

N° :
Note :

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine

**LA PARTICIPATION A UN ATELIER D'ART- THERAPIE A DOMINANTE
PHOTOGRAPHIQUE PEUT RAVIVER L'ESTIME DE SOI ET LA RELATION A L'AUTRE
AUPRES DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE.**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
De la faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Gaëtane Hermans

Année 2011

Sous la direction de :
Mme Sylvie Scaon
Psychologue
Service oncologie-hématologie pédiatrique
Hôpital Clocheville
Bd.Béranger 49
37000 Tours

Lieu de stage :
« Centro ABB »
Especialistas en trastornos de
la conducta alimentaria.
C/Suances, 7
Los Álamos,
29620 Torremolinos Málaga

Remerciements

Ce travail est le fruit d'une expérience, d'une étude et du chemin parcouru dans lequel de nombreuses personnes ont participé qu'elles en soient remerciées.

Je souhaite remercier particulièrement les patients du « Centro ABB » pour les échanges, la créativité, et les regards qu'ils ont apportés durant l'atelier ; le Dr. F. Blanco-Pradas, Mr. C. Priore et Mme L. Garcia pour leur intérêt envers l'Art-thérapie ainsi que leur confiance et leur accueil ; Mr. R. Forestier et Mme A. Bomer ainsi que tous les intervenants de ces deux années d'étude pour le partage de leurs connaissances et Mme S. Scaon pour son regard pertinent et son aide précieuse dans la rédaction de ce travail.

À Francis, Idris et Calista pour leur soutien, leur patience et leur amour.

<u>PLAN DE MÉMOIRE</u>	P. 1
------------------------------	------

<u>GLOSSAIRE</u>	P. 8
------------------------	------

<u>INTRODUCTION</u>	P. 9
---------------------------	------

<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	P.10
------------------------------	------

LA PARTICIPATION DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE À UN ATELIER D'ART THÉRAPIE À DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE PEUT LES AIDER À RAVIVER L'ESTIME DE SOI ET RESTAURER LA RELATION AUX AUTRES.

<u>1. A. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE SONT DES TROUBLES MENTAUX REGROUPANT PLUSIEURS PATHOLOGIE</u>	P.10
---	------

<u>a. Actuellement l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les conduites alimentaires inhabituelles se situent dans les troubles psychiques.</u>	P.11
--	------

1. La description de l'anorexie mentale se base sur quatre critères diagnostiques.
2. Les spécificités de la Boulimie nerveuse se basent sur 5 critères diagnostiques.
3. L'hyperphagie boulimique est aussi considérée actuellement comme un trouble du comportement alimentaire.

<u>b. Les éléments communs des TCA peuvent impliquer des pénalités de vie.</u>	P.12
--	------

1. La perception déformée de l'image du corps a une influence sur l'estime, la confiance et l'affirmation de soi.

c . Les problèmes de corps et nourriture peuvent induire des conduites inappropriées pouvant être pénalisantes pour l'individu et son entourage.P.15

1. Les TCA peuvent avoir une influence sur la compréhension du corps comme « corps social » et avoir une influence pénalisante sur la relation aux autres.
2. Le développement d'une pathologie associée appelée « phobie sociale » peut entraîner une transformation de la relation aux autres.
3. Le besoin de maîtrise et les conduites compulsives en relation au corps/poids peuvent s'étendre au comportement général de la personne.

1. B. LA PHOTOGRAPHIE EST UNE ACTIVITE ARTISTIQUE OFFRANT UN POTENTIEL ACCESSIBLE D'EXPRESSION ET DE RELATION.P.16

a. Le mot « photographie» fait référence à son Art, sa technique et sa production. .P.16

1. La photographie est reconnue comme faisant partie des Arts Visuels.
2. La technique photographique, son savoir-faire et son outil, l'appareil photographique sont entrés dans les mœurs.

b. La photographie s'inscrit dans le registre de l'objectivité.P.17

1. Par son essence la photographie reproduit l'image d'un objet.
2. L'œuvre photographique se distancie de son auteur.

c. L'image fixe, résultante de la perception visuelle, du style et de l'engagement du photographe dans son activité artistique peut provoquer une émotion ...P.18

1. La vision, récepteur visuelle, est le premier capteur d'image en photographie.
2. L'acte photographique répond à une implication physique et mentale.
3. L'image produite peut provoquer une émotion.

d. La photographie implique une compréhension du temps.P.19

1. La personne s'inscrit dans le temps au moment de la prise de vue.
2. La prise de vue et la vision de la production sont différées dans le temps.
3. La reproductibilité de l'image prise peut permettre de revivre dans le présent des émotions liées au moment de prise de vue situé dans le passé.

e. La technique photographique délimite l'espace du photographe.P.20

1. La vision à travers un appareil photographique n'est pas identique à la vision humaine.
2. Le photographe se situe face à son sujet.
3. L'appareil photographique permet une mise à distance entre le photographe et son sujet.

1. C. LA PHOTOGRAPHIE, UTILISEE EN ART-THERAPIE PEUT ETRE UNE TECHNIQUE ARTISTIQUE ACCESSIBLE ET DE GRANDE QUALITE POUR AIDER LA PERSONNE SOUFFRANT DE TCA A DEVELOPPER LA RELATION A L'AUTRE ET AU MONDE QUI L'ENTOURE.P.21

a. La photographie par sa diversité technique peut créer une boucle de renforcement agissant sur les souffrances résultantes et collatérales du patient atteint de TCA.P.21

1. La facilité de l'apprentissage photographique et la connaissance de la technique ont une influence positive sur la revalorisation du patient souffrant de TCA.
2. Le patient souffrant de TCA peut se sentir en confiance par l'utilisation d'une technique artistique s'adaptant à son état physique.
3. Le cadrage de l'image peut avoir un effet rassurant sur le patient dont les troubles compulsifs font partie des conduites inappropriées de la pathologie.
4. L'amplitude des aspects des procédés photographiques stimule l'intérêt de l'adolescent et s'adapte à ses goûts.

b. La perception visuelle utilisée en photographie peut aider le patient souffrant de distorsion de la perception à acquérir une nouvelle compréhension de lui-même et de son entourage.P.22

1. La vision est un instrument de choix pour percevoir le monde extérieur.
2. « la perception est une pratique qui se développe et non le critère déjà donné d'une vérité » selon L. Déchery.
3. Le portrait photographique peut aider le patient à garder son identité.

c. L'acte photographique peut aider la personne en repli sur elle-même à entrer en relation avec l'autre.P.24

1. Le photographe durant sa prise de vue peut choisir son implication et celle de son sujet.
2. La présentation de l'image produite peut aider le patient à retrouver une place dans le monde social.

d. L'implication dans l'activité photographique peut inviter le patient à s'affirmer de manière rassurante.P.25

1. La succession des choix peut aider le patient à affiner son style.

e. La photographie peut développer une augmentation de la confiance en soi en aidant le patient à se projeter dans le futur et comprendre la temporalité.P.25

1. Les séquences du procédé photographique s'espacent dans le temps de manières organisées et prévues.
2. Le temps d'attente entre la prise de vue et la vision du résultat implique pour le patient une projection dans le futur.

3. La compréhension par le patient de la notion de temporalité du procédé photographique peut l'aider à accepter le temps de guérison de sa maladie.

<u>1.D. HYPOTHESE.....</u>	P.26
----------------------------	------

<u>DEUXIEME PARTIE.....</u>	P.27
-----------------------------	------

DES PATIENTS À DIFFÉRENTS STADES DE LA MALADIE ONT BÉNÉFICIÉS D'UNE CONSIGNE ADAPTÉE LORS DE L'ATELIER D'ART THÉRAPIE A DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE

<u>2. A. LE « CENTRO ABB » EST UNE CLINIQUE DE JOUR OFFRANT AUX PATIENTS SOUFFRANT DE TCA UNE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE GLOBALE.</u>	P.27
---	------

<u>a. Différentes thérapies sont proposées au patient par une équipe pluridisciplinaire.</u>	P.27
---	------

<u>b. La philosophie thérapeutique du « Centro ABB » repose sur une idée intégrant la famille dans le processus d'acceptation de la maladie et de guérison du patient.</u>	P.27
---	------

<u>c. « Le groupe » est un facteur déterminant de la stratégie thérapeutique du « Centro ABB ».</u>	P.28
--	------

<u>d. La courbe de poids est l'item principal pour l'équipe médicale du centre.</u>	P.28
--	------

1. La courbe de poids est mise en relation avec l'état de santé du patient.

2. La courbe de poids indique objectivement la conduite du patient.

<u>2. B. L'ART-THERAPEUTE UNIT LES POTENTIELS DE L'ART AUX NECESSITES THERAPEUTIQUES ET HUMANITAIRES DE LA PERSONNE SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE OU DE BOULIMIE NERVEUSE.</u>	P.29
--	------

<u>a. L'Art est une activité humaine orientée vers l'esthétique présentant un pouvoir d'expression et pouvant favoriser la relation à l'autre.</u>	P.29
---	------

<u>b. Différents courants définissent actuellement l'Art-thérapie en Espagne et en France».</u>	P.30
--	------

1. Chaque courant d'Art-thérapie aborde la profession sous un angle spécifique du soin au patient.

2. L'Art-thérapie selon le modèle tourangeau trouve toute sa pertinence dans la prise en charge de patients souffrant de TCA.

<u>c. L'Art-thérapie accorde une place particulière au corps physique et à l'activité mentale dans l'exploitation sanitaire de l'activité artistique.</u>	P.32
--	------

<u>d. Les sites d'action des TCA localisés dans l'opération artistique permettent d'affiner la stratégie thérapeutique.</u>	P.33
--	------

<u>2. C. LES ETUDES DE CAS PRESENTES ILLUSTRE L'EXPERIENCE VECUE.</u>	P.34
--	------

a. Le choix d'un thème de prise de vue adapté aux besoins du patient et aux exigences du « Centro ABB » est le premier élément de la stratégie thérapeutique.P.34

b. Les séances de prise de vue et les séances en laboratoire se complètent pour atteindre les objectifs thérapeutiques.P.34

c. Le faisceau d'item choisi pour évaluer la relation à l'autre est le regard.P.35

1. La capacité relationnelle du patient envers le groupe et l'Art-thérapeute est observée durant la séance par « le nombre et la qualité de son regard vers l'autre ».
2. Le cadrage, expression du regard du patient durant la prise de vue est observé par l'item du « choix du sujet » afin d'évaluer sa capacité à raviver l'affirmation de soi.
3. « Le nombre de productions ou le sujet photographié regarde l'appareil » est l'item sélectionné pour observer la relation entre le patient et son modèle.
4. « Le nombre d'image sélectionnées pour impression » est l'item choisi pour observer la capacité à accepter le regard de l'autre sur la production et à réintégrer une place dans la société.

d. Illustration de la théorie par la présentation des études de cas vécues au sein du « Centro ABB ».P.36

1. Melle A., « *mon regard parle pour moi* »
2. Miss J. « *je n'aime pas ce que je vois, ou dois-je regarder alors?* »

e. Bilan de prises en charge au sein du « Centro ABB ».P.48

TROISIEME PARTIEP.49

L'ATELIER D'ART THÉRAPIE À DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE
PEUT AIDER LA PERSONNE SOUFFRANT DE TCA À RAVIVER
L'ESTIME DE SOI ET LA RELATION À L'AUTRE.

**3.A. L'ATELIER D'ART-THERAPIE A DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE A ETE
BENEFIQUE POUR AIDER LE PATIENT SOUFFRANT DE TCA A REPENSER ET RAVIVER
SA RELATION A LUI-MEME, AU MONDE QUI L'ENTOURE ET A L'AUTRE.**P.49

**a. La vue, comme organe sensoriel a induit des sensations gratifiantes ayant une
influence positive sur l'affirmation de soi.**P.49

**b. Le patient a réussi à développer des liens relationnels avec le sujet favorisant la
confiance en soi.**P.50

1. L'appareil photo a servi de « protection » entre le patient et son sujet.
2. La relation à l'autre s'est fait de manière graduelle.

<u>c. « Regarder » a aidé le patient à découvrir une nouvelle perception du monde qui l'entoure induisant une revalorisation de l'estime de soi.</u>	P.51
<u>d. La photographie a permis au patient de poser des choix et a eu une influence positive sur la confiance en soi.</u>	P.52
<u>e. L'acte photographique a aidé le patient à se situer dans le temps et l'espace l'aidant à renforcer l'affirmation de soi.</u>	P.52
<u>f. L'affirmation de soi a été influencée par l'acceptation de la part du patient du temps propre à la technique photographique.</u>	P.53
<u>g. La distance entre l'image produite et le patient a créée une boucle de renforcement sur l'estime de soi du patient.</u>	P.54
<u>h. L'image produite a favorisé une resocialisation du patient ayant une incidence positive sur l'estime de soi.</u>	P.55
<u>3. B. L'ATELIER D'ART-THERAPIE A DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE N'A PAS ETE BENEFIQUE POUR AIDER LE PATIENT SOUFFRANT DE TCA A RAVIVER L'ESTIME DE SOI ET RESTAURER SA RELATION A LUI-MEME, AU MONDE QUI L'ENTOURE ET A L'AUTRE</u>	P.56
<u>a. Un sujet trop abstrait a parfois diminué l'implication personnelle du patient.</u>	P.56
<u>b. Les distorsions mentales liées à la maladie ont été des freins empêchant le patient à accéder à la dimension esthétique.</u>	P.56
<u>c. La peur de la confrontation à l'autre dans une situation familiale complexe a parfois empêché la prise de vue des membres de l'entourage.</u>	P.57
<u>d. La fatigabilité du patient et sa fragilité émotive à certains stades de la maladie ont eu une incidence négative sur les prises de vues en extérieur.</u>	P.58
1. La fatigabilité du patient a une influence sur la relation au groupe et à soi.	
2. La fragilité émotive du patient a une influence sur son engagement.	
<u>e. Le temps entre la prise de vue et la vision de l'image parfois trop long a pu décourager l'adolescent.</u>	P.59
<u>f. La période des examens a eu une influence sur les séances.</u>	P.59
<u>3. C. TABLEAUX RECAPITULATIFS DES RESULTATS.</u>	P.60
<u>3. D. DES REMARQUES SUPPLEMENTAIRES S'AJOUTENT A LA CONCLUSION DE NOTRE DISCUSSION.</u>	P.61
<u>a. L'Art-thérapeute doit être vigilant auprès des patients souffrant de TCA à ne pas faire de la psychothérapie à dominante artistique.</u>	P.61

<u>b. Le travail pluridisciplinaire peut renforcer la réussite de la prise en charge globale du patient.</u>	P.61
<u>c. La relation patient/ Art-thérapeute peut avoir une influence sur l'obtention des effets thérapeutiques de la séance d'Art-thérapie.</u>	P.62
<u>d. Conclusion de la discussion</u>	P.62
<u>3. E. PERSPECTIVE : L'ART-THERAPIE PEUT S'INSCRIRE DANS LE CADRE DES THERAPIES FAMILIALES ET GLOBALE DU PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.</u>	P.63
<u>a. La famille est au centre d'un questionnement lors du diagnostique et de la prise en charge des patients atteints de TCA.</u>	P.63
<u>b. Les bénéfices d'une prise en charge familiale en Art-thérapie ont été évalués dans d'autres expériences similaires.</u>	P.64
<u>c. L'intégration de la famille dans l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique ouvre une nouvelle dimension dans la conception de l'Art-thérapie.</u>	P.64
<u>CONCLUSION.</u>	P.66
<u>LISTE DE GRAPHIQUES.</u>	P.67
<u>BIBLIOGRAPHIE.</u>	P.68
<u>ANNEXES.</u>	P.70

GLOSSAIRE

Aménorrhée: Absence ou interruption de menstruations.

Approche systémique: champ interdisciplinaire relatif à l'étude d'objets dans leur complexité.

Cachexie: État d'affaiblissement et d'amaigrissement extrêmes.

Cachexie hypophysaire: Affaiblissement de la fonction de l'hypophyse. Hypophyse: Glande endocrine reliée à l'hypothalamus produisant des hormones qui gèrent une large gamme de fonctions corporelles.

Dichotomique: Qui se divise de deux en deux, repose sur une division binaire.

Esthétique: Science qui a pour objet de rechercher et de déterminer les caractères du beau dans la nature ou dans l'art.

Holistique: *provient d'holisme*: Le concept est parfois utilisé comme synonyme d'approche systémique ou de pensée complexe.

Identité: Ensemble des données de fait et de droit qui permet d'individualiser quelqu'un.

Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité.

Personnalité: Ce qui appartient essentiellement à la personne, ce qui lui est propre, ce qui fait qu'elle est elle-même, et non pas une autre

Imagos: en psychologie: Représentations parentales fixées dans l'inconscient durant l'enfance. Terme introduit par C.G.Jung.

Tautologique: Négligence de style ou procédé rhétorique consistant à répéter la même idée en termes différents

Temporalité: caractère de ce qui se déroule dans le temps.

Mindfulness: Pleine conscience: conscience vigilante de ses pensées, actions et motivations.

Zapping: action de zapper. (Zapper: passer d'une chose à l'autre.)

Source des recherches: www.academie-francaise.fr et www.Larousse.fr

Vocabulaire et Notions Art-thérapeutique

Conscience d'être: prémices des fondements de l'affirmation, la confiance et l'estime de soi. Rapport entre la saveur (sensations liés aux mécanismes humains) et le savoir (acquis génétique des mécanismes fondamentaux). R.Forestier, "Tout savoir sur l'Art-thérapie", éd.Favre, p.160 et p.167

Opération artistique: Organisation d'éléments de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art. R.Forestier, "Tout savoir sur l'Art-thérapie", éd.Favre, p.172

Site d'action: Mécanismes humains défaillants, R.Forestier, "Tout savoir sur l'art-thérapie", éd.Favre, p.193

Fiche d'observation: mémoire servant de contrôle et de vigilance de l'action thérapeutique. R.Forestier, "Tout savoir sur l'Art-thérapie", éd.Favre, p.70

Cube harmonique: processeur permettant de mettre à jour de manière objective la subjectivité du patient. Il repose sur un principe auto évaluatif.

R.Forestier, "Tout savoir sur l'Art-thérapie", éd.Favre, p.203

INTRODUCTION

Ce mémoire est le témoin d'une conviction qui me passionne et me motive depuis de nombreuses années. L'Art est entré dans ma vie lorsque j'avais 6 ans... d'autant que je me souviens les cours parascolaires d'Art graphique que j'ai suivis cette année-là reste dans ma mémoire comme des images de dessins, de couleurs et surtout d'imaginaire et d'une nouvelle dimension d'expression. Pour l'enfant que j'étais un nouveau monde s'est ouvert à moi, j'avais trouvé un monde où je pouvais exprimer ce que je ne pouvais pas dire. Au fil des années, cette passion artistique est restée ancrée dans mes choix de vie et mes orientations. Elle m'a aidée à surmonter le contact proche du monde psychiatrique et de l'anorexie mentale. Il fût une évidence pour moi que l'Art par ses potentiels pouvait aider les personnes en souffrance.

L'apprentissage du graphisme, de la photographie, des techniques d'impressions comme la gravure, la sérigraphie ou encore la lithographie m'ont offert des outils d'expressions divers.

Dans le cadre des troubles du comportement alimentaire (TCA) mon choix s'est porté sur l'utilisation de la photographie pour le rapport à l'image et image de soi et à la relation qui se crée entre le photographe et le monde qui l'entoure à travers le regard. Les TCA sont l'expression par le corps d'une perturbation de l'image de soi, le déplacement d'un besoin vital utilisé comme message vis-à-vis de l'autre. Le patient est souvent le symptôme d'une structure familiale complexe. Il présente par son corps un mal-être, une incompréhension de sa perception du monde qui l'entoure, des relations à l'autre et de lui-même. Son attitude alimentaire est utilisée comme ultime recours d'expression pour faire valoir son besoin d'exister au regard de l'autre.

Ce mémoire se développe en trois parties et se base sur deux axes de compréhension qui sont le regard et la relation à soi et à l'autre. Le regard et la vision sont utilisés comme outils d'observation et de relation entre la pathologie et la technique artistique mais aussi entre le patient et son entourage. La relation à soi et à l'autre est l'objet de notre recherche sur les résultats des bienfaits produits par l'Art-thérapie. Ce mémoire se base sur l'hypothèse que la relation à soi et à l'autre peut être ravivée grâce à la Photographie et le lien qu'elle implique entre l'auteur et le sujet.

La 1^{ère} partie décrit la pathologie et les souffrances qui en découlent au niveau de la perception de l'image de soi et la relation à l'autre. Les spécificités de l'Art de la photographie y sont décrits afin d'expliquer l'utilité de cette technique envers les adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire et des pénalités de vie qui en découlent. Le regard, la vision, la perception et leurs actions sur les mécanismes humains du corps et de l'esprit sont explorés sous l'égide de la photographie et ses techniques dans une visée thérapeutique.

La 2^{ème} partie développe l'expérience vécue au sein du « Centro ABB » où j'ai eu la grande chance de pouvoir faire mon stage pratique, participer aux thérapies de groupe et être membre à part entière d'une équipe compétente et en recherche constante dans l'amélioration des potentiels thérapeutiques de guérison pour les patients atteints de TCA. Les prises en charge de groupe hebdomadaire durant 5 mois ont permis la mise en place d'un atelier de photographie analogique noir et blanc. Les enchaînements entre les prises de vue et le travail en laboratoire ont permis de développer une dynamique motivante pour le patient. Le temps de prise en charge à aider au développement d'une relation de confiance entre l'Art-thérapeute et le groupe ainsi que l'appréciation de l'évolution des patients.

En 3^{ème} partie, les résultats de cette expérience sont développés et argumentés au regard d'autres études ayant apportés leurs preuves auprès du même public et/ou de la même technique artistique. Un tableau présente les effets bénéfiques et non-bénéfiques de l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique auprès du patient atteint de TCA dans l'augmentation de l'estime de soi et la restauration de la relation à soi, au monde qui l'entoure et à l'autre.

Finalement en perspective, je souhaite présenter la place de l'Art-thérapie dans le contexte des thérapies familiales. Par l'étude de résultats prometteurs à ce niveau et partant de l'intime conviction que la guérison de l'anorexie mentale (et troubles associés des TCA) passe par la compréhension et l'acceptation du milieu familial, l'implication de la famille dans l'atelier et/ou, comme vécu au sein du « Centro ABB », le déplacement de l'activité artistique au sein du contexte familial ouvrent la voie à de nouvelles applications et investigations pour l'Art-thérapie.

Je souhaite terminer cette introduction par un mot sur la recherche entreprise pour cet écrit. Il fût toujours passionnant et parfois douloureux pour moi de me plonger si profondément dans cette pathologie, dans la complexité de son expression et sa compréhension. Me plonger dans l'Art, dans ses pouvoirs, son histoire, ses expressions, ses artistes fût aussi une nouvelle découverte, de nouveaux horizons s'ouvrant face à moi. J'ai ressenti une réelle difficulté à ne pas en dire plus, ne pas aller plus loin tant chaque maillon est important dans la compréhension, chaque détail peut être révélateur. Je garde au fond de moi l'envie de continuer, de prouver chaque fois plus scientifiquement cette conviction qui motive ma vie depuis si longtemps et qui m'aide à accepter le chemin parcouru. Je souhaite une excellente lecture à toute personne qui aura ce document en main, et la remercie dès maintenant pour son intérêt.

PREMIÈRE PARTIE

LA PARTICIPATION DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE À UN ATELIER D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE PEUT LES AIDER À RAVIVER L'ESTIME DE SOI ET RESTAURER LA RELATION AUX AUTRES.

1.A. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE SONT DES TROUBLES MENTAUX REGROUPANT PLUSIEURS PATHOLOGIES

L'alimentation comporte une dimension sociale : elle est la base de la convivialité et médiatise les échanges interpersonnels¹. La place prépondérante des dimensions affectives et culturelles du comportement alimentaire dans nos sociétés explique peut être la fréquence croissante des pathologies liées à celui-ci. L'alimentation est aussi la première grande fonction physiologique servant de support à la vie, mais l'alimentation au seuil de la vie est aussi la base du développement de liens affectifs avec l'entourage. Un dysfonctionnement au niveau de la construction de la personnalité en regard à l'alimentation et ses fonctions sociales, affectives et physiologiques peut entraîner un développement pathologique de la conduite alimentaire.

¹ J.D. Guelfi, « Psychiatrie », éd. : Puf fondamental, p.521.

a. Actuellement l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les conduites alimentaires inhabituelles se situent dans les troubles psychiques.

La première pathologie en lien avec l'alimentation décrite dans l'histoire médicale comme trouble psychique se rapporte au compte rendu médical fait par Richard Morton¹ en 1689. Il décrit le cas d'une jeune femme de 20 ans, Miss Duke ne s'alimentant plus depuis 2 ans, présentant un état de maigreur extrême ainsi qu'une activité physique et intellectuelle intensive. Il appelle cet état une « consommation nerveuse ».

En 1873, Gull décrira le terme d'« Anorexia Nerviosa », et Charles Lasègue en 1874 en France le terme de « Anorexie Hystérique ». Presque simultanément les deux auteurs vont décrire des tableaux cliniques similaires².

Ch. Lasègue décrira d'une manière vivante l'interaction entre la malade et sa famille. Le changement de situation où l'enfant passe d'un enfant malade à un enfant capricieux et où la jeune fille et son refus de s'alimenter deviennent peu à peu l'unique sujet de conversation et de préoccupation de la famille toute entière.

W.Gull quant à lui fera une description détaillée observée principalement chez des jeunes femmes. Les symptômes principaux pour Gull sont l'amaigrissement associé à l'aménorrhée, la constipation, la perte de l'appétit. Il souligne aussi une activité incessante. Ces descriptions font entrer l'anorexie mentale dans le champ de la psychiatrie.

Certains auteurs feront références à des troubles de perception du corps (Gilles de la Tourette, Janet) envahissant le vécu des patients en une véritable obsession honteuse.

