagé par Anne-Marie Dubois ne représente pas via le cadre et l'attachement sécuritaire avec l'art-thérapeute au sein de l'atelier d'art-thérapie une forme de base de sécurité à l'intérieur de laquelle l'exploration du processus créatif devient possible.

4.2.3.2.2. Le processus créatif

Winnicott envisage la créativité comme ce qui advient d'une expérience personnelle. Il fait ainsi un parallèle entre la capacité à être créatif et le fait de se sentir en vie. Pour Winnicott, vivre implique non seulement l'aptitude à nouer des liens avec le monde et avec autrui mais aussi la capacité à établir des liens avec sa vie intérieure.

« La vie au sens plein inclut la création qui trouve sa forme primaire dans le jeu de l'enfant et son prolongement dans cette aire de l'expérience culturelle ou l'adulte peut lui aussi déployer sa capacité à jouer » (Anne-Marie Dubois)

Anne-Marie Dubois cite également Anzieu[87] qui fait une description du processus créatif en 5 étapes.

La première phase correspondrait à une crise intérieure impliquant une forme de régression du Moi et de dissociation temporaire. Des représentations archaïques sont mobilisées ce qui peut être à l'origine de résistance. Anne-Marie Dubois insiste ainsi dans la psychothérapie à médiation artistique sur l'importance du *holding* de l'art-thérapeute, en d'autres termes la nécessité d'être suffisamment contenant.

La deuxième étape selon Anzieu serait la prise de conscience des représentants psychiques inconscients permettant une forme d'actualisation spontanée. Cela prendrait la forme d'une révélation qui devrait être révélée à un « ami imaginaire » représentant un appui pour aboutir à la réalisation. Pour Anne-Marie Dubois l'art-thérapeute peut prendre le rôle de « cet ami », c'est-à-dire accueillir le désir et la construction imaginaire du patient, permettant une reconnaissance de sa réalité psychique.

La troisième étape serait la mise en place d'un code ou technique qui permet à l'actualisation des représentants psychiques de prendre forme. Anzieu le décrit en trois opérations internes pour que la production naisse dans la réalité : « se saisir d'un code, l'incarner et donner symboliquement sa peau et ses organes pour que l'œuvre vive »[87]. Anne-Marie Dubois évoque ainsi des allers-retours entre la technique et les trouvailles propres : « cette expérience est l'occasion d'une transformation qui autorise une réalité différente de celle des autres et confirme une recherche identitaire ». Cela permet de faire le lien avec le processus d'individuation au cours du développement de l'enfant permettant l'accès à une autonomie. Ici le rôle de l'art-thérapeute serait d'accompagner le patient en étant attentif aux

mécanismes de défense pouvant émerger et en l'aidant à réguler ses angoisses.

La quatrième phase correspondrait à une forme de dialogue entre l'individu et sa création. Elle demande à nouveau l'étayage de l'art-thérapeute pour que le patient accepte sa production.

La 5^{ème} et dernière étape correspondrait à l'achèvement de la production. Il s'agit d'exposer l'œuvre afin de la détacher complètement de soi. Pour Anne-Marie Dubois, si l'on transpose cette phase à l'art-thérapie, il est nécessaire de conserver l'œuvre du patient et de la protéger au sein de l'atelier qu'elle compare à l'espace protégé d'une psychothérapie (analytique par exemple). D'autres auteurs, cf. infra, encouragent au contraire l'exposition des œuvres des patients.

Ainsi elle compare notamment l'art-thérapeute à une « bonne mère », nous pouvons ainsi faire le lien avec le concept de figure d'attachement qui apparaît essentiel dans le processus.

Dans une perspective philosophique, nous pouvons évoquer Gilles Deleuze[132] qui dans une conférence à propos de l'acte de créer cite Malraux à propos de l'art : "c'est la seule chose qui résiste à la mort". Il fait ainsi un parallèle entre l'acte de créer et celui de résister. Nous pouvons ainsi à nouveau faire le lien avec le processus d'individuation qui nécessite à un moment donné une forme de résistance afin de s'affirmer, comme le début d'apparition d'une limite entre le moi et le non-moi.

Selon ces conceptions, nous pourrions conclure que le processus créatif au sein de l'atelier d'art-thérapie peut permettre une forme de

régression favorisant l'établissement d'un lien sécure avec le psychothérapeute à médiation artistique. Cela constituerait la base sur laquelle le patient, y compris le patient alexithymique caractérisé par son incapacité à jouir seul de cet espace intermédiaire et en particulier les patients souffrant de TCA dont la psychopathologie s'explique en partie par un trouble de l'attachement, pourrait apprendre à identifier et exprimer ses états émotionnels, à les réguler et progressivement à trouver une forme d'autonomie

4.2.4. L'art-thérapie pour améliorer l'alexithymie et la régulation émotionnelle dans les TCA

Taylor et Bagby [125] expliquent que dans les TCA les conduites de purge peuvent être vues comme des moyens de court-circuiter les affects intolérables. Ainsi un fonctionnement centré sur le comportement et la répression des affects peut être compris comme un déficit de régulation émotionnelle.

Ils évoquent également l'idée d'aider ces patients à trouver un langage pour les expériences indéfinies qui n'ont pu être comprises.

Cela nous permet à nouveau de faire le lien avec l'art-thérapie qui permet à ces patients d'avoir accès à une expression qui ne relève pas forcément du langage parlé pour appréhender ces expériences.

De plus, de nombreux auteurs considèrent le concept de personnalité infantile de Ruesch [1] comme l'un des concepts précurseur de l'alexithymie (cf. supra). Il décrit notamment la dépendance à l'autre de ses patients, qui n'ont pas la capacité d'identifier seul leurs besoins. Ce dernier précise

l'importance dans la thérapie de ces patients d'une phase où ils devront apprendre à tolérer les « signaux » ou affects négatifs au lieu de les transformer en acte. Cela est envisagé comme un prérequis pour avoir accès au symbolique.

Ainsi chez les patients souffrant de TCA, du fait de la problématique d'attachement, l'autre est difficilement envisagé comme une ressource. La médiation artistique par la perspective d'appropriation et d'expérience personnelle propre au processus créatif au sens d'Anzieu et de Winnicott pourrait représenter une ressource plus acceptable ou en tout cas moins angoissante accompagnant la construction de l'identité.

L'un des derniers points que Taylor et Bagby évoquent dans leur ouvrage *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* [125] est la dimension sociale de l'alexithymie.

4.3. Dimension sociale de l'alexithymie

4.3.1. Influence des facteurs sociodémographiques

Ces travaux se basent notamment sur les travaux de Laurence Kirmayer qui a observé qu'en dehors de l'Europe et de l'Amérique du Nord, l'expression de la détresse par des symptômes somatiques est considérée comme la norme. Ainsi cela peut aussi être considéré comme une norme sociale plutôt que comme une forme de psychopathologie[125].

Nous pouvons également illustrer cela à travers les difficultés rencontrées lorsque l'on étudie la littérature des facteurs sociodémographiques influençant l'alexithymie. En effet, comme nous l'avons constaté plus haut, il existe peu d'article sur le sujet. Les seuls articles

existant concernant les pays développés avec des données qui sont parfois divergentes. Ainsi il n'existe aucune étude à notre connaissance sur les données épidémiologiques dans les pays en voie de développement. En dehors de la dimension économique, on peut se poser la question de la pertinence du concept transposé dans d'autres cultures, ce qui peut être une manifestation de l'une des facettes de l'alexithymie, qui serait une facette culturelle.

D'ailleurs si l'on s'intéresse aux facteurs sociodémographiques uniquement en Finlande comme modèle de pays développé, puisque c'est dans ce pays qu'il semble y avoir le plus d'étude, nous pouvons constater concernant la différence entre homme et femme, que lorsqu'on étudie les sous-échelles de la TAS-20, la différence inter-genre ne reste significative que sur la capacité à verbaliser les émotions et la dimension mode de pensée concret. On ne retrouve donc pas de différence significative entre les sexes sur la difficulté à identifier ses émotions [30]. Il faudrait effectuer d'autres études pour conclure sur ses résultats mais nous pouvons nous poser la question de l'influence du niveau d'acceptation par les pairs et de la manière d'exprimer ses émotions au sein d'un même groupe sociale.

