

Noms des auteurs :

CANNONE Patrice

Docteur & psychologue clinicien
Service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques,
Hôpital Nord, AP-HM
Chemin des Bourrely,
13915 MARSEILLE Cedex 20
patrice.cannone@ap-hm.fr

MANICACCI Manon

Psychologue clinicienne
Aix-Marseille Univ.
Laboratoire de Psychopathologie Clinique Psychopathologie et Psychanalyse
29 avenue Robert Schuman,
13621 AIX-EN-PROVENCE Cedex 1
manon.mani@wanadoo.fr

BOUTEYRE Evelyne

Psychologue clinicienne
Professeur de psychopathologie
Aix-Marseille Univ.
Laboratoire de Psychopathologie Clinique Psychopathologie et Psychanalyse
29 avenue Robert Schuman,
13621 AIX-EN-PROVENCE Cedex 1
evelyne.bouteyreverdier@univ-amu.fr

Psycho-Oncol.

DOI 10.3166/pson-2018-0046

**Recherche d'un traumatisme lors de l'annonce diagnostique en oncologie :
représentation subjective de l'annonce diagnostique par le dessin**

**Dealing with the traumatism of diagnosis in oncology: subjective
representation in drawing of the disclosure momentum**

Résumé : Cette étude se propose d'évaluer les effets d'un protocole de recherche qui s'étaye sur l'usage du dessin dans la prise en charge du traumatisme lié à l'annonce diagnostique du cancer. Notre objectif est de mettre en évidence que le dessin est un outil thérapeutique pertinent pour la prise en charge d'une population adulte, par sa dimension projective utilisant un processus de création. La présentation du cas de Laurence permet d'illustrer le dispositif de recherche. Il s'agit de trois rencontres dans un contexte d'annonce diagnostique récent (moins d'un mois), à des intervalles d'environ trois semaines. Un dessin représentant le moment de l'annonce diagnostique a été demandé et réalisé à chacune des séances et un questionnaire évaluant l'impact traumatique de l'annonce diagnostique a été coté avant le premier dessin, puis après le dernier dessin. Les résultats montrent un effet du dispositif de recherche à partir des cotations de l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) et de l'analyse des rapports dessin/discours comme miroir du travail d'élaboration du traumatisme au cours du suivi. L'usage du dessin comme outil thérapeutique en oncologie adulte s'avère être une voie possible et pertinente pour les psychistes dans la prise en charge du psycho-traumatisme.

Mots clés : Traumatisme – Annonce diagnostique – Cancer - Dessin –Symbolisation

Abstract: This study aims to evaluate the effects of a research protocol based on the use of drawing, in the trauma psychological care associated with the cancer diagnosis announcement. Our objective is to highlight that drawing is a relevant therapeutic tool for the psychological care of an adult population by its projective dimension, using a creative process. The presentation of the case of Laurence illustrates our research protocol. In the context of a recent diagnosis announcement (less than a month), we proceeded to three

meetings at intervals of about three weeks. A drawing representing the moment of the diagnosis announcement was requested and carried out at each session and a questionnaire evaluating the traumatic impact of the diagnosis announcement was scored, before the first drawing and then after the last one. The results show an effect of the research device regarding the scores of the Impact of Event Scale Revised (IES-R) and the analysis of drawing/discourse relationships, as a mirror of the trauma elaborating work during the follow-up. Using drawing as a therapeutic tool in adult oncology proves to be a possible and relevant option for psychologists, to care psycho-trauma situations.

Keywords: Trauma – Diagnosis announcement – Cancer – Drawing - Symbolization

Contexte

En 2017, le cancer demeure la première cause de décès prématuré en France et reste associé à une image de mort, de menace existentielle dans un rapport ambivalent aux thérapeutiques médicales, sources d'innovations prometteuses et de bouleversements somato-psychiques. Cette épreuve de la maladie impacte le sujet dans sa subjectivité, et tout commence par l'annonce diagnostique. Les répercussions psychologiques du vécu de la maladie grave et de son annonce sont aujourd'hui reconnues, identifiées et théorisées bien que celles-ci se confrontent à l'intersubjectivité de chaque situation clinique rencontrée. La littérature montre cependant que le concept de traumatisme dans ce contexte d'annonce diagnostique demande à être discuté afin de définir les présupposés inhérents à notre recherche, dont découle la construction de notre protocole d'étude.

Annonce diagnostique et traumatisme ?

