

La danse thérapie pour développer les dimensions perceptives chez les patients obèses

Solange Muller-Pinget et Alain Golay*

Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Centre collaborateur de l'OMS, Département de médecine, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève, Chemin Venel 7, 1206 Genève, Suisse

Reçu le 30 juin 2020 / Accepté le 10 décembre 2020

Résumé – Introduction : Les patients obèses sont enfermés dans une perception d'eux-mêmes amoindrie par le poids de leurs souffrances. **Objectifs :** Le but de cette étude est d'observer les effets de la danse thérapie sur l'auto-perception et la qualité de vies des patients obèses et ceux ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. **Méthodes :** Quatre groupes, similaires en poids et en âge, ont bénéficié de danse thérapie. Un programme de 36 semaines sans groupe contrôle, un de 16 semaines avec groupe contrôle et un groupe post bypass pendant 18 semaines. L'estime de soi, l'estime corporelle, la qualité de vie, la conscience corporelle, les représentations mentales et la représentation de la corpulence ont été mesurés avant et après la danse thérapie dans chaque groupe. **Résultats :** La danse thérapie améliore tous ces éléments dans les trois programmes sauf la représentation de la corpulence qui reste inadéquate dans les quatre groupes. Le groupe contrôle n'améliore pas la qualité de vie ni l'estime de soi. **Conclusion :** Les séances de danse thérapie sur une longue ou courte période engagent une transformation de la perception de la personne qui lui permet une amélioration de sa qualité de vie.

Mots clés : danse-thérapie / perception / conscience / éducation du patient

Abstract – Dance therapy to develop perceptual dimensions in obese patients. Introduction: Obese patients retreat in reduced self-perception due to the weight of their suffering. **Objectives:** The purpose of this study was to observe the effects of dance therapy on self-perception and quality of life in obese patients and patients at post bariatric surgery. **Methods:** Four groups similar in weight and age did participate in a dance therapy group. One 36 weeks program without control group, one 16 weeks program with a control group and one 18 weeks program for patients at one year post bariatric surgery. We measured self esteem, body esteem, quality of life, body awareness, and mental representation of body shape before and after dance therapy in each group. **Results:** Dance therapy improves all these elements except the mental representation of body shape which stayed inadequate in each group. The control group did not improve neither the quality of life nor the self-esteem. **Conclusion:** A short or a long program in dance therapy contributes to the transformation of self-perception which improves the quality of life.

Keywords: dance-therapy / perception / conscience / patient education

1 Introduction

Les patients atteints d'obésité sont enfermés dans des représentations mentales négatives d'eux-mêmes. Le cercle vicieux d'une mauvaise estime de soi engendré par une qualité de vie amoindrie les empêche de bien gérer leur vie personnelle, familiale et sociale. Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, ont du mal à se réappropriier leur

corps qui a rapidement et drastiquement changé. L'hypothèse de cette recherche est de démontrer que la danse thérapie, intégrée à un programme d'éducation thérapeutique permettrait d'améliorer leur auto-perception et leur qualité de vie [1-3].

L'objectif de cette étude est d'observer les effets de la danse thérapie sur l'auto-perception et la qualité de vie, l'estime de soi, l'estime corporelle et les représentations mentales des patients obèses et ceux ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

*Auteur de correspondance : alain.golay@hcuge.ch

Tableau 1. Indice de masse corporelle (kg/m²) avant et après danse-thérapie.*Table 1. Body mass index (kg/m²) before and after dance therapy.*

	Groupe 1 Danse thérapie 36 semaines		Groupe 2 Danse thérapie 16 semaines		Groupe 3 Contrôle 16 semaines		Groupe 4 Danse thérapie Post-bypass 18 semaines	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Nombre de patients	18	18	31	27	19	19	20	11
Âge	44,6 ± 2,4		48,4 ± 8,2		46 ± 8,5		43,4 ± 7,2	
IMC kg/m ²	36,7 ± 1,2	35,9 ± 1,7	38,5 ± 6,6	38,9 ± 5,8	38,5 ± 6,6	39,7 ± 5,9	34,8 ± 1,5	33,5 ± 1,3

2 Rôle de la danse thérapie

La dimension perceptive en éducation thérapeutique est un des facteurs essentiels dans l'apprentissage et l'acquisition de nouvelles aptitudes à prendre soin de soi [4,5]. La danse thérapie aide le patient à en prendre le chemin. Le corps dansé invite naturellement à développer la pleine conscience de ce qui se passe ici et maintenant [6–10]. Apprendre à éprouver son corps en mouvement ou à l'écouter au calme est une expérience perceptive phénoménologique.