4.3.2. Implications de la dimension sociale de l'alexithymie pour l'art-thérapie

Dans une revue de la littérature de 2017 sur l'art-thérapie Fenner et al. [133] s'intéressent à la dimension socio-culturelle de l'art-thérapie.

Ils évoquent le fait que la créativité est anthropologiquement considérée comme un aspect universel de la nature humaine.

Une illustration de cela peut être dégagée du livre de LeRoi Jones, *Le peuple du blues*[134]. Dans cet ouvrage documentaire engagé, l'auteur retrace la naissance d'un genre musical, le blues puis plus tard de ses dérivés comme le jazz ou encore le hip hop, comme une quête et une forme

d'affirmation identitaire afro-américaine faisant suite au phénomène d'acculturation de leurs ancêtres, les esclaves venus d'Afrique. Ces derniers du fait de leur statut social de « propriétés » des colons euro-américains, n'étaient pas considérés comme des êtres humains ; ainsi on ne leur reconnaissait pas ses facultés d'expression (notons d'ailleurs que le terme *blues* provient de l'anglais *blue devils* ou « diables bleus », qui signifie « idées noires ». Le terme *blue* est aussi dérivé de l'ancien français et signifie « l'histoire personnelle »). C'est pourtant à partir de ce phénomène qu'à travers les productions artistiques des esclaves et de leurs descendants, est né un courant musical, comme une résistance, qui a perduré et a continué à se transformer et à faire partie du paysage culturel afro-américain.

Ils s'intéressent aussi au développement de la discipline en Australie et de son intérêt dans la lutte contre la stigmatisation des patients souffrant de pathologies psychiatriques. Ils utilisent ainsi dans certains centres, de la même manière qu'à Toulouse, les expositions d'art-thérapie dans ce but.

Nous pouvons enfin faire l'hypothèse que cela pourrait permettre un accompagnement pour le patient, permettant de commencer à exporter ce qu'il a pu construire en termes de liens, d'expression émotionnelle et de soi à l'extérieur de l'atelier et de l'hôpital, dans l'idée qu'il puisse à un moment donné s'approprier ces phénomènes transitionnels voire créer les siens et ainsi avoir des relations interpersonnelles plus sécurisées

Conclusion

Ainsi, l'alexithymie peut se définir comme un déficit d'accès à son monde intérieur du fait d'un défaut d'utilisation du langage et de l'imaginaire, qui a pour conséquence une difficulté à communiquer sur ses émotions et plus globalement sur son intériorité avec l'autre et donc à établir un lien avec autrui. En nous référant aux théories de l'attachement, nous nous sommes questionnés sur cette capacité à établir un lien notamment via la régulation émotionnelle qui s'acquiert durant le développement affectif de l'enfant en partie par le recours au jeu, à la symbolisation et au langage. Dans les TCA, qui sont en partie sous-tendus par un trouble de l'attachement, le processus cognitif ne peut être utilisé pour réguler les affects, ce qui peut donner lieu au recours à des comportements alimentaires.

Dans la mesure où l'alexithymie chez les patients souffrant de TCA est considérée comme un facteur de résistance à de nombreuses formes de psychothérapies et de mauvais pronostic à long terme, la littérature montre que plusieurs auteurs se questionnent sur des formes de thérapies ciblant cette caractéristique transnosographique, comme le montrent les études émergentes sur la méthode CREST et le mindfulness dans cette indication.

L'art-thérapie pourrait être un moyen pour ces patients ayant des difficultés à avoir accès au langage, d'apprendre à exprimer leurs états émotionnels ou simplement une part de leur intériorité et de le communiquer aux autres, via l'utilisation du processus créatif. Ainsi en faisant le parallèle avec le concept d'aire transitionnel, les ateliers d'art-thérapie via le cadre et l'attachement sécurisé avec l'art-thérapeute pourraient représenter une forme de base de sécurité autorisant une forme de régression à l'intérieur de laquelle l'exploration du processus créatif, au sens d'une expérience favorisant le lien entre imaginaire et expression émotionnelle et étayant ou soutenant la construction identitaire, devient possible. Le patient alexithymique, caractérisé par son incapacité à jouir seul de cet espace intermédiaire et en particulier les patients souffrant de TCA, pourrait

apprendre à exprimer leurs états émotionnels, à les réguler et progressivement à trouver une forme d'autonomie.

En nous appuyant sur ce rationnel et notamment en dégagant les facteurs dépression, anxiété et IMC influençant l'alexithymie dans la littérature ; nous avons mis au point l'étude-pilote, non-interventionnelle, multicentrique, de cohorte, prospective ALEXART qui se déroule actuellement en Haute-Garonne, afin d'avoir des arguments *Evidence Based Medicine* donc dans un langage validé par la communauté scientifique, à l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapie serait un moyen d'améliorer l'alexithymie chez les patientes souffrant de TCA.

Les résultats d'ALEXART pourraient ainsi contribuer à valider certaines intuitions cliniques et hypothèses psychopathologiques qui émergent en art-thérapie afin de promouvoir les psychothérapies à médiation artistiques et que notamment en France, ce champ puisse continuer à être exploré et reconnu..

Vu le président du
jury le 28/02/19



Pr Laurent Schmitt
Président de la CME
des Hôpitaux de Toulouse

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

6/2/19

5. Bibliographie

- [1] J. Ruesch, « The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine », *Psychosom. Med.*, vol. 10, n° 3, p. 134-144, juin 1948.
- [2] H. Bruch, « Disturbed communication in eating disorders », *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 33, p. 99-104, janv. 1963.
- [3] P. Jeammet, « Chapitre 19 - Troubles des conduites alimentaires », in *Manuel de psychiatrie (Deuxième Édition)*, J.-D. Guelfi et F. Rouillon, Éd. Paris: Elsevier Masson, 2012, p. 477-497.
- [4] « Haute Autorité de Santé - Anorexie mentale : prise en charge ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge. [Consulté le: 18-déc-2018].
- [5] « Haute Autorité de Santé - Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge - Note de cadrage ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge-note-de-cadrage. [Consulté le: 02-janv-2019].
- [6] F. R. E. Smink, D. van Hoeken, et H. W. Hoek, « Epidemiology, course, and outcome of eating disorders »:, *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 26, n° 6, p. 543-548, nov. 2013.
- [7] C. Lindvall Dahlgren, L. Wisting, et Ø. Rø, « Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples », *J. Eat. Disord.*, vol. 5, p. 56, 2017.
- [8] L. A.-D. Winkler, « Funen Anorexia Nervosa Study - a follow-up study on outcome, mortality, quality of life and body composition », *Dan. Med. J.*, vol. 64, n° 6, juin 2017.
- [9] A. P. Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2013.
- [10] E. C. Harris et B. Barraclough, « Excess mortality of mental disorder », *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 173, p. 11-53, juill. 1998.
- [11] K. L. Klump, C. M. Bulik, W. H. Kaye, J. Treasure, et E. Tyson, « Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 42, n° 2, p. 97-103, mars 2009.
- [12] J. Yager *et al.*, « Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition », *FOCUS*, vol. 12, n° 4, p. 416-431, janv. 2014.
- [13] « Eating disorders: recognition and treatment | Guidance and guidelines | NICE ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>. [Consulté le: 19-déc-2018].

