



FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact de la Danse-Thérapie sur la symptomatologie anxieuse en
population clinique psychiatrique adulte : une revue narrative de la
littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 11/10/2023 à 16h00
au Pôle Formation
par **Anaïs DELACUISINE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Damien SCLIFFET

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Inès Vallez

Madame le Docteur Claire LATHUILLERIE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ACT	<i>Acceptance and Commitment therapy</i>
ADMP	<i>Association for Dance Movement Psychotherapy</i>
ADTA	<i>American Dance Therapy Association</i>
AEDT	Association Européenne de Danse-Thérapie
AM	<i>Authentic Movement</i>
AN	<i>Anorexia Nervosa</i>
ARS	Agence Régionale de Santé
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BN	<i>Bulimia Nervosa</i>
BNSS	<i>Brief Negative Symptom Scale</i>
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
BPT	<i>Body Psychotherapy</i>
BSQ	<i>Body Sensations Questionnaire</i>
CBT	<i>Cognitive Behavioral Therapy (= TCC)</i>
CIM-11	Classification Internationale des Maladies, 11 ^e révision
CORE-OM	<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPP	Comité de Protection des Personnes

CTE	Continuum des thérapies expressives
DBT	<i>Dialectical Behavioral Therapy</i>
DERS	<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>
DI	Déficience intellectuelle
DMS	<i>Différence moyenne standardisée</i>
DMT	<i>Dance Movement Therapy</i>
DOI	<i>Digital Object Identifier</i>
DP	Diagnostic Principal
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual, cinquième révision</i>
DT	Danse-Thérapie
EAQ	<i>Emotion Awareness Questionnaire</i>
ECR	Essai Contrôlé Randomisé
EDAS 21	Echelle de Dépression d'Anxiété et de Stress 21
EDNOS	<i>Eating Disorders Not Otherwise Specified</i>
EEG	Electroencéphalogramme
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
ES	<i>Effect size</i>
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVA	Echelle Visuelle Analogique
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>

FEDT	Fédération Européenne de Danse-Thérapie
FROGS	<i>Functional Remission Of General Schizophrenia</i>
GSI	<i>Global Severity Index</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression scale</i>
HAM-D	Echelle de dépression de Hamilton
HAS	Haute Autorité de Santé
HSCL	<i>Hopkins Symptom Checklist</i>
IC	Intervalle de Confiance
ICD11	<i>International Classification of Diseases, 11th revision</i> (voir CIM11)
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPT	<i>Interpersonal Psychotherapy</i>
IRPECOR	Itinéraire et Recherche pour l'Édification corporelle
MARA	<i>Movement Assessment and Reporting App</i>
MBCT	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i>
MBDMT	<i>Mindful-Based Danced Movement Therapy</i>
MBSR	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
MBSRQ	<i>Multidimensional Body Self Relations Questionnaire</i>
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique (= court séjour)
MFQ	<i>Mood and Feelings Questionnaire</i>
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
NCCMH	<i>National Collaborating Centre for Mental Health</i>

NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	<i>Positive And Negative Syndrome Scale</i>
PCL-c	<i>Post traumatic stress disorder Checklist for DSM-5 (civils)</i>
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SCARED	<i>Screen for Child Anxiety Related Disorder</i>
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90</i>
SD	<i>Standard deviation</i>
SDS	<i>Sheehan Disability Scale</i>
SFDT	Société Française de Danse Thérapie
SFPTD	Société Française de Psychothérapie par la Danse
SGBD	Système de Gestion de Bases de Données
SMD	<i>Standardized Mean Difference</i>
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation (= moyen séjour)
SSS	<i>Somatic Symptoms Scale</i>
STAI-Y	<i>State-Trait Anxiety Inventory, forme Y</i>
TAA, T2A	Tarifcation A l'Activité
TAS 20	<i>Toronto Alexithymia Scale 20</i>
TAU	<i>Treatment As Usual</i>
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TDAH	Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TND	Trouble du Neurodéveloppement
TOC	Troubles Obsessionnels Compulsifs
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
TSPT	Troubles du Stress Post-Traumatique
TUS	Troubles de l'Usage de Substance
UM	Unité Médicale
VLQ	<i>Valued Living Questionnaire</i>
WAI	<i>Working Alliance Inventory</i>
WHO	<i>World Health Organization (voir OMS)</i>
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements	3
Sigles	8
Sommaire	13
Résumé	16
INTRODUCTION	18
1. L'union corps-esprit, dans sa dimension rituelle, art de guérison ancien et visions philosophiques	18
2. Rappels psychiatriques	20
2.1. Généralités	20
2.2. Définition de l'anxiété	21
2.3. Spécification anxiété/peur/angoisse/stress/attaque de panique	22
2.4. Traitements de l'anxiété	23
2.5. Épidémiologies, généralités et anxiété au sein des différentes pathologies abordées.	24
2.5.1. Troubles anxieux	25
2.5.2. TOC	26
2.5.3. Troubles liés à un traumatisme	26
2.5.4. Troubles dépressifs	26
2.5.5. Troubles bipolaires	27
2.5.6. Troubles psychotiques, la schizophrénie	28
2.5.7. Troubles de la personnalité	28
2.5.8. Troubles du comportement alimentaire	28
2.5.9. Troubles liés à une substance :	29
2.5.10. Troubles du neurodéveloppement (TND)	29
3. Rappels économiques	30
4. Repères de compréhension de la DT	31
4.1. Différence danse et danse-thérapie	31
4.2. La danse-thérapie parmi les différents art-thérapies	32
5. Présentation historique des grandes thématiques de la Danse-Thérapie	33
5.1. La filiation de la danse moderne	33
5.2. La filiation classique et références freudiennes	35
5.3. La filiation populaire traditionnelle et primitivisme	36
5.4. Résumé des grandes institutions et leurs définitions	36
6. Explications neurobiologiques et neuroscientifiques	37
7. Quelques bienfaits démontrés de la DT/DMT	38

8. Place de la DT ou DMT dans la recherche médicale	39
8.1. État des lieux de l'impact de la DT sur des populations et pathologies diversifiées	39
8.2. Interventions combinées	40
9. Motivations et objectif de travail	41
MÉTHODE	43
RÉSULTATS	51
1. Pubmed	51
1.1. Troubles anxieux	51
1.2. Troubles liés à un traumatisme	51
1.3. Troubles Obsessionnels Compulsifs	52
1.4. Troubles dépressifs	52
1.4.1. La première étude : Dance Movement: A therapeutic Program for Psychiatric Clients	52
1.4.2. La deuxième étude : Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study	53
1.4.3. La troisième étude : A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment	55
1.4.4. La quatrième étude : The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland	58
1.5. Troubles psychotiques	61
1.5.1. La première étude : Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia	61
1.5.2. La seconde étude : The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study	62
1.5.3. La troisième étude : The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial	64
1.6. Troubles bipolaires	65
1.7. Troubles de la personnalité	65
1.8. Troubles du Comportement Alimentaire	66
1.9. Troubles liés à une substance et troubles addictifs	67
1.10. Troubles neurodéveloppementaux : TSA et TDAH de l'adulte	67
2. Clinical Trials	67
2.1. Troubles anxieux	67
2.2. Troubles liés à un traumatisme	70
DISCUSSION	72
1. Tableau récapitulatif des résultats de la revue	72
2. Etat des lieux préambulaire des effets de la danse-thérapie sur l'anxiété	80
3. Les résultats de cette revue portent majoritairement sur les troubles	

dépressifs	81
4. La deuxième catégorie nosographique la plus représentée est la schizophrénie.	87
5. La troisième catégorie la plus représentée est partagée entre les troubles liés à des traumatismes dont le TSPT et les TCA	90
5.1. Troubles liés à un traumatisme	90
5.2. TCA	94
6. Catégorie nosographique sans article inclus	96
6.1. Troubles de la personnalité état-limite	96
6.2. Troubles liés à une substance	98
6.3. Trouble du neurodéveloppement	98
7. Méfiance et précaution	99
8. Suggestions d'amélioration pour de futures recherches	100
9. Complexité de la recherche sur la DMT	104
10. Points forts de cette revue	105
11. Limites de cette revue	106
11.1. Limitations liées aux revues narratives	106
11.2. Difficultés rencontrées	106
12. Proposition d'une étude pilote suite à cette revue	107
CONCLUSION	109
Liste des tables	111
Références	113
Annexe 1	123
Annexe 2	125
Annexe 3	150
Annexe 4	151
Annexe 5	158

Résumé

Introduction : Il est largement reconnu que la danse est un art de guérison ancien. La Danse Thérapie aussi nommée Dance Movement Therapy est une intervention psychothérapeutique basée sur le mouvement appartenant à la grande famille des Art-thérapies. Devant la grande fréquence des pathologies psychiatriques comportant une anxiété comorbide, et les limites parfois atteintes des thérapeutiques conventionnelles, la danse-thérapie pourrait apporter une aide complémentaire et supplémentaire à la prise en charge médicale du patient, celle-ci ayant déjà révélé son efficacité sur une variété de conditions psychologiques, comportementales et médicales. L'objectif principal est de faire un état des lieux des connaissances sur l'impact de la danse-thérapie sur les symptômes anxieux en population clinique psychiatrique adulte, en rendant compte des études publiées mais aussi en soulevant les lacunes et limites, afin de proposer de nouvelles perspectives de recherche.

Méthodes : Il s'agit d'une revue narrative de la littérature, s'appuyant sur plusieurs bases de données dont Pubmed et ClinicalTrials. Les critères d'inclusion sont des articles (revues, essais contrôlés randomisés, études qualitatives et quantitatives sans restriction), concernant des patients comportant un trouble psychiatrique selon le DSM-5, âgés de 18 à 60 ans, sur les interventions de danse-thérapie, et l'évaluation de son impact sur l'anxiété comorbide associée au diagnostic principal. Le flow chart retrouve onze études incluses parmi dix catégories nosographiques recherchées, à savoir, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles liés à un traumatisme, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité, les troubles du comportement alimentaire, les troubles liés à une substance, et les troubles du neuro-développement.

Résultats : Parmi les 11 articles, on retrouve 9 articles PUBMED, dont 1 sur le trouble de stress post-traumatisme (efficacité révélée sur le plan quantitatif), 4 sur les troubles dépressifs (l'efficacité est démontrée sur le plan quantitatif et qualitatif pour tous les articles), 3 sur la schizophrénie (efficacité révélée dans une étude sur le plan quantitatif et

une autre sur le plan qualitatif), et 1 sur les troubles du comportement alimentaire (efficacité démontrée sur le plan qualitatif). Deux articles en cours ont été retrouvés dans ClinicalTrials. La danse-thérapie a montré un potentiel significatif dans la réduction des symptômes anxieux chez les adultes souffrant de troubles psychiatriques après leur participation aux séances, mais aussi en comparaison avec un groupe contrôle non exposé.

Discussion : On retrouve globalement peu d'études sur le sujet, certaines catégories nosographiques étant vides de résultats. Parmi les études incluses, nous retrouvons un impact positif dans tous les domaines nosographiques hormis au sein de la schizophrénie où les résultats ne sont pas unanimes. De nombreuses limites sont présentes de part la complexité du sujet, les méfiances concernant certaines pratiques sont explicitées et les suggestions d'amélioration en vue de futures recherches décrites. Après la description des points forts et des limites de cette revue, un protocole d'étude pilote de catégorie 2 évaluant l'impact de la danse-thérapie sur l'évolution de l'anxiété en population psychiatrique adulte d'un hôpital de jour est proposé et en attente de l'avis du CPP.

Conclusion : En mettant l'accent sur le mouvement corporel, l'expression émotionnelle et la créativité, cette forme de thérapie holistique permet aux individus de se connecter à leur corps et à leurs émotions de manière profonde permettant une potentielle réduction de l'anxiété, souvent liée à des expériences émotionnelles et corporelles complexes. Cependant, la recherche dans ce domaine est encore relativement limitée, de par la grande hétérogénéité des interventions, le manque de connaissances des mécanismes de fonctionnement et le sous-financement des essais contrôlés randomisés multicentriques. Par conséquent, il est nécessaire de réaliser d'autres études pour confirmer ces observations.

INTRODUCTION

Depuis des temps immémoriaux, l'Homme s'inscrit au sein du Vivant en y laissant son empreinte expressive spatiale et temporelle, si éphémère soit elle. Il est largement admis que la **communication non verbale** ait précédé l'ère du langage. Contrairement à l'expression verbale, l'expression non verbale ne peut être complètement contrôlée. L'utilisation de l'art, de la musique et de la danse au sein des sociétés primitives permettait également l'expression des sentiments et émotions. Corps en action, rite, divertissement, catharsis, dialogue infra-verbal, langage universel, activité sportive, fonction sociale, art de guérison aussi ancienne que l'humanité, la danse est « **the mother of the Arts** », ou encore le premier-né des Arts comme l'évoque Curt Sachs^[1]. La danse est donc l'**art du corps en mouvement**. La racine sanskrit « *Tan* » du mot signifie « *tension* ». Dominique Dupuy, fondateur de la première compagnie professionnelle de danse moderne en France, danseur et chorégraphe, évoque que la danse est « *un rapport de tous les instants avec la vie et l'univers, une manière d'appréhender le quotidien pour que reculent la mort, la solitude, la nuit et le froid* ». Jean-Claude Gallota, danseur et chorégraphe français ajoute que la « *danse a été inventée pour couvrir le bruit des mots inutiles* ».

Après quelques rappels psychiatriques portant sur l'anxiété, ses traitements et la part de l'anxiété au sein des différentes catégories nosographiques, nous apporterons un complément d'information épidémiologique et économique. Nous remettrons ensuite en perspective l'historique de la Danse-Thérapie après quelques repères de compréhension. Puis, nous tenterons d'explicitier sa place au sein des prises en charge médicales. Enfin, nous évoquerons les motivations à réaliser une revue narrative de la littérature ainsi que son objectif.

1. L'union corps-esprit, dans sa dimension rituelle, art de guérison ancien et visions philosophiques

Dans son livre **La Danse Grecque Antique**^[2], Louis Séchan écrit que Platon met en exergue dans **les Lois**, la **vertu curative** de la danse, de même que Plutarque dans son traité sur la conservation de la santé, et Lucien qui atteste encore que « *les*

mouvements incessants des danseurs [...] sont très salubres aux exécutants ». A ce propos, la danse était en honneur, dans la discipline de Pythagore, et le médecin Oribase la recommandait pour faire « *descendre les humeurs mauvaises de la tête* ». Le Dr Haguit Ehrenfreund, thérapeute par le mouvement de la danse et doctorante en psychopathologie et psychanalyse, nous rappelle que pour Aristote, « *le mouvement du corps est l'expression, la manifestation de l'âme à travers le corps, en ce qu'ils constituent ensemble une unité. Il se traduit sous forme de caractère individuel tout en suivant les règles mécanico-physiques du corps* ». Aristote nous enseigne comment l'âme met le corps en mouvement. Au Moyen Âge, La danse de Saint-Guy (dans le culte de Saint Guy, protecteur des patients épileptiques ou atteints de chorée), la tarentelle (censée sortir le patient atteint de tarentisme de son état apathique) et d'autres danses traditionnelles du sud de l'Italie et des pays non occidentaux pouvaient être considérées comme des **rituels curatifs d'affections neurologiques et psychiatriques**^[3]. Descartes appréhendait la pathologie avec le mouvement bi-directionnel entre l'âme et le corps, explique le Dr Haguit Ehrenfreund. Spinoza, de son côté, pose le **corps comme premier objet épistémique**, « *premier objet pensé et premier objet de pensée* » comme le dit Didier Anzieule^[4]. Enfin pour Freud, c'est dans la **phase préconsciente** que se joue la possibilité pour un acte psychique de devenir conscient. Le terrain de travail de la thérapie par la danse et le mouvement se fait au sein de cette phase. L'acte du mouvement corporel retire l'acte psychique de la phase inconsciente, mais ne lui donne pas (toujours) l'autorisation de devenir conscient. L'acte étant physique, donc en mouvement, il reste toujours un choix du patient. Le mouvement produit permet le déplacement ou le réveil du contenu inconscient et lui donne l'énergie et la force, de se présenter à l'épreuve de la censure, en tendant à devenir conscient. « *Le préconscient a donc un rôle de médiateur, à la jonction de l'excitation pulsionnelle, de la transformation en action et de la traduction en représentation susceptible de devenir objet de la conscience* »^[5]. De la métaphysique à la métapsychologie, c'est avec Freud qu'une méthode de traitement devient possible, explique le Dr Ehrenfreund.

De nos jours, Benoît Lesage, docteur en science humaine, médecin, danseur, et danse-thérapeute, membre de la SFDT (Société Française de Danse-Thérapie), créateur d'IRPECOR (Itinéraire et Recherche Pour l'Edification Corporelle, proposant des formations et des stages) est un des grands représentants de la danse-thérapie en France. Il explique que « *La construction du corps se fait dans l'interaction, et l'intégration*

permanente de l'autre »^[6]. La première expérience que l'on a de soi se fait par la **proprioception** (c'est-à-dire par des sensations qui viennent de l'intérieur). Notre vécu corporel étaye notre construction psychique et relationnelle car la **corporité** est notre mode de présence au monde. La conception dominante dans ce domaine est que le corps conserve la trace d'expériences anciennes structurées par les tensions musculaires et possède les moyens de raconter ses expériences à la façon d'une autobiographie^[7]. Le corps appartient donc également au monde du soin de part sa position en tant qu'**instrument thérapeutique**. La danse devient alors une médiation et un espace transitionnel, processus d'auto-communication et d'interaction entre le sujet et le thérapeute ou entre les sujets entre eux, permettant « *l'experiencing* » (l'expérience énonciative). Finalement, l'accent mis sur les pratiques qui intègrent le corps et l'esprit correspond à l'abolition de la pensée cartésienne dualiste corps-esprit dans les domaines médicaux, psychologiques et philosophiques^[8-10]. D'autre part, le terme « *bodymind* », initié par Dychtwald^[11] intègre l'ancienne philosophie orientale aux idées issues des travaux des pionniers de la psychologie classique et de l'approche corporelle, Wilhelm Reich, Fritz Perls et Moshe Feldenkrais, pour décrire la relation vitale entre le corps et l'esprit. L'association des deux mots met l'accent sur l'influence du corps, mais se rapproche davantage de l'union du corps et de l'esprit^[12].

2. Rappels psychiatriques

2.1. Généralités

Selon l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »^[13]. La santé mentale est un élément essentiel de la santé. Elle est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* »^[14].

La psychiatrie est une spécialité médicale dont l'étymologie provient du grec *psyche* signifiant « *âme* ou *esprit* » et *iatros* « *médecin* », dont la traduction pourrait être littéralement la « *médecine de l'âme* ». En psychiatrie, adulte de surcroît, il serait facile de considérer la pensée comme premier élément thérapeutique. Celle-ci est pourtant

étroitement liée à l'activité corporelle, puisque chaque processus est vécu aussi bien dans le corps physique que dans le corps émotionnel.

En psychiatrie, les catégories nosographiques sont répertoriées de manière standardisée au sein de deux classifications^[14]:

- La classification internationale des maladies, actuellement dans sa version 11 (**CIM-11**). Cette classification est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et s'applique en psychiatrie comme dans le reste de la médecine.
- Un système de classification spécifique des troubles mentaux a été défini par l'association américaine de psychiatrie. Il s'agit du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, actuellement dans sa version 5, traduit en français (**DSM-5**).

Le DSM-5 est plus utilisé que la CIM-11 pour la recherche clinique en psychiatrie, et a donc été utilisé pour la recherche bibliographique de cette étude.

2.2. Définition de l'anxiété

L'anxiété est définie par l'OMS comme le « *sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement* ». L'anxiété fait partie intégrante du fonctionnement normal humain. Elle est incorporée dans un **cadre pathologique** lorsqu'elle est **excessive, incontrôlable, chronique**, et qu'elle **altère le fonctionnement** de l'individu. Le sujet est alors dépassé dans ses capacités de gestion et de tolérance au symptôme. L'anxiété peut s'inscrire dans deux cadres différents : en tant que **signes ou symptômes**, dans presque tous les troubles psychiatriques ou en tant que **diagnostic spécifique**, dans ce que l'on nomme les « troubles anxieux » qui correspondent à des diagnostics bien établis comportant le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble stress post-traumatique, le trouble obsessionnel compulsif. Contrairement à la peur, elle peut survenir alors qu'aucun événement ne la justifie ou elle peut être anticipatoire. L'anxiété se manifeste, et ce, d'autant plus lors d'une crise aiguë, par des symptômes psychologiques (sentiment diffus d'inquiétude comme la peur ou le malaise, un sentiment de perte de contrôle, un sentiment de culpabilité, une labilité émotionnelle telle que l'irritabilité, la colère, la tristesse ou l'agressivité, une difficulté de concentration, une distraction, de la fatigue, un isolement social), physiques (palpitations

cardiaques, tensions musculaires, tremblements, sueurs, « nœuds » dans l'estomac ou la gorge, sensation d'étouffement, bouffée de chaleur, vertiges, céphalées, troubles du sommeil, pollakiurie, troubles digestifs, engourdissements, étourdissements) cognitifs (difficultés de concentration, pensées incontrôlables) et comportementaux (impulsivité, instabilité posturale, mutisme, tendance à la dispersion, posture régressive ou agressive)^[15-17]. La symptomatologie peut varier d'un simple malaise à une réelle attaque de panique^[18].

Une explication psychanalytique de l'anxiété évoque des conflits inconscients non résolus à des stades fondamentaux du développement de l'enfant (tels que l'angoisse de séparation, ou la crainte de perdre un être aimé). Ces conflits pouvant émerger spontanément ou à la suite d'une expérience traumatisante^[19].

L'anxiété peut être également causée par certains médicaments, troubles médicaux généraux, ou substances toxiques tels que l'hyperthyroïdie, le phéochromocytome, l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme, l'asthme, la BPCO, les corticostéroïdes, la cocaïne, les amphétamines, la caféine, le sevrage en l'alcool^[18].

2.3. Spécification anxiété/peur/angoisse/stress/attaque de panique

- **L'anxiété** est l'anticipation d'une menace future. Elle est souvent associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement. L'anxiété majeure, chronique, inadaptée, peut être considérée comme un trouble et être responsable à son tour de troubles psychologiques, psychiatriques (dépression, addiction, tentative de suicide), et physiques. L'anxiété peut alors rentrer dans le cadre d'un trouble anxieux comme expliqué précédemment.
- **La peur** est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue. La peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement^[20].
Parfois, le niveau de peur ou d'anxiété peut être réduit par des comportements d'évitement envahissants.
- **Le stress** est une réponse physiologique déclenchée par l'organisme lorsqu'il fait face à une perturbation ou une situation menaçante (danger réel, menace physique ou psychologique) afin de le garder en alerte et le protéger. (exemple : bruit intense,

examen important, compétition etc). Le stress chronique peut entraîner de l'anxiété et évoluer ensuite en dépression. Le stress est l'un des plus grands problèmes de santé dans le monde, conduisant à l'épuisement, au burn-out, à l'anxiété, à un système immunitaire affaibli, voire à des dommages organiques^[21].

- **Les attaques de panique** constituent un type particulier de réponse à la peur dans les troubles anxieux. Les attaques de panique ne se limitent pas aux troubles anxieux mais peuvent être également observées dans d'autres troubles mentaux. Le terme est synonyme de crise d'angoisse.
- **L'angoisse** peut être associée à l'anticipation d'un danger ou sa conséquence. Contrairement à l'anxiété, il y a toujours une réponse physique (sentiment d'oppression ou de constriction). L'élément déclencheur peut parfois être difficilement identifiable. L'angoisse est souvent associée à un sentiment de perte de contrôle ou de mal-être^[16].

2.4. Traitements de l'anxiété

Le traitement de l'anxiété varie selon sa présentation^[14] :

- En tant que **signe ou symptôme**, le traitement repose en premier lieu sur le rappel des règles hygiéno-diététiques, la mise en place d'une psychothérapie. L'instauration d'un traitement anxiolytique tel que les Benzodiazepines (psychotrope à activité anxiolytique rapide) ou l'Hydroxyzine (ATARAX®) (anti-histaminique alternative aux benzodiazépines, délivré après la réalisation d'un ECG) est classiquement proposée. Il s'agit d'un traitement supplémentaire au traitement habituel du patient, symptomatique, court (maximum 12 semaines pour un objectif anxiolytique, maximum 4 semaines pour un objectif hypnotique), introduit après un entretien médical, à dose minimale efficace, après délivrance d'informations quant aux risques de dépendance et en y associant une prise en charge comportementale.
- Lors d'une manifestation d'une crise d'angoisse ou **attaque de panique** le traitement est : la mise en condition (installation au calme, attitude empathique), la réassurance du patient, l'information sur l'absence de danger de mort, sur le caractère spontanément résolutif de la crise, la mise en place de mesures de contrôle respiratoire (permettant de stimuler le tonus vagal, limiter l'hyperventilation,

focaliser l'attention du patient). Si l'attaque de panique se prolonge, un traitement anxiolytique par benzodiazépine par voie orale est proposé.

- En tant que diagnostic spécifique, dans ce que l'on nomme les « **troubles anxieux** » : le traitement varie selon le trouble diagnostiqué. Généralement, une éducation thérapeutique et une psychothérapie sont proposées. Un traitement pharmacologique de fond est instauré dans les formes sévères et invalidantes. Il s'agit d'antidépresseurs avec en première intention les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Un traitement pharmacologique ponctuel peut être délivré en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes.

Différents types de psychothérapies peuvent être proposées et sont résumées au sein de l'annexe 1^[14].

Cependant, ces prises en charge soulèvent certaines **limites**, notamment de par les effets indésirables potentiels pharmacologiques, et/ou le coût économique engendré. De plus, quid des patients refusant une prise en charge médicamenteuse, ou dépassant la durée de traitement recommandée ou à risque de grandes interactions médicamenteuses en lien avec leur traitement habituel ou leur pathologie chronique ?

2.5. Épidémiologies, généralités et anxiété au sein des différentes pathologies abordées.

Selon le référentiel de psychiatrie 3^e édition, en France, **un individu sur cinq** est touché par **au moins un trouble psychiatrique**, ce qui équivaut à 12 millions de personnes. Dans le monde, 300 millions de personnes souffrent d'un épisode dépressif caractérisé, 60 millions de personnes sont atteintes d'une bipolarité et 23 millions d'une schizophrénie. Les troubles psychiatriques se classent au **3^e rang** des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardiovasculaires^[14]. Ils ont souvent des conséquences handicapantes et nuisent à la qualité de vie des personnes qui en souffrent, ainsi qu'à celle de leur entourage. De plus, la coexistence d'un trouble mental augmente la probabilité de développer au moins un autre trouble mental. Par conséquent, il est crucial d'examiner de manière systématique les troubles psychiatriques comorbides. Ces affections psychiatriques représentent une source importante d'incapacité et sont associées à un taux de mortalité élevé.

Ci-dessous sont détaillées l'épidémiologie et la place de l'anxiété au sein de chaque catégorie nosographique dont nous portons intérêt. Les critères diagnostiques du DSM-5 des troubles (particulièrement ceux qui seront évoqués dans la partie résultat) sont rappelés dans l'annexe 2 .

2.5.1. Troubles anxieux

Selon le référentiel de psychiatrie 3e édition^[14], les manifestations fondamentales de l'anxiété, telles que les émotions anxieuses, les pensées anxieuses et les comportements anxieux, peuvent être présentes chez des individus qui ne souffrent d'aucun trouble psychiatrique. Cependant, elles peuvent devenir pathologiques en raison de leur intensité, de leur impact sur la vie quotidienne et de leur incapacité à être maîtrisées. Ces manifestations peuvent alors être classées dans deux catégories distinctes :

- En tant que **symptômes**, elles peuvent être observées dans la plupart des troubles psychiatriques.
- En tant que **diagnostic spécifique**, elles peuvent être associées à ce que l'on désigne sous le terme de « troubles anxieux », qui englobent des diagnostics clairement définis tels que le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Selon le DSM-5^[20], les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. Les troubles anxieux se différencient les uns des autres selon le type d'objets ou le type de situations qui induisent la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé. Ils sont donc hautement comorbides entre eux. Ils diffèrent de la peur ou de l'anxiété transitoire (souvent induite par le stress) de par leur excessivité, et leur caractère persistant (durée de 6 mois ou plus). Le ratio est approximativement de deux femmes pour un homme atteint.

Dans la population générale âgée de 18 à 65 ans, l'ensemble des troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15 % et une prévalence sur la vie entière d'environ 21 %^[22].

Les critères diagnostiques du trouble anxieux généralisé sont présents dans l'annexe 2.

Au vue de notre recherche bibliographique, des enquêtes spécifiques sur le TSPT et le TOC ont été réalisées. Ces troubles sont explicités de manière différenciée et distincte au sein du DSM-5.

2.5.2. TOC

Selon le référentiel de psychiatrie 3^e édition^[14], la prévalence du TOC sur la vie entière est estimée à environ 2 %. C'est plutôt un trouble du sujet jeune car 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ un tiers dès l'enfance. Le sex-ratio est de 1. Le DSM-5^[20], précise que les obsessions sont intrusives et inopportunes, elles ne sont pas source de plaisir ou ressenties comme volontaires. Elles entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets. L'anxiété marquée peut inclure des attaques de panique récurrentes. Les critères diagnostiques sont présents dans l'annexe 2.

2.5.3. Troubles liés à un traumatisme

La prévalence sur la vie entière du TSPT selon le référentiel de psychiatrie 3^e édition, serait comprise entre 5 et 10 % de la population générale^[14]. Parmi les sujets exposés à un traumatisme, on retrouve un risque de développer un TSPT compris entre 10 % et 50 % (notamment chez les victimes de viol, les survivants de combats, de détention militaire, de génocide et d'internement ethnique ou politique). Le sex-ratio est de 2 femmes pour 1 homme. Le traumatisme psychologique est défini comme un choc psychologique important provoqué par un ou plusieurs événements critiques pouvant altérer le psychisme et le fonctionnement physiologique d'un individu, pouvant provoquer un TSPT simple ou complexe^[23]. Il est important de rappeler que l'usage des benzodiazépines est à éviter dans les suites d'une exposition traumatique. Le traitement symptomatique de l'insomnie, de l'anxiété ou d'autres symptômes, doit donc reposer sur les autres catégories de traitements anxiolytiques (antipsychotiques sédatifs, Hydroxyzine)^[14]. Les critères diagnostiques du TSPT sont décrits dans l'annexe 2.

2.5.4. Troubles dépressifs

L'épisode dépressif caractérisé est un trouble fréquent avec une prévalence sur une année en France d'environ 10 % chez les 18-75 ans^[14].

Le DSM-5 nous informe de la détresse anxieuse importante au sein du trouble dépressif caractérisé, reconnue en médecine générale comme dans les services psychiatriques^[20].

Des niveaux élevés d'anxiété sont associés à des taux de rétablissement plus bas^[24], à un risque suicidaire plus élevé, une durée de la maladie plus longue, une plus forte probabilité de non-réponse ou de résistance au traitement, un risque accru de récurrence et une plus grande utilisation des ressources médicales^[25]. Il en résulte qu'il est cliniquement utile de spécifier avec soin la présence et le niveau de sévérité de la détresse anxieuse pour la planification du traitement et la surveillance de la réponse thérapeutique. Les critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé sont décrits dans l'annexe 2.

2.5.5. Troubles bipolaires

Selon le référentiel de psychiatrie 3^e édition^[14], on considère que 1 à 4 % de la population générale souffre des formes typiques du trouble bipolaire (sous-types I ou II).

Type I : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) maniaque(s). Le diagnostic peut être posé même en l'absence d'épisode dépressif caractérisé. Il peut y avoir des épisodes hypomaniaques.

Type II : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) hypomaniaque(s) et un ou plusieurs épisodes dépressifs caractérisés.

Le DSM-5^[20] nous explique que les troubles bipolaires doivent être spécifiés avec ou sans détresse anxieuse (avec la sévérité correspondante) car la détresse anxieuse a été reconnue comme un symptôme important. Des niveaux élevés d'anxiété ont été associés à un risque suicidaire plus élevé, à une durée de la maladie plus longue, et à une plus forte probabilité de non-réponse au traitement. Une étude de Keller datant de 2006^[26] nous informe que les patients atteints de troubles bipolaires ont des taux plus élevés et une plus grande sensibilité à l'anxiété que la population générale. La comorbidité anxieuse s'est avérée plus importante chez les bipolaires de type 1 que les type 2. Le risque d'attaque de panique est plus élevé pendant les phases maniaques et hypomaniaques. La comorbidité anxieuse présente un risque spécifique en raison de l'impact négatif accru sur l'évolution de la maladie et son traitement. La comorbidité anxieuse semble être très répandue et est associée à des symptômes intensifiés du trouble bipolaire et à des troubles comorbides supplémentaires, entraînant un impact négatif sur le patient et sur l'évolution de la maladie. La présence d'anxiété chez les patients bipolaires est également associée à un âge d'apparition de la maladie abaissé (15.6 ans VS 19.4 ans), à un risque de toxicomanie (le taux de dépendance à l'alcool est doublé en présence d'un trouble anxieux associé), à une diminution de la qualité de vie, à une augmentation du nombre de caractéristiques

psychotiques et d'épisodes mixtes, et à un impact économique et social majeur sur les patients, leur famille, et les associations sociales. Les critères diagnostiques sont présents dans l'annexe 2.

2.5.6. Troubles psychotiques, la schizophrénie

Selon le référentiel de psychiatrie 3^e édition^[14], la schizophrénie est un trouble psychiatrique fréquent, actuellement classée parmi les dix maladies les plus invalidantes par l'OMS. Elle se caractérise par une altération du contact avec la réalité et fait partie des troubles psychotiques chroniques. La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0,6-1 %. Son incidence est estimée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an. De plus, l'anxiété est couramment associée en faveur du diagnostic de schizophrénie^[27]. Les critères diagnostiques sont présents dans l'annexe 2.

2.5.7. Troubles de la personnalité

On parle de personnalité pathologique ou de trouble de la personnalité lorsque les traits de personnalité sont particulièrement marqués, rigides, et associés à une altération du fonctionnement social et une incapacité à s'adapter aux différentes situations de la vie^[14].

