

Article original/Original article

Apports de la danse thérapie à l'éducation thérapeutique des patients obèses

Maria Grazia Albano^{1*}, Solange Muller-Pinget², Jean-François d'Ivernois³, Cyril Crozet³, Alain Golay²

¹ Centre de Pédagogie des Sciences de la Santé, Université de Foggia, Italie

² Service d'Éducation Thérapeutique pour Maladies Chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

³ Laboratoire de Pédagogie de la Santé, EA 3412, Université Sorbonne Paris Cité, France

(Reçu le 20 février 2012, accepté le 6 avril 2012)

Résumé – Introduction : Il est reconnu aujourd'hui que l'éducation thérapeutique des patients (ETP) représente une partie importante de la prise en charge des patients obèses. Les patients obèses se caractérisent fréquemment par une image altérée du corps, une pauvre estime de soi, une communication difficile à l'autre. Le but de cette recherche est de montrer que la danse thérapie, intégrée au programme d'ETP, leur permet d'acquérir des compétences d'auto soins et psycho sociales. **Méthode :** Nous avons utilisé une analyse qualitative et quantitative des contenus de verbatim recueillis auprès de 12 patientes obèses (IMC 38,09 kgm², âge moyen 45 ans) choisies au hasard parmi 23 patientes ayant suivi un programme de deux années de danse thérapie dans le cadre d'un programme d'ETP à l'hôpital cantonal universitaire de Genève. Les verbatim ont été traités par le programme SPHINX Tm (analyse quantitative). Pour l'analyse qualitative, sept catégories de contenus ont été créées par les auteurs en référence à une liste des compétences d'auto-soins et psychosociales. **Résultats :** L'analyse lexicale globale met en évidence 92 noms, 50 adjectifs, 38 verbes. Parmi les noms plus fréquemment cités, le *corps* est cité en premier, suivi de *envie*, *mouvement*. L'analyse qualitative des verbatim montre que ce sont avant tout les compétences de développement de la conscience du corps, de transformation de son image et d'amélioration de l'estime de soi que les patients atteignent à travers la danse thérapie. D'autres compétences : motivation à prendre soin de son corps et de sa santé, amélioration de sa communication à autrui et de sa qualité de vie, capacité à formuler un projet pour l'avenir sont également maîtrisées à un moindre degré. **Conclusion :** Cette étude met en évidence la nature pédagogique de la danse thérapie qui permet de faire acquérir aux patients des compétences d'auto-soins et psychosociales. Cette pratique semble donc avoir toute sa place dans les programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients obèses.

Mots clés : obésité / éducation thérapeutique / danse thérapie / verbatim

Abstract – Contribution of dance therapy to therapeutic patient education of obese patients. Introduction: It is nowadays recognized that therapeutic patient education (TPE) plays an important role in the management of obese patients. These are frequently characterized by a distorted body image, poor self-esteem, and communication difficulties. The purpose of this research is to demonstrate that dance therapy, integrated with a TPE program allows to acquire self care and psychosocial skills. **Method:** We used qualitative and quantitative analysis of verbatim collected from 12 obese patients (BMI 37.03 kgm², mean age 47.2) randomly selected among 23 patients who completed a two years dance therapy program within the TPE program at the University Hospital of Geneva. Verbatim were treated by the SPHINX Tm program (quantitative analysis). For the qualitative analysis, seven content categories were created by the authors in reference to a list of self care and psychosocial skills. **Results:** The overall lexical analysis indicates 92 names, 50 adjectives, 38 verbs. Among the most frequently mentioned names, the "body" is listed first, followed by "envy" and "movement". The qualitative analysis of verbatim shows that through the dance therapy patients achieve above all competencies linked to body awareness, transformation of body image and an improvement of self-esteem. Motivation to take care of his body and health, communication with others and quality of life, ability to formulate a plan for the future are mastered by the patient to a lower degree.

* Correspondance : Centro di pedagogia delle scienze della salute, Facoltà di Medicina, Università di Foggia, Italia, m.albano@unifg.it

Conclusion: This study emphasizes the pedagogical quality of dance therapy, that allows patients to acquire self-care and psychosocial skills. This practice seems to have its place in the therapeutic education programs for obese patients.

Key words: obesity / therapeutic patient education / dance therapy / verbatim

1 Introduction

Une image du corps altérée par l'obésité influence l'estime de soi. La personne obèse ne contrôlant plus son alimentation se culpabilise et éprouve dès lors des sentiments négatifs vis-à-vis d'elle-même.

Cela l'entraîne dans un cycle infernal de compensations où alternent des régimes restrictifs et des compulsions alimentaires qui la mettent dans une situation d'échec [1–3].

De par son passé familial, social, souvent traumatisant, la personne obèse est coupée de ses sensations. Elle construit une carapace, qui, selon elle, la protège [4,5]. Cette enveloppe corporelle compense un vide de sensations et d'émotions.

De plus, les personnes obèses se perçoivent comme une masse rigide, elles se déplacent comme un bloc, elles économisent leurs mouvements. Leur expression corporelle étant restreinte, elles pensent qu'elles ont peu d'aptitudes à bouger leur corps. Des tensions se créent au niveau de la posture, de la démarche et des articulations. Cela les empêche de percevoir leur schéma corporel de manière claire, leur image du corps est floue et les représentations du corps imaginaire sont négatives ou encore inaccessibles [6]. Il est donc important que la personne obèse comprenne les mécanismes inhérents à son hyperphagie; une perte de poids trop rapide peut être inappropriée par rapport à la réalité interne du sujet et considérée comme menaçante en raison de la perte de repères. Une mauvaise image du corps entraîne souvent une reprise de poids pour se sentir en sécurité [7].

1.1 La danse thérapie

Le mouvement, qui est une énergie organisée, est l'essence de la danse. La danse est un paralangage qui exprime des émotions, des sentiments et des pensées. Elle implique également des expériences émotionnelles et cognitives affectant la vie d'un individu. Elle est un moyen pour apprendre et pour venir à bout de sentiments et de tensions indésirables.

Au début des années 40, la *danse moderne* conquiert les mentalités européennes et américaines : les théâtres, les studios de danse et certains hôpitaux aux USA. Très vite, on s'aperçoit des effets thérapeutiques de cet art et c'est dans ce contexte que naît la danse thérapie.

La danse thérapie dans les soins est largement pratiquée en Angleterre, aux U.S.A. et en Australie depuis 50 ans [8].