- [14] P. P. Hay, J. Bacaltchuk, S. Stefano, et P. Kashyap, « Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing », *Cochrane Database Syst. Rev.*, n° 4, p. CD000562, oct. 2009.
- [15] M. Miniati, A. Callari, A. Maglio, et S. Calugi, « Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives », *Psychol. Res. Behav. Manag.*, vol. 11, p. 353-369, 2018.
- [16] P. E. Sifneos, « The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients », *Psychother. Psychosom.*, vol. 22, n° 2, p. 255-262, 1973.
- [17] PIERRE MARTY, « La “pensée opératoire” », en coll. avec M. de M'Uzan, *Revue française de psychanalyse*, 1963, t. XXII, n° spécial, 345-356 « La dépression essentielle », *Revue française de psychanalyse*, 1968, t. XXXII, n° 3, 595-598. Dunod, 2012.
- [18] G. J. Taylor, « Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment », *Am. J. Psychiatry*, vol. 141, n° 6, p. 725-732, juin 1984.
- [19] H. Krystal, « Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment », *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, vol. 9, p. 353-378, 1983 1982.
- [20] M. McCallum, W. E. Piper, J. S. Ogrodniczuk, et A. S. Joyce, « Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy », *Psychol. Psychother.*, vol. 76, n° Pt 2, p. 133-144, juin 2003.
- [21] J. Terock, D. Janowitz, H. J. Grabe, H. J. Freyberger, W. Schneider, et T. Klauer, « Alexithymia and Psychotherapeutic Treatment Motivation: Main and Interactional Effects on Treatment Outcome », *Psychother. Psychosom.*, vol. 86, n° 3, p. 185-186, 2017.
- [22] F. Skårderud, « Bruch revisited and revised », *Eur. Eat. Disord. Rev. J. Eat. Disord. Assoc.*, vol. 17, n° 2, p. 83-88, mars 2009.
- [23] H. P. Caglar-Nazali *et al.*, « A systematic review and meta-analysis of “Systems for Social Processes” in eating disorders », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 42, p. 55-92, mai 2014.
- [24] H. Westwood, J. Kerr-Gaffney, D. Stahl, et K. Tchanturia, « Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale », *J. Psychosom. Res.*, vol. 99, p. 66-81, 2017.
- [25] A. Courty, N. Godart, C. Lalanne, et S. Berthoz, « Alexithymia, a compounding factor for eating and social avoidance symptoms in anorexia nervosa », *Compr. Psychiatry*, vol. 56, p. 217-228, janv. 2015.
- [26] M. Speranza, G. Loas, J. Wallier, et M. Corcos, « Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study », *J. Psychosom. Res.*, vol. 63, n° 4, p. 365-371, oct. 2007.
- [27] K. Honkalampi, J. Hintikka, A. Tanskanen, J. Lehtonen, et H. Viinamäki, « Depression is strongly associated with alexithymia in the general population », *J. Psychosom. Res.*, vol. 48, n° 1, p. 99-104, janv. 2000.

- [28] A. K. Mattila *et al.*, « Health-related quality-of-life profiles in nonalexithymic and alexithymic subjects from general population », *J. Psychosom. Res.*, vol. 68, n° 3, p. 279-283, mars 2010.
- [29] A. K. Mattila, J. K. Salminen, T. Nummi, et M. Joukamaa, « Age is strongly associated with alexithymia in the general population », *J. Psychosom. Res.*, vol. 61, n° 5, p. 629-635, nov. 2006.
- [30] J. K. Salminen, S. Saarijärvi, E. Aärelä, T. Toikka, et J. Kauhanen, « Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland », *J. Psychosom. Res.*, vol. 46, n° 1, p. 75-82, janv. 1999.
- [31] P. Kokkonen *et al.*, « Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults », *Compr. Psychiatry*, vol. 42, n° 6, p. 471-476, nov. 2001.
- [32] M. Joukamaa, B. Sohlman, et V. Lehtinen, « Alexithymia in primary health care patients », *J. Psychosom. Res.*, vol. 39, n° 7, p. 833-842, oct. 1995.
- [33] M. Franz *et al.*, « Alexithymia in the German general population », *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 43, n° 1, p. 54-62, janv. 2008.
- [34] B. Bankier, M. Aigner, et M. Bach, « Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression », *Psychosomatics*, vol. 42, n° 3, p. 235-240, mai 2001.
- [35] A. Pasini, R. Delle Chiaie, S. Seripa, et N. Ciani, « Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects », *Compr. Psychiatry*, vol. 33, n° 1, p. 42-46, févr. 1992.
- [36] J. D. Parker, G. J. Taylor, et R. M. Bagby, « The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence », *Compr. Psychiatry*, vol. 30, n° 5, p. 434-441, oct. 1989.
- [37] R. D. Lane, L. Sechrest, et R. Riedel, « Sociodemographic correlates of alexithymia », *Compr. Psychiatry*, vol. 39, n° 6, p. 377-385, déc. 1998.
- [38] M. Karukivi et S. Saarijärvi, « Development of alexithymic personality features », *World J. Psychiatry*, vol. 4, n° 4, p. 91-102, déc. 2014.
- [39] A. K. Mattila *et al.*, « Alexithymia and somatization in general population », *Psychosom. Med.*, vol. 70, n° 6, p. 716-722, juill. 2008.
- [40] G. Abbate-Daga *et al.*, « Psychosomatic syndromes and anorexia nervosa », *BMC Psychiatry*, vol. 13, p. 14, janv. 2013.
- [41] G. Abbate-Daga, M. Quaranta, E. Marzola, F. Amianto, et S. Fassino, « The Relationship between Alexithymia and Intolerance of Uncertainty in Anorexia Nervosa », *Psychopathology*, vol. 48, n° 3, p. 202-208, 2015.

- [42] M. Adenzato, P. Todisco, et R. B. Ardito, « Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning », *PLoS One*, vol. 7, n° 8, p. e44414, 2012.
- [43] J. N. Beadle, S. Paradiso, A. Salerno, et L. M. McCormick, « Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa », *Ann. Clin. Psychiatry Off. J. Am. Acad. Clin. Psychiatr.*, vol. 25, n° 2, p. 107-120, mai 2013.
- [44] D. L. Beales et R. Dolton, « Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care », *Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract.*, vol. 50, n° 450, p. 21-26, janv. 2000.
- [45] S. Berthoz, F. Perdereau, N. Godart, M. Corcos, et M. G. Haviland, « Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: levels and correspondence among three measures », *J. Psychosom. Res.*, vol. 62, n° 3, p. 341-347, mars 2007.
- [46] M. P. Bourke, G. J. Taylor, J. D. Parker, et R. M. Bagby, « Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation », *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 161, p. 240-243, août 1992.
- [47] B. T. al et, « The Impact of Alexithymia on Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa over Time. - PubMed - NCBI ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+Impact+of+Alexithymia+on+Emotion+Dysregulation+in+Anorexia+Nervosa+and+Bulimia+Nervosa+over+Time>. [Consulté le: 23-janv-2019].
- [48] S. Bydlowski *et al.*, « Emotion-processing deficits in eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 37, n° 4, p. 321-329, mai 2005.
- [49] C. E. Cochrane, T. D. Brewerton, D. B. Wilson, et E. L. Hodges, « Alexithymia in the eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 14, n° 2, p. 219-222, sept. 1993.
- [50] M. Corcos *et al.*, « Alexithymia and depression in eating disorders », *Psychiatry Res.*, vol. 93, n° 3, p. 263-266, avr. 2000.
- [51] F. D'Agata *et al.*, « Brain correlates of alexithymia in eating disorders: A voxel-based morphometry study », *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 69, n° 11, p. 708-716, 2015.
- [52] A. S. Deborde, S. Berthoz, N. Godart, F. Perdereau, M. Corcos, et P. Jeammet, « [Relations between alexithymia and anhedonia: a study in eating disordered and control subjects] », *L'Encephale*, vol. 32, n° 1 Pt 1, p. 83-91, févr. 2006.
- [53] J. M. de Groot, G. Rodin, et M. P. Olmsted, « Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa », *Compr. Psychiatry*, vol. 36, n° 1, p. 53-60, févr. 1995.
- [54] C. De Panfilis, P. Rabbaglio, C. Rossi, G. Zita, et C. Maggini, « Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders », *Psychopathology*, vol. 36, n° 5, p. 239-246, oct. 2003.