Ensuite viendra la description de la « cachexie hypophysaire* » présentée par Simmonds au début du XX^e siècle. La conception endocrinienne envisage l'anorexie comme une maladie liée à une insuffisance des sécrétions des hormones du système hypothalamo-hypophysaire. Cette nouvelle description de la maladie aura pour effet de confondre la maladie avec une affection organique et créera une période de confusion tant dans sa définition que dans ses possibles traitements³.

Il faudra attendre les années 1940 et les travaux de nombreux auteurs comme H.Bruch, M.Selvini ou E.Kestenberg pour que les hypothèses psychogénétiques soient prises en compte. Suite à ces travaux et leurs découvertes, les diagnostics des troubles liés à l'alimentation vont s'affiner.³

Actuellement sont décrites sous l'appellation « troubles du comportement alimentaire » (TCA) : l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les conduites alimentaires inhabituelles comme la restriction alimentaire, la crise boulimique isolée, la manœuvre de contrôle de poids, le souci persistant quant à l'image du corps, etc..

¹R.Morton, « phtisologia, or a Treatise of Consumption » cité par M. Corcos, C.Lamas, A.Pham-Scottez et C.Doyen, « L'anorexie mentale, Déni et réalités », éd.Doin.

²Source : « L'anorexie mentale, Déni et réalités », M.Corcos, C.Lamas, A.Pham-Scottez et C.Doyen, éd.Doin.

³D.Marcelli, « Adolescence et psychopathologie », éd.Masson, p.134.

1. La description de l'anorexie mentale se base sur quatre critères diagnostiques.

Le refus de maintenir le poids à un niveau normal selon l'âge et la taille, la peur pathologique de grossir malgré la maigreur, les troubles de perception de l'image du corps et l'aménorrhée* sont les critères principaux pour établir le diagnostic de la maladie. Selon le DSM-IV-TR¹, deux formes cliniques sont différenciées : l'anorexie de type restrictif et l'anorexie avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatif.

2. Les spécificités de la boulimie nerveuse se basent sur 5 critères diagnostiques.

La survenance récurrente de crises de boulimie, les comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, le facteur de fréquences de ces deux premiers critères (survenus au moins 2x par semaine durant 3 mois), l'estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle et l'apparition des troubles en dehors d'une période d'anorexie mentale sont les critères qui décrivent la boulimie nerveuse.

Les crises de boulimie répondent à deux caractéristiques précises : l'absorption en une période de temps limitée d'une grande quantité de nourriture et le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

Les comportements compensatoires peuvent être les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements et autres médicaments, le jeûne et l'hyper activité physique.

La boulimie présente aussi deux types cliniques différents : la boulimie avec vomissements et/ou prises de purgatifs et la boulimie sans vomissements et/ou prises de purgatifs.

3. L'hyperphagie boulimique est aussi considérée actuellement comme un trouble du comportement alimentaire.

Ce trouble est caractérisé par deux critères principaux qui sont les crises de boulimie survenant de façon récurrente et le non recours à des comportements compensatoires inappropriés. Dans ce cas le sujet présente un poids normal ou un surpoids.

b. Les éléments communs des TCA peuvent impliquer des pénalités de vie.

Suite aux descriptions cliniques et théoriques des TCA nous pouvons comprendre que les pathologies sont distinctes dans leur expression mais présentent des éléments communs qui sont la conduite pathologique de l'alimentation, la perception erronée du corps et de son image ainsi que les conduites compensatoires inappropriées.

1. La perception déformée de l'image du corps a une influence sur l'estime, la confiance et l'affirmation de soi.

¹DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition révisée, éditée par l'Association américaine de psychiatrie.

- Les patients souffrant de TCA présentent souvent une altération de la perception de l'image du corps.

L'image du corps est, dans sa définition la plus courante « la représentation du corps que chaque individu se construit mentalement ». Elle se différencie du schéma corporel qui fait partie du registre sensori-moteur (sensorialité extéroceptive et proprioceptive).

L'image du corps appartient à la symbolique imaginaire et se base sur un registre affectif et de comportements. C'est selon R. Forestier un terme du champ de la psychologie dénommant la représentation mentale du corps physique¹. Rosen² la définit comme un concept se référant à la manière dont un individu se perçoit, s' imagine, se sent et agit en relation à son propre corps. R. M. Raich³ développe la définition de Rosen et l'explique à travers l'aspect perceptif qui est la représentation mentale du corps, l'aspect cognitif et affectif qui repose sur les pensées et valeurs attribuées au corps et finalement l'aspect comportemental qui se définit par les conduites et comportements liés à ses pensées et valeurs. Ces définitions dynamiques définissent l'image du corps en termes de représentations de sentiments et attitudes face au corps propre.

Ces aspects conditionnent l'évaluation personnelle et transforment le comportement de la personne qui en souffre. Cette évaluation se base sur des croyances internes créées par la personne depuis sa plus jeune enfance, sur l'influence sociale actuelle et les messages affectifs reçus par sa famille. Elle peut être saturée de sentiments positifs ou négatifs ayant une influence indéniable sur la conception de la personne.

T.F.Cash⁴ a élaboré un recensement des 12 pensées erronées ou erreurs de perception liées à l'image du corps que nous pouvons retrouver chez le patient souffrant de TCA.

- l'erreur de type dichotomique* : l'évaluation ne permet pas de moyen terme. La pensée se focalise entre deux extrêmes ;
- l'évaluation en regard à un idéal irréel ;
- la comparaison injuste : le besoin permanent de comparaison avec des personnes plus attrayantes ;
- l'attention sélective: surestimation ou sous estimation de certaines parties du propre corps ;
- l'esprit aveugle : ignorance ou sous estimation des qualités ou aspects favorables ;
- l'attribution de déceptions ou d'événements négatifs à l'aspect physique ;
- la généralisation de l'insatisfaction d'un aspect de l'apparence à d'autres caractéristiques physiques ;
- la croyance que la manière dont l'autre me perçoit est égale à ma propre perception de moi ;

¹ R.Forestier, « Tout savoir sur l'Art-thérapie », éd.Favre, p.168. Citation en Annexe A.

² Rosen cité par R.M. Raich, « imagen Corporal », éd.Pirámide, p.24

³ R.M. Raich, « imagen Corporal », éd.Pirámide, p.26

⁴ T.F.Cash cité par R.M. Raich, « imagen Corporal », éd.Pirámide, p.26

- la croyance que l'apparence physique négative a des répercussions dans le futur ;
- la limitation des comportements par préoccupation de l'aspect physique ;
- la certitude que la perception erronée est réelle ;
- le débordement vers l'apparence de la mauvaise humeur provoquée par des raisons étrangères à l'image du corps.

Les troubles du comportement alimentaire ont comme caractéristique centrale: le trouble de perception de l'image du corps.

- L'altération de la perception entraîne une dévalorisation de l'estime de soi en dominante et par phénomène associé de l'affirmation et confiance en soi.

La valeur qu'une personne s'attribue est appelée « estime de soi ». L'origine du verbe « estimer » ou « s'estimer » vient de « aestimare » attribué en étymologiquement au verbe « aimer ». L'estime de soi serait donc la perception affective qu'une personne a d'elle-même. Capacité à être heureuse avec ce qu'elle est, de reconnaître le bonheur. Cette notion d'estime de Soi est aussi liée au corps. Elle peut se définir comme la poussée corporelle entraînant une personne à avoir envie de faire. L'association entre une perception négative de l'image du corps et une faible estime de soi a été mise en évidence dans de nombreuses études¹. Elles confirment qu'au moins un tiers de l'estime de soi se réfère à la manière de valoriser sa propre image. Si la personne n'apprécie son corps (ou l'image de celui-ci), il lui sera difficile d'aimer la personne qui vit en lui. Dans le cas des TCA, la résultante principale de la perception erronée et de la dévalorisation du propre corps est un affaiblissement profond de l'estime de soi.

La perception de l'image du corps est également associée au ressenti corporel et à l'affirmation de soi. Afin de pouvoir formuler ses goûts, la personne doit être capable de ressentir ce qui est « Beau » pour elle et en elle. Au niveau des patients souffrant de TCA il est démontré que la perception affective du ressenti corporel est tronquée à différents stades. Il y a un décalage entre le ressenti propre (interne et physiologique) et le ressenti du Beau en tant que norme esthétique extérieure. Il peut être observé que les notions de Beauté de la personne ne sont plus en accord avec une perception adaptée aux valeurs esthétiques « normales » d'une personne de son âge et de sa culture.

Dans certains cas, la baisse de l'affirmation de soi ne se base pas uniquement sur une dévalorisation de son idée propre mais aussi sur une survalorisation de sa perception et un déni de la réalité et de la pathologie. Le malade est convaincu qu'il va bien, que ses normes sont correctes (normes esthétiques de maigreur) et que c'est l'entourage qui est dans l'erreur. Cette perturbation au niveau de l'affirmation peut avoir une influence sur la relation à l'autre.

Le patient souffrant de TCA vit des difficultés à accepter sa structure corporelle. La surévaluation de certaines parties du corps ou du corps en entier et la constante comparaison à

¹ R.M. Raich, « imagen Corporal », éd.Pirámide, p.57

l'autre appelés « esprit aveugle et comparaison injuste » par T.F. Cash¹ influencent directement la conception saine de celle-ci. Dans le domaine de l'esprit, la structure corporelle se réfère au Bien et engage le style. Une structure corporelle propre dévalorisée peut provoquer une difficulté à avoir confiance en soi.

c .Les problèmes de corps et nourriture peuvent induire des conduites inappropriées pouvant être pénalisantes pour l'individu et son entourage.

1. Les TCA peuvent avoir une influence sur la compréhension du corps comme « corps social » et avoir une influence pénalisante sur la relation aux autres.

Le corps social est un axe de compréhension du développement de l'acceptation du corps à l'adolescence. Selon P.Schidler², le corps social représenterait le véhicule de l'« être au monde ». Au moment de l'adolescence, la pression sociale normative est très importante et conduit l'adolescent à utiliser son corps comme discours social dont le but est à la fois de se différencier d'autrui et de chercher une ressemblance rassurante avec les autres. L'idée est de se servir de son corps et des conduites dites somatiques comme mode d'expression de ses difficultés, mais aussi comme moyen de relation. De nombreux auteurs ont étudié la relation entre les TCA, leur expression et le système familial. B. Brusset³ en conclut que le corps est réellement un des messagers dirigés vers les parents ou la structure familiale. Il est mis en évidence que le travail thérapeutique est invité à reposer sur la relation à l'autre et sur le système familial.

2. Le développement d'une pathologie associée appelée « phobie sociale » peut entraîner une transformation de la relation aux autres.

Le patient par peur de devoir manger en société, par peur de se laisser « tenter » et perdre le contrôle de son ingestion mais aussi, suite à sa perception erronée de l'image du corps, peut s'isoler.

R. M. Raich⁴ met en relation le trouble de perception erronée du corps et la phobie sociale. Selon l'auteur « *la personne souffrant de trouble de l'image de soi en est particulièrement consciente lors de situations sociales* ». De ce fait, il est fréquent que le patient tente d'éviter les situations pouvant générer angoisse et mal-être. On peut observer des patients se coupant petit à petit du monde extérieur.

Or, cette isolation au début recherchée par le patient peut devenir avec le temps un phénomène associé se traduisant en une phobie réelle. A long terme cette phobie sociale peut empêcher le patient à réintégrer sa place dans la société. Une altération de l'affirmation de soi peut découler de cette pathologie associée aux TCA et avoir une influence néfaste sur la relation à l'autre.

¹ T.F. Cash cité par R.M. Raich, « imagen Corporal », éd.Pirámide, p.26

² P.Schidler cité par D.Marcelli, « Adolescence et psychopathologie », éd.Masson, p.130

³ B.Brusset « l'anorexique et ses images », source : « L'anorexique, le toxicomane et leur famille », Prof.B.Prieur, éd. Les éditions ESF, p.65. Citation en Annexe A.

⁴ R.M.Raich, « Imagen corporal » éd.Pirámide, p.61.

3. Le besoin de maîtrise et les conduites compulsives en relation au corps/poids peuvent s'étendre au comportement général de la personne.

Le besoin de maîtrise de soi est un comportement lié directement au besoin de garder le contrôle sur soi-même. Selon D.Marcelli¹, les changements qui s'opèrent en l'adolescent « à son corps défendant » risquent de désigner le corps comme « *objet à contrôler, passant d'un simple besoin de maîtrise à l'impérieuse nécessité de conserver l'emprise sur lui* ». Au niveau des TCA, le patient adolescent tente d'avoir le plein contrôle sur le corps physique par un surinvestissement mental. L'hyperactivité physique et intellectuelle représente un symptôme fréquent de l'anorexique. Cette hyperactivité physique et mentale générée par ce besoin de maîtrise peut entraîner une transformation dans la relation aux autres ; un isolement, une incompréhension de l'entourage peuvent être les sources de conflits relationnels.

Le besoin de maîtrise est une donnée inhérente à la conduite anorexique or il arrive qu'elle soit entrecoupée de crises boulimiques. Cette rupture du schéma ascétique et contrôlé de la conduite est vécue dans de nombreux cas avec un sentiment de faute, de dégoût et de honte entraînant des conduites compensatoires et une recrudescence ultérieure du comportement restrictif.

La description de la personnalité obsessionnelle ou compulsive décrite par J.D. Guelfi² démontre que certaines personnalités sans présenter de véritables obsessions ont tendance à vérifier toutes choses, à ritualiser leurs activités, à douter et à ruminer des pensées de façon obsédante. Ce type pathologique obsessionnel de la personnalité est marqué du sceau des contraintes qui s'exercent sur les conduites et les actions. Ce type de comportement est souvent le quotidien du patient souffrant de TCA dans sa relation à l'aliment et au corps. Cette conduite est aussi visible dans la relation à lui-même et à l'autre où exigences et contraintes de perfection sont les fondements du jugement des valeurs attribuées à la relation.

1. B. LA PHOTOGRAPHIE EST UNE ACTIVITE ARTISTIQUE OFFRANT UN POTENTIEL ACCESSIBLE D'EXPRESSION ET DE RELATION.

a. Le mot « photographie » fait référence à l'Art Visuel, à la technique et la production.

1. La photographie est reconnue comme faisant partie des Arts Visuels

Si l'œuvre d'Art est un accident spatio-temporel orienté vers l'esthétique et par extension, si l'Art de la Beauté représente une activité à valeur humaine unissant des valeurs, des moyens et des fins dans une visée esthétique, nous pouvons inscrire pleinement la photographie dans cette description de l'Art. E.H. Gombrich³ parle de l'expérience photographique d'Henri Cartier Bresson se référant à « *l'excitation du chasseur à l'affût, du doigt sur le déclencheur, attendant patiemment le moment exact du déclenchement* ». La confession de Cartier Bresson sur sa passion pour la géométrie et sa recherche attentive de composition de chaque scène, nous mettent face à une œuvre dont la dimension esthétique rivalise grandement avec les peintures classiques.

¹ D.Marcelli, « Adolescence et psychopathologie », éd.Masson, p.133

² J.D.Guelfi, « Psychiatrie », p.387

³E.H. Gombrich, « La historia del Arte », éd.Phaidon, p.625

C'est à partir des années 1970-1980 que la photographie commence à s'inscrire dans le monde de l'Art. L'avancée des techniques invite nombres d'artistes à en explorer les nouvelles formes s'éloignant ainsi de la traditionnelle épreuve noir et blanc. La photographie s'inscrit dans un courant d'Art qui, grâce à ses progrès techniques et la capacité d'obtenir des formats de plus grandes dimensions lui permettent de gagner en volume, en présence et en verticalité dépassant ainsi son statut d'image : elle s'objective.

Si nous considérons que l'Art Visuel comprend tout ce qui se rapporte au regard, il est évident que la photographie entre dans celui-ci. Le regard est la base contemplative de l'acte photographique. Il est le premier récepteur sensoriel mis en action invitant le photographe à s'investir dans sa recherche esthétique et dans sa production.

2. La technique photographique, son savoir-faire et son outil : l'appareil photographique évoluent et entrent dans les mœurs.

Dès l'apparition de la technique photographique et de son outil, l'appareil photographique, le grand public fût intéressé par ce nouveau moyen de capter le moment, la réalité. Baudelaire déjà fit référence à l'engouement de la « multitude » pour cette technique dont il donnait pour devoir d'être la servante des sciences et des arts.

Au fil des époques, l'avancée de l'industrie et les améliorations apportées à l'appareil photographique permettent son introduction dans le monde « amateur ». Une nouvelle iconographie photographique se développe dans un style plus libre et plus spontané se basant principalement sur la reproduction d'un moment ou le recueil d'un souvenir.

L'arrivée des appareils numériques dans la seconde moitié des années 1990 fait littéralement exploser cette expansion et produit une transformation profonde au niveau du traitement de l'image. En marge de l'évolution de la technique dans sa captation de lumière et reproduction que nous ne traitons pas ici ; le détail qui retient notre attention se porte sur le changement qui s'opère au niveau de l'autonomie qui gagne l'auteur de l'image. Si il y avait encore une nécessité à se rendre dans un laboratoire ou chez un photographe afin de pouvoir développer et voir son image, l'arrivée du numérique fait disparaître cette fonction dans le procédé technique. Chacun est à même de gérer son image, de la classer, de la transformer à son gré et de la diffuser. Tout amateur qu'il soit, l'auteur détient l'amplitude des connaissances afin de suivre le procédé du début à la fin. La temporalité de la technique change. L'image peut être vue en directe. L'image latente disparaît. La finalité n'est plus l'impression mais la diffusion via d'autres médias.

b. La photographie s'inscrit dans le registre de l'objectivité.

1. Par essence la photographie reproduit l'image d'un objet.

Une des spécificités de la photographie est de reproduire « l'extérieur », reproduire ce qu'elle a devant elle à un moment précis. Son fondement repose sur la conception artistico-reproductrice dominante à l'époque de Daguerre et voue la photographie à la restitution (copie) de la nature au sens des lois de la perspective. Elle est régie par la manière dont un objet peut réfléchir ou absorber la lumière.

Pour R.Barthes¹ la photographie a quelque chose de tautologique*. Elle porte toujours son référent (ce qu'elle représente) avec elle. On ne peut pas séparer la dualité « référent – production ». Cette dualité, concevable mais non perceptible place la photographie dans le champ de l'objet. « *Une photo est toujours invisible, ce n'est pas elle qu'on voit* ». La forme porte donc toujours le fond : le référent.

Si on se base sur la pensée de l'Antiquité de la notion du Beau ; la copie est l'expression même de la Beauté car tout objet crée par le Divin est en son essence parfait et représente la Beauté. Platon² parle même de Beauté absolue, se référant à la vérité et la pureté : « *copier l'organisation de l'univers c'est, produire la vérité (ou la copie véritable du modèle) et la pureté (qui est la justesse du rapport entre le sens et la forme de l'œuvre, ce qui élimine tous mélanges)* ». Nous pouvons trouver des relations entre ce modèle et l'idée que la photographie est en soi une technique artistique visant à l'objectivité.

2. L'œuvre photographique se distancie de son auteur.

La photographie présente une distanciation entre sa production et l'artiste. Cette distance est temporelle et spatiale. Une fois imprimée l'image peut être vue, regardée, exposée sans que le photographe soit présent.

Elle a sa propre existence et se place dès l'achèvement de l'acte de production dans le champ de la réception pour son producteur.

c. L'image fixe, résultante de la perception visuelle, du style et de l'engagement du photographe dans son activité artistique peut provoquer une émotion .

1. La vision, récepteur visuel, est le premier capteur d'image en photographie.

Le photographe dans sa recherche de connaissance du monde qui l'entoure est guidé par sa vision en tant qu'homme. Or, afin de pouvoir connaître le monde qui l'entoure, l'homme doit pouvoir le sentir. Le passage de l'information extérieur vers l'intérieur : l'impression se fait par la sensorialité. Selon L. Déchery³ « *la vue et l'ouïe sont les sens qui fonctionnent à distance et fondent l'esthétique des beaux-arts* ». Arnaud Claass⁴ décrit l'œil comme un globe oculaire sur lequel glisse le reflet des choses. La vue implique le corps physique.

2. L'acte photographique répond à une implication physique et mentale.

Le déplacement et positionnement du corps face au sujet, la prise en main de l'appareil, la position de l'œil dans le viseur, et la sensorialité de la vue sont les implications physiques du photographe dans son activité artistique. La vision se rapporte à la perception de quelque chose à travers l'organe sensoriel de la vue.

¹ R.Barthes, "La chambre claire", éd. Cahier du cinéma, Seuil, p.17

² Platon, "Philèbe", cité par R.Forestier "Tout savoir sur l'Art occidental", éd. Favre, p.35

³ Déchery Laurent, "Le premier regard, Essai d'anatomie métaphysique", éd.: L'Harmattan.

⁴ A.Claass, « La réduction des écarts », source : « Le goût de la photo », éd. Mercure de France, p.46

Or, L. Déchery¹ considère comme aveugle l'organe sensoriel de la vue. Il précise qu'il est nécessaire un esprit pour transformer l'image en image mentale. Nous pouvons unir cette notion à l'idée de l'allégorie de la caverne de Platon où l'homme percevant visuellement des ombres ne peut en interpréter la réalité sans avoir connaissance du monde extérieur. La connaissance humaine ne serait alors qu'un état particulier du corps percevant. « Regarder » selon son étymologie vient de « *chercher à voir (quelqu'un ou quelque chose) en dirigeant sa vue* ». Cet acte objectif de l'homme impliquant sa subjectivité par l'intentionnalité qu'il y joint. Par cela la photographie unit la vision, (implication physique) et le regard, (implication mentale).

3. L'image produite peut provoquer une émotion.

La vision repose sur le mécanisme physique de la sensorialité or sa justesse peut parfois être mise en question. La justesse serait selon R.Forestier² « *l'accord dans la correspondance qui pourrait exister entre la chose à percevoir et la chose perçue* ». Cette justesse peut définir la qualité de concordance que la personne fait entre son idéal et la réalité. A ce niveau un traitement mental est impliqué. Pour qu'il puisse y avoir concordance entre l'idéal et la réalité, la personne doit mettre en action ses mécanismes mentaux. Nous pensons que pour pouvoir créer une émotion, l'image produite doit « raisonner » à l'intérieur de la personne. Ce n'est pas son implication au niveau visuel qui est en jeu mais son vécu, sa culture, sa personnalité ainsi que son savoir.

d. La photographie implique une compréhension du temps.

1. La personne s'inscrit dans le temps au moment de la prise de vue.

La prise de vue implique le choix d'un espace temps. Il faut une implication dans le temps présent pour être dans l'acte photographique.

Pour Ph.Dubois³, l'acte photographique peut s'entendre comme « un coup ». Temporellement l'image-acte photographique selon l'auteur interrompt, arrête, fixe le continuum du temps n'en saisissant qu'un instant. Le photographe qui pose ce coup, est comme un joueur d'échec; il a des visées (voit ce qui se passe), pose un coup et voit ce que cela donne par la suite. Le photographe lui pose l'acte dans le présent après un moment d'observation lié au passé dans l'attente d'une production qui le projette dans le futur. Le temps est totalement impliqué dans la technique.

2. La prise de vue et la vision de la production sont différées dans le temps.

En photographie, comme dans d'autres techniques des Arts Visuels, la production est distincte de l'action expressive ; une distance spatiale et temporelle existe entre l'auteur et sa production. Dans le cadre de la technique photographique analogique, cette distance temporelle est marquée par l'absence de production durant une période donnée.

¹ Déchery Laurent, "Le premier regard, Essai d'anatomie métaphysique", éd.L'harmattan.

² R.Forestier, "Tout savoir sur l'Art occidental", éd. Favre, p.114

³ Ph.Dubois, "L'acte photographique", éd. Nathan Université.

L'image est latente entre le moment de la prise de vue et son développement. Si nous observons d'autres dominantes artistiques comme la peinture ou la sculpture cette espace temporel est moins marqué car la production évolue dans le temps mais existe dans son ébauche sous les yeux de l'artiste. La production photographique quant à elle n'est pas visible à son auteur tant que celui-ci ne décide pas de continuer le procédé technique.

3. La reproductibilité de l'image peut permettre de revivre dans le présent des émotions liées au moment de la prise de vue située dans le passé.

Pour R.Barthes¹ « Ce que la photographie reproduit à l'infini n'a eu lieu qu'une fois : elle répète mécaniquement ce qui ne pourra plus se répéter existentiellement. ». C'est la base même de la technique photographique et le fondement des recherches scientifiques de Niepce et Daguerre lors de leurs découvertes chimiques et techniques. La photographie grâce à sa capacité de reproduction peut provoquer chez la personne qui la contemple une émotion directement liée non pas à l'image mais au souvenir du moment vécu. On est dans un mécanisme humain mettant en action la mémoire. Mémoire de l'action mais aussi mémoire sensible en lien avec le ressenti. Le rapport entre saveur et savoir peut être revécu par l'émotion provoquée.

e. La technique photographique délimite l'espace du photographe.

1. La vision à travers un appareil photographique n'est pas identique à la vision humaine.

La rigueur du cadre photographique, le format et l'angle d'ouverture de l'objectif imposent au photographe un point de vue sur la totalité de l'espace qui l'entoure. C'est aussi « *un découpage de l'espace : l'extraction du tout d'une partie qui intéresse le photographe* » comme le reprend Ph.Dubois². Pour L. Moholy-Nagy³ l'appareil a la capacité de reproduire une image pure dans ses véritables enregistrements optiques tandis que l'œil complète mentalement les phénomènes perçus pour aboutir à une image représentée. Par cela, l'appareil photographique constitue l'outil le plus fiable à l'amorce d'une vision objective ce dont ne peut être caractérisée la vision humaine.

2. Le photographe se situe face à son sujet.

R. Barthes⁴ présente le photographe comme « operator », celui qui pose l'acte et « Spectrum » celui ou cela qui est photographié. Nous avons bien en place une relation du photographe au sujet. Sans cette relation, sans cette intention, la photo ne se fait pas. Le photographe est celui qui décide de se positionner devant le sujet. C'est lui qui par son implication décide de faire passer le sujet regardé au statut d'objet photographié. Dans le champ spatial photographique un aspect important se réfère au jeu de regards des personnages. Dans le portrait photographique la relation se crée sur le principe fondamental du « face à face » entre le photographe et le modèle.