À travers le corps, les patients explorent d'autres formes d'expression et de communication. Les séances hebdomadaires leur permettent de répéter, de transformer et d'inscrire ces nouvelles formes de liens. Ils acquièrent une conscience corporelle, affective et cognitive.

La conscience réfléchie, différée, leur permet, après chaque exercice, d'analyser leurs mouvements, leurs danses, les liens qu'ils ont créés avec eux-mêmes et l'autre, leur comportement et leurs représentations. Ce processus leur permet de valoriser leurs ressentis et leurs pensées.

L'apprentissage du non jugement renforce en eux le sentiment d'autonomie et de bienveillance. Le corps dansé, dans un cadre thérapeutique, sécurisé, permet aux patients de sentir qu'ils se recréent. La danse thérapie agit sur le plan physique, cognitif, affectif, social et perceptif.

3 Les problématiques des patients obèses

Les personnes obèses ont du mal à considérer leur corps comme un lieu de ressourcement. Elles le considèrent et le ressentent comme une gêne. Elles restent enfermées dans une image floue d'elles-mêmes, non différenciée et ternie par le poids de leur souffrance [11,12]. Elles s'en dissocient progressivement, figeant dans leur mémoire un moi se pensant plus mince [13,14]. Il est important de développer chez ces patients et ceux qui ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique, la pleine conscience de leur corps en relation à soi et aux autres. Les patients qui ont bénéficié d'un bypass gastrique, doivent apprendre à intégrer les variations proprioceptives, kinesthésiques du corps éprouvé à leur nouvelle image.

Comment faire glisser les filtres de la perception qui sont propres à chacun.

4 Méthodologie

4.1 Sujets

4 groupes de patients, soit 88 patients en tout, ont été recrutés et testés sur une longue (36 semaines) et une courte durée (16 semaines). Ils sont âgés de 45 ± 6 ans avec un IMC de 38 ± 7 kg/m². Ces patients obèses avaient plusieurs comorbidités telles que diabète de type 2, hypertension, maladies coronariennes, hyperlipidémie, dépression, bipolarité, abus sexuels.

Ces patients constituent 4 groupes (Tab. 1) :

- Le groupe 1 : patients obèses testés sur une longue durée de 36 semaines.
- Le groupe 2 : patients obèses testés sur une courte durée de 16 semaines.
- Le groupe 3 : groupe contrôle de 16 semaines.
- Le groupe 4 : patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. Ils ont été testés sur une courte durée de 18 semaines, une année après le bypass.

4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans les 3 études, les comorbidités et les critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes.

Critères d'inclusion : IMC entre 30 et 40 kg/m², avec un âge de < 50 ans et capacité de marcher 10 m sans aide.

Critères d'exclusion : IMC > 40 kg/m². Maladies mentales affectant la thérapie de groupe, neuropathie, alcoolisme ou dépendance à la drogue, chirurgie orthopédique, problèmes affectant la démarche des patients tels que des ulcères du pied.

Dans le quatrième groupe n'ont été admis, à poids et âges comparables que les patients 12 mois après leur opération, sans complications post-opératoires.

4.3 Protocole

Tous les patients ont participé à un programme de perte de poids ou de préparation à la chirurgie bariatrique dans le Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient. Tous ont signé un consentement du

Tableau 2. Programme des séances de danse-thérapie.**Table 2.** *Dance therapy sessions programme.*

-
- Observer et relâcher les tensions physiques et psychiques.
 - Développer la pleine conscience du corps en mouvement et du corps à l'arrêt.
 - Sentir les connexions musculaires et restructurer les mouvements.
 - Découvrir son langage corporel : danses improvisées sur les parties du corps à partir des ressentis physiques et émotionnels.
 - Chorégraphier ces mêmes mouvements, observer les représentations mentales associées à leur expression corporelle.
 - Développer la conscience réfléchie : observation des ressentis et des pensées.
 - Dessiner la perception d'eux-mêmes pendant les séances.
 - S'exprimer au sein du groupe de danse-thérapie.
 - Travailler entre chaque séance des petits objectifs d'auto-perception.
-

protocole de recherche accepté par la commission d'éthique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Uniquement les patients intéressés par la danse thérapie ont été inclus. Tous ont accepté d'être choisis au hasard dans un groupe contrôle ou de danse thérapie. Les patients randomisés dans le groupe contrôle ont pu bénéficier de la danse thérapie après la fin du protocole et hors étude.