La danse thérapie fait le lien entre l'aspect physique et cognitif de la personnalité. Elle favorise l'expression en donnant l'occasion au patient d'établir une connexion entre ses perceptions sensorielles, ses représentations et son environnement. Élargir le vocabulaire de mouvement chez les personnes obèses est un processus qui les aide à enrichir leurs sensations

et à développer une autre perception d'elles-mêmes. Cette approche leur permet de rendre conscients leurs mouvements, d'en comprendre l'organisation, et de s'approprier les représentations émergentes de ces derniers.

La danse thérapie se focalise sur :

- *La rééducation du mouvement.*
Ce système de rééducation par le mouvement est basé sur la coordination et l'alignement dynamique. Le processus de stabilité/mobilité et un travail de chaînes musculaires sont mis en avant. Il y a repérage des facteurs déterminant le mouvement : la motivation ou l'intention spatiale [9,10].
- *La psycho dynamique.*
Pendant son traitement la personne se familiarise avec le langage de son corps et ses représentations mentales. Cet apprentissage lui permet d'expérimenter différents stades de sa maturation. Ainsi, la personne peut inscrire en elle de nouvelles expériences qui lui permettent de cicatrifier des passages mal vécus et avoir une autre image de son corps.
- *Le processus psychothérapeutique.*
En travaillant avec le transfert, le danse thérapeute est en mesure de recréer un environnement qui contient le patient, il est parfois son miroir, il se fait l'écho de ses mouvements. Il peut également renvoyer au patient d'autres manières d'être, de bouger, qui le confrontent et lui rappellent des personnes ou des situations envers lesquelles il éprouve une difficulté [11–13].

1.2 ETP et danse thérapie

La plupart des études sur l'éducation thérapeutique des patients (ETP) dans l'obésité soulignent que l'ETP représente une partie importante du programme de prise en charge, associée à d'autres types d'interventions (*counseling* et *coaching* par web-mail et téléphone, thérapie comportementale, soutien psychologique, sophrologie, etc.) [14].

Dans le programme d'ETP pour patients obèses du Service d'éducation thérapeutique pour maladies chroniques de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG) [19], la danse thérapie occupe une place importante. Elle fait partie intégrante des soins bio-psycho-pédagogiques offerts aux patients dans le Service et complète le programme d'ETP dans le but de faire atteindre aux patients une gamme la plus large possible de compétences.

En effet, selon l'OMS (1998) [15], l'ETP est une formation qui vise à faire acquérir des compétences à des patients atteints de maladie(s) ou d'états le plus souvent chronique(s). Selon la Haute Autorité de santé (France) [16], ces compétences se répartissent en deux catégories : compétences d'auto

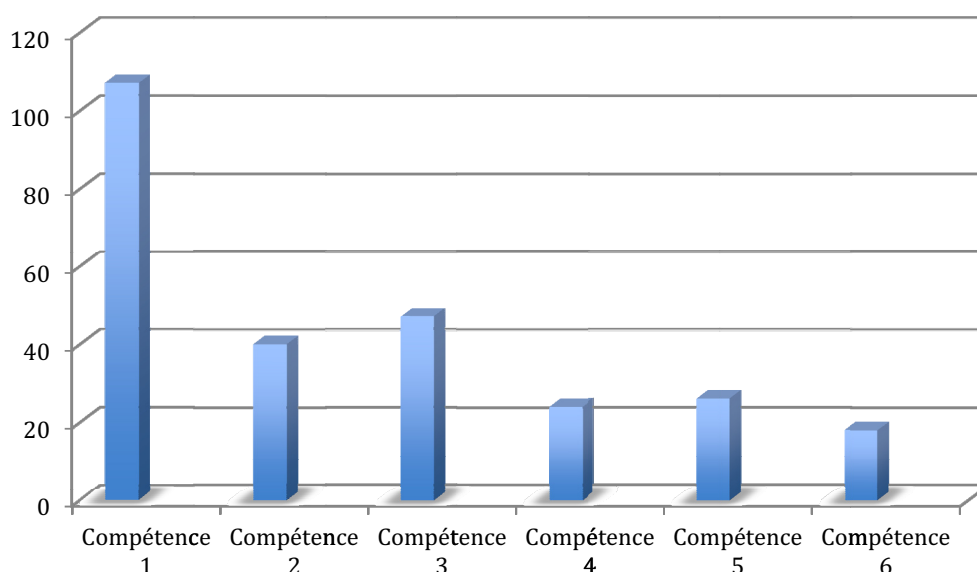


Figure 1. Distribution du nombre d'Unités de Sens (en ordonnées) en fonction des compétences. – *Distribution of the number of Meaning Units in relation to the competencies.*

soins et compétences définies par l'OMS comme compétences psychosociales.

L'OMS (2003) [17] dresse une liste de 10 compétences psychosociales (reprises par l'HAS-INPES [16] sous forme de 7 compétences d'adaptation à la maladie. Récemment, d'Ivernois, Gagnayre et un groupe de travail de l'IPCEM (2011) [18] ont défini 8 compétences psycho-sociales. Ces compétences psycho-sociales et d'auto soins ont été prises en considération dans cette étude.

Une étude pilote en danse thérapie avec 18 patients obèses a été conduite entre 2007–2009 dans ce service. L'hypothèse était que la danse thérapie pouvait améliorer l'image du corps et les représentations du corps imaginaire et influencer l'estime de soi et la qualité de vie du patient obèse.

Les changements ont été évalués sur le plan physique, émotionnel, cognitif et social avec des questionnaires sur l'estime de soi, de qualité de vie lié à la santé, de l'image du corps, de perception corporelle.

Les résultats ont montré un changement dans leur qualité de vie, la conscience corporelle et les représentations mentales liées au schéma corporel.

Compte tenu des recommandations de l'OMS et de la HAS-INPES [15, 16] qui mettent l'accent sur la contribution de l'ETP au développement de compétences, il a semblé important de prolonger cette recherche par une analyse des modifications produites en termes d'acquisition de compétences d'auto soins et psycho sociales par la danse thérapie chez les patients.

Le but de cette recherche est donc de montrer que la danse thérapie permet de faire acquérir de telles compétences aux patients et partant, de mettre en évidence l'apport de cette pratique dans les programmes d'ETP s'adressant à des patients obèses.

2 Méthode

Notre recherche utilise une analyse qualitative et quantitative du contenu de verbatim recueillis auprès de 12 patientes obèses ayant suivi un programme de danse thérapie de 66 séances hebdomadaires réparties sur 72 semaines dans le Service d'éducation thérapeutique pour maladies chroniques de l'HCUG. Les sept catégories d'analyse de contenus [19] ont été créées par les auteurs en référence à une liste des compétences d'auto soins (une seule compétence) et psycho sociales [18].