- [55] M. de Zwaan, D. Biener, M. Bach, S. Wiesnagrotzki, et G. Stacher, « Pain sensitivity, alexithymia, and depression in patients with eating disorders: are they related? », *J. Psychosom. Res.*, vol. 41, n° 1, p. 65-70, juill. 1996.
- [56] A. Espina Eizaguirre, A. Ortego Saenz de Cabezón, I. Ochoa de Alda, L. Joaristi Olariaga, et M. Juaniz, « Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders », *Personal. Individ. Differ.*, vol. 36, n° 2, p. 321-331, janv. 2004.
- [57] E. Gilboa-Schechtman, L. Avnon, E. Zubery, et P. Jeczmien, « Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? », *Depress. Anxiety*, vol. 23, n° 6, p. 331-339, 2006.
- [58] H. Guttman et L. Laporte, « Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context », *Compr. Psychiatry*, vol. 43, n° 6, p. 448-455, nov. 2002.
- [59] D. C. Jimerson, B. E. Wolfe, D. L. Franko, N. A. Covino, et P. E. Sifneos, « Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates », *Psychosom. Med.*, vol. 56, n° 2, p. 90-93, avr. 1994.
- [60] H. Kessler, M. Schwarze, S. Filipic, H. C. Traue, et J. von Wietersheim, « Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 39, n° 3, p. 245-251, avr. 2006.
- [61] D. Lulé *et al.*, « Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits », *Eat. Weight Disord. EWD*, vol. 19, n° 2, p. 209-216, juin 2014.
- [62] C. Marchesi, E. Brusamonti, et C. Maggini, « Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? », *J. Psychosom. Res.*, vol. 49, n° 1, p. 43-49, juill. 2000.
- [63] O. Montebanocci, M. Codispoti, P. Surcinelli, E. Franzoni, B. Baldaro, et N. Rossi, « Alexithymia in female patients with eating disorders », *Eat. Weight Disord. - Stud. Anorex. Bulim. Obes.*, vol. 11, n° 1, p. 14-21, mars 2006.
- [64] T. Parling, M. Mortazavi, et A. Ghaderi, « Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept? », *Eat. Behav.*, vol. 11, n° 4, p. 205-210, déc. 2010.
- [65] V. Peres, M. Corcos, M. Robin, et A. Pham-Scottez, « Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence », *Eat. Weight Disord. EWD*, févr. 2018.
- [66] L. Rothschild-Yakar, M. Peled, A. Enoch-Levy, E. Gur, et D. Stein, « "Eating Me Up from Inside": A Pilot Study of Mentalization of Self and Others and Emotion Regulation Strategies among Young Women with Eating Disorders », *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, vol. 55, n° 1, p. 35-43, 2018.

- [67] M. H. Rozenstein, Y. Latzer, D. Stein, et Z. Eviatar, « Perception of emotion and bilateral advantage in women with eating disorders, their healthy sisters, and nonrelated healthy controls », *J. Affect. Disord.*, vol. 134, n° 1-3, p. 386-395, nov. 2011.
- [68] C. Schmelkin *et al.*, « Low oxytocin levels are related to alexithymia in anorexia nervosa », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 50, n° 11, p. 1332-1338, 2017.
- [69] U. Schmidt, A. Jiwany, et J. Treasure, « A controlled study of alexithymia in eating disorders », *Compr. Psychiatry*, vol. 34, n° 1, p. 54-58, févr. 1993.
- [70] M. C. Sexton, S. R. Sunday, S. Hurt, et K. A. Halmi, « The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 23, n° 3, p. 277-286, avr. 1998.
- [71] M. Speranza *et al.*, « Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders », *Subst. Use Misuse*, vol. 39, n° 4, p. 551-579, janv. 2004.
- [72] M. Speranza *et al.*, « Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders », *Psychiatry Res.*, vol. 135, n° 2, p. 153-163, juin 2005.
- [73] B. Sureda, M. Valdés, I. Jódar, et J. de Pablo, « Alexithymia, type A behaviour and bulimia nervosa », *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 7, n° 4, p. 286-292, 1999.
- [74] G. J. Taylor, J. D. Parker, R. M. Bagby, et M. P. Bourke, « Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders », *J. Psychosom. Res.*, vol. 41, n° 6, p. 561-568, déc. 1996.
- [75] S. Torres *et al.*, « Alexithymia in anorexia nervosa: the mediating role of depression », *Psychiatry Res.*, vol. 225, n° 1-2, p. 99-107, janv. 2015.
- [76] K. Tchanturia, H. Davies, A. Harrison, J. R. E. Fox, J. Treasure, et U. Schmidt, « Altered social hedonic processing in eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 45, n° 8, p. 962-969, déc. 2012.
- [77] S. Torres *et al.*, « Factorial Validity of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in Clinical Samples: A Critical Examination of the Literature and a Psychometric Study in Anorexia Nervosa », *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, vol. 26, n° 1, p. 33-46, mars 2019.
- [78] M. J. S. Zonnevylle-Bender, S. H. M. van Goozen, P. T. Cohen-Kettenis, A. van Elburg, H. van Engeland, et null Zonnevylle-Bendek, « Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? », *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 11, n° 1, p. 38-42, févr. 2002.
- [79] M. J. S. Zonnevylle-Bender *et al.*, « Emotional functioning in anorexia nervosa patients: adolescents compared to adults », *Depress. Anxiety*, vol. 19, n° 1, p. 35-42, 2004.
- [80] M. Storch, F. Keller, J. Weber, A. Spindler, et G. Milos, « Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study », *Am. J. Psychother.*, vol. 65, n° 1, p. 81-93, 2011.

- [81] K. Cameron, J. Ogrodniczuk, et G. Hadjipavlou, « Changes in alexithymia following psychological intervention: a review », *Harv. Rev. Psychiatry*, vol. 22, n° 3, p. 162-178, juin 2014.
- [82] I. Iancu, E. Cohen, Y. B. Yehuda, et M. Kotler, « Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness », *Compr. Psychiatry*, vol. 47, n° 3, p. 189-193, juin 2006.
- [83] R. Ciano, P. L. Rocco, A. Angarano, E. Biasin, et M. Balestrieri, « Group-Analytic and Psychoeducational Therapies for Binge-Eating Disorder: An Exploratory Study of Efficacy and Persistence of Effects », *Psychother. Res.*, vol. 12, n° 2, p. 231-239, juin 2002.
- [84] K. Tchanturia, E. Doris, V. Mountford, et C. Fleming, « Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes », *BMC Psychiatry*, vol. 15, p. 53, mars 2015.
- [85] J. Adamson, J. Leppanen, M. Murin, et K. Tchanturia, « Effectiveness of emotional skills training for patients with anorexia nervosa with autistic symptoms in group and individual format », *Eur. Eat. Disord. Rev. J. Eat. Disord. Assoc.*, vol. 26, n° 4, p. 367-375, 2018.
- [86] H. Norman, L. Marzano, M. Coulson, et A. Oskis, « Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review », *Evid. Based Ment. Health*, août 2018.
- [87] A.-M. Dubois, *Art-thérapie, Principes, méthodes et outils pratiques, 1: Art-thérapie*. Elsevier Health Sciences, 2013.
- [88] M. J. Frisch, D. L. Franko, et D. B. Herzog, « Arts-based therapies in the treatment of eating disorders », *Eat. Disord.*, vol. 14, n° 2, p. 131-142, avr. 2006.
- [89] F. F. Kaplan, « A History of art therapy in the United States: Maxine borowsky junge, PhD A.T.R., with Paige Pateracki Asawa, MA A.T.R. (Mundelein, IL: The American Art Therapy Association, Inc. 1994, 377 pages, \$35 AATA members, \$50 non-members) », *Arts Psychother.*, vol. 22, n° 4, p. 371-372, janv. 1995.
- [90] M. W. R. PhD, L. N. PhD, et A. Q. ATR, « The Effectiveness of Art Therapy: Does it Work? », *Art Ther.*, vol. 17, n° 3, p. 207-213, janv. 2000.
- [91] A.-B. Sarah C. Slayton MA, A.-B. Jeanne D'Archer MA, et A.-B. Frances Kaplan DA, « Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings », *Art Ther.*, vol. 27, n° 3, p. 108-118, janv. 2010.
- [92] A. Terry Pifalo MEd MPS-CAT, « Pulling Out the Thorns: Art Therapy with Sexually Abused Children and Adolescents », *Art Ther.*, vol. 19, n° 1, p. 12-22, janv. 2002.
- [93] G. Bar-Sela, L. Atid, S. Danos, N. Gabay, et R. Epelbaum, « Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy », *Psychooncology.*, vol. 16, n° 11, p. 980-984, nov. 2007.