Le DSM-5^[20], nous rappelle qu'il existe 3 groupes distincts :

- groupe A : personnalité paranoïaque, schizoïde, schizotypique
- groupe B : antisociale, borderline, histrionique, narcissique
- groupe C : évitante, dépendante, obsessionnel-compulsive

L'intérêt a été porté davantage sur le trouble de la personnalité état-limite (borderline) dans cette revue. Les critères diagnostiques sont présents dans l'annexe 2.

2.5.8. Troubles du comportement alimentaire

Selon le référentiel^[14], la prévalence sur la vie de l'anorexie mentale est estimée à 1,4 % chez les femmes et à 0,2 % chez les hommes. Le sex-ratio est de 1 homme pour 8 femmes. La prévalence sur la vie de la boulimie est estimée à 1,9 % chez les femmes et à 0,6 % chez les hommes. Le sex-ratio est de 1 homme pour 3 femmes. De plus, l'anxiété sévère en tant que comorbidité de l'anorexie mentale est un facteur justifiant à lui seul une hospitalisation. Le DSM-5^[20] rappelle que les symptômes anxieux précèdent souvent la survenue d'une anorexie mentale. Les patients atteints de TCA souffrent souvent de

comorbidités dépressives et anxieuses^[28]. Les critères diagnostiques sont présents dans l'annexe 2.

2.5.9. Troubles liés à une substance :

Sur le plan addictologique, l'anxiété est retrouvée à différents temps des prises^[14] :

- intoxication aiguë (par exemple l'ivresse cannabique, l'intoxication aiguë aux opiacés)
- au moment du sevrage (cela concerne toutes les substances)
- lors de la phase de « descente » (dysrégulation hédonique lors de la prise de cocaïne)
- syndrome d'intoxication chronique aux amphétamines
- complications psychiatriques (cannabinoïdes et cathinones de synthèse)
- comorbidités (addictions comportementales, addictions aux substances)

Chez les patients ayant un trouble addictif, quel qu'il soit, l'usage de benzodiazépines doit être limité voir évité, devant le risque de dépendance au traitement, malgré son efficacité reconnue sur les symptômes anxieux. De plus, une prescription ou une prise prolongée ou inadaptée de benzodiazépines expose à une majoration de symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, idées suicidaires) par effet de tolérance et perte des effets thérapeutiques. Il est important de maximiser l'utilisation des traitements non pharmacologiques chez les personnes atteintes de TUS (trouble de l'usage de substance) pour permettre aux patients d'apprendre l'autorégulation, d'améliorer la confiance en soi pour aider les patients à sortir de l'état d'esprit d'utilisation d'agents externes pour combattre des états subjectifs intolérables, et les aider à acquérir des stratégies d'adaptation alternatives^[29].

2.5.10. Troubles du neurodéveloppement (TND)

Les troubles neurodéveloppementaux du référentiel comprennent les catégories diagnostiques suivantes^[14] :

- troubles du développement intellectuel (ou handicap intellectuel) ;
- troubles des acquisitions (langage et parole, coordinations motrices) ;
- troubles des apprentissages (langage écrit, calcul, graphisme) ;
- trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ;
- troubles du spectre de l'autisme (TSA) ;

- tics.

Les 2 principaux troubles neurodéveloppementaux recherchés ici sont le TDAH et le TSA chez l'adulte. Leurs critères diagnostiques sont présents dans l'annexe 2. Ces troubles sont fréquents dans la population générale (~ 10 %) et plus fréquents chez les garçons que chez les filles. L'anxiété est l'une des comorbidités les plus fréquentes associée à l'autisme. L'anxiété peut être générée par des difficultés de compréhension de l'environnement dans lequel la personne évolue et a du mal à s'adapter, ou par une sensibilité exacerbée^[30].

3. Rappels économiques

Les troubles psychiatriques et addictifs entraînent des conséquences socio-économiques importantes qui en font un enjeu majeur de santé publique.

En juillet 2022, la santé mentale représente à elle-seule 23,3 milliards d'euros en 2020, correspondant à **14 % des dépenses totales d'assurance maladie** remboursées pour l'ensemble des régimes si l'on rassemble les maladies psychiatriques ainsi que la totalité des traitements chroniques par psychotropes^[31]. Plus de 8,4 millions de personnes ont été prises en charge pour des problèmes de santé mentale ou des traitements chroniques connexes. Les dépenses consacrées aux patients ayant besoin de traitements psychotropes de façon chronique (au moins 3 délivrances par an) ont montré une augmentation de 6,2 % en 2020, alors qu'elle était de 1,3 % au cours des années antérieures. Cette **hausse vient majoritairement d'une utilisation accrue d'anxiolytiques**, et dans une moindre mesure d'hypnotiques, pendant et autour des périodes de confinement. Ces conclusions rejoignent celles existantes sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'accès aux soins en 2020^[31,32]. De multiples déterminants en lien avec l'actualité ont été sources d'anxiété, par exemple la crise sanitaire liée au COVID-19, l'inflation ou encore la guerre en Ukraine. En 2021, chez les mineurs (adultes de demain), la consommation de psychotropes a été augmentée de 224 % pour les hypnotiques, 23 % pour les antidépresseurs, 16 % pour les anxiolytiques et 7,5 % pour les antipsychotiques^[33]. Une cartographie interactive des pathologies et dépenses de santé de 2015 à 2020^[31] montre que les besoins de la population se sont majorés du fait de la dégradation de la santé mentale. Les analyses menées par EPI-PHARE (Groupement d'Intérêt Scientifique qui réalise des études de pharmaco-épidémiologie) sur les niveaux

de consommation de médicaments en ville sur les années 2020 et 2021 montrent la persistance d'un recours intense aux traitements psychotropes en 2021, dans la continuité de 2020 comme nous le montre le tableau 1 en Annexe 3. La hausse portait essentiellement sur les traitements hypnotiques et anxiolytiques en 2020.

La France est le 2^e pays plus grand consommateur de benzodiazépines en Europe. Une dynamique de réduction progressive et régulière des consommations a été stoppée par la crise sanitaire. L'étude du GIS EPI-PHARE (Covid-19 : usage des médicaments de ville en France Rapport 6 : Point de situation au 25 avril 2021.) montre une augmentation de 3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et de 1,4 millions de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu entre mars 2020 et avril 2021. Ces taux d'augmentation sont plus élevés pour les personnes de moins de 60 ans par rapport aux personnes plus âgées.

En réponse à ces différentes problématiques, la danse-thérapie pourrait proposer un soutien, et une action complémentaire aux thérapeutiques validées, dans une dynamique de prise en charge globalisante, et adaptée à chaque individu^[8].

4. Repères de compréhension de la DT

4.1. Différence danse et danse-thérapie

La distinction entre une thérapie et un développement personnel est parfois difficile à faire.

Le **cours de danse** permet d'apprendre un langage bien défini à travers des mouvements purement mécaniques. Cela passe par une technique spécifique et précise, où l'individu s'entraîne jusqu'à la maîtriser, cherche à se perfectionner et vise la performance.

Tandis que la **danse thérapie utilise la danse comme moyen** et support du langage corporel, et non comme une finalité. Elle se produit dans un **cadre psychothérapeutique**. Le **langage est simplifié** et accessible à tous. Les intervenants formés aident le patient, avec empathie, à faire son propre parcours, n'attendent **aucun résultat esthétique**, et participent à la **création d'une dynamique groupale**, lorsque les ateliers sont effectués en groupe, permettant un travail concomitant sur l'intégration sociale. Le thérapeute observe et bouge avec le patient. La DT permet de créer des liens psychologiques entre

les expressions verbales et non verbales. Elle explore les interactions entre le corps, l'esprit et les émotions du patient, tout en lui permettant d'acquérir des compétences d'adaptation facilitées par les explorations corporelles^[12].

La danse en tant que processus thérapeutique dans sa démarche créative et symbolique ne saurait s'autosuffire. La thérapie implique un thérapeute, un cadre théorique, et un jeu de transfert et contre-transfert. Comme pour toute thérapie, un **environnement sûr** (structure et ritualisation de la séance) et une **alliance thérapeutique** est nécessaire, et ce d'autant plus dans la DT où le corps et le mouvement peuvent susciter des sentiments de vulnérabilité.

4.2. La danse-thérapie parmi les différents art-thérapies

L'art thérapie est une méthode qui utilise l'expression artistique et la créativité dans un but psychothérapeutique. La danse-thérapie est une **sous-classe** de la grande famille des Art-thérapies. Les médiations retrouvées en Art-thérapie sont la musique (musicothérapie), les arts plastiques (les arts plastiques thérapie), le théâtre (la dramathérapie) et la danse (danse-thérapie).

Selon K.F. Wize (microbiologiste, lépidoptérologue, psychiatre et philosophe polonais, un des pionniers de l'art thérapie) la musique, la peinture et la danse sont des moyens d'atteindre la sérénité et la liberté et jouent un rôle important dans le processus de guérison^[34]. Selon Jean-Pierre Klein, (psychiatre et directeur d'un centre de formation d'art-thérapie), en art-thérapie « *il s'agit moins de comprendre mentalement les significations des symboles créés que d'engager son corps dans un processus symbolique* ». « *La thérapie élit le corps sensitif, émotionnel et sensoriel comme lieu de création, source de transformation de la personne à travers la production artistique* »^[35]. Il ajoute encore que « *la thérapie ajoute à l'Art le projet de transformation de soi-même* ». Selon Koch (2017), il existe **cinq mécanismes de fonctionnement des thérapies par les arts créatifs** qui peuvent s'appliquer à la danse-thérapie : la création, l'hédonisme, l'expérience esthétique et son expression authentique, la création de sens non verbal, l'espace transitionnel éactif (espace qui devient une partie de soi hors de soi par la projection de son monde intérieur, espace où l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement favorise le développement de la créativité, de l'imagination et de la pensée, espace où les individus explorent, expérimentent et donnent forme à leur compréhension

du monde à travers l'action et l'interaction)(l'énaction met l'accent sur l'incorporation corporelle et l'action comme fondement de la cognition et de l'expérience). Il existe un triangle relationnel qui décrit les liens entre le thérapeute, le patient et l'expression artistique^[36,37]. Les approches thérapeutiques qui s'appuient sur les arts créatifs visent à **stimuler une réponse somatosensorielle** en réaction aux aspects visuels, tactiles et auditifs du processus de création, ce qui permet aux patients d'**explorer leur expérience émotionnelle**.

Les **préférences et les attentes des patients** méritent également d'être prises en compte puisqu'elles jouent un rôle important dans leur engagement dans le soin^[38]. Selon une revue systématique de 2023, il n'est pas possible actuellement de déterminer quelles sont les modalités artistiques les plus efficaces pour des résultats spécifiques^[39]. Concernant la danse-thérapie, cette discipline a ses propres facteurs de changement tels que **l'incarnation, l'expérience du corps et la conscience corporelle**^[40]. L'implication dans le mouvement soutient l'insight (la conscience de la maladie) en se basant sur les sensations corporelles comme source d'informations^[41]. L'alliance thérapeutique est ici favorisée par **l'empathie kinesthésique** et la **synchronicité des mouvements patient-thérapeute**.

5. Présentation historique des grandes thématiques de la Danse-Thérapie

Cette partie prend sa source au sein du livre de Jocelyne Vaysse^[42] et de la formation IRPECOR sur les fondamentaux, organisée par Benoît Lesage.

5.1. La filiation de la danse moderne

La thérapie par la danse et le mouvement ou Dance movement therapy (DMT) apparaît sur la côte Est des Etats-Unis avec **Marian Chace** (1896-1970) dans les années 1930-1940, où elle exerce dès 1946 dans une clinique psychiatrique à Washington. L'un des premiers documents imprimés sur la DMT date de 1945, lorsque Marian Chace publie un bref compte-rendu de ce qu'elle appelait des « cours de mouvement rythmique » à l'hôpital St. Elizabeth dans une collection de symposium^[43]. Il est important de se rappeler que dans les années 1940, lorsque la DMT a commencé, la psychothérapie était encore

au début de son développement, comme la recherche biomédicale. Durant les années 1950 jusqu'au début des années 1960, Marian Chace a continué de publier des récits et des descriptions qui sont devenus plus détaillés en ce qui concerne les théories existantes et les exemples de cas. L'approche de Marian Chace est très centrée sur la relation et l'insertion dans un groupe. Elle s'intéresse à l'empathie, la mobilisation de l'énergie et la vitalité, l'image du corps, l'insight, l'accès à la symbolisation, la confiance en soi, les expériences partagées, la dynamique de groupe, la resocialisation, l'activité rythmique et la relation thérapeutique par le mouvement^[43]. **Wilhelm Reich**, médecin psychiatre et psychanalyste, fut pour elle l'un de ses grands inspirateurs. Les séances commencent généralement en cercle, comprenant le thérapeute comme guide. L'échauffement est fait de mouvements simples. Puis le thérapeute amène les patients à des mouvements improvisés où sont explorés des thèmes spécifiques découlant de l'échauffement. Enfin, la séance se termine par une détente d'où découle parfois une discussion sur l'expérience du mouvement, permettant le lien entre le verbal et le non-verbal^[44].

Sur la côte Ouest des Etats-unis se développe la filiation expressionniste dont **Laban** (1879-1958) fut le théoricien et **Mary Wigman** (1886-1973) la figure emblématique. Pour elle, il ne s'agit pas d'exprimer un contenu psychique mais de le construire et lui donner forme en l'extériorisant. L'accent est porté sur la mise en forme de contenus psychiques dans l'expression. Après d'eux se forme **Trudi schoop** (1903-1999) elle-même influencée par **Jung**. Elle s'intéresse aux dissociations et au développement de la conscience du corps. Elle propose beaucoup d'improvisations ainsi que le concept d'« *ur-experience* » (concept qui renvoie à l'ordre du cosmique, où un temps et un espace sans limites sont animés par une énergie vitale créatrice).

En Californie du Nord, **Mary Whitehouse** (1911-1979) développe le concept de mouvement en profondeur reformulé plus tard par Janet Adler comme « Mouvement Authentique ». Mary Whitehouse s'est fortement inspirée des recherches que mena **Jung** sur l'imagination active. Mary Whitehouse utilise la danse comme médium de l'exploration inconsciente. Cela impliquant un individu en tant que « *mover* » (bougeur) et un autre en tant que « *witness* » (témoin), avec la libération de sentiments inconscients par le mouvement et le fait de devenir témoin de soi-même. Il se développe alors une relation entre le bougeur et le témoin. Le témoin encourage cette écoute intérieure en partant du principe qu'« après avoir été vu par un autre, on commence à se voir soi-même »^[44]. Cette technique se conçoit avec des patients disposant de capacités expressives suffisantes.

Mary Whitehouse ne s'est d'ailleurs pas insérée dans les milieux psychiatriques. Le Mouvement Authentique relève dès lors, voir davantage, d'un développement personnel. Il peut être appliqué en groupe ou en individuel.

Par ailleurs, Irmgard Bartenieff (1900-1981) a développé l'héritage de Laban au point que l'on parle du **Laban-bartenieff**. Leurs intérêts résident dans la mise à disposition d'outils d'analyse du mouvement fiable et précis.

En Europe, **Laura Sheelen** se situe elle-aussi dans la mouvance jungienne et s'initie également à la Laban Movement Analysis. Ses ateliers qu'elle nomme « mythodrame », prennent un caractère rituel, elle met l'accent sur l'œuvre collective, elle décentre le sujet de son narcissisme au profit d'une altérité qui le constitue et lui donne sens. Dans la partie « création », qui se fait en groupe, ce sont les participants qui proposent les représentations symboliques destinées au spectacle auquel concourent différentes approches artistiques telles que la danse et le théâtre, avec des accessoires construits par les participants (par exemple des masques). C'est en Allemagne que Laura Sheelen a le plus d'influence.

5.2. La filiation classique et références freudiennes

La DMT donne naissance au terme français « danse-thérapie » dans les années 1950-1960, avec **Rose Gaetner**. Celle-ci introduit la danse dans une démarche thérapeutique au sein d'un institut pédopsychiatrique, mais également à l'hôpital Parisien Saint Anne avec des patients atteints de schizophrénie. Les interventions de Rose Gaetner mettent en exergue le processus d'*imitation* auquel elle ajoute le concept de *répétition*. Psychomotricienne, elle intègre les notions de *stade du miroir* et de *dialogue tonico-émotionnel*. Elle a recours à trois sources essentielles : la danse folklorique, les danses de société (de couple), et la danse classique. Elle laisse de côté la danse moderne, contemporaine et jazz, et retient les idées-clé caractéristiques de l'esthétique classique. Sur le plan psychopathologique, Freud est la principale référence, centrée sur la problématique de la restauration narcissique, d'où un travail en miroir et la recherche du beau, ainsi que la conception de l'art comme sublimation.

5.3. La filiation populaire traditionnelle et primitivisme

Herns Duplan s'inspire de la compagnie de **Katherine Dunham** (1909-2006) pour créer l'expression primitive dans les années 80. Il cherche à mettre en forme une technique d'expression universelle (primitif dans le sens premier, originel, initial). Il utilise un minimum de structures pour un maximum d'exploration. Il accorde de l'importance au rythme, et à la pulsation, il soutient son travail par la percussion, il puise dans les gestes ancestraux et universels du quotidien. On y retrouve « l'importance du groupe, la relation à la terre, la prégnance du rythme, l'accompagnement vocal, le dédoublement et la répétition des mouvements »^[45,46]. **France Schott-Billman**, son élève, propose une lecture lacanienne et fait de l'expression primitive une technique de danse-thérapie qu'elle va nommer Atelier du Geste Rythmé. Elle élargit sa réflexion aux fonctions de la danse populaire et traditionnelle. Dans la filiation de Katherine Dunham, **Christiane De Rougemont** crée Free dance song à Paris, école de formation de danse-thérapeute.

En Italie, Vincenzo Bellia, psychiatre et groupanalyste s'inspire de Marian Chace et intègre l'expression primitive. Il nomme son approche *Danse-Mouvement-Thérapie Expressivo-Relationnelle*. Très ancré dans la clinique institutionnelle, notamment auprès de patients atteints de troubles psychotiques, ou anorexiques, il propose des dispositifs d'explorations de la relation par la danse, au sein du groupe, et s'appuie sur les apports de la LabanAnalyse.

5.4. Résumé des grandes institutions et leurs définitions

L'ADTA (American Dance Therapy Association) est créée en 1965 par Marian Chace et définit la DMT comme « l'utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique, psychique et sociale d'un individu ».

Les premières publications en Europe apparaissent dans les années 1970-1980, dont la première thèse de médecine en 1976. En 1984 est créée la SFPTD (Société Française de PsychoThérapie par la Danse) et devient en 2001 la SFDT (Société Française de Danse Thérapie). Cette dernière définit la DT comme la reprise d'une « fonction universelle et traditionnellement courante de la danse qui s'appuie sur la dynamique corporelle et symbolique de la danse, pour aider l'Homme à intégrer harmonieusement les différents registres qui le constituent : physique, psychique, mental et social ». L'affiliation à l'AEDT

(Association Européenne de Danse Thérapie) qui ajoute « l'intégration spirituelle » à cette liste, a évolué en 2006 vers une FEDT (Fédération Européenne de Danse Thérapie).

6. Explications neurobiologiques et neuroscientifiques

Le Continuum des thérapies expressives (CTE) est une théorie mécaniste des thérapies par les arts créatifs qui présente un système hiérarchique à trois niveaux d'action (kinesthésique/sensoriel, perceptuel/affectif, cognitif/symbolique) reflétant les trois niveaux de traitement sensoriel dans le cerveau (lobes pariétaux, limbique, cortex préfrontal)^[47]. Selon les neurosciences, les processus de changement en psychothérapie corporelle nécessitent de traiter simultanément les processus cognitifs, perceptifs, affectifs et moteurs afin d'avoir un impact sur la réorganisation des réseaux neuronaux^[48]. Selon Cantero et al., l'apparition simultanée d' **activations cérébrales antérieures et postérieures** dénote un éveil détendu, qui pourrait être la preuve des états détendus et éveillés des sujets retrouvés après la condition physique de danse^[49,50]. Des études ont montré que ces modifications de la fonction cérébrale seraient visibles en quelques semaines voire même en quelques jours de pratique, bien qu'il soit peu probable que les interventions de DMT génèrent des niveaux d'expertise comparables à ceux des danseurs professionnels (experts en cognition incarnée)^[44]. Le cerveau et le corps communiquent par trois voies possibles : le système autonome, le système endocrinien et le système immunitaire^[51]. Un essai primaire de haute qualité sur l'amélioration de la santé grâce au DMT chez les adolescentes souffrant de dépression légère proposent qu'un mécanisme d'efficacité possible réside dans la capacité de la danse-thérapie à **stabiliser le système nerveux sympathique**. Les concentrations plasmatiques de sérotonine et de dopamine ont varié avant et après la thérapie par la danse/mouvement en faveur d'une **augmentation de la sérotonine et une diminution de la dopamine**^[52]. Une autre explication provenant de deux essais randomisés, se tiendrait par l'**augmentation** de la libération d'hormones notamment le **neuropeptide Y**, transmetteur peptidique qui régule l'anxiété et apparaît comme un facteur de résilience au stress^[53,54]. Les recherches de Lucy Vincent sur le lien entre la danse et le développement cérébral amènent à penser le **cervelet** comme « une sorte de chef d'orchestre en charge de relier les sensations physiques aux émotions et aux processus cognitifs ».

7. Quelques bienfaits démontrés de la DT/DMT

La danse-thérapie partage avec d'autres formes de psychothérapie des mécanismes de changements liés à la santé comme la **relation thérapeutique**, **l'actualisation des problèmes et l'activation des ressources**^[55].

Il n'est pas sans mentir qu'elle comporte quelques points communs également avec l'activité physique. Sur le plan physique, elle **stimule le système vestibulaire et cardiovasculaire**^[56]. Il est largement reconnu que la pratique d'une activité physique régulière soit associée à une diminution de la probabilité de troubles anxieux et dépressifs^[57], qu'elle soit un facteur préventif sur ces symptômes tout en ayant également un potentiel thérapeutique^[58].

L'exploration des limites et des capacités de mouvement favorise une meilleure régulation émotionnelle, une maîtrise des impulsions et une connexion avec la réalité. Sur le plan psychologique, l'impression et l'expression corporelles **améliorent l'intéroception, le schéma corporel et l'image du corps**^[56]. L'intéroception est la capacité à prendre conscience des sensations corporelles et à évaluer de manière exacte l'activité physiologique de son corps. Or l'anxiété provoque une altération de l'intéroception dans le sens d'une sensibilité intéroceptive accrue. Cela étant dit, on peut supposer que les troubles à composante intéroceptive, comme le TOC ou les troubles dissociatifs par exemple, peuvent être de très bonnes cibles de traitement^[44].

Les études en neurosciences portant sur les émotions et les relations interpersonnelles ont révélé que le système des neurones miroirs, qui permet à l'observateur de ressentir le mouvement de l'autre, peut établir une connexion émotionnelle entre le spectateur et la personne en mouvement. Dans le cadre de la Danse-Thérapie de groupe, ces expériences impliquent une synchronisation corporelle, une prise de conscience des limites personnelles et de celles des autres, ainsi qu'une **résonance corporelle**. En utilisant une technique bien connue en DMT appelée « *mirroring* » (qui consiste à imiter les mouvements, les émotions ou les intentions liées au mouvement de l'autre), les patients ont pu se connecter au monde extérieur, établir un rapport avec autrui et éprouver un sentiment d'unité^[59].

L'étude de Wiedenhofer et Koch (2017)^[111], a essayé d'identifier les interventions de mouvement efficaces et les facteurs actifs liés à l'amélioration de la santé et d'analyser

l'impact de la **danse d'improvisation non dirigée** par rapport à la danse d'improvisation dirigée sur la réduction du stress et l'amélioration du bien-être. La non-orientation vers un but est un aspect déterminant de la danse improvisée, l'une des formes de danse les plus utilisées dans les séances de DMT. Elle est basée sur l'approche phénoménologique de la psychologie du mouvement de Straus. À l'appui de l'hypothèse, le stress et le bien-être perçus se sont améliorés de manière significative dans la condition non orientée vers un objectif par rapport au groupe orienté vers un objectif.

8. Place de la DT ou DMT dans la recherche médicale

Au départ, la plupart des recherches étaient des descriptions qualitatives et des études de cas, en raison de la nature des thérapies par les arts créatifs, soulignant la créativité et les modes de connaissances subjectifs^[60]. Mais ces dernières années, des recherches quantitatives ont également été menées et continuent de se développer.

8.1. État des lieux de l'impact de la DT sur des populations et pathologies diversifiées

Dans l'ensemble, la danse-thérapie a été soutenue comme une intervention efficace fondée sur des preuves pour une vaste catégorie de population, et de troubles psychiatriques comme somatiques.

La DMT pourrait améliorer la détresse psychologique après un programme de 12 semaines, chez des **enfants** atteints de PTSD entre 7 et 14 ans^[61], chez les **adolescents** souffrant de dépression légère^[52,62]. La DMT pourrait également réduire les symptômes physiques de l'anxiété liés aux examens au sein d'une **population universitaire**^[63]. Des recherches qualitatives et quantitatives se sont concentrées sur les **personnes âgées**. Une revue systématique auprès d'adultes de plus de 60 ans souffrant de troubles mentaux^[64] a évalué les avantages possibles de la DMT sur la psychiatrie des personnes âgées révélant une opportunité structurée de contact, de partage d'expériences de vie et de souvenirs, et d'expression appropriée de l'agressivité. La majorité des études incluses ont rapporté que l'intervention améliorait la qualité de vie, la communication et l'interaction sociale. Une autre étude a montré des réductions significatives à court terme pour la

dépression, l'anxiété et l'estime de soi pour les personnes de plus de 55 ans souffrant de dépression ou d'anxiété^[65].

Nous savons par de multiples études que la danse-thérapie a été étudiée comme traitement pour aider les personnes ayant des antécédents de traumatisme^[66], de deuil^[67], de violences conjugales^[68], de maladie mentale grave^[69], de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant^[70], de pathologies psychosomatiques^[71], de démence et déficit cognitif léger^[72].

Beaucoup d'études et de revues se sont consacrées à la maladie de **Parkinson**^[73-80] révélant des effets bénéfiques de la DMT et du tango notamment sur l'équilibre, les déficiences motrices, la qualité de vie, les symptômes psychologiques (anxiété et dépression) et les troubles cognitifs.

Une méta-analyse sur la danse-thérapie et plus généralement sur l'Art-thérapie sur le cancer du sein^[81] a rapporté des différences moyennes standardisées (DMS) significatives pour la réduction de l'anxiété. Il existe des preuves initiales que les interventions psychologiques créatives profitent aux patients adultes atteints de **cancer** en ce qui concerne l'anxiété^[82].

Les effets ne sont cependant **pas unanimes** et restent **hétérogènes**. En 2016, un essai contrôlé randomisé^[83] a étudié l'efficacité de la DMT sur l'amélioration des symptômes liés à la radiothérapie. Les résultats ont montré des effets significatifs sur l'amortissement de la détérioration du stress perçu, de la sévérité de la douleur et de l'interférence de la douleur mais aucun effet significatif de l'intervention n'a été trouvé sur l'anxiété. Une revue systématique Cochrane^[84] a examiné le potentiel du DMT dans la démence mais aucune des études ne remplissait les critères d'inclusion. Aucune conclusion n'a pu être tirée. Les effets sur des conditions médicales telles que l'insuffisance cardiaque et l'hypertension ont été étudiés^[73,85-87]. Les résultats indiquent que la DMT et la danse pourraient améliorer les conditions physiologiques (par exemple, la pression artérielle systolique et diastolique, le pic V02, la capacité d'exercice) et la qualité de vie, mais pas davantage que les effets d'autres interventions d'exercice.

8.2. Interventions combinées

Toutes les combinaisons suivantes présentent des résultats prometteurs : La **DMT-TCC**^[88] combinant la DMT avec la thérapie cognitivo-comportementale, la

DMT-pleine conscience nommée **MBDMT** (*mindful-based dance movement therapy*)^[89] ou encore la combinaison entre une intervention psychologique groupale basée sur le modèle **Satir et la danse-thérapie**^[90].

9. Motivations et objectif de travail

Le **choix d'une revue narrative** pour ce sujet se base sur différents arguments.

Elle permet tout d'abord, de rassembler les études publiées, grâce aux bases de données bibliographiques, concernant la médecine, ainsi que les autres sources (livres, formations personnelles). La revue narrative offre une organisation et synthèse informelle et non nécessairement systématique de la littérature, ouvre une discussion sur le sujet exploité. Ce type de revue est approprié de part la complexité du sujet. En effet, avec une réalisation variée, une évaluation subjective, une difficulté à la réalisation d'essai contrôlé randomisé, et des questionnements laissés en suspens, la danse-thérapie n'appartient pas pour le moment aux recommandations de la prise en charge selon l'OMS, et de nombreuses autres recherches doivent être encouragées.

Ma motivation à explorer ce sujet vient d'une passion pour la danse et l'Art depuis ma plus tendre enfance. Danseuse, je souhaite relier ma passion à ma carrière professionnelle en intégrant une pratique psychothérapeutique dansée encadrée et adaptée aux patients souffrants de troubles psychiatriques. Celle-ci est motivée par ma propre persuasion, basée sur l'empirisme, d'une efficacité de ce type d'intervention sur l'anxiété. J'ai d'ailleurs pu le constater en l'expérimentant auprès de patients en séance individuelle. Bien que la danse-thérapie offre des pistes de soins intéressantes et acceptables, les lignes directrices cliniques actuelles n'incluent pas ces interventions dans leurs recommandations principalement en raison de preuves insuffisantes.

Ici nous nous intéressons à l'anxiété en tant que symptôme au sein d'une pathologie psychiatrique primaire selon la classification nosographique du DSM-5. Bien que le DSM-5 soit une classification catégorielle de troubles distincts, les pathologies mentales ne rentrent jamais complètement dans le cadre d'entités diagnostiques uniques. Certains ensembles de symptômes, comme l'anxiété, impliquent plusieurs catégories de diagnostics et peuvent refléter des vulnérabilités sous-jacentes communes à un groupe plus large de troubles.

Parce que la danse-thérapie est de plus en plus utilisée pour traiter une variété de conditions comportementales, psychologiques et médicales, il est important de répondre aux normes croissantes de la recherche médicale fondée sur des preuves.

Un état des lieux bibliographique peut également servir de mise en lumière des lacunes actuelles des connaissances débouchant sur la création de nouveaux protocoles de recherches.

Cette **thèse est destinée** aux médecins, étudiants en médecine, psychomotriciens, art-thérapeutes, et quiconque s'intéressant à la psychiatrie, et à la fonction thérapeutique de la danse.

L'**objectif principale** de cette thèse est de faire un état des lieux des connaissances sur l'impact de la danse-thérapie (ou DMT) sur les symptômes anxieux en population clinique psychiatrique adulte, en rendant compte des études publiées mais aussi en soulevant les lacunes et limites au sein de la recherche sur ce sujet, afin de proposer des perspectives de recherche. L'**objectif secondaire** est de vous présenter un protocole d'étude interventionnelle créé à partir de la mise en évidence des lacunes actuelles des connaissances dans la littérature.

Le déroulé de la revue se présente comme suit : suite à l'introduction, une partie sera dédiée à la description de la méthodologie employée. Puis les résultats des différentes catégories nosographiques seront décrites et discutées. Enfin sera proposé un protocole d'étude pilote avant de conclure.

MÉTHODE

Cette revue narrative offre une synthèse informelle non systématique, ainsi qu'une discussion sur l'impact de la danse thérapie sur l'anxiété afin de mieux cerner ce sujet complexe pour encourager d'autres recherches sur ce sujet.

La période de recherche de la bibliographie s'est étendue d'août 2022 à août 2023 inclus. Le déroulement de ma recherche a été effectué par mes soins, avec des points de vérification par mes co-directrices de thèse.

Les recherches bibliographiques ont été menées de la manière suivante :

La première base de données utilisée et apportant la majorité de mes résultats est la base de recherche **PUBMED**. Une première sélection est effectuée à la lecture des titres des articles, puis une seconde sélection est réalisée à partir de la lecture du résumé. Enfin une ultime sélection permet d'inclure définitivement les études une fois la lecture intégrale de l'article effectuée. Pour élargir le champ des recherches, nous avons prêté attention aux articles eux-mêmes référencés à l'intérieur de l'article sélectionné ainsi qu'aux revues citant les articles retenus pour inclure les études plus récentes. Les études en cours ont été examinées dans la base de recherche **Clinicaltrials.gov**. Enfin d'autres ressources (*hand search*) ont été examinées afin d'étoffer les connaissances sur le sujet telles que **CAIRN** (notamment pour les livres), les différents référentiels notamment le **Référentiel de Psychiatrie et Addictologie 3^e édition** et le **DSM-5**, sans oublier les connaissances apportées au gré de mes contacts auprès de **professionnels de danse-thérapie** ou encore par la **formation IRPECOR**.

Premièrement, les recherches dans la littérature se sont effectuées à l'aide de mots clés au sein de plusieurs bases de données. La période de publication des articles est illimitée pour cette revue.