Le tableau I indique la correspondance qui a été établie entre le registre des compétences et les catégories d'analyse des verbatim. Deux chercheurs (MGA, JFI) ont évalué indépendamment les verbatim avant de confronter leurs choix et de ne retenir que ceux qui correspondaient à un codage commun.

2.1 Programme de danse thérapie

Les séances d'1 h 30 de danse thérapie ont eu lieu chaque semaine, soit 66 séances réparties sur 72 semaines. Elles ont été organisées en trois séquences respectivement de 12, 10 et 12 séances correspondant aux temps T1, T2 et T3, étagées entre 2007 et 2011. Les patientes ont été interrogées pendant toutes les séances de danse thérapie et à la fin de chaque séquence avec un entretien d'évaluation.

2.2 Déroulement d'une séance de danse thérapie

Le premier temps est une transition pour les patients entre le monde extérieur et celui de la séance. Ils prennent

Tableau I. Correspondance entre les deux registres de compétences (auto soins et psycho sociales) et les catégories d'analyse des verbatim. – *Correspondance between two lists of competencies (self management and psycho social) and the categories of analysis of the verbatim.*

Catégorie 1 : Développer la conscience du corps, du schéma corporel et des représentations mentales associées ; savoir décrire son corps (compétence psychosociale)
Catégorie 2 : Transformer son image du corps (compétence psychosociale)
Catégorie 3 : Améliorer l'estime de soi et l'affirmation de soi (compétences psychosociales)
Catégorie 4 : Augmenter sa motivation à prendre soin de son corps et de sa santé : activité physique, diététique, gestion du stress (compétence d'autosoins et psychosociale)
Catégorie 5 : Améliorer son rapport aux autres, mieux communiquer (compétences psychosociales)
Catégorie 6 : Améliorer sa qualité de vie (retrouver le plaisir) (compétence psychosociale)
Catégorie 7 : Formuler un projet, se donner les moyens de le réaliser (compétence psychosociale)

conscience de leurs tensions musculaires et psychiques, ils travaillent sur des exercices de relaxation et de respiration ou des danses rapides qui les mettent dans « un état mobile » [20] où ils n'ont pas le temps de réfléchir. Dans un deuxième temps, ils abordent un travail de rééducation du mouvement et plus spécifiquement sur les perceptions sensorielles, les connexions motrices [21].

En dernier lieu, une phase d'exploration permet aux patients d'improviser une danse sur un thème choisi par eux dans lequel ils apprennent à se mettre en relation avec leur espace personnel, à interagir avec l'espace environnant. Ils découvrent et apprennent à accueillir leurs sensations, leurs émotions, leurs souvenirs, les représentations mentales qui émergent pendant leur danse. Une synthèse verbale, souvent accompagnée de dessins pour exprimer d'une autre manière le contenu de leur vécu, clôt la séance.

Voici différents exemples de thématiques abordées au cours d'une séance.

– *Détente, respiration, étirements*

À cette occasion, les patients travaillent sur leur souffle pour soulager toutes sortes de maux et pour explorer leur espace intérieur : accueillir leurs émotions, leurs sensations, les représentations du corps imaginaire. Ils découvrent que le souffle n'a pas toujours la même qualité et intensité et que le flux de tension musculaire, qui s'accorde à leur souffle, reflète leurs affects et besoins du moment. Après avoir pris conscience de leurs tensions musculaires et psychiques ils les expriment par une séquence de mouvements et verbalement.

– *Travail sur la rééducation du mouvement*

Pendant les exercices, les patients s'engagent dans un travail où ils apprennent à sentir leur corps, leurs sensations extéroceptives, proprioceptives et intéroceptives, ce qui leur demande une grande attention et écoute. Ils accueillent leurs réactions intérieures, mettent des mots sur ce qu'ils sentent.

– *Travail sur l'échauffement créatif des parties du corps*

Les patients inventent des mouvements pour chaque partie de leur corps qui sont repris par le reste du groupe. Ils inventent également des mouvements locomoteurs qui les déplacent dans l'espace et qu'ils exécutent avec un partenaire.

– *Danse sur un thème personnel*

La danse improvisée permet aux patients de s'exprimer librement, d'accueillir et d'expérimenter un aspect de leur personnalité qui leur est étranger, enfoui.

– *Synthèse*

Pendant la synthèse, ils apprennent à effectuer des connexions entre leur vécu pendant la séance et leur vie au quotidien, la perception qu'ils ont d'eux-mêmes.

2.3 Population

Trente-cinq femmes obèses se sont inscrites en 2007–2011 dans une étude longitudinale de danse thérapie sur *l'image du corps* dans le Service d'éducation thérapeutique pour maladies chroniques.

- 31 patientes ont terminé la 1^{re} année du programme,
- 24 patientes se sont inscrites en 2^e année,
- 23 patientes ont fini le programme, parmi lesquelles 12 patientes ont été tirées au sort pour l'analyse de leurs verbatim.

Ont été exclues du programme les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves qui interfèrent avec la thérapie de groupe, ou avec des problèmes d'addiction (drogue, alcool) et toutes personnes avec un handicap physique ou des problèmes neurologiques.

2.4 Sélection des verbatims

Les 23 patientes (dont les 12 tirées au sort) ont été interviewées par un des auteurs (SMP) qui avait recueilli préalablement leur consentement. Le guide d'entretien avait fait l'objet d'une analyse critique de la part de membres de l'équipe de recherche du HCUG et avait été préalablement testé sur 18 patients. Les questions d'appel des entretiens sont présentées dans le tableau II. Les entretiens ont été menés pour chaque patient, enregistrés et retranscrits.

Les verbatim des 12 patientes ont ensuite été analysés par deux auteurs externes au programme (MGA, JFI). Ils ont sélectionné dans le corpus des verbatim, selon la méthodologie d'analyse des contenus [19] des éléments déclaratifs (phrases

Tableau II. Exemples de questions d'appel des entretiens. – *Examples of questions asked during the interviews.*

<ul style="list-style-type: none"> – Comment percevez-vous votre corps de manière générale ? – Comment ressentez-vous, percevez-vous votre corps en présence d'amis et/ou d'étrangers ? – Quelles sensations, émotions, sentiments, représentations ressentez-vous à l'égard de votre corps et que votre corps vous fait éprouver ? – Quelles parties/zones du corps aimez-vous d'avantage ? – Quand et comment faites-vous de la relaxation ?
<p>Questions posées pendant les séances de thérapie auxquelles les patients ont répondu par écrit et qui ont été retranscrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pendant votre improvisation, quelles émotions, sentiments, images, souvenirs/associations avez-vous ressenties ? – Pendant l'exercice sur la radianse ombilicale, la séquence de la connexion spinale tête/queue, connexion homologue, homolatérale, contralatérale comment est-ce que vous aviez l'impression que les parties de votre corps se connectaient, qu'avez-vous senti (sensations, émotions, sentiments, représentations) ?

complètes ou parties de phrases) considérés par eux comme des « unités de sens » (US) en regard des catégories d'analyse préalablement posées (compétences). Les unités de sens relatives aux représentations des patients, à leur rapport à la famille d'origine, présente et passée et à la sexualité ont été également sélectionnées pour mieux préciser les caractéristiques psychologiques et sociales des patients ; plusieurs figuraient déjà dans les unités reliées aux catégories d'analyse (compétences).