- [94] D. Gussak, « Effects of art therapy with prison inmates: A follow-up study », *Arts Psychother.*, vol. 33, n° 3, p. 188-198, janv. 2006.
- [95] L. Uttley, M. Stevenson, A. Scope, A. Rawdin, et A. Sutton, « The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis », *BMC Psychiatry*, vol. 15, p. 151, juill. 2015.
- [96] A. Scope, L. Uttley, et A. Sutton, « A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits, and potential harms of art therapy for people with non-psychotic mental health disorders », *Psychol. Psychother.*, vol. 90, n° 1, p. 25-43, 2017.
- [97] D. Regev et L. Cohen-Yatziv, « Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018-What Progress Has Been Made? », *Front. Psychol.*, vol. 9, p. 1531, 2018.
- [98] A. Attard et M. Larkin, « Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature », *Lancet Psychiatry*, vol. 3, n° 11, p. 1067-1078, nov. 2016.
- [99] J. Lock, K. K. Fitzpatrick, W. S. Agras, N. Weinbach, et B. Jo, « Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa », *Eur. Eat. Disord. Rev. J. Eat. Disord. Assoc.*, vol. 26, n° 1, p. 62-68, 2018.
- [100] R. Ruddy et K. Dent-Brown, « Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses », *Cochrane Database Syst. Rev.*, n° 1, 2007.
- [101] S. Keisari et Y. Palgi, « Life-crossroads on stage: integrating life review and drama therapy for older adults », *Aging Ment. Health*, vol. 21, n° 10, p. 1079-1089, 2017.
- [102] R. Tuval-Mashiach, B. W. Patton, et C. Drebing, « “When You Make a Movie, and You See Your Story There, You Can Hold It”: Qualitative Exploration of Collaborative Filmmaking as a Therapeutic Tool for Veterans », *Front. Psychol.*, vol. 9, p. 1954, 2018.
- [103] J. K. Strassel, D. C. Cherkin, L. Steuten, K. J. Sherman, et H. J. M. Vrijhoef, « A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy », *Altern. Ther. Health Med.*, vol. 17, n° 3, p. 50-59, juin 2011.
- [104] U. Laumer, M. Bauer, M. Fichter, et H. Milz, « [Therapeutic effects of the Feldenkrais method “awareness through movement” in patients with eating disorders] », *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, vol. 47, n° 5, p. 170-180, mai 1997.
- [105] J. Ren et J. Xia, « Dance therapy for schizophrenia », *Cochrane Database Syst. Rev.*, n° 10, 2013.
- [106] C. Carr, H. Odell-Miller, et S. Priebe, « A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients », *PLoS One*, vol. 8, n° 8, p. e70252, 2013.

- [107] M. Geretsegger, K. A. Mössler, Ł. Bieleninik, X.-J. Chen, T. O. Høidal, et C. Gold, « Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders », *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 5, p. CD004025, 29 2017.
- [108] S. Aalbers *et al.*, « Music therapy for depression », *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 11, p. CD004517, 16 2017.
- [109] J. Bibb, D. Castle, et R. Newton, « The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa », *J. Eat. Disord.*, vol. 3, p. 50, 2015.
- [110] T. Theorell *et al.*, « Treatment of patients with chronic somatic symptoms by means of art psychotherapy: a process description », *Psychother. Psychosom.*, vol. 67, n° 1, p. 50-56, 1998.
- [111] L. D. de Nodrest, J.-L. Sudres, L. Schmitt, et A. Yroni, « Play its blues when depression withstands...: Assessing effectiveness of a music-therapy program in a population suffering from resistant depressive disorder and/or bipolar disorder », in *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES*, 2018, vol. 176, p. 266–272.
- [112] J. K. M. Nan et R. T. H. Ho, « Effects of clay art therapy on adults outpatients with major depressive disorder: A randomized controlled trial », *J. Affect. Disord.*, vol. 217, p. 237-245, 01 2017.
- [113] R. M. Bagby, J. D. Parker, et G. J. Taylor, « The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure », *J. Psychosom. Res.*, vol. 38, n° 1, p. 23-32, janv. 1994.
- [114] R. M. Bagby, G. J. Taylor, et J. D. Parker, « The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity », *J. Psychosom. Res.*, vol. 38, n° 1, p. 33-40, janv. 1994.
- [115] G. Loas, O. Otmani, A. Verrier, D. Fremaux, et M. P. Marchand, « Factor analysis of the French version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) », *Psychopathology*, vol. 29, n° 2, p. 139-144, 1996.
- [116] « Internal consistencies of the original and revised beck depression inventory - Beck - 1984 - Journal of Clinical Psychology - Wiley Online Library ». [En ligne]. Disponible sur: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679\(198411\)40:6%3C1365::AID-JCLP2270400615%3E3.0.CO;2-D](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679(198411)40:6%3C1365::AID-JCLP2270400615%3E3.0.CO;2-D). [Consulté le: 29-janv-2019].
- [117] A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball, et W. Ranieri, « Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients », *J. Pers. Assess.*, vol. 67, n° 3, p. 588-597, déc. 1996.
- [118] Y.-P. Wang et C. Gorenstein, « Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review », *Rev. Bras. Psiquiatr. Sao Paulo Braz.* 1999, vol. 35, n° 4, p. 416-431, déc. 2013.
- [119] « Étude psychométrique du questionnaire de dépressio... - Google Scholar ». [En ligne]. Disponible sur: https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=%C2%AB+E%CC%81tude+psych

ometrique+du+questionnaire+de+de%CC%81pression+de+Beck+aupre%CC%80s+d%E2%80%99un+e%CC%81chantillon+d%E2%80%99e%CC%81tudiants+universitaires+francophones.+%C2%BB&btnG=. [Consulté le: 29-janv-2019].

[120] C. D. Spielberger, « Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire") », 1983.

[121] « « Adaptation canadienne-française de la forme... - Google Scholar ». [En ligne]. Disponible sur: https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=%C2%AB+Adaptation+canadienne+franc%CC%A7aise+de+la+forme+re%CC%81vise%CC%81e+du+State%E2%80%93Trait+Anxiety+Inventory+de+Spielberger.+%C2%BB&btnG=. [Consulté le: 29-janv-2019].

[122] Y. Simon, « Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale », *Nutr. Clin. Métabolisme*, vol. 21, n° 4, p. 137-142, déc. 2007.

[123] A.-S. Deborde, S. Berthoz, F. Perdereau, N. Godart, M. Corcos, et P. Jeammet, « Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst : étude chez des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des témoins », *L'Encéphale*, vol. 30, n° 5, p. 464-473, oct. 2004.

[124] G. J. Taylor, R. M. Bagby, et O. Luminet, « ASSESSMENT OF ALEXITHYMIA: SELF-REPORT AND OBSERVER-RATED MEASURES », p. 24.

[125] G. J. Taylor, R. M. Bagby, et J. D. A. Parker, *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press, 1999.

[126] J. Bowlby, *L'attachement*. Presses Univ. de France, 2002.

[127] J. A. Koelen, E. H. M. Eurelings-Bontekoe, F. Stuke, et P. Luyten, « Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder », *Int. J. Psychiatry Med.*, vol. 49, n° 4, p. 264-278, 2015.

[128] L. Keating, G. A. Tasca, et R. Hill, « Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders », *Eat. Behav.*, vol. 14, n° 3, p. 366-373, août 2013.

[129] « Jeu et réalité - Connaissance de l'Inconscient - GALLIMARD - Site Gallimard ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Connaissance-de-l-Inconscient/Jeu-et-realite>. [Consulté le: 29-janv-2019].

[130] C. Elisabeth, « La préoccupation maternelle primaire 1956 Donald Wood WINNICOTT », p. 15.

[131] D. W. Winnicott, *La mère suffisamment bonne*. Payot, 2006.

[132] « PHILO DELEUZE CONFERENCE QU EST CE QUE L ART DE CREATION (9 Pages - 135 Ko).pdf ». .

[133] P. Fenner, R. S. Abdelazim, I. Bräuninger, G. Strehlow, et K. Seifert, « Provision of arts therapies for people with severe mental illness », *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 30, n° 4, p. 306-311, juill. 2017.

[134] L. Jones, *Le peuple du blues: la musique noire dans l'Amérique blanche*. Gallimard, 1996.

6. Annexes

La Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20) : Score total :/100

	1. Désaccord complet. ni désaccord	2. Désaccord relatif	3. Ni accord, ni désaccord	4. Accord relatif	5. Accord complet	1	2	3	4	5
1	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments									
2	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments									
3	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas									
4	J'arrive facilement à décrire mes sentiments									
5	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire									
6	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère									
7	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps									
8	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour									
9	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier									
10	Etre conscient de ses émotions est essentiel									
11	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens									
12	On me dit de décrire davantage ce que je ressens									
13	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi									
14	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère									
15	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments									
16	Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques									
17	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches									
18	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence									
19	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels									
20	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent									

INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK – II

BDI – II

Score total :...../63

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des **deux dernières semaines**, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit).