L'annonce diagnostique informe de l'entrée dans la pathologie avec l'émergence de son cortège émotionnel (pleurs, sidération, alexithymie, colère, etc.) et de processus intrapsychiques (déli, régression, culpabilité, etc.). Dans le cadre spécifique du cancer,

l'annonce diagnostique peut s'avérer traumatique car elle confronte le sujet aux fantasmes du réel de la mort à partir du discours médical qui renvoie le sujet à tenter de saisir l'insaisissable, ce qui échappe. Pour d'autres sujets malades, l'annonce diagnostique de la maladie ne relèvera pas de la clinique du traumatisme quelle que soit la nature des soins envisagés, qu'elle soit palliative ou curative. Ainsi, le caractère traumatique de l'annonce ne peut être envisagé comme systématique, mais présente une valeur suffisante pour mobiliser notre intérêt clinique. Rappelons que depuis 2003 avec le Plan Cancer, des recommandations concernant l'annonce en cancérologie ont été élaborées par les institutions de soins avec les autorités de santé comme l'Institut National du Cancer (INCA) et soutenues par les associations de malades. Des formations sont dispensées sur « comment annoncer un diagnostic de cancer ? » pour créer les conditions favorables via des dispositifs d'annonce, basés sur la communication soignant-soigné et étayés par la dimension relationnelle. Précisons également que l'annonce diagnostique constitue l'entrée dans la pathologie oncologique mais une longue série d'évènements à caractère traumatique jalonnent le parcours de soins comme les traitements et leurs effets secondaires, l'altération du corps ou la diminution des capacités physiques, l'annonce d'une récurrence ou l'arrêt des thérapeutiques.

Nous retiendrons comme définition du traumatisme, dans une perspective psychanalytique, celle de Laplanche et Pontalis [22] communément admise : « un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». De surcroît, les auteurs évoluant dans le champ de la psychanalyse et qui tentent de définir le traumatisme, s'accordent sur le fait qu'un évènement particulier peut marquer un défaut du processus d'élaboration au moment de la confrontation avec le réel. Ainsi, l'image psychique de l'évènement considéré comme traumatique ne sera pas introjectée par le sujet, c'est-à-dire mentalisée, mais sera incorporée laissant ainsi une trace psychique non

suffisamment symbolisée. C'est précisément dans cette distinction entre introjection et incorporation [1] que réside la charge symptomatique de l'évènement traumatique par une insuffisance du processus de symbolisation. Belamich et Costantino [4] parle d'un « corps étranger » pour désigner l'effet traumatique comme métaphore d'une image absorbée qui demeure non intégrée en raison de sa nature irréprésentable et inacceptable, menaçant ainsi l'intégrité psychique du sujet. De nombreux travaux dans le champ de la psycho-oncologie montrent cette potentialité traumatique de l'annonce diagnostique sans que nous puissions affirmer son caractère systématique. Selon Pujol [25], la singularité traumatique de l'annonce diagnostique du cancer réside dans l'angoisse provoquée par un débordement d'affects non-élaborables en lien avec sa finitude. Le mot « cancer » en lui-même effraie au point de marquer traumatiquement le sujet qui se trouve soudainement concerné par la maladie [8]. La sidération s'installe, donnant alors l'impression que « le temps s'arrête ». Du Colombier [14] parle de véritable « séisme psychique » pour définir l'annonce diagnostique du cancer, attestant de la brutalité de l'arrivée de la maladie et de ce qu'elle implique. Le traumatisme serait donc un frein au processus de mentalisation du deuil de sa vie passée [2], pouvant ainsi accentuer l'état dépressif du sujet sur le long terme. Suite à l'annonce de la maladie, les capacités d'élaboration du sujet seront mises à l'épreuve, mobilisant de fait, ses ressources psychiques qui orienteront le vécu subjectif de sa pathologie. Tout le travail psychique résiderait dans cette réinscription symbolique de l'évènement traumatique, travail que nous pensons être facilité par l'utilisation du dessin vers cette mise en représentation.

Le dessin comme support d'élaboration

Dans ce contexte d'évènement traumatique, il s'agit de trouver-crée un lieu de dépôt et de mise en image afin d'ouvrir à nouveau la possibilité de rêver et de se raconter. Ce travail de symbolisation ou de « resymbolisation » [13] passe par un travail indispensable de la

parole qui, selon les situations, pourrait éventuellement être facilité par un outil thérapeutique comme le dessin. Roman et Lempem [25] parlent de « cicatriser » la blessure de l'impact traumatique par la création de l'image manquante. L'utilisation du dessin chez les enfants dans une perspective psychothérapeutique est fréquente, en revanche cette pratique est très peu répandue pour une population adulte en général et en oncologie en particulier. Le dessin reste pourtant un outil de figuration qui permet au sujet de « ré-inscrire » autrement les contours de sa problématique par le biais d'une image qu'il a lui-même créée, dans une démarche de modification, réappropriation et re-symbolisation [29].