Une liste randomisée a été générée électroniquement par une personne qui ne participait pas au recrutement des patients.

Tous les patients des 3 groupes ont participé à des séances de 2 h par semaine. Le programme des séances de danse-thérapie est décrit dans le [tableau 2](#).

4.4 Les questionnaires

La conscience corporelle et les représentations mentales ont été évaluées selon Muller-Pinget [14]. Ils sont basés sur les travaux d'observation du mouvement et du comportement selon les études de Eddy M, Leventhal M, Payne H and Kestenberg J [15–18].

Ce questionnaire comporte les sous-échelles suivantes : la posture, la marche consciente, les tensions, la relaxation, les connexions moteurs sensorielles, l'analyse des danses et des représentations mentales. Le score maximal est de 74 et minimal de 17.

La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire de Kolotkin R.L (IWQOL-Lite) [19]. Ce questionnaire indique comment le patient est affecté par son poids dans sa vie sociale, au travail, dans son amour propre, dans sa vie sexuelle et dans sa mobilité. Le score maximum est de 100. Il est indicateur d'une bonne qualité de vie. Le score le plus bas, est de 0.

L'estime de soi a été évaluée par le questionnaire de Vallières et Vallerand [20]. Ce questionnaire est indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi. Le score se situe entre 4 et 40. Plus il est élevé plus l'estime de soi est importante.

La perception de soi dans le domaine corporel a été mesurée par l'auto questionnaire de Ninot D et al, l'Inventaire de Soi Physique (ISP-25) [21]. Ce questionnaire comporte 6 échelles : l'estime de soi globale (EG), la valeur physique perçue (VPP), la compétence sportive (CS), l'apparence physique (A) et la force (F). Chaque échelle contient 5 items. Le sens de chaque phrase amène une pondération de 1 point (pas du tout) à 6 points (tout à fait). On obtient ainsi la moyenne de chaque échelle.

L'auto-évaluation de la corpulence a été évaluée par l'auto-questionnaire de la corpulence de Stunkard [22]. Cet auto-questionnaire demande au patient de sélectionner une silhouette parmi 9 autres. Ces silhouettes se situent entre la plus maigre soit un IMC de 15 kg/m² et la plus volumineuse de 40 kg/m². Le patient entoure celle qui lui correspond le mieux, celle qu'il souhaiterait avoir et finalement celle que les autres perçoivent de lui. Tous les patients ont été évalués à deux reprises : avant le programme et à la fin du programme.

4.5 Statistiques

Les groupes ont tous été évalués à l'aide de tests de Friedman en comparant les résultats aux 2 temps de mesure. Le logiciel SPSS 15.0 pour Windows a été utilisé.

4.6 Résultats

En ce qui concerne le groupe 1, la conscience corporelle globale s'améliore significativement $p < 0,001$, la posture $p < 0,001$, la marche consciente $p < 0,001$, le relâchement des tensions $p < 0,001$, les patterns de connexions moteur $p < 0,001$. La réactivation des schémas corporels et le travail sur les connexions moteur sensorielles a permis de rétablir une autre conscience corporelle, plus précise au niveau du déroulement de l'action et plus riche au niveau du contenu des émotions et des représentations. Les patients ont un schéma corporel plus clair et ils sont capables d'exécuter plus facilement un enchaînement de mouvement ; les représentations mentales s'améliorent significativement $p < 0,001$.

Il a été constaté que le groupe 1, déjà après 18 semaines améliorait significativement le relâchement des tensions $p < 0,001$, les patterns de connexions moteur sensorielles $p < 0,001$ et leurs représentations mentales $p < 0,001$. Les groupes 2 et 4 n'ont été testés que sur la conscience de la posture et de la marche consciente. Ils améliorent significativement la posture $p < 0,001$ et la marche consciente $p < 0,001$. Il n'y a pas d'amélioration pour le groupe contrôle.

Le score total de la qualité de vie s'améliore significativement chez tous les groupes ayant bénéficié du programme de danse-thérapie. Leurs relations psychosociales et intimes ainsi que leur mobilité s'améliorent également significativement (Tab. 3). L'estime de soi, évaluée dans un premier temps, s'améliore significativement chez les groupes 2 et 4, $p < 0,001$.