Les **critères d'inclusion** sont :

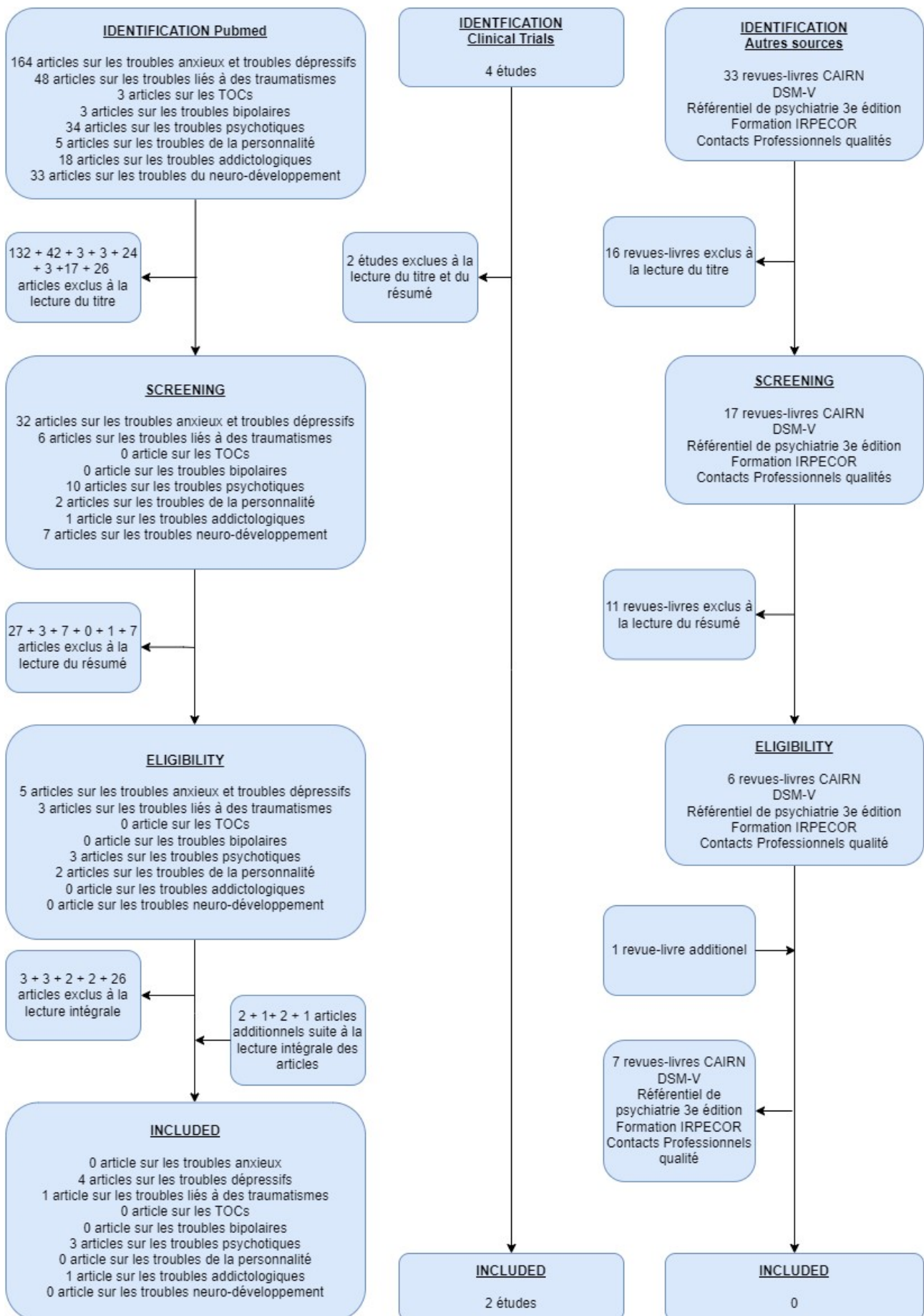
- Population : personne de > 18 ans et <60 ans, avec un trouble psychiatrique selon les critères du DSM-5, (quelque soit l'origine, l'ethnie et le sexe du patient) ayant une comorbidité anxieuse.

- Intervention : DT et DMT (thérapie par la danse et le mouvement et ses appartenances) comme sujet d'intervention unique ou principale (en plus du traitement habituel). De plus, l'intervention est effectuée en présence du patient par des praticiens formés ou en cours de formation.
- Comparaison: la présence d'un groupe contrôle n'est pas obligatoire. Plusieurs groupes contrôles sont possibles.
- Résultats : effet de la DT ou DMT sur l'anxiété
- Réglage et durée : aucune restriction concernant le cadre des interventions de DT ou DMT étudiées et aucune limitation sur la durée ou la fréquence des interventions pour les individus ou les groupes.
- Type d'études : Méta-analyse, Essai contrôlé randomisé, Revues, Revue systématique, Livres et documents, Essai clinique etc... Il n'y avait pas de restriction particulière concernant le type d'étude ni de restriction de langue, malgré une priorité donnée pour les articles en Anglais et en Français. Les études encore en cours ont été incluses.
- Format de publication : sans restriction.

Les **critères d'exclusion** sont :

- Population : patients mineurs (en faveur de la spécialité pédopsychiatrique) ou âgés de plus de 60 ans (en faveur de la spécialité psychogériatrique ou gérontopsychiatrie).
- Intervention : les interventions de danse (telles que danse aerobic, danses de salon, danse contemporaine, classique et modern-jazz) ont été exclues ainsi que d'autres pratiques telles que la danse consciente (conscious dance), la danse extatique (Ecstatic Dance), 5rythmes, la danse somatique, la chakradance, la journey dance, the Soul Motion, l'Open Floor, le Movement Medicine, la Biodanza, la technique Nia (action intégrative neuromusculaire) ainsi que les autres thérapies orientées vers le corps ont été exclues du fait de leur non appartenance formelle à la danse-thérapie ou à la DMT.
- résultats : exclusion de l'article si l'étude ne comporte pas d'évaluation ou d'évocation de l'anxiété au sein du trouble et des résultats mesurés.
- texte intégral non disponible à la lecture.

Ci-dessous est présenté le flow chart de la revue.



La première base étudiée est **PUBMED**.

Un premier état des lieux afin d'affiner le sujet a été réalisé avec les mots (« *danse-thérapie* » OU « *DMT* ») ET « *psychiatrie* » sur Pubmed, auquel a été administré plusieurs filtres (sélection des Livres et documents, Essai clinique, Méta-analyse, Essai contrôlé randomisé, Revues, Revue systématique).

Suite à la précision du sujet d'étude, 8 recherches différentes ont été effectuées sur Pubmed afin de passer en revue les différentes catégories nosographiques les plus fréquemment retrouvées en psychiatrie dans ce domaine.

Une première recherche a été effectuée réunissant les **troubles anxieux et dépressifs**. 164 résultats ont été identifiés. L'application des filtres précédents a été conservée. 32 ont été sélectionnés et 132 articles ont été exclus à la lecture du titre.

Suite à la lecture du résumé puis à la lecture intégrale, 2 articles ont été inclus. Parmi les 30 articles exclus, 22 articles comportent des critères d'exclusion, 3 articles étaient peu informatifs, 2 articles dont le texte intégral n'était pas disponible, 2 articles ont permis de consulter des articles associés sans correspondre aux critères d'inclusion eux-même, 1 article correspondant à une autre catégorie nosographique. En plus des deux articles inclus, 2 articles additionnels (cités dans ceux sélectionnés) ont également été étudiés et inclus.

Parmi les 4 articles inclus, aucun n'a été trouvé concernant les troubles anxieux. Ces 4 articles inclus concernent les troubles dépressifs.

Une seconde recherche a été effectuée avec l'application des mêmes filtres concernant les **troubles liés à des traumatismes** ou à des facteurs de stress. 48 résultats ont été identifiés dont 42 ont été exclus à la lecture du titre et 6 ont été sélectionnés. Aucun article n'a finalement été inclus après lecture du résumé puis lecture intégrale. Parmi les 6 articles exclus, 3 articles dont le texte intégral n'était pas disponible et 3 articles comportaient des critères d'exclusion. Un article additionnel (dont la référence a été découverte à la lecture intégrale des autres articles) a finalement été inclus.

Une troisième recherche avec l'application des mêmes filtres a été effectuée sur les **Troubles Obsessionnels Compulsifs**. Trois résultats ont été identifiés. Les trois articles ont été exclus à la lecture de leur titre. Aucun article n'a donc été inclus dans cette catégorie.

Une quatrième recherche a porté sur les **troubles bipolaires** avec l'application des mêmes filtres. Trois résultats ont été identifiés. Les trois articles ont été exclus à la lecture de leur titre. Aucun article n'a finalement été inclus au sein de cette catégorie.

Une cinquième recherche portant sur les **troubles psychotiques**, et plus spécifiquement sur la **schizophrénie**, a été réalisée avec les mêmes filtres.

34 résultats ont été identifiés. 10 articles ont été sélectionnés et 24 articles ont été exclus à la lecture du titre. Après lecture du résumé et lecture intégrale, un article a été inclus. Parmi les 9 articles exclus, 4 articles comportaient des critères d'exclusion, 2 articles étaient peu informatifs, 1 article correspondait à une autre catégorie nosographique, 1 article dont le texte intégral n'était pas disponible, et 1 article a permis de consulter des articles associés sans correspondre aux critères d'inclusion lui-même. Deux articles additionnels ont également été inclus après leur lecture intégrale. Au final, 3 articles ont donc été inclus au sein de cette catégorie.

Une sixième recherche sur les **troubles de la personnalité** a été effectuée avec l'application des mêmes filtres. Cinq résultats ont été identifiés. Deux articles ont été sélectionnés à la lecture du titre et 3 articles ont été exclus. Deux articles ont été sélectionnés après lecture du résumé. Finalement aucun article n'a été retenu après lecture intégrale, car aucun ne respectait les critères d'inclusion.

Une septième recherche portant sur les troubles addictifs a été effectuée avec les mêmes filtres englobant les **troubles liés à une substance et les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments**. 18 résultats ont été identifiés, 17 articles ont été exclus à la lecture du titre et 1 article a été sélectionné.

Aucun article n'a finalement été inclus après lecture du résumé puis lecture intégrale. Un article additionnel (découvert à la lecture intégrale des articles) a finalement été inclus. On retrouve donc un article dans cette catégorie nosographique, s'intéressant aux troubles du comportement alimentaire.

Une huitième et ultime recherche PUBMED a été effectuée en conservant les mêmes filtres, sur les **troubles neurodéveloppementaux**, spécifiquement portée sur le **trouble du spectre de l'autisme adulte** et le **TDAH de l'adulte**. 33 résultats ont été identifiés. 26 articles ont été exclus à la lecture du titre, et 7 ont été sélectionnés. Aucun article n'a été inclus après lecture du résumé et du texte intégral. Parmi les 7 exclus, 5 articles comportaient des critères d'exclusion, 1 article a permis de consulter des articles associés sans correspondre aux critères d'inclusion lui-même, et 1 article dont le texte intégral n'était pas disponible. Aucun article additionnel n'a été trouvé. Il n'y a donc pas d'article dans cette catégorie nosographique.

La seconde base de données est **Clinical Trials**, utilisée afin de faire un état des lieux sur les recherches en cours. Les critères remplis proposés par cette base sont :

- Etat ou maladie = anxiety
- Intervention ou traitement = dance therapy ou dance movement therapy

Tous statuts de l'étude quelque soit la phase, tout sexe, tout âge, toute localisation géographique, avec ou sans résultats sortis, ont été acceptés dans la recherche. 4 études ont été identifiées et 2 ont été sélectionnées à la lecture du titre. Les 2 études exclues concernées sont la danse en ligne chez des patients atteints de la sclérose en plaque ou l'évaluation des soins dancésing chez les personnes âgées. Au final, 2 études ont été incluses, une étude sur les troubles anxieux et une étude sur les troubles liés à des traumatismes.

Pour compléter ces bases de données, une recherche sur **CAIRN** a été effectuée avec les mots clés suivants "danse thérapie OU Dance movement therapy ET psychiatrie ET anxiété, sans filtre appliqué. 33 résultats ont été identifiés. 16 résultats ont été exclus à la lecture du titre et 17 ont été sélectionnés. Parmi les 17 sélectionnés, 11 ont été exclus à la

lecture du résumé. Parmi tous les exclus, (16 à la lecture du titre et 11 à la lecture du résumé), 16 comportaient des critères d'exclusion, 9 étaient peu informatifs, et 2 étaient des doublons.

6 résultats ont contribué à l'amélioration des connaissances :

- Le chapitre 4 sur la Danse-Thérapie puisé du livre **Les Art-thérapies** de Vincenzo Puxeddu^[91].
- Un article de revue : **Un pas vers soi, un pas vers l'autre. Corps en mouvement : un atelier où la danse thérapie et la psychomotricité se rencontrent**, de Gaëlle Carrette et Nabila Belala dans la revue **Thérapie Psychomotrice et Recherches** 2022/4 (N°188), pages 68 à 79 Éditions Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP)^[92].
- **La danse dans le processus thérapeutique**, ouvrage de Benoît Lesage^[93]
- **L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë**, Anne-Laure Moscone, Pascale Leconte, Christine Le Scanff, Dans *Movement & Sport Sciences* 2014/2 (n° 84), pages 51 à 59^[94].
- Le chapitre 2. L'art-thérapie, avec quoi ? dans l'ouvrage de Jean-Pierre Klein, **l'Art-Thérapie**^[45].
- **Un corps à construire, Tonus, Posture, Spatialité, Temporalité**, ouvrage de Benoît Lesage^[95]

Un livre additionnel a été ajouté pour une lecture intégrale.

- **La Danse-Thérapie : Histoire, Techniques, Théories**, ouvrage de Jocelyne Vaysse^[42].

Ces livres ont contribué principalement à étoffer les connaissances sur le sujet, mais ne prennent pas place au sein des résultats de la revue. Ils sont donc exclus.

D'autres sources multiples et variées ont été utilisées et m'ont aidée à l'écriture de cette revue. Tout d'abord, les différents référentiels : **DSM-5, Référentiel de psychiatrie et Addictologie 3^e édition**. En effet, une lecture nosographique a été effectuée pour aider à la synthèse et l'organisation des résultats. Des recherches manuelles effectuées pour répondre à certaines questions d'ordre sociaux-économiques, épidémiologiques, thérapeutiques ou pour identifier d'autres sources pertinentes (SFDT, ADTA) ont été

effectuées au sein de la littérature grise. Et puisque l'acquisition des connaissances se fait également par les rencontres et l'expérience, je me suis appuyée sur la formation IRPECOR sur la danse-thérapie et structuration psychocorporelle, les fondamentaux, réalisée en juin 2023 auprès de Benoît Lesage. Cette formation m'a permise d'acquérir un vocabulaire précis et une méthodologie d'exécution des ateliers (la fondation d'un groupe, les exercices d'accordage, le travail sur le geste symbolique, l'espace et la géométrie structurante, le rituel d'ouverture et de fermeture d'une session, le travail avec accessoires, le travail de jeux et dialogues moteurs, la connaissances du poids et des appuis, quelques rappels anatomiques et des systèmes, l'utilisation de l'espace dans ses différentes dimensions et plans, les dispositifs de danse empathique, les exercices d'improvisation, l'utilisation du tambour favorisant l'imaginaire et l'expressivité, l'apprentissage de la kinesphère). J'ai également participé à des événements organisés par des associations (pour ne citer que « *les duos potentiels* »), contacté des professionnels experts de DMT (Benoît Lesage, Vincenzo Bellia, membres de SFDT (société française de danse-thérapie)). Enfin j'ai mis en place quelques séances individuelles dans ma pratique auprès de patients au sein des services dans lesquels je travaille(ais) (par exemple, une patiente atteinte de trouble de l'attachement dans un contexte de traumatismes dans l'enfance-adolescence, patientes atteintes d'anorexie mentale).

Toutes ces connaissances et compétences acquises ces derniers mois, ont permis d'étoffer mon sujet sans prendre véritablement place dans la partie résultats de cette revue. Ces différentes sources ont donc été exclues du flow chart.

RÉSULTATS

Les résultats de cette revue seront présentés par bases de données puis par catégorie nosographique selon le DSM-5.

1. Pubmed

1.1. Troubles anxieux

Aucune étude publiée dans la base de données Pubmed n'a été incluse au sein de cette catégorie nosographique.

1.2. Troubles liés à un traumatisme

Un article a été inclus : **Let's Dance: A Holistic Approach to Treating Veterans With Posttraumatic Stress Disorder**^[96], publié en 2016 par Steinberg-Oren.

Cette étude pilote a examiné si la participation au programme de 12 semaines de DFV (Dance For Veterans) d'une heure réduisait le niveau d'anxiété des anciens combattants évalué à l'aide de l'échelle STAI-Y (état) pour la partie quantitative et à l'aide des commentaires des patients pour la partie qualitative. L'échantillon initial était composé de 61 anciens combattants qui sont entrés sur une base continue entre août 2012 à novembre 2014. L'échantillon final comporte 20 anciens combattants qui ont reçu au moins 12 évaluations STAI-Y avant et après l'intervention au cours d'une période de 4 mois. 41 patients ont été exclus de l'analyse des données du fait de retards, d'une non-assiduité ou d'un manque de remplissage du questionnaire.

Malgré l'évocation du symptôme stress, cet article a été inclus en raison de l'évaluation de l'intervention par l'échelle STAI-Y(état) qui représente le questionnaire de l'anxiété. De plus, la DFV est une organisation utilisant la danse-thérapie. La DFV est utilisée au sein du centre de soins ambulatoires de Los Angeles comme traitement complémentaire pour les anciens combattants comportant un Trouble du Stress Post Traumatique.

Les analyses ont révélé un effet principal significatif de la durée des tests (Après intervention comparé à avant l'intervention) sur les scores d'état de la STAI-Y, (test *t* de

Student = 7,48, $P < 0,0001$), de sorte que la participation en classe semblait être associée à une diminution moyenne de 11 points sur cette échelle. Cependant, la durée de participation (en semaine) n'était pas un prédicteur significatif des scores d'état de la STAI-Y, (test t de student = 1,20, $P = 0,233$), et il n'y avait aucun effet d'interaction, (test t de student = -0,57, $P = 0,567$), ce qui suggère que l'effet de la durée des tests sur l'anxiété d'état est constant, quel que soit le temps passé en classe. Les résultats ont donc montré des **réductions significatives des niveaux d'anxiété** après la participation aux séances DFV. Les données qualitatives suggèrent que les participants ont unanimement signalé des améliorations de leurs perspectives, de leur bien-être, de leur humeur, et de leurs relations interpersonnelles suite à la participation au cours DFV, mais rien n'est évoqué concernant l'anxiété.

Cette étude n'a pas montré de réductions durables des niveaux d'anxiété au fil des séances. Néanmoins, les réductions significatives de celle-ci après les séances suggèrent que cette intervention est un **traitement d'appoint utile** au moins temporairement.

1.3. Troubles Obsessionnels Compulsifs

Aucune étude n'a été trouvée concernant l'évaluation de la DMT sur l'anxiété au sein de ce trouble.

1.4. Troubles dépressifs

4 articles ont respecté les critères de recherche dans cette catégorie nosographique.

1.4.1. La première étude : Dance Movement: A therapeutic Program for Psychiatric Clients

L'étude^[97] de 1993 réalisée par L. Heber porte sur 350 sujets dépressifs, âgés de 18 à 60 ans, comprenant à la fois des patients psychiatriques hospitalisés et des patients externes qui présentaient de l'anxiété, de la tension, une faible estime de soi et d'autres problèmes psychiatriques concomitants. Ces patients avaient la capacité physique à participer aux ateliers de DMT réalisés par 2 infirmières danse-thérapeutes. Les séances ont été menées quotidiennement pendant une demi-heure en milieu de matinée, six sessions consécutives. L'étude est basée sur la description de sa procédure et de ses méthodes. Plus précisément, elle utilise une approche de type étude de cas, car elle décrit

en détail le processus et les observations faites lors des séances de danse-thérapie. Les chercheurs ont suivi les participants, observé leur comportement, leur énergie, leur affect, leur interaction, leur motivation et l'expression de leurs émotions. Ils ont également administré des questionnaires et utilisé des échelles de notation pour évaluer le comportement, le niveau d'énergie et l'affect des participants pendant les sessions. Bien que des données quantitatives puissent être recueillies à partir des échelles de notation, l'accent principal de l'étude est qualitatif, en mettant en avant les descriptions détaillées et les résultats basés sur des études de cas, en analysant et documentant les réponses des participants aux interventions de danse mouvement. Pendant la séance, chaque patient était interrogé sur son ressenti. Ensuite, un questionnaire était administré et une échelle de notation était remplie par la thérapeute. On y retrouve deux études de cas en lien avec l'anxiété (un homme de 22 ans anxieux avec une faible estime de soi et une jeune femme de 28 ans anxieuse et hypothyroïdienne). 204 patients ont répondu aux réponses thématiques. Les réponses cognitives et psychologiques sur le plan de l'anxiété étaient : « *Je me sens détendu* »; « *Mon anxiété a disparu* »; « *Ma tension a disparu après l'exercice* »; « *Je sens que mon anxiété a disparu après ma leçon de danse* ».

Il semble donc que l'apport de l'intervention ait eu un effet bénéfique sur la patientèle.

1.4.2. La deuxième étude : Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study

M. Punkanen nous présente une étude pilote publiée en 2014 dont les participants, âgés de 18 à 60 ans souffrent de dépression^[98]. 21 patients ont reçu 20 séances bi-hebdomadaires de groupe DMT pendant dix semaines. Au total, il y a eu 20 séances de 60 minutes. Des mesures, y compris des questionnaires psychométriques, ont été prises avant et après l'intervention. L'objectif était d'étudier les effets à court terme d'interventions groupales de DMT dans le traitement de la dépression chez les personnes en âge de travailler et de faire progresser la compréhension des mécanismes sous-jacents. L'objectif principal de l'étude était d'étudier les changements dans les mesures des résultats chez les participants avant et après l'intervention. Les auteurs cherchaient à savoir s'il existe des corrélations entre les mesures des résultats primaires (dépression) et secondaires (anxiété, personnalité, satisfaction de vivre, alexithymie et styles d'attachement des adultes). En raison de la comorbidité fréquente de la dépression et de l'anxiété, les

patients anxieux ont également été inclus (environ 72 % souffraient d'anxiété comorbide). Les mesures des résultats secondaires comprenaient plusieurs échelles dont la partie anxiété de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) qui nous intéresse particulièrement. Le risque alpha de la HADS anxiété qui est le coefficient de fiabilité de cohérence interne est de 0.92. Il indique une excellente cohérence interne de l'échelle HADS d'anxiété, ce qui signifie que cette échelle mesure l'anxiété de manière fiable et cohérente chez les participants de l'étude. Quatre groupes thérapeutiques ont été créés à partir des participants et les séances de groupe se sont déroulées simultanément. Le nombre moyen de participants dans chaque groupe était de cinq. Deux thérapeutes professionnelles en thérapie par le mouvement dans la danse ont participé à l'étude. Elles ont chacune dirigé deux groupes. Les thérapeutes n'étaient pas des chercheurs, ce qui a clarifié leur rôle tant pour eux-mêmes que pour les participants. Concernant la validité, les critères de jugement secondaires étaient généralement corrélés à la dépression. Le BDI (Beck Depression Inventory) était corrélé positivement avec l'anxiété, $r = 0,80$, $p < 0,001$. Les participants avaient des scores de dépression initiaux variés sur la BDI (niveau léger, modéré, sévère).

Les tests t appariés sont utilisés pour comparer les moyennes de deux échantillons liés, en l'occurrence, les mesures avant et après une intervention thérapeutique. Au sein des mesures secondaires qui nous intéressent, les tests t ultérieurs pour échantillons appariés ont révélé des diminutions significatives de l'anxiété, $t(14) = 2,27$, $p = 0,04$ (comparaison des moyennes avant et après intervention). Il y a donc eu une **diminution significative de niveaux d'anxiété après l'intervention** (La moyenne de l'HADS-A post-intervention 8.11 (4.34) est inférieure à celle avant l'intervention 10.5 (4.22)) et $p < 0.05$). Les scores moyens et les résultats du test t pour toutes les mesures des résultats secondaires sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous.

Table 2. Scores moyens et écarts-types avant et après intervention et résultats du test t pour toutes les mesures des résultats secondaires.

Measure	Pre	Post	t	DF	p
HADS Anxiety: M (SD)	10.5 (4.22)	8.11 (4.34)	2.27	14	.04*
TAS, DIF: M (SD)	21.41 (6.60)	18.41 (5.59)	2.36	16	.03*
TAS, DDF: M (SD)	13.71 (4.04)	12.65 (3.40)	1.34	16	.20
TAS, Total score: M (SD)	50.73 (12.43)	47.87 (10.42)	1.51	14	.15
BEI, Extraversion: M (SD)	2.76 (.67)	3.03 (.65)	-2.80	16	.01**
BEI, Neuroticism: M (SD)	3.64 (.52)	3.32 (.63)	2.73	16	.02*
RQ-A, Secure: M (SD)	3.44 (1.72)	4.33 (1.71)	-2.53	17	.02*
RQ-C, Preoccupied: M (SD)	4.44 (1.72)	4.11 (1.64)	.81	17	.43
SWLS: mean M (SD)	2.81 (1.16)	3.58 (1.08)	-3.58	15	.00**

* p < .05.
** p < .01.

Source : Punkanen M, Saarikallio S, Luck G. Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study

Les résultats de cette étude montrent que l'intervention courte de DMT a eu un effet positif sur l'anxiété comorbide des patients souffrant d'épisodes dépressifs.

1.4.3. La troisième étude : A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment

Cette étude interventionnelle de Päivi M. Pylvänäinen publiée en 2015 s'intéresse aux effets du DMT au sein d'une clinique psychiatrique ambulatoire auprès de patients atteints d'une dépression^[99]. La question principale cherche à savoir si l'intervention groupale de DMT soulage les symptômes dépressifs. L'étude compare la DMT avec le traitement habituel (DMT + TAU)(n= 21 participants) vis-à-vis du traitement habituel seul (TAU)(n= 12 participants) pour savoir si l'ajout de la DMT présente des avantages. Dans l'étude, 15 % des deuxièmes diagnostics étaient liés à l'anxiété. L'intervention DMT a été dispensée par un psychologue et thérapeute du mouvement de la danse formé aux méthodes DMT de Marian Chace et au Mouvement Authentique. L'intervention de groupe DMT consistait en 12 séances de danse/thérapie par le mouvement (une séance par semaine pendant 12 semaines). Chaque session durait 90 minutes et comprenait une discussion (20 à 40 minutes), un échauffement et un processus de mouvement (30 à 40 minutes), une réflexion verbale et une conclusion de l'expérience de mouvement (15 à 30 minutes). Les patients sont entrés volontairement dans l'étude et pouvaient choisir entre participer au groupe DMT ou au groupe TAU. Les échelles BDI-II (Beck Depression

Inventory) pour les symptômes dépressifs et HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour les symptômes de dépression et d'anxiété ont été utilisées pour les mesures. Le SCL-90 (Symptoms Check List-90) est un inventaire d'auto-évaluation psychiatrique composé de 90 questions évaluant de nombreux symptômes psychiatriques, y compris la dépression, l'anxiété et la somatisation. Le GSI (indice global de gravité) représente la gravité de l'état du patient (score moyen des 90 questions de l'inventaire). L'auto-évaluation courante de la détresse globale CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) a également été utilisée. Celle-ci peut être utilisée pour évaluer l'efficacité clinique de divers modèles de thérapie. Sur la base des scores HADS et SCL-90 qui nous intéressent particulièrement, les groupes n'étaient pas statistiquement différents au moment de la pré-mesure (contrairement aux échelles BDI et CORE où les symptômes de dépression et l'état psychiatrique au moment de la pré-mesure étaient plus graves dans le groupe contrôle que dans le groupe interventionnel).

Au cours de la période d'étude, les symptômes évalués à l'aide de la SCL-90 ont montré une diminution plus importante dans le groupe DMT par rapport au groupe contrôle. Lorsque les périodes d'intervention et de suivi ont été examinées séparément, il a été constaté que les scores SCL-90 évoluaient de manière significativement différente entre les groupes DMT et TAU pendant la phase d'intervention (estimation = -0,425, $p = 0,011$), mais pas pendant la phase de suivi (estimation = 0,031, $p = 0,086$). En ce qui concerne les scores de l'échelle HADS, il y avait une tendance à un changement significativement différent entre les trois mesures. Plus précisément, pendant la phase d'intervention, les scores ont changé de manière significative entre les groupes DMT et TAU (estimation = -6,295, $p = 0,024$), mais cette différence n'a pas été observée pendant la phase de suivi (estimation = 0.741, $p = 0.714$).

Après l'intervention, l'étude conclut à une réduction significative des symptômes mesurés par SCL-90 dans le groupe interventionnel par rapport au groupe TAU. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative lors du suivi. Les scores de l'HADS ont également montré une même tendance à des changements significativement différents entre les groupes DMT et TAU pendant l'intervention, mais pas pendant le suivi.

Les résultats sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Table 3. Score moyen et écart-type concernant le BDI-II, la HADS, le SCL-90, le CORE, avant, après intervention et au suivi à 3 mois

Out-come	Pre M (SD)	Post M (SD)	Fup 3-mo M (SD)	Wald test df = 2	P-value
BDI-II				2.93	0.231
DMT	25.00(11.70)	14.89(13.60)	16.24(13.62)		
TAU	32.50(7.60)	28.97(8.65)	29.66(9.85)		
<i>d</i>		-0.67	-0.60		
HADS				5.39	0.068
DMT	20.81(7.99)	13.43(10.24)	14.22(9.85)		
TAU	24.58(4.65)	23.54(6.47)	23.15(7.75)		
<i>d</i>		-0.97	-0.79		
SCL-90				8.23	0.013
DMT	1.39(0.76)	0.95(0.74)	0.91(0.67)		
TAU	1.59(0.41)	1.58(0.37)	1.53(0.55)		
<i>d</i>		-0.70	-0.67		
CORE				4.14	0.126
DMT	17.00(6.61)	11.95(7.96)	12.31(7.02)		
TAU	20.65(3.55)	20.05(4.55)	19.78(6.04)		
<i>d</i>		-0.85	-0.73		

Between-group effect-sizes (d) are also presented (corrected with pre-measurement difference).

Source : Pylvänäinen PM, Muotka JS, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment.

Pour évaluer la taille des effets du traitement, les tailles d'effet ont été analysées. Les mesures ont été prises immédiatement après le traitement (post-mesure) et lors d'un suivi ultérieur (à 3 mois). Les tailles d'effet (effect size) ont montré que les différences entre les groupes étaient généralement importantes ($d \geq 0,80$) après l'intervention pour les mesures de l'HADS et du CORE, et de taille moyenne ($d \geq 0,50$) pour le BDI-II et le SCL-90. Au suivi, entre les groupes, les tailles d'effet étaient de taille moyenne en faveur du groupe DMT ($d = 0,60-0,79$), avec une différence presque importante dans l'HADS.

Taille d'effet au sein des groupes : Dans le groupe DMT, les tailles d'effet étaient de taille moyenne ou proche de la taille moyenne pour les échelles BDI-II, HADS, CORE après la post-mesure et de petite taille pour le SCL-90. Dans le groupe TAU, les tailles d'effet étaient généralement de petite taille pour BDI-II ou très petite taille pour HADS, SCL-90 et

CORE après la post-mesure et lors du suivi, indiquant des améliorations moins importantes par rapport au groupe DMT. En outre, les tailles d'effet au sein du groupe étaient considérablement plus importantes chez les patients du groupe DMT. Cela suggère que les **changements favorables observés lorsque la DMT a été ajoutée à la TAU** peuvent avoir une **signification clinique**.

1.4.4. La quatrième étude : The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland

Cette recherche de Hyvonen publiée en 2020 est un essai contrôlé randomisé multicentrique qui étudie les effets de la thérapie par le mouvement dansé (DMT) sur les participants diagnostiqués avec une dépression^[100]. Au total, 109 personnes ont participé à l'étude. Les participants étaient âgés en moyenne de 39 ans (intervalle = 18 à 64 ans) et la plupart étaient des femmes (96 %). Tous les participants ont reçu le traitement habituel (TAU). Ils ont été randomisés en DMT + TAU ($n = 52$) ou TAU uniquement ($n = 57$). Les participants du groupe DMT + TAU se sont vu proposer 20 séances de DMT deux fois par semaine pendant 10 semaines en plus des soins standards. L'étude cherche à savoir s'il y a un changement dans les symptômes de la dépression (évalué à l'aide de l'inventaire de la dépression de Beck (BDI)) et d'autres symptômes psychologiques et physiques (évalués par CORE-OM et SCL-90) parmi les participants à la DMT aux trois moments de mesure : avant la période d'intervention (mesure de prétraitement), après l'intervention (mesure post-traitement) et après la période de suivi de 3 mois (mesure de suivi). Pour rappel, dans le SCL 90, un des 90 items porte sur l'anxiété. Les participants du groupe de traitement étaient plus âgés que les participants du groupe témoin. Il n'y avait aucune différence entre les groupes en termes de représentation du sexe, du niveau d'éducation, de la situation professionnelle, de l'utilisation d'antidépresseurs, d'autres traitements ou d'épisodes dépressifs antérieurs. Parmi les caractéristiques démographiques considérées, seule l'utilisation d'antidépresseurs était liée à des scores inférieurs aux mesures BDI-I et CORE-OM. Par conséquent, l'utilisation de médicaments a été contrôlée dans les analyses ultérieures.

Les résultats montrent que les niveaux de symptômes sont restés **stables pendant la période de suivi**. Le moment de la mesure a eu un effet principal sur le BDI-I, le CORE-OM et le SCL-90, et les symptômes qu'ils mesuraient ont montré **une diminution**

significative à travers les moments de mesure parmi les participants du groupe de traitement en DMT. Des effets d'interaction ont été observés entre le temps et le groupe, indiquant que les symptômes mesurés par le BDI-I, le CORE-OM et le SCL-90 ont diminué davantage parmi les participants du groupe de traitement par rapport à ceux du groupe de contrôle, où aucune diminution des symptômes n'a été observée.

Les moyennes et l'écart-type des mesures des résultats, ainsi que l'ES (la taille de l'effet) corrigée entre les groupes et les résultats des tests de Wald, sont présentés dans le tableau 4 pour les trois points de mesure.