Le dessin permet de laisser une trace subjective à visée projective, qui rend compte de l'état représentatif du fonctionnement conscient et inconscient. En mobilisant une expression symbolique du monde interne de son auteur, le dessin peut alors par la suite, s'inscrire dans une dynamique de réappropriation de ses représentations, de ses émotions et de ses souvenirs. Le fait-même de dessiner, demande au sujet de mettre en ordre ses pensées afin de les retranscrire sur le papier. Le dessin peut se positionner en tant que médiateur entre le souvenir traumatique encore trop brut et intense et les mots ne pouvant y être posés. Médiateur et projectif, le dessin présente un intérêt double. Tout en participant à l'élaboration d'un souvenir, d'une émotion, en exprimant ce qui ne peut être dit, il renseigne également sur l'état psychique du sujet, par son mécanisme projectif [17,7,5]. La qualité projective du dessin permet de toucher au plus près, le vécu interne du sujet, en tant que retranscription figurative de son expérience subjective, lui permettant d'exprimer graphiquement ce qu'il ne peut pas dire à haute voix, souvent caractéristique du traumatisme.

Protocole de recherche

Cette recherche s'est déroulée dans le service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques de l'hôpital Nord à Marseille. Les sujets inclus dans cette

recherche ont tous reçu un diagnostic de cancer récent. Chaque participant a donné son accord écrit pour sa participation à cette étude d'une durée de trois mois et signé le consentement libre et éclairé expliquant le déroulement de notre démarche. Nous avons enregistré en audio les différentes rencontres, retranscrit le matériel clinique pour être au plus près de l'énonciation du patient et du chercheur.

Nous avons élaboré une procédure expérimentale qui s'étaye en quatre temps (Figure 1) :

- 1^{er} temps : il s'agit d'entrer en contact, de réaliser un entretien clinique et proposer selon les situations rencontrées le dispositif de recherche. Il est nécessaire d'évaluer l'aspect potentiellement traumatique par des éléments cliniques repérés durant l'entretien. Par exemple, l'incapacité pour le sujet d'évoquer le mot « cancer », des difficultés à penser ce moment de l'annonce diagnostique ou une résonance émotionnelle intense. A partir du moment où le sujet a signé le formulaire de consentement et ainsi accepté de participer à l'étude, nous fixons un rendez-vous pour commencer la passation.

- 2^{ème} temps : Le plus souvent, cette deuxième rencontre se déroule lors de l'hospitalisation du patient à l'occasion de l'administration de son traitement par chimiothérapie. Il est demandé de coter l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) de Weiss et Marmar [32], dans sa version française (Brunet, St-Hilaire, Jehel et King [6]), afin d'évaluer l'impact traumatique de l'annonce diagnostique. Ensuite le participant est invité à produire un dessin après que soit énoncée la consigne suivante :

« *Pourriez-vous représenter sur cette feuille, le moment de votre annonce diagnostique ?* ».

Des feutres de couleur et des feuilles blanches de format A4 sont mis à la disposition du sujet pour la réalisation du dessin. Nous précisons également avant chaque début de séance que la qualité esthétique ou technique des dessins réalisés ne fait l'objet d'aucune évaluation ou d'un quelconque jugement de valeur ;

- 3^{ème} temps : réalisation du deuxième dessin répondant à la même consigne ;

- 4^{ème} temps : réalisation du troisième dessin puis passation de l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R). Lors de la production de chaque dessin, nous demandons d'argumenter à propos de la signification donnée à leurs créations, la raison de leurs choix de couleurs, les motifs dessinés, et les difficultés rencontrées lors cet exercice.

Le discours enregistré en audio pendant les temps de passation a été comparé aux productions par l'analyse de chaque dessin correspondant.