Tableau 3. Qualité de vie selon Kolotkin [19] avant et après danse thérapie.**Table 3.** *Quality of life according to Kolotkin [19] before and after dance therapy.*

Qualité de vie	Groupe 1 Danse thérapie 36 semaines		Groupe 2 Danse thérapie 16 semaines		Groupe 3 Contrôle 16 semaines		Groupe 4 Danse thérapie Post bypass 18 semaines	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Score total Kolotkin	52,3	55*	64,9	70,1**	62,1	65,8	62,9	76,3***
Estime de soi Kolotkin	34,9	44,1**	41,1	50**	50,0	48,2	57,1	67,2***
Mobilité	50,5	55,8*	61,4	67,1	60,0	59,1	63,3	69,9***
Amour propre	80,4	80,4	85,0	85,0	85,0	87,5	57,1	67,2***
Travail	60,7	61,2	84,4	84,4	78,8	81,3	69,3	79,6***
Sexuel	52,3	59,9	65,6	75,0	75,0	75,0	66,5	72,7***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.**Tableau 4.** Auto évaluation de la corpulence selon Stunkard [22] avant et après danse thérapie.**Table 4.** *Self-assessment of body shape according to Stunkard [22] before and after dance therapy.*

	Groupe 1 Danse thérapie 36 semaines		Groupe 2 Danse thérapie 16 semaines		Groupe 3 Contrôle 16 semaines		Groupe 4 Danse thérapie Post-bypass 18 semaines	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
IMC	36,7±2	35,9±1,7	38,4±8,2	38,9±5,8	38,5±6,6	39,7±5,9	34,8±1,5	33,5±1,3
Corps perçu Stunkard	29,9±3,3	29,6±4,1	29,9±3,8	30±4,5	29,9±3,3	30±3,6	27,8±5,2	25,4±4,9
Corps souhaité Stunkard	22,1±2,5	20,3±2,3	22,8±2	22,8±2	22,9±1,6	23,5±2,1	20,6±2,7	21±2,1
Corps perçu par les autres Stunkard	29±6	28,7±8	30,1±3,5	30,1±3,9	31±4	30,1±3,5	28,9±7,1	25,4±5,7

La valeur physique et la force perçues dans le domaine corporel s'améliorent significativement $p < 0,001$. Selon le descriptif de l'auto questionnaire, les patients ont l'impression d'avoir développé de la force musculaire et de la confiance dans les situations exigeant de la force. Ils sont fiers et ils éprouvent un respect d'eux-mêmes, de la satisfaction et de la confiance en eux.

Dans le test de Stunkard où l'estimation de la corpulence est mesurée, les 4 groupes ont toujours sélectionné une silhouette fortement en décalage avec leur IMC. Leur sélection d'une silhouette idéale est également fortement en décalage avec la réalité du possible (Tab. 4).

5 Discussion

Les résultats indiquent que la danse thérapie améliore la conscience corporelle et l'estime de soi ce qui donne un impact sur la qualité de vie des patients.

Après avoir été testé sur une longue (36 semaines) ou une courte durée (16 semaines), les patients ont le sentiment de reprendre le pouvoir sur eux-mêmes et sur leur vie. La pratique régulière des séances de danse thérapie leur a permis une plus grande écoute, une compréhension d'eux-mêmes et un meilleur rapport avec l'entourage. La danse thérapie les a mis en lien avec leur créativité et leurs ressources. Le fait qu'il

n'y ait eu aucune attente sur le plan du rendement, du perfectionnement d'un mouvement ou d'un résultat leur a permis d'améliorer le sentiment qu'ils avaient d'eux-mêmes.

Grâce à l'apprentissage phénoménologique de leurs perceptions et à leur auto-évaluation, les patients ont pu mieux saisir les composantes multiples de leur personne. Le JE, sujet du corps a repris du sens. Toutefois, l'image dans le miroir de leur propre corps reste peu accessible chez les patients obèses. La mémoire de leur corpulence est biaisée par le souvenir qu'ils en ont. Il est probable que lorsque la personne fait appel à sa mémoire pour estimer sa corpulence cela implique un jugement plutôt qu'une information visuelle neutre. La perception visuelle met non seulement en rapport les objets et les personnes dans l'espace mais elle emprunte au sensible des mémoires qu'elle associe aux représentations. Esthétique du socialement correct et mémoires sensibles du moment, tout cela participe à l'expérience visuelle. Plusieurs études montrent la difficulté chez les patients obèses d'estimer leur corpulence. Ils ont également tendance à se focaliser sur les parties disgracieuses de leur corps [13,23]. L'insatisfaction corporelle a été corrélée avec l'estime de soi par diverses études [24–26]. L'image des patients opérés d'une chirurgie se transforme vite. Ils aiment découvrir leur corps dans le miroir mais n'en sont pas encore satisfaits. Tout comme les patients obèses non opérés, ils aspirent à une image idéale loin de leur réalité.