Les verbatim, enregistrés sous WordTM ont été soumis à un traitement informatique sur le programme SPHINXTM qui permet une analyse quantitative des contenus, en repérant la fréquence des expressions verbales (noms, verbes, adjectifs) et en dressant la cartographie des termes associés (regroupements par zones et par « nuages »).

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de la population

La population étudiée ($N = 12$) est exclusivement constituée de femmes. Leur âge moyen est 45 ans (minimum : 33 ans, maximum : 55 ans). Elles sont toutes de nationalité helvétique, sauf une (chilienne). Leur niveau d'éducation est majoritairement élevé (7 patientes sur 12 ont un diplôme d'études supérieures).

Leur statut socioprofessionnel est variable (3 patientes sont assimilables à des cadres supérieurs, 8 autres occupent des fonctions d'employé : secrétaires, assistante sociale, éducatrice de la petite enfance...).

Sur le plan clinique, le poids minimum est de 70,3 kg et le maximum 156 kg ; le BMI minimum est 26,83 kgm², le BMI maximum 49,36 kgm², le BMI moyen est de 38,09 kgm² tels que mesurés à l'entrée dans le programme. Les maladies associées à l'obésité sont : hypertension, diabète de type 2, maladie coronarienne, asthme, dépression en décours, burnout en décours, hypothyroïdie.

La conscience du corps, la perception des différentes parties du corps sont généralement mauvaises, plusieurs patientes se décrivant comme un « bloc » informe.

- *Les parties du corps sont inexistantes, je ne sais même pas où se situe mon bassin. C'est une masse indéfinie et mal ressentie, mal vécue* » (patiente N° 2).
Elles se plaignent d'autre part de tensions, de douleurs et de fatigue :
- *J'ai toujours mal entre les omoplates. J'ai des tensions dans les épaules et mal au dos. J'ai des tensions dans la nuque qui provoquent des maux de tête. J'ai souvent une boule dans la gorge, du chagrin dans mes épaules* » (patiente N° 7).

Dans le discours des patientes, le corps est représenté tantôt par un animal lent ou lourd (escargot, tortue, hérisson, éléphant), tantôt au contraire, par un animal gracieux, aérien (hippocampe, libellule) confrontant peut-être l'expression d'une perception habituelle à celle résultant de la légèreté de leurs mouvements. Il existe aussi un contraste entre des représentations faisant référence à des éléments puissants : la terre, la mer, le soleil, les vagues ou à des forces végétales : arbres, tronc, châtaigner et des évocations de fragilité : bambou, fleurs, porcelaine. Le besoin de carapace protectrice, le repli sur soi s'expriment clairement par les images de l'escargot, de la tortue, du hérisson.

Sur le plan du sexe et des rapports à l'autre sexe, 6 patientes sur 12 expriment leur vécu et les difficultés qu'elles rencontrent :

- *« Quand j'étais mince les hommes me regardaient différemment, comme un objet de consommation... donc j'ai pris du poids aussi pour qu'on me prenne comme j'étais intérieurement* » (patiente N° 1).
- *« J'ai peur des autres hommes ; j'aime le jeu et l'arrête très vite, car je suis en train d'appivoiser la séduction de l'autre. Je me protège encore* » (patiente N° 3).
- *« Dans la séduction, je me sens gênée ; ce qui me gêne, c'est que la faiblesse se voit, le poids, on ne peut pas le cacher* » (patiente N° 7).

- « *Ma mère me disait que je ne devais pas être provocante. J'ai fait le lien avec l'abus (...) La sexualité est un devoir, mais non un plaisir (...) J'ai consulté seule un sexologue car mon mari ne voulait pas s'y rendre* » (patiente N° 9).
- « *C'est de ma faute si j'ai perdu mon mari, je suis nulle, je ne suis pas aussi bien que ma mère qui, elle, sait faire dix mille choses à la fois sans être fatiguée* » (patiente N° 12).

Concernant l'enfance, le rapport aux parents, les patientes expriment fréquemment (6 sur 10) des ressentis négatifs, voire agressifs :

- « *Ma sœur est un accident et je suis un réparateur, un moyen de retenir ma mère. auprès de mon père (...) J'ai réagi par réaction contre ma mère : la perte de poids c'est aller dans le sens de ma mère... concurrence (...) ce qui me répugne, c'est l'envahissement de la mère* » (patiente N° 1).
- « *Plusieurs femmes, une poupée, un bébé mort, ma mère voulait avorter de moi. Je lui en veux (sa mère), y a un raz-le-bol... excédée, vivement qu'elle crève... demain c'est son anniversaire. Sentir la rancune, la dessiner. Elle est sournoise, elle griffe, elle abîme, elle salit, elle laisse des traces, elle raye* » (patiente N° 4).
- « *Mes parents n'ont pas su me donner confiance en moi, pas de soutien ni de valorisation, je leur en veux, je ressens de la tristesse, une déception, de l'injustice, ma révolte s'exprime en me mettant dans une forteresse* » (patiente N° 6).
- « *Je protège mon père, mais je ne peux pas pardonner à ma sœur* » (patiente N° 8).

Des difficultés dans la relation familiale se retrouvent quelques fois vis-à-vis du conjoint et des propres enfants :

- « *Je pense que j'ai étouffé ma fille en voulant réparer la relation que j'avais eue avec ma mère mais ma fille me rejette* » (patiente N° 9).
- « *Au moment de la séparation je ne supportais plus que mes filles m'approchent. Je me sentais, moi, rejetée par mes filles et leur père* » (patiente N° 12).

Au total, l'expression par les patientes de leur perception du corps et de leur image corporelle est le plus souvent négative, leur vie sexuelle et de relation ne l'est pas moins. Ce mal-être prend sa source pour plusieurs patientes dans un rapport difficile aux parents – la mère plus souvent – et la reproduction de cette problématique familiale à leurs propres enfants peut se vérifier.