Figure 1. Chronologie du dispositif de recherche

Insérer la figure A ici

Instruments d'évaluation

- **L'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R)** (Annexe 1)

Pour déterminer la composante traumatique de l'annonce diagnostique, nous avons utilisé l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) basée sur l'échelle d'Horowitz et al [19]. L'IES-R [32] est un outil d'auto-évaluation de l'impact traumatique que nous avons privilégié au TraumaQ [12] dont le nombre élevé d'items à coter nécessitait un temps de passation trop long. En prenant en compte les contraintes liées à l'hospitalisation, à la chimiothérapie et ses effets secondaires, l'IES-R est apparu plus adéquate. Cette échelle comprend 22 items subdivisés en trois catégories représentatives de la symptomatologie psychophysiologique du traumatisme : l'évitement, l'intrusion et l'hyperactivité neurovégétative. Chaque item se présente sous forme d'affirmation, que le sujet doit coter sur une échelle de 0 à 4 (0 étant « pas du tout » et 4 étant « extrêmement »), en fonction de son exactitude au regard de son vécu

propre. Les qualités psychométriques de l'IES-R, validées auprès de différentes populations [31,30,3,15], en font un outil pertinent dans l'évaluation du traumatisme de l'annonce diagnostique, et de ses symptômes associés. La version française de l'IES-R a donc été utilisée dans la présente recherche, validée par Brunet et al. [6], et pour laquelle les qualités psychométriques en font également un outil fiable dans l'évaluation des symptômes du stress post-traumatique. Cependant, la version française de l'IES-R n'indique pas de valeur seuil du score permettant d'évaluer la présence d'un stress post-traumatique, c'est pourquoi les indications de cotation de la version anglo-saxonne ont été utilisées, notamment celles suggérées par Creamer, Bell et Failla [10].

- *Le dessin et la grille de cotation*

Le dessin est ici utilisé dans une fonction thérapeutique mais également comme outil de recherche. Les qualités projectives du dessin sont ainsi sollicitées pour que puisse se déployer le fonctionnement psychique du participant. Le dessin est alors envisagé comme un « écran de l'inconscient », permettant d'étudier les mouvements psychiques d'un individu pour donner du sens à un symptôme [23]. La consigne d'association à partir de l'annonce diagnostique réactualise autrement l'impact traumatique, le sujet se confronte à une page blanche qui prendra forme et mouvement par le dessin, inscription et signature d'un conflit psychique. Dans le cadre de notre étude, le dessin est utilisé comme indicateur qualitatif du niveau d'élaboration psychique et de symbolisation du traumatisme de l'annonce diagnostique.

Nous avons mis à disposition du participant un set de feutres de couleurs pour la réalisation des dessins, composé de couleurs primaires relativement foncées, froides, et également les mêmes couleurs plus claires d'un ton davantage pastel. Les feutres ont été préférés aux crayons de couleurs pour s'assurer de la bonne visibilité des traits sur la feuille.

L'étude de contenu des dessins a été réalisée à partir d'une grille de cotation qui reprend des critères d'analyse présents dans de nombreuses études de la littérature :

1. *Le détail des couleurs des dessins* (Annexe 2) : de nombreux auteurs ont constaté l'importance représentative du choix des couleurs utilisées dans le dessin, pouvant symboliser les états internes et les émotions [28,18]. Ainsi, les significations de chaque item « couleur » sont tirées des travaux de Jourdan-Ionescu et Lachance [20], et Fernandez [16]. En revanche, l'évaluation de la qualité du tracé n'a pu être intégrée à l'élaboration de la grille, comme c'est le cas dans l'analyse classique du dessin, en raison d'effets secondaires en relation avec la maladie et ses traitements, pouvant provoquer des tremblements de la main ou une faiblesse du geste des sujets.

2. *Placement des dessins sur la feuille* (Annexe 3) : Concernant l'investissement de l'espace représenté par la feuille du dessin, nous avons utilisé les critères d'analyse de Couillard [9]. Cette grille d'analyse a été élaborée à partir des travaux de Mucchielli [23], Royer [28], Crotti et Magni [11].

3. *Analyse thématique du discours* : Pour chaque dessin, nous avons demandé au sujet d'expliquer sa production, la représentation et le sens qu'il souhaitait exprimer. Ces discours ont fait l'objet d'une analyse thématique à partir des enregistrements audios et d'une comparaison entre la production discursive et la grille d'analyse des dessins. L'analyse du discours s'est basée sur le déploiement du travail de deuil qui s'inscrit dans le processus d'élaboration de l'entrée dans la maladie grave, telle que le cancer. En effet, comme l'énonce Bacqué [2], la rencontre avec cette maladie possiblement mortelle confronte le sujet au réel et ainsi aux pertes subjectives (illusion d'immortalité, d'invulnérabilité, baisse des capacités physiques) dans lesquelles l'engage l'annonce diagnostique. Afin d'organiser notre analyse, nous nous sommes donc appuyés sur les cinq phases du deuil d'E. Kübler-Ross [21] : « le choc / refus », « la révolte », « le marchandage », « la dépression », « l'acceptation ». Ces