¹ & ⁴ R.Barthes, "La chambre claire", éd. Cahier du cinéma, Seuil, p.15 & p.22

² Ph.Dubois, "L'acte photographique", éd. Nathan Université.

³ L.Moholy.Nagy, "Une vision objective", source: "Le goût de la photo", éd. Mercure de France, p.38

3. L'appareil photographique permet une mise à distance entre le photographe et son sujet.

Une des facultés de l'appareil (pour nommer l'ensemble des inventions photographiques) est de se poser comme objet physique entre l'œil du photographe et le sujet-modèle. La relation du regard passe à travers l'appareil pour le photographe dans une visée claire et précise mais pour le sujet-modèle l'œil du photographe n'est pas toujours visible. Pour le sujet c'est l'objectif qui le vise, pas l'œil du photographe.

1. C. LA PHOTOGRAPHIE, UTILISEE EN ART-THERAPIE PEUT ETRE UNE TECHNIQUE ARTISTIQUE ACCESSIBLE ET DE GRANDE QUALITE POUR AIDER LA PERSONNE SOUFFRANT DE TCA A DEVELOPPER LA RELATION A L'AUTRE ET AU MONDE QUI L'ENTOURE.

a. La photographie par sa diversité technique crée une boucle de renforcement agissant sur les souffrances résultantes et collatérales du patient atteint de TCA.

1. La facilité de l'apprentissage photographique et la connaissance de la technique ont une influence positive sur la revalorisation du patient souffrant de TCA.

Le choix d'une technique connue par le patient dont le besoin de maîtrise est grand peut avoir une influence favorable sur l'acceptation de cette technique et la facilité d'apprentissage. Cette première connaissance permet au patient de se sentir en confiance évitant une éventuelle source d'angoisse et créant ainsi une boucle de renforcement positive. Le patient étant en confiance avec le savoir faire de l'activité photographique peut s'ouvrir à des explorations nouvelles à d'autres niveaux comme la recherche esthétique par exemple.

2. Le patient souffrant de TCA peut se sentir en confiance par l'utilisation d'une technique artistique s'adaptant à son état physique.

La photographie laisse le choix au patient sur la mise en mouvement de son corps lors des prises de vue. Lorsque le corps vit une cachexie* importante et que les déplacements, mouvements physiques sont obligés d'être réduits l'activité photographique peut s'adapter. Le patient n'est pas confronté à un arrêt de celle-ci même quand les autres activités sont interrompues. Le patient se place dans une activité où il peut s'impliquer à long terme sans subir les influences de son état physique.

3. Le cadrage de l'image peut avoir un effet rassurant sur le patient dont les troubles compulsifs font partie des conduites inappropriées de la pathologie.

Comme pour la feuille de papier en Art plastique, le viseur de l'appareil photographique offre une limite physique : un cadre tangible. Cette limite physique peut être un cadre rassurant pour le patient dont les troubles compulsifs sont souvent induits par une perception erronée et déstructurée de l'extérieur. « *Lors du cadrage photographique l'espace extérieur est découpé, le reste du monde est écarté* » selon S.Cavell¹.

¹ S.Cavell cité par Ph.Dubois, "L'acte photographique", éd. Nathan Université.

Le cadre imposé par le viseur de l'appareil photo peut aider le patient à restructurer graduellement le monde qui l'entoure par une vision plus précise et centrée. Cette structuration peut avoir une incidence positive sur l'affirmation de soi.

4. L'amplitude des aspects des procédés photographiques stimule l'intérêt de l'adolescent et s'adapte à ses goûts.

La photographie est une technique artistique regroupant de nombreux procédés distincts. De la prise de vue à l'impression des images, du photogramme à la photographie numérique en passant par la photographie analogique, l'amplitude d'apprentissages et de techniques aide à la création d'un atelier dynamique pour un public d'adolescents dont le manque d'intérêt et de concentration sont des caractéristiques de leur âge et de leurs souffrances. Passer de la prise de vue analogique, longue et parfois compliquée, à la prise de vue numérique, plus proche de leur mode de vie et de leur connaissance peut raviver un intérêt chez cette génération de jeune dont le zapping* est devenu une forme de pensée et d'attitude.

Les étapes du procédé photographique impliquent l'activité humaine sur différents niveaux. La contemplation, le cadrage, le choix du sujet invitent à une activité mentale orientée vers l'esthétique. Les travaux en laboratoire représentent un travail basé sur la technique et le savoir faire. Il n'y a pas de recherche esthétique dans cette étape, nous sommes en présence d'un travail scientifique (opération chimique). L'impression des productions permet d'unir ces deux aspects d'Art et d'art photographique. Il peut manipuler sa production ou restituer l'image présente sur le négatif. Lors de cette étape du procédé photographique, c'est le patient qui choisit s'il veut se centrer sur une activité orientée vers l'esthétique ou sur une activité technique et rigoureuse. La diversité de chaque étape peut aider le patient à renouveler son intérêt et reconnaître la partie du procédé qui lui convient le mieux. Cela peut l'aider à définir ce qu'il apprécie en s'adaptant à ses goûts.

b. La perception visuelle utilisée en photographie peut aider le patient souffrant de distorsion de la perception à acquérir une nouvelle compréhension de lui-même et de son entourage.

1. La vision est un instrument de choix pour percevoir le monde extérieur.

Pour Platon déjà, la vision était primordiale à l'homme pour aborder la connaissance des choses du monde sensible. Elle fait partie du phénomène sensoriel déterminant à l'homme comme modalité d'accès des informations extérieures à l'homme vers l'âme¹. La vision entre dans le registre de la sensibilité et de l'impression. L'homme est impressionnable dès sa naissance.

Les premiers besoins de l'enfant passent aussi par le contact oculaire. C'est à travers ce contact que l'enfant va créer le lien à l'autre. Il va créer le sentiment de confiance dont il a besoin pour développer les compétences à élaborer sa conscience d'être* l'aidant à pouvoir se socialiser de manière cohérente.

¹ Platon « Timée » cité par R. Forestier, « Tout savoir sur l'Art occidental », Favre, p.30.

La photographie en utilisant le regard met en jeu la perception visuelle du patient. Il est dès lors invité à renouer avec la connaissance du monde qui l'entoure. Il est invité aussi dans le cadre de la prise de vue de portraits à renouer avec le contact oculaire de l'enfance pouvant l'aider à restaurer des liens relationnels. La vision à la différence du regard est un acte qui se base sur la vue, sur le monde sensoriel. Le regard implique une intention, une volonté. Durant l'activité photographique la vision et le regard sont étroitement liés. Le patient vivant un trouble du comportement alimentaire peut s'ouvrir à une nouvelle compréhension du monde qui l'entoure grâce à cette liaison. De fait, l'intérêt suscité par la vision et l'impression qu'elle lui produit peut l'aider à porter un nouveau regard sur lui-même. En marge de cette intention de connaissance personnelle, le patient est invité lors de l'activité artistique à regarder avec attention, donc intention, le monde qui l'entoure.

Cette attention portée aux choses sensibles du monde qui l'entoure et aux autres peut aider à raviver la connaissance de ceux-ci. Une nouvelle perception peut en découler.

2. « la perception est une pratique qui se développe et non le critère déjà donné d'une vérité » selon L.Déchery¹

La perception a été entraînée par la sensation. C'est à partir de cette sensation qu'elle peut se former. Si elle se base sur la sensation cela implique directement la notion de sensorialité et la situe dans la notion de « saveur ».

Or, la perception se base sur un apprentissage. On perçoit en fonction de qui on est, en fonction de ce qu'on vit, ce qu'on connaît. Il y a implication du traitement psychique, de la mémoire et donc de la connaissance. La personne est ainsi placée dans le monde du savoir. Pour Déchery « *si tout recommence après le savoir absolu, c'est que la sensation revient d'elle-même. Il y a peut être plus dans le corps percevant que dans le logos* ».

Nous pouvons conclure que la saveur renvoie au savoir et que si la perception est liée au savoir, un nouvel apprentissage de celle-ci peut induire une nouvelle compréhension de la sensation et donc de la saveur.

Pour le patient souffrant de TCA dont la saveur existentielle est dénaturée par une perception erronée, la possibilité de « ré »apprendre à percevoir offre une porte ouverte vers la guérison de ce symptôme marquant de la maladie.

La photographie utilisant la vision comme capteur de sensations visuelles peut aider le patient à réapprendre sa perception. Voir avec attention et observer, lors de l'acte photographique, invitent le patient à explorer ce qui l'entoure, à mieux le « connaître ».

Par cette nouvelle connaissance, un changement dans sa perception peut se produire et l'aider à retrouver, grâce au savoir, à la connaissance, une nouvelle acceptation des sensations et de sa saveur existentielle.

La part d'observation et de contemplation liée à la recherche esthétique en photographie trouve donc toute sa place dans cette approche de la perception (le sens) et des sensations (les sens) pour la patient dont le sens donné à sa vie a perdu de saveur, et dont l'intérêt donné à ses sens se base sur une processus psychique défaillant.

¹L.Déchery, "Le premier regard, Essai d'anatomie métaphysique", Éd.: L'Harmattan.

3. Le portrait photographique peut aider le patient à conserver son identité.

C. Canal¹ témoigne dans son expérience photographique auprès de patients atteints de leucémie que la photo de portrait peut aider le patient à conserver une identité* durant l'évolution de la maladie. « *Les portraits se convertissent en miroirs de la mémoire qui servent au patient à ne pas perdre son identité menacée par les changements physiques liés aux traitements* ».

Dans le cadre des patients atteints de TCA les changements physiques sont les signes visuels primaires de la maladie. L'amaigrissement souvent brutal n'est pas enregistré de manière cognitive et un temps d'adaptation est nécessaire au patient pour « visualiser » ce changement. D'un autre côté la reprise de poids peut être compliquée émotionnellement, la photographie de portrait portant son intérêt sur le visage et non sur le corps peut permettre au patient à revoir son jugement sur lui-même ne focalisant plus son regard sur les zones du corps qui lui posent problème.

La photographie peut donc aider le patient à renouer avec son identité et l'aider dans l'acceptation des changements. En début de prise en charge la photographie de portrait n'est pas conseillée car elle peut favoriser la comparaison, le jugement erroné et engendrer une boucle d'inhibition. Ce type de travail doit être envisagé avec des patients en phase de récupération dont l'acceptation de la maladie est déjà acquise.

c. L'acte photographique peut aider la personne en repli sur elle-même à entrer en relation avec l'autre.

1. Le photographe, durant sa prise de vue, peut choisir son implication et celle de son sujet.

D'un point de vue relationnel le patient peut présenter des conduites différentes vis-à-vis de son sujet. Il peut l'observer sans le photographier, il peut l'observer et le photographier, il peut aussi introduire une relation verbale et lui demander de se placer, éventuellement de regarder l'appareil et finalement il peut aussi le positionner, le toucher. Chaque intervention a une incidence sur la relation qui se développe entre le patient photographe et son sujet.

Le patient souffrant de troubles sociaux peut évoluer graduellement dans son implication. La photographie, pour le patient dont la faible estime de soi entraîne une crainte de l'exposition du corps, permet de le mettre en situation sans l'exposer directement au regard de l'autre. L'appareil offre une « barrière » sécurisante entre le sujet photographié et le patient. Cette distance imposée entre l'artiste/patient et son sujet peut l'aider à s'engager graduellement dans la relation.

2. La présentation de l'image produite peut aider le patient à retrouver une place dans le monde social.

La production artistique est un produit de l'expression humaine et l'œuvre d'Art est une production dont la recherche esthétique a été le moteur. Or, cette production artistique si elle est bien la résultante matérielle d'une idée et d'un savoir faire offre une dimension supplémentaire.

¹C.Canal R.S.Ramiro , « Recuperar la luz », éd. Visión y Transfusión, S.C., p.16

Elle est aussi un objet en soi, capable de rayonner et se laisser capter. Dans le cadre de la photographie, la production est distincte de l'expression c'est-à-dire qu'il y a une distance spatiale et temporelle entre l'activité et la production.

Grâce à la distance qui existe entre la production et l'auteur, c'est à travers sa production que le patient laisse découvrir son style et affirme son goût face à l'autre. Le passage par la production permet un détachement émotionnel des commentaires et une mise à distance du regard de l'autre. La présentation au groupe et par la suite l'exposition de la production invite le patient à situer sa recherche esthétique face à l'autre. Cette étape, que nous appelons traitement mondain dans l'opération artistique peut aider le patient à retrouver une place dans le monde social. L'affirmation de soi se fait de manière progressive et rassurante.

d. L'implication dans l'activité photographique peut inviter le patient à s'affirmer de manière rassurante.

Au moment de la prise de vue, le nombre de déclenchements peut être un indicateur de l'engagement du patient dans l'activité. De même au moment de l'impression (travail de laboratoire) le patient peut décider de son implication personnelle par le nombre d'image qu'il choisit de produire et qu'il produit finalement. Pour le patient en souffrance l'engagement dans l'activité peut se baser sur d'autres critères dont il faut tenir compte comme la peur de malfaire ou le désintérêt. Mais les différentes étapes du procédé photographique laissent l'espace nécessaire au patient pour s'adapter et s'engager dans l'activité là où cela lui convient le mieux. La photographie permet donc une flexibilité d'engagement.

1. La succession des choix aide le patient à affiner son style.

Afin de pouvoir faire des images photographiques le patient est invité à choisir le moment et l'espace qu'il souhaite capter à travers son appareil. Cela impose une capacité à reconnaître ce qui l'intéresse de manière sensitive ou émotionnelle. La photographie offre la particularité d'affiner à différentes étapes de son procédé ce choix. Lors de la prise de vue, un premier choix s'effectue, et lors de la sélection des images à imprimer, un second choix vient s'ajouter au premier. Nous pouvons penser que si l'œil du patient a été stimulé par son sujet lors de la prise de vue, et que le patient a fait la photo, toutes les images devraient être choisies pour impression. Le second choix qui s'opère lors de la sélection sur planche contact aide le patient à mieux orienter son goût et à affiner son style. Pour des patients ayant l'estime de soi affaiblie comme c'est le cas des patients souffrant de TCA cette deuxième sélection peut avoir un effet bénéfique car ils réconfortent leur choix avant de le présenter aux autres et se sentir en confiance dans leur affirmation.

e. La photographie peut développer une augmentation de la confiance en soi en aidant le patient à se projeter dans le futur et comprendre la temporalité*.

1. Les séquences du procédé photographique s'espacent dans le temps de manières organisées et prévues.

L'ensemble des procédés photographique s'organise en différentes séquences : contemplation, prise de vue et travail de laboratoire. Elles s'inscrivent dans le temps de manière structurée et ordonnées suivant un déroulement précis. La connaissance de celle-ci par le patient lui permet

de se situer dans le temps. Il peut de manière rassurante s'engager dans une activité dont il connaît le déroulement.

2. Le temps d'attente entre la prise de vue et la vision du résultat implique pour le patient une projection dans le futur.

Le temps imposé par le procédé photographique impose un temps d'attente entre le moment de l'action (prise de vue) et le moment où le patient peut voir sa production. La perspective de la découverte de l'image peut créer un espoir, une envie et susciter un intérêt chez les patients souffrant de TCA ayant perdu tout goût de vivre. Cette projection dans le futur peut créer une boucle de renforcement au niveau de la confiance en soi.

3. La compréhension par le patient de la notion de temporalité du procédé photographique peut l'aider à accepter le temps de guérison de sa maladie.

La particularité de la photographie est de figer un moment en image fixe. Elle a cette capacité de reproduire indéfiniment une action, la captation de ce qui fût à un moment donné. Lorsque le patient visualise sa production ; un temps s'est écoulé et le patient est « renvoyé » dans le passé. Cette constante oscillation entre le présent et le passé peut aider le patient à comprendre l'évolution, les changements subits par l'action du temps. Cette compréhension peut aider le patient à accepter par analogie le temps nécessaire à sa thérapie. Le temps de prise en charge (le temps qui s'écoule pour obtenir des résultats visibles des efforts fournis) amène parfois le patient adolescent à se décourager et perdre confiance dans ses capacités de guérison mais aussi dans la crédibilité qu'il octroie à l'équipe de soins. La compréhension du temps induite par le procédé artistique photographique peut avoir à ce niveau un effet bénéfique. Cette nouvelle approche de la patience et de la notion de temps joue donc un rôle positif dans la confiance en soi pour le patient mais aussi dans la confiance qu'il place dans l'autre. Cette confiance renforce son espoir de guérison.

1.D. HYPOTHESE

Suite à l'analyse des critères des TCA et à l'étude de la Photographie comme activité artistique nous avons tenté de démontrer les fondements théoriques de notre intérêt à les mettre en relation dans le cadre d'une prise en charge Art-thérapeutique.

Nous avons pu observer lors de l'étude de la pathologie que différents courants apportent actuellement une attention particulière à la notion de relation entre le patient et son entourage tant dans la survenance que dans l'évolution et la guérison de la maladie.

Notre hypothèse se base sur l'idée que l'utilisation de la vision comme capteur sensoriel et du regard comme implication mentale à travers la photographie comme activité artistique peut favoriser un nouvel apprentissage de la perception ravivant l'estime de soi et favorisant la relation à l'autre.

DEUXIEME PARTIE

DES PATIENTS À DIFFÉRENTS STADES DE LA MALADIE ONT BÉNÉFICIÉS D'UNE CONSIGNE ADAPTÉE LORS DE L'ATELIER D'ART THÉRAPIE À DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE.

2. A. LE « CENTRO ABB » EST UNE CLINIQUE DE JOUR OFFRANT AUX PATIENTS SOUFFRANT DE TCA UNE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE GLOBALE.

a. Différentes thérapies sont proposées au patient par une équipe pluridisciplinaire.

Le « Centro ABB » prend en charge des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA). La prise en charge se base sur une vision holistique* de la personne. Elle s'oriente sur l'acceptation et la connaissance de la maladie, la suppression des symptômes et le retour à une conduite alimentaire et émotionnelle cohérente afin de tendre à la reconversion d'un état de bonne santé physique, mentale et sociale.

L'équipe est composée d'un psychiatre, d'un docteur en médecine, d'un docteur en psychologie, de quatre psychologues, d'un thérapeute familial, d'une animatrice en Arts Plastiques, d'un moniteur d'expression corporelle, d'une instructrice en Mindfulness* et d'une cuisinière.

Au niveau médical le patient est suivi par un psychiatre et par un médecin généraliste pour l'évaluation et l'évolution de son développement. Les psychologues proposent différentes psychothérapies. En marge de ces thérapies et dans un esprit d'ouverture scientifique et d'apprentissage, le «Centro ABB » met en place des ateliers visant à aider le patient à retrouver une qualité existentielle fragilisée par des activités à dominante artistique, un atelier d'Art-thérapie et un programme psycho éducatif de réduction de stress basé sur la pleine conscience.

Le patient en fonction de sa symptomatologie peut être pris en charge en hôpital de jour, en horaire adapté ou en consultation ambulatoire. En hôpital de jour, le patient passe l'entièreté de sa journée au centre, en horaire adapté, le patient vient au centre après sa journée scolaire et prend ses repas au centre, en ambulatoire, le patient vient seulement aux consultations avec l'équipe. Il n'y a pas d'unité à temps plein.

b. La philosophie thérapeutique du « Centro ABB » repose sur une idée intégrant la famille dans le processus d'acceptation de la maladie et de guérison du patient.

La philosophie de soin au sein du « Centro ABB » repose en partie sur l'approche systémique* de la thérapie et se base sur l'importance du système familiale dans la venue, le développement et la guérison des TCA.

Une prise en charge de l'entourage direct du patient tant dans l'acceptation que la compréhension de la maladie est proposée ainsi que des ateliers thérapeutiques familiaux. Dans la mesure du possible l'équipe essaye d'éviter l'isolation du patient de son entourage familial même si il peut avoir une influence directe sur son état. Le processus de guérison passe, selon les convictions des professionnels du centre, par l'acceptation de la réalité familiale et la convivialité avec celle-ci. Si le patient est retiré de son milieu familial le risque de rechute est fréquent lorsqu'il réintègre sa réalité. L'idée est donc de parvenir à aider le

patient à accepter son entourage même si il peut être pathogène. Durant des périodes de crises extrêmes, le patient fait des séjours chez d'autres patients du centre lui permettant un temps de repos par rapport à son entourage et la vision d'un entourage familial différent.

c. « Le groupe » est un facteur déterminant de la stratégie thérapeutique du « Centro ABB ».

Une première différenciation se fait au niveau de l'âge. Il y a le groupe Casiopea (moins de 18 ans), le groupe Orion (18 – 25/30 ans) et le groupe des adultes (plus de 30 ans). Cette séparation en fonction de l'âge invite le patient à se sentir en harmonie avec des personnes de son âge dont les expériences de vie sont similaires. La notion de groupe est très importante dans la perspective de guérison du « Centro ABB » et est utilisé comme outil de thérapie afin de favoriser la relation à l'autre, l'acceptation de la pathologie et la guérison. En marge de la séparation par âge, les patients sont divisés en fonction de leur état de santé en « étapes ». Chaque étape répond à des objectifs thérapeutiques intermédiaires orientés vers un réapprentissage des conduites inappropriées. Ces étapes indiquent l'évolution du patient et reposent sur des compromis entre le patient et l'équipe. Elles aident le patient à s'investir dans sa thérapie et à l'équipe dévaluer l'évolution du patient. La description des étapes est présentée en annexe B

d. La courbe de poids est l'item principal pour l'équipe médicale du centre.

Le « Centro ABB » dans sa dynamique thérapeutique évite le contrat de poids avec le patient. La courbe de poids est l'item principal de l'équipe médicale dans l'évaluation du comportement et de la santé du patient mais le patient ne peut en général pas connaître son poids. Le but de cette dynamique se base sur l'idée que s'il y a un contrat au niveau pondéral le patient continue à utiliser le corps comme messenger émotionnel ou comme vecteur de ce qu'il souhaite. La non connaissance du poids, les interdictions de parler du corps imposent au patient une recherche personnelle d'acceptation et de gestion des émotions et désirs par le biais d'un autre outil que le corps.

1. La courbe de poids est mise en relation avec l'état de santé du patient.

Après une étude médicale du fonctionnement des mécanismes vitaux du patient l'équipe utilise, en tenant compte des réactions physiologiques de chaque individu, la courbe de poids comme item d'observation de l'état de santé du patient.

Le patient est pesé quotidiennement et son indice de masse corporelle (IMC)¹ est calculé de manière régulière. Pour l'OMS², l'IMC est la formule évaluant la notion de dénutrition, surpoids et/ou obésité de la personne. Il n'y a pas de différenciation par âge ou par sexe. La formule de calcul de l'IMC est la masse divisée par la taille au carré. Le poids en tant que masse corporelle est une des composantes de la formule. Tout changement pondéral est directement visible dans l'IMC du patient.

¹ Le tableau d'interprétation et la formule de calcul de l'IMC sont présentés en Annexe C.

² OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

2. La courbe de poids indique objectivement la conduite du patient.

Le livret de consommations que doit impérativement remplir le patient au quotidien peut être manipulé ou modifié par le patient. Il peut « omettre » certaines informations (exercices physiques, prises de substances, crises de boulimie) ou en ajouter en cas de restriction d'ingestion même si un contrat de confiance est établi. Par contre pour l'équipe médicale le corps ne peut pas mentir. On est dans un système archaïque de l'expérience basale du corps.

La courbe de poids est un item objectif pour évaluer l'attitude du patient et son attitude intentionnelle envers la prise en charge. Le rapport entre les fluctuations de poids et les données du livre de consommation indique la véracité des propos du patient et peut témoigner de son niveau d'implication dans la prise en charge.

2. B. L'ART-THERAPEUTE UNIT LES POTENTIELS DE L'ART AUX NECESSITES THERAPEUTIQUES ET HUMANITAIRES DE LA PERSONNE SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE OU DE BOULIMIE NERVEUSE.

a. L'Art est une activité humaine orientée vers l'esthétique présentant un pouvoir d'expression et pouvant favoriser la relation à l'autre.

L'activité artistique est un moyen de survie pour l'homme crée par les divinités¹. Rien qu'en cet énoncé l'activité artistique se définit comme activité humaine. Or l'activité artistique s'inscrit comme l'utilisation de mécanismes humains dans une visée esthétique. Si nous reprenons son étymologie, l'esthétique, désigne la science du beau. Or, dans l'Antiquité Platon énonçait déjà les bases de la réflexion sur l'attraction de l'homme vers la Beauté ; sur l'implication des sens dans la perception du monde extérieur afin de se créer un monde intérieur : un idéal esthétique. La cohérence entre ce monde idéal et le monde sensible peut trouver une modalité particulière d'expression et d'organisation à travers l'activité artistique. A partir de la Renaissance italienne et sous l'influence de Michel Ange, une nouvelle réflexion de l'esthétique démontre l'union entre l'Art et la Beauté. Ce grand maître ouvre aussi la voie à la reconnaissance de l'œuvre d'Art comme se suffisant à elle-même et devant être considérée pour le seul plaisir qu'elle procure. Une compréhension différente et définitive se marque dès lors entre l'artisanat et l'Art.

L'être humain dans son développement physiologique vit grâce à un système de régulation entre le monde extérieur et le monde intérieur : l'homéostasie. Il est composé d'un système de captation des informations venant de l'extérieur reposant sur les organes sensoriels. C'est la notion d'impression. L'être humain est « impressionné » dans son système archaïque de captation sensoriel. Ce système n'a pas la capacité de traiter cette donnée de manière qualitative. L'être humain a besoin de son traitement psychique afin de traiter cette donnée sensorielle. On est dans la perception. La perception est directement reliée à l'individu. Cette perception peut mener à une émotion et une intention comportementale.

¹ Platon, « Le Politique » cité par R.Forestier « Tout savoir sur l'Art occidental », éd.Favre, p.34

Ce procédé de régulation fondamental de l'homme en recherche d'une qualité de vie peut se nommer le « savoir ». Dans le cadre de l'Art, le procédé est identique mais les mécanismes humains sont mis en action dans une recherche de plaisir et d'agréable ajoutant un « saveur » à la qualité de vie de l'homme. On est dans une activité humaine dirigée par la recherche du « le plaisir esthétique ».

Les activités humaines qui découlent de cette recherche de sensations agréables peuvent inciter la mise en action de la personne par une disposition active à les capter (contemplateur), et/ou à les produire (producteur). L'action artistique répond à l'envie de produire une gratification en fonction du goût de celui qui le fait. Elle implique la stimulation des facultés mentales et physique. C'est la réaction à une impression. Cette réaction s'appelle l'expression et démontre le pouvoir expressif de l'Art.

L'œuvre d'Art et/ou la technique artistique peuvent être les initiateurs de la rencontre à l'autre. La nature du phénomène relationnel n'est pas identique suivant que la personne soit dans un processus de contemplation ou d'expression. Dans un processus de contemplation, la personne peut être en relation avec l'œuvre sans favoriser de relation sociale. Le contemplateur peut aussi dans certains cas dépasser l'œuvre et à travers elle entrer en communication avec son entourage. Pour ce qui est de la personne qui produit, la relation est évidente avec l'œuvre et peut favoriser les relations à l'autre comme pour le contemplateur. La différence se pose sur le fait que l'œuvre implique l'artiste dans l'expression de son goût et qu'elle s'impose par elle-même, pour elle-même et en elle-même comme objet. Une distance temporelle et spatiale se forme entre l'œuvre et son auteur pouvant avoir des influences sur la relation à l'autre.

b. Différents courants définissent à l'heure actuelle l'Art-thérapie en Espagne et en France.

1. Chaque courant d'Art-thérapie aborde la profession sous un angle spécifique de la thérapie au patient.

Notre recherche sur les différents courants d'Art-thérapie en Espagne et en France démontre que l'Art, la production artistique, le patient et l'Art-thérapeute peuvent s'organiser différemment sous l'égide de la visée thérapeutique.

En Espagne la définition de l'Art-thérapie présentée par ASANART¹ décrit l'activité comme « *un ensemble de pratiques d'assistance et/ou formatives qui utilisent la création artistique comme centre de la triple interaction sujet-œuvre-thérapeute* ». Ils ajoutent un quatrième élément : l'intégration psycho sociale du patient comme véritablement primordial. L'Art et la production ne sont pas les finalités. Le travail est basé sur la relation thérapeute/patient et la production artistique est l'instrument qui les unit. Le processus de guérison est donc un processus guidé par le thérapeute. Selon ce courant d'Art-thérapie l'importance est mise sur la nouvelle relation qui se crée entre le patient et lui-même afin de lui apporter une meilleure qualité de vie.

D'autres courants moins définis en Espagne utilisent l'Art-thérapie comme support d'expression et de développement personnel en lien avec une psychothérapie.

¹ ASANART : Asociación Andaluza de Arteterapia.

Ce sont des psychothérapies à médiation artistique dominées par le courant humaniste¹. Les techniques artistiques sont les outils expressifs de la personne utilisés comme voies de développement personnel sous l'égide d'un thérapeute. Le troisième courant d'Art-thérapie présent en Espagne est basé sur l'utilisation de l'Art comme support d'intégration sociale². L'idée repose sur l'utilisation des activités artistiques mettant en œuvres l'ensemble des mécanismes humains pour aider le patient à développer des stratégies adaptatives dans sa vie quotidienne. L'Art est un support de travail favorisant l'inclusion sociale et aidant à un meilleur développement émotionnel et cognitif du patient.

En France, l'Art thérapie se développe aussi selon trois courants principaux que nous exposons brièvement. L'Art-thérapie selon le modèle de l'AFRATAPEM³ et des facultés de Médecine de Tours, Lille, Grenoble et Poitiers se définit comme l'exploitation des potentiels de l'Art dans une visée thérapeutique et humanitaire. Cette définition démontre clairement que l'Art a des pouvoirs, comme le pouvoir expressif et l'effet relationnel pour en citer deux et que ces potentiels sont utilisés dans le soin (visée thérapeutique) et/ou d'augmentation de la qualité existentielle (visée humanitaire).

Le patient est invité par le phénomène artistique à mettre en œuvre des mécanismes humains corporels et mentaux sous l'égide de l'agréable, de la recherche de bien-être et de l'esthétique.

Il peut par sa production artistique mettre en lien ses facultés esthétiques (sa saveur) et ses facultés techniques (son savoir) créant ainsi sa personnalité* (son savoir être). Ce développement de la personne peut avoir une influence positive sur l'estime de soi renforçant un sentiment de fierté et favorisant son engagement. Par la mise en action de son corps physique il favorise la poussée, la structure et le ressenti corporels. Nous sommes en présence d'une thérapie dans le champ du « hors verbal » qui se conçoit comme un des maillons d'une prise en charge pluridisciplinaire de l'être humain en souffrance physique, mentale ou sociale.

Un autre courant Art-thérapeutique en France est la thérapie psychologique à médiation artistique. Le psychologue utilise les techniques artistiques pour aider son patient à s'exprimer. C'est une thérapie verbale où la technique artistique et/ou la production sont utilisées comme instruments supplémentaires de communication entre le patient et son entourage (thérapeutique ou familial).

Finalement en France une place est réservée à un troisième courant d'Art-thérapie nommé « Art Brut ». Ce courant n'est pas en soi un courant thérapeutique. Il fut créé par J. Dubuffet dans l'idée de proposer à des personnes sans cultures artistiques la possibilité de s'exprimer à travers leurs productions. L'idée est de développer un courant artistique basé sur la spontanéité créatrice, sans prétentions culturelles et sans démarches intellectuelles. Il compléta ainsi les études faites en 1919 par H. Prinzhorn, sur la limite entre la psychiatrie et l'art, entre la maladie et l'expression créatrice.

¹ « El Caminante », Malaga, « ISPA », Barcelona

² Universidad Complutense Madrid.

³ Association Française de Recherche et Application des Techniques Artistiques en Education et Médecine.

Comme nous pouvons le voir chaque courant se développe sur une idée d'union entre l'Art, la production artistique, le patient et l'Art-thérapeute avec des différences dans l'implication et/ou l'utilisation des composantes.

2. L'Art-thérapie selon le modèle tourangeau est pertinente dans la prise en charge de patients souffrant de TCA.

Le modèle Art-thérapeutique tourangeau porte une attention particulière à tous les mécanismes humains mis en action dans l'activité artistique, de l'aspect mental au social en passant par le physique. Les TCA sont des troubles que nous pouvons observer comme partant parfois d'une blessure ou d'un choix de vie...évoluant vers une maladie et pouvant à long terme se transformer en handicap. Toutes les étapes de pénalités peuvent être vécues par le patient. Tous ses mécanismes humains aussi, du physique (cachexie, amaigrissement, aménorrhée, etc.) au mental (trouble de la perception, dépression, comportement compulsif) en passant par le social (phobie sociale). Une prise en charge tenant compte de tous les aspects humains offre une aide globale à la personne dans sa reconversion vers une bonne santé et une qualité de vie.

Le support de l'opération artistique* permet une compréhension des sites d'action*et invite l'Art-thérapeute à développer une stratégie évolutive et adaptée. L'analyse des évolutions corporelles et comportementales basée sur les fiches d'observation* permet d'affiner et d'ajuster la prise en charge.

Finalement l'outil d'auto-évaluation, le cube harmonique offre au patient des possibilités de compréhension de soi et d'implication dans sa thérapie. Il l'invite à évaluer sa manière de percevoir et ressentir. Il peut l'aider à affiner son goût et définir son style et peut l'inciter à se situer face à l'autre et dans sa thérapie de manière confiante et sereine.

c. L'Art-thérapie accorde une place particulière au corps physique et à l'activité mentale dans l'exploitation sanitaire de l'activité artistique.

Considérée comme addiction par certains et comme trouble somatique par d'autre la maladie fait osciller constamment le patient entre son mental et son corps. Tout passe par l'un et se montre via l'autre. Le corps et l'esprit sont en compétition. Or l'Art-thérapie propose la mise en action conjointe du corps et de l'esprit dans une visée de soin.

Dans le cadre des personnes atteintes de TCA, un décalage se fait entre l'identité et la personnalité. Les patients savent qu'ils sont des êtres humains mais ne se sentent parfois plus vivants. Les sensations liées au corps sont rejetées et inhibées. Dans la pratique artistique le corps est invité à être présent. Il peut retrouver une présence d'être et le patient peut renouer avec des ressentis gratifiants. L'acceptation de ce ressenti basée sur la notion de « Beau » et sa compréhension par l'activité mentale peuvent aider le patient à renouer avec une affirmation de soi cohérente et positive.

La perception erronée de l'image du corps empêche de comprendre le corps en tant que structure (organisation de segments). La vision du corps est souvent fragmentée et seulement certaines parties sont « regardées » et jugées. Par la mise en action de toutes les parties du corps dans l'activité artistique, le patient peut retrouver un schéma corporel cohérent. Il peut

apprendre à revaloriser des parties de son corps sous estimées ou mal perçues. Le ressenti corporel est mis en jeu dans une idée globale du corps. Cette nouvelle appréciation du corps est basée sur la notion du « Bien » et peut favoriser une augmentation de la confiance en soi chez le patient.

Pour le patient souffrant de cachexie et de dépression dans certain cas, le goût de vivre est souvent en manque. La complexité du traitement psychique en rapport au corps empêche le patient de s'engager physiquement dans ses activités. Toute l'énergie est dépensée par une activité mentale gérant le corps et le quotidien de la personne. Lors de l'activité artistique le patient est incité à aborder l'élan, le mouvement et l'énergie du corps dans une vision positive et épanouissante. Cette énergie nécessaire à l'expression est orientée par la notion du « Bon » et permet au patient à retrouver une estime de soi, un engagement dans sa vie.

d. Les sites d'action des TCA localisés dans l'opération artistique permettent d'affiner la stratégie thérapeutique.

L'opération artistique (dénommé sous les lettres OA par la suite) se divise en phases définies comme des éléments pouvant devenir des sites d'action de l'intervention Art-thérapeutique. Nous présentons à continuations les sites d'actions inhérents aux TCA dans les phases concernées de l'OA.

Phase 4 : le traitement sophistiqué de l'information. Même si le corps « malade » du patient est la partie visible de la pathologie le site d'action principal est le traitement sophistiqué de l'information. Le traitement mental défaillant du ressenti sensoriel induit une intention inadéquate. Le patient vit dans un corps anesthésier par sa force mentale.

Phase 5 : la poussée corporelle. L'exigence extrême, la comparaison à l'autre, la faible estime de soi peuvent empêcher l'engagement et la projection de la personne dans l'activité. Le patient atteint de TCA peut présenter des difficultés à trouver l'énergie nécessaire pour s'élancer dans une action.

Phase 5' : la contemplation. Cette phase est une partie de l'action que peut développer une personne face à l'activité artistique de manière intentionnelle et attentive. Pour les patients atteints de TCA la phase de contemplation peut les aider à raviver une compréhension de « l'extérieur » par une observation active de celui-ci.

Phase 6 : Le savoir faire et la technique. Cette phase induit l'action de la personne suite à son intention et sa volonté. Pour le patient dont l'auto-exigence et la recherche de perfection sont des symptômes collatéraux de sa pathologie, la phase 6 est une phase que le patient va explorer en profondeur avant d'oser produire.

Phase 7 : la production artistique. La production pour le patient atteint de TCA peut induire une certaine difficulté car il matérialise sa perception et son intention. Le patient peut ressentir une crainte à exprimer ce qu'il vit dans son corps soit car il ne veut pas s'ouvrir à ses ressentis, soit par peur du jugement des autres. Le besoin d'appartenance et de conformisme envers l'attente et le regard de l'autre peut mettre le patient dans une situation d'ambivalence quand à l'acceptation de sa production.

Phase 8 : Le traitement mondain. Pour les patients dont l'estime de soi est affaiblie, la relation à l'autre peut être compliquée. Pour l'adolescent en recherche de sa personnalité les commentaires sur sa production peuvent être pris à un niveau personnel car la distanciation entre ce que je suis (personnalité) et ce que je fais (conduite) n'est pas toujours bien assimilé ou peut présenter des distorsions. La difficulté à affirmer son goût et son style peut empêcher le patient à s'inscrire dans la société de manière cohérente et agréable.

2. C. LES ETUDES DE CAS PRESENTES ILLUSTRONT L'EXPERIENCE VECUE.

L'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique s'est inscrit dans l'état d'esprit des prises en charge de la structure. L'équipe du « Centro ABB » travaillant avec le patient dans sa globalité trouvait pertinent une mise en relation entre le patient et la photographie en tant qu'Art Visuel. Les patients ayant déjà des ateliers d'expressions artistiques comme la peinture ou le théâtre, il fût décidé que l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique centrerait son objectif thérapeutique général sur la relation à soi, à l'autre et au monde travaillant ainsi l'affirmation, la confiance et l'estime de soi. Afin de respecter la dynamique de prises en charge de la structure et d'orienter le patient dans sa relation à l'autre, l'atelier d'Art-thérapie s'est construit autour de l'idée du groupe. Il fut décidé la mise en place d'une prise en charge de 1h1/2 par semaine et par groupe.

a. Le choix d'un thème de prise de vue adapté aux besoins du patient et aux exigences du « Centro ABB » est le premier élément de la stratégie thérapeutique.

Le thème général de prise de vue proposé par l'Art-thérapeute en accord avec l'équipe médicale fût « *l'entourage* ». Ce thème suffisamment abstrait et ample a invité chaque participant à orienter sa recherche esthétique selon ses goûts et ses intérêts. Il a été ajusté individuellement selon l'évolution de la prise en charge afin de se rapprocher des objectifs thérapeutiques personnels du patient. Cette décision fût prise après l'écoute des intérêts esthétiques de celui-ci et l'opinion de son thérapeute. Dans certains cas, le sujet proposé au patient était directement lié au travail thérapeutique effectué avec son psychologue.

b. Les séances de prise de vue et les séances en laboratoire se complètent pour atteindre les objectifs thérapeutiques.

La mise en place d'un atelier de photographie analogique noir et blanc inclut une compréhension de la temporalité induite par l'attente entre l'action (prise de vue) et le résultat (production). Afin de susciter l'intérêt des patients, nous avons mis en place une dynamique de séances alternant les prises de vue en extérieur avec appareils digitaux et les séances de laboratoires. Chaque activité ayant des caractéristiques propres, les patients ont été invités à explorer les activités dans lesquels ils se sentaient en confiance. La difficulté pour certains patients d'affronter le monde qui les entoure pouvait rendre les séances de prise de vue anxiogènes. Le travail en laboratoire les a permis de ne pas aborder les séances d'Art-thérapie avec crainte. Ce travail plus solitaire et technique a aidé certains patients à acquérir une meilleure confiance et estime de soi, grâce à la vision de leur production et la fierté qu'ils en témoignaient pour reprendre les séances de prise de vue. Une dynamique créative et positive s'est développée grâce à l'alternance des séances et la diversité de celle-ci. Ce fût le deuxième axe de la stratégie thérapeutique au niveau du groupe.

c. Le faisceau d'item choisi pour évaluer la relation à l'autre est le regard.

Le regard s'est imposé comme un faisceau d'items tant dans sa qualité que sa quantité sur lequel nous pouvions orienter notre observation.

1. La capacité relationnelle du patient envers le groupe et l'Art-thérapeute est observée durant la séance par « le nombre et la qualité de son regard vers l'autre ».

Durant les séances de prise en charge deux items principaux peuvent servir à évaluer cette relation. La relation établie peut se manifester face à l'Art-thérapeute et/ou face au groupe.

La quantité de regard du patient envers l'Art-thérapeute et/ou envers le groupe qui a retenu notre attention particulière à travers l'item et la cotation : « *nombre de regard dirigé vers l'Art-thérapeute (ou le groupe) durant la séance : plus de 20 / entre 11 et 20/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4 / aucuns* ».

La qualité du regard a été évaluée par l'item et la cotation : « *qualité du regard durant la séance : regard chaleureux / regard vif / regard inquiet / regard hagard, « absent » / regard triste* ».

2. Le cadrage, expression du regard du patient durant la prise de vue est observé par l'item du « choix du sujet » afin d'évaluer sa capacité à raviver l'affirmation de soi.

Le cadrage est le support du regard durant la prise de vue, il est sa structure. Il impose au patient l'acceptation d'un espace délimité. La capacité de choisir un sujet précis peut démontrer la capacité du patient d'affirmer son goût. L'item et la cotation: « *respect de la consigne « thème » : recherche images inédites / fait des photos selon exemples donnés/ demande de l'aide / ne suit pas la consigne du thème* » sont utilisés pour évaluer l'intention esthétique du patient. L'item et la cotation « *Thème de prise de vue : Famille / portrait / paysages / détails / vues générales* » indiquent la capacité à choisir son thème personnel, donc à être confiant de son style.

Ces items peuvent indiquer la capacité du patient à affirmer son choix, son goût mais peuvent aussi être analysés pour révéler la capacité esthétique et/ou l'intérêt pour l'activité dans ces cas la valeur attribuée à la cotation peut varier.

3. « Le nombre de productions ou le sujet photographié regarde l'appareil » est l'item sélectionné pour observer la relation entre le patient et son modèle.

Au niveau de la relation à l'autre l'item et la cotation « *nombre de photos avec sujet humain : plus de 20 / entre 11 et 20/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4 / aucuns* » indiquent la capacité de se placer face à l'autre ; et l'item et la cotation « *Nombre de photos dont le sujet regarde en direction de l'appareil : plus de 20 / entre 11 et 20/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4 / aucuns* » sont utilisés pour observer la capacité du patient à développer une relation avec l'autre.

Par contre il ne sera pas possible d'évaluer la qualité de la relation entre le patient et son modèle par ces deux seuls items. Cette appréciation reposerait sur une considération subjective et une interprétation de la part de l'Art-thérapeute et cela n'est pas le propos de l'atelier. D'autres items comme « le nombre de photos sélectionnées pour impression avec

modèle » ou ceux en relation avec la satisfaction du patient envers sa production, et son intérêt pour le « devenir de celle-ci » peuvent indiquer une certaine appréciation du référent.....bien que à nouveau nous risquons de tomber dans une interprétation car une photo peut être correctement, artistiquement réussie et nous plaire sans que nous en apprécions particulièrement le sujet représenté.

4. « Le nombre d'image sélectionnées pour impression » est l'item choisi pour observer la capacité à accepter le regard de l'autre sur la production et à réintégrer une place dans la société.

L'item et la cotation « *nombre de photos choisies pour impression : plus de 10 / entre 5 et 9 / entre 1 et 4 / aucunes* » peuvent être indicateurs de la capacité du patient à affirmer son choix dans une optique sociale. Le patient sait intrinsèquement que l'impression de l'image impose la vision de la production par les membres du groupe. Cet item peut donc indiquer son intention à ce niveau.

Ces faisceaux d'items et items théoriques de base sont les préceptes de la stratégie thérapeutique envisagée. Nous tiendrons en compte dans l'évaluation du patient que certains items impliquent notre interprétation en tant qu'observateur. Une partie de subjectivité peut influencer notre résultat ; il est donc important de compléter l'analyse de ces items interprétés par d'autres résultats objectifs.

L'observation de ces items n'a d'intérêt que dans l'analyse de l'évolution des résultats. Chaque item ou faisceau d'item doit être considéré en fonction de l'analyse globale des observations portées sur le patient ainsi que des possibles phénomènes associés. Une analyse globale peut aider l'Art-thérapeute à revoir sa stratégie thérapeutique et transformer ses objectifs généraux en objectifs intermédiaires.

Finalement l'analyse des différentes séances peut éventuellement montrer un changement, une évolution dans l'attitude du patient au niveau de sa relation à l'autre et prouver la réussite de la prise en charge.

d. Illustration de la théorie par la présentation des études de cas.

Les prises en charge étant des prises en charge en groupe, nous avons préparé des fiches d'observation de groupe¹ afin de pouvoir évaluer l'implication du patient durant l'atelier, la relation à l'autre et la dynamique créée par le groupe.

Ces fiches d'observation de groupe ont aidé l'Art-thérapeute à affiner sa stratégie thérapeutique générale grâce à l'observation de l'attitude de chacun à l'intérieur du groupe. Elles lui ont permis de prendre conscience des adaptations nécessaires à ses propositions et consignes afin de continuer à susciter l'intérêt et l'évolution des patients.

En marge de ces fiches d'observation de groupe, une attention particulière a été portée sur différents patients dont nous présentons à continuation les études.

¹ les fiches d'observation de groupe sont présentées en Annexe C

1. Melle A., « mon regard parle pour moi »

Identification : Melle A. est une jeune fille de 16 ans prise en charge en Art-thérapie du mois de février 2011 au mois de juillet 2011. Elle fréquente le « Centro ABB » depuis 11 mois et au moment de la prise en charge est en Etape 2 du groupe Casiopéa. Elle fréquente le centre les après-midi, est pesée quotidiennement et prends ses déjeuners et goûters au centre.

Pathologie : TCA de type anorexie restrictive avec crises de boulimie et trouble dépressif associé.

Indication thérapeutique de l'équipe : Expression des émotions et restauration de l'affirmation et de la confiance en soi.

Objectif Art-thérapeutique général : Aider Melle A. à exprimer ses choix, à avoir confiance en elle afin de lui redonner le goût de vivre et restaurer la relation aux autres.

Etat de base : Melle A. est la fille aînée d'une famille unie comptant 2 enfants. Ses parents travaillent beaucoup. Elle est souvent en charge de sa petite sœur de 12 ans. Melle A. parle très peu, est souriante et accepte les consignes sans discuter. Elle a fait une tentative de suicide par prise de médicaments. Elle réussit bien en classe et dit avoir un très bon groupe d'amis. Au niveau physiologique Melle A. présente un état sanitaire satisfaisant et une courbe de poids stabilisée. Elle se maquille peu et s'habille de manière classique. Elle reste très renfermée et à difficile à parler en thérapie de groupe. Au moment de l'initialisation de la prise en charge Melle a arrêté d'aller en cours.

À la question « *qu'est ce qu'être bien pour toi ?* » elle répond sans hésitations que c'est savoir solutionner ses problèmes et apprendre à vivre avec ce qu'on a.

À la question « *qu'est ce que la Beauté pour toi ?* » elle répond que c'est quelque chose qui a un sentiment ou une justification. Elle ne donne pas plus d'explications à ses réponses.

Elle aime danser le « Flamenco », la « Sevillana », lire de tout sauf de la poésie et nous dit emmener son appareil photo partout. Elle est contente de pouvoir participer à l'atelier d'Art-thérapie « photo » mais ne sait pas vraiment dire ce qu'est l'Art.

Sites d'action: Melle A. présente une dévalorisation de sa personne qui l'empêche une affirmation d'elle-même et un engagement dans la vie. La perte du goût de vivre est influencée par cette baisse de l'estime de soi. Au niveau de l'OA, le site d'action principal se situe au niveau du traitement sophistiqué de l'information (phase 4) par une perception erronée ayant une influence directe sur l'élan vital et la capacité à s'exprimer dans l'action. Une coupure avec le monde social découle de ce cercle vicieux.

Protocole : Participation à l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique à raison d'une séance de 1h30 par semaine au sein de son groupe thérapeutique. Melle A. demande et reçoit un appareil à prêter de son oncle.

· Les objectifs intermédiaires :

Proposer un thème ample de prise de vue afin de laisser Melle A. faire son choix.

Par l'apprentissage d'une technique connue l'aider à retrouver des sensations gratifiantes afin de favoriser la confiance en soi et l'envie de s'investir dans une activité.

· La modalité évaluative se construit autour des faisceaux d'items et des items :

Les faisceaux d'items et items se basent sur « la capacité à faire des choix », « l'implication personnelle » et « les capacités relationnelles verbale et non verbale » durant l'atelier.

La stratégie envisagée : Laisser à Melle A. explorer le thème général dans son sens le plus large afin de l'inviter à faire un choix plus précis en fonction de ce qui l'intéresse (affirmation de soi). Lui présenter des consignes de quantités et temporalité de prise de vue afin d'évaluer sa capacité à s'impliquer dans l'activité artistique (évaluation de la confiance en soi). Favoriser la prise de vue en binôme durant l'atelier et les exercices d'évaluations de productions afin d'aider Melle A. à s'affirmer face à l'autre dans un contexte connu et rassurant.

La capacité à faire des choix et s'affirmer de Melle A. a été observée grâce aux items suivants et leurs cotations :

- respect de la consigne : recherche des images inédites selon l'énoncé de la consigne/ fait des photos selon exemples présentés lors de l'énoncé de la consigne/ ne suit pas l'énoncé de la consigne.
- conduite face à l'exercice : facilité d'exécution / maîtrise / difficulté de faire un choix / peur de mal faire / dévalorisation personnel.
- thème choisi : famille / portrait / paysage / détails / vues générales.
- cotation dans l'exercice des 3B : explique sa cotation volontairement / explique sa cotation après sollicitations de l'Art-thérapeute / cote sans donner d'explications / ne cote pas et donne des explications / ne cote pas et n'explique pas.

L'implication personnelle dans l'activité artistique a été observée par les items suivants et leurs cotations :

- réaction face à l'exercice : active avec prise d'initiative / active / passive.
- la prise d'initiative : oui en relation avec l'atelier / oui mais sans relation avec l'atelier / non.
- sujet de parole durant l'atelier: en relation avec atelier / famille / thème de vie général / soi-même/ la maladie.
- quantité de photos effectuées en prise de vue : 36 et demande un autre film / entre 24 et 36 / entre 12 et 24 / moins de 12 / aucunes.
- Nombre de tirages sur papier : demande de faire plus que le nombre demandé / fait le nombre demandé / fait moins que le nombre demandé.

Les capacités relationnelles verbale et non verbale reposent sur l'observation des items suivants et de leurs cotations :

- expression verbale durant la séance : interrompt, parle beaucoup / pose des questions / parle après sollicitations / ne parle pas / ne répond pas même après sollicitations.
- Expression non-verbale : déplacement vers l'autre / par le regard / isolation du reste du groupe.
- nombre de regards envers l'AT durant la séance : plus de 20 / entre 11 et 20 / entre 5 et 10 / entre 1 et 5 / aucuns.
- qualité du regard durant la séance : regard chaleureux / regard vif / regard inquiet / regard hagard « absent » / regard triste.

Le travail effectué : Melle A. a eu besoin d'un certain temps pour explorer le thème et essayer de définir ce qu'elle voulait photographier. Elle a témoigné que les prises de vue de famille lui semblaient trop compliquées mais qu'elle trouvait agréable de découvrir comment regarder ce qui l'entoure. La consigne de temps a été adaptée afin de lui laisser la possibilité de se sentir en confiance et son temps propre a été respecté.

Elle a participé activement aux séances de laboratoire aidant à la préparation des chimies et imprimant ses images sans demander d'aide.

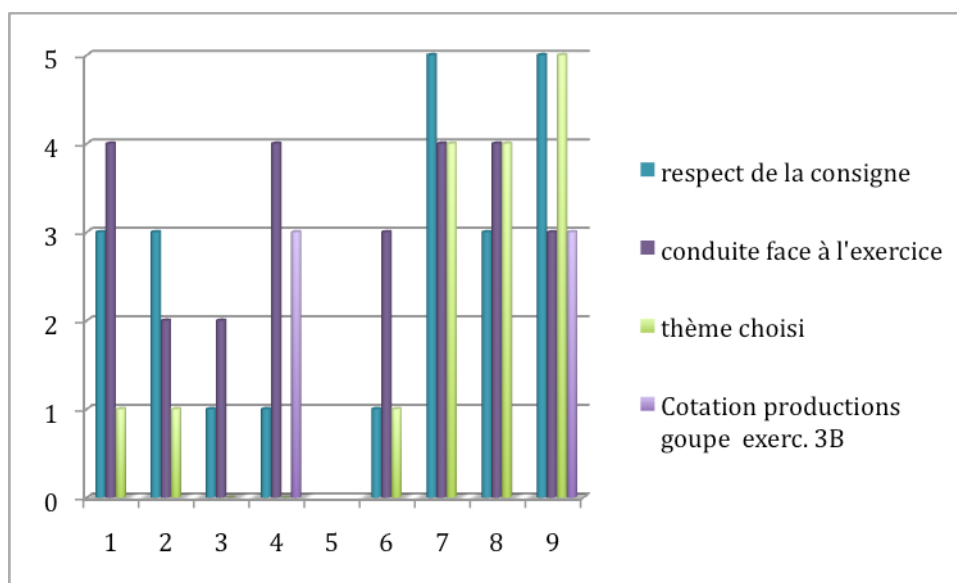
A partir de la séance 3, Melle A. est retournée en cours et la période des examens de fin d'année a été un phénomène associé de grande influence sur son travail de prise de vue. Elle ne trouvait plus le temps de faire des photos chez elle. En séances 3 et 4, Melle A. se dit « mal » car elle ne parvient pas à respecter la consigne. Melle A. a réussi à affirmer son émotion à ce sujet face à l'Art-thérapeute et au groupe. La stratégie a été adaptée, les prises de vues durant la semaine ont été suspendues et les prises de vue de portrait en binôme lors de l'atelier ont permis de continuer les exercices de relation à l'autre. Lors des exercices d'évaluation des œuvres Melle A. n'a jamais commenté sa cotation des œuvres des autres. Elle a par contre été très « touchée » des cotations positives faites par le groupe de son œuvre. En séance 8, les patients ont une discussion avec la psychologue avant l'atelier et les thérapies individuelles sont momentanément annulées suite à un mauvais comportement du groupe. Melle A. commence à pleurer durant la séance. Elle nous commente qu'elle avait une séance individuelle avec sa psychologue cette après midi et que vu la sentence elle ne peut pas y aller, or elle avait des choses à lui dire. L'objectif de la séance 8 étant le travail d'impression en labo, chaque patient était invité à imprimer une image. Melle A. en fin de séance demande d'imprimer une deuxième copie de l'image car elle souhaitait la donner au sujet photographié. Son humeur est meilleure, elle ne pleure plus et est fière de sa production. Elle repart souriante de l'atelier.

En séance 9, Melle A présente des images de ses parents faites avec son appareil digital et exprime son mécontentement face à leur attitude car sa maman ne veut pas regarder l'appareil, et son papa lui dit de la prendre en photo quand il mange.

En fin de prise en charge Melle A. demande de continuer les prises de vue et les sessions sont prolongées jusqu'à la fin du mois de juillet. Melle A. n'a manqué aucunes séances. Lors d'une des séances supplémentaires Melle A. est seule et demande à imprimer des images. Elle a fait des images de ses parents, de ses amies et a toujours pris soin de reprendre ses images ou planches contacts.

Illustration graphique de l'évolution des items principaux en relation avec les objectifs :

a. Illustration graphique de la capacité à faire des choix et s'affirmer:



Remarques:

Melle A. est absente en séance 5.

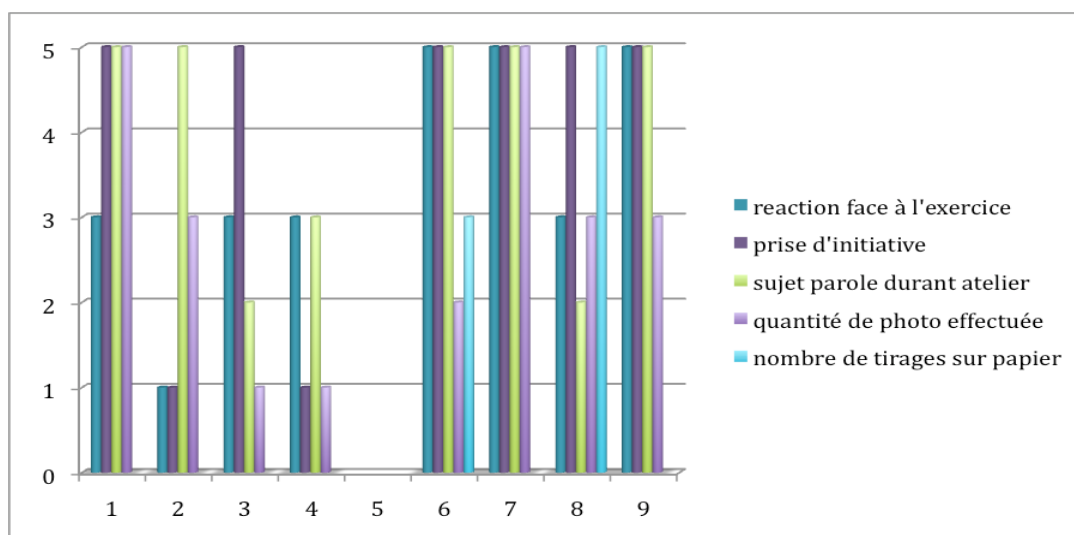
La séance 7 représente la séance de prises de vue de portrait en binôme.

L'exercice des 3B a été effectué en séance 5 et 9.

Légende et valeurs numériques:

- respect de la consigne : (4) recherche des images inédites selon l'énoncé de la consigne/ (3) fait des photos selon exemples présentés lors de l'énoncé de la consigne/ (1) ne suit pas l'énoncé de la consigne.
- conduite face à l'exercice : (5) facilité d'exécution / (4) maîtrise / (3) difficulté de faire un choix / (2) peur de mal faire / (1) dévalorisation personnelle.
- thème choisi : (5) famille / (4) portrait / (3) paysage / (2) détails / (1) vues générales.
- cotation dans l'exercice des 3B : (5) explique sa cotation volontairement / (4) explique sa cotation après sollicitations de l'Art-thérapeute / (3) cote sans donner d'explications / (2) ne cote pas et donne des explications / (1) ne cote pas et n'explique pas.

b. Illustration graphique de l'implication personnelle dans l'activité artistique:

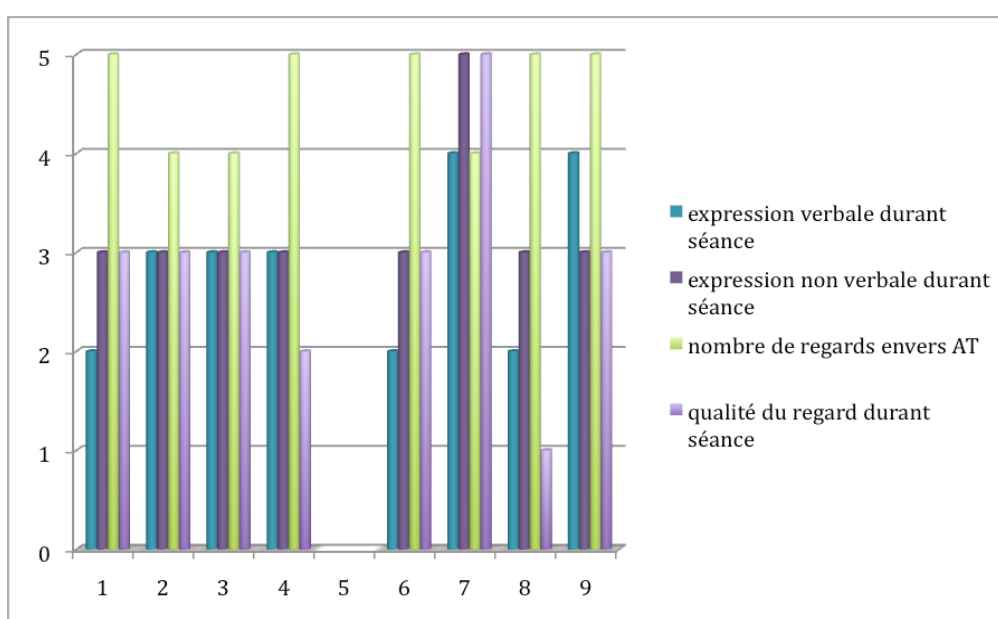


Remarques: Melle A. est absente en séance 5.
La séance 7 représente la séance de prises de vue de portrait en binôme.
Les tirages ont été effectués en séances 6 et 8 uniquement.

Légende et valeurs numériques:

- réaction face à l'exercice : (5) active avec prise d'initiative / (3) active / (1) passive.
- la prise d'initiative : (5) oui en relation avec l'atelier / (3) oui mais sans relation avec l'atelier – (1) non
- sujet de parole durant l'atelier: (5) en relation avec atelier / (4) famille / (3) thème de vie général / (2) soi-même / (1) la maladie.
- quantité de photos effectuées en prise de vue : (5) 36 et demande un autre film / (4) entre 24 et 36 / (3) entre 12 et 24 / (2) moins de 12 / (1) aucunes.
- Nombre de tirages sur papier : (5) demande de faire plus que le nombre demandé / (3) fait le nombre demandé / (1) fait moins que le nombre demandé.

c. Illustration graphique des capacités relationnelles “verbale” et “non-verbale”:



Remarques: Melle A. est absente en séance 5.
La séance 7 représente la séance de prises de vue de portrait en binôme.

Légende et valeurs numériques:

- expression verbale durant la séance : (5) interrompt, parle beaucoup / (4) pose des questions / (3) parle après sollicitations / (2) ne parle pas / (1) ne répond pas même après sollicitations.
- Expression non-verbale : (5) déplacement vers l'autre (3) par le regard / (1) isolation du reste du groupe
- nombre de regards envers l'AT durant la séance : (5) plus de 20 / (4) entre 11 et 20 / (3) entre 5 et 10 / (2) entre 1 et 5 / (1) aucuns.
- qualité du regard durant la séance : (5) regard chaleureux / (4) regard vif / (3) regard inquiet / (2) regard hagard « absent » / (1) regard triste.

Évaluation : Au niveau de l'atelier d'Art-thérapie, Melle A. est acceptée théoriquement l'idée de faire des images de son entourage et par la suite de sa famille mais dès que cela a imposé une mise en action face à l'autre Melle A. s'est bloquée et n'a plus su produire. Melle A. a utilisé un grand nombre de stratégies face à cette difficulté (oubli du film, manque de temps pour la prise de vue, examens, parents non disponibles, etc...). Elle a demandé régulièrement

de l'aide et n'a pas toujours respecté la consigne montrant sa capacité à s'affirmer face à l'Art-thérapeute. Elle a réussi à exprimer le ressenti de ces difficultés preuve d'un renforcement de l'estime de soi. La communication « non verbale » passait grandement par le regard. Au fur et à mesure de la prise en charge, Melle A. a témoigné d'une participation plus active et autonome. Il lui a été très difficile d'affirmer ses choix durant les exercices des 3B face au groupe. Elle donnait juste sa cotation sans donner d'explications. Elle a réussi à formuler son émotion et son ressenti face à la évaluation faite par le groupe de ses images. Melle A. a offert ses images à ses amis et s'est sentie fière de son travail. La prolongation de l'activité demandée par Melle A. a indiqué aux thérapeutes du centre son envie de s'impliquer dans une activité, l'augmentation de la confiance en soi et la reconversion d'un certain goût de vie. Le bilan de la prise en charge pour Melle A. est positif car il lui a permis de s'investir de manière temporel dans une activité qui lui plait, lui a redonné confiance en elle face à l'autre et à augmenter l'estime de soi grâce à la qualité de la recherche esthétique de ses images. L'atelier lui a permis de percevoir la relation avec ses parents dans le cadre d'une activité artistique et elle a pu identifier et affirmer son émotion à ce sujet. Il faut tout de même tenir en compte de la fragilité de ce nouvel équilibre par l'observation des phénomènes associés déstabilisants comme le fût la période des examens.

2. Miss J. « je n'aime pas ce que je vois, ou dois-je regarder alors? »

Identification : Miss J. est une jeune fille de 18 ans prise en charge en Art-thérapie du mois de février 2011 au mois de juillet 2011. Elle fréquente le « Centro ABB » depuis 19 mois et au moment de la prise en charge est en Etape 2 du groupe Casiopéa. Elle fréquente le centre les après-midi si elle va en cours, sinon elle est en hôpital de jour.

Pathologie : TCA de type anorexie restrictive avec associations de conduites inadaptées.

Indication thérapeutique de l'équipe : Raviver l'estime de soi, la relation à l'autre et le contrôle des émotions.

Objectif Art-thérapeutique général : Restaurer l'estime et la confiance en soi par l'apprentissage d'une technique artistique qui l'intéresse et lui apprend une nouvelle manière de « regarder » le monde qui l'entoure afin de pouvoir se situer face à celui-ci de manière sereine.

Etat de base : Miss J. a un frère de 33 ans et une sœur de 32 ans. Elle est la seule à vivre encore avec ses parents. Le père a tendance à boire mais travaille et a une bonne relation avec sa fille. La maman est alcoolique et ne sort pas de chez elle. La relation parentale est tendue et Miss J. est souvent témoin de conflits. Elle dit avoir un groupe d'amis. Elle a des périodes où elle ne fréquente pas l'institut et reste dans son lit.

Sa présence dans le centre depuis 19 mois lui a permis de retrouver une santé physique adéquate. Elle présente une physionomie normale. Elle a de longs cheveux noirs, ne se maquille pas et présente un look plutôt sportif.

À la question « *qu'est ce qu'être bien pour toi ?* » elle ne sait d'abord pas répondre. Ensuite elle nous dit que c'est sans doute de pouvoir vivre sans oublier les problèmes mais avoir une réaction normale face à eux. À la question « *qu'est ce que la Beauté pour toi ?* » elle répond

en nous expliquant qu'il y a deux sortes de beautés, la beauté du paysage et la beauté de la personne. La beauté physique et la beauté mentale.

Au niveau de sa relation à l'Art, Miss J. dit aimer dessiner, faire des photos et pratique le dessin pour « se détendre ».

Elle aime l'architecture ancienne et les mangas. Elle aimerait beaucoup voyager. Elle est très enthousiaste à l'idée d'apprendre la photographie.

Sites d'action : Miss J. présente une dévalorisation profonde de l'estime de soi l'empêchant de trouver sa place, de gérer ses émotions et ses réactions dans la relation à l'autre. La confiance en soi et le manque de perspective sont faibles empêchant Miss J. de faire des projets. Elle présente des difficultés à s'affirmer de manière cohérente. Soit elle veut être en permanence entourée, soit elle s'isole complètement. Ces sites d'action dans son comportement humain situés dans la phase 4 de l'OA entraînent des répercussions sur son attitude face à son engagement dans l'activité, la présentation de sa production et l'auto-évaluation correcte de ce qu'elle fait.

Protocole : Participation à l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique à raison d'une séance d'1h30 par semaine au sein de son groupe thérapeutique. Miss J. n'a pas d'appareil analogique personnel et reçoit donc un appareil de l'Art-thérapeute.

· Les objectifs intermédiaires :

Aider Miss J. à retrouver des sensations gratifiantes par la vision de l'entourage sous l'égide de la recherche esthétique et la structure du cadre photographique. Créer une boucle de renforcement au niveau de la confiance en soi par l'apprentissage d'une technique artistique qui lui plait afin de l'inviter à présenter sa production aux autres et se situer socialement.

· La modalité évaluative se construit autour des faisceaux d'items et des items :

Les faisceaux d'items se basent sur son intérêt pour l'atelier à travers « le respect de la consigne », « la capacité à développer une relation à l'autre à travers de l'acte photographique », et « la capacité d'affirmation par la présentation des productions ».

La stratégie envisagée : Lui proposer de travailler le thème de l'entourage sans consignes de temps ou de quantité d'image pour l'inviter à se familiariser avec la technique (renforcement de la confiance en soi) et découvrir ce qu'elle aime photographier (restauration de l'estime de soi et de sensations visuelles gratifiantes). Favoriser la relation à l'autre sous la notion du partage du matériel. Par la suite baser la notion de relation sur la photographie de famille et la présentation de la production au sein du groupe. Utiliser l'exercice d'auto évaluation des œuvres au sein du groupe pour initier l'expression du goût face à l'autre mais aussi accepter le goût de l'autre.

L'intérêt de Miss J. dans l'activité de l'atelier implique sa participation au sein de l'atelier tant au niveau de l'intention que de l'action et la production. Ces différents champs ont été observés grâce aux items suivants et leurs cotations :

- Intention au regard du phénomène artistique: a envie et fait avec recherche esthétique/ a envie et fait / a envie mais ne fait pas / n'a pas envie mais fait par obligation / n'a pas envie et ne fait pas.
- Participation durant l'atelier : enthousiaste/ acceptée/ hésitante/ réticente/ refusée.
- Respect de la consigne : recherche des images inédites selon l'énoncé de la consigne/ fait des photos selon exemples présentés lors de l'énoncé de la consigne/ ne suit pas l'énoncé de la consigne.
- Satisfaction par rapport à l'action : Trouve agréable de faire des photos du thème suggéré / trouve agréable de faire des photos en général / ne se pose pas la question / trouve désagréable de faire des photos en général / trouve désagréable de faire des photos du thème suggéré.

L'observation de la capacité à développer une relation repose sur les items suivants et leurs cotations:

- Nombre de regard envers l'AT durant la séance : plus de 20/ entre 11 et 19/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4/ aucun.
- Expression verbale durant la séance : interrompt, parle beaucoup/ pose des questions / parle après sollicitations/ ne parle pas/ ne répond pas même après sollicitations.
- nombre de photos avec sujet humain : plus de 20 / entre 11 et 20/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4 / aucuns.
- Nombre d'image (dans une pellicule) ou le sujet photographié regarde vers l'appareil : plus de 20 / entre 11 et 19/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4 / aucuns.

La capacité d'affirmation de soi à travers la production et le traitement mondain repose sur l'observation des items suivants et leurs cotations:

- Nombre de photographies sélectionnées sur planche contact pour impression : plus de 20 / entre 11 et 19/ entre 5 et 10/ entre 1 et 4 / aucunes.
- Satisfaction par rapport à la production : Trouve très bien/ trouve bien/ n'aime pas / trouve raté / ne sait pas
- Finalité de la production : demande de la garder pour la montrer à son entourage / la donne à sa thérapeute / demande que je la garde / demande de la déchirer / la laisse dans le bain de rinçage.
- Cotation productions membres du groupe dans l'exercice des 3B : explique sa cotation volontairement / explique sa cotation après sollicitations de l'Art-thérapeute / cote sans donner d'explications / ne cote pas et donne des explications / ne cote pas et n'explique pas.

Le travail effectué : Miss J. a présenté durant la prise en charge une participation et implication active. Elle a posé des questions sur la technique, sur l'Art-thérapeute et a présenté généralement une bonne humeur. En début de prise en charge elle témoignait avoir très envie de faire des images et avouait ne pas se sentir bien quand elle n'avait pas d'appareil. Nous avons suite à ces remarques adaptées la stratégie de relation basée sur le partage et nous lui avons donné un appareil afin de ne pas inhiber son intérêt pour l'activité. Elle s'est montrée très fière d'avoir son propre appareil et en fin de séance l'a montré aux autres thérapeutes du centre.

En possession de l'appareil Miss J. a tout de même nécessité un certain temps pour produire. Oubli de films, d'appareils, incapacité à retirer le film de l'appareil sont quelques exemples des raisons qui empêchent Miss J. à développer son film. En séance 5 Miss J. est intéressée de voir ses négatifs et imprime l'image du reflet d'elle et son papa dans un miroir. Elle imprime comme 2^{ème} image une photo de son papa dans la forêt. Elle auto évalue son image comme « moyenne mais grâce aux arbres un peu belle ». L'image est bien composée et

esthétiquement réussie tant dans le cadrage que le jeu de lumière. Les autres membres du groupe la félicitent pour son image et elle ressort souriante de l'atelier.

Durant les autoévaluations et évaluations des images au sein du groupe Miss J. a démontré un besoin important de justifier ses cotations. Elle présente des cotations faibles de sa production mais accepte facilement les remarques des autres. Elle demande à chaque reprise l'avis de l'Art-thérapeute.

En séance 6, Miss J. est absente car elle est en voyage à Londres avec des amis.

En séance 7, le nombre de photographie baisse et Miss J. témoigne ne plus parvenir à faire de photos de sa famille. Elle demande de changer de sujet et dit qu'elle préfère faire des photos de la nature.

Le travail de portraits en binôme lors de la séance 8 montre que Miss J. aime positionner Melle A. quand elle la photographie...et qu'elle indique à Melle A. comment elle doit la positionner elle lorsqu'elle se retrouve dans le rôle du sujet. Besoin de contrôle et de maîtrise de l'autre mais dans la bonne humeur et le dialogue. Miss J. et Melle A. rigolent beaucoup et une relation chaleureuse résume cet échange.

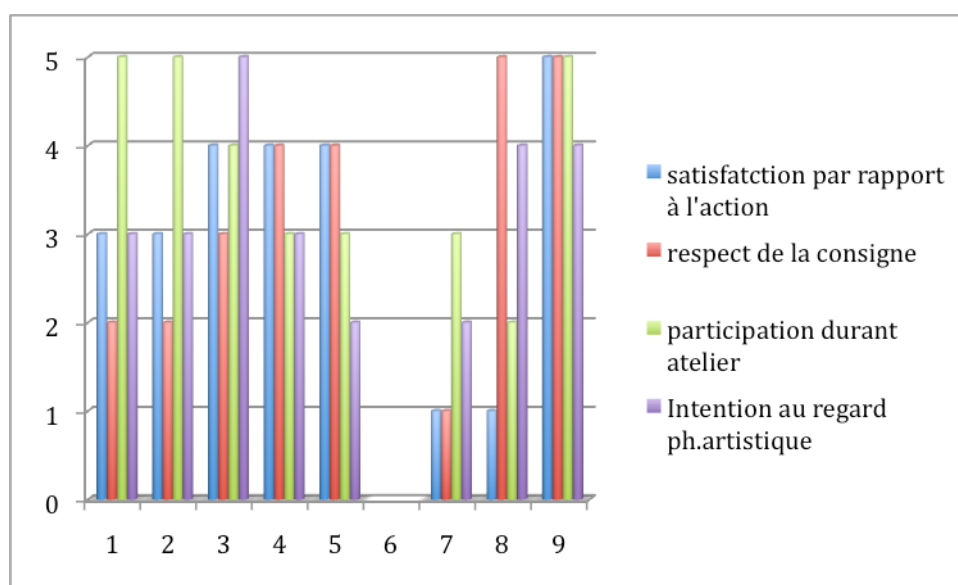
Lors de la dernière séance de prise en charge Miss J. demande de continuer l'atelier encore un temps car « elle aime bien regarder derrière l'appareil ». Elle avoue pouvoir faire des images maintenant de sa famille car elle se sent « protégée » par l'appareil et apprécie cette distance entre elle et eux.

Elle demande durant cette séance d'être la 1^{ère} à imprimer son image et fait l'entièreté de son tirage seule sans l'aide de l'Art-thérapeute. Elle choisit une image de son frère.

Par rapport à sa capacité de relation, Miss J. a présenté une demande constante d'attention de la part de l'Art-thérapeute tant au sein de l'atelier qu'en dehors de celui-ci. Une relation chaleureuse s'est créée favorisant la confiance en elle. Elle a accepté de montrer ses images au groupe.

Illustration graphique de l'évolution des items principaux en relation avec les objectifs :

a. Illustration graphique de l'intérêt et l'implication dans l'atelier:

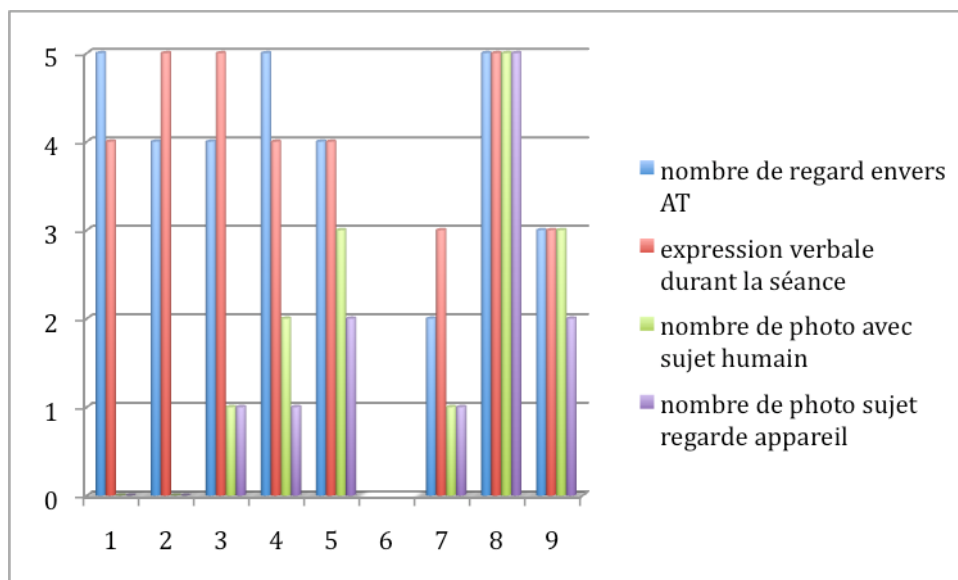


Remarque: En séance 6, Miss J. est absente.

Légende et valeurs numériques:

- Intention au regard du phénomène artistique: (5) a envie et fait avec recherche esthétique / (4) a envie et fait / (3) a envie mais ne fait pas / (2) n'a pas envie mais fait par obligation / (1) n'a pas envie et ne fait pas.
- Participation durant l'atelier : (5) enthousiasme/ (4) acceptation / (3) hésitation / (2) réticente/ (1) opposition.
- Respect de la consigne : (5) recherche des images inédites selon l'énoncé de la consigne/ (3) fait des photos selon exemples présentés lors de l'énoncé de la consigne/ (1) ne suit pas l'énoncé de la consigne.
- Satisfaction par rapport à l'action : (5) Trouve agréable de faire des photos du thème suggéré / (4) trouve agréable de faire des photos en général / (3) ne se pose pas la question / (2) trouve désagréable de faire des photos en général / (1) trouve désagréable de faire des photos du thème suggéré.

b. Illustration graphique de la capacité à développer une relation:

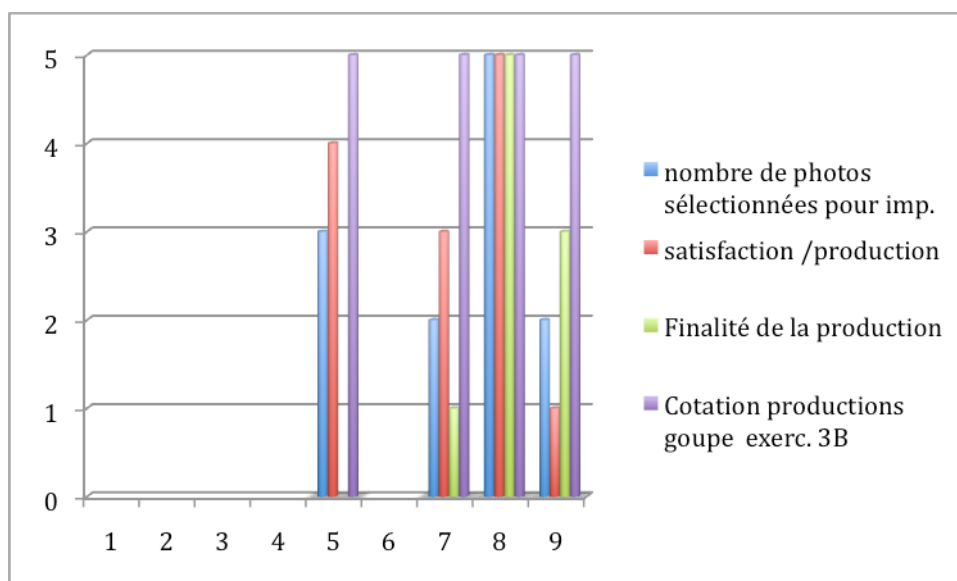


Remarques: En séance 6, Miss J. est absente.
La séance 8 est la de prises de vue de portrait en binôme.

Légende et valeurs numériques:

- Nombre de regard envers l'AT durant la séance : (5) plus de 20/ (4) entre 11 et 19/ (3) entre 5 et 10/ (2) entre 1 et 4/ (1) aucun.
- Expression verbale durant la séance : (5) interrompt, parle beaucoup/ (4) pose des questions / (3) parle après sollicitations/ (2) ne parle pas/ (1) ne répond pas même après sollicitations.
- nombre de photos avec sujet humain : (5) plus de 20 / (4) entre 11 et 20/ (3) entre 5 et 10/ (2) entre 1 et 4 / (1) aucuns.
- Nombre d'image (dans une pellicule) ou le sujet photographié regarde vers l'appareil : (5) plus de 20 / (4) entre 11 et 19/ (3) entre 5 et 10/ (2) entre 1 et 4 / (1) aucuns.

c. Illustration graphique de la capacité d'affirmation de soi à travers la production et le traitement mondain:



Remarques: En séance 6, Miss J. est absente.
 Le travail d'impression débute en séance 5.
 En séance 9, le travail d'impression se rapporte aux images prises entre la séance 6 et 7.

Légende et valeurs numériques:

- Nombre de photographies sélectionnées sur planche contact pour impression : (5) plus de 20 / (4) entre 11 et 20/ (3) entre 5 et 10/ (2) entre 1 et 4 / (1) aucuns.
- Satisfaction par rapport à la production : (5) Trouve très bien/ (4) trouve bien/ (3) n'aime pas / (2) trouve raté / (1) ne sait pas.
- Finalité de la production : (5) demande de la garder pour la montrer à son entourage / (4) la donne à sa thérapeute / (3) demande que je la garde / (2) demande de la déchirer / (1) la laisse dans le bain de rinçage.
- Cotation productions membres du groupe dans l'exercice des 3B : (5) explique sa cotation volontairement / (4) explique sa cotation après sollicitations de l'Art-thérapeute / (3) cote sans donner d'explications / (2) ne cote pas et donne des explications / (1) ne cote pas et n'explique pas.

Evaluation prise en charge

Le besoin de maîtrise et de sécurité de Miss J. ainsi que la peur de l'échec et de jugement l'ont menés à explorer durant une longue période la technique et le développement de la relation avec l'Art-thérapeute avant de pouvoir s'engager dans la phase d'expression de l'activité artistique. Son intérêt pour la technique l'a aidé à surmonter ses difficultés et lui a permis de profiter de sensations visuelles gratifiantes. Elle a réussi à affirmer suite à cela ce qu'elle aimait. Par exemple le non respect de la consigne indique d'un côté la difficulté de Miss J. de porter son regard sur son entourage familiale mais témoigne en même temps sa capacité à affirmer ce ressenti face à l'Art-thérapeute. L'appareil photographique a aidé Miss J. à se situer face à l'autre. Lors de la prise de vue en binôme avec une compagne du centre la relation développée fût chaleureuse et agréable, lors des prises de vue au sein de sa famille elle est parvenue à diriger son regard vers l'autre mais n'a pas développé de relation. Elle a

très clairement énoncé faire des photos « *sans qu'ils ne s'en rendent compte, sans rien demander* ». Elle a témoigné se sentir protégée par l'appareil et finalement trouver cette distance agréable.

A ces réflexions nous pouvons évaluer la capacité de Miss J. à savoir ce qui est bon pour elle et en déduire une augmentation de l'estime de soi. Celle-ci a été également renforcée par la fierté ressentie face à la production lors des séances d'évaluations en groupe. La confiance en soi et la socialisation furent ravivées par les prises de vue de ses amis et l'implication dans les différentes phases de l'atelier.

En bilan nous pouvons déduire que la prise en charge de Miss J. a eu une influence positive sur la perception du monde qui l'entoure grâce à l'acquisition d'une meilleure estime de soi, et une augmentation de l'affirmation de soi grâce aux potentiels de la recherche esthétique photographique et de sa technique. L'équipe du « Centro ABB » a évalué un changement dans l'intérêt de Miss J. dans sa prise en charge et le travail de compréhension de la distance entre elle et l'autre a été travaillé en psychothérapie avec son thérapeute référent. Cette compréhension pour son thérapeute est « *une avancée importante dans le processus d'acceptation de l'autre et de soi-même pouvant l'aider dans sa guérison* ».

e. Bilan de prises en charge au sein du « Centro ABB »

Que ce soit au niveau de la prise en charge de Melle A., de Miss J. ou des autres patients observés nous pouvons conclure que l'atelier photographique a aidé à la restauration de l'estime de soi et une nouvelle compréhension de la relation à l'autre. La prise en charge a du être adaptée suite aux phénomènes associés rencontrés comme la période des examens, les limitations de la technique analogique et/ou les influences de la pathologie. En règle générale le réajustement de la consigne, l'adaptabilité de l'Art-thérapeute et le travail d'équipe au sein du centre ont permis l'obtention de résultats encourageants au regard des objectifs thérapeutiques et du bien-être du patient. Dans notre discussion, nous développons les effets bénéfiques et non bénéfiques de la prise en charge en les argumentant par des études similaires d'autres auteurs et en ajoutant quelques remarques sur l'Art-thérapie à ces résultats.

TROISIEME PARTIE

L'ATELIER D'ART THÉRAPIE À DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE PEUT AIDER LA PERSONNE SOUFFRANT DE TCA À RAVIVER L'ESTIME DE SOI ET LA RELATION À L'AUTRE.

3. A. L'ATELIER D'ART-THERAPIE À DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE A ETE BENEFIQUE POUR AIDER LE PATIENT SOUFFRANT DE TCA A REPENSER ET RAVIVER SA RELATION A LUI-MEME, AU MONDE QUI L'ENTOURE ET A L'AUTRE.

Lors des prises en charge, nous avons pu observer, qualifier et quantifier des transformations au niveau de la relation et de la perception de soi basées sur l'estime, la confiance et l'affirmation de soi. Notre discussion développe les résultats marquants de l'influence des potentiels de la Photographie dans la restauration de l'estime de soi et de la relation à soi et à l'autre auprès de patients souffrants de troubles du comportement alimentaire. Nous argumentons chaque résultat par des études et/ou travaux effectués par d'autres professionnels de l'Art-thérapie, de la photographie ou du soin à l'adolescent.

a. La vue, comme organe sensoriel a induit des sensations gratifiantes ayant une influence positive sur l'affirmation de soi.

Même si les troubles du comportement alimentaire s'inscrivent dans les troubles psychiques comme décrit dans §1.A.a, le corps physique et sensoriel est grandement impliqué.

R.M.Raich¹ décrit dans les possibilités d'amélioration de l'état du patient souffrant de perception erronée de son image corporelle l'utilisation des organes sensoriels.

Dans les prises en charge, les patients ont fréquemment redemandé des pellicules ou plus de temps pour les prises de vue. Certains patients ont témoigné de « découverte positive » le fait de regarder avec attention ce qui les entoure. Le temps dédié à la première étape de l'activité photographique, l'étape du « regard » a trouvé en partie son origine dans l'incidence positive de l'utilisation de la vue comme organe sensoriel.

La Señora M. a passé des « heures » à regarder les voitures défiler devant sa fenêtre trouvant ce spectacle incroyablement « graphique » comme elle l'a témoigné au groupe.

Melle S. a apprécié être à la plage et regarder le paysage. Regarder la mer, les vagues, les tonalités du sable. **Cette approche a permis au patient de renouer avec des ressentis corporels gratifiants. Le bon déroulement de cette étape « sensitive » a favorisé la mise en action du patient et sa capacité à s'affirmer dans la pose du choix que sollicite la prise de vue.**

Dans son expérience, A. Vetois² considère que le passage par l'Art plastique permet l'expérimentation sensorielle aidant la personne à oublier ses préoccupations et parvenir à une certaine détente.

¹ R.M.Raich, « Imagen Corporal », éd.Pirámide, p.196 Citation en Annexe F.

² A. Vetois, « Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p. 83.

Nous retrouvons dans les caractéristiques des Arts plastiques évoquées par A.Vetois¹ les critères de ressentis sensoriels mis en évidence, utilisés et étudiés dans le cadre ce mémoire.

b. Le patient a réussi à développer des liens relationnels avec le sujet favorisant la confiance en soi.

1. L'appareil photo a servi de « protection » entre le patient et son sujet.

Pour le patient dont la souffrance peut induire une phobie sociale comme nous l'avons exposé en 1.A.c.1, la relation visuelle peut être anxiogène. Jules Janin² cite l'absence du photographe dans la description du Daguerrréotype. Il est le situe derrière l'appareil, objet placé entre lui et le sujet.

Pour certains patients la réalité relationnelle s'avère compliquée. Nous retenons le cas de Miss J. qui a arrêté de prendre des images au moment où nous lui avons proposé de photographier sa famille. Petit à petit, au fil des séances, Miss J. a réussi à prendre des photos de ses parents témoignant au groupe, durant les séances, que l'appareil la protégeait de ce qu'elle voyait. Elle a témoigné ne pas se sentir partie intégrante de la scène mais juste observatrice. Suite à cette découverte, le nombre d'images prises par Miss J. de sa famille a ré augmenté.

L'appareil photo a permis au patient de garder une distance protectrice entre lui et son sujet l'aidant à s'investir dans l'activité de manière sereine et confiante.

2. La relation à l'autre s'est faite de manière graduelle.

Pour Ph.Dubois³ la frontalité du regard impose un nouvel espace entre le photographe et son sujet.

Lors des prises de vue de portraits en binôme, il fut observé par l'Art-thérapeute une implication graduelle du patient dans la relation. Le patient (photographe) en début de séance photographiait son sujet sans lui parler, juste en tournant autour, recherchant à se positionner et le découvrir. Par la suite certains patients ont demandé au sujet de se tourner ou de changer de position. Une relation verbale s'est initiée entre le patient et son modèle dans un terrain de confiance créant une boucle de renforcement. Dans certains cas, le patient a même déplacé le modèle le positionnant physiquement et le touchant. Une relation non verbale et un code de compréhension se sont développés entre les deux membres de l'exercice. Il fût très intéressant d'observer les différentes étapes d'implication et d'acceptation du patient photographe et du patient modèle. Un dialogue a souvent été le résultat de cet exercice entre les deux participants sur la meilleure position, lumière ou attitude.

Cette exercice fût bénéfique pour l'affirmation de soi tant dans la présentation du goût que dans l'acceptation du souhait de l'autre. La confiance et l'estime de soi ont été ravivées grâce à l'intérêt suscité au regard de l'autre et l'aide apportée entre les deux participants.

¹A. Vetois, « Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p. 83.

²Jules Janin, « Le miroir qui garde toutes les empreintes », source : « Le goût de la photo », éd.: Mercure de France, p.22 ; Citation en Annexe F.

³Philippe Dubois, « L'acte photographique », éd.: Nathan Université ; Citation en Annexe F.

Carmen Menéndez¹ décrit dans son travail de portrait photographique en binôme auprès de jeunes filles-mères souffrant d'abus sexuels que la complicité entre la personne qui effectuait la photo et le modèle allait en augmentant au fil des séances. Elle reprend aussi la réflexion que l'atelier photographique permet aux jeunes filles-mères de se positionner face à l'autre, de transiter du fait d'être objet passif à sujet actif de ses propres actions et confirme nos observations au sein du « Centro ABB ».

c. « Regarder » peut aider le patient à découvrir une nouvelle perception du monde qui l'entoure induisant une revalorisation de l'estime de soi

Pour R.M. Raich², une des caractéristiques cliniques du trouble de l'image du corps que peuvent souffrir les patients atteints de TCA se base sur « *la distorsion de la perception [...]* Les patients ne sont pas capables de percevoir comme les autres ».

Comme nous l'avons développé dans le point 1.B.b, la photographie s'inscrit dans l'objectivité. Or elle répond aussi à la perception du patient. Comme le reconnaît L. Déchery³, la perception n'est pas « *le critère déjà donné d'une vérité* » mais se base sur un apprentissage. (Voir § 1.C.b.2).

Melle S. a choisi comme thème d'entourage la prise de vue d'immeubles de son quartier. Elle n'avait jamais « vu » comme les immeubles pouvaient être intéressants, beaux. La Señora MC a fait des images des draps séchant sur la terrasse. Les jeux d'ombre et de lumière très intéressants esthétiquement ont émerveillé la patiente et l'ont incité à continuer l'exploration esthétique de son entourage. La perception s'est faite parfois à un niveau émotionnel comme dans le cas de Miss J. affirmant ne pas trouver agréable de faire des photos de sa famille mais bien de la nature.

Dans la recherche du sujet, de l'objet intéressant à photographier le patient est invité à explorer ce qu'il ressent en lui comme « quelque chose de bon ». **Cette notion de Bon, de bonheur qu'il va développer dans son activité artistique a aidé le patient à raviver l'estime de soi et développer une nouvelle perception de ce qui l'entoure.**

Dans leur réflexion P. Morales y J.M. Jarpa⁴ développent l'idée que les recours artistiques, comme les couleurs et les images, peuvent aider les adolescents à dépasser les concepts verbaux et favoriser l'intégration d'une forme distincte de compréhension du monde et d'eux-mêmes.

Pour Carmen Menéndez⁵, la capacité des jeunes filles-mères à voir leur réalité difficile à travers l'appareil photographique les a aidées à accepter cette réalité et à se reconstruire. Ces auteurs confirment les observations de notre recherche par les arguments de leurs études.

^{1&5} Carmen Menéndez, « La fotografía como diario de vida », source: « Arte terapia » Vol.03/2008, éd.: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.152 et 147. Citations en Annexe F.

² R.M. Raich, « Imagen Corporal », éd. Pirámide, p. 89 Citation en Annexe F.

³ Déchery Laurent, « Le premier regard, Essai d'anatomie métaphysique », éd.: L'harmattan.

⁴ P. Morales et J.M. Jarpa, « Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes », source : « Arte terapia », vol.5/2010, éd. : Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.149; citation en Annexe F.

d. La photographie a permis au patient de poser des choix et a eu une influence positive sur la confiance en soi.

Pour Arnaud Claass¹ « *l'image n'est pas l'aboutissement d'un labeur mais le fruit d'une séquence de choix successifs* ».

Dans l'évaluation des prises en charge nous avons observé que Miss J. a attendu plusieurs séances avant de faire des images. Elle a posé de nombreuses questions en relation aux détails techniques avant « d'oser » faire des images. Les ateliers ont été des moments de discussions et d'entretiens sur la photographie, la théorie et l'histoire de l'Art. Les patients ont été guidés dans leur connaissance artistique et ont pu développer une qualité esthétique et un sens critique, les aidant à découvrir leur style.

Le choix du thème et l'implication de l'imaginaire ont encouragé le patient à définir ce qu'il souhaitait photographier, à choisir ce qui l'intéressait.

La sélection des images sur planche contact et l'impression de celles-ci sont des étapes où le patient a pu réaffirmer son choix.

Lors de la sélection du thème, nous pouvons parler d'un choix « mental », lors de la prise de vue « d'un choix sensoriel », et finalement lors de la sélection et de l'impression « d'un choix définitif » de la production. Ces différentes étapes ont permis au patient de réajuster ses idées de départ, sa notion esthétique et d'aborder l'étape expressive de manière sereine.

Pour A. Vetois² les arts plastiques présentent des qualités pour travailler l'affirmation et l'estime de soi grâce au développement d'une attitude de recherche. Elle énonce aussi que les patients peuvent créer un espace de liberté et de prise de décision. Elle affirme que la prise de choix peut avoir une influence positive sur l'autonomie.

Carmen Menéndez³ quant à elle reprend l'idée de revalorisation de la confiance en soi par la pose de choix et l'évolution des productions.

Les arguments de ces deux études renforcent l'observation de l'influence positive de la pose de choix en photographie et en Art dans l'acquisition d'une meilleure confiance en soi des patients souffrant de TCA.

e. L'acte photographique a aidé le patient à se situer dans le temps et l'espace renforçant l'affirmation et l'estime de soi.

La photographie présente dans ses particularités son rapport à la spatialité et à la temporalité comme nous l'avons exposé dans § 1.B.d et 1.B.e.

La Señora MC. a témoigné que les photos qu'elle avait prises en début de prise en charge n'étaient plus en accord avec ce qu'elle ressentait au moment de la vision de celles-ci.

¹A. Claass, « La réduction des écarts », source : « Le goût de la photo », éd.: Mercure de France, p. 44.

²A. Vetois, « Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p 85 ; citation en Annexe F.

³Carmen Menéndez, «La fotografía como diario de vida», source: «Arte terapia» Vol.03/2008, éd.: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.151; citation en Annexe F.

Elle n'a pas demandé à imprimer les images des premières planches contacts. Elle a par contre reconnu que les images étaient intéressantes et lui plaisaient techniquement.

Elle a réussi à observer la différence entre la Bien et le Bon et par cette compréhension reconnaître ce qui lui plaisait.

Melle A., en séance d'impression, a demandé à imprimer plusieurs copies de la même image car « voir cette image lui faisait du bien, lui redonnait confiance ».

Pour Melle A. l'image choisie représentait un moment où elle se sentait bien. Elle utilisa l'émotion passée de cette image pour l'aider à vaincre son émotion présente.

Elle a réussi à différencier l'émotion passée du moment présent et à se situer dans ce continuum temporel.

C.Le Floch¹ déduit dans sa comparaison entre les techniques « théâtre et photographie » dans un contexte thérapeutique que la production de la photographie met le patient en présence d'un temps qui n'est plus.

Dans son travail auprès des jeunes filles-mères, Carmen Menéndez² décrit le potentiel de la photographie comme « *l'empreinte et le témoin du passé, de ce qui peut être encore présent, de ce qui existe, ce qui est réel et aussi de ce qui est absent* ». Ces deux témoignages confirment notre propos.

Au niveau de l'espace, la prise de vue permet aussi au patient de se situer. Face à son sujet comme nous l'avons décrit dans § 1.B.e.2. choisissant son implication dans la relation qu'il souhaite développer à l'autre. (§ 1.C.c.1)

Durant les prises en charge les patients ont révélés un besoin de s'approcher petit à petit de leur sujet. Des vues générales en début de prises en charge, l'évolution des images s'est orientée vers des portraits plus précis, des sujets mieux cadrés. Au fil des séances le patient a témoigné à travers sa production son évolution dans l'espace face à l'autre.

Pour la señorita S. les photos d'immeubles en début de prise en charge ont évoluées vers des images de sa maison, sa chambre et finalement quelques portraits de dos. Lors des prises de vue de portraits en binôme, l'espace entre le photographe et le sujet s'est réduit durant l'activité. **L'évolution de thématique et de situation spatiale face au sujet peuvent témoigner de l'augmentation de l'affirmation et l'estime de soi nécessaire pour se positionner face à l'autre.**

f. L'affirmation de soi a été influencée par l'acceptation de la part du patient du temps propre à la technique photographique.

Suite à notre développement § 1.C.e.1 nous pouvons ajouter que durant les ateliers les patients ont été confrontés à l'apprentissage de la patience.

¹C.Le Floch, « Une expérience d'art-thérapie à dominante photographie argentique noir et blanc et écriture auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale prises en charge dans un service pédiatrique », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p. 86 ; citation en Annexe F.

²Carmen Menéndez, « La fotografía como diario de vida », source: « Arte terapia » Vol.03/2008, éd.: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.151.

Il a fallu parfois attendre 2 à 3 semaines entre le moment où le patient terminait sa pellicule et l'atelier de développement. Durant cette période, les patients ont témoigné de curiosité, de l'envie de voir les images, de connaître le procédé. Dans les prises en charge Miss J. demandait régulièrement à l'Art-thérapeute et aux thérapeutes du centre quand allaient se dérouler les séances de laboratoire afin de pouvoir voir ses productions. Son intérêt verbalisé témoignait de son envie de voir le résultat de son travail.

L'envie de voir le résultat poussait les patients à s'inscrire dans une activité témoignant leur capacité à s'engager dans le futur.

Pour d'autres patients nous avons pu observer un « non intérêt » pour le résultat. Une certaine frustration a pu aussi être observée chez certains patients. Par exemple, la Señorita C. a arrêté de prendre des photos tant qu'elle ne voyait pas ce qu'elle avait déjà fait.

En règle générale l'acceptation de ces temps d'attente a permis au patient de comprendre la temporalité nécessaire à tout procédé faisant le lien avec leur temps de guérison. La compréhension que la pose d'un acte peut nécessiter un temps avant l'obtention des résultats. **Cette compréhension a favorisé chez certain patient l'acceptation de la maladie et a renforcé leur espoir de guérison. L'estime de soi en a été ravivée.**

g. La distance entre l'image produite et le patient crée une boucle de renforcement sur l'estime de soi.

Un des critères principaux des Arts visuels dont la photographie fait partie est la notion de distance entre la production et l'artiste (voir § 1.B.b.2).

Comme le souligne M.R.Raich¹ « *la personne qui souffre d'une image corporelle négative peut développer une peur d'être inspectée ou observée par l'autre...* ». Or nous avons pu observer que la distanciation entre la production et l'auteur peut diminuer cette crainte.

Lors de l'exercice des 3B Melle A. a souri lors des cotations posées par les membres du groupe sur son image. Elle a exprimé de manière « non verbale » son contentement. Elle a demandé à imprimer une deuxième fois son image afin de la donner au modèle qui y figure.

L'approbation du groupe sur sa production l'a aidée à s'engager dans l'activité. Durant les ateliers les moments de discussions et d'évaluation des images d'un point de vue esthétique se sont présentés comme des moments d'échanges enrichissants où chaque personne avait sa place. Il était très clair pour chacun que les évaluations s'adressaient à la production et non à son auteur.

Les patients se sontentraîdés comme lorsque Miss J. a proposé à la Señorita C. de « *faire des photos de son père sans lui demander de regarder vers l'appareil si cela la rendait nerveuse* » l'aidant à trouver une solution pour pouvoir respecter la consigne de l'atelier. Une relation d'entraide a pu se développer entre ces deux participantes. **La distanciation avec la production a permis à la Señorita C. d'accepter l'aide de l'autre sans mettre en péril son intégrité personnelle créant ainsi une boucle de renforcement tendant à la réanimation de l'estime de soi.**

¹R.M.Raich, « Imagen Corporal » éd.: Piramide, p.59

A.Vetois¹ commente que les arts plastiques permettent une mise à distance par rapport à la production impliquant l'autonomie et favorisant la prise d'assurance conduisant à une plus grande confiance et estime de soi.

P. Morales y J.M. Jarpa² remarquent que la distanciation de la production permet à l'adolescent l'acceptation de sa vision égocentrique et l'invite à la réflexion. Ces deux réflexions sur la distanciation entre la production et l'artiste démontrent que le patient peut s'appuyer sur cette distance pour renforcer son estime de soi et son autonomie par rapport à l'autre. Dans certains cas, elle (la distanciation) peut induire aussi un travail de compréhension personnel favorisant une meilleure relation à soi.

h. L'image produite a favorisé une resocialisation du patient ayant une incidence positive sur l'estime de soi.

La production a pu induire un effet de resocialisation favorisant l'affirmation du patient et pouvant l'aider à vaincre sa phobie sociale. (Voir § 1.A.c.2)

R.M.Raich³ décrit la phobie sociale comme une crainte persistante à des situations sociales exposant le sujet au jugement d'autrui.

L'exercice d'évaluation (exercice des 3B) d'œuvres produites par les membres du groupe a permis la mise en commun de leurs expériences et l'affirmation de leur choix.

Les patients ont pu émettre leur évaluation esthétique et sensitive sur les images des autres favorisant l'expression de leurs idées et de leur style. Ils ont pu aussi écouter l'évaluation des autres.

L'affirmation de soi a été renforcée et a privilégié le patient à s'inscrire dans le groupe et trouver une place sociale.

En étude individuelle, nous pouvons revenir au cas de Melle A. qui lors d'un atelier de laboratoire, a demandé d'imprimer deux exemplaires de son image pour la donner à son modèle. Nous pouvons observer un élan vers l'autre, une expression et un engagement dans la relation à l'autre favorisés par la production artistique.

Pour cette patiente dont « l'envie de vivre » et « créer des liens » peuvent être source de questionnement, cette attitude peut être évaluée comme une restauration de l'estime de soi.

¹A.Vetois, « Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p.83 ; citation en Annexe F.

²P.Morales et J.M. Jarpa, « Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes », source : « Arte terapia », vol.5/2010, éd.: Publicaciones universidad Comptense de Madrid, p.144; citation en Annexe F.

³R.M.Raich, « Imagen Corporal » éd.: Piramide, p. 61

3. B. L'ATELIER D'ART-THERAPIE A DOMINANTE PHOTOGRAPHIQUE N'A PAS ETE BENEFIQUE POUR AIDER LE PATIENT SOUFFRANT DE TCA A RAVIVER L'ESTIME DE SOI ET RESTAURER SA RELATION A LUI-MEME, AU MONDE QUI L'ENTOURE ET A L'AUTRE.

a. Un sujet trop abstrait a parfois diminué l'implication personnelle du patient.

Pour l'adolescent dont la pathologie impose un contrôle constant sur les ressentis et sur les émotions comme développé dans §1.A.c.3. l'implication personnelle peut représenter une crainte de perdre la maîtrise des émotions et des ressentis.

L'idée d'un thème abstrait fût décidée en accord avec l'équipe médicale dans le but de laisser libre court à l'imaginaire de chacun. Nous avons développé dans le point 3.A.b les effets positifs de cette décision. Nous avons observé que dans certains cas la proposition d'une consigne trop abstraite n'a pas permis une implication personnelle du patient.

La Señorita E. s'est présentée à chaque séance avec une pellicule terminée. Ses images représentaient principalement des vues générales de paysages urbains ou de plage. Lorsque nous lui demandions en séance de définir ce qu'elle avait photographié, la Señorita E. ne se souvenait plus ou nous répondait par « un peu de tout ». Elle a répondu correctement à la consigne de faire des images mais son implication personnelle est restée très superficielle.

D. Marcelli¹ invoque la difficulté du patient à s'associer à une activité due à l'importance de la rationalisation et l'emprise du fonctionnement mental. **Un thème trop abstrait n'a pas pu offrir au patient une structure suffisante pour le mettre en confiance.** Il est important de tenir en compte dans cette réflexion le fait que la prise en charge étant de groupe la consigne devait être abordable pour tous les patients. En marge de l'abstraction trop ample du thème, la prise en charge de groupe opère aussi une influence sur l'implication personnelle du patient et/ou sur l'adaptabilité de la consigne.

b. Les distorsions mentales liées à la maladie ont été des freins empêchant le patient à accéder à la dimension esthétique.

L'adolescent souffrant de trouble de la perception vit constamment dans la comparaison à l'autre et la recherche de signes de « contrôle » de son aspect physique comme nous l'avons évoqué dans §1.A.b.1.

Certains patients adolescents ont fait des demandes répétitives de pouvoir faire des autoportraits. Cette dimension de la photographie de portrait avait, en début de prise en charge, été évoquée avec l'équipe médicale et pour répondre aux exigences thérapeutiques du centre avait été rejetée.

De fait l'autoportrait risque de créer une boucle d'inhibition pour le patient dont l'état émotionnel est fragilisé par ses distorsions mentales pouvant réduire son investissement dans l'activité.

¹D.Marcelli, «Adolescence et psychopathologie », éd.: Masson, p. 156 ; citation en Annexe F.

Durant les prises en charge, nous avons expliqué aux patients le refus à leur demande et nous les avons orientés vers d'autres recherches esthétiques.

Nous avons tout de même observé les cas de Miss J. qui a fait des photos de son papa et elle en reflet dans un miroir ; ou de la Señora C. qui a fait des images de ses pieds et de ses mains. Lors de l'atelier de portrait en binôme, les commentaires lors de la visualisation des images n'ont pas toujours trouvés une orientation esthétique « artistique » mais bien une évaluation de jugement dans le sens « tu es belle sur cette image », « regarde ma coiffure, etc.... ». Les patients sont restés ancrés dans la recherche de l'image de soi.

Leur préoccupation pour l'esthétique du corps a, dans certaines occasions, freiné l'ouverture d'esprit à une autre notion esthétique de l'entourage. Le retour vers soi-même et cette quête narcissique du patient anorexique a eu une influence sur l'investissement et l'intérêt de l'atelier.

D'un point de vue du développement de l'adolescence D. Marcelli¹ souligne que cette étape peut induire des crises qui témoignent de la rupture des relations entre l'adolescent et le monde externe basant une certaine attention sur les transformations corporelles.

c. La peur de la confrontation à l'autre dans une situation familiale complexe a parfois empêché la prise de vue des membres de l'entourage.

L'importance du contexte familial a été mise en évidence dès les premiers travaux de Lasègue et de Gull. (voir § 1.A.a et 1.A.c). B. Brusset² évoque l'influence de la pathologie sur la structure et les relations intra familiales. Dans un contexte familial complexe le manque de positionnement et d'estime de soi face à un ou plusieurs membres de la famille peuvent avoir une incidence sur la prise de vue.

La señorita C. a confié en séance son incapacité à prendre des photos de son père quand il était éveillé. Elle attendait qu'il dorme pour le prendre en photos.

Miss J. a réussi à faire des photos de ses parents mais ne leurs a jamais demandé de la regarder ou de se placer face à la caméra. Elle prenait des photos « comme cela...en passant » selon ses propos. La señorita O. a fait des photos de son frère mais pas de ses parents. Elle ne voulait pas leur demander de poser, ni de regarder vers elle.

La fragilité de la relation entre les membres de la famille et le patient a pu jouer un rôle sur l'implication dans l'activité.

Néanmoins nous pouvons retenir que cette prise de position et la compréhension de ces freins peuvent inviter le patient à travailler l'acceptation de sa relation et sa position familiale lors de psychothérapies. Ce fût dans l'exemple présenté ici le cas pour la Señorita C. qui développa cette prise de conscience de la peur des réactions de son père avec sa thérapeute personnelle.

Le travail pluridisciplinaire prend toute son ampleur dans ce contexte.

¹D.Marcelli, «Adolescence et psychopathologie », éd.: Masson, p.53 ; citation en Annexe F.

²B.Brusset, "L'anorexique et ses imagos", Source : « L'anorexique, le toxicomane et leur famille », Prof. Prieur, édit. Les éditions ESF, p.65; citation en Annexe F.

d. La fatigabilité du patient et sa fragilité émotionnelle à certains stades de la maladie ont eu une incidence négative sur les prises de vues en extérieur.

1. La fatigabilité du patient a une influence sur la relation au groupe et à soi.

L'état physique du patient développé dans § 1.A. illustre l'état de fatigabilité non reconnu par le patient. J.D. Guelfi¹ décrit que « *les troubles associés contrastent avec le maintien prolongé de la « forme » physique et l'absence de fatigue, jusqu'à la survenue de malaise* ».

L'idée d'aller faire des photos à la plage a été refusée par le centre car la distance à pied pour y arriver était trop importante pour certaines patientes. Le groupe a été déçu de cette décision et certains patients ont témoigné leur mécontentement. Afin de ne pas créer une boucle d'inhibition pour les patients concernés par ce refus, nous avons proposé des ateliers en extérieur dans le jardin du centre.

Ce refus (compréhensible dans le cadre de soin et de la psychothérapie du patient dans son acceptation de la maladie et des limites qu'elles imposent) est un phénomène associé qui nous a invité à revoir la stratégie thérapeutique. **Les conséquences liées à la fatigabilité du corps peuvent avoir une influence négative sur l'intérêt du patient dans l'activité, sur la relation entre les patients et par incidence sur l'estime de soi.**

2. La fragilité émotionnelle du patient a une influence sur son engagement.

Pour le patient boulimique la dépression peut être une pathologie exprimée. Selon D. Marcelli² « *certaines symptômes dépressifs sont exprimés par une majorité de patients boulimiques, dévalorisation, culpabilité, désespoir.* »

Comme le cite M.R. Raich³ et développé dans § 1.A.b.1, « *la perception erronée de l'image du corps implique un aspect comportemental influençant les conduites et comportements* ». La Señora M. ne voulait pas faire des photos en extérieur si l'appareil photo n'était pas de bonne qualité. Elle avait reçu dans un premier temps un appareil assez simple et ensuite une de ses collègues lui avait prêté un appareil de meilleure qualité. La quantité d'images prises a fortement augmentée avec le « bon appareil ». Elle a avoué avoir moins peur d'être regardée en rue si elle avait un appareil de bonne qualité. Sa production a véritablement été en rapport étroit avec le type d'appareil qu'elle utilisait et la peur du jugement de l'autre preuve de sa fragilité émotionnelle.

Melle A. n'a pas fait de photos durant plusieurs séances car son état de « tristesse » ne lui permettait pas de sortir de chez elle. La Señora O. ne voyait pas ce qu'il y avait d'intéressant à photographier, car il n'y avait rien d'intéressant dans sa vie. **Leur perception de la vie et le manque de saveur existentielle ont eu des répercussions sur l'investissement dans l'activité.**

¹ J.D. Guelfi, « Psychiatrie », éd. PUF Fondamental, p.525.

² D.Marcelli, « Adolescence et psychopathologie », éd.: Masson, p.163.

³ M.R.Raich, « Imagen corporal », éd. Píramide, p.25

e. Le temps entre la prise de vue et la vision de l'image parfois trop long a pu décourager l'adolescent.

L'adolescent vit actuellement dans un monde où tout va vite, tout est obtenu dès le moment où on le souhaite. L'acceptation de la frustration et de la patience sont des efforts importants pour le jeune en plein développement psychique, physique et social.

Nous avons pu observer lors des prises en charge que les jeunes perdaient de l'intérêt pour leur production si le temps entre la prise de vue et l'impression était trop long.

Les patients demandaient avant la séance ce qu'on allait faire, se plaignaient de ne pas voir leurs résultats. Certains patients ont demandé de travailler avec un appareil numérique afin de ne pas devoir attendre.

L'envie de venir en séance était influencée par le sommaire de l'activité du jour.

Le manque de motivation a pu être mesuré par l'implication (verbale et participative) durant la séance, le nombre de photos en régression et les commentaires des patients.

Comme le commente P. Morales y J.M. Jarpa¹ il faut prendre en considération chez l'adolescent l'importance de la motivation pour la réussite de la prise en charge. Le manque de celle-ci peut générer un comportement évasif.

Nous ajouterons à cette réflexion le besoin de l'Art-thérapeute d'adapter son propos et ses consignes, mais aussi la capacité de celui-ci à proposer, contrôler et adapter la nature du pouvoir des effets inhérents à l'art afin de susciter l'intérêt du patient tout au long de la prise en charge.

Cette réflexion s'adapte aussi aux limites de la technique et nous invite à appliquer notre connaissance artistique aux besoins du patient afin d'être capable d'adapter notre stratégie thérapeutique.

f. La période des examens peut avoir une influence sur les séances.

La période de prise en charge s'est déroulée du mois de février au mois de juin 2011. Durant le mois de juin la majorité des patients étaient en examens. Pour le jeune dont une des caractéristiques de la pathologie est selon J.D. Guelfi² « *un surinvestissement intellectuel, un appétit accru des connaissances et un refuge dans l'intellectualisme...* », cette période a représenté un investissement constant et complet de son intérêt.

Nous avons observé de la part des patients un arrêt des prises de vue hebdomadaire en dehors des séances d'Art-thérapie. Certains patients ont eu des difficultés à exprimer leur impossibilité de faire des images. Melle A. s'est fortement excusée auprès de l'Art-thérapeute lui expliquant bien que ce n'était pas en lien avec l'activité mais réellement par manque de temps. La señorita A. a demandé à sa thérapeute de ne pas devoir assister à l'atelier d'Art-thérapie car elle n'avait tout de même pas le temps de faire des photos et ne voulait pas « décevoir » en ne respectant pas la consigne.

¹P.Morales et J.M. Jarpa, « Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes », source : « Arte terapia », vol.5/2010, éd. : Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.142; citation en Annexe F.

²J.D. Guelfi, « Psychiatrie », éd. PUF Fondamental, p.525.

Le phénomène associé que fût la période des examens est à considérer comme tout phénomène associé de la prise en charge Art-thérapeutique comme « *ce qui accompagne, ce qui est nécessaire, provoqué ou qui influe sur la dominante* »¹. Dans notre exemple il est indépendant de la dominante et influe directement sur certains sites d'action. De fait les patients ont cessés leur production durant cette période. **Cette coupure dans le déroulement de l'atelier a eu des répercussions sur leur engagement dans l'activité et leur capacité de relation envers l'autre.**

Une solution d'adaptation de l'atelier a été trouvée prouvant ainsi au patient que sa réalité est tenue en considération et respectée par l'Art-thérapeute. Durant cette période, les consignes ont été adaptées et les prises de vue se sont déroulées durant les ateliers afin de ne pas mettre le patient en situation d'échec ou de mal-être face à l'Art-thérapeute.

3.C. TABLEAUX RECAPITULATIFS DES RESULTATS

Implication humaine		Résultats bénéfiques		Résultats non-bénéfiques
Affirmation de soi Ressenti corporel	a.	La vue provoque des sensations gratifiantes.	a.	sujet trop abstrait ne permet pas une implication personnelle du patient.
	e.	situation dans le temps et l'espace	c.	la peur de la confrontation à l'autre peut freiner l'implication dans l'activité.
	f.	acceptation du temps propre de la technique.		
Confiance en soi Structure corporelle	b.	développement des liens relationnels avec le sujet	d.	la fatigabilité et la fragilité émotive ont une incidence négative sur la prise de vue.
	d.	la photographie a permis de poser des choix	e.	la période des examens empêche de se concentrer sur l'activité.
			f.	la temporalité des étapes du procédé peut provoquer un découragement.
Estime de soi Poussée corporelle	c.	"regarder" aide à une nouvelle perception du monde	b.	les distorsions mentales de perception peuvent empêcher d'atteindre la dimension esthétique.
	g.	distance entre la production et l'artiste crée une boucle de renforcement.		
	h.	le traitement mondain de l'image favorise une resocialisation du patient.		

¹ R.Forestier, "Tout savoir sur l'art-thérapie", éd. Favre, p.192.

3. D. DES REMARQUES SUPPLEMENTAIRES S'AJOUTENT A LA CONCLUSION DE NOTRE DISCUSSION

a. L'Art-thérapeute doit être vigilant auprès des patients souffrant de TCA à ne pas faire de la psychothérapie à dominante artistique.

Par la nature de leur pathologie (voir § 1.A) et par la prise en charge psychothérapeutique les patients ont tendance à penser, verbaliser, interpréter leurs souffrances.

Dans certaines prises en charge nous avons rencontrés des limitations dans l'expression du ressenti corporel des patients tant leurs pensées envahissent le corps et toutes activités. Melle S. nous a demandé pourquoi elle faisait des photos d'immeubles... « Qu'est ce que cela voulait dire ? Qu'est ce que cela symbolisait ? ».

La Señorita C. n'a pas réussi à faire des photos de son père éveillé. Elle nous demanda « tu penses que c'est parce que j'ai peur de lui ? ». Miss J. a pris conscience de ne plus être membre du conflit de ses parents quand elle se protégeait derrière l'appareil photo....etc....

Suite à cela il peut résulter compliqué à l'Art-thérapeute de rester dans le champ du hors-verbal, dans le ressenti et dans l'activité artistique.

Lors de notre expérience pratique, il nous est apparu important de déterminer avec prudence les items et faisceaux d'item afin de ne pas réduire nos résultats à des impressions ou des ressentis personnels mais bien pouvoir rester dans des résultats objectifs.

Travailler sur la perception et les émotions pouvait nous entraîner dans des discussions et des dialogues durant les séances risquant de s'éloigner du champ de l'esthétique et de l'Art.

Il nous paru important de pouvoir laisser les patients exprimer leurs perceptions, interprétations et émotions dans le cadre des exercices de 3B auto évaluatifs. Dans ce cadre c'est le patient qui utilisait son esprit critique en rapport à son ressenti et son engagement.

b. Le travail pluridisciplinaire peut renforcer la réussite de la prise en charge globale du patient.

Les prises de conscience, les pensées que nous avons présenté dans le point précédent n'étaient pas de l'ordre du travail de l'atelier d'Art-thérapie mais grâce aux réunions d'équipes et à l'écoute des autres membres du centre les propos observés en atelier ont pu faire évoluer les thérapies individuels entre psychologues et patients.

L'appui de l'équipe et le fait de pouvoir dériver le patient à son psychothérapeute dans les cas où les questions sortaient du champ de l'Art-thérapie ont été un soutien considérable pour notre travail.

Les outils d'observation et d'évaluation de l'Art-thérapeute ont été dans certains cas des éléments probant pour le travail des autres membres de l'équipe. Dans la même optique nous avons tenu en compte les outils d'observation de l'équipe (courbe de poids et carnet de consommation) pour corroborer certaines observations apparues en atelier.

Dans la visée thérapeutique du « Centro ABB » nous pouvons affirmer que les échanges constructifs et la collaboration étroite entre les membres de l'équipe ont renforcé le potentiel de guérison du patient.

c. La relation patient/ Art-thérapeute peut avoir une influence sur les résultats thérapeutiques.

Nous avons observé durant les prises en charge l'importance de la relation patient/ Art-thérapeute dans le déroulement de l'activité. Nous avons pu remarquer dans notre expérience pratique que la relation de confiance et d'échanges qui se forme entre l'Art-thérapeute et le patient peut inciter une meilleure implication du patient dans sa recherche esthétique.

Les temps de discussions et réponses aux questions techniques liées à la photographie ont été des moments d'échanges utilisés par l'Art-thérapeute pour créer une relation de confiance et de disponibilité envers les patients.

Certaines séances ont été orientées en début de prise en charge vers cet objectif intermédiaire général afin de créer un climat propice au développement personnel et favoriser l'autonomie de chacun au sein du groupe.

Melle S. a demandé de nombreux conseils à l'Art-thérapeute durant la prise en charge en dehors des ateliers. Toutes occasions pour chercher l'Art-thérapeute dans le centre en dehors des prises en charge étaient recherchées pour développer une relation.

La Señorita O. durant sa période de refus de participation aux thérapies a continué à participer activement (en continuant à faire des images) à l'atelier d'Art-thérapie car elle se sentait selon ses termes « en confiance avec l'Art-thérapeute ». Ces exemples ne servent pas à illustrer notre personnalité mais indique qu'une relation de confiance et d'entente peut aider le patient à s'investir dans sa thérapie.

Dans le cadre de la prise en charge de groupe vécue au Centro ABB le groupe n'a pas empêché certains patients à rechercher une relation privilégiée avec l'Art-thérapeute dépassant le cadre de l'atelier. Le groupe peut avoir des effets réducteurs ou temporisateurs de cette attitude mais la « compétitivité » entre patients pour obtenir les égards favorables de l'Art-thérapeute peut aussi augmenter cette quête de reconnaissance et de recherche intime.

d. Conclusion de la discussion

L'amplitude des résultats et leur convergence peuvent rendre par moment le travail de synthèse de l'Art-thérapeute compliqué dans son expression rigoureuse et objective. Néanmoins nous pouvons retenir que la participation des patients, leur intérêt et leur apprentissage d'une activité orientée vers l'esthétique ont pu être évalués de manières objectives et rapportent des résultats positifs.

La photographie dans sa technicité les a intéressé, dans sa visée esthétique leurs a réappris à « regarder », dans son procédé les a confronté à la patience et à la compréhension du temps et de l'espace, dans sa production les a aidé à se situer socialement.

La compréhension du monde qui les entoure et la relation établie avec leur famille a pris une direction différente suite à certaines prises en charge.

La prise en charge en groupe et la relation patient/Art-thérapeute ont eu des influences sur la dynamique de l'atelier tant pour la création de nouvelle relation mais aussi dans la compréhension de la relation à deux et la relation au groupe.

3.E. PERSPECTIVES : L'ART-THERAPIE PEUT S'INSCRIRE DANS LE CADRE DES THERAPIES FAMILIALES ET GLOBALE DU PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Les études faites auprès de familles de patients atteints de perturbations psychosomatiques comme les TCA ont démontrées que le symptôme psychosomatique peut être décodifié et compréhensible dans sa manifestation et sa stabilisation si il est possible de l'observer dans le contexte où il apparait. Dans ce sens, il est uniquement déchiffrable dans ce contexte, c'est à dire la famille. En conséquence, les thérapies familiales basées sur le système systémique impliquent un changement des champs d'observation et de critères d'intervention. L'attention se déplace de l'individu au système qui le comprend et aux situations auxquelles il participe.

a. La famille est au centre d'un questionnement lors du diagnostique et de la prise en charge des patients atteints de TCA.

Ch. Lasègue le premier évoqua l'interaction entre la famille et le patient. Au cours de l'histoire des TCA les auteurs se sont régulièrement penchés sur ces relations. L.Onnis¹ développe selon les études de H. Bruch, que dans les cas des TCA la famille peut être considéré comme facteur pathogène pour le patient qui semble réceptif à ces influences l'emmenant à développer une conduite désordonnée ou troublée.

L'auteur remarque que l'isolement de l'entourage familiale peut conduire à une amélioration passagère du trouble mais souvent non durable et même dans certain cas traumatique pour le patient. Le travail thérapeutique est donc invité à explorer l'ensemble des composants de la famille afin de comprendre les relations et les enjeux exprimés par le corps du patient. Les dernières études sur la thérapie familiale systémique selon S.Minuchin¹ et M. Selvini Palazzoli² ne considèrent plus la famille comme nocive ou pathogène pour le patient. Ils déduisent que le dysfonctionnement de la famille facilite, avec d'autres facteurs, internes et externes au système l'apparition et la persistance de symptôme psychosomatique à charge d'un de ses membres qui tente de conserver par l'expression de celui-ci un équilibre fonctionnel instable de la structure familiale.

Suite aux études sur les familles de patients anorexiques, ces auteurs décrivent l'importance de la prise en charge familiale afin de comprendre les relations entre les membres. Sans oublier de tenir compte des facteurs biologiques ils proposent d'orienter la thérapie vers « ce qui ne peut être communiqué » et qui s'exprime à travers le corps, non seulement comme preuve d'un trouble intra psychique mais aussi comme souffrance d'une situation interactive dans laquelle le patient participe et exprime à travers son corps.

¹L.Onnis, "Terapia familiar de los trastornos psicomaticos", Éd.: Paidos, p.53.

b. Les bénéfices d'une prise en charge familiale en Art-thérapie ont été évalués dans d'autres expériences similaires.

Entre 2007 et 2009 dans le cadre de l'appel à projet « Parentalité et problèmes liés à l'alimentation », les Fonds Houtmann³ ont soutenu différentes expériences liant la maladie, la famille et l'Art. La première, mise sur pied par le Dr. Y. Simon⁴ était un groupe multifamilial « Parents-fratrie » dont le but était d'être à l'écoute des membres de la famille confrontée à un trouble alimentaire chez un de ces membres et l'organisation d'un atelier de sculpture commun. Pour le Dr. Simon, l'importance de la présence de la famille et de chacun de ses membres (frères et sœurs inclus) est décrite comme cruciale pour la réussite du traitement. Des ateliers de sculpture ont été organisés et les membres de la famille furent invités à élaborer une sculpture commune de leur famille. Il résulte de cette première expérience une évaluation positive dans l'appréciation de se retrouver en famille. Le Dr. Simon précise que l'anorexie sépare beaucoup les membres de la famille et que les activités communes sont peu fréquentes ou centrées sur l'adolescent malade. Pour ces familles venir ensemble aux activités a permis de recréer des relations, d'exprimer des sentiments à travers l'expérience artistique et établir une distinction entre l'adolescent comme personne et comme malade. D'un point de vue du patient, les ateliers familiaux ont permis de comprendre que leur entourage était attaché à lui et qu'il n'était pas rejeté.

En conclusion N. Javaux¹, infirmière coordinatrice du Centre thérapeutique des Troubles alimentaires de l'adolescent remarque la prise de conscience suite à ces ateliers de l'amorce des changements d'attitudes, de comportements ou de façon de voir les choses qui pouvaient s'exprimer plus facilement dans leur quotidien par la suite.

c. L'intégration de la famille dans l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique ouvre une nouvelle dimension dans la conception de l'Art-thérapie.

Le thème de prise de vue de famille dans le cadre de l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique dans le « Centro ABB » ouvre des perspectives sur l'intégration de la famille dans l'atelier de manière graduelle. Le patient a pu grâce à l'activité artistique intégrer des membres de son entourage familial sans les confronter à la venue dans le centre, à la disponibilité de temps que cela représente mais au contraire l'activité artistique s'est développée au sein de la structure familiale, dans le contexte de vie quotidien.

Le regard que l'adolescent a posé sur ses parents ou les membres de la fratrie lui a permis de les situer, de les placer là où il en sentait la nécessité. Il a pu comprendre des attitudes et des comportements des membres de sa famille face à lui. Ce n'était plus lui qui était le sujet que tout le monde regarde mais c'est lui qui a posé le regard sur l'autre. Une nouvelle relation a pu se développer.

¹ S. Minuchin cité dans "Terapia familiar de los trastornos psicomaticos" de L.Onnis, Éd.: Paidos, p:72.

² M.Selvini Palazolli citée dans "Terapia familiar de los trastornos psicomaticos" de L.Onnis, Éd.: Paidos, p: 80.

^{3&4} Les Fonds Houtmann, Appel à Projet "Parentalité et problèmes liés à l'alimentation", http://fondshoutman.be/cahiers/09_122009/index.html

Les situations ont souvent aidé le patient à comprendre la dynamique de sa famille par leurs réactions positives (disponibilité des parents, moments de jeux avec les frères et sœurs) ou négatives parfois (refus ou attitudes dévalorisantes des membres de la famille) favorisant un travail d'acceptation et d'autonomie du patient face à son entourage. Les observations des ateliers d'Art-thérapie ont eu tous leur intérêt dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire comme étant révélatrices de situations, comportements et attitudes que les autres membres de l'équipe pouvaient inclure dans leur projet thérapeutique dans cette visée commune de bien être du patient.

Le concept de l'atelier d'Art-thérapie peut s'orienter vers un atelier dont les potentiels de l'Art s'ouvre au cadre familial s'opérant dans la structure même du patient et ayant des répercussions sur les liens intrafamiliaux. Ce n'est pas uniquement la production qui invite le patient à se resocialiser mais l'action dès la prise de vue. Un projet commun de confiance entre le patient et son entourage peut s'établir dans une recherche d'esthétique d'œuvre d'Art favorisant la confiance en soi du patient et la confiance en l'autre pour le parent. Une nouvelle approche de communication, d'expression et de relation peut être expérimentée dans un cadre serein créant un espoir commun de reconversion au bien être physique, mental et social du patient et de son entourage.

¹ Les Fonds Houtmann, Appel à Projet "Parentalité et problèmes liés à l'alimentation", http://fondshoutman.be/cahiers/09_122009/index.html

CONCLUSION

La prise en charge de patients souffrant de TCA en photographie fût une expérience enrichissante et convaincante de l'application de l'Art-thérapie à dominante photographique auprès de ce public. L'évolution observée auprès des patients est révélatrice des pouvoirs de l'Art au niveau de la relation, de l'expression et de la communication.

Au niveau de l'estime de soi, l'augmentation de celle-ci a certainement été potentialisée par l'activité artistique, par la recherche esthétique mais aussi par l'implication complète du patient dans son action. La pleine conscience de son acte dirigé vers l'esthétique a pu aider le patient à prendre distance de sa réalité et accepter celle-ci pour ce qu'elle est. Cette attitude et leurs résultats sur le bien être mental, physique et social du patient font actuellement l'objet d'une recherche au sein de l'atelier d'Art-thérapie à dominante photographique du « Centro ABB » de Séville.

Au niveau de la relation à l'autre, le travail engagé auprès des patients a démontré des résultats intéressants au sein de la relation familiale. Ils ouvrent la voie à de nouveaux champs d'application et de recherche de l'Art-thérapie. Le déplacement de l'activité artistique au sein du système familial et/ou la participation des membres de la famille à l'atelier d'Art-thérapie peuvent favoriser une nouvelle organisation des relations intrafamiliales influant grandement sur la santé psychique, mentale et sociale de l'enfant et/ou de l'adolescent pris en charge. Les potentiels de l'Art peuvent privilégier la reconversion d'un système familial sain et socialement compétent pour le développement des membres qui en font partie.

Ces résultats positifs et ces perspectives prometteuses sont certainement à mettre en relation avec l'excellente acceptation de l'atelier de la part de l'équipe médicale du « Centro ABB ». Le respect pour les horaires de prises en charge, l'attention des psychologues à ne pas prendre de patients en thérapie individuelle durant l'atelier, le travail en thérapie de groupe des questionnements ou difficultés de certains patients ont eu certainement une influence primordiale dans le bon déroulement de l'activité et son orientation correcte d'atelier d'Art-thérapie basé sur les potentiels de l'Art dans une visée thérapeutique et humaine.

Personnellement je retiens de cette expérience et de l'étude qui l'accompagne une profonde reconnaissance pour ces jeunes en souffrance, un respect et une admiration pour les membres des équipes médicale qui les entoure et une grande gratitude de pouvoir grâce à ma passion artistique les aider à retrouver un espoir de vie et une fierté d'eux-mêmes.

La conclusion de ce mémoire s'inscrit pour ma part comme l'introduction des mes perspectives de recherches et d'études sur l'Art-thérapie dans le domaine des thérapies familiales, et sur les effets de la pleine conscience dans l'activité artistique.

LISTE des GRAPHIQUES

Illustration graphique de la capacité à faire des choix et s'affirmer.....	P.42
Illustration graphique de l'implication personnelle dans l'activité artistique.....	P.43
Illustration graphique des capacités relationnelles "verbale" et "non-verbale".....	P.44
Illustration graphique de l'intérêt et l'implication dans l'atelier.....	P.48
Illustration graphique de la capacité a développer une relation.....	P.49
Illustration graphique de la capacité d'affirmation de soi à travers la production et le traitement mondain.....	P.50

BIBLIOGRAPHIE

ArteTerapia, “Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social”, Vol.03/2008, Éd.: Publicaciones Universidad Complutense de Madrid.

ArteTerapia, “Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social”, Vol.05/2010, Éd.: Publicaciones Universidad Complutense de Madrid.

Bajac Quentin, “Après la photographie? De l’argentique à la révolution numérique”, Éd.: Découvertes Gallimard.

Barthes Roland, “La chambre claire, Note sur la photographie”, Éd.: Cahiers du cinéma, Gallimard Seuil.

Bruch Hilde, “les yeux et le ventre; L’obèse et l’anorexique”, Éd.: Bibliothèque Scientifique Payot.

Canal Carlos – Rosa.S. Ramiro, “Recuperar la luz”, Éd.: Visión & Transfusión S.C.

Corcos Maurice, Lamas C., Pham-Scottez A. et Doyen C., “L’anorexie mentale, Dénis et réalités”, Éd.: Doin.

Déchery Laurent, “Le premier regard, Essai d’anatomie métaphysique”, Éd.: L’Harmattan.

Devis Chloé, “Le goût de la photo”, textes choisis et présentés, Éd.: Mercure de France.

Domínguez Toscano Pilar M^a, “Trazando puentes por la paz y la felicidad” Arte terapia en la sociedad internacional”, Éd.: Ituci siglo XXI.

Dubois Philippe, “L’acte photographique”, Éd.: Nathan Université.

Fonds Houtmann, Les cahiers des fonds Houtmann, “Parentalité et alimentation”, http://fondshoutman.be/cahiers/09_122009/index.html

Forestier Richard, “L’évaluation en art-thérapie”, Éd.: Elsevier Masson.

Forestier Richard, “Regard sur l’Art, Approche épistémologique de l’activité artistique”, Éd.: SeeYouSoon.

Forestier Richard, “Tout savoir sur l’art occidental”, Éd.: Favre.

Forestier Richard, “Tout savoir sur l’art-thérapie”, Éd.: Favre.

Guelfi, Julien Daniel, Boyer Patrice, Consoli Silla, Olivier-Martin René, “Psychiatrie”, Éd.: PUF fondamental.

Le Floch Carole, « Une expérience d’art-thérapie à dominante photographie argentique noir et blanc et écriture auprès d’adolescentes atteintes d’anorexie mentale prises en charge dans un service pédiatrique », Mémoire de fin d’études du Diplôme Universitaire d’Art-thérapie, Année 2009

Marcelli Daniel, Braconnier Alain, “Adolescents et psychopathologie”, Éd.: Masson.

Onnis Luigi, “Terapia familiar de los trastornos psicomaticos”, Éd.: Paidos.

Prieur Bernard, “L’anorexique, le toxicomane et leur famille”, Éd.: Les éditions ESF.

Raich Rosa Maria, “Imagen corporal”, Éd.: Píramide.

Vetois Adeline, « Une expérience d’Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d’anorexie mentale », Mémoire de fin d’études du Diplôme Universitaire d’Art-thérapie, Année 2009.

ANNEXES

ANNEXE A : CITATIONS PARTIE I

P13, R. Forestier, Tout savoir sur l'Art thérapie, éd.: Favre, p.168.

« Le ressenti corporel provoqué par le traitement archaïque de l'information est traité ensuite par l'activité mentale; cela produit une représentation mentale du corps physique que les psychologues dénomment « image du corps ».

P15, B. Brusset « L'anorexique et ses imagos », L'anorexique, le toxicomane et leur famille, sous la coordination du professeur B. Prieur, éd.: Les éditions ESF, p65.

« L'anorexique émet vis-à-vis de son entourage un message paradoxal typique annulant par son discours la valeur de message de son apparence physique, parfois exhibée ostensiblement ».

P19, L. Déchery, « Le premier regard, essai d'anatomie métaphysique », éd.: l'Harmattan.

« L'œil, organe sensoriel de la vue, est par lui-même aveugle ; il ne fait qu'enregistrer une image. Pour connaître il faut une interprétation : il faut un esprit pour transformer l'image qui s'inscrit au fond de la rétine en image mentale ».

P19, Ph. Dubois, « L'acte photographique », éd.: Nathan Université.

« L'image photographique en tant que telle est indissociable de l'acte qui la fait naître. L'acte est ce geste qui coupe le fil de la durée [...] Le photographe qui pose ce coup, cet acte est comme un joueur d'échec, il a des visées (vois ce qui se passe), pose un coup et voit ce que cela donne par la suite. »

P20, N.Moholy-Naghy, « Une vision objective » Source : « Le goût de la photo », éd. : Mercure de France, p. 37

« L'appareil photographique et sa capacité à reproduire une image optique pure permettant une vision ou se manifestent les véritables enregistrements, déformations et raccourcissements optiques tandis que l'œil complète mentalement et par association la forme et la disposition des phénomènes optiques perçus pour parvenir à une image de ce que nous nous représentons ».

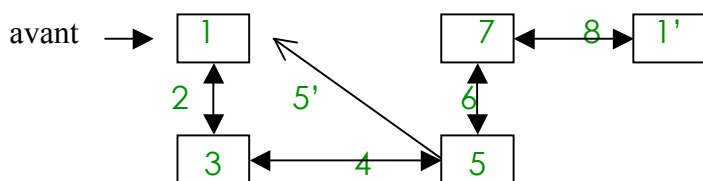
ANNEXE B : DESCRIPTION DES ETAPES DE PRISES EN CHARGE

- Etape 1 : début de prise en charge à temps complet et symptomatologie importante des troubles.
- Etape 2 : évolution positive de la symptomatologie et diminution de l'horaire de présence dans l'établissement.
- Etape 3 : prise en charge ambulatoire.

Tableau récapitulatif du développement de la prise en charge

<u>Etape</u>	<u>Etat de la maladie et prise en charge</u>	<u>Exigences comportementales thérapeutiques</u>
1	Symptomatologie importante (IMC hors normes sanitaires, refus d'ingestion des aliments liquides et solides, crise de boulimie, vomissements, exercices physiques démesurés, automutilation, trouble de la perception et autres addictions.) Prise en charge en hôpital de jour ou de forme ambulatoire à temps complet ou semi complet avec participation obligatoire.	carnet de consommation et de chronologie des activités sociales. interdiction de connaître son poids et la taille des vêtements interdiction de parler de l'image du corps (vêtements, taille, coiffure, etc.), de faire des achats vestimentaires et de se regarder dans un miroir. interdiction de manger, de se rendre dans une cuisine, d'aller aux toilettes et de se doucher seul(e). être accompagné(e) en permanence en fonction de l'IMC : interdiction de faire du sport ou toute activité provoquant une dépense d'énergie
2	Évolution favorable et diminution des symptômes physiques principaux. Prise en charge ambulatoire à mi-temps et participation aux ateliers si souhait du patient.	carnet de consommation et de chronologie des activités sociales. interdiction de connaître son poids. autorisation de la connaissance de la taille des vêtements, de faire des achats et de se regarder dans un miroir. autorisation de parler de l'image du corps (vêtements, taille, coiffure, etc.). interdiction de manger seule. autorisation de se rendre dans une cuisine, d'aller aux toilettes et de se doucher seule autorisation de faire du sport sous supervision du médecin du centre.
3	Suppression des symptômes principaux. Suivi de prise en charge ambulatoire à raison d'un entretien hebdomadaire ou mensuel.	Il n'y a plus d'exigences thérapeutiques, le patient mène une vie normale.

ANNEXE C : SCHEMA GENERAL DE L'OPERATION ARTISTIQUE



Légende

- 1: L'œuvre d'Art, l'objet en soi
- 2: Rayonnement et captation
- 3: Traitement archaïque de l'information
- 4: Traitement sophistiqué de l'information
- 5: Élan corporel
- 6: Technique et Savoir-faire
- 7: Production
- 8: Traitement mondain
- 1': Nouvel œuvre d'Art, nouvel objet en soi.

Tout d'abord il y a l'avant. L'avant est la connaissance socioculturelle, le patrimoine. C'est le contexte dans lequel se situe la personne.

Ensuite se présentent les différentes phases :

Phase 1 : l'œuvre d'Art. L'objet en soi orienté vers l'esthétique se considère en lui-même, par lui-même et pour lui-même.

Phase 2 : le rayonnement et la captation. C'est ce que l'objet, la chose artistique laisse voir (rayonnement) et l'aspiration à se laisser voir (captation). C'est un mouvement en double sens. De l'objet vers l'extérieur mais aussi de l'extérieur vers l'objet.

Phase 3 : le traitement brut ou archaïque de l'information. Cette phase met en jeu l'esthésie de la personne. Sa capacité a utilisé ses organes sensoriels. L'être humain est dans un procédé d'impression.

Phase 4 : le traitement sophistiqué de l'information. Cette phase met en jeu le traitement psychique de l'information basé sur les mécanismes mentaux (mémoire, imaginaire, représentations abstraites, etc.). C'est l'analyse et la réponse par l'activité mentale des impressions archaïques du corps physique. On est dans une phase d'intention : lien entre l'impression et l'expression.

Phase 5 : la poussée corporelle. Cette phase est la réponse physique et initiale à la concordance entre la phase 3 (impression) et la phase 4 (intention). Le corps est mis en mouvement. Avant tout apprentissage de connaissance et de techniques l'envie ressentie est transformée en énergie.

Phase 5' : la contemplation. Cette phase est une partie de l'action que peut développer une personne face à l'activité artistique de manière intentionnelle et attentive.

Phase 6 : Le savoir faire et la technique. Cette phase induit l'action de la personne suite à son intention et sa volonté. C'est l'expression (extérieur à l'homme) de l'intention (monde

intérieur de la personne) provoquée par son impression et sa perception. La phase 6 peut être comprise comme l'agencement moteur du corps et la capacité de l'homme a organisé ses mouvements, les segments de son corps dans un but d'expression.

Phase 7 : la production artistique. C'est la matérialisation des phases précédentes. Nous pouvons l'envisager comme le résultat de chaque maillon de la chaîne représentée par l'OA. C'est un accident spatio-temporel qui répond à l'intention et l'expression de l'artiste s'inscrivant de manière autonome dans l'espace et le temps. L'artiste est pleinement impliqué dans la production, elle est le fruit de son affirmation et régit son style.

Phase 8 : Le traitement mondain. Lors de cette phase la production devient objet d'Art, objet en soi capable de rayonner. C'est un moment où l'auteur prend conscience de la capacité artistique de son œuvre et l'inscrit dans le monde artistique.

Phase 1' : la production devient œuvre d'Art. La production s'inscrivant comme accident spatio-temporel orienté vers l'esthétique devient un objet en soi. Par lui peut se réamorcer le processus de l'opération artistique.

ANNEXE D : EXEMPLE FICHE D'OBSERVATION DE GROUPE GENERALE

Atelier du 6 avril : Développement négatif théorie
photo sur le cadrage

<u>prénom</u>	<u>Attitude</u>	<u>position</u>	<u>intervention verbale</u>	<u>état émotionnel</u>	<u>intérêt pour atelier</u>	<u>a fait des photos?</u>
AJ	Indifférence	Assise	sous sollicitations	Calme	n'intervient pas	oui mais difficile
M.	Participative	vautrée	Fréquente	Excitée	pose questions	oui mais a ouvert l'appareil
M ^a E.	T.participative	Assise	Fréquente	Enjouée	intervient souvent	non n'a pas trouvé d'appareil
A.	Passive	Prosternée	sous sollicitations	Taciturne	n'intervient pas	oui thème précis mais pas contente
O.	Passive	assise/vautrée	sous sollicitations	Renfermée	N'intervient pas	pas la quantité demandée. Juste chez elle.
Alm.	Participative	Assise	fréquentes qd je ne suis pas là	Excitée	sollicite attention AT	oui mais pas contente
M ^a C.	Ecoute	Assise	sous sollicitations	Calme	écoute attentive	oui et a réfléchi au sujet
R.	Écoute	Assise	sous sollicitations mais fluides	calme	intervient	oui mais pas facile en extérieur, la gêne.
S.	T.Participative	Assise	Adéquates	Excitée	intervient et pose questions	oui mais seulement 2, mais a oublié l'appareil.
L.	Participative	Assise	Adéquates	Calme	pose questions	non était absente la semaine passée.

légende:

Attitude : très participative- participative – passive - indifférence- opposition

Position : bouge beaucoup – assise attentive – vautré sur sa chaise – prosterné, endormi.

Interventions verbales : fréquentes - adéquates – sous sollicitations – nulles.

État émotionnel : excité – enjoué – calme – taciturne – renfermé – triste

Intérêt pour l'atelier : sollicite constamment l'attention de l'AT, intervient souvent sur des sujets en rapport à l'atelier - intervient, pose des questions en rapport à l'atelier – écoute attentivement – n'intervient pas – demande pour partir.

Fait des photos ? : commentaires personnels de l'AT sur la prise de vue du patient par rapport au nombre de photos effectuées, au respect des consignes et aux éventuels phénomènes associés à tenir en compte.

ANNEXE E : CITATIONS PARTIE III

P51, R.M. Raich « Imagen Corporal », édition Piramide, p.
« L'utilisation des organes sensoriels peuvent apporter des informations diverses et avoir une influence positive sur le patient. »

P52, Jules Janin, « Le miroir qui garde toutes les empreintes », source : « Le goût de la photo », édition : Mercure de France, p.22
« Le Daguerrotypage était destiné à reproduire les beaux aspects de la nature et de l'art, à peu près comme l'imprimerie reproduit les chefs-d'œuvre de l'esprit humain. C'est une gravure à la portée de tous et de chacun ; ... »

P52, Philippe Dubois, « L'acte photographique », édition : Nathan Université.
« La frontalité du regard impose un nouvel espace hors-champ, au-delà de l'image visible, qui ne sera pas en dehors du cadre comme pour l'espace mais qui sera dans la profondeur de l'image ».

P53, Carmen Menéndez, «La fotografía como diario de vida», source: «Arte terapia» Vol.03/2008, édition: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.152
« Rire, séduire, gesticuler, exprimer des émotions, mettre le corps en mouvement, créer, parler....transiter de « être vu » à être volontairement regarder vers regarder et décider comment regarder. Transiter du fait d'être objet passif à sujet actif de ses propres actions. »

P53, P. Morales et J.M. Jarpa, « Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes », source : « Arte terapia », vol.5/2010, édition : Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.149
« L'usage de l'Art-thérapie auprès d'adolescent est recommandable afin de favoriser l'exploration d'eux même, sortir de la vision égocentrique propre à cette étape du développement en renforçant les capacités expressives [... ...] Les recours artistiques comme les couleurs, les images aident à dépasser les concepts verbaux et logiques favorisant l'intégration d'une forme distincte de compréhension du monde et d'eux même. »

P53, Carmen Menéndez, «La fotografía como diario de vida», source: «Arte terapia» Vol.03/2008, édition: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.147
« La photographie dévoile la réalité comme elle est et c'est dur. Savoir que les désirs, les rêves ne peuvent être récupérés peut générer des réactions émotionnelles dures, développer un dialogue et être une arme à double tranchant ; d'une part souffrance de l'acceptation, et d'autre part peut aider à réorganiser les émotions, se les appropriées et réduire l'angoisse dans laquelle elles vivent. La photographie facilite le contact à la réalité. »

P54, A. Vetois, « Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p. 85
« Les arts plastiques ont permis de travailler l'affirmation et l'estime de soi en offrant aux jeunes filles de développer une attitude de recherche : elles ont procédé à des essais par tâtonnement, évalué les résultats, adapté leurs réponses ».

« un espace de liberté et de prise de décision dans lequel elles se sont fait confiance. En apprenant à faire des choix, à prendre des décisions les concernant elles ont pu acquérir une plus grande autonomie... ».

P54, Carmen Menéndez, "La fotografía como diario de vida", source: "Arte terapia" Vol.03/2008, édition: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.151

« Au fil des séances les jeunes filles-mères ont acquis une plus grande capacité de décision et de confiance. Elles découvraient leur capacité à faire des propositions, construire des histoires... » Elle reprend aussi dans son écrit, le fait que les productions *« se convertirent petit à petit en portraits précis, en jeu de regards, en images dont le regard était plus sûr, l'expression de l'autre plus dynamique présentant des attitudes plus sereines et agréables ».*

P55, C.Le Floch, « Une expérience d'art-thérapie à dominantes photographie argentique noir et blanc et écriture auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale prises en charge dans un service pédiatrique », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p.86.
Contempler une œuvre d'art du domaine « plasticien », c'est faire l'expérience d'une absence. [...] c'est forcément se confronter à une trace du passé, à quelque chose qui a eu lieu mais qui n'est plus. »

P57, A. Vetois, « Une expérience d'Art-thérapie à dominantes Danse et Arts plastiques auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale », Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Année 2009, p.83.

« Les arts plastiques permettent une prise de distance par rapport à la production, impliquant l'autonomie. Après des anorexiques, les arts plastiques permettent l'engagement de la patiente dans une dynamique de créativité, sans pour autant engager le corps physique [...] ils favorisent ainsi la prise d'assurance conduisant à une plus grande confiance et estime de soi ».

P57, P. Morales et J.M. Jarpa, « Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes », source : « Arte terapia », vol.5/2010, édition : Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.144

« Á manipuler une production artistique le processus de décentralisation, d'acceptation de l'égoïsme peut se travailler dans la mesure où le dialogue peut se former à travers la distanciation de la production permettant la réflexion ».

P58, D. Marcelli, Adolescence et psychopathologie », éd.: Masson, p.156.

« L'importance de la rationalisation opère une véritable emprise sur le fonctionnement mental, et laisse vite percevoir l'utilisation prévalante de mécanismes dits archaïques : clivage, projection, déni, idéalisation [...] Ces rationalisations sont soutenues par un investissement défensif de maîtrise et de contrôle, tant de la personne propre que de l'entourage ».

P59, D. Marcelli, « Adolescence et psychopathologie », éd.: Masson, p.53.

« Cette étape peut induire des crises ou cassures, expressions de rupture sous-jacentes et évoquées comme une rupture dans la relation inter- et intra-subjective, dans le jeu des appartenances de groupe et de société »

« Cette cassure peut provoquer un véritable effondrement psychique au cours duquel la personnalité est totalement submergée, incapable de fonctionner et où l'adaptation à la réalité est compromise. »

P59, B.Brusset, "L'anorexique et ses imagos", Source : « L'anorexique, le toxicomane et leur famille », Prof. Prieur, éd. : Les éditions ESF, p. 64.

« Les modes de réactions au traumatisme que constitue pour les parents l'anorexie mentale de leur fille : mise en question et mise en échec, angoisse devant le risque vital. D'où le déni de la pathologie, de la gravité ou de la signifiante, l'évitement, l'oscillation entre le rejet et la surprotection, etc.... »

P61, P. Morales et J.M. Jarpa, « Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes », source : « Arte terapia », vol.5/2010, éd.: Publicaciones universidad Complutense de Madrid, p.142

« La motivation est fondamentale pour la réussite de la prise en charge. Le manque de motivation peut générer un comportement évasif. Face à cela la compréhension, le développement de la confiance et la création d'outils sont indispensables. »

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine

Soutenu en : 2011

Par : HERMANS, Gaëtane

Titre : La participation à un atelier d'Art thérapie à dominante photographique peut raviver l'estime de soi et la relation à l'autre auprès de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Résumé : Ce mémoire présente une expérience d'Art-thérapie à dominante photographique auprès de patient souffrant de troubles du comportement alimentaire. Les objectifs thérapeutiques présentés sont orientés sur la restauration de l'estime de soi et de la relation à l'autre. La vision, le regard et la perception furent les axes principaux d'applications de la technique artistique et d'observation de la recherche. Une réflexion sur les effets bénéfiques est présentée et argumentée par des études similaires se concluant par la conviction de l'augmentation de l'espoir de guérison. Finalement les résultats de l'intégration de la famille dans la prise en charge ouvrent des perspectives de développements pour l'Art-thérapie à long terme.

Mots clés : Art-thérapie, photographie, comportement alimentaire, relation, estime de soi, regard, perception, famille.

Summary: This dissertation shows the use of Art-therapy through photography, for patients suffering from eating disorders. The therapeutic objectives shown are centered on the restoration of self-esteem and relationships with others. Vision, look and perception were the principal bases for the application of the artistic technique and research observations. An analysis of the positive effects of this form of Art-therapy is also presented and argued in similar studies, concluding that there is an increase in the belief that there is hope of healing. Finally the results of the family's integration into the therapy open the possibility of further developments in Art-therapy in the long term.

Key words : Art-therapy, photography, eating disorders, relationship, self-esteem, view, perception, family.