3.2 Analyse qualitative

La première compétence : « Développer la conscience du corps, du schéma corporel et des représentations mentales associées ; savoir décrire son corps » semble être atteinte, très tôt, dès le T1 par les patientes (8 sur 12), sous l'effet de la danse thérapie (56 US sélectionnées en T1 ; 107 US au total), avec une amélioration de la perception corporelle et de la posture, une réduction des tensions.

- « *Je ne me perçois plus du tout comme un bloc, je sens que je me suis assouplie et la notion d'ondulation entre dans ma perception* » (patiente N° 4).
- « *Je sens que ma posture s'améliore. Il y a moins de tensions au niveau des dorsales, moins de tensions au niveau des omoplates* » (patiente N° 9).

Cette amélioration se retrouve en T2 pour 10 patientes, sur le plan physique :

- « *Je respire autour de ma colonne : en partant du coccyx, je sens ma colonne qui s'étire ainsi que les muscles et les ligaments. Tout s'allonge, je grandis* » (patiente N° 5).
- « *La perception de mon corps s'affine, je sens mes muscles se relâcher dans mon dos, mes bras et mes mains, j'apprécie beaucoup* » (patiente N° 8).

Sur le plan psychique :

- « *J'étais pendant ma danse... et je découvre des choses insoupçonnées en moi que je projette à l'extérieur* » (patiente N° 10).
- « *Et puis j'ai fait des mouvements de la danseuse orientale : féminité et séduction, c'est agréable. Je me sens bien avec moi-même, cela pourrait durer* » (patiente N° 3).

En T3, la perception de son corps s'exprime différemment chez plusieurs patientes, avec un approfondissement de la conscientisation :

- « *C'est agréable de conscientiser le corps car je vais à la rencontre de mon corps, de ce que je suis, ça donne envie d'aller plus loin (...) Je suis plus consciente de mon corps quand je danse. J'habite plus mon corps (...)* » (patiente N° 3).
- « *Pour la première fois, j'ai l'impression d'être allée à l'intérieur et j'ai fait de l'ordre à l'intérieur* » (patiente N° 9).

La seconde compétence : « Transformer son image du corps » recueille 40 unités de sens. Neuf patientes sur 12 expriment une telle transformation en rapport avec la danse thérapie, sans que l'on puisse établir une différence importante de nombre d'unités de sens aux temps T1 (12US), T2 (16 US), T3 (12 US). Les citations qui suivent sont cependant extraites du temps 3 (T3) :

- « *Je suis très contente de me voir dans le miroir, c'est très joli. C'est une image de moi comme elle est : avec des grosses jambes mais un corps équilibré dans ses proportions* » (patiente N° 8).
- « *J'ai beaucoup aimé ma danse, je me suis sentie gracieuse, et j'ai l'impression de perdre cette notion de bloc, je ne me perçois plus du tout comme un bloc, du moins du thorax aux genoux... »* (patiente N° 9).
- « *Mais cette année là a aussi été (et c'est là pour moins le plus important) une découverte de moi-même, de mon corps et de mon image. Avant ce cours, je ne m'aimais pas particulièrement et en plus je n'avais pas grand-chose de féminin* » (patiente N° 10).

La troisième compétence concerne l'estime de soi et l'affirmation de soi. Dix patientes sur 12 semblent avoir atteint cette compétence, comme en témoignent 47 unités de sens très positives (14 US en T1, 21 US en T2, 12 US en T3).

- « *Je suis rassemblée, plus sereine, moins en combat avec moi-même. Je me sens plus solide, j'ai conscience de certaines gênes et j'accepte de les sentir, j'accepte d'être comme je suis* » (patiente N° 1).
- « *J'ai le sentiment d'avoir beaucoup évolué. Je me suis reconstruite. Je suis beaucoup plus à mon écoute, à celle de mes besoins profonds, d'être beaucoup plus vraie tout en arrivant à me préserver lorsqu'il le faut* » (patiente N° 5).
- « *Je constate que le regard que je pose sur moi c'est considérablement amélioré. . . La confiance acquise m'ouvre des horizons, des envies, des désirs et la vie peut s'écouler en moi* » (patiente N° 7).
- « *Je crois que je suis arrivée à une certaine liberté, autant dans les mots que dans les mouvements : Je me rend compte maintenant que j'ai le droit de m'exprimer, le droit d'être prise en compte, le droit d'exister, tout simplement* » (patiente N° 5).

« Améliorer sa motivation à prendre soin de son corps et de sa santé » constitue la quatrième compétence. Huit patientes se reconnaissent dans cet objectif (24 US : T1 : 14 US, T2 : 5 US, T3 : 5 US) et déclarent s'engager dans cette voie en mangeant désormais plus sainement, en pratiquant une activité physique et en gérant leur stress.

- « *Quand j'ai mal, je respire et je visualise l'intérieur de mon corps. Maintenant j'ai envie de bouger, de marcher, de monter les escaliers. J'aimerais apprendre à nager* » (patiente N° 10).
- « *Je pense d'avantage à ma santé qu'au côté esthétique de la perte de poids* » (patiente N° 3).
- « *Je travaille tous les jours sur ce que j'ai abordé au cours (...) je pratique toute la semaine une conscientisation de mon corps en mouvement ou en état de relaxation* » (patiente N° 2).

Huit patientes considèrent que la danse thérapie a contribué à améliorer leur rapport à l'autre, c'est à dire leur a permis de développer la compétence N° 5 « Améliorer son rapport aux autres, mieux communiquer » (26 US au total : T1 : 1 US, T2 : 21 US, T3 : 5 US).

Les citations ci dessous sont extraites des temps T2 et T3.

- « *Le cercle d'amis s'élargit, je n'en ai pas peur et je suis plus dans la prise de risques* » (patiente N° 3).
- « *Je ressens dès lors ma posture différemment et une ouverture aux autres plus grande* » (patiente N° 6).
- « *Les autres sont maintenant un révélateur de moi-même, ils ne sont plus un danger ils ne m'empêchent plus, maintenant c'est un apport (...) la perception affinée de mon corps m'aide à mieux être avec les autres* » (patiente N° 7).

La compétence N° 6 : « Améliorer sa qualité de vie, retrouver du plaisir » se retrouve dans les verbatim de 7 patientes (18 US au total, T1 : 2 US, T2 : 5 US, T3 : 11 US).

- « *C'est agréable de conscientiser le corps, car je vais à la rencontre de mon corps, de ce que je suis, ça donne envie d'aller plus loin. J'ai un énorme plaisir à habiter mon corps. Envie de bien-être* » (patiente N° 3).