stades sont envisagés comme des repères, des indicateurs qui correspondent à la clinique du travail de deuil réactualisée précisément par l'annonce diagnostique. Cette dernière correspond au passage entre deux états, celui des « biens portants » à celui de « malades », qui renvoie de facto au deuil de ce que l'on a été. L'engagement dans un processus de deuil paraît alors inévitable, le deuil partiel de soi comme le justifie Bacqué [2], ou du moins d'une image de soi. Porter un intérêt aux étapes du deuil, nous a donc permis de repérer le niveau de mentalisation des sujets venant de vivre l'annonce diagnostique, et son évolution au cours de notre recherche. L'évolution des dessins et des discours dans le temps amènera des éléments de réflexions cliniques concernant la dynamique et les modalités du travail d'élaboration psychique en termes de figuration, représentation et d'énonciation.

Mise à l'épreuve du protocole de recherche auprès de Laurence et analyse des résultats

Laurence, 55 ans, a reçu le diagnostic de son cancer du poumon une semaine avant que nous la rencontrions. Le premier contact fut établi lors de son hospitalisation pour sa première cure de chimiothérapie dans le cadre d'un entretien clinique. Cette rencontre a été particulièrement saisissante tant sur le plan des affects que sur le contenu de son discours qui se déploie avec détails. A plusieurs reprises Laurence est émue et se met à pleurer. Elle a bien conscience de son incapacité à contrôler ses émotions. Elle aborde spontanément ce temps de l'annonce diagnostique de cancer qu'elle a reçu le jour de la naissance de son petit-fils. Une mauvaise et une bonne nouvelles le même jour. Laurence n'a pas souhaité dévoiler tout de suite son diagnostic à son entourage pour ne pas gâcher le moment merveilleux de cette naissance. Au terme de cet entretien, notre recherche lui est proposée. Laurence accepte sans hésiter, « avec plaisir » souligne-t-elle en souriant.

○ *Séance 1*

Cotation de l'IES-R (T2)

Tableau 1. Résultats de la première cotation de l'IES-R

Séance 1 (T2)	Symptômes d'intrusion (items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20)	Symptômes d'hyperactivité neurovégétative (items 4, 10, 15, 18, 19, 21)	Symptômes d'évitement (items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22)	<i>Scores et moyennes sur l'ensemble des items</i>
<i>Scores</i>	13	9	21	43
<i>Moyennes</i>	1,6	1,5	2,6	2

A l'issue de cette cotation, les notes obtenues à chaque item ont été additionnées afin d'obtenir un score global, et transformées en moyennes de scores, dans le but d'affiner notre perception de l'impact traumatique. Laurence présente un score global de 43, et une moyenne de 2 pour l'ensemble des items. Ces résultats dépassent significativement le seuil de diagnostic fiable du stress post-traumatique suggéré par Creamer et al [10], et établi à 1,5 ou 33 en score global. La forte intensité des symptômes du traumatisme est démontrée par les scores obtenus aux trois sous-échelles de l'IES-R : les moyennes obtenues sont de 1,6 pour les symptômes d'intrusion, de 1,5 pour les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, et enfin de 2,6 pour les symptômes d'évitement.

✓ Le premier dessin (*insérer le dessin 1 ici*)

✓ Analyse du dessin et du discours associé

Laurence a eu d'emblée des difficultés pour figurer le moment de l'annonce diagnostique : « *je ne vais pas pouvoir dessiner* ». Un premier temps de verbalisation a été nécessaire pour qu'elle puisse énoncer les différentes étapes de l'apparition de son cancer, de sa découverte. Le moment précis de l'annonce diagnostique et le choc psychique provoqué prennent une place centrale à la fois dans son discours et dans sa représentation graphique. L'impression

générale qui se dégage de ce dessin est marquée par son aspect morcelé, plusieurs éléments étant posés les uns à côté des autres, tels ceux d'un rébus qu'il va s'agir de décoder. Le fait que ces éléments soient tous positionnés dans la partie haute de la feuille alimente une sensation d'irréel, de flottement dans un espace coupé d'une réalité pragmatique. Laurence affirme avoir soudain été « figée », parlant d'un « arrêt sur image », d'une « pause ». Cette sensation est représentée sur