1 - Tristesse

- 0 – Je ne me sens pas triste
- 1 – Je me sens très souvent triste
- 2 – Je me sens tout le temps triste
- 3 – Je suis si triste ou malheureux(se), que ce n'est pas supportable

2 - Pessimisme

- 0 – Je ne me sens pas découragé(e) face à mon avenir
- 1 – Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir
- 2 – Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
- 3 – J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

3 - Echecs dans le passé

- 0 – Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie
- 1 – J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû
- 2 – Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
- 3 – J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie

4 - Perte de plaisir

- 0 – J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
- 1 – Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
- 2 – J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement
- 3 – Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement

5 - Sentiment de culpabilité

- 0 – Je ne me sens pas particulièrement coupable
- 1 – Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
- 2 – Je me sens coupable la plupart du temps
- 3 – je me sens coupable tout le temps

- 6 - Sentiment d'être puni(e)
 0 – Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
 1 – Je sens que je pourrais être puni(e)
 2 – Je m'attends à être puni(e)
 3 – J'ai le sentiment d'être puni(e)
- 7 - Sentiments négatifs envers soi-même
 0 – Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changés
 1 – J'ai perdu confiance en moi
 2 – Je suis déçu(e) par moi-même
 3 – Je ne m'aime pas du tout
- 8 - Attitude critique envers soi
 0 – Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
 1 – Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
 2 – Je me reproche tous mes défauts
 3 – Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
- 9 - Pensées ou désirs de suicide
 0 – Je ne pense pas du tout à me suicider
 1 – Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas
 2 – J'aimerais me suicider
 3 – je me suiciderais si l'occasion se présentait
- 10 - Pleurs
 0 – Je ne pleure pas plus qu'avant
 1 – Je pleure plus qu'avant
 2 – Je pleure pour la moindre petite chose
 3 – Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable
- 11 - Agitation
 0 – Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
 1 – Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
 2 – Je suis agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
 3 – Je suis agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose
- 12 - Perte d'intérêt
 0 – Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens et les activités
 1 – Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
 2 – je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
 3 – J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
- 13 - Indécision
 0 – Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
 1 – Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
 2 – J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
 3 – J'ai de mal à prendre n'importe quelle décision

14 - Dévalorisation

- 0 – Je pense être quelqu'un de valable
- 1 – Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
- 2 – Je me sens moins valable que les autres
- 3 – Je sens que je ne vauds absolument rien

15 - Perte d'énergie

- 0 – J'ai toujours autant d'énergie qu'avant
- 1 – J'ai moins d'énergie qu'avant
- 2 – Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
- 3 – J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16 - Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 – Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
- 1a – Je dors un peu plus que d'habitude
- 1b – Je dors un peu moins que d'habitude
- 2a – Je dors beaucoup plus que d'habitude
- 2b – Je dors beaucoup moins que d'habitude
- 3a – Je dors presque toute la journée
- 3b – Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir

17 - Irritabilité

- 0 – Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
- 1 – Je suis plus irritable que d'habitude
- 2 – je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
- 3 – je suis constamment irritable

18 - Modification de l'appétit

- 0 – Mon appétit n'a pas changé
- 1a – J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
- 1b – J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
- 2a – J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
- 2b – J'ai un beaucoup plus d'appétit que d'habitude
- 3a – Je n'ai pas d'appétit du tout
- 3b – J'ai constamment envie de manger

19 - Difficultés à se concentrer

- 0 – Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant
- 1 – je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
- 2 – J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- 3 – Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20 - Fatigue

- 0 – Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude
- 1 – Je me fatigue plus facilement que d'habitude
- 2 – Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
- 3 – Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21 - Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 – Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
- 1 – Le sexe m'intéresse moins qu'avant
- 2 – Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant
- 3 – J'ai perdu tout intérêt pour le sexe

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DE C.D. SPIELBERGER ET AL.

Inventaire d'anxiété Etat-Trait forme Y-A :

Score E (anxiété Etat) :...../80

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous **ressentez à l'instant, juste en ce moment**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuellement**.

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

Inventaire d'anxiété Etat-Trait forme Y-B :
Trait) :...../80

Score _____ E _____ (anxiété

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable				
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)				
23. Je me sens content(e) de moi				
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres				
25. J'ai un sentiment d'échec				
26. Je me sens reposé(e)				
27. J'ai tout mon sang-froid				
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à tel point que je n'arrive plus à les surmonter				
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
30. Je me sens heureux(se)				
31. J'ai des pensées qui me perturbent				
32. Je manque de confiance en moi				
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
34. Je prends facilement des décisions				
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
36. Je suis satisfait(e)				
37. Des idées sans importance me tournent dans la tête et me dérangent				
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
39. Je suis une personne posé(e), solide, stable				
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				



NOTE D'INFORMATION
Patiente

***EVALUATION DE L'ART-THERAPIE SUR L'ALEXITHYMIE CHEZ DES PATIENTES
SOUFRANT D'ANOREXIE MENTALE ET DE BOULIMIE, ETUDE-PILOTE***

ALEXART – RC31/18/0180
Version n°5 du 12/07/2018

Promoteur de la recherche : CHU Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguier TSA 80035 - 31059 Toulouse cedex 9
Investigateur coordonnateur/ Dr Clara LETAMENDIA

Madame,

Votre médecin vous propose de participer à une recherche dont le CHU de TOULOUSE est le promoteur. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Nous allons mettre en route une recherche sur l'effet de l'art-thérapie sur l'alexithymie, c'est-à-dire la difficulté à identifier et à décrire ses émotions chez des patientes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie.

Cette recherche non interventionnelle n'a pas d'influence sur la prescription médicale et la prise en charge dont vous bénéficiez. Tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

Quel est l'objectif de cette recherche?

Le but de l'étude est d'évaluer l'effet de l'art-thérapie sur la difficulté à identifier et à décrire ses émotions lorsque l'on souffre d'anorexie mentale ou de boulimie.

Comment va se dérouler cette recherche?

Si vous acceptez de participer, votre participation se déroulera en 3 temps sur 3 mois :

- **T0, après votre entrée dans le service** : recueil des données médicales et examen clinique habituels, 3 questionnaires à remplir, leurs noms sont : la Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20), la Beck Depression Inventory-II (BDI-II), State Trait Inventory Anxiety-Y (STAI-Y).
- **T1, 1 mois après** : recueil du poids, les 3 mêmes questionnaires que précédemment sont à remplir, recueil du nombre de séances d'art-thérapie effectuées.
- **T2, 3 mois après** : recueil du poids, les 3 mêmes questionnaires que précédemment sont à remplir, recueil du nombre de séances d'art-thérapie effectuées.



Quels sont les bénéfices attendus?

Cela vous permettra de voir l'évolution de certains symptômes comme votre capacité à identifier et décrire vos émotions, l'intensité des symptômes dépressifs, le niveau d'anxiété ou encore le poids.

Quels sont les inconvénients possibles?

Les séances d'art thérapie vous seront proposées que vous acceptiez de participer ou non à cette recherche. Il est à noter qu'au maximum 10 soignants interviennent en art-thérapie avec par séance un maximum de 3 intervenants.

Si vous acceptez de participer à l'enquête, il vous sera demandé de compléter des questionnaires écrits: 48H après l'entrée (T0), à T1 (1 mois après) et à T2 (3mois après).

Ces auto-questionnaires servent à évaluer votre capacité à identifier et décrire vos émotions pour la TAS-20, à évaluer les symptômes de dépression pour la BDI-II et à évaluer votre niveau d'anxiété pour la STAI. Cela vous prendra 20 à 45 minutes maximum pour les remplir. Il n'y a aucun risque particulier du fait de participer à l'étude.

Quels sont vos droits ?