Table 4. Moyenne et écart-type des mesures des résultats dans le groupe traitement et le groupe contrôle : résultats du test de Wald, y compris les estimations et la taille d'effet corrigée entre les groupes

Measurement	Pretreatment	Posttreatment	Follow-up	Wald test time	Wald test time x group
<i>BDI</i>					11.69**
1. Treatment group	21.49 (8.86)	15.87 (9.71)	13.85 (8.33)	35.65***	
2. Control group	22.40 (8.00)	20.55 (9.98)	20.84 (10.27)	5.26, ns	
Estimates for group comparisons	-0.12, ns	-3.94 ¹	-2.16 ² , ns		
Between-group ES	0.11	0.45 ¹	0.72 ³		
<i>CORE-OM</i>					9.87**
1. Treatment group	16.28 (5.75)	13.35 (7.26)	12.95 (6.77)	15.36***	
2. Control group	16.94 (5.13)	16.98 (5.87)	16.89 (5.56)	0.01, ns	
Estimates for group comparisons	0.06, ns	-3.34 ^{**1}	-0.52 ² , ns		
Between-group ES	0.12	0.55 ¹	0.60 ³		
<i>SCL-90</i>					9.21*
1. Treatment group	1.31 (0.58)	1.04 (0.73)	1.03 (0.67)	18.55***	
2. Control group	1.26 (0.46)	1.32 (0.61)	1.28 (0.55)	1.11, ns	
Estimates for group comparisons	0.09, ns	-0.36 ^{**1}	0.045 ² , ns		
Between-group ES	0.10	0.64 ¹	0.60 ³		

¹Pre-Post; ²Post-Follow-up; ³Pre-Follow-up; *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

Source : Hyvönen K, Pylvänäinen P, Muotka J, Lappalainen R. *The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland.*

Tout d'abord, il ressort du tableau 4 qu'au moment de la mesure avant le traitement, il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les groupes du BDI-I, du CORE-OM ou du SCL-90, indiquée par les estimations du test de Wald. Il a été observé des différences significatives entre les participants des groupes de traitement et des groupes témoin en ce qui concerne les mesures des résultats pour la période allant du prétraitement à la mesure de suivi. Cependant, aucune différence dans le changement des mesures des résultats n'a été observée pour la période de mesure post-traitement jusqu'au suivi entre les participants des groupes de traitement et des groupes témoin, c'est-à-dire que les niveaux de symptômes sont restés stables pendant la période de suivi. Le temps de mesure a eu un effet principal sur le BDI, le CORE-OM et le SCL-90, et les

symptômes mesurés ont montré une diminution significative au fil des temps de mesure parmi les participants du groupe DMT. Des effets d'interaction ont été observés entre le temps et le groupe, indiquant que les symptômes mesurés par le BDI, le CORE-OM et le SCL-90 ont diminué davantage parmi les participants du groupe de traitement que chez ceux du groupe témoin, dans lequel aucune diminution des symptômes n'a été observée. Pour évaluer l'ampleur des effets de l'intervention, les tailles d'effet corrigées ont été analysées. Au point de mesure de suivi, entre les groupes, les tailles d'effet ont montré des différences moyennes pour toutes les mesures ($d = 0,60-0,72$) en faveur de l'intervention. Dans le groupe de traitement, les tailles d'effet intra-groupe étaient faibles entre les mesures avant et après traitement par rapport au BDI-I ($d = 0,60$) et presque faibles pour le CORE-OM ($d = 0,44$) et le SCL-90 ($d = 0,42$). Entre les mesures de pré-traitement et de suivi, les tailles d'effet internes étaient moyennes ($d = 0,89$) par rapport au BDI-I et petites ou proches de petites par rapport au CORE-OM ($d = 0,53$) et au SCL-90 ($d = 0,45$). Dans le groupe témoin, les tailles d'effet intra-groupe étaient très faibles (BDI-I, $d = 0,17$; CORE-OM, $d = -0,01$; SCL-90, $d = -0,11$) entre les mesures de pré-traitement et de post-traitement. Les tailles d'effet au sein du groupe témoin étaient également faibles entre les mesures de pré-traitement et de suivi (BDI, $d = 0,21$; CORE-OM, $d = 0,01$; SCL-90, $d = -0,05$). Ainsi, dans le groupe de traitement, la taille d'effet intra-groupe variait entre les mesures de pré-traitement et de suivi de 0,45 à 0,89 par rapport à celui du groupe témoin, de -0,11 à 0,21.

Les effets observés de l'intervention parmi les participants du groupe DMT+TAU étaient donc une réduction plus importante de la dépression et des indicateurs de détresse physique et psychologique par rapport aux participants ayant reçu uniquement de la TAU. La réduction des symptômes de dépression chez le groupe DMT + TAU était cohérente avec les changements observés dans d'autres mesures de symptômes. Une amélioration significative dans le groupe DMT + TAU par rapport au groupe TAU seul a également été observée en ce qui concerne la détresse psychologique mesurée avec le CORE-OM et les symptômes psychiatriques mesurés avec le SCL-90.

L' intervention DMT + TAU a eu un **impact significatif sur la réduction des symptômes psychiatriques** par rapport au groupe témoin mesurés par la **SCL-90** (comportant le critère anxiété). Les tailles d'effet moyennes à la post-mesure indiquent que ces changements sont cliniquement pertinents.

1.5. Troubles psychotiques

Parmi les troubles psychotiques, l'intérêt est porté particulièrement sur la schizophrénie.

1.5.1. La première étude : Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia

Cette étude de Lee HJ, Jang SH, Lee SY, Hwang KS, publiée en 2015, a examiné les effets du DMT sur la colère, l'expression de la colère, la dépression, l'anxiété et les symptômes positifs et négatifs chez des patients schizophrènes hospitalisés^[101]. L'intervention consiste à délivrer des séances de 60 minutes de DMT faites par un professionnel qualifié, à raison d'une fois par semaine sur 12 semaines. 18 patients étaient dans le groupe interventionnel (DMT et un traitement médical) contre 20 dans le groupe contrôle (délivrance uniquement du traitement). La randomisation s'est effectuée en lançant une pièce. Les comparaisons préalables n'ont révélé aucune différence entre le groupe de DMT et le groupe témoin. Parce que cette étude se concentre sur l'amélioration de l'affect et des symptômes psychotiques chez les patients atteints de schizophrénie, les échelles liées à la dépression, l'anxiété, la colère et les symptômes psychotiques ont été utilisées dans cette étude. Les patients présentaient différents sous-types de schizophrénie. Les participants à l'étude étaient âgés en moyenne de 41,5 ans, et environ 56 % d'entre eux étaient des femmes. Il n'y avait pas de différences significatives en termes d'âge ou de répartition entre les sexes entre les groupes.

Les résultats **post-test** (comparaison des scores de différence moyenne à 12 semaines de DMT) n'ont **pas révélé de différence significative dans l'anxiété d'état et l'anxiété de trait** mesuré par la STAI-Y. (cf table 5) L'anxiété état et trait et par groupe **ne différait pas significativement au fil du temps**.

Table 5. Résultats de comparaison des scores de différence moyenne à 12 semaines de DMT pour la dépression et l'anxiété

D.V.	Group	Pre M ± SD	Post M ± SD	Group F	Time F	Group × time F
BDI	DMT	21.63 ± 4.4	16.25 ± 3.5**	2.011	9.398***	5.922**
	CON	20.66 ± 4.9	21.11 ± 4.9			
State anxiety	DMT	58.30 ± 7.2	56.71 ± 7.8	1.565	1.142	1.785
	CON	59.61 ± 8.5	60.71 ± 9.6			
Trait anxiety	DMT	58.22 ± 8.3	54.25 ± 7.1	0.998	2.434	1.872
	CON	57.92 ± 8.4	56.7 ± 8.9			

D.V. = dependent variable; DMT = dance and movement therapy; CON = control group; BDI = beck depression inventory.

** $p < .01$.

*** $p < .001$.

Source : Lee H-J, Jang S-H, Lee S-Y, Hwang K-S. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia

1.5.2. La seconde étude : The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study

Il s'agit d'une étude pilote à méthode mixte publiée en 2020 par K. Bryl, B. Bradt, A. Cechnicki, K. Fisher, K. Mark Sossin, S. Goodill^[102]. Celle-ci a examiné les effets du traitement d'un programme de danse/mouvement thérapie de groupe sur les symptômes négatifs et le fonctionnement psychosocial des personnes diagnostiquées avec la schizophrénie. Les séances ont été dispensées par un thérapeute en danse/mouvement reconnu (qui avait une expérience préalable dans la prestation de DMT pour cette population), à raison de 20 séances d'une heure, de manière bihebdomadaire sur 10 semaines. L'intervention à méthodes mixtes signifie que l'essai contrôlé randomisé a été suivi d'entretiens semi-structurés. Les échelles PANSS, BNSS, WHO-DAS 2.0, SDS ont été effectuées pour l'analyse quantitative et des entretiens semi-structurés pour l'analyse qualitative. Sur 51 patients éligibles, 31 ont effectué l'évaluation pré-test, et ont été randomisés. Quinze participants ont répondu aux entretiens. 13 patients étaient dans le groupe contrôle consistant au traitement habituel et 18 étaient dans le groupe interventionnel. L'analyse quantitative a pu être effectuée sur 28 patients et l'analyse qualitative sur 15 des 18 patients du groupe interventionnel (les exclus ont assisté à moins de la moitié des séances).

Sur le plan **quantitatif aucune amélioration** n'a été trouvée parmi les sous-échelles du BNSS (sous partie « distress » qui nous intéresse). Les résultats quantitatifs ne s'attardent pas spécifiquement sur la composante anxieuse dans cette étude.

Voici le tableau 6 présentant les médianes, les écarts interquartiles et les tailles d'effet des différentes mesures selon l'avant et l'après-test.

Table 6. Médianes, écarts interquartiles, tailles d'effet avant et après intervention et scores de variation

Outcomes ^a	Pre-test ^b		Post-test ^c		Change scores		r ^d [95% CI]
	DMT	TAU	DMT	TAU	DMT	TAU	
PANSS Negative Sum	27 (7)	28 (7)	28 (5)	28 (4)	1 (8)	-1 (6)	-0.3 [-0.08, 0.61]
BNSS Total	52 (15)	56 (18)	52 (4)	51 (12)	-2 (14)	-7 (16)	-0.3 [-0.07, 0.61]
1. Anhedonia Total	12 (4)	12 (4)	12 (0)	12 (3)	0 (4)	-2 (4)	-0.2 [-0.16, 0.55]
2. Distress	4 (1)	5 (2)	4 (0)	4 (1)	0 (1)	-1 (1)	-0.1 [-0.24, 0.50]
3. Asociality Total	8 (2)	8 (3)	8 (2)	7 (2)	0 (2)	-1 (2)	-0.1 [-0.25, 0.49]
4. Avolition Total	8 (0)	8 (3)	8 (0)	8 (2)	0 (1)	0 (2)	-0.2 [-0.18, 0.54]
5. Blunted Affect	12 (4)	15 (4)	12 (0)	12 (3)	0 (4)	-3 (3)	-0.4 [0.06, 0.68]*
6. Alogia Total	8 (4)	8 (3)	8 (0)	8 (2)	0 (4)	-2 (3)	-0.3 [-0.13, 0.57]
WHO-DAS Total	38 (38)	40 (36)	37 (27)	28 (44)	-1 (14)	0 (15)	-0.4 [-0.08, 0.70]
D1. Cognition	30 (45)	30 (35)	35 (40)	30 (40)	-5 (20)	0 (20)	0.0 [-0.36, 0.39]
D2. Mobility	19 (37)	31 (41)	12 (31)	31 (53)	0 (25)	0 (22)	0.2 [-0.19, 0.53]
D3. Self-care	20 (20)	20 (40)	10 (30)	10 (35)	-10 (20)	0 (10)	-0.0 [-0.38, 0.38]
D4. Getting along with people	42 (42)	67 (75)	42 (17)	42 (67)	0 (25)	0 (46)	-0.1 [-0.29, 0.46]
D5.1 Life activities – household	50 (40)	61 (70)	50 (70)	40 (95)	10 (50)	0 (20)	-0.3 [-0.04, 0.63]
D5.2 Life activities – work or school	29 (29)	37 (39)	36 (29)	29 (21)	7 (7)	0 (14)	-0.5 [0.22, 0.77]*
D6. Participation	42 (42)	33 (35)	50 (33)	37 (44)	4 (8)	0 (25)	-0.2 [-0.21, 0.52]
SDS. Total	13 (8)	12 (10)	12 (8)	8 (12)	0 (7)	1 (6)	-0.0 [-0.37, 0.38]
SDS. Work/school	5 (3)	5 (4)	5 (3)	4 (6)	0 (3)	0 (3)	-0.1 [-0.31, 0.43]
SDS. Social life	5 (3)	3 (6)	5 (5)	1 (8)	0 (3)	0 (3)	-0.1 [-0.28, 0.46]
SDS. Family life/home responsibilities	3 (2)	3 (7)	3 (5)	3 (4)	0 (2)	1 (3)	0.1 [-0.30, 0.45]

^aPANSS Negative Sum – composite of N1 + N2 + N3 + N4 + N5 + N6 + N7; BNSS Total – composite of 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6; WHO-DAS Total – composite of D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6; SDS Total score – composite of SDS. Work/school + SDS. Social Life + SDS. Family Life/Home responsibilities.

^bNone of the differences between groups at pre-test were statistically significant.

^cNone of the differences between groups at post-test were statistically significant.

^dEffect size calculated for the difference between pre- and post-test from the formula $r = z/\sqrt{N}$ according to Rosenthal (1991, p. 19).

*p < 0.05.

Source : Bryl K, Bradt J, Cechnicki A, Fisher K, Sossin KM, Goodill S. The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study

Sur le plan **qualitatif**, les résultats montrent une **diminution de l'anxiété**, de la peur du stress et de la nervosité recueillies par les patients. Dans l'ensemble, les participants ont eu une expérience positive avec la DMT et, en fait, seuls deux participants ont déclaré que la participation au programme n'influence pas leur manière de faire face à la maladie et qu'elle n'a aucun impact sur leur fonctionnement général.

Le tableau 7 présente les résultats quantitatifs et qualitatifs côte à côte.

Table 7. Affichage côte à côte des résultats quantitatifs et qualitatifs

Outcome	Quantitative results (effect size)	Qualitative results	Possible explanations for discrepancies
Negative symptoms			
PANSS Negative Sum	No improvement	Reduced severity of negative symptoms	Changes in short term trials may not be detectable in PANSS negative symptoms. PANSS may not be sensitive enough to reflect changes in patients' experiences of negative symptoms.
BNSS Total	No improvement	Reduced severity of negative symptoms	Participants described overall better negative symptoms management. This is subtle, subjective changes that may not reflect on the clinical rating yet.
Anhedonia	No improvement	Increased feelings of pleasure, joy, peace and increased intensity of planned future activities	The BNSS and qualitative interviews seem to have yielded responses on different aspects of experience, with the BNSS asking only about activities outside the treatment context and qualitative interviews accepting descriptions of experience in the DMT groups.
Distress	No improvement	Reduced anxiety, fear, stress and nervousness	Different foci of the BNSS and interviews may account for this. The BNSS asks about the overall experience of unpleasant or distressing emotions over past week and sources of distress are not considered. Qualitative interviews focused more on the experience in and impact of DMT sessions and covered the entire course of that treatment program.
Asociality	No improvement	Increased emotional involvement and increased involvement with the group.	The DMT participants described feeling more connected with others in the group, but this may not have transferred yet to experiences outside of the DMT group.

Source : Source : *Bryl K, Bradt J, Cechnicki A, Fisher K, Sossin KM, Goodill S. The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study*

1.5.3. La troisième étude : The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial

L'étude contrôlée randomisée en aveugle, a été menée dans un centre de santé mentale communautaire en Turquie, et publiée par Gokcen en 2020^[103]. Elle vise à déterminer l'efficacité de la DMT sur la symptomatologie et la rémission fonctionnelle chez les personnes atteintes de schizophrénie. Trente-deux adultes diagnostiqués schizophrènes (âgés de 18 à 65 ans) ont été assignés au hasard à des groupes d'intervention ou de contrôle. L'intervention comprenait un total de 16 séances bihebdomadaire de DMT pendant 8 semaines et a été réalisée en deux groupes de 8 personnes. Les séances ont duré environ 40 à 50 minutes et ont été réalisées en plus des soins ambulatoires traditionnels. Le groupe contrôle consiste aux soins ambulatoires traditionnels. Les résultats ont été mesurés par l'échelle des syndromes positifs et négatifs (PANSS) et par l'évaluation de la rémission fonctionnelle dans le trouble schizophrénique (FROGS). 39 patients ont été examinés pour déterminer leur éligibilité, dont 36 ont été randomisés dans le groupe DMT ou dans le groupe témoin dans un rapport de 1 pour 1. Après la randomisation, quatre patients ont abandonné l'étude. Les abandons étaient répartis également entre les groupes. Les données ont été analysées pour 16 patients ayant reçu du DMT et pour 16 patients témoins. Les caractéristiques démographiques et cliniques étaient similaires entre le groupe d'étude et le groupe témoin, sans différence

statistique en termes d'âge, de sexe, d'éducation, de statut professionnel, d'état civil, d'âge d'apparition de la maladie, la durée de la maladie et le nombre d'épisodes psychotiques. Il n'y avait aucune différence statistique dans les sous-échelles et les scores totaux du PANSS et du FROGS au départ entre les groupes, à l'exception de la sous-échelle du fonctionnement social du FROGS où le groupe DMT a commencé l'étude avec un niveau de fonctionnement social plus élevé.

Des **différences significatives** ont été observées dans les symptômes négatifs, la **psychopathologie générale** (comportant l'item anxiété) et les scores PANSS totaux ($p < 0.01$) entre les groupes DMT et les témoins après le traitement **en faveur du groupe DMT**. (Il y avait également des différences significatives entre les groupes en termes de fonctionnement social et professionnel et de scores FROGS totaux après le traitement)

Le tableau 8 compare les résultats entre les groupes concernant les échelles PANSS et FROGS.

Table 8. Comparaison des résultats des échelles PANSS et FROGS entre les groupes

Comparison of the PANSS, and the FROGS Results between the Groups.								
Variables	DMT Group		Control Group		Group differences at the baseline		Group differences at the end of the DMT	
	Pre-test Median	Post-test Median	Pre-test Median	Post-test Median	Z	p	Z	p
PANSS								
Positive symptoms	10	9.5	9.5	10.5	-0.210	0.834	-0.657	0.391
Negative symptoms	16	20	12.5	20	-1.568	0.117	-3.132	0.001**
General psychopathology	28	34	24.5	35	-0.963	0.336	-3.400	0.001**
PANSS Total	54	63	47	64.5	-1.358	0.174	-3.413	0.001**
FROGS								
Social functioning	21	16	23.5	15	-2.228	0.026*	-2.927	0.003**
Healthcare and treatment	15	15.5	16	16	-0.342	0.732	-0.403	0.687
Daily life skills	22	21.5	24.5	21	-0.189	0.850	-1.930	0.054
Occupational functioning	6	4.5	6.5	4	-1.632	0.103	-2.236	0.025*
FROGS Total	63.5	57.5	71	57.5	-1.169	0.242	-2.300	0.021*

Notes: * < 0.05 ; ** < 0.01 ; p = Mann-Whitney U test (intergroup differences) PANSS = The Positive Negative Syndrome Scale ; FROGS = The Functional Remission of General Schizophrenia.

Source : Gökçen A, Ekici G, Aboğlu H, Tiryaki Şen D. The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial

1.6. Troubles bipolaires

Aucun article n'a été retenu dans cette catégorie nosographique.

1.7. Troubles de la personnalité

Aucun article n'a été retenu dans cette catégorie nosographique.

1.8. Troubles du Comportement Alimentaire

La seule étude incluse est une étude pilote interventionnelle de M. Savidaki publiée en 2020 : **Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorder**^[104]. Au sein d'une clinique privée, 14 patients atteints de troubles TCA ont été recrutés. Sept ont été assignés par quasi-randomisation au groupe DMT (d'une durée de 14 semaines) et 7 ont poursuivi leur traitement habituel. Le groupe DMT était composé de 4 patients EDNOS (eating disorders not otherwise specified = TCA non spécifié) et 3 AN (anorexia nervosa = anorexie mentale) âgés de 14 à 32 ans (M = 20,1, SD = 5,9). L'IMC (Indice de Masse Corporel) du groupe DMT variait de 14,03 à 24,69 (M = 19,82, SD = 4,37). Deux participants du groupe témoin n'ont pas rempli les questionnaires de suivi, de sorte qu'ils ont dû être exclus de l'échantillon. Le groupe témoin final (n = 5) était composé de patients 2 AN, 2 EDNOS et 1 BN (Bulimia Nervosa) âgés de 17 à 23 ans (M = 20,3, SD = 2,5). L'IMC du groupe témoin variait de 17,33 à 22,9 (M = 19,07, SD = 2,28). Tous les participants ont rempli le questionnaire sur les relations corporelles multidimensionnelles (MBSRQ) et l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS-20) au début et à la fin de l'intervention. Concernant l'anxiété, c'est l'analyse qualitative comportant la réflexion des patients, qui a révélé des informations précieuses. Les participants du groupe DMT ont été invités à tenir des journaux de réflexion afin de mieux comprendre leurs processus. Chaque participant a reçu un cahier et y a écrit librement à la fin de chaque séance. En raison du caractère exploratoire de cette étude, aucune instruction spécifique n'a été donnée sur le contenu de ces textes. Le thérapeute a demandé aux participants d'écrire sur ce qu'ils voulaient, afin de minimiser les préjugés possibles. Les journaux de réflexion ont été transcrits et codifiés. Des lectures successives du matériel ont été effectuées à la recherche de thèmes. Ce processus a été répété jusqu'à saturation, suite à une analyse de contenu classique. La triangulation des enquêteurs a été appliquée en incluant un deuxième chercheur qui, de manière indépendante et aveugle au processus d'intervention, a effectué l'analyse du contenu. L'ensemble de l'analyse a été réalisée une fois le processus thérapeutique terminé. En général, les participants ont reçu l'intervention DMT positivement. Les participants ont perçu que les séances **réduisaient leur niveau d'anxiété**, leur apportaient un soulagement temporaire et leur donnaient de l'énergie et de la motivation. Ils ont également apprécié la relation avec le groupe et le thérapeute. « *Aujourd'hui, je me suis senti très calme. J'ai traversé quelques jours avec beaucoup*

d'anxiété et la séance m'a aidé à la réduire », « Ces séances m'ont beaucoup aidée même si je l'ai fait peu de temps. Quand je suis entré avec beaucoup d'anxiété, cela m'a aidé à la diminuer ». La plupart des participants ont exprimé leur gratitude au thérapeute. Ils ont rapporté que les séances de DMT améliorent leur état d'humeur, favorisent la conscience de soi, les aidant à se connecter avec eux-mêmes, à identifier leurs sentiments et à reconnaître leurs limites. Un des patients a ajouté son regret que la thérapie n'ait pas duré plus longtemps. L'analyse quantitative n'a apporté aucune information concernant l'anxiété. Les résultats qualitatifs indiquent donc que la DMT pourrait être une option de traitement complémentaire pour les TCA, car elle pourrait être en mesure de traiter les problèmes d'image corporelle plus efficacement que les thérapies verbales. D'autres études avec des échantillons plus importants sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires prometteurs.

1.9. Troubles liés à une substance et troubles addictifs

Aucune étude dans ce domaine n'a été incluse dans mon étude.

1.10. Troubles neurodéveloppementaux : TSA et TDAH de l'adulte

Aucune étude n'a été incluse concernant le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou le trouble du spectre de l'autisme en raison d'une absence d'étude répondant à mes critères d'inclusion.

2. Clinical Trials

Les études trouvées dans cette base de données sont des études en cours. De ce fait, suite à leurs descriptions, aucun résultat n'est décrit.

2.1. Troubles anxieux

Une étude a été trouvée : **Unified Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) vs. Combined CBT and Dance/Movement Therapy (DMT) for Anxiety Disorders**^[105]. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé examinant l'efficacité de deux psychothérapies de groupe pour les troubles anxieux : Thérapie cognitivo-comportementale unifiée versus

thérapie cognitivo-comportementale combinée et thérapie danse/mouvement. Le chercheur principal est Yuval Bloch, médecin au centre de santé mentale Shalvata en Israël. L'étude pilote interventionnelle examine et compare l'efficacité de deux psychothérapies de groupe pour des patients âgés entre 20 et 65 ans, souffrant de troubles anxieux mixtes : 1. protocole cognitivo-comportemental unifié, adapté à un format de groupe. 2. thérapie combinant la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie danse/mouvement. Le changement dans le mécanisme proposé par chaque thérapie y est examiné, ainsi que leur association avec le changement dans les mesures des résultats au cours du traitement. 24 patients seront randomisés dans 1 des deux bras de traitement (affectation parallèle) et traités avec 20 séances de thérapie hebdomadaires de 1,5 à 2 heures. Des mesures d'évaluateur indépendant et d'auto-évaluation sont collectées à l'admission, avant le traitement, séance par séance, après le traitement et au suivi.

Cette étude émet plusieurs hypothèses :

- Les deux groupes feraient preuve d'efficacité, en montrant une réduction de la gravité de l'anxiété et une majoration de la valorisation de la vie.
- Les changements dans les mesures de processus (mécanisme de changement proposé - régulation des émotions, alliance de travail, peur des sensations corporelles, conscience du corps/du mouvement) seraient prédictifs du changement dans les mesures des résultats (gravité de l'anxiété et vie valorisée).
- Les changements dans la conscience corporelle/du mouvement seraient plus prédictifs du changement dans les mesures des résultats dans le groupe CBT-DMT que dans le groupe protocole unifié.

Le tableau 9 ci-dessous récapitule les interventions en fonction du bras correspondant.

Table 9. Tableau récapitulatif des interventions en fonction du bras correspondant

Groupe de participants/Bras ^①	Intervention/Traitement ^②
<p>Expérimental: TCC unifiée</p> <p>Psychothérapie de groupe selon les principes du Protocole unifié cognitivo-comportemental pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels (Barlow et al., 2011).</p>	<p>Comportemental: Thérapie Cognitivo-Comportementale Unifiée</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 séances hebdomadaires (1,5 à 2 heures chacune), basées sur les principes du Protocole unifié pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels (Barlow et al., 2011) adaptés pour un format de groupe. <p>Le traitement comprendra 8 modules différents de durée variable : amélioration de la motivation, compréhension des émotions, identification et suivi des émotions, entraînement à la conscience émotionnelle, évaluation et réévaluation cognitive, évitement émotionnel, comportements axés sur les émotions, conscience et tolérance des sensations corporelles, prévention des rechutes.</p>
<p>Expérimental: Combiné CBT-DMT</p> <p>Psychothérapie de groupe combinant des principes et techniques cognitivo-comportementaux avec des techniques de danse/thérapie par le mouvement.</p>	<p>Comportemental: Thérapie combinée cognitivo-comportementale et danse/mouvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 séances hebdomadaires (1,5 à 2 heures chacune), basées sur des techniques combinées cognitivo-comportementales (psychééducation, conscience et tolérance des émotions, expositions intéroceptives, expositions in vivo, flexibilité cognitive) et des techniques de danse/mouvement.

Source : Y. Bloch. Randomized Controlled Trial Examining the Effectiveness of Two Group Psychotherapies for Anxiety Disorders: Unified Cognitive-behavioral Therapy vs. Combined Cognitive Behavioral and Dance/Movement Therapy

Les mesures des résultats primaires correspondent au changement dans l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton réalisée lors d'un entretien structuré avec un évaluateur indépendant lors de l'admission (entrée à l'étude), en pré-traitement (1 mois à compter de l'admission), en post-traitement (6 mois à compter de l'admission), et lors du suivi (7 mois à compter de l'admission)

Les mesures des résultats secondaires sont :

- Le changement dans les échelles de Dépression, d'Anxiété et de Stress-21 (EDAS 21) : mesure d'auto-évaluation de la dépression, de l'anxiété et du stress
- Le questionnaire VLQ (valued living questionnaire) : mesure d'auto-évaluation de la valeur de la vie
- Le changement dans le MINI (mini international neuropsychiatric interview) : entretien structuré avec un évaluateur indépendant pour évaluer les diagnostics

Les autres mesures des résultats sont :

- L'échelle DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) : mesure d'auto-évaluation de différents aspects des difficultés de régulation des émotions
- Le questionnaire BSQ (Body Sensations Questionnaire) : mesure d'auto-évaluation de la peur des sensations corporelles
- La modification de la conscience corporelle des émotions, sous-échelle du questionnaire sur la conscience des émotions (EAQ - Révisé : Emotion Awareness Questionnaire - Revised) : mesure d'auto-évaluation de la conscience des sensations/mouvements corporels et de leur signification émotionnelle.
- Le changement dans l'inventaire de l'alliance de travail (WAI : Working Alliance Inventory) : mesure d'auto-évaluation de l'alliance de travail en thérapie de groupe

L'étude a débuté en janvier 2015, la fin de l'étude était programmée en septembre 2016. Aucun résultat de l'étude n'a été soumis ni aucune publication n'est disponible. Cela peut être dû au fait que l'étude ne soit pas terminée, ou que cette étude ne soit pas tenue de soumettre des résultats.

2.2. Troubles liés à un traumatisme

La seconde étude incluse en cours est **Targeting Trauma-Related Disorders With Arts and Movement Therapies from trauma**^[106].

Le Chercheur principal est Arash Javanbakht, médecin au Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales à l'université de Wayne State University aux Etats-Unis. Il s'agit d'une étude interventionnelle impliquant 500 patients (enfants et adultes de sexe masculin et féminin âgés de 7 à 65 ans), qui a débuté le 26-07-2017. L'achèvement primaire ainsi que la fin de l'étude sont estimés au 01-07-2024. L'objectif actuel de ce projet est d'évaluer subjectivement et objectivement l'efficacité des interventions artistiques et corporelles, notamment la danse/thérapie par le mouvement, l'art-thérapie et le yoga conscient, chez les jeunes et les adultes exposés à des traumatismes, y compris les familles installées en tant que réfugiés et les familles dans des environnements à haut risque et à faibles ressources. L'objectif est de mesurer les changements au fil du temps des symptômes auto-déclarés de trouble de stress post-traumatique, de trouble(s) anxieux, de dépression et de symptômes somatiques, ainsi que les changements dans les substrats biologiques impliqués dans les réponses au stress, au traumatisme et aux troubles mentionnés ci-dessus (protéines inflammatoires, cortisol). Les auteurs émettent l'hypothèse d'une réduction de la gravité des symptômes

psychiatriques auto-déclarés et une amélioration de la physiologie en réponse à la participation à ces interventions. La pandémie de COVID-19 a conduit à la suspension de la recherche, une collecte des données en ligne, un nouveau formulaire de consentement, et un changement des programmes pour des formats virtuels. Des modifications concernant la population ont été effectuées (extension aux communautés de réfugiés et les jeunes d'âge scolaire). Les intérêts se sont également portés sur les arts créatifs et le mouvement pour réduire la détresse liée à la COVID-19, ainsi que pour renforcer la résilience. L'allocation est non randomisée. Le modèle interventionnel est une affection en parallèle. L'intervention s'effectue durant 60 minutes une fois par semaine pendant 8 semaines, et consiste en des séances de Danse/Mouvement Thérapie, d'Art-thérapie, et Mindful Yoga, face à un groupe contrôle sans intervention. Les résultats principaux de l'étude portent sur les symptômes du TPST chez l'enfant à l'aide du questionnaire UCLA (échelle de solitude). Les résultats secondaires portent sur les critères suivants :

- Symptômes du TPST chez les adultes (utilisation du PCL-5, Post Traumatic Stress Disorder checklist for DSM-5 = liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique pour les civils).
- Symptômes dépressifs chez les adultes (Mesurés à l'aide du HSCL (Hopkins Symptom Checklist) qui évalue les symptômes liés à la dépression et à l'anxiété chez les adultes).
- Symptômes dépressifs chez les enfants (à l'aide du MFQ (Mood and Feelings Questionnaire)).
- Symptômes d'anxiété chez les enfants (évalués à l'aide du SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorder)).
- Symptômes somatiques chez les adultes et les enfants (évalués par l'échelle SSS (Somatic Symptom Scale)).
- État inflammatoire : mesuré via la salive ou le sang
- Cortisol : mesuré via les cheveux

Le laps de temps est de 8 semaines pour toutes les mesures.

En collectant des données psychologiques et biomarqueurs, les auteurs cherchent des preuves scientifiques concrètes soutenant ces programmes en tant qu'option de traitement fiable.

DISCUSSION

1. Tableau récapitulatif des résultats de la revue

Au total, au sein de cette revue narrative ont été inclus 11 articles dont deux en cours. Ils sont résumés dans le tableau 10 récapitulatif ci-dessous.

Plusieurs constatations sont à soulever dans cette revue. Globalement peu d'études accordent une attention sur l'anxiété comorbide. Parmi les études incluses, soit l'anxiété est peu intégrée dans les calculs au sein des résultats quantitatifs. soit elle est évoquée de manière fugace dans les résultats qualitatifs.

Le choix des catégories nosographiques a été établi selon les données provenant de la littérature, mais aussi selon la fréquence des troubles retrouvés dans les systèmes de soin.