6 Conclusion

La danse thérapie peut s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique car elle couvre les 5 dimensions en ETP : cognitive : analyse du comportement et du contenu symbolique, affectivo-émotionnelle : mise en lien avec le corps physique et émotionnel, infracognitive : transformations des représentations mentales, métacognitive : le regard sur ses façons d'apprendre, et perceptive : appropriation des sensations.

On constate que les séances de danse thérapie sur une longue ou courte période engagent une transformation de la perception de la personne avec une amélioration de sa qualité de vie.

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Muller-Pinget S, Lagger G, Somers F, Allet L, Golay A. Effects of dance therapy after gastric bypass on quality of life, self-esteem and self-assessment of body size. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019; 11:10207.
2. Golay A, Giordan A. Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève. Paris : Maloine, 2016.
3. Albano MG, Muller-Pinget S, d'Ivernois JF, Crozet C, Golay A. Apports de la danse thérapie à l'éducation thérapeutique des patients obèses. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2012; 4:61–71.
4. Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2007; 1:69–76.
5. Allet L, Muller-Pinget S, Punt I, Edelsten C, Ballif A, Golay A, *et al.* Dance therapy combined with patient education improves quality of life of persons with obesity: a pilot feasibility study for a randomised controlled trial. *Obes Res ClinPract* 2017; 11:79–87.
6. Homann KB. Embodied concepts of neurobiology in dance/movement therapy practice. *Am J Dance Ther* 2010; 32(2):80–99.
7. Payne H. *Dance movement therapy: Theory, research and practice.* London and New York: Routledge, 2006.
8. Berrol C. Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *Arts Psychother* 2006; 33(4):3012–3015.
9. Mala A, Karkou V, Meekum B. Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression: A scoping review. *Arts Psychother* 2012; 39(4):287–295.
10. Muller-Pinget S, Golay A. Améliorer l'image du corps avec la danse-thérapie. *Rev Med Suisse* 2019; 15:640–642.
11. Claudon P, Rochet-Bauchet G, Guirkingier B. Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez les sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique. *Ann Méd Psychol* 2012; 9:628–635.
12. Golay A, Pataky Z. Maigrir durablement, c'est possible! *Approches scientifiques et psychologiques de l'obésité.* Paris : Vigot, 2018.
13. Urdapileta I, Rico Duarte L. The role of cognitive factors in body-size perception and recall-size estimation in normal-weight women. *Rev Eur Psy App* 2012; 62:129–135.
14. Muller-Pinget S, Allet A, Golay A. Body as subject, body as object: How treatment of the obese patient can be improved by dance therapy. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2018; 10:20203.
15. Eddy M. The practical application of Body-Mind Centering (BMC) in dance pedagogy. *J Dance Educ* 2006; 6:86–91.
16. Leventhal MB. Transformation and healing through dance therapy: The challenge and imperative of holding vision. *Am J Dance Ther* 2008; 30:4–23.
17. Payne H. Pilot study to evaluate dance movement psychotherapy. *Body Movement Psych Ther* 2009; 4:77–94.
18. Kestenbergh J, Sossin M. *The role of movement patterns in development.* New York: Dance Notation Bureau, 1979; 2:138–164.
19. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQUOL-lite) in a community sample. *Qual Life Res* 2002; 11:157–171.
20. Vallière E, Vallerand R. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *Int J Psychol* 1990; 25:305–316.
21. Ninot G, Delignières D, Fortes M. L'évaluation de soi dans le domaine corporel. *Revue S.T.A.P.S.* 2000; 53:35–48.
22. Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger F. Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. *Assoc Res Nerv Ment Dis* 1983; 60:115–20.
23. Janse A, Nederkoon C, Mulken S. Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Beh Reas Th* 2005; 43:183–196.
24. Grogan S. *Body image-understanding body dissatisfaction in men, women and children.* London: Routledge, 2007.
25. Quittkat HL, Hartman AS, Düsing R, Buhlmann U, Vocks S. Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Front Psychiatr* 2019; 10:864.
26. Stice E, Show HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *J Psychosom Res* 2002; 53:985–993.

Citation de l'article : Muller-Pinget S, Golay A. La danse thérapie pour développer les dimensions perceptives chez les patients obèses. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2020; 12:20206.