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous souhaitez vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Toulouse. Le médecin de l'étude, et autre personnel de l'étude recueilleront des informations à votre sujet, sur votre santé, sur votre participation dans l'étude, et le cas échéant, sur vos habitudes de vie ainsi. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées sur les formulaires, appelés cahiers d'observations, fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant 24 mois puis archivées. Afin d'assurer la confidentialité de vos informations personnelles, ni votre nom ni aucune autre information qui permettrait de vous identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier ou échantillon que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Vous serez uniquement identifié(e) par un code et vos initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse vous identifier si nécessaire.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Dans certains cas, vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer à certains types de traitement de vos informations personnelles, demander que vos informations personnelles soient effacées et demander que vos informations personnelles vous soient fournies, à vous ou à un tiers, sous un format numérique. Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à vos demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Le promoteur pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherches. Ces personnes, sociétés et agences peuvent être situées dans votre pays, dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE), aux États-Unis et dans d'autres pays à l'extérieur de l'EEE. Il est possible que certains pays hors de l'EEE n'offrent pas le même niveau de protection de la vie privée que votre pays. Le promoteur maintiendra toutefois le plus possible la confidentialité de toutes les informations personnelles qu'il recevra dans les limites de la loi. Le promoteur adoptera les mesures contractuelles appropriées, y compris sa certification au regard du bouclier de protection des données (Privacy Shield) et ses clauses standard de protection des données, pour s'assurer que les destinataires pertinents en



dehors de l'Espace économique européen fournissent un niveau adéquat de protection à vos informations personnelles comme énoncé dans ce formulaire et conformément à la loi.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Les autorités compétentes et le promoteur ou ses représentants autorisés pourront également avoir besoin d'accéder à vos archives médicales et à votre dossier de l'étude, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques sur votre maladie ou sur d'autres maladies toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données du CHU de Toulouse (DPO@chu-toulouse.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France)

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine :

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Ouest III en date du 27/07/2018 et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée de cette étude.

- les personnes ayant subi un préjudice après participation à une recherche peuvent faire valoir leurs droits auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux,

- lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions que vous désirez.

Votre médecin est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

Date d'information et de remise de la présente notice au patient :/...../.....

Le patient ne s'est pas opposé à participer à cette recherche

Investigateur :

Signature :



NOTE D'INFORMATION
Titulaire de l'autorité parentale

***EVALUATION DE L'ART-THERAPIE SUR L'ALEXITHYMIE CHEZ DES PATIENTES
SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE ET DE BOULIMIE, ETUDE PILOTE***

ALEXARTE – RC31/18/0180
Version n°05 du 12/07/2018

Promoteur de la recherche : CHU Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguerie TSA 80035 - 31059 Toulouse cedex 9
Investigateur coordonnateur : Dr Clara LETAMENDIA

Madame, Monsieur,

Le médecin investigateur de l'étude vous propose la participation de votre enfant à une recherche dont le CHU de TOULOUSE est le promoteur. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au médecin.

La participation de votre enfant est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas que votre enfant prenne part à cette recherche, il continuera à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Nous allons mettre en route une recherche sur l'effet de l'art-thérapie sur l'alexithymie, c'est-à-dire la difficulté à identifier et à décrire ses émotions chez des patientes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie.

Cette recherche non interventionnelle n'a pas d'influence sur la prescription médicale et la prise en charge dont bénéficie votre enfant. Tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

Quel est l'objectif de cette recherche?

Le but de cette étude est d'évaluer l'effet de l'art-thérapie sur la difficulté à identifier et à décrire ses émotions lorsque l'on souffre d'anorexie mentale ou de boulimie.

Comment va se dérouler cette recherche?

Si vous acceptez que votre enfant participe, sa participation se déroulera en 3 temps sur 3 mois :

- **T0, après votre entrée dans le service** : recueil des données médicales et examen clinique habituels, 3 questionnaires à remplir, leurs noms sont : la Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20), la Beck Depression Inventory-II (BDI-II), State Trait Inventory Anxiety-Y (STAI-Y).
- **T1, 1 mois après** : recueil du poids, les 3 mêmes questionnaires que précédemment sont à remplir, recueil du nombre de séances d'art-thérapie effectuées.
- **T2, 3 mois après** : recueil du poids, les 3 mêmes questionnaires que précédemment sont à remplir, recueil du nombre de séances d'art-thérapie effectuées.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Cela permettra de voir l'évolution de certains symptômes comme la capacité de votre enfant à identifier et décrire ses émotions, l'intensité des symptômes dépressifs, le niveau d'anxiété ou encore le poids.



Quels sont les inconvénients possibles?

Les séances d'art thérapie vous seront proposées que vous acceptiez de participer ou non à cette recherche. Il est à noter qu'au maximum 10 soignants interviennent en art-thérapie avec par séance un maximum de 3 intervenants.

Si vous acceptez que votre enfant participe à l'enquête, il lui sera demandé de compléter les auto-questionnaires écrits: à l'entrée (T0), à T1 (1 mois après) et à T2 (3mois après l'entrée).

Ces auto-questionnaires servent à évaluer sa capacité à identifier et décrire ses émotions pour la TAS-20, à évaluer les symptômes de dépression pour la BDI-II et à évaluer son niveau d'anxiété pour la STAI. Cela lui prendra 20 à 45 minutes maximum pour les remplir.

Il n'y a aucun risque particulier du fait de participer à l'étude.

Quels sont ses droits ?

Le médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous souhaitez en retirer votre enfant à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, il continuera à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien sa surveillance future.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique des données personnelles de votre enfant va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Toulouse. Le médecin de l'étude, et autre personnel de l'étude recueilleront des informations au sujet de votre enfant, sur sa santé, sur sa participation dans l'étude, et le cas échéant, sur ses habitudes de vie. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées sur les formulaires, appelés cahiers d'observations, fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant 18 mois puis archivées. Afin d'assurer la confidentialité des informations personnelles de votre enfant, ni son nom ni aucune autre information qui permettrait de l'identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier ou échantillon que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Il sera uniquement identifié(e) par un code et ses initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse l'identifier si nécessaire.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un droit d'accès et de rectification sur les informations personnelles de votre enfant. Dans certains cas, vous pouvez aussi demander la restriction du traitement des informations personnelles de votre enfant, vous opposer à certains types de traitement de ses informations personnelles, demander que ses informations personnelles soient effacées et demander que ses informations personnelles vous soient fournies, à vous ou à un tiers, sous un format numérique. Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à vos demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Le promoteur pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherches. Ces personnes, sociétés et agences peuvent être situées dans le pays de votre enfant, dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE), aux États-Unis et dans d'autres pays à l'extérieur de l'EEE. Il est possible que certains pays hors de l'EEE n'offrent pas le même niveau de protection de la vie privée que son pays. Le promoteur maintiendra toutefois le plus possible la confidentialité de toutes les informations personnelles qu'il recevra dans les limites de la loi. Le promoteur adoptera les mesures contractuelles appropriées, y compris sa certification au regard du bouclier de protection des données (Privacy Shield) et ses clauses standard de protection des données, pour s'assurer que les destinataires pertinents en dehors de l'Espace économique européen fournissent un niveau adéquat de protection aux informations personnelles de votre enfant comme énoncé dans ce formulaire et conformément à la loi.



Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales de votre enfant en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui le suit dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité.

Les autorités compétentes et le promoteur ou ses représentants autorisés pourront également avoir besoin d'accéder aux archives médicales et au dossier de l'étude de votre enfant, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.

Les informations personnelles codées de votre enfant pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques sur sa maladie ou sur d'autres maladies toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation des informations personnelles de votre enfant ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données du CHU de Toulouse (DPO@chu-toulouse.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur vous estimez que les droits de votre enfant ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France).

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine :
- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes de Ouest 3 en date du 27/07/2018 et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée de cette étude

- les personnes ayant subi un préjudice après participation à une recherche peuvent faire valoir leurs droits auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux,

- lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par le médecin de votre enfant dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser au médecin de votre enfant toutes les questions que vous désirez.

Le médecin investigateur de l'étude est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

Date d'information et de remise de la présente notice au titulaire de l'autorité parentale :/...../.....

Le titulaire de l'autorité parentale et le patient ne se sont pas opposés à la participation du mineur à cette recherche

Investigateur :

Signature :



Cpp
NOTE D'INFORMATION
Patientes mineures

***EVALUATION DE L'ART-THERAPIE SUR L'ALEXITHYMIE CHEZ DES PATIENTES
SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE ET DE BOULIMIE, ETUDE PILOTE***
ALEXART- RC31/18/0180
Version n°01 du 12/07/2018

Promoteur de la recherche : CHU Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguier TSA 80035 - 31059 Toulouse cedex 9
Investigateur coordonnateur/principal : *Dr Clara LETAMENDIA*

Madame,

Nous allons mettre en route une recherche sur l'effet de l'art-thérapie sur l'alexithymie, c'est-à-dire la difficulté à identifier et à décrire ses émotions chez des personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie.