Tableau III. Les dix termes les plus fréquemment retrouvés dans les verbatim des patientes. – *The ten words most frequently retrieved in patients' verbatim.*

Verbes	Adjectifs	Noms
être	agréable	corps
avoir	léger	envie
sentir	positif	mouvement
faire	gros	mère
pouvoir	petit	poids
aimer	seul	plaisir
prendre	conscient	filles
ressentir	grand	image
avoir envie	libre	père
aller	bon	sensation

- « *Je reprends possession de ma vie, je prends plaisir à retrouver mon indépendance depuis quelques mois* » (patiente N° 12).
- « *Je vis, je bouge et je peux passer outre l'esthétique. J'ai beaucoup de plaisir. Pendant ma danse j'ai eu des sensations de liberté, j'ai éprouvé de la joie et du plaisir, envie de vivre et sentiments d'amour* » (patiente N° 9).

La dernière compétence (N° 7 : « Formuler un projet, se donner les moyens de le réaliser ») est celle qui recueille le moins de verbatim sélectionnés : 5 patientes en expriment ; on compte 12 US au total.

- « *Vivre au plus près de mes aspirations profondes (sincérité, ouverture, partage, beauté et poésie) (...) J'ai un projet artistique : travail de création de statuettes avec des matériaux différents qui ont rapport au poids (...)* » (patiente N° 1).
- « *Je crée mon propre projet : celui d'avoir une chatterie ; je désire un chemin de vie encore plus simple, tourné vers la nature et les animaux* » (patiente N° 5).
- « *Je me suis donné l'objectif de travailler la relaxation une fois par mois ; je change de travail* » (patiente N° 2).

3.3 Analyse quantitative des verbatim

Le groupe de femmes s'exprime facilement. Sur la totalité des verbatim sélectionnés, le programme SPHINX a identifié un corpus de 2335 citations, une fois retirés les locutions de langage courant et les mots de liaisons.

L'analyse lexicale globale menée par le programme SPHYNX sur l'ensemble des verbatim sélectionnés, met en évidence 92 noms, 50 adjectifs, 38 verbes.

En prenant en considération les 10 termes (noms, adjectifs, verbes) les plus fréquemment cités, on obtient l'ordre suivant (Tab. III). Parmi les noms, le *corps* est cité en premier, suivi de *envie, mouvement*.

La *mère* arrive en quatrième position et le *père*, symétriquement en 8^e position. Le dernier nom de cette série est *légèreté* (92^e position).

Dans la liste des verbes, on ne s'étonne pas de retrouver dans l'ordre suivant : *être, avoir, sentir, faire, pouvoir* (dernier verbe cité : *habiter*).

Les adjectifs les plus fréquemment cités sont : *agréable, léger, positif, gros, petit, seul*.

Il existe des variations significatives dans l'emploi des termes :

Des parties du corps sont citées à des temps différents. En T1 et T2 : *dos, bassin, hanches*; en T3 : *pieds, bras, épaules*. En effet, les patients effectuent des exercices qui se basent sur le développement moteur de l'enfant. Ils apprennent, tout comme le bébé, à muscler le tronc et les articulations proximales, à renforcer la stabilité pour pouvoir accéder à une plus grande mobilité, à s'ancrer dans son corps.

On constate une permanence de certains termes retrouvés en T1, T2, T3 : *sens et corps*. Par contre, des termes cités fréquemment en T1 (*mal, poids*) disparaissent en T2 et T3. Des termes fréquemment associés à des ressentis désagréables en T1 (*mal, tension, fatigue*) sont remplacés par des expressions plus positives en T2 : *dénouée, libérée, autorisée* et en T3 (*agréable, consciente*).

Enfin, on note que le terme : *mouvement* passe de la 20^e position en T1 à la 2^e position en T3.

Les sept catégories d'analyse correspondant à sept compétences d'auto-soins et psychosociales convoquent un nombre variable de verbatim.

À elle seule, la compétence 1 : « *Développer la conscience du corps, du schéma corporel et des représentations mentales associées ; savoir décrire son corps* » recueille le plus grand nombre de verbatim sélectionnés (unités de sens), soit 107 unités de sens.

À la compétence 3 « *Améliorer l'estime de soi et l'affirmation de soi* » se rattachent 47 unités de sens et à la compétence 2 « *Transformer son image du corps* » 40 unités de sens.

La compétence 5 « *Améliorer son rapport aux autres, mieux communiquer* » recueille 26 unités de sens et la compétence 4 : « *Augmenter sa motivation à prendre soin de son corps et de sa santé : activité physique, diététique, gestion du stress* » 24 unités de sens.

À la compétence 6 « *Améliorer sa qualité de vie, retrouver le plaisir* » correspondent 18 unités de sens) et à la compétence 7 : « *Formuler un projet, se donner les moyens de le réaliser* » 12 unités de sens.

4 Discussion

Dans une étude portant sur l'analyse des programmes d'éducation thérapeutique dans l'obésité [22], il a été souligné que l'efficacité des programmes de prise en charge de l'obésité devait être également appréciée sur des critères d'accroissement de compétences.

Tel est le cas de cette étude dans laquelle sont rapprochés des verbatim sélectionnés à des catégories de compétences prédéfinies.

Nous observons en effet une atteinte par les douze patientes des sept compétences. Toutes les patientes n'acquièrent pas l'ensemble des compétences et celles-ci sont atteintes à des degrés divers.

Ce sont surtout la compétence 1 « *Développer la conscience du corps, du schéma corporel et des représentations mentales associées ; savoir décrire son corps* » (107 unités de sens), la compétence 2 « *Transformer son image du corps* » (40 unités de sens) et 3 « *Améliorer l'estime de soi et l'affirmation de soi* » (47 unités de sens) qui sont le plus atteintes par les patientes. La compétence 1 est celle qui est le plus rapidement atteinte (dès le temps 1, c'est à dire après 12 semaines).

Ceci est corroboré par l'analyse quantitative qui montre que les 3 noms les plus fréquemment cités au total sont, respectivement : le corps (115 citations), l'envie (43 citations) et le mouvement (39 citations) En ce qui concerne les compétences 2 et 3, les exercices de danse thérapie permettent aux patientes, selon leurs propres dire, de « conscientiser son corps », « ne plus se percevoir comme un bloc », « affiner la perception de son corps », « diminuer ses tensions et ses douleurs », « se sentir bien avec soi-même ». On retrouve ici les résultats obtenus par d'autres moyens d'investigation [20, 23].

Devenues conscientes de toutes les parties de leur corps, de leur schéma corporel, des pensées et des représentations associées, les patientes sortent de leur carcan, blocage moteur et psychique qui les fige dans la perception d'elles-mêmes avec des représentations mentales négatives. Ces dernières, jusqu'alors enfouies, se sont libérées et transformées au cours des séances.