Table 10. Tableau récapitulatif des résultats de la revue

Catégorie nosographique	Titre de l'article	Auteur, date et lieu	Type d'article	Mesures utilisées pour l'anxiété	Résultats
Troubles anxieux	Unified Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) vs. Combined CBT and Dance/Movement Therapy (DMT) for Anxiety Disorders	Yuval Bloch, 2015, Israël	essai contrôlé randomisé	Échelle d'anxiété d'Hamilton	En cours, aucun résultat
Troubles liés aux traumatismes	Let's Dance: A Holistic Approach to Treating Veterans With Posttraumatic Stress Disorder.	Steinberg-Oren, 2016, Etats-Unis	interventionnelle (intervention : DFV (1 heure sur 12 semaines)/ sans contrôle)	Quantitatif : STAI-Y Qualitatif : Questionnaires	quantitatif : diminution 11 points STAI-Y-état à court terme qualitatif : pas de résultat =>intérêt d'appoint

Catégorie nosographique	Titre de l'article	Auteur, date et lieu	Type d'article	Mesures utilisées pour l'anxiété	Résultats
Troubles liés aux traumatismes	Arts and Movement Therapies for Trauma	Arash Javanbakht, début 26 juillet 2017, Etats-Unis	Interventionnelle = intervention : DMT, Art-thérapie, mindful yoga / contrôle : pas d'intervention	HSCL (10 premières questions)	En cours, fin prévue le 1er juillet 2024.
TOCs	-	-	-	-	-
Troubles dépressifs	Dance Movement: A Therapeutic Program for Psychiatric Clients	Heber 1993, lieu inconnu	Qualitatif = étude de cas : 6 séances quotidiennes de DMT de 30 minutes	Recueil de réponse thématiques de patients (rapport de progression)	Diminution voir disparition de l'anxiété en fin de séance
	Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study	Punkanen, 2014, Finlande	Interventionnelle (étude pilote) = séances DMT bihebdomadaire de 60 minutes pendant 10 semaines, sans groupe contrôle	HADS-A	Diminution de l'anxiété (critère secondaire de l'étude) t = 2,27, (p = 0,04)

Catégorie nosographique	Titre de l'article	Auteur, date et lieu	Type d'article	Mesures utilisées pour l'anxiété	Résultats
<p>Troubles dépressifs</p>	<p>A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment</p>	<p>Pylvänäinen, 2015, Finlande</p>	<p>Interventionnelle = intervention : 1 séance par semaine de DMT de 90 minutes pendant 12 semaines + Traitement habituel / Contrôle = Traitement habituel</p>	<p>HADS et SCL-90 (avant intervention, après et suivi à 3 mois)</p>	<p>HADS et SCL-90 = différence significative pendant phase d'intervention (diminution des symptômes en faveur du groupe interventionnel), pas significatif dans la phase de suivi => changements favorables observés lorsque la DMT est ajoutée au traitement habituel</p>

<p>Troubles dépressifs</p>	<p>The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland</p>	<p>Hyvonen, 2020, Finlande</p>	<p>Essai contrôlé randomisé (ECR) multicentrique = intervention : DMT (séances bihebdomadaire pendant 10 semaines) + Traitement habituel / contrôle : Traitement habituel</p>	<p>SCL-90 (avant intervention, après intervention et suivi à 3 mois.)</p>	<p>Différence significative entre le groupe interventionnel et contrôle de la période pré traitement à la période de suivi en faveur de la DMT, mais pas de différence entre les deux groupes pendant la période de suivi (symptômes stables)</p> <p>Amélioration significative de l'intervention sur le groupe contrôle sur les symptômes psychiatriques</p>
-----------------------------------	--	--------------------------------	---	---	---

Catégorie nosographique	Titre de l'article	Auteur, date et lieu	Type d'article	Mesures utilisées pour l'anxiété	Résultats
Troubles bipolaires	-	-	-	-	-
Troubles psychotiques : schizophrénie	Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia.	Lee HJ, Jang SH, Lee SY, Hwang KS, 2015, Corée	Interventionnelle = intervention : DMT (1 séance hebdomadaire de 60 minutes pendant 12 semaines) + Traitement habituel / contrôle : traitement habituel	Anxiété état-trait de la STAI-Y	Pas de différence significative dans l'anxiété état-trait de la STAI-Y
	The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study	K Bryl, 2020, Etats-Unis	Etude pilote à méthode mixte (ECR) : Quantitatif : interventionnelle = DMT (séances d'une heure, bihebdomadaire, pendant 10 semaines) / contrôle : Traitement habituel Qualitatif : entretiens semi-structurés	Quantitatif : BNSS (sous-partie distress) Qualitatif : Entretiens semi-structuré	Quantitatif : pas d'amélioration retrouvée dans aucune des sous-échelles du BNSS Qualitative : diminution de l'anxiété pour 13 patients sur 15 évalués

Catégorie nosographique	Titre de l'article	Auteur, date et lieu	Type d'article	Mesures utilisées pour l'anxiété	Résultats
Troubles psychotiques : schizophrénie	The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial	Gokcen, 2020, Turquie	Interventionnelle (ECR) = intervention : DMT (séances de 40 à 50 minutes bihebdomadaire pendant 8 semaines) + soins ambulatoires habituels / contrôle : soins ambulatoire habituels	PANNS (sous-partie générale)	Diminution significative dans la psychopathologie générale de PANSS dans le groupe DMT par rapport au groupe témoin après l'intervention
Troubles de la personnalité : état-limite	-	-	-	-	-
TCA	Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorder	M Savidaki et S Demirtoka, 2020, Espagne	Interventionnelle = Intervention : DMT / contrôle : traitement habituel	Ecriture libre du patient en fin de séance	Réduction de l'anxiété, soulagement temporaire

Catégorie nosographique	Titre de l'article	Auteur, date et lieu	Type d'article	Mesures utilisées pour l'anxiété	Résultats
Troubles liés à une substance	-	-	-	-	-
Troubles du neurodéveloppement	-	-	-	-	-

2. Etat des lieux préambulaire des effets de la danse-thérapie sur l'anxiété

De part des critères d'inclusion et d'exclusion assez sélectifs, **peu d'articles ont été inclus** au sein de cette revue. Pour autant **cela ne reflète pas un absentéisme bibliographique**. En effet, tout au long de la recherche bibliographique, de nombreuses revues systématiques ont été trouvées dont la dernière en date a été publiée cette année. Celles-ci sont brièvement évoquées ci-dessous en préambule car elles présentent des résultats non négligeables, dont il était nécessaire de ne pas oublier, malgré leur non-inclusion dans cette revue (non-respect des critères d'inclusion/ présence de critères d'exclusion).

Nous savons que la **danse-thérapie est impliquée dans la réduction de l'anxiété**^[63,107,108]. Les méta-analyses de Ritter (1996), de Cruz (1998), de Peters (2012), de Koch (2014 et 2019) présentent un état des lieux de la recherche portant sur la DMT concernant les résultats psychologiques liés à la santé notamment l'anxiété. La méta-analyse de Ritter et Low (1996)^[109] fournit 23 études quantitatives sur la DMT publiées entre 1973 et 1993. Les auteurs ont montré que la DMT est une intervention efficace pour un large éventail de symptômes, avec des résultats particulièrement bons dans la réduction de l'anxiété. Cependant, les limitations dans les calculs et l'interprétation de l'étude ont conduit Cruz et Sabers (1998) à recalculer les données de cette étude où les résultats se sont avérés encore plus efficaces. Ils se sont avérés comparables à ceux d'autres types de thérapies, y compris les psychothérapies pharmacologiques et verbales. L'étude de Koch (2014) couvre également un grand nombre d'études sur la DMT et la danse^[60] dont les sous-analyses portant notamment sur l'anxiété, ont révélé des résultats cohérents en faveur d'une diminution de celle-ci. Cette méta-analyse a été mise à jour en 2019 pour synthétiser les données d'études interventionnelles contrôlées publiées dans le monde entier entre janvier 2012 et mars 2018^[55]. Les auteurs ont étudié l'efficacité des interventions de TMD et de danse (tels que le tango, danses latines, ballet, danse traditionnelle grecque, africaine, contemporaine). Comme les types d'intervention variaient, les essais sur la DMT et sur les interventions de danse ont été explorés distinctement. Les résultats ont montré que la DMT améliorerait de manière constante et avec une grande homogénéité les conditions psychologiques liées à l'affect en réduisant

les niveaux d'anxiété et de dépression, et en améliorant la qualité de vie et les compétences cognitives. Tandis que les études sur les interventions de danse amélioreraient de manière constante les compétences (psycho-)motrices. La plupart des études sur les interventions en danse provenaient de contextes préventifs, et la plupart des études sur la danse-thérapie provenaient de contextes de soins de santé institutionnels avec des patients cliniques plus gravement atteints, où les effets étaient plus faibles. Cependant, ils présentaient une plus grande pertinence clinique. De plus, cette étude apporte des conclusions initiales selon lesquelles les interventions de DMT et de danse ont des effets persistants à long terme. La dernière revue systématique a été publiée cette année et inclut 10 essais clinique (entre 2005 et 2020) randomisés sur la santé mentale (y compris la dépression et/ou l'anxiété et/ou le stress et/ou les troubles de l'humeur) avec un total de 933 participants âgés de 18 à 62 ans^[110]. Les études comprenaient la thérapie par la danse et le mouvement, la danse latine, le tango, la rumba, la valse, la nogma, le quadrille et la biodanza. Les résultats indiquent que quel que soit le style, les adultes qui ont participé à des interventions de danse ont montré une réduction des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress par rapport aux groupes qui n'ont participé à aucun type d'intervention.

3. Les résultats de cette revue portent majoritairement sur les troubles dépressifs

Les résultats les plus nombreux portent sur la catégorie des troubles dépressifs avec 4 études incluses.

La première étude, **Dance Movement: A therapeutic Program for Psychiatric Clients**^[97] rapporte un **bénéfice** de l'intervention de danse-thérapie dans sa partie **qualitative**, en diminuant voire supprimant l'anxiété verbalisée par les patients en fin de séance. Des **changements positifs significatifs supplémentaires** se sont produits dans les attitudes des patients envers eux-mêmes, leur affect, leur capacité à communiquer avec leurs pairs, ainsi qu'une réduction de la tension et de l'appréhension, un soulagement des crampes et une réduction des douleurs corporelles se sont produits immédiatement après les séances (évalués sur un rapport de progression). Une **augmentation de l'estime de soi** a été identifiée chez les patients qui participaient régulièrement aux séances de danse-thérapie. Il a été constaté que les patients ne pouvant participer activement aux séances (cause

médicamenteuse) mais qui regardaient et écoutaient la musique ressentait également un effet positif (moindre mais présent). Cette étude de cas comporte des **limites** inhérentes à ce type d'étude comme une généralisation limitée de ses résultats, des biais de sélection, un manque de groupe contrôle, l'absence d'analyse statistique robuste et un manque de reproductibilité.

Les auteurs de la seconde étude **Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study**^[98] montrent qu'une forme d'intervention de groupe à court terme par DMT peut aider les personnes atteintes de troubles dépressifs légers, modérés ou sévères à améliorer leur niveau de dépression ainsi que leur anxiété comorbide. En effet, il peut être mentionné qu'en plus de la **réduction du score HADS-A**, le score moyen du BDI (critère de jugement principal) a chuté considérablement entre les mesures pré-intervention et post-intervention, et le changement était statistiquement significatif. Ces scores de BDI ont été réduits pour chaque participant, indiquant une **réduction des symptômes dépressifs**.

Les auteurs supposent que la **planification bihebdomadaire** des séances a augmenté l'intensité de la thérapie et a ainsi contribué aux résultats positifs. L'intervention a été définie de façon si précise qu'il sera possible de la réutiliser pour des futures études.

Cependant, les **limites** de l'étude montrent qu'il n'y avait pas de groupe témoin, ni de mesures de suivi pour déterminer combien de temps les effets positifs de l'intervention en DMT durent réellement. De plus, la taille de l'échantillon était relativement petite. Un total de 3 participants ont abandonné avant la mesure post-intervention. Les raisons données pour avoir abandonné l'étude étaient le manque de motivation et des problèmes de santé. Les auteurs supposent que les expériences corporelles créatives et positives partagées dans le groupe DMT ont amélioré les caractéristiques d'extraversion, de style d'attachement sécurisé et de satisfaction à l'égard de la vie, ce qui, à son tour, a conduit à une diminution de la dépression et de l'anxiété. Les **personnes en âge de travailler** souffrant de dépression, représente un groupe cible très intéressant pour de futures recherches.

Dans la troisième étude **A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment**^[99] on a observé

après l'intervention, une **réduction significative** des symptômes mesurés par la **SCL-90** comportant l'anxiété dans le groupe DMT par rapport au groupe TAU. Cependant, cette différence n'était **pas statistiquement significative** lors du **suivi**. Les scores de l'**HADS** ont également montré une tendance à des **changements significativement différents** entre les groupes DMT et TAU pendant l'intervention, mais **pas pendant le suivi**. (Accessoirement, les scores du BDI-II et du CORE ont montré une plus grande réduction dans le groupe DMT par rapport au groupe TAU, mais cette différence n'était pas statistiquement significative au fil du temps.)

Les résultats montrent que la DMT a eu un effet significatif sur la **réduction des symptômes de dépression et d'anxiété** (mesurés par HADS). Les tailles d'effet étaient particulièrement importantes pour ces mesures. Cependant, les tailles d'effet étaient relativement plus faibles pour les symptômes psychiatriques généraux (mesurés par SCL-90/GSI). Les chercheurs ont également comparé les résultats du groupe DMT avec ceux du groupe témoin (TAU, traitement habituel). L'ajout de la DMT semble avoir amélioré les effets du traitement par rapport au groupe TAU.

Lorsque les chercheurs ont analysé les données en fonction de l'utilisation de médicaments, il est apparu que tous les patients du groupe TAU étaient sous antidépresseurs, tandis que dans le groupe DMT, une partie n'en prenait pas. L'analyse a montré que le groupe DMT avec des patients prenant des antidépresseurs avait des changements de symptômes significativement différents de ceux du groupe TAU pendant l'intervention, mais pas pendant le suivi. Il y avait une tendance à des changements différents dans les scores de l'HADS lorsque l'on comparait le groupe DMT sans médicament et le groupe TAU. Les résultats révèlent que l'**ajout de la DMT au traitement existant** (TAU) peut améliorer les effets du traitement pour les patients souffrant de dépression. Cet ajout semblait avoir des effets plus importants chez les patients qui ne prenaient pas d'antidépresseurs.

Dans ces auto-évaluations, le contenu verbal des énoncés est axé sur les sensations, les symptômes et les émotions ressentis par le corps. Dans le SCL-90, un tiers des questions fait référence à la somatisation ou à des phénomènes liés à l'excitation du système nerveux autonome. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles le changement s'est exprimé plus clairement à travers ces mesures. Un autre point, en comparant DMT + TAU à TAU chez les patients sous antidépresseurs, il a été observé que les quatre mesures des résultats avaient tendance à s'améliorer davantage dans le groupe DMT, en particulier

le SCL-90 montrant un changement significativement plus important. Il est particulièrement intéressant de noter qu'au point de pré-mesure dans le groupe DMT, les patients sous antidépresseurs et ceux sans antidépresseurs avaient un niveau de symptômes assez similaire, mais les différences de score entre ces deux sous-groupes avaient nettement augmenté dans les mesures post-traitement **en faveur du sous-groupe sans antidépresseurs**. La question se pose de savoir si les participants au DMT sous antidépresseurs avaient un type de dépression plus difficile et si le médicament avait atténué leurs symptômes de sorte que leurs scores de symptômes étaient au niveau d'une dépression moins compliquée au point de pré-mesure.

Les **limites** de cette étude montrent l'utilisation de mesures d'autoévaluation exclusivement, ainsi que l'auto-sélection des participants. La période de suivi était relativement courte (3 mois), ce qui limite la capacité de l'étude à tirer des conclusions solides sur les effets à long terme de la DMT. L'étude a impliqué un nombre limité de participants, et il y a eu un taux de désistement assez élevé dans le groupe TAU. Cependant, l'analyse des données a été réalisée en utilisant une modélisation linéaire hiérarchique pour inclure tous les patients qui ont commencé le traitement. Il est suggéré que la participation au groupe DMT pourrait avoir renforcé la motivation des patients pour le traitement et atténué la dépression. Cela soulève des questions sur l'**impact de l'engagement personnel et de l'interaction sociale** dans le traitement. Cependant, il est bon de rappeler que tous les patients ne souhaitent pas participer à un groupe de DMT.

Dans la 4e étude **The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland** ^[100], les mesures des symptômes de dépression (BDI-I), de détresse psychologique (CORE-OM) et de symptômes psychiatriques (SCL-90) ont montré une **diminution significative** chez les participants du groupe de traitement par rapport au groupe témoin en faveur de la DMT sur une période allant du prétraitement à la mesure de suivi. Cependant, **aucune différence** dans le changement des symptômes n'a été observée entre les deux groupes pendant la période **post-traitement à la mesure de suivi**. Ces mesures signifient que les niveaux de symptômes sont restés stables pendant la période de suivi. Les résultats montrent que la participation à un groupe de DMT en plus des soins habituels (TAU) peut réduire les symptômes de la dépression, ainsi que d'autres symptômes psychologiques et physiologiques, plus efficacement que la TAU seule.

Les analyses ont montré que les effets de l'intervention DMT étaient de taille moyenne pour toutes les mesures à la fin de la période de suivi ($d = 0,60-0,72$), ce qui indique que ces changements sont cliniquement significatifs dans le groupe de traitement par rapport au groupe de contrôle. En plus de la réduction des symptômes psychiatriques avec la SCL-90, le groupe DMT + TAU a donc également montré une **diminution significative de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs** par rapport au groupe TAU..

La force de cette étude est qu'elle soit **multicentrique**. Les **limites** de cette étude révèlent comme la précédente que seules des mesures d'auto-évaluation ont été utilisées. De toute évidence, la DMT comporte une composante physique, de sorte que des **mesures physiologiques** ou basées sur le mouvement seraient pertinentes lors de l'étude de l'efficacité du DMT. Dans le SCL-90, environ un tiers des items de l'échelle mesurent des expériences liées à la somatisation ou à l'activation du système nerveux autonome. Cela prouve de nouveau la capacité potentielle de la DMT à changer la manière dont les participants ressentent leurs symptômes corporels. Cependant, moins de 4 % des participants étaient des hommes et, par conséquent, le rôle du sexe dans le bénéfice du traitement n'a pas pu être pris en compte. Il serait souhaitable de disposer de données plus équitablement **équilibrées entre les sexes** dans les recherches futures. De plus, les comparaisons de ces groupes ont montré que les participants du groupe DMT + TAU étaient légèrement plus âgés que ceux du groupe TAU uniquement. Une **période de suivi plus longue** dans les recherches futures pourrait être importante pour obtenir de plus amples informations sur les effets à plus long terme du DMT. Il se peut que certains effets mettent plus de temps à se manifester. Une autre limite est que 29 % des participants qui ont initialement participé à l'enquête n'ont pas répondu au moment du suivi de trois mois. Et **peu d'informations sur les raisons des abandons** ont été trouvées.

Pour résumer les résultats concernant l'anxiété au sein des troubles dépressifs, on constate une **diminution de l'anxiété sur le plan qualitatif et quantitatif**, quelque soit l'échelle utilisée (**HADS-A** ou **SCL-90**). Les bénéfices principaux sont soulevés principalement en **post-intervention**, cependant qu'on ne retrouve pas de différence significative de l'intervention dans le suivi, ne permettant pas de conclure sur une efficacité à long terme. Il a été constaté que le bénéfice est d'autant plus grand que l'intervention ait lieu **en plus du traitement habituel** prodigué. Les résultats concordent avec le nombre croissant d'études de recherche montrant les bénéfices de l'intervention DMT chez les

participants souffrant de dépression, et ces résultats indiquent que la DMT peut améliorer l'efficacité des soins standards^[100].

Il existe un bon nombre de thèses et de maîtrises sur le thème de la DMT et de la dépression, dont beaucoup ont contribué à l'ensemble des connaissances avec des études qualitatives ou des études de cas^[112]. Les **intérêts des recherches sur les troubles dépressifs sont principalement portés sur l'évaluation thymique, la qualité de vie, le fonctionnement social, la vitalité^[60,113,114] et les résultats ne sont pas unanimes**. Les études présentées ci-dessous apportent des connaissances non négligeables concernant la catégorie des troubles dépressifs, mais ne respectent pas les critères d'inclusion et sont donc exclues des résultats de cette revue.

Dans une étude pilote sur les effets de la DMT sur des patients souffrant de dépression, Gunther et Hölter (2006)^[115] suggèrent des effets positifs de la danse-thérapie sur les dimensions du mouvement et du bien-être, du corps et de la perception de soi, de la perception des relations et de la biographie.

La revue Cochrane (Meekums 2015) sur la DMT pour la dépression comprenant trois études n'a indiqué aucun effet du DMT sur la dépression sauf sur le fonctionnement social^[113]. Les résultats secondaires de l'étude sur le fonctionnement professionnel, la qualité de vie, l'estime de soi, l'image corporelle, la rentabilité du traitement étaient également peu concluants. Mais la qualité des preuves contribuant aux résultats de cette revue est faible à très faible.

En 2019, Karkou présente une revue systématique avec méta-analyse^[116]. Dans toutes les études, les critères de jugement principaux étaient la gravité de la dépression mesurée à travers les échelles SCL, BDI et HAM-D. Bien que des données provenant de critères de jugement secondaires aient été mesurées dans certaines des études incluses, telles que l'anxiété, la qualité de vie et l'image corporelle, l'attention s'est uniquement portée sur les résultats du critère de jugement principal. Les résultats qualitatifs suggèrent qu'il y a eu une diminution des scores de dépression en faveur des groupes DMT dans toutes les études. L'étude suggère que les recherches futures devraient prendre en compte l'impact de la DMT sur les critères de jugement secondaires tels que l'anxiété, la qualité de vie, l'estime de soi et l'image corporelle, ainsi que d'autres critères de jugement cliniquement pertinents, y compris les changements physiologiques ou neurocognitifs éventuels.

4. La deuxième catégorie nosographique la plus représentée est la schizophrénie.

Marian Chace considère la schizophrénie comme une désincarnation de soi^[117,118]. Un certain nombre de scientifiques ont soutenu que l'approche de l'incarnation et les **thérapies incarnées** associées, telles que la thérapie par la danse et le mouvement (DMT), pourraient être plus appropriées pour expliquer la psychopathologie sous-jacente à la maladie mentale et pour traiter ses symptômes en posant un cadre théorique d'incarnation.

Concernant cette catégorie nosographique, les résultats y sont variés. L'**efficacité** est retenue dans les évaluations **qualitatives**, mais ne fait **pas consensus dans les évaluations quantitatives**. En effet, on ne retrouve pas de différence significative dans deux études incluses (utilisant la STAI-Y, BNSS) sur trois (utilisation de la PANSS, sous partie générale).

La première étude de Lee (2015), **Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia**^[101] a montré qu'il n'y avait pas de différence significative dans l'anxiété lié à l'état et l'anxiété lié au trait de la STAI-Y. Cela signifie que **la DMT ne joue ni sur l'anxiété situationnelle ni sur l'anxiété générale du patient schizophrène hospitalisé**. Le fait qu'il n'y avait pas de différence significative dans l'échelle est probablement dû au fait que l'étude a été menée dans un milieu d'hospitalisation restreint, ce qui a entraîné un moindre reflet de la réalité vécue lors du retour dans la société après la sortie de l'hôpital. Concernant les autres résultats de cette étude, la dépression a diminué de manière significative pour le groupe expérimental cependant que les résultats dans le groupe témoin n'étaient pas significatifs. L'*état* de colère a été significativement réduit après 12 semaines de DMT, mais aucune différence significative n'a été trouvée par rapport au groupe témoin. Le *trait* de colère n'a pas montré de changement significatif avant et après la DMT, et il n'y avait pas de différence significative par rapport au groupe témoin. Les résultats n'indiquent aucun changement significatif dans les symptômes positifs des patients dus au DMT. Cette étude présente des limitations méthodologiques telles qu'une petite taille d'échantillon (les écarts types plus élevés peuvent être attribuables aux erreurs types résultant d'un petit nombre de participants) et l'absence de mise en aveugle des participants et des thérapeutes. L'étude

était limitée par son appui sur des enquêtes d'auto-évaluation qui pouvaient avoir été influencées par les biais subjectifs des chercheurs. De plus, les symptômes schizophréniques tels que les hallucinations, les délires et l'incapacité à percevoir la réalité, peuvent avoir faussé les résultats.

Dans la seconde étude de Bryl (2020), **The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study**^[102], la DMT n'a apporté d'amélioration dans aucune des sous-échelles du BNSS, ni même concernant les symptômes négatifs du PANSS (contrairement à d'autres études détaillées ci-après). Les **résultats qualitatifs montrent une réduction de l'anxiété**, présente parmi cinq thèmes émergents des entretiens : connectivité interpersonnelle/sociale, auto-intégration, soutien émotionnel, gestion des symptômes et impact physique. Les participants disent avoir eu une expérience positive avec la DMT (deux patients exceptés). La différence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs concernant la catégorie « **distress** » pourrait s'expliquer par le fait que le BNSS pose des questions sur l'expérience globale des émotions déplaisantes au cours de la semaine écoulée sans prendre en compte les sources de détresse alors que les entretiens qualitatifs se sont davantage concentrés sur l'expérience et l'impact des séances de DMT et ont couvert l'ensemble du déroulement de ce programme de traitement. Les **limites** de cette étude, à l'instar des précédentes, présentent un petit échantillon étudié, les participants de l'étude ont choisi de participer volontairement. Cela pourrait avoir introduit un biais dans l'échantillon, car il est possible que les personnes intéressées par cette forme de thérapie soient surreprésentées. Comme les participants n'ont pas été aveuglés quant à leur assignation à un groupe, cela introduit un biais potentiel dans leurs réponses. De plus, la durée du programme DMT était courte, or certains participants ont exprimé leur préférence pour un traitement plus long, ce qui correspond aux recommandations de Ren & Xia (2013), selon lesquelles les essais DMT durent 52 semaines^[119].

Dans la 3e étude de Gokcen (2020), **The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial**^[103], il est retrouvé une **diminution significative dans la psychopathologie générale et les scores totaux de la PANSS en faveur de la DMT**, contrairement aux

conclusions de Röhricht et Priebe (2006)^[120]. Les auteurs pensent que cette découverte est soutenue par l'augmentation de l'adhésion à la thérapie et de la motivation des individus grâce à une atmosphère amicale et positive. Cependant, **aucun** changement significatif n'a été trouvé dans les **symptômes positifs** de la schizophrénie après la DMT comme dans l'étude de Lee (2015). Cela peut être dû à l'inclusion de patients schizophrènes chroniques sous traitement pharmacologique dont les symptômes psychotiques ont été contrôlés ou dont le traitement n'a pas été assez long pour produire ces changements. L'étude a accordé davantage d'attention, comparée aux études antérieures, à la psychopathologie générale de la PANSS. Cette dernière est fortement associée à la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie et il est important de noter qu'elle contient des items liés aux symptômes d'anxiété et de dépression. De plus, il s'agit du premier essai contrôlé randomisé à étudier l'effet du DMT sur la **rémission fonctionnelle**. Les résultats de l'étude semblent encourageants. Plusieurs **limites** semblables aux précédentes études, montrent tout d'abord, une absence de suivi pour déterminer si le changement était maintenu au long cours. Ensuite, les résultats ne sont pas généralisables en raison de la petite taille de l'échantillon. Enfin, l'absence d'un groupe de contrôle actif a rendu impossible la détection d'effets spécifiques du DMT.

Les nombreuses recherches portant sur la schizophrénie ont été effectuées, à la recherche principalement d'une efficacité portant sur la **symptomatologie négative**. Malheureusement ces études ne respectent pas les critères d'inclusion de mon étude. Les mentionner permet juste une meilleure compréhension des recherches et résultats concernant la DMT évaluée au sein de la population atteinte de troubles psychotiques.

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines recommande que les psychothérapies artistiques, qui incluent la psychothérapie par le mouvement de la danse, soient proposées aux personnes atteintes de schizophrénie car elles seraient les **seules interventions démontrant une efficacité constante de réduction des symptômes négatifs**. Bien que les médicaments puissent traiter avec succès les symptômes positifs de la schizophrénie, ils ne peuvent influencer que légèrement les symptômes négatifs. (NCCMH, 2014)^[121]. De façon majoritaire, comme mentionné précédemment, les recherches portant principalement sur l'évaluation des symptômes négatifs, montrent des preuves de l'efficacité de la DMT notamment lorsque la schizophrénie est contrôlée pour les effets secondaires extrapyramidaux des

médicaments antipsychotiques^[119,120,122]. Deux principales catégories du syndrome négatif se prêtent particulièrement à des interventions axées sur le corps : **l'émoussement des affects** et la triade comportementale du syndrome négatif à savoir **l'apragmatisme, l'aboulie** et le **retrait social**. L'étude de Rohricht et Priebe a d'ailleurs trouvé une réduction moyenne des symptômes de 20 à 25 %^[120]. La revue de Ren a montré qu'un nombre significativement plus élevé de personnes dans le groupe de danse-thérapie présente une réduction supérieure à 20 % du score de symptômes négatifs PANSS^[119].

Ces effets ne sont pourtant **pas toujours constatés**. Certaines études montrent aucune différence significative notamment vis à vis d'un groupe contrôle actif. En 2016, Priebe réalise un essai contrôlé randomisé multicentrique en parallèle qui évalue l'efficacité clinique et économique (échelle ED-5Q-5L) de la BPT (Body Psychotherapy = groupe de psychothérapie corporelle délivré par un thérapeute certifié de l'ADMP (Association for Dance movement Psychotherapy, équivalent de l'ADTA, mais au Royaume-Uni)) dans le traitement des symptômes négatifs de la schizophrénie^[123]. L'intervention de contrôle est un groupe de Pilates. Le résultat principal était le score de la sous-échelle des symptômes négatifs du PANSS à la fin du traitement. Aucune différence significative entre le BPT et le Pilates n'a été détectée dans la sous-échelle des symptômes négatifs du PANSS, que ce soit à la fin du traitement ou 6 mois plus tard. En 2017, un essai multisite a montré que la réduction des symptômes négatifs s'est avérée significative uniquement chez les **femmes** randomisées dans la condition de psychothérapie corporelle par rapport au Pilates, alors qu'aucun effet n'a été détecté chez les hommes^[124].

5. La troisième catégorie la plus représentée est partagée entre les troubles liés à des traumatismes dont le TSPT et les TCA

5.1. Troubles liés à un traumatisme

Les résultats de l'étude incluse **Let's Dance: A Holistic Approach to Treating Veterans With Posttraumatic Stress Disorder**^[96] ont révélé un **effet significatif à court terme de l'intervention sur les niveaux d'anxiété**. En particulier, la durée des tests a montré une réduction significative des scores d'anxiété état, avec une diminution moyenne

de 11 points sur l'échelle STAI après la participation au cours (versus avant l'intervention). Les résultats suggèrent que les anciens combattants peuvent bénéficier d'une seule session et n'ont **pas besoin d'assister régulièrement aux séances** pour voir les résultats. La partie qualitative ne comporte pas de résultat sur l'anxiété mais évoque un sentiment de camaraderie et d'**appartenance à un groupe**. De nombreux participants ont également exprimé une **réduction de la colère et de l'isolement** ainsi qu'une **augmentation de l'acceptation de soi et des autres**. Néanmoins, cette étude comporte quelques **limites** notamment un petit échantillon (du à l'assiduité irrégulière des patients), l'absence de groupe témoin, l'absence de mise en aveugle, l'absence d'étude des variables confusionnelles (comme le traitement), l'absence d'étude des diagnostics comorbides, l'absence d'étude des symptômes réels du TSPT (flash back, hypervigilance, évitement, cauchemars traumatiques). L'échelle utilisée est par ailleurs autoévaluante et les patients, de part leur réponse, peuvent provoquer un biais en essayant de faire plaisir aux instructeurs. La question d'une participation plus régulière à ces séances, qui promouvrait une efficacité durable, en sachant l'amélioration ponctuelle, mérite d'être posée.

Un **point surprenant** est mentionné concernant le peu de preuves empiriques dans le traitement du TSPT, compte tenu de sa nature somatique ou corporelle. Les événements traumatiques déclenchent des réactions corporelles importantes - réactions de fuite, de combat ou de blocage - et le TSPT implique de revivre des sensations corporelles, telles que l'hypervigilance, l'agitation et une excitation élevée. Bien que la danse/mouvement ait toujours été utilisée pour traiter le TSPT, les preuves de son efficacité proviennent principalement d'études de cas ou d'entretiens^[66,125], concernant la violence domestique^[126,127] et les abus sexuels durant l'enfance^[128-130].

Quelques précisions et particularités concernant l'**application** de la danse-thérapie au sein de ce trouble méritent d'être mentionnés (malgré l'exclusion de ces études au sein des résultats).

L'**interoception** est importante dans le processus de récupération après un traumatisme puisque les patients concernés présentent une déconnexion physique importante et donc un manque d'interoception^[131]. La DT peut améliorer la réappropriation du corps et l'expression des émotions, et améliore la gestion des symptômes psychopathologiques^[132].

Aussi, la DT semble favoriser l'expression de soi et la création d'une nouvelle relation avec les autres, facilité par le sentiment de sécurité et la capacité des participants à être dans un état de flux.

Pierce met en évidence un **cadre théorique efficace** en DMT pour traiter la dissociation liée au traumatisme en 3 phases^[130] :

- phase 1 : les fonctions d'intégrations sont la sécurité et la stabilité. L'objectif est de soutenir un sentiment de sécurité ressenti grâce à une régulation interactive se produisant à travers la relation. On utilise la relation corps à corps par l'harmonisation et le miroir. La régulation interactive utilise des exercices au sol, l'orientation vers le moment présent, la perception des 5 sens, l'utilisation d'accessoires sensoriels et de technique de respiration.
- phase 2 : la fonction d'intégration est celle des souvenirs traumatiques. L'objectif est de cultiver un sentiment intériorisé de sécurité en soi et augmenter la tolérance pour l'expérience interne. L'attention portée à l'intéroception et la conscience de soi relie les sensations corporelles implicites avec émotion et cognition. On utilise le symbolisme, la métaphore, l'expression créative et la distance artistique.
- phase 3 : les fonctions d'intégration sont le développement du moi relationnel et la réhabilitation. L'objectif est d'encourager les compétences relationnelles et élargir le répertoire de mouvement. Les paramètres de mouvement de groupe mettent l'accent sur l'échange relationnel, la fusion, la différenciation, et le mouvement interactionnel.

Une revue qualitative de Levine publiée en 2016 précise les **objectifs de traitements** des traumatismes^[133]. Tout d'abord, il faut ramener le patient dans son corps, et lui faire prendre conscience du vécu et des ressentis du corps. Cette stratégie permet de servir d'approche pour commencer à bouger d'une manière thérapeutique (par exemple en imaginant le mouvement avant de commencer à le faire) en prenant conscience de la manière dont le corps a stocké la mémoire du traumatisme. L'intention est d'accéder au traumatisme en réunissant toutes les parties de la triade corps (expérience physique de la connexion)-esprit (expérience émotionnelle de la connexion)-cerveau (expérience cognitive de la connexion). A ce moment-là, l'intégration du traumatisme est permise par la symbolisation. Le thérapeute peut alors refléter au patient ce qu'il observe afin que ce dernier reconnaisse son propre mouvement. Dans un premier temps, le patient protège son « *armure corporelle* » par l'immobilisation, se traduisant par une timidité du

mouvement de déplacement ou d'exploration de l'espace. Un changement dans la mobilité ou l'amplitude des mouvements peut être un signe de confort, de réduction de l'anxiété, de la conscience et de la confiance, de plus grande sécurité. Les exercices proposés peuvent être : de s'appuyer sur des petits mouvements, une syntonisation des mouvements du patient par le thérapeute (exercice d'accordage), ce dernier favorisant l'alliance thérapeutique. En cas de difficulté, le thérapeute peut introduire des accessoires (tissus extensibles, ballons ou bandes), utiliser de la musique (afin d'engager toutes les zones du cerveau, les sous-systèmes neuronaux), intégrer des jeux familiers, ou encore utiliser le tambour. Le but étant enfin de créer une relation nouvelle et saine avec soi-même, avec le groupe, avec le thérapeute et avec le mouvement pour que le patient nourrisse la conscience que son propre corps est son « *chez-soi* », un endroit relativement sécurisé où il peut se rendre.

Une Revue systématique qualitative a identifié, par des articles publiés entre 2000 et mars 2023, les effets de la danse-thérapie chez les adultes traumatisés psychologiquement ainsi que les obstacles et les facilitateurs associés à son utilisation thérapeutique^[132]. Elle apporte une notion importante : l'**état de flux** (état du patient se trouvant dans un état maximal de concentration, un tel engagement dans une activité que rien d'autre ne semble avoir d'importance). L'état de flux apparaît comme un facilitateur important, améliorant la gestion des symptômes de dépression, d'anxiété, d'expérience traumatique et de douleur chronique. Ces améliorations dépendent de la stabilité de l'intervention, de la méthode appliquée et probablement des compétences des thérapeutes.

Dans le cas de pathologies en lien avec un traumatisme, la danse thérapie apporte également une facilité supplémentaire auprès de populations étrangères, notamment les **populations migrantes** où la prévalence du TSPT est connue pour être importante et dont la barrière de la langue pourrait compromettre l'efficacité optimale des psychothérapies verbales.

Cependant, les danse-thérapeutes doivent garder en tête que travailler avec le corps pourrait stimuler la mémoire plus rapidement qu'avec l'utilisation unique des mots. Ainsi, une **décompensation et une anxiété intense** pourraient avoir lieu à mesure de l'avancée dans la thérapie. Le patient pourrait ressentir des émotions qu'il a éprouvées en présence de l'agresseur^[66,134].

5.2. TCA

Là encore, **point surprenant** concernant le peu de preuves dans cette catégorie dont la grande problématique se manifeste dans et à travers le corps. La DMT, de part son travail corporel, pourrait générer toute son efficacité là où d'autres psychothérapies se basent sur le principe de la verbalisation^[135]. Au sein de cette revue, une étude comporte les critères d'inclusion.

Les résultats qualitatifs de l'étude **Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorder** sur l'anorexie mentale montrent une **réduction de l'anxiété** en lien avec l'intervention de danse-thérapie^[104] (sur le plan **qualitatif**). Les participants ont rapporté que l'intervention avait un effet positif sur leur humeur, les aidant à se sentir plus gais, plus motivés, et moins anxieux, confus ou en colère.

L'analyse **quantitative** entre la pré et la post-intervention, a montré dans le groupe interventionnel composé de 7 patients une amélioration de manière significative en termes de **satisfaction des zones corporelles** (taille de l'effet : 0,95) et d'évaluation de l'apparence (taille de l'effet : 1,10), et une diminution de manière significative en termes d'**orientation de l'apparence** (taille de l'effet : 1,30). Une diminution de la préoccupation liée au surpoids a été observée (taille de l'effet : 0,75), mais cela n'était pas statistiquement significatif. Le groupe témoin composé de 5 patients n'a montré de changements significatifs dans aucune des sous-échelles du MBSRQ. Ni le groupe DMT ni le groupe témoin n'ont amélioré significativement les scores d'alexithymie.

Cette étude présente plusieurs **limites**. Comme les études précédentes, l'échantillon n'était pas suffisamment large, mais la conception méthodologique mixte permet d'incorporer d'autres outils de collecte et d'analyse de données qui offrent des informations intéressantes par rapport au sujet. Un échantillon plus large serait nécessaire pour déterminer l'influence du temps passé en clinique sur les résultats. Les informations qualitatives collectées auprès des patients eux-mêmes offrent une meilleure compréhension du processus en donnant de l'espace à chacune de leurs expériences individuelles. Un autre problème qui compromet la fiabilité des résultats quantitatifs est l'hétérogénéité entre les groupes. Les groupes d'intervention et les groupes témoin étaient homogènes en termes d'âge et d'IMC, cependant le groupe témoin était à la clinique depuis une période plus longue que le groupe DMT. L'échantillon était **hétérogène** en ce

qui concerne le sous-type du trouble du comportement alimentaire, la majorité dans les deux conditions étant EDNOS ou AN, et un seul patient BN dans le groupe témoin. Donc, on ne sait pas si le diagnostic d'un sous-type particulier de TCA a eu un effet sur la façon dont les séances de DMT ont été reçues. Les séances étaient dirigées par une **stagiaire** DMT, qui effectuait son stage à la clinique. Elle était actuellement au début de son processus d'apprentissage et n'avait aucune expérience préalable avec cette population. Un **thérapeute plus expérimenté** aurait pu travailler plus efficacement et mieux s'adapter aux particularités de chaque participant ou à celles du groupe. Une autre lacune était que le groupe DMT était un **groupe semi-ouvert**. Pour le processus thérapeutique, cela implique de travailler avec des individus qui peuvent se trouver à différents moments de leur processus personnel, ce qui peut présenter un défi supplémentaire pour le thérapeute de groupe. Un groupe fermé serait bénéfique pour les patients en termes de développement de la confiance dans le groupe et d'habitude à travailler avec leur corps. En termes de rigueur méthodologique, la variation du nombre de séances auxquelles chaque participant a assisté pose une autre variable qui ne peut être contrôlée. Le cadre du groupe DMT a été adapté aux besoins de la clinique privée où l'étude a été menée. Conformément aux politiques de la Clinique, deux internes ont assisté à titre d'observateurs à la majorité des séances, ce qui présentait une variable confondante susceptible d'avoir affecté les résultats. Enfin, il s'agissait d'un échantillon entièrement espagnol et certaines interventions pourraient ne pas fonctionner de la même manière avec des patients d'autres cultures, par exemple les interventions incluant le toucher et le contact visuel, car ces aspects de la communication non verbale varient considérablement selon les cultures. Les praticiens doivent **tenir compte du contexte culturel**.

Tout comme la pathologie psychotraumatique, le manque d'étude concernant cette catégorie est surprenant tout en sachant l'importance du corps et du lien corps-esprit dans les troubles du comportement alimentaire. En effet, au sein du trouble sont présentes les distorsions cognitives telles que la dysmorphophobie, et l'une des pistes de travail se tourne vers la nécessité de renforcer l'estime, l'image et l'affirmation de soi.

De plus, il a été montré que les symptômes anxieux influencent les scores d'alexithymie au sein d'une étude portant sur l'anorexie^[135]. D'où l'importance de réduire l'anxiété pour favoriser l'amélioration des autres symptômes présents ou de mieux les étudier.

Pour autant, la danse-thérapie dans cette catégorie nosographique admet aussi quelques limites. Sa pratique est bien évidemment **sous réserve d'un IMC compatible**. Les patientes sont généralement amyotrophiées, avec une hypotonie axiale. De plus cette activité nécessite un cadre spécifique et une attention particulière du thérapeute devant des patientes ayant souvent recours à l'hyperactivité physique, facteur d'entretien des troubles^[14].

6. Catégorie nosographique sans article inclus

Selon les critères d'inclusion de cette revue on retrouve plusieurs catégories nosographiques sans étude incluse.

En effet, on ne retrouve pas d'étude respectant les critères d'inclusion de cette revue concernant les troubles anxieux (dont principalement les troubles anxieux généralisés), ni sur les troubles obsessionnels compulsifs, ni sur les troubles bipolaires, ni sur les troubles liés à une substance, sur les troubles de la personnalité, ou encore sur les troubles neurodéveloppementaux dans la base de données pubmed.

6.1. Troubles de la personnalité état-limite

Les études portant sur les troubles de la personnalité notamment le trouble de la personnalité état-limite concernent principalement la connaissance du **contenu des interventions** spécifiques à ce trouble^[136]. La DMT peut aider à éclairer l'évaluation et la compréhension de la personnalité^[137-139] et à traiter les schémas relationnels dysfonctionnels^[140-142]. Quelques particularités concernant la danse-thérapie au sein de cette catégorie nosographique méritent d'être développées. Cette constatation rejoint celle de Röhrich^{t[48]} expliquant qu'il n'y a qu'un **corpus très limité de littérature** sur les troubles de la personnalité, ainsi que celle de Kleinlooh^[143] dans sa revue systématique qui n'a révélé que quatre études d'experts et aucune description systématisée des interventions pourtant essentielle dans l'amélioration de la qualité méthodologique de la recherche clinique sur la DMT. Selon ST Kleinlooh (2021)^[136], les patients avec un trouble de la personnalité sont régulièrement référés aux art-thérapies. **Six thèmes généraux analytiques** ont été trouvés pour les interventions de DMT pour cette catégorie nosographique : autorégulation (aide à tolérer les expériences internes comme les émotions et les pensées), relations interpersonnelles (régulation interactive

patient-thérapeute comme dans la communication non verbale précoce parent-enfant), intégration de soi (soutenir l'intégration des souvenirs et des états de soi que les patients ne toléraient pas auparavant), expériences d'adaptation (aider les patients à traiter les expériences passées et présentes qui font surface dans la DMT. Le patient aborde ces expériences d'adaptation en créant des récits cohérents et en leur donnant un sens. Cette étape n'est possible qu'une fois un degré d'autorégulation établi), cognition (mentalisation, réflexion verbale, validation, qui augmenteraient la capacité du patient à penser à son propre état mental ainsi qu'à celui des autres au sein des moments présents) et expression et symbolisation dans le mouvement/la danse (par les interventions d'improvisation et de mouvements associatifs libres). Il est recommandé de se concentrer d'abord sur le corps et les stratégies cognitives d'autorégulation avant d'aborder des structures plus dynamiques basées sur la danse car les patients atteints de trouble de la personnalité ne possèdent pas encore suffisamment de contrôle des impulsions au début de traitement pour intégrer les expériences dérivées de telles approches.

Manford, B. (2014)^[142] propose une étude de cas d'une patiente diagnostiquée avec une personnalité limite, qui a reçu pendant son hospitalisation des séances individuelles de danse-thérapie. Durant ces séances, l'anxiété et l'agressivité s'expriment. Cette étude de cas permet d'expliciter les ressentis voire les **difficultés rencontrés par le thérapeute**, et les enjeux du transfert-contre transfert. La thérapeute évoque à un moment que le travail avec la patiente l'a amené à entrer en contact avec son contre-transfert somatique (se gratter la peau en pensant à la patiente par exemple), à verbaliser un ressenti d'épuisement en fin de séance, à reconnaître de l'anxiété dans le contre-transfert, à verbaliser un soulagement ressenti quand la patiente arrivait en retard aux séances par exemple. La thérapeute précise que la relation de confiance peut prendre beaucoup de temps à se construire avec les patients atteints de trouble de la personnalité état-limite, et conseille d'envisager une **thérapie courte** pour ce type de patient.

ST Kleinlooh (2022) décrit les **phases de la DMT** pour les troubles de la personnalité au sein de son article^[143] :

- Première phase : **présence incarnée** (sensation corporelle) et conscience somatosensorielle (soutenant fonctionnement anatomique, viscéral, neuropsychologique). Renforcement des croyances du patient en matière d'auto-efficacité corporelle. Cette phase soutient le principe que la création d'un mouvement créatif et d'un groupe de danse est un élément essentiel du traitement.

- Deuxième phase : **Exploration et expression dans l'improvisation** du mouvement et de la danse (approche établit qui prend en compte des capacités saines du patient, base du changement thérapeutique. Variation et répétition de nouveaux mouvements pour développer un sentiment de maîtrise pour la cognition énative, le fonctionnement exécutif et réduire l'anxiété. Offre d'espace symbolique pour permettre une distance artistique avec l'expérience douloureuse)
- Troisième phase : **Chorégraphie** (création d'une danse en choisissant le matériel de mouvement narratif établi au cours des phases précédentes. Ce processus est vu comme un moyen de se distancier des récits chargés d'émotion pendant que l'intégration des états de soi ait lieu).

6.2. Troubles liés à une substance

Certaines études portant sur l'addiction aux substances ont été effectuées mais elles ne respectent pas les critères d'inclusion de l'étude. Il est tout de même nécessaire d'évoquer certains points.

La DMT semble avoir un effet positif sur la relation des toxicomanes avec leur corps^[144], le « *faux-self* »^[145], la honte, le sentiment d'impuissance et la peur de l'échec^[146], la clarification des pensées et des émotions^[147], et la nature récurrente de l'addiction^[148] qui coexiste souvent avec la violence^[149,150].

6.3. Trouble du neurodéveloppement

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des comportements stéréotypés et répétitifs. Ce trouble affecte la communication sociale, les systèmes comportementaux-affectifs, sensorimoteurs et cognitifs. Étant donné que la cognition sociale est altérée chez les personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA), les recherches en danse-thérapie portent d'avantage sur les **symptômes négatifs** notamment l'empathie, l'inférence et l'expression émotionnelle, la conscience corporelle, le comportement qui ont eux-mêmes un impact sur la réciprocité sociale et la communication. Les résultats ne sont **pas unanimes**. Un essai contrôlé randomisé de 2018 a d'ailleurs examiné l'effet de la DMT sur des patients adultes atteints de troubles du spectre de l'autisme qui ne suggère aucun changement significatif dans l'empathie globale entre les groupes^[151].

Une revue systématique de 2020 (comportant 5 études incluses) montre une influence de la danse (dont la DMT) sur les symptômes négatifs, notamment l'empathie, l'expression émotionnelle, la conscience corporelle, le comportement et le bien-être psychologique, qui ont un impact sur la réciprocité sociale, et par conséquent sur le processus de communication, dans les cas de TSA^[152]. Une étude de faisabilité de Koch en 2014 sur 31 jeunes adultes atteints de troubles du spectre de l'autisme révèle après l'intervention une amélioration de leur bien-être, une meilleure conscience de leur corps, une meilleure distinction entre eux-mêmes et des compétences sociales accrues^[153]. Koch renouvelle une autre étude exploratoire l'année suivante et montre sur un petit échantillon de jeunes patients adultes atteints de troubles du spectre de l'autisme, les premiers résultats indiquant une amélioration de l'image corporelle après une intervention de DMT^[154]. Bien entendu, ces études ont été exclues de la revue, puisque le symptôme anxiété n'y est pas abordé.

Les interventions dansées sont basées sur l'imitation, la synchronisation, la coordination et le contrôle des mouvements, l'utilisation de technique assurant le rythme et la réciprocité. Les programmes sont conçus pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie des adultes atteints de TSA.

Aucun article intégrant les critères d'inclusion de cette revue n'a été inclus. Par ailleurs, aucun article n'a été retrouvé concernant le TDAH de l'adulte.

7. Méfiance et précaution

Selon le type de DMT employé, les effets peuvent être contradictoires.

Les résultats ont révélé que les participants se sentaient toujours mieux lorsque les thérapeutes utilisaient la DMT orientée psychodynamique et l'approche Chace.

Les résultats pour le **Mouvement Authentique** (AM : Authentic Movement) au sein d'une étude de 2014 étaient positivement corrélés à la compétence sociale, mais d'autre part, la sensibilité interpersonnelle et l'anxiété phobique augmentaient avec cette technique^[155]. L'étude de S. García-Díaz nous rappelle que le Mouvement Authentique est une discipline issue de la Dance Movement Therapy dans laquelle une personne bouge les yeux fermés en suivant son propre élan en présence d'un témoin, développé par Mary Whitehouse^[156]. Les résultats de cette étude montrent une diminution de l'expérience subjective

autodéclarée d'anxiété et de bonheur, et une augmentation de la mélancolie, de la tristesse et de la colère dans le groupe AM. Les changements observés dans ce groupe pourraient être compris comme une prise de conscience d'émotions inhibées. Les individus qui avaient une expérience antérieure en Mouvement Authentique subissent plus de changement d'état émotionnel que les sujets sans expérience antérieure dans cette technique. Cela conduirait à un bien-être psychologique accru (que la tristesse ou le bonheur augmente ou diminue), puisque la personne est plus cohérente avec ses sentiments. Pour S. Musicant, certaines conditions de sécurité sont nécessaires avant d'utiliser le Mouvement Authentique comme outil thérapeutique. Le patient doit avoir « *la capacité à prêter attention et à organiser l'information interne* », avoir « *une certaine familiarité avec le mouvement dirigé vers l'intérieur* » et ne pas être dérangé par le fait d'avoir un témoin^[157]. Dieterich-Hartwell considère également que son utilisation nécessite certaines conditions de sécurité et affirme que « *puisque des matériaux inconscients et des souvenirs stockés peuvent faire surface dans ce processus, il peut être conseillé de retenir le mouvement authentique jusqu'à ce que le participant se sente stable et prêt pour cette rencontre* »^[131].

La **DMT intégrative** est une approche appliquée uniquement dans les pays germanophones qui intègre différentes interventions spécifiques et des techniques de danse, qui est basée sur la thérapie intégrative et la Gestalt. Il y a une corrélation négative entre la DMT intégrative et la santé psychologique et la somatisation. On ne sait toujours pas quelles interventions DMT spécifiques de DMT intégrative en sont responsables. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'effet de l'approche DMT intégrative. C'est pour cela que les thérapeutes du mouvement de la danse doivent connaître toutes les techniques qu'ils appliquent^[158]. Cependant, il est important d'adapter les interventions spécifiques aux besoins et aux symptômes des patients plutôt que d'utiliser tout le répertoire disponible. Des études sur l'effet d'interventions DMT spécifiques sont nécessaires pour mieux comprendre les réactions des patients.

8. Suggestions d'amélioration pour de futures recherches

A la lecture de l'ensemble des études, plusieurs suggestions peuvent être proposées pour de futures études.

Davantage d'essais contrôlés randomisés avec des **groupes contrôles** bien adaptés, et **actifs** devraient être effectués, afin d'augmenter la fiabilité, la généralisabilité et la puissance car beaucoup d'études incluent soit une liste d'attente, soit des témoins non-actifs. Hildebrandt, Koch et Fuchs (2016)^[159] suggèrent l'importance d'un groupe témoin actif pour examiner si la réduction des symptômes se produit en raison de l'ajout d'activité physique en général, ou si elle est due à un aspect du DMT en particulier^[44].

Davantage de méthodes mixtes combinant des approches qualitatives et quantitatives significatives et comparables pourraient être réalisées ainsi que des études davantage axées sur les **changements physiques**^[55]. Des études pourraient proposer une **analyse stratifiée par niveau de gravité de l'anxiété** et/ou de la dépression^[39].

Les études DMT – et en fait toute recherche en psychothérapie – doivent fournir des **descriptions détaillées des interventions utilisées**.

Une plus grande standardisation des méthodes améliorerait l'évaluation des interventions. La manualisation des protocoles DMT facilitera la réplication et la généralisation et améliorera probablement la validité. Des mesures et des méthodes de mesure homogènes doivent être appliquées afin d'établir la cohérence et de garantir la comparabilité des résultats^[60]. D'ailleurs, des recherches de méthodologie d'évaluation en DMT ont été effectuées avec l'application iPad MARA, au sein d'une étude publiée en 2018^[160]. L'application iPad MARA (Movement Assessment and Reporting App) a été développée pour l'évaluation en DMT. MARA est appliqué dans un programme pour adultes ayant une déficience intellectuelle (DI) sur 16 semaines. Les avantages de l'utilisation de MARA signalés par les chercheurs-thérapeutes comprennent une capacité renforcée à se concentrer sur les résultats des participants, à évaluer efficacement, à planifier et prendre des décisions pour le programme et à communiquer les progrès des participants aux parties prenantes. Les membres de la famille perçoivent les rapports tirés des données recueillies dans MARA comme étant utiles pour permettre une meilleure compréhension du programme DMT et des résultats des participants.

Compte tenu du fait que les interventions non verbales sont généralement mesurées avec des outils d'intervention verbale, des mesures plus spécifiques axées sur le corps ou le niveau comportemental et la communication non verbale devraient, dans les études futures, produire des effets d'une plus grande ampleur. Quelques **outils d'analyse du**

mouvement existent et méritent d'être testés plus solidement et systématiquement dans des recherches comme dans l'étude de Koch de 2007^[112].

Bien qu'il existe certains sous-types de DMT, tels qu'explicités dans l'introduction, il n'existe pas encore d'interventions standardisées bien utilisées et adaptées à des troubles et symptômes psychologiques ou physiques spécifiques^[44]. Les applications des interventions pourraient devoir être adaptées **en fonction des catégories diagnostiques** (comme détaillées précédemment) voir ajustées selon les sous catégories (exemple varier la pratique selon les différentes catégories des troubles de la personnalité) ou mettre en lumière une pratique éventuelle applicable pour plusieurs catégories diagnostiques. Cela déboucherait sur des études de facteurs spécifiques d'efficacité avec pour objectif de savoir quelle méthode spécifique et quelle partie spécifique de l'intervention est réellement efficace pour traiter des aspects spécifiques d'un problème.

La **mise en aveugle de la procédure de randomisation**, des stratégies claires pour la **dissimulation de l'allocation**, et la **cécité de l'évaluateur** devraient être mises en place. Idéalement, les thérapeutes du mouvement de la danse guidant les séances devraient également être aveugles aux hypothèses^[113].

Étant donné que la majorité des essais ont été menés avec de petits échantillons, des études approfondies avec des **échantillons plus importants** devraient être menées^[60]. De nombreuses études sont aussi des études pilotes avec des échantillons de petite taille sans études de suivi plus vastes^[12].

Il est sans oublier que la rigueur statistique est toujours de mise. L'**inclusion de toutes les statistiques descriptives** (toutes moyennes, écarts-types, et N exact pour toutes les mesures avant et après) dans la section des résultats doit devenir une norme des études primaires dans le domaine^[60].

Vu qu'il existe déjà des revues Cochrane sur la démence, la dépression et la schizophrénie, **une revue Cochrane sur les effets du DMT sur la réduction de l'anxiété** pourrait être la suivante, après la réalisation d'une ou deux autres études primaires de bonne qualité avec un tel objectif.

Des études devraient inclure une **analyse économique** et des **mesures d'acceptabilité** ou encore étudier avec des **groupes d'âge homogènes** ou encore avec un large **éventail de contextes mondiaux**^[113].

Une autre proposition intéressante serait d'administrer les interventions de danse-thérapie de façon **individuelle**, plutôt que groupale (recommandées en raison des avantages importants qu'elles procurent au niveau du fonctionnement social) comme on le voit le plus souvent dans les ECR disponibles^[44]. D'ailleurs les séances de thérapie de groupe et les séances de thérapie individuelle semblent toutes deux capables de produire des résultats positifs, les séances de groupe permettent une plus grande interaction entre pairs et les séances individuelles permettent une plus grande adaptabilité et personnalisation^[161].

En élargissant le besoin de résultats plus fiables et valides, **l'inclusion de mesures physiologiques** et/ou plus objectives serait également importante à prendre en compte^[44].

La poursuite de la **recherche et la compréhension de l'incarnation en relation avec la danse et le mouvement**, ainsi que la manière dont l'incarnation altérée ou déficiente peut être ciblée dans les troubles où cela est une caractéristique, sont importantes pour la recherche et les traitements futurs, tout comme la recherche **sur l'interoception et la conscience corporelle**^[44]. L'ancrage du DMT dans les neurosciences cognitives ne fournit pas seulement un cadre théorique, mais également des mesures nouvelles et innovantes de son efficacité. **L'incorporation de mesures neurales**, physiologiques et comportementales implicites telles que l'EEG mobile, la conscience et la précision intéroceptives, la précision proprioceptive et la perception du temps, pourraient permettre de mieux comprendre le mode de fonctionnement de la DMT, afin par la suite de cibler une réduction spécifique d'un symptôme. De plus, les mesures seraient potentiellement moins biaisées et plus robustes que les mesures d'auto-évaluation. De plus, la **combinaison du DMT avec les neurosciences cognitives** pourrait aider à augmenter les chances d'obtenir un financement de la recherche.

Les suggestions sont faites en ayant conscience que le domaine pose des défis méthodologiques complexes. Des conseils sont proposés pour le développement et l'évaluation des essais contrôlés randomisés pour les interventions complexes par le Medical Research Council 2000 mis à jour en 2008^[162,163] ou l'Agency for Healthcare Research and Quality^[164].

Les thérapeutes de la danse et du mouvement, tels que Sherry Goodill, Robin Cruz et Jennifer Frank Tantia aux États-Unis ; Sabine Koch, Marianne Eberhard-Kaechele, Helen Payne, Iris Bräuninger, Vicky Karkou, Bonnie Meekums et Rosemarie Samaritter en Europe et Elizabeth Loughlin et Kim Dunphy en Australie ont contribué à la recherche en

développant de nouvelles stratégies de recherche pour encourager les générations futures à entreprendre des recherches^[12].

9. Complexité de la recherche sur la DMT

La danse-thérapie est par essence complexe, notamment dans sa définition même. En effet il existe d'autres approches (cf critères d'exclusion) qui incluent la danse dans une relation d'aide. Certaines sont le fait d'individus éclairés qui nomment leur synthèse personnelle, d'autres sont de véritables mouvements institués. Il en est parfois difficile de préciser les ancrages et les pratiques spécifiques. Ce sont parfois des pratiques syncrétiques qui affadissent par amalgame et simplifient des approches par ailleurs éprouvées et sérieuses. En tout état de cause, ces techniques ne se rangent pas dans le panel des danses-thérapies proprement dites. Sa complexité se justifie également par sa **nature holistique et centrée** sur la personne. L'absence de manuel d'intervention, la variété des procédures, des méthodes et des interventions, qui est un avantage de l'approche créative dans la pratique, rend difficile l'évaluation et le jugement de l'efficacité des interventions par la recherche conventionnelle fondée sur des preuves en arts créatifs comme dans chaque modalité artistique^[21]. La **grande hétérogénéité des interventions et des mesures rend difficile l'application des méta-analyses**. Il est important de noter que les concepts et les **mécanismes** par lesquels fonctionne la DMT restent plutôt **opaques**. Par exemple, quels sont les mécanismes spécifiques impliqués dans l'expression des émotions à travers les mouvements corporels, et comment cela fonctionne-t-il pour améliorer des symptômes particuliers ? C'est là que les neurosciences cognitives peuvent aider à la fois en termes de clarification des mécanismes de fonctionnement du DMT ainsi que sur les mécanismes cognitifs dysfonctionnels qui sont traités par la DMT^[44].

Les études portant sur la danse-thérapie varient en qualité en particulier en ce qui concerne la randomisation, la stratégie de mise en aveugle et l'analyse des différences de base. Il existe également des **difficultés de cohérence entre les études vis-à-vis de la qualification du thérapeute** (art-thérapeute/professionnels de santé/diverses formations). Les améliorations peuvent être associées à l'ensemble des compétences et à la formation des thérapeutes ainsi qu'à la prestation cohérente des interventions. De plus, les interventions sont souvent menées en **conjonction avec un traitement**

pharmacologique (ou parfois d'autres types de traitements psychothérapeutiques). Au sein des études qualitatives, les patients peuvent avoir des difficultés à articuler leurs expériences, à discerner les émotions associées, à repérer les symptômes en lien avec l'anxiété qui plus est lorsque l'on travaille avec des populations atteintes de pathologies psychiatriques, sans omettre les **taux d'abandon** représentant un problème courant. Le **nombre de séances nécessaires varie** également probablement d'un individu à un autre en fonction de la gravité du trouble.

Un biais à soulever est l'**impact de l'apport musical** en tant que tel dans les résultats lorsqu'il est utilisé durant les ateliers. En effet, la musicothérapie est un autre domaine appartenant à l'Art-thérapie et pourrait procurer des effets à part entière.

Sur le plan institutionnel, il n'existe **aucun diplôme d'Etat** actuellement en Europe, bien que des formations soient mises en place, obtenant une certaine reconnaissance officielle. C'est le cas du Diplôme Universitaire mis en place à Paris V ces dernières années. L'**annuaire de la SFDT** répertorie les diverses formations proposées selon les régions^[165]. Des associations nationales et européennes tentent de mettre en synergie les efforts individuels et les initiatives locales. Les pionniers ont accompli un travail de fond, cela nécessite des « *transversales* » et d'intégrer des données plus récentes s'appuyant sur la psychopathologie, la psychanalyse, l'anthropologie, la psychophysiologie, la psychomotricité, les neurosciences (formation IRPECOR, B. Lesage).

Un autre point à soulever est le **manque de financement** pour les recherches, ce qui rend difficile la collecte d'échantillons de grande taille, la conduite d'études à long terme ou d'études multicentriques. Les essais contrôlés randomisés (ECR) multicentriques coûteux sont encore rares^[116]. La plupart des études secondaires (en particulier les revues Cochrane de haute qualité) ne comprennent que quelques études (entre une et trois études) et les auteurs ont signalé que leurs résultats n'avaient pas une puissance statistique suffisante, en raison des contraintes méthodologiques des essais primaires.

10. Points forts de cette revue

Les avantages de cette revue sont tout d'abord en lien avec les bienfaits intrinsèques d'une revue narrative de la littérature. Elle permet tout d'abord une flexibilité méthodologique. Elle permet de prendre en compte une **variété d'études**, y compris des

études qualitatives, des études expérimentales et des études observationnelles, utile devant la diversité des méthodes de recherches employées en Danse-Thérapie. En effet, les revues narratives sont particulièrement adaptées à des domaines de recherche complexes où les relations entre les variables peuvent être multifactorielles et difficiles à résumer de manière quantitative. Elles permettent aux chercheurs d'explorer en profondeur les détails et les nuances d'un sujet. Elle aide à la **synthèse des connaissances et des lacunes** dans la littérature. Cette analyse a permis d'identifier des questions de recherches importantes encore négligées nécessitant des explorations plus approfondies. Cette recherche pose les **bases bibliographiques aidant à la réalisation d'une étude pilote** de catégorie 2 en attente de CPP (détaillée ci après).

A priori, **aucune revue n'a été rédigée jusque-là sur ce sujet**, la contribution de cette recherche en est d'autant plus grande et justifiée.

11. Limites de cette revue

11.1. Limitations liées aux revues narratives

Les limites de cette étude correspondent aux limitations intrinsèques aux revues narratives. Pour rappel, elles restent de nature **non systématique** et informelles et reflètent donc un jugement qui, même si argumenté de façon cohérente, reste subjectif. Elles sont plus sujettes aux **biais de sélection et d'interprétation** du fait d'une méthodologie moins rigoureuse que celle d'une revue systématique. Ce type d'étude n'est **pas toujours reproductible**. L'**absence d'évaluation de la qualité des études incluses et d'analyse du risque de biais** participant à une fragilité méthodologique. Certains **articles n'étaient pas disponibles** à la lecture intégrale (absence de DOI par exemple).

11.2. Difficultés rencontrées

La confrontation à la **multiplicité des référentiels** (CIM-11, le DSM-5, le référentiel de psychiatrie 3^e édition) proposant des classifications sensiblement différentes, des critères diagnostiques différents pour des troubles similaires, complexifie les recherches bibliographiques et la présentation des résultats. La présence de **nombreux concepts** variés notamment basés sur la **psychanalyse** a également complexifié la compréhension de certains travaux. Les définitions des concepts présentés en introduction (stress,

anxiété, angoisse, panique, peur) parfois confondants, souvent vulgarisés ou utilisés à mauvais escient, ainsi que la présence de nombreux articles nécessitant une **traduction française** ont également contribué à ces difficultés. De la même manière, la **limite entre anxiété symptôme transnosographique** (ne respectant pas les critères d'un trouble anxieux) **et le trouble anxieux** a parfois été difficile à cerner.

Les **idées préconçues** communément portées sur la danse-thérapie comme une application thérapeutique de n'importe quelle forme dansée (dont les danses de couple, le classique, le modern-jazz etc) se sont confrontées à une réalité tout autre, à une définition et des modalités d'application bien particulières définies par les piliers de ce type d'intervention. D'où la création de critères d'exclusion bien précis et sélectifs, excluant de nombreuses études sur l'impact de certaines danses sur l'anxiété et qui présentent par ailleurs des résultats encourageants.

Les articles présentés dans la base de données pubmed portent plus facilement sur le terme DMT, alors que le terme Danse-Thérapie est plus employé en France, la recherche a donc dû être étendue aux **différents vocabulaires employés**.

12. Proposition d'une étude pilote suite à cette revue

Les motivations de la création de l'étude pilote sont détaillées ci-dessous. Le **protocole de recherche** est décrit dans l'annexe 5.

D Salihu (Salihu, 2021) suggère que l'exposition à une intervention de danse pendant **au moins 150 minutes par semaine** s'est avérée avoir réduit les symptômes de dépression. Je me suis donc basée sur ce temps pour mes ateliers^[166].

M. Pulkanen (Pulkanen, 2014)^[98] évoque que des recherches supplémentaires utilisant un **groupe témoin**, des **mesures de suivi** et **une plus grande taille d'échantillon** sont nécessaires pour obtenir davantage de preuves soutenant l'efficacité du modèle d'intervention décrit dans cette étude pilote. Dans la présente étude, nous nous sommes également concentrés sur des **personnes en âge de travailler** atteintes de dépression, ce qui est un groupe cible très important pour de nombreuses raisons. Premièrement, la dépression dans la population en âge de travailler a des effets socio-économiques graves. Deuxièmement, elle affecte la qualité de vie des patients et leurs relations de nombreuses manières, comme en remettant en question les styles de relation sécurisés des patients

avec leurs enfants. **En plus des troubles dépressifs, d'autres catégories nosographiques fréquemment retrouvées au sein d'un hôpital de jour d'une clinique ont été intégrées.**

La **recherche quantitative** est une voie importante pour étudier et prouver l'efficacité du DMT. Au sein de mon protocole, l'étude portera sur des adultes en âge de travailler (18 à 65 ans), comportant un groupe contrôle (activités occupationnelles réalisées habituellement par le patient selon les préférences de chacun), avec des mesures de suivi (avant, pendant, à 7 jours et à 2 mois de la fin de l'intervention), comportant plusieurs échelles pour une évaluation complète intégrant même l'évaluation des ressentis physiques, (STAI-Y état-trait pour critère de jugement principal et inventaire de Beck et EVA anxiété comme critères secondaires), et un échantillon de 32 patients (2 interventions-cessions différentes comportant 16 patients, chaque groupe comportant 8 patients). La répartition sera **randomisée**. Chaque intervention (session) comportera 4 séances (une séance hebdomadaire de 150 minutes pendant 4 semaines). Deux études (Punkanen et Pylvaneinen) suggèrent un potentiel effet de la DMT sur un nombre plus restreint de séances que leur propres interventions (de 20 séances deux fois par semaines, puis 12 séances). Un **petit nombre de séances** permet une organisation plus facile pour les thérapeutes et une meilleure adaptation avec le fonctionnement habituel de la clinique. Les patients s'inscrivent plus librement pour un groupe comportant peu de séances. Comme le conseille l'étude de 2020 de Savidaki^[104], la réalisation des séances sera effectuée en **groupe fermé** permettant aux patients de développer de la confiance envers le groupe. Comme le conseille Koch dans son étude de 2019^[55], grâce à l'utilisation de l'inventaire de Beck pour évaluer l'anxiété, l'étude se penchera sur l'évolution des **symptômes physiques de l'anxiété**. Pour terminer une **réduction du biais** potentiellement produit par la musique dans le groupe interventionnel a été mise en place en prévoyant d'instaurer le même accompagnement musical au sein du groupe contrôle.

Ce protocole d'étude pilote de catégorie deux, est **en attente de l'accord du CPP** (Comité de Protection des Personnes) pour un **début programmé en novembre 2023** au sein de l'hôpital de jour de la clinique Le Ryonval à Sainte-Catherine (région Arrageoise).

CONCLUSION

La danse-thérapie, **discipline vivante du 21^e siècle**, est, selon Jocelyne Vaysse, à la **convergence de l'art de la danse et d'une science de la thérapie**. Cette alliance est justifiée par leur objet commun : le corps, en tant que « **corps global** », celui qui suggère la liaison entre les pôles soma et psyché. Approche novatrice au sein des thérapies en santé mentale, elle a suscité un **intérêt croissant** en ce qui concerne son efficacité dans la réduction des symptômes anxieux au sein de la population clinique psychiatrique adulte. Cette revue narrative a examiné de manière approfondie un ensemble de recherches portant sur cette thématique et a permis de mettre en exergue les connaissances établies mais aussi les lacunes la concernant.

Tout d'abord, il est essentiel de noter que la danse-thérapie semble avoir un **impact hétérogène** car non efficiente sur tous les symptômes ou toutes les catégories nosographiques de la littérature. Concernant notre objectif, elle a **globalement montré un potentiel significatif dans la réduction des symptômes anxieux** chez les adultes souffrant de troubles psychiatriques après leur participation aux séances, mais aussi en comparaison avec un groupe contrôle non exposé. Les études incluses dans cette revue portent principalement sur l'anxiété au sein des troubles dépressifs, de la schizophrénie, des troubles liés à des traumatismes et des troubles du comportement alimentaire. Ces résultats révèlent également que l'effet de la danse-thérapie sur l'anxiété dans certaines pathologies telles que les troubles anxieux, le trouble bipolaire, le trouble obsessionnel compulsif, les troubles liés à une substance, les troubles de la personnalité, et le trouble du spectre de l'autisme chez l'adulte, manquent de preuves fiables. Ces **lacunes** rendent difficile une application fondée sur les preuves alors que la danse-thérapie pourrait être une **intervention complémentaire** aux approches traditionnelles et conventionnelles concernant le traitement de l'anxiété au sein de ces pathologies.

En mettant l'accent sur le mouvement corporel, l'expression émotionnelle et la créativité, cette forme de thérapie permet aux individus de se connecter à leur corps et à leurs émotions de manière profonde. Cette approche **holistique** pourrait être particulièrement bénéfique pour les adultes souffrant de troubles psychiatriques, où l'anxiété est souvent liée à des expériences émotionnelles et corporelles complexes.

Cependant, il est important de noter que la recherche dans ce domaine est encore relativement limitée, de par la grande hétérogénéité des interventions, le manque de connaissances des mécanismes de fonctionnement et le sous-financement des essais contrôlés randomisés multicentriques. De plus, l'efficacité de la danse-thérapie peut varier en fonction de la gravité de l'anxiété, du type de trouble psychiatrique associé, de la sensibilité individuelle et de l'engagement du patient dans les soins. Par conséquent, il est nécessaire de **personnaliser** les interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque patient et de réaliser des **études cliniques de grande envergure** pour confirmer ces observations.

En conclusion, bien que la danse-thérapie montre un potentiel prometteur dans la réduction des symptômes anxieux au sein de la population clinique psychiatrique adulte, des recherches supplémentaires et plus approfondies sont nécessaires pour consolider les constatations de ce complément thérapeutique précieux.

« La parole divise. La danse est union. » Maurice Béjart.

Liste des tables

- Table 1. *Evolution en % (observés-attendus) et écart (observés-attendus) du nombre de délivrances et d'instaurations d'antidépresseurs selon les périodes en 2020 et 2021 par rapport à l'attendu*
- Table 2. *Scores moyens et écarts-types avant et après intervention et résultats du test t pour toutes les mesures des résultats secondaires*
- Table 3. *Score moyen et écart-type concernant le BDI-II, la HADS, le SCL-90, le CORE, avant, après intervention et au suivi à 3 mois*
- Table 4. *Moyenne et écart-type des mesures des résultats dans le groupe traitement et le groupe contrôle : résultats du test de Wald, y compris les estimations et la taille d'effet corrigée entre les groupes*
- Table 5. *Résultats de comparaison des scores de différence moyenne à 12 semaines de DMT pour la dépression et l'anxiété*
- Table 6. *Médianes, écarts interquartiles, tailles d'effet avant et après intervention et scores de variation*
- Table 7. *Affichage côte à côte des résultats quantitatifs et qualitatifs*
- Table 8. *Comparaison des résultats des échelles PANSS et FROGS entre les groupes*
- Table 9. *Tableau récapitulatif des interventions en fonction du bras correspondant*
- Table 10. *Tableau récapitulatif des résultats de la revue*
- Table 11. *Codages des troubles dépressifs caractérisés selon la sévérité, l'épisode isolé ou récurrent*
- Table 12. *Codages des troubles bipolaires de type 1 selon la sévérité, et le type d'épisode*

Références

- [1] Sachs C, Kerr L. Curt Sachs. Histoire de la danse, traduite de l'allemand par L. Kerr. Gallimard; 1938.
- [2] Séchan L. La danse grecque antique. E. de Boccard; 1930.
- [3] Sironi VA, Riva MA. Neurological implications and neuropsychological considerations on folk music and dance. *Prog Brain Res* 2015;217:187–205. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.027>.
- [4] Anzieu D. *Le Moi-peau*. 2e édition. Paris: Dunod; 1985.
- [5] Ehrenfreund H. Freud : le schéma topique entre corps et psyché. Haguitt Ehrenfreund 2021. <https://therapie-en-mouvement.ch/freud-schema-topique-corps-psyche/> (accessed September 19, 2023).
- [6] Corps et psychisme, une relation d'étayage. *Jalons Pour Une Prat. Psychocorporelle*, Toulouse: Érès; 2012, p. 17–35. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0015>.
- [7] Greilsammer H. La Thérapie par la danse et le mouvement : entre corps, mouvement et parole. *Bull Cent Rech Fr À Jérusalem* 2014.
- [8] Baker CC. S. Goodill, *An Introduction to Medical Dance/Movement Therapy: Health Care in Motion*, Jessica Kingsley Publishers, London, 2005. *Arts Psychother* 2006;33:151–3. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.01.003>.
- [9] Landa A, Bossis AP, Boylan LS, Wong PS. Beyond the unexplainable pain: relational world of patients with somatization syndromes. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:413–22. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182532326>.
- [10] Sheets-Johnstone M. *The Primacy of Movement*. John Benjamins Publishing Company; n.d.
- [11] Dychtwald K. *Bodymind*. 1977.
- [12] Tortora S. Children Are Born to Dance! *Pediatric Medical Dance/Movement Therapy: The View from Integrative Pediatric Oncology*. *Child Basel Switz* 2019;6:14. <https://doi.org/10.3390/children6010014>.
- [13] Constitution n.d. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (accessed September 21, 2023).
- [14] Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, editors. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021.
- [15] Les symptômes et les causes de l'anxiété. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/symptomes-causes.html> (accessed September 21, 2023).
- [16] Anxiété, stress et angoisse : comment les distinguer? • Clinique de Psychologie Québec 2019. <https://cliniquepsychologiequebec.com/anxiete-stress-angoisse-comment-les-distinguer/> (accessed September 21, 2023).
- [17] Anxiété ou angoisse : comment la reconnaître et la traiter ? *Psychiatre Paris TCC TIP EMDR* n.d. <https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/anxiete-angoisse-attaque-paniqu>

- e-crise-coeur-respiration-tremblement-sueur-boule-gorge-ventre-psy-paris/ (accessed September 21, 2023).
- [18] Présentation des troubles anxieux - Troubles mentaux. Man MSD Pour Gd Public n.d.
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-t-troubles-li%C3%A9s-au-stress/pr%C3%A9sentation-des-troubles-anxieux> (accessed September 21, 2023).
- [19] Les symptômes et les causes de l'anxiété. VIDAL n.d.
- [20] Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
- [21] Martin L, Oepen R, Bauer K, Nottensteiner A, Mergheim K, Gruber H, et al. Creative Arts Interventions for Stress Management and Prevention-A Systematic Review. *Behav Sci Basel Switz* 2018;8:28. <https://doi.org/10.3390/bs8020028>.
- [22] Maameri C-J. Les thérapies complémentaires possibles aux traitements des troubles anxieux n.d.
- [23] Perrotta G. Psychological Trauma: Definition, Clinical Contexts, Neural Correlations and Therapeutic Approaches Recent Discoveries 2020.
- [24] Clayton PJ, Grove WM, Coryell W, Keller M, Hirschfeld R, Fawcett J. Follow-up and family study of anxious depression. *Am J Psychiatry* 1991;148:1512–7. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1512>.
- [25] Aina Y, Susman JL. Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106:S9-14.
- [26] Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67 Suppl 1:5–7.
- [27] Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 2009;110:1–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>.
- [28] The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication - PMC n.d.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/> (accessed September 22, 2023).
- [29] Brady KT, Verduin ML. Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders. *Subst Use Misuse* 2005;40:2021–41, 2043–8. <https://doi.org/10.1080/10826080500294924>.
- [30] Gérer l'anxiété d'une personne autiste | Autisme Info Service n.d.
<https://www.autismeinfoservice.fr/adapter/professionnels-sante/anxiete> (accessed September 22, 2023).
- [31] Data pathologies, une cartographie interactive des pathologies et dépenses de santé de 2015 à 2020 2022.
<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-06-20-dp-data-pathologies> (accessed September 22, 2023).
- [32] Lolivier I. La santé mentale représente 14% des dépenses de santé. *Santé Ment* 2022.
<https://www.santementale.fr/2022/07/la-sante-mentale-represente-14-des-depenses-de-sante/> (accessed September 22, 2023).
- [33] Psychotropes : hausse préoccupante de la consommation chez les enfants | vie-publique.fr 2023.
<http://www.vie-publique.fr/en-bref/288736-psychotropes-hausse-preoccupante-de-la-consommation-chez-les-enfants> (accessed September 23, 2023).
- [34] Czekajewska J, Moskalewicz M, Zamojski J, Musielak M. Kazimierz Filip Wize (1873

- 1953) - a psychiatrist, a biologist, and a philosopher. *Psychiatr Pol* 2020;54:1025–35. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/105213>.
- [35] Klein J-P. *L'Art en thérapie*. Marseille: Hommes Et Perspectives; 1993.
- [36] Chiang M, Reid-Varley WB, Fan X. Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Res* 2019;275:129–36. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>.
- [37] Czamanski-Cohen J, Weihs KL. The Bodymind Model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *Arts Psychother* 2016;51:63–71. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.08.006>.
- [38] Millard E, Cardona J, Fernandes J, Priebe S, Carr C. I know what I like, and I like what I know: Patient preferences and expectations when choosing an arts therapies group. *Arts Psychother* 2021;75:None. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101829>.
- [39] Barnish MS, Nelson-Horne RV. Group-based active artistic interventions for adults with primary anxiety and depression: a systematic review. *BMJ Open* 2023;13:e069310. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069310>.
- [40] de Witte M, Orkibi H, Zarate R, Karkou V, Sajnani N, Malhotra B, et al. From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Front Psychol* 2021;12:678397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>.
- [41] Chyle F, Boehm K, Imus S, Ostermann T. A reconstructive hermeneutic analysis: the distinctive role of body- and movement-based interventions with male offenders. *Body Mov Dance Psychother* 2020;15:106–23. <https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1748902>.
- [42] Vaysse J. *La danse-thérapie: histoire, techniques, théories*. Nouvelle éd. augmentée. Paris Budapest Kinshasa [etc.]: l'Harmattan; 2006.
- [43] Cruz RF. Dance/Movement Therapy and Developments in Empirical Research: The First 50 Years. *Am J Dance Ther* 2016;38:297–302. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9224-2>.
- [44] Millman LSM, Terhune DB, Hunter ECM, Orgs G. Towards a neurocognitive approach to dance movement therapy for mental health: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2021;28:24–38. <https://doi.org/10.1002/cpp.2490>.
- [45] Klein J-P. Chapitre II. L'art-thérapie, avec quoi ? vol. 12e éd., Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2023, p. 47–81.
- [46] Schott-Billmann F. *Quand la danse guérit: Approche anthropologique de la fonction thérapeutique de la danse*. France: Recherche En Danse; 1994.
- [47] Lusebrink VB. Assessment and therapeutic application of the expressive therapies continuum: Implications for brain structures and functions. *Art Ther* 2010;27:168–77. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129380>.
- [48] Röhricht F. Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body Mov Dance Psychother* 2015;10:51–67. <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.962093>.
- [49] Wind J, Schöllhorn W. The impact of modern jazz dance on the electrical brain activity. *Neuroscience*; 2018. <https://doi.org/10.1101/472324>.
- [50] Cantero JL, Atienza M, Salas RM. Human alpha oscillations in wakefulness, drowsiness period, and REM sleep: different electroencephalographic phenomena within the alpha band. *Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol* 2002;32:54–71. [https://doi.org/10.1016/s0987-7053\(01\)00289-1](https://doi.org/10.1016/s0987-7053(01)00289-1).
- [51] Tarsha MS, Park S, Tortora S. Body-Centered Interventions for Psychopathological Conditions: A Review. *Front Psychol* 2019;10:2907. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02907>.
- [52] Jeong Y-J, Hong S-C, Lee MS, Park M-C, Kim Y-K, Suh C-M. Dance movement

therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *Int J Neurosci* 2005;115:1711–20. <https://doi.org/10.1080/00207450590958574>.

- [53] Bojner-Horwitz E, Theorell T, Maria Anderberg U. Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: a study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *Arts Psychother* 2003;30:255–64. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2003.07.001>.
- [54] Horwitz E, Kowalski J, Theorell T, Anderberg U. Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *Arts Psychother* 2006;33:11–25. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.05.004>.
- [55] Koch SC, Riege RFF, Tisborn K, Biondo J, Martin L, Beelmann A. Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Front Psychol* 2019;10:1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>.
- [56] Hanna JL. *Dancing for Health : Conquering and Preventing Stress*. Rowman Altamira. Lanham, MD, USA: 2006.
- [57] Goodwin RD. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Prev Med* 2003;36:698–703. [https://doi.org/10.1016/s0091-7435\(03\)00042-2](https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00042-2).
- [58] aan het Rot M, Collins KA, Fitterling HL. Physical exercise and depression. *Mt Sinai J Med N Y* 2009;76:204–14. <https://doi.org/10.1002/msj.20094>.
- [59] Kedem D, Regev D, Guttman J. Moving together: Assessing the effectiveness of group mother-child dance and movement therapy. *Arts Psychother* 2021;74:101803. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101803>.
- [60] Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *Arts Psychother* 2014;41:46–64. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004>.
- [61] Grasser LR, Al-Saghir H, Wanna C, Spinei J, Javanbakht A. Moving Through the Trauma: Dance/Movement Therapy as a Somatic-Based Intervention for Addressing Trauma and Stress Among Syrian Refugee Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58:1124–6. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.007>.
- [62] Grönlund E, Renck B, Vabö NG, Vetterfalk K. *How depressed teenage girls can be helped by dance movement therapy*, 2006.
- [63] Erwin-Grabner T, Goodill SW, Hill ES, Von Neida K. Effectiveness of Dance/Movement Therapy on Reducing Test Anxiety. *Am J Dance Ther* 1999;21:19–34. <https://doi.org/10.1023/A:1022882327573>.
- [64] Jiménez J, Bräuninger I, Meekums B. Dance movement therapy with older people with a psychiatric condition: A systematic review. *Arts Psychother* 2019;63:118–27. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.11.008>.
- [65] Salmons C, Roberts M, Sappington E, Yalcin A, VandeWeerd C. Innovative behavioral health programs for older adults: Findings from movement therapy in older adults experiencing anxiety and depression. *Arts Psychother* 2022;77:101873. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101873>.
- [66] Gray A. *The Body Remembers: Dance/Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture*. *Am J Dance Ther* 2001;23:29–43. <https://doi.org/10.1023/A:1010780306585>.
- [67] *The Parent Should Go First: A Dance/Movement Therapy Exploration in Child Loss* | SpringerLink n.d. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10465-011-9117-3> (accessed September 23, 2023).

- [68] Özümerzifon Y, Ross A, Brinza T, Gibney G, Garber CE. Exploring a Dance/Movement Program on Mental Health and Well-Being in Survivors of Intimate Partner Violence During a Pandemic. *Front Psychiatry* 2022;13:887827. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.887827>.
- [69] Movement and Mindfulness: A Formative Evaluation of a Dance/Movement and Yoga Therapy Program with Participants Experiencing Severe Mental Illness. *ResearchGate* n.d. <https://doi.org/10.1007/s10465-011-9121-7>.
- [70] Grönlund E, Renck B, Weibull J. Dance/Movement Therapy as an Alternative Treatment for Young Boys Diagnosed as ADHD: A Pilot Study. *Am J Dance Ther* 2005;27:63–85. <https://doi.org/10.1007/s10465-005-9000-1>.
- [71] Theorell T, Konarski K, Westerlund H, Burell AM, Engström R, Lagercrantz AM, et al. Treatment of patients with chronic somatic symptoms by means of art psychotherapy: a process description. *Psychother Psychosom* 1998;67:50–6. <https://doi.org/10.1159/000012259>.
- [72] Wang Y, Liu M, Tan Y, Dong Z, Wu J, Cui H, et al. Effectiveness of Dance-Based Interventions on Depression for Persons With MCI and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* 2021;12:709208. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709208>.
- [73] Kiepe M-S, Stöckigt B, Keil T. Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *Arts Psychother* 2012;39:404–11. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.06.001>.
- [74] Kalyani HHN, Sullivan KA, Moyle G, Brauer S, Jeffrey ER, Kerr GK. Impacts of dance on cognition, psychological symptoms and quality of life in Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation* 2019;45:273–83. <https://doi.org/10.3233/NRE-192788>.
- [75] Hackney ME, Bennett CG. Dance therapy for individuals with Parkinson's disease: improving quality of life. *Res Rev Park* 2014;4:17–25. <https://doi.org/10.2147/JPRLS.S40042>.
- [76] Sharp K, Hewitt J. Dance as an intervention for people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;47:445–56. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.009>.
- [77] Aguiar LPC, da Rocha PA, Morris M. Therapeutic Dancing for Parkinson's Disease. *Int J Gerontol* 2016;10:64–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.02.002>.
- [78] Zhang Q, Hu J, Wei L, Jia Y, Jin Y. Effects of dance therapy on cognitive and mood symptoms in people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2019;36:12–7. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.04.005>.
- [79] Wang L-L, Sun C-J, Wang Y, Zhan T-T, Yuan J, Niu C-Y, et al. Effects of dance therapy on non-motor symptoms in patients with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* 2022;34:1201–8. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02030-7>.
- [80] Michels K, Dubaz O, Hornthal E, Bega D. "Dance Therapy" as a psychotherapeutic movement intervention in Parkinson's disease. *Complement Ther Med* 2018;40:248–52. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.07.005>.
- [81] Boehm K, Cramer H, Staroszyński T, Ostermann T. Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014;2014:1–9. <https://doi.org/10.1155/2014/103297>.
- [82] Archer S, Buxton S, Sheffield D. The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psychooncology* 2015;24:1–10. <https://doi.org/10.1002/pon.3607>.

- [83] Ho RTH, Fong TCT, Cheung IKM, Yip PSF, Luk M-Y. Effects of a Short-Term Dance Movement Therapy Program on Symptoms and Stress in Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:824–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.332>.
- [84] Karkou V, Meekums B. Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011022.pub2>.
- [85] Conceição LSR, Neto MG, do Amaral MAS, Martins-Filho PRS, Carvalho VO. Effect of dance therapy on blood pressure and exercise capacity of individuals with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol* 2016;220:553–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.06.182>.
- [86] Gomes Neto M, Menezes MA, Oliveira Carvalho V. Dance therapy in patients with chronic heart failure: a systematic review and a meta-analysis. *Clin Rehabil* 2014;28:1172–9. <https://doi.org/10.1177/0269215514534089>.
- [87] Rodrigues-Krause J, Farinha JB, Krause M, Reischak-Oliveira Á. Effects of dance interventions on cardiovascular risk with ageing: Systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2016;29:16–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.09.004>.
- [88] Weitz N, Opre A. Combining Dance/Movement Therapy with Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Children with Anxiety Disorders: Factors Explaining Therapists' Attitudes. *Am J Dance Ther* 2022;44:186–209. <https://doi.org/10.1007/s10465-022-09369-y>.
- [89] Majore-Dusele I, Karkou V, Millere I. The Development of Mindful-Based Dance Movement Therapy Intervention for Chronic Pain: A Pilot Study With Chronic Headache Patients. *Front Psychol* 2021;12:587923. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.587923>.
- [90] Liaoning Normal University, Dalian, China, Shao S. Intervention Effect of Dance Therapy Based on the Satir Model on the Mental Health of Adolescents during the COVID-19 Epidemic. *Psychiatr Danub* 2021;33:411–7. <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.411>.
- [91] Puxeddu V. Chapitre 4. La danse-thérapie. *Art-Thérapies*, vol. 2e éd., Paris: Dunod; 2020, p. 137–81. <https://doi.org/10.3917/dunod.lecou.2020.01.0137>.
- [92] Carrette G, Belala N. Un pas vers soi, un pas vers l'autre. Corps en mouvement : un atelier où la danse thérapie et la psychomotricité se rencontrent. *Thérapie Psychomot Rech* 2022;188:68–79.
- [93] Lesage B. La danse dans le processus thérapeutique: fondements, outils et clinique en danse-thérapie. Ramonville-Saint-Agne: Éd. Érès; 2005.
- [94] Moscone A-L, Leconte P, Le Scanff C. L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. *Mov Sport Sci* 2014;84:51–9. <https://doi.org/10.3917/sm.084.0051>.
- [95] Lesage B. Un corps à construire, tonus, posture, spatialité, temporalité. Érès; 2021.
- [96] Steinberg-Oren SL, Krasnova M, Krasnov IS, Baker MR, Ames D. Let's Dance: A Holistic Approach to Treating Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Fed Pract Health Care Prof VA DoD PHS* 2016;33:44–9.
- [97] Heber L. Dance movement: a therapeutic program for psychiatric clients. *Perspect Psychiatr Care* 1993;29:22–9. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1993.tb00408.x>.
- [98] Punkanen M, Saarikallio S, Luck G. Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study. *Arts Psychother* 2014;41:493–7. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.001>.
- [99] Pylvänäinen PM, Muotka JS, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment.

- Front Psychol 2015;6:980. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00980>.
- [100] Hyvönen K, Pylvänäinen P, Muotka J, Lappalainen R. The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multicenter, Randomized Controlled Trial in Finland. *Front Psychol* 2020;11:1687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01687>.
- [101] Lee H-J, Jang S-H, Lee S-Y, Hwang K-S. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *Arts Psychother* 2015;45:64–8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.07.003>.
- [102] Bryl K, Bradt J, Cechnicki A, Fisher K, Sossin KM, Goodill S. The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study. *J Ment Health Abingdon Engl* 2020;31:613–23. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757051>.
- [103] Gökçen A, Ekici G, Abaoğlu H, Tiryaki Şen D. The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. *Arts Psychother* 2020;71:101702. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101702>.
- [104] Savidaki M, Demirtoka S, Rodríguez-Jiménez R-M. Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *J Eat Disord* 2020;8:22. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00296-2>.
- [105] Y. Bloch. Randomized Controlled Trial Examining the Effectiveness of Two Group Psychotherapies for Anxiety Disorders: Unified Cognitive-behavioral Therapy vs. Combined Cognitive Behavioral and Dance/Movement Therapy. *clinicaltrials.gov*; 2016.
- [106] Javanbakht A. Targeting Trauma-Related Disorders With Arts and Movement Therapies. *clinicaltrials.gov*; 2022.
- [107] Lesté A, Rust J. Effects of dance on anxiety. *Percept Mot Skills* 1984;58:767–72. <https://doi.org/10.2466/pms.1984.58.3.767>.
- [108] Brooks D, Stark A. The effect of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *Am J Dance Ther* 1989;11:101–12. <https://doi.org/10.1007/BF00843774>.
- [109] Ritter M, Low KG. Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *Arts Psychother* 1996;23:249–60. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(96\)00027-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(96)00027-5).
- [110] Moratelli JA, Veras G, Lyra VB, Silveira J da, Colombo R, de Azevedo Guimarães AC. Evidence of the Effects of Dance Interventions on Adults Mental Health: A Systematic Review. *J Dance Med Sci Off Publ Int Assoc Dance Med Sci* 2023;1089313X231178095. <https://doi.org/10.1177/1089313X231178095>.
- [111] Wiedenhofer S, Koch SC. Active factors in dance/movement therapy: Specifying health effects of non-goal-orientation in movement. *Arts Psychother* 2017;52:10–23. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.004>.
- [112] Koch S, Morlinghaus K, Fuchs T. The joy dance Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *Arts Psychother* 2007.
- [113] Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009895.pub2>.
- [114] Papadopoulous N, Röhrich F. An investigation into the application and processes of manualised group body psychotherapy for depressive disorder in a clinical trial. *Body* 2014;9. <https://doi.org/10.1080/17432979.2013.847499>.
- [115] Gunther C, Holter G. Outcome Factors of DMT: A Pilot-Study with Depressive Patients. In- Presentation on the 2nd International Research Colloquium in Dance Therapy 2006.

- [116] Karkou V, Aithal S, Zubala A, Meekums B. Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults With Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. *Front Psychol* 2019;10:936. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936>.
- [117] Chace M. Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bull Menninger Clin* 1953;17:219–25.
- [118] Chace M. Marian Chace, her papers / edited by Harris Chaiklin. American Dance Therapy Association; 1975.
- [119] Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD006868. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006868.pub3>.
- [120] Röhrich F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2006;36:669–78. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007161>.
- [121] National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update)*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009.
- [122] Martin LAL, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia-A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Front Psychol* 2016;7:483. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00483>.
- [123] Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall R, Lauber C, Reininghaus U, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Health Technol Assess Winch Engl* 2016;20:vii–xxiii, 1–100. <https://doi.org/10.3310/hta20110>.
- [124] Savill M, Orfanos S, Bentall R, Reininghaus U, Wykes T, Priebe S. The impact of gender on treatment effectiveness of body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: a secondary analysis of the NESS trial data. *Psychiatry Res* 2017;247:73–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.020>.
- [125] Koch SC, Weidinger-von der Recke B. Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *Arts Psychother* 2009;36:289–96. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.07.002>.
- [126] Devereaux C. Untying the Knots: Dance/Movement Therapy with a Family Exposed to Domestic Violence. *Am J Dance Ther* 2008;30:58–70. <https://doi.org/10.1007/s10465-008-9055-x>.
- [127] Leventhal F, Chang M. Dance/movement therapy with battered women: A paradigm of action. *Am J Dance Ther* 1991;13:131–45. <https://doi.org/10.1007/BF00844142>.
- [128] Smadar B-A, Koren B, Tropea E, Fraenkel D. Case Study of a Five Year Old Israeli Girl in Movement Therapy. *Am J Dance Ther* 2002;24:27–43. <https://doi.org/10.1023/A:1019769631655>.
- [129] Mills LJ, Daniluk JC. Her Body Speaks: The Experience of Dance Therapy for Women Survivors of Child Sexual Abuse. *J Couns Dev* 2002;80:77–85. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00169.x>.
- [130] Pierce L. The integrative power of dance/movement therapy: Implications for the treatment of dissociation and developmental trauma. *Arts Psychother* 2014;41:7–15. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.002>.
- [131] Dieterich-Hartwell R. Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. *Arts Psychother* 2017;54:38–46. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.02.010>.
- [132] Tomaszewski C, Belot R-A, Essadek A, Onumba-Bessonnet H, Clesse C. Impact of

- dance therapy on adults with psychological trauma: a systematic review. *Eur J Psychotraumatology* 2023;14:2225152.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2225152>.
- [133] Levine B, Land HM. A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/Movement Therapy for Individuals With Trauma. *Qual Health Res* 2016;26:330–44. <https://doi.org/10.1177/1049732315589920>.
- [134] Salter A. *Transforming Trauma*. SAGE Publ Inc 1995.
<https://us.sagepub.com/en-us/nam/transforming-trauma/book4950> (accessed September 25, 2023).
- [135] Parling T, Mortazavi M, Ghaderi A. Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept? *Eat Behav* 2010;11:205–10. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.04.001>.
- [136] Kleinlooh ST, Samaritter RA, van Rijn RM, Kuipers G, Stubbe JH. Dance Movement Therapy for Clients With a Personality Disorder: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Front Psychol* 2021;12:581578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.581578>.
- [137] Berger MR. *Movement patterns in borderline and narcissistic personality disorders* 1999.
- [138] Davis M, Lausberg H, Cruz R, Roskin Berger M, Dulicai D. The Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI). In: Koch SC, Bender S, editors. *Mov. Anal. - Bewegungsanalyse Leg. Laban Bartenieff Lamb Kestenberg*, Logos Verlag; 2007.
- [139] North M. *Personal Assessment Through Movement*. Plymouth: 1972.
- [140] Kil J. “Dancing behind prison bars—From movement to interaction in forensic psychiatry,” in: *Bewegungsanalyse von Interaktionen [Movement Analysis of Interaction]*,. Susanne Bender. 2010.
- [141] Lavender J, Sobelman W. *Dance and Other Expressive Art Therapies: When Words Are Not Enough*. New York: 1995.
- [142] Manford B. Insecure attachment and borderline personality disorder: Working with dissociation and the ‘capacity to think.’ *Body Mov Dance Psychother* 2014;9:93–105. <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.891261>.
- [143] Kleinlooh ST, Samaritter RA, Stubbe JH, Koes BW. A dance movement therapy intervention for people with a personality disorder: A Delphi study. *Arts Psychother* 2022;78:101883. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101883>.
- [144] Miliou A, Avdi E. Dance as a therapeutic medium for individuals with addictions: A qualitative study. *Hell J Psychol* 2006;3:57–78.
- [145] Fisher P. “More like growing than learning”: An exploration of the learning process when Dance/Movement Therapy meets addiction recovery. 2005:9–12.
- [146] Milliken R, Strickler S. Treatment of shame in a jail addictions program. 2004:9–14.
- [147] Milliken, R. (1990). *Dance/Movement Therapy with the Substance Abuser*. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 309-317. - References - Scientific Research Publishing n.d. [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55.\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=3319738](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55.))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=3319738) (accessed September 25, 2023).
- [148] *Dance/movement therapy: Its use in a 28-day substance abuse program* - ScienceDirect n.d.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019745569090052R> (accessed September 25, 2023).
- [149] Milliken R. Intervening in the Cycle of Addiction, Violence, and Shame: A Dance/Movement Therapy Group Approach in a Jail Addictions Program. *J Groups Addict Recovery* 2008;3:5–22. <https://doi.org/10.1080/15560350802157346>.
- [150] Perlmutter MA. The dance of addiction. *Am J Dance Ther* 1992;14:41–8. <https://doi.org/10.1007/BF00844134>.

- [151] Mastrominico A, Fuchs T, Manders E, Steffinger L, Hirjak D, Sieber M, et al. Effects of Dance Movement Therapy on Adult Patients with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behav Sci Basel Switz* 2018;8:61. <https://doi.org/10.3390/bs8070061>.
- [152] DeJesus BM, Oliveira RC, de Carvalho FO, de Jesus Mari J, Arida RM, Teixeira-Machado L. Dance promotes positive benefits for negative symptoms in autism spectrum disorder (ASD): A systematic review. *Complement Ther Med* 2020;49:102299. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102299>.
- [153] Koch SC, Mehl L, Sobanski E, Sieber M, Fuchs T. Fixing the mirrors: a feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism Int J Res Pract* 2015;19:338–50. <https://doi.org/10.1177/1362361314522353>.
- [154] Koch S. Body image in autism: An exploratory study on the effect of dance movement therapy. *Autism Open Access* 2016;6.
- [155] Bräuninger I. Specific dance movement therapy interventions—Which are successful? An intervention and correlation study. *Arts Psychother* 2014;41:445–57. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.08.002>.
- [156] García-Díaz S. The effect of the practice of Authentic Movement on the emotional state. *Arts Psychother* 2018;58:17–26. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.03.004>.
- [157] Musicant S. Authentic Movement: Clinical Considerations. *Am J Dance Ther* 2001;23:17–28. <https://doi.org/10.1023/A:1010728322515>.
- [158] Caldwell C, Victoria H. Breathwork in body psychotherapy: Towards a more unified theory and practice. *Body 2011; Movement and Dance in Psychotherapy*:89–101. <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.574505>.
- [159] Hildebrandt MK, Koch SC, Fuchs T. “We Dance and Find Each Other”1: Effects of Dance/Movement Therapy on Negative Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Behav Sci Basel Switz* 2016;6:24. <https://doi.org/10.3390/bs6040024>.
- [160] Dunphy KF, Hens T. Outcome-Focused Dance Movement Therapy Assessment Enhanced by iPad App MARA. *Front Psychol* 2018;9:2067. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02067>.
- [161] Hanevik H, Hestad K, Lien L, Teglbjaerg H, Danbolt LJ. Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *Arts Psychother* 2013;40:312–21. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.011>.
- [162] Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694–6.
- [163] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- [164] Guise J-M, Chang C, Viswanathan M, Glick S, Treadwell J, Umscheid CA, et al. *Systematic Reviews of Complex Multicomponent Health Care Interventions*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014.
- [165] Société Française de Danse-Thérapie n.d. <https://www.sfdt.fr/annuaires> (accessed September 29, 2023).
- [166] Salihi D, Kwan RYC, Wong EML. The effect of dancing interventions on depression symptoms, anxiety, and stress in adults without musculoskeletal disorders: An integrative review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2021;45:101467. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101467>.
- [167] Psychiatrie CN. *ECN Referentiel de Psychiatrie et Addictologie*. 2e édition. Tours. Rabelais; 2016.

Annexe 1

Les principales approches psychothérapeutiques selon les référentiels de Psychiatrie et d'Addictologie (2e et 3e édition)^[14.167]

1) Psychothérapies individuelles

- **Psychothérapie de soutien** (1e niveau, la moins théorisée, utilisée pour toutes les pathologies médicales psychiatriques et non psychiatriques)
- **Thérapie cognitivo-comportementale** (TCC) (appartient aux thérapies brèves). Le but est de faire acquérir aux patients des compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes. Elle est utilisée pour les TOCs, les phobies, les troubles anxieux principalement mais également pour les TSPT, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité borderline, la schizophrénie, les douleurs chroniques. Première vague comportementale, une seconde correspondant à la révolution cognitive, une troisième vague dite émotionnelle. On distingue l'ACT (acceptance and commitment therapy = thérapie d'acceptation et d'engagement), la DBT (dialectical behavioral therapy = thérapie comportementale dialectique), la MBCT (mindfulness based cognitive therapy = thérapie cognitive basée sur la pleine conscience), la MBSR (mindfulness based stress reduction = réduction du stress par la pleine conscience), et l'activation comportementale. C'est ce qui est recommandé en première intention pour l'anxiété.
- **Psychothérapie psychodynamique ou psychanalytique** (la psychanalyse reposant sur le postulat de l'inconscient créé par Freud) indiquée pour les troubles anxieux, les phobies, les TOCs, les troubles somatoforme, les troubles de la personnalité, troubles de l'adaptation, le TSPT.
- **ETP** (éducation thérapeutique du patient) : selon la HAS, l'ETP permet aux patients souffrant de pathologies chroniques d'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'auto-soins et d'adaptation, de les renforcer et de les maintenir dans le temps.
- **Remédiation cognitive**: elle est définie comme une approche « *permettant d'améliorer le fonctionnement cognitif, soit en entraînant les fonctions déficitaires,*

soit en permettant aux patients d'acquérir des stratégies leur permettant d'exploiter au mieux leurs fonctions résiduelles. »

- **Autres** : psychothérapie interpersonnelle (IPT) validée dans les troubles de l'humeur, EMDR, essentiellement indiquée dans les TSPT, les thérapies basées sur l'hypnose, les thérapies humanistes (thérapies existentielles et phénoménologiques (Dasein analyse), Gestalt-thérapie, l'analyse transactionnelle, les psychothérapies intégratives, les thérapies Rodgeriennes), les thérapies corporelles et à médiation (médiation corporelle, artistique, relaxation, biofeedback, sophro)

2) Psychothérapies de groupe

- **Thérapie systémique familiale (ou de couple)** : les symptômes du patient relatent un dysfonctionnement communicationnel ou interrelationnel du système. Thérapie indiquée dans les TCA et autres addictions, la schizophrénie, le TDAH, les troubles des conduites.
- **Autres** : psychothérapie institutionnelle (groupes de parole, ateliers d'expression, thérapies médiatisées, remédiations cognitives), psychothérapie mère-bébé, psychothérapie de groupe (psychodrame, groupe de paroles, groupe d'affirmation de soi, groupe de réhabilitation sociale et cognitive), ateliers thérapeutiques/art-thérapie, éducation thérapeutique en groupe.

Annexe 2

Critères diagnostiques selon le DSM-5^[20]

Anxiété généralisée

Critères diagnostiques 300.02 (F41.1)

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

N.B. : Un seul item est requis chez l'enfant.

- 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
- 2. Fatigabilité.
- 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
- 4. Irritabilité.
- 5. Tension musculaire.
- 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans

le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

Trouble obsessionnel-compulsif

Critères diagnostiques 300.3 (F42)

A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :

Obsessions définies par (1) et (2) :

1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ses pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion).

Compulsions définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. des soucis excessifs dans le l'anxiété généralisée, une préoccupation avec l'apparence dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou à se séparer de possessions dans la thésaurisation pathologique (syllogomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excoriations dans la dermatillomanie [trituration pathologique de la peau], des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec des substances ou le jeu d'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation par le fait d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme).

Spécifier si :

- Avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou insight : La personne reconnaît que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif ne correspondent certainement ou probablement pas à la réalité ou qu'elles pourraient être vraies ou fausses.
- Avec mauvaise prise de conscience ou insight : La personne pense que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif correspondent probablement à la réalité.
- Avec absence de prise de conscience ou insight/avec présence de croyances délirantes : Le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif sont vraies.

Spécifier si :

- En relation avec des tics : présence de tics actuellement ou dans les antécédents du sujet.

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques 309.81 (F43.10)

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance

à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :
 - 1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
 - 2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Trouble dépressif caractérisé

Critères diagnostiques

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait

appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Spécifier :

- Avec détresse anxieuse
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec caractéristiques mélancoliques
- Avec caractéristiques atypiques
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec catatonie. Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1).
- Avec début lors du péripartum
- Avec caractère saisonnier (épisodes récurrents seulement)

Table 11. Codages des troubles dépressifs caractérisés selon la sévérité, l'épisode isolé ou récurrent

Sévérité/évolution	Épisode isolé	Épisode récurrent*
Léger (p. 231)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moyen (p. 231)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 231)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Avec caractéristiques psychotiques** (p. 229)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En rémission partielle (p. 231)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En rémission complète (p. 231)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Non spécifié	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis. La définition des spécifications est présentée dans les pages indiquées.

** Si des caractéristiques psychotiques sont présentes, le code « avec caractéristiques psychotiques » doit être choisi indépendamment de la sévérité de l'épisode.

Source : Crocq M-A, Guelfi J-D. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015*

Trouble bipolaire de type I

Critères diagnostiques

1. A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque (critères A-D d'un « Épisode maniaque »). L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.

2. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

Spécifier :

- Avec détresse anxieuse
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec cycles rapides
- Avec caractéristiques mélancoliques
- Avec caractéristiques atypiques
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec catatonie Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1).

- Avec début lors du péripartum
- Avec caractère saisonnier

Table 12. Codages des troubles bipolaires de type 1 selon la sévérité, et le type d'épisode

Trouble bipolaire I	Épisode maniaque actuel ou le plus récent	Épisode hypomaniaque* actuel ou le plus récent	Épisode dépressif actuel ou le plus récent	Épisode non spécifié** actuel ou le plus récent
Léger (p. 192)	296.41 (F31.11)	NA	296.51 (F31.31)	NA
Moyen (p. 192)	296.42 (F31.12)	NA	296.52 (F31.32)	NA
Grave (p. 192)	296.43 (F31.13)	NA	296.53 (F31.4)	NA
Avec caractéristiques psychotiques*** (p. 190)	296.44 (F31.2)	NA	296.54 (F31.5)	NA
En rémission partielle (p. 192)	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	NA
En rémission complète (p. 192)	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	NA
Non spécifié	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	NA

* Les spécifications pour sévérité et psychotique ne s'appliquent pas ; coder 296.40 (F31.0) les cas non en rémission.

** Les spécifications pour sévérité, psychotique et en rémission ne s'appliquent pas. Coder 296.7 (F31.9).

*** En cas de présence de caractéristiques psychotiques, coder la spécification « avec caractéristiques psychotiques » indépendamment de la sévérité de l'épisode.

Source : Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015

Trouble bipolaire de type II

Critères diagnostiques 296.89 (F31.81)

A. Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A-F d'« épisode hypomaniaque ») et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (critères A-C d'« épisode dépressif caractérisé »).

B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.

C. L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance

importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier l'épisode actuel ou le plus récent :

- Hypomaniaque
- Dépressif

Spécifier si :

- Avec caractéristiques anxieuses
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec des cycles rapides
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec catatonie. Note de codage : utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1).
- Avec début lors du péripartum
- Avec caractère saisonnier : s'applique seulement à l'épisode dépressif caractérisé.

Spécifier l'évolution si les critères complets pour un épisode thymique ne sont pas remplis actuellement :

- En rémission partielle
- En rémission complète

Spécifier la sévérité si les critères complets pour un épisode thymique ne sont pas remplis actuellement :

- Léger
- Moyen
- Grave

6 Schizophrénie

Critères diagnostiques 295.90 (F20.9)

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.

2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Spécifier si :

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

- Premier épisode, actuellement en épisode aigu : Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un épisode aigu est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.
- Premier épisode, actuellement en rémission partielle : Une rémission partielle après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.
- Premier épisode, actuellement en rémission complète : Une rémission complète après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.
- Épisodes multiples, actuellement épisode aigu : Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).
- Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle
- Épisodes multiples, actuellement en rémission complète
- Continu : Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brefs au regard de l'ensemble de l'évolution.
- Non spécifié

Spécifier si :

- Avec catatonie (pour la définition, se référer aux critères de catatonie associée à un autre trouble mental, p. 146). Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1) catatonie associée à la schizophrénie pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide.

Spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité est cotée par une évaluation quantitative des symptômes psychotiques primaires, dont les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation du discours, les

comportements psychomoteurs anormaux et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être coté pour sa sévérité actuelle (en prenant en compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (Cf. dans le chapitre « Mesures d'évaluation » l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien.)

N.B. : Un diagnostic de schizophrénie peut être posé sans utiliser la spécification de sévérité.

Trouble général de la personnalité

Critères

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

1. La cognition (c.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).
2. L'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
3. Le fonctionnement interpersonnel.
4. Le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien).

Personnalité borderline

Critères diagnostiques 301.83 (F60.3)

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Anorexie mentale

Critères diagnostiques

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.

Note de codage : Le code CIM-11-MC dépend du sous-type.

Spécifier le type :

- (F50.01) Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. 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.
- (F50.02) Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Spécifier si :

- En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.

- En rémission complète : Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle : Le seuil de sévérité, chez les adultes, est établi à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) actuel (voir ci-dessous) ou, pour les enfants et les adolescents, à partir du percentile de l'IMC. Les degrés ci-dessous sont dérivés des catégories de maigreur de l'OMS pour les adultes ; pour les enfants et les adolescents, il faut utiliser les percentiles de l'IMC. Le degré de sévérité peut être majoré afin de refléter les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de prise en charge.

- Léger : IMC \geq 17 kg/m²
- Moyen : IMC 16-16,99 kg/m²
- Grave : IMC 15-15,99 kg/m²
- Extrême : IMC < 15 kg/m²

Boulimie (bulimia nervosa)

Critères diagnostiques 307.51 (F50.2)

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. 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.
2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. 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).

Spécifier si :

- En rémission partielle : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.
- En rémission complète : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

- Légère : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Moyenne : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Grave : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Extrême : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

10 Trouble du spectre de l'autisme

Critères diagnostiques 299.00 (F84.0)

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.

2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.

3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.

Spécifier la sévérité actuelle : La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).

4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

Spécifier la sévérité actuelle : La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en terme de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

N.B. : Les sujets ayant, selon le DSM-4, un diagnostic bien établi de trouble autistique, de syndrome d'Asperger ou de trouble envahissant du développement non spécifié doivent recevoir un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Chez les sujets ayant des déficits marqués de la communication sociale mais qui ne répondent pas aux autres critères du trouble autistique, l'existence d'un trouble de la communication sociale (pragmatique) doit être considérée.

Spécifier si :

- Avec ou sans déficit intellectuel associé
- Avec ou sans altération du langage associée

- Associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental (Note de codage : Utiliser un code additionnel pour identifier la pathologie associée.)
- Associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental (Note de codage : Utiliser un ou des codes additionnels pour identifier les troubles développementaux, mentaux et comportementaux associés.)
- Avec catatonie (se référer aux critères de la catatonie associée à un autre trouble mental, cf. p. 146 pour la définition) (Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 [F06.1] pour la catatonie associée au trouble du spectre de l'autisme pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide).

Déficit de l'attention/hyperactivité

Critères diagnostiques

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles : N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).

d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).

f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).

h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.

b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).

- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)
- d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f. Parle souvent trop.
- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex. à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Spécifier le type :

- 314.01 (F90.2) Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.
- 314.00 (F90.0) Présentation inattentive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention) est rempli mais pas le critère A2 (hyperactivité-impulsivité).
- 314.01 (F90.1) Présentation hyperactive/impulsive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) est rempli mais pas le critère A1 (inattention).

Spécifier si :

En rémission partielle : Lorsqu'au cours des 6 derniers mois l'ensemble des critères pour poser le diagnostic ne sont plus réunis alors qu'ils l'étaient auparavant, et que les symptômes continuent à entraîner une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Peu de symptômes, ou aucun, sont présents au-delà de ceux requis au minimum pour poser le diagnostic, et les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social ou professionnel.

Moyen : Les symptômes ou l'altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire entre « léger » et « grave ».

Grave : Plusieurs symptômes sont présents au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic, ou plusieurs symptômes particulièrement graves sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

Annexe 3

Table 1 : Evolution en % (observés-attendus) et écart (observés-attendus) du nombre de délivrances et d'instaurations d'antidépresseurs selon les périodes en 2020 et 2021 par rapport à l'attendu.

	Année 2020		Année 2021		Années 2020-2021	
Nombre de délivrances	S12 à S51		S1-S50		S12(2020) – S50(2021)	
<i>Antidépresseurs</i>	+1,4%	+434 371	+5,9%	+2 289 945	+3,9%	+2 724 316
<i>Antipsychotiques</i>	+1,5%	+128 716	+2,4%	+250 469	+2,0%	+379 185
<i>Anxiolytiques</i>	+5,5%	+1 616 293	+7,5%	+2 707 304	+6,7%	+4 323 597
<i>Hypnotiques</i>	+6,4%	+706 425	+11,4%	+1 480 867	+9,1%	+2 187 292
<i>Trait dépendance aux opiacés</i>	+0,7%	+12 668	+0,2%	+4 819	+0,4%	+17 487
<i>Traitements dépendance alcool</i>	+0,2%	+1 027	+9,2%	+51 679	+5,1%	+52 706
Nombre d'initiations						
<i>Antidépresseurs</i>	-2,6%	-35 581	+7,3%	+127 970	+2,9%	+92 389
<i>Antipsychotiques</i>	+0,1%	+414	+1,8%	+7 160	+1,1%	+7 574
<i>Anxiolytiques</i>	+3,6%	+120 106	+0,2%	+8 879	+1,7%	+128 985
<i>Hypnotiques</i>	+8,3%	+72 560	+12,2%	+128 607	+10,4%	+201 167
<i>Trait dépendance aux opiacés</i>	-3,0%	-468	-12,3%	-2 305	-8,1%	-2 773
<i>Traitements dépendance alcool</i>	-9,5%	-7 057	+1,6%	+1 473	-3,4%	-5 584

Source : rapport EPI-PHARE Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – rapport final

Annexe 4

Voici les termes utilisés lors des différentes recherches PUBMED.

Troubles anxieux et troubles dépressifs :

(("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract]) OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic movement"[Title/Abstract])) AND (("depress"[Title/Abstract]) OR ("dépression"[Title/Abstract]) OR ("depression"[Title/Abstract]) OR ("syndrome dépressif"[Title/Abstract]) OR ("syndrome anxio-dépressif"[Title/Abstract]) OR ("syndrome anxiodépressif"[Title/Abstract]) OR ("anxiety"[Title/Abstract]) OR ("anxiété"[Title/Abstract]) OR ("troubles anxieux"[Title/Abstract]) OR ("trouble anxieux"[Title/Abstract]) OR ("anxiety disorder"[Title/Abstract]))

Troubles liés à des traumatismes :

(("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR

("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse
 mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy
 "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract])
 OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement
 therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / mouvement therapy "[Title/Abstract]) OR
 ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR
 ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement
 "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR
 ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par
 la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse
 "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR
 ("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR
 ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la
 danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR
 ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement
 psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR
 ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic
 movement"[Title/Abstract])) AND ((("PTSD"[Title/Abstract]) OR
 ("ESPT"[Title/Abstract]) OR ("état de stress post-traumatique"[Title/Abstract])
 OR ("trauma*"[Title/Abstract]) OR ("TSPT"[Title/Abstract]) OR ("troubles du
 stress post-traumatique"[Title/Abstract]) OR ("trouble du stress
 post-traumatique"[Title/Abstract]) OR ("trouble lié à des
 traumatismes"[Title/Abstract]) OR ("troubles liés à des
 traumatismes"[Title/Abstract]) OR ("trouble stress
 post-traumatique"[Title/Abstract]) OR ("trouble stress aigu"[Title/Abstract]) OR
 ("troubles de l'adaptation"[Title/Abstract]) OR ("trouble de
 l'adaptation"[Title/Abstract]))

TOCs :

(("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR
 ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR
 ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse
 mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy
 "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract])

OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic movement"[Title/Abstract])) AND (("TOC"[Title/Abstract]) OR ("troubles obsessionnels-compulsifs"[Title/Abstract]) OR ("trouble obsessionnel-compulsif"[Title/Abstract]) OR ("obsessive compulsive disorder"[Title/Abstract]) OR ("obsessive compulsive disorders"[Title/Abstract]) OR ("OCD"[Title/Abstract]))

Troubles bipolaires :

((("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract]) OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR

("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic movement"[Title/Abstract])) AND (("troubles bipolaires"[Title/Abstract]) OR ("trouble bipolaire "[Title/Abstract]) OR ("bipolarité"[Title/Abstract]) OR ("bipolar disorder"[Title/Abstract]) OR ("bipolarity"[Title/Abstract]) OR ("bipolaires"[Title/Abstract]) OR ("bipolaire"[Title/Abstract]) OR ("bipolar"[Title/Abstract])).

Troubles psychotiques :

((("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancethérapie"[Title/Abstract]) OR ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract]) OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / mouvement therapy "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic movement"[Title/Abstract])) AND (("trouble psychotique"[Title/Abstract]) OR ("troubles psychotiques"[Title/Abstract]) OR ("schizophrénie"[Title/Abstract]))

OR ("schizophrène"[Title/Abstract]) OR ("schizophrènes"[Title/Abstract]) OR ("schizophrenia"[Title/Abstract]) OR ("schizophrenic"[Title/Abstract]) OR ("schizophrenics"[Title/Abstract]) OR ("psychotic disorder"[Title/Abstract]) OR ("psychotics"[Title/Abstract]) OR ("psychotic"[Title/Abstract]))

Trouble de la personnalité :

((("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract]) OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic movement"[Title/Abstract])) AND (("trouble de la personnalité"[Title/Abstract]) OR ("troubles de la personnalité"[Title/Abstract]) OR ("borderline"[Title/Abstract]) OR ("état-limite"[Title/Abstract]) OR ("état limite"[Title/Abstract]) OR ("personality disorder"[Title/Abstract]) OR ("personality trouble"[Title/Abstract]) OR ("personality disorders"[Title/Abstract])))

Troubles addictologiques :

(("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy "[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract]) OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic movement"[Title/Abstract])) AND (("Addicto*"[Title/Abstract]) OR ("Troubles des conduites alimentaires"[Title/Abstract]) OR ("trouble des conduites alimentaires"[Title/Abstract]) OR ("TCA"[Title/Abstract]) OR ("boulimie"[Title/Abstract]) OR ("anorexie"[Title/Abstract]) OR ("binge eating disorder"[Title/Abstract]) OR ("eating disorder"[Title/Abstract]) OR ("hyperphagie"[Title/Abstract]) OR ("troubles liés à une substance"[Title/Abstract]) OR ("troubles addictifs "[Title/Abstract]) OR ("trouble addictif "[Title/Abstract]) OR ("addiction "[Title/Abstract]) OR ("addictive disorders"[Title/Abstract]) OR ("addictologie"[Title/Abstract]))

TND :

(("dance therapy"[Title/Abstract]) OR ("danse thérapie "[Title/Abstract]) OR ("danse-thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dancetherapy"[Title/Abstract]) OR ("dansethérapie"[Title/Abstract]) OR ("DMT"[Title/Abstract]) OR ("danse mouvement thérapie"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement-therapy "[Title/Abstract])

"[Title/Abstract]) OR ("danse "[Title/Abstract]) OR ("dance "[Title/Abstract])
OR ("dance movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("dance/movement
therapy"[Title/Abstract]) OR ("dance / movement therapy "[Title/Abstract]) OR
("thérapie par le mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR
("danse/thérapie"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/mouvement
"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse/le mouvement "[Title/Abstract]) OR
("psychothérapie du mouvement de la danse "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par
la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("thérapie par la danse
"[Title/Abstract]) OR ("thérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR
("psychothérapie par la danse et le mouvement "[Title/Abstract]) OR
("psychothérapie par le mouvement "[Title/Abstract]) OR ("psychothérapie par la
danse "[Title/Abstract]) OR ("dance movement psychotherapy"[Title/Abstract]) OR
("movement therapy "[Title/Abstract]) OR ("movement
psychotherapy"[Title/Abstract]) OR ("dance-movement therapy"[Title/Abstract]) OR
("thérapie par le mouvement dansé "[Title/Abstract]) OR ("authentic
movement"[Title/Abstract])) AND (("TSA"[Title/Abstract]) OR ("TSA
adulte"[Title/Abstract]) OR ("trouble du spectre de l'autisme"[Title/Abstract])
OR ("trouble du spectre de l'autisme adulte "[Title/Abstract]) OR
("TDAH"[Title/Abstract]) OR ("TDAH adulte"[Title/Abstract]) OR ("déficit de
l'attention/hyperactivité"[Title/Abstract]) OR ("déficit de
l'attention/hyperactivité adulte "[Title/Abstract]) OR ("TND
adulte"[Title/Abstract]) OR ("troubles neurodéveloppementaux "[Title/Abstract])
OR ("TND"[Title/Abstract]) OR ("autism"[Title/Abstract]) OR
("ADHD"[Title/Abstract]) OR ("ADD"[Title/Abstract]) OR ("attention deficit
hyperactivity disorder"[Title/Abstract]) OR ("attention deficit
disorder"[Title/Abstract]))

Annexe 5

Protocole d'étude pilote

Promoteur	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM Psy)
Titre	Effets de la danse-thérapie sur les symptômes anxieux en hôpital de jour psychiatrique adulte : une étude pilote contrôlée randomisée.
Acronyme	Dapsy
Coordonnateur	Dr KRAKOWIAK
Condition médicale	anxiété, anxiety hôpital de jour, day hospital psychiatrie, psychiatry danse thérapie, thérapie par la danse, dance therapy
Mots clés	danse-thérapie, anxiété, psychiatrie, hôpital de jour
Nombre de centres	1
Rationnel	La majorité des patients suivis en hôpital de jour psychiatrique présentent de l'anxiété tant en diagnostic principal (au travers des troubles anxieux) qu'au travers du symptôme anxieux qu'on retrouve dans bon nombre de pathologies psychiatriques. Par delà les soins liés à la prise des traitements conventionnels et le travail pour éviter la rupture thérapeutique, l'hôpital de jour permet la mise en place d'ateliers thérapeutiques encadrés abordant des approches variées dont certains s'appuient sur l'Art-thérapie. La danse entre dans les institutions de soins en France en 1950 grâce à Rose Gaetner, et notamment au sein d'un hôpital de jour Santos Dumont à Paris. La danse-thérapie est définie par l'ADTA (American Dance Therapy Association) comme « <i>l'utilisation</i>

	<p><i>psycho-thérapeutique du mouvement en tant que processus pour aider un individu à retrouver sa propre unité psychocorporelle</i> »^[91]. Une méta-analyse des effets de la DMT (Dance-movement therapy) et de la danse sur les résultats psychologiques liés à la santé a inclus les preuves de 23 études primaires^[60] (Koch et al., 2014). La méta-analyse a montré des effets modérés sur la qualité de vie, la dépression et l'anxiété. La revue de Goodill (2005)^[8] conclut que la DMT apporte des changements favorables concernant l'anxiété mais aussi la vitalité, l'humeur, la maîtrise, les capacités d'adaptation et l'image corporelle^[98]. Les observations faites dans cette étude sont également en accord avec les revues précédentes de Meekums et al. (2015)^[113], Koch et al. (2014)^[60], et Papadopoulos et Röhrich (2014)^[114]. Ces études suggèrent des effets positifs de la DMT sur la qualité de vie, sur la dépression et l'anxiété^[99]. Cette étude interventionnelle a pour but d'enrichir les connaissances concernant l'effet positif de la Danse-thérapie sur l'anxiété. Par ailleurs, on ne retrouve pas de protocole de séance référençable, les études révèlent une diversité des méthodes employées (en termes de fréquence hebdomadaire, de durée de séance, d'échelles utilisées pour évaluer l'anxiété, écoles formatrices). Il apparaît donc nécessaire d'établir des recherches supplémentaires pour déterminer quelle est la meilleure approche pour traiter l'anxiété à l'aide de cette médiation et de valider son intérêt notamment en la comparant aux activités réalisées communément par les patients lors de leur temps libre en hôpital de jour.</p>
<p>Plan expérimental</p>	<p>Etude pilote interventionnelle comparative contrôlée randomisée, ouverte, monocentrique</p> <p>Groupes parallèles, comparateurs (temps occupationnels)</p> <p>Analyse en intention de traiter</p>
<p>Groupes comparateurs et traitement(s) étudié(s)</p>	<p>Groupe expérimental : ateliers de danse-thérapie</p> <p>Groupe contrôle : temps occupationnels</p>

<p>Objectifs</p>	<p>Objectif principal : évaluation de l'effet de la danse-thérapie sur l'intensité des symptômes anxieux avant et après la mise en place du protocole en comparaison au groupe contrôle.</p> <p>Objectif secondaire n°1 : évaluation de l'effet de la danse-thérapie à court terme sur les symptômes anxieux : avant et après une séance</p> <p>Objectif secondaire n°2 : évaluation de l'effet de la danse-thérapie sur la symptomatologie physique de l'anxiété sur les 7 jours post atelier</p> <p>Objectif secondaire n°3 : évaluation de l'effet de la danse-thérapie à long terme (2 mois après le protocole) sur les symptômes anxieux</p>
<p>Critères d'évaluation</p>	<p>Critère d'évaluation principal : STAI-Y à 7 jours de la fin du protocole</p> <p>Critère d'évaluation secondaire n°1 : EVA anxiété avant et après chaque séance</p> <p>Critère d'évaluation secondaire n°2 : 2nde échelle : BAI avant chaque séance et 7 jours après la dernière séance.</p> <p>Critère d'évaluation secondaire n°3 : STAY-I après 2 mois de la fin du protocole</p>
<p>Population étudiée</p>	<p>Patients de l'HDJ de la clinique Le Ryonval souffrant d'anxiété et ayant un diagnostic principal posé appartenant à un de ces troubles (selon la classification DSM-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles anxieux - troubles dépressifs - TOCS et apparentés - troubles bipolaires <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients suivis en HDJ à la clinique Le Ryonval souffrant d'anxiété et ayant un diagnostic principal posé appartenant à un de ces troubles (selon la classification DSM-5) à un degré ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet : troubles anxieux ou troubles dépressifs ou troubles obsessionnels compulsifs ou troubles bipolaires - Majeurs entre 18 et 65 ans - IMC >18.5 kg/m² et <35 kg/m² - patient volontaire, souhaitant participer donnant son consentement éclairé

	<ul style="list-style-type: none"> - patient de nationalité Française <p>Critères de non inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques - toute pathologie psychiatrique non stabilisée - troubles du neurodéveloppement graves et Troubles du spectre de l'autisme - troubles moteurs - patients sous mesure de protection judiciaire - patients ayant une CI au sport - personnes à mobilité réduite - femme enceinte ou allaitante - absence d'affiliation à la sécurité sociale
Nombre de sujets nécessaire	32 patients.
Stratégie d'analyse statistique	<p>Le responsable de l'analyse est le Dr C. Vincent.</p> <p>Analyse descriptive univariée : La moyenne des scores obtenus à l'échelle STAI-Y sera calculée pour chacune des étapes de l'étude (avant la première séance et à 7 jours) dans les 2 groupes afin de répondre à l'objectif principal.</p> <p>Dans un second temps, pour répondre intégralement aux objectifs de l'étude, des analyses bivariées seront réalisées afin de comparer les groupes ayant bénéficié de l'intervention (danse-thérapie) aux groupes ayant bénéficié uniquement d'un temps occupationnel. Les groupes seront comparés en fonction des scores obtenus à l'échelle STAI-Y avant la première séance et à 7 jours pour répondre à l'objectif principal de l'étude. Les moyennes seront comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont ≥ 30 ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation d'un test de Student ne sont pas réunies). Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05</p> <p>l'analyse pour l'objectif principal :</p>
Planning de l'étude	<p>Durée prévisionnelle de recrutement : 1 an</p> <p>Durée de la participation de chaque sujet : 4 mois = De la signature du consentement à la dernière visite de suivi</p>

	Durée totale de la recherche : 2 ans = De la première inclusion à la dernière visite de la dernière personne qui s'y prête
Procédure d'investigation spécifique à l'étude et différences par rapport à la prise en charge habituelle	<ul style="list-style-type: none"> - information et consentement - passation STAI-Y - 4 Demi-journées sur un mois en HDJ en plus du suivi habituel du patient en HDJ avec passage de l'EVA anxiété (avant et après chaque séance) et BAI (avant chaque séance) - passation STAI-Y + BAI à 7 jours - passation STAI-Y à 2 mois <p>=> 2 sessions répétées de ces 5 points</p>
Evaluation des bénéfices et des risques liés à la recherche	<p>Bénéfices :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diminution de la symptomatologie anxieuse - diminution de la symptomatologie de la pathologie principale diagnostiquée - travail et amélioration du schéma-corporel - amélioration de l'estime de soi - améliorer la confiance en soi - améliorer l'affirmation de soi - revalorisation - développer la créativité et les ressources du patient - améliorer la concentration - favoriser les interactions sociales - appréhension de l'environnement, et de l'espace - expression et libération des émotions par le non verbal, verbalisation corporelle du monde intérieur, conversion des pulsions, affects et images mentales en expressivité - favoriser un retour de l'élan vital - répercussion de l'équilibre corporel sur l'équilibre psychique - repérage des différences inter groupales et ses facteurs entre les deux sessions. <p>Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - blessures liées à l'activité (myalgies, crampes, contractures musculaires...) - anxiété portée sur le jugement de l'Autre, et l'aspect groupal de l'atelier. - émergence d'angoisses possibles lors de la partie libre (création) - sentiment d'exclusion, de perte de temps ou d'ennui pour le groupe ne participant pas aux ateliers
Participation simultanée à une autre étude	Non autorisée.

Période d'exclusion a l'issue de la recherche	Non
Justification de la constitution ou non d'un comité de surveillance	Pas de comité de surveillance en regard des faibles risques encourus.

AUTEUR : Nom : DELACUISINE **Prénom :** Anaïs

Date de Soutenance : 11/10/2023

Titre de la Thèse : Impact de la Danse-Thérapie sur la symptomatologie anxieuse en population clinique psychiatrique adulte : une revue narrative de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST ou option : Psychiatrie Générale

Mots-clés : Danse-thérapie, anxiété, psychiatrie

Contexte : Il est reconnu que la danse est un art de guérison ancien. La Danse Thérapie est une intervention psychothérapeutique basée sur le mouvement appartenant à la grande famille des Art-thérapies. Devant la grande fréquence des pathologies psychiatriques comportant une anxiété comorbide, et les limites parfois atteintes des thérapeutiques conventionnelles, la danse-thérapie pourrait apporter une aide complémentaire à la prise en charge médicale du patient, celle-ci ayant déjà révélé son efficacité sur une variété de conditions psychologiques, comportementales et médicales. L'objectif principal est de faire un état des lieux des connaissances sur l'impact de la danse-thérapie sur les symptômes anxieux en population clinique psychiatrique adulte, en rendant compte des études publiées, en soulevant les lacunes et limites, afin de proposer de nouvelles perspectives de recherche.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une revue narrative de la littérature, s'appuyant sur plusieurs bases de données dont Pubmed et ClinicalTrials. L'étude retrouve onze études incluses parmi dix catégories nosographiques recherchées.

Résultats : Parmi les 11 articles, on retrouve 9 articles PUBMED, dont 1 sur le trouble de stress post-traumatisme, 4 sur les troubles dépressifs, 3 sur la schizophrénie, et 1 sur les troubles du comportement alimentaire. Deux articles en cours ont été retrouvés dans ClinicalTrials. La danse-thérapie a globalement montré un potentiel significatif dans la réduction des symptômes anxieux chez les adultes souffrant de troubles psychiatriques après leur participation aux séances, mais aussi en comparaison avec un groupe contrôle non exposé. On retrouve globalement peu d'études sur le sujet, certaines catégories nosographiques étant vides de résultats. De part la complexité du sujet, il est nécessaire de mettre en lumière les limites des études et mises en garde de ce type d'intervention afin de suggérer des pistes d'amélioration pour les futures recherches. Un protocole d'étude pilote est proposé au sein de cette revue.

Conclusion : En mettant l'accent sur le mouvement corporel, l'expression émotionnelle et la créativité, cette thérapie holistique permet aux individus une potentielle réduction de leur anxiété, souvent liée à des expériences émotionnelles et corporelles complexes. La recherche dans ce domaine est encore relativement limitée, hétérogène et sous-financée. Il est donc nécessaire de réaliser d'autres études pour confirmer ces observations.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur : Monsieur le Docteur Damien SCLIFFET

Directeurs : Madame le Docteur Inès VALLEZ et Madame le Docteur Claire LATHUILLERIE