Nous souhaitons te solliciter pour participer à cette recherche et nous te présentons ici cette recherche afin que tu puisses nous donner ton accord. Ta participation est entièrement volontaire. Si tu ne désires pas prendre part à cette recherche, tu continueras à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Cette recherche n'a pas d'influence sur les soins que tu vas recevoir.

Quel est l'objectif de cette recherche?

Le but de la recherche est d'évaluer l'effet de l'art-thérapie sur la difficulté à identifier et à décrire ses émotions lorsque l'on souffre d'anorexie mentale ou de boulimie.

Comment va se dérouler cette recherche?

Si tu acceptes de participer, ta participation se déroulera en 3 temps sur 3 mois :

- **T0, après votre entrée dans le service** : recueil des données médicales et examen clinique habituels, 3 questionnaires à remplir, leurs noms sont : la Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20), la Beck Depression Inventory-II (BDI-II), State Trait Inventory Anxiety-Y (STAI-Y).
- **T1, 1 mois après** : recueil du poids, les 3 mêmes questionnaires que précédemment sont à remplir, recueil du nombre de séances d'art-thérapie effectuées.
- **T2, 3 mois après** : recueil du poids, les 3 mêmes questionnaires que précédemment sont à remplir, recueil du nombre de séances d'art-thérapie effectuées.

Quels sont les bénéfices attendus?

Cela te permettra de voir l'évolution de certains symptômes de ta maladie comme ta capacité à identifier et décrire tes émotions, l'intensité des symptômes dépressifs, le niveau d'anxiété ou encore le poids.

Quels sont les inconvénients possibles?

Les séances d'art thérapie vous seront proposées que vous acceptiez de participer ou non à cette recherche. Il est à noter qu'au maximum 10 soignants interviennent en art-thérapie avec par séance un maximum de 3 intervenants.

Si tu acceptes de participer à la recherche il te sera demandé de compléter des questionnaires écrits: 48 heures après l'entrée (T0), à T1 (1 mois après) et à T2 (3mois après l'entrée).

Ces auto-questionnaires servent à évaluer ta capacité à identifier et décrire tes émotions pour la TAS-20, à évaluer les symptômes de dépression pour la BDI-II et à évaluer ton niveau d'anxiété pour la STAI. Cela te prendra 20 à 45 minutes maximum pour les remplir.



Il n'y a aucun risque particulier du fait de participer à l'étude.

Quels sont tes droits ?

Ton médecin doit te fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si tu souhaites t'en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, tu continueras à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien ta surveillance future.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de tes données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui t'ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Toulouse. Le médecin de l'étude, et autre personnel de l'étude recueilleront des informations à ton sujet, sur ta santé, sur ta participation dans l'étude, et le cas échéant, sur tes habitudes de vie. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées sur les formulaires, appelés cahiers d'observations, fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant 18 mois puis archivées. Afin d'assurer la confidentialité de tes informations personnelles, ni ton nom ni aucune autre information qui permettrait de t'identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier ou échantillon que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Tu seras uniquement identifié(e) par un code et tes initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse t'identifier si nécessaire.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), tu as un droit d'accès et de rectification sur tes informations personnelles. Dans certains cas, tu peux aussi demander la restriction du traitement de tes informations personnelles, t'opposer à certains types de traitement de tes informations personnelles, demander que tes informations personnelles soient effacées et demander que tes informations personnelles te soient fournies, à toi ou à un tiers, sous un format numérique. Tu peux exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à tes demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Le promoteur pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherches. Ces personnes, sociétés et agences peuvent être situées dans votre pays, dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE), aux États-Unis et dans d'autres pays à l'extérieur de l'EEE. Il est possible que certains pays hors de l'EEE n'offrent pas le même niveau de protection de la vie privée que ton pays. Le promoteur maintiendra toutefois le plus possible la confidentialité de toutes les informations personnelles qu'il recevra dans les limites de la loi. Le promoteur adoptera les mesures contractuelles appropriées, y compris sa certification au regard du bouclier de protection des données (Privacy Shield) et ses clauses standard de protection des données, pour s'assurer que les destinataires pertinents en dehors de l'Espace économique européen fournissent un niveau adéquat de protection à tes informations personnelles comme énoncé dans ce formulaire et conformément à la loi.

Tu disposes également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Tu peux également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de ton choix à l'ensemble de tes données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Tes droits s'exercent auprès du médecin qui te suit dans le cadre de la recherche et qui connaît ton identité.

Les autorités compétentes et le promoteur ou ses représentants autorisés pourront également avoir besoin d'accéder à tes archives médicales et à ton dossier de l'étude, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.

Tes informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques sur ta maladie ou sur d'autres maladies toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.



Si tu as d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de tes informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données du CHU de Toulouse (DPO@chu-toulouse.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur tu estimes que tes droits ne sont pas respectés, tu peux déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans ton pays de résidence (la CNIL pour la France)

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine :
- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes de Ouest 3 en date du 27/07/2018 et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée de cette étude.

- les personnes ayant subi un préjudice après participation à une recherche peuvent faire valoir leurs droits auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux,

- lorsque cette recherche sera terminée, tu seras tenu informé personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si tu le souhaites.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésite pas à poser au médecin toutes les questions que tu veux à ton médecin

L'un de tes parents devra donner son autorisation pour que tu puisses participer à l'étude.

Date d'information et de remise de la présente à la patiente mineure :/...../.....

Elle ne s'est pas opposée à participer à cette recherche

Investigateur :

Signature :

Presentation of the protocol ALEXART: Evaluation of art-therapy on alexithymia in patients suffering from anorexia nervosa and from bulimia, a pilot study.

ABSTRACT

Alexithymia is often found in patients with anorexia nervosa (AN) or bulimia (BN). Some publications show that it is a factor of resistance in psychotherapies and of poor prognosis for these patients who already present a high rate of chronicisation and mortality. Art therapy is very wide-spread in the care of AN and BN, but little studied. Some studies suggest its interest on alexithymic features, but none, to our knowledge, estimated the effect.

Therefore, we shall present ALEXART, an observational prospective multicenter cohort pilot study design, which has been made to describe the evolution at 3 months of art therapy on alexithymia, using the Toronto Alexithymia Scale in 20 items (TAS-20), in patients with AN or BN. We also discuss theoretical implications.

TITRE EN ANGLAIS: Presentation of the protocol ALEXART: Evaluation of art-therapy on alexithymia in patients suffering from anorexia nervosa and from bulimia, a pilot study.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

KEY-WORDS : Affective symptom, alexithymia, emotional disturbance, anorexia nervosa, bulimia nervosa, hyperphagia, art therapy, psychotherapy, rehabilitation, factor of resistance, BMI.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Clara LETAMENDIA

Présentation du protocole ALEXART : Evaluation de l'art-thérapie sur l'alexithymie chez des patientes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie, étude pilote

RESUME EN FRANÇAIS:

L'alexithymie est une caractéristique fréquemment retrouvée chez les patientes souffrant d'anorexie mentale (AN) ou de boulimie (BN). Certaines publications montrent qu'il s'agit d'un facteur de résistance en psychothérapie et de mauvais pronostic pour ces patientes, qui ont déjà de hauts taux de chronicisation et de mortalité. L'art-thérapie est très répandue dans les soins de l'AN ou de la BN, mais peu étudiée. Certaines études suggèrent son intérêt sur l'alexithymie mais aucune à notre connaissance, n'en a évalué l'effet.

Ainsi, nous présenterons le protocole ALEXART, une étude-pilote, de cohorte prospective, observationnelle et multicentrique, mise au point pour décrire l'évolution sur l'alexithymie de l'art-thérapie à 3 mois, en utilisant la Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20) chez des patientes avec AN ou BN. Nous discuterons également des implications théoriques.

TITRE : Présentation du protocole ALEXART : Evaluation de l'art-thérapie sur l'alexithymie chez des patientes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie, étude pilote

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Symptôme affectif, alexithymie, perturbations émotionnels, anorexie nerveuse, boulimie, hyperphagie, art-thérapie, psychothérapie, réhabilitation, facteur de résistance, IMC.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Clara LETAMENDIA