On peut donc considérer que cette réhabilitation du corps et de son image, l'amélioration consécutive de l'estime de soi peuvent être rapportées à la danse thérapie et que cette pratique trouve dans l'acquisition de ces compétences des résultats évidents.

Les compétences 4 et 5 : augmenter sa motivation à prendre soin de son corps et de sa santé (activité physique, diététique, gestion du stress), améliorer son rapport aux autres, mieux communiquer, ne rassemblent respectivement que 24 et 26 unités de sens, bien que plusieurs verbatim soient tout à fait éloquentes sur l'amplitude des changements produits. Le fait, par exemple, que des patientes aux T 2 et T3 déclarent manger de façon plus saine, pratiquer un sport, gérer leur stress, mais surtout développer une posture de santé : « *Je pense d'avantage à ma santé qu'au côté esthétique de la perte de poids* » illustre bien le tournant qu'elles ont pris. La communication à l'autre, qui était au départ problématique peut également s'améliorer au temps 2 de façon notable, en lien avec une perception plus positive du corps : « *la perception affinée de mon corps m'aide à mieux être avec les autres.* »

Les compétences 6 et 7 : formuler un projet, se donner les moyens de le réaliser, améliorer sa qualité de vie (retrouver le plaisir), sont celles qui semblent être le moins fréquemment atteintes par les patientes.

Concernant la qualité de vie, on retrouve peu de verbatim liés à cette dimension. En revanche, la notion de plaisir émerge d'avantage en lien avec la danse et le corps : « *Pendant ma*

Tableau IV. Activités de danse thérapie favorisant l'acquisition de compétences spécifiques. – *Danse therapy activities promoting the acquisition of specific competencies.*

Les exercices sensoriels (intéroception, proprioception, extéroception) favorisent l'acquisition des compétences de la catégorie 1, 2, 3, 4, 5, 6
Les exercices basés sur la mobilité, travail des chaînes musculaires favorisent l'acquisition de compétences de la catégorie 1, 2, 3, 4,
Les exercices basés sur la gestion du souffle favorisent l'acquisition de compétences de la catégorie 1, 2, 4
Les exercices basés sur la relaxation favorisent l'acquisition de compétences de la catégorie 1, 2, 3, 4
Les exercices basés sur la visualisation de son corps favorisent l'acquisition de compétences de la catégorie 2, 3
Les danses basées sur les exercices sensoriels, la coordination, l'alignement dynamique et le développement moteur phylogénique et ontogénique favorisent l'acquisition des compétences de la catégorie 1, 2, 3, 4, 5, 6
Les danses basées sur un thème personnel choisi par une patiente favorisent et renforcent les catégories 1,2,3,5
Les danses basées sur des rythmes soutenus favorisent l'acquisition de compétences de la catégorie 4
Les danses basées sur la détente et gestions de la qualité du souffle favorisent l'acquisition de compétences de la catégorie 3, 4
Les danses basées sur les parties du corps et les images du corps imaginaire favorisent l'acquisition des catégories, 1, 2, 3, 5
Les danses basées sur la kinesphère ou espace personnel favorisent l'acquisition de compétences 2, 3, 4

danse j'ai eu des sensations de liberté, j'ai éprouvé de la joie et du plaisir» on note de surcroît que le mot « plaisir » arrive en 6^e position du nombre des citations.

Quant aux projets, ils ne sont formulés que par 5 patientes. Ce sont des projets de vie (changer de travail, création artistique, élevage d'animaux) ; ils ne concernent le maintien d'une activité en relation avec le corps (relaxation) que dans un seul cas.

On peut en effet comprendre que la danse thérapie agisse davantage sur tout ce qui a trait aux transformations du corps, de sa perception, de sa mobilisation et de son vécu plutôt que sur la formulation de projets d'avenir.

L'atteinte sélective de certaines compétences plutôt que d'autres s'explique donc par le mode d'intervention que constitue de la danse thérapie. Par contre, la nature didactique de cette pratique est évidente : une compétence d'autosoins (N° 4) et les autres psychosociales, sont effectivement atteintes par les patientes à l'issue d'un apprentissage. La danse thérapie fait apprendre et aide à maîtriser des compétences, particulièrement des compétences psychosociales. Dans d'autres pathologies chroniques, comme l'arthrite rhumatoïde, il a été souligné que leur acquisition) constituait une des finalités de l'ETP [24, 25].

Il est difficile d'affirmer qu'il s'est produit une progression linéaire dans la maîtrise des compétences entre les différents temps 1, 2 et 3, comme on aurait pu s'y attendre, sachant que le nombre de termes utilisés par les patientes est plus important en T3. Si on considère, par contre, le nombre d'unités de sens, la première compétence et la compétence 5 sont atteintes dès le temps 1. En revanche, les compétences 2, 3, 5 et 7 semblent être plutôt atteintes au temps 2. Seule la compétence 6 qui concerne la qualité de vie est atteinte au temps 3. La somme des unités de sens aux différents temps, montre d'ailleurs 104 unités de sens en T2, 99 en T1, 71 en T 3.

Il est possible que cette distribution que nous observons des unités de sens soit en rapport avec les exercices du programme, certaines séquences d'exercices favorisant plus que

d'autres la libre expression des patientes et par conséquent la production de verbatim et l'atteinte de compétences (Tab. IV).

Cette recherche connaît plusieurs limites. Elle est basée uniquement sur l'analyse qualitative et quantitative de contenus de déclaratifs.

Ces verbatim ont fait l'objet d'une sélection qui n'est pas exempte de subjectivité, bien que deux chercheurs l'aient effectuée indépendamment sur la base d'un codage commun.

Le même défaut de subjectivité se retrouve dans l'attribution des verbatim aux catégories de compétences, même si cette mise en correspondance a fait l'objet d'un consensus entre les chercheurs.

On peut également noter très peu de verbatim négatifs exprimés vis-à-vis du programme de danse thérapie ; nous n'en avons retenus que deux :

- « *Je n'aime pas ce nouveau groupe ; je ne me sens pas en confiance, ces femmes sont superficielles* » (patiente N° 5).
- « *La gym qu'on fait ici, c'est plaisant, mais les mouvements de danse très dérangeants* » (patiente N° 8).

Ceci est cependant cohérent avec le fait que les 12 patientes étudiées ont suivi l'intégralité du programme qu'elles auraient pu abandonner si elles en étaient insatisfaites. La teneur des verbatim que nous avons analysés montre au contraire une satisfaction unanime des patientes vis-à-vis de la danse thérapie exprimée avec des termes fréquemment enthousiastes.

5 Conclusion

Il est aujourd'hui reconnu que l'éducation thérapeutique des patients (ETP) représente une partie importante de la prise en charge des patients obèses. Il a aussi été souligné [14, 22] que cette éducation se traduit par des gains de connaissances et des acquisitions de compétences chez les patients en ce qui concerne la nutrition et l'activité physique. Mais d'autre part, les patients obèses se caractérisent fréquemment par une image altérée du corps, une pauvre estime de soi, une communication

difficile à l'autre, tous éléments participant à un cercle vicieux qui fait alterner diètes restrictives et compulsions alimentaires. C'est ce qui justifie l'intégration de la danse thérapie dans les programmes d'éducation thérapeutique des patients obèses.

Un programme de danse thérapie permet aux patients obèses d'améliorer leur perceptions sensorielles, et leur représentations d'eux-mêmes, l'estime de soi et leur qualité de vie.

C'est un temps où ils découvrent qu'ils bougent avec aisance et beaucoup de plaisir. C'est également un temps de régression pendant lequel ils retrouvent des souvenirs qui les ont affectés psychologiquement et marqués dans leur chair. En travaillant avec d'autres personnes avec lesquelles ils partagent les mêmes problématiques, ils modifient leur attitude par rapport au regard de l'autre et à leur propre regard. Ils apprennent à améliorer, à affiner la perception de leur corps, au repos et en mouvement, en travaillant, au quotidien, leur conscience corporelle avec des outils simples qui renforcent leur sentiment d'autonomie et de leur motivation. Le corps n'est plus une forteresse dans laquelle ils se barricadent, ni un ennemi contre lequel ils retournent leur colère et leurs frustrations. Leur corps devient un lieu où se ressourcer et se connaître dont ils ont envie de prendre soin.

L'objectif de la danse thérapie est donc de « restaurer l'image du corps, de transformer un « contenant vide » dans un lieu habitable, d'intégrer un sens de soi, de se différencier de l'environnement, d'agir seul et avec l'autre » [26].

Notre étude portant sur l'analyse quantitative et qualitative des verbatim exprimés par 12 patientes obèses ayant suivi un programme hebdomadaire de danse thérapie de 66 séances réparties sur 72 semaines a permis de relier ces verbatim à des compétences d'autosoins et psychosociales qui sont officiellement reconnues comme des finalités de l'éducation thérapeutique. Ce sont avant tout les compétences de développement de la conscience du corps, de transformation de son image et d'amélioration de l'estime de soi que les patients atteignent à travers la danse thérapie. D'autres compétences, comme l'augmentation de la motivation à prendre soin de son corps et de sa santé, l'amélioration de sa communication à autrui et de sa qualité de vie, la capacité à formuler un projet pour l'avenir sont également maîtrisées à un moindre degré. La nature pédagogique de la danse thérapie, en cela qu'elle permet de faire acquérir aux patients des compétences est mise en évidence dans cette étude. Cette pratique semble donc avoir toute sa place dans les programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients obèses. D'autres recherches conduites sur des groupes plus importants sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Références

1. Fossati M, Amati F, Painot D, Reiner M, Haenni C, Golay A. Cognitive-behavioural therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2004; 9:134-138.
2. Fossati M, Rieker A, Golay A. Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez des patients *obèses*. *J, Thérapie Comport Cogni* 2004; 14:29-34.
3. Volery M, Carrard I, Rouget P, Archinard M, Golay A. Cognitive distortions in obese patients with or without eating disorders. *Eat Weight Disord* 2006; 11:123-126.
4. Anzules C, Haenni C, Golay A. An experience of art therapy for patients suffering from obesity. *Eur Diab Nurs* 2007; 4:72-76.
5. Apfeldorfer G. *Traité de l'alimentation et du corps*. Paris : Flammarion, 1994.
6. Muller-Pinget S. Dance therapy improves body image in obese people. *Int J Obes* 2008; 32:S174.
7. Bruchon Schweitzer M., Quintard (B), *Personnalité et maladies*. Stress, coping et ajustement. Paris: Dunod, 2001.
8. Sandel SL, Chaiklin S, Lohn A, *Foundation of Dance/movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace*, Columbia, Maryland, Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association, 1993.
9. Bartenieff I. *Body movement: Coping with the environment*. New York: Gordon & Breach, Science Publishers, Inc, 1980.
10. Payne H. Pilot study to evaluate dance movement psychotherapy (the body mind approach) in patients with medically unexplained symptoms: participant and facilitator perceptions and a summary discussion. *Body Movement and Dance in Psychotherapy* 2009; 4:77-94
11. Loman S, Sossin KM. Introduction to the Kestenberg movement profile and dance/movement therapy. In: S. Chaiklin, H. Wengrower (Eds.), *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance*. New York: Routledge, 2009.
12. Bernstein PL, *Theory and method in dance- movement therapy*, New Hampshire: Kendal/Hunt Publishing Company, 1972.
13. Berrol CF. Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *Arts Psychother* 2006; 33:302-315.
14. Snethen JA, Broome ME, Cashin SE. Effective weight loss for overweight children: a meta-analysis of intervention studies. *J Pediatr Nurs* 2006; 21:45-56.
15. World Health Organization. *Therapeutic patient education: Continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*. Copenhagen : World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998.
16. Haute Autorité de Santé, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique* [En ligne]. Saint-Denis : H A S; 2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601788/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques (consulté le 21/02/11).
17. World Health Organization. *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school* [En ligne]. Geneva : Ther Parvient Educ 2003, p. 86.
18. Ivernois JF (d'), Gagnayre R. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Educ Ther Patient* 2011; 3(2):S201-S205.

19. Bardin L. L'analyse de contenu. 8^e ed., Paris, PUF: 1996.
20. Laban R, The mastery of movement. London, Mc Donald & Evans: 1971.
21. Mills M, Cohen BB. Developmental movement therapy. Amherst, MA: The school of body-mind centering, 2005.
22. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010; 79:283–286.
23. Cohen BB. Sensing, feeling & action. Northampton, Contact editions: 1993.
24. Albano MG, Giraudet-Le Quintrec JS, Crozet C, d'Ivernois JF. Characteristics and development of therapeutic patient education in rheumatology: analysis of the 2003–2008 literature. *Joint Bone Spine* 2010; 77:377–492.
25. John H, Carrol D, Kitas G.D. Cardiovascular education for people with rheumatoid arthritis: what can existing patient education programmes teach us?, *Rheumatology* 2011; 50:1751-1759.
26. Muller-Pinget S, Golay A, Danse-thérapie dans les soins. In: Le rôle de l'art dans les éducations en santé, R Gagnayre (Ed.), Paris L'Harmattan: 2008, pp. 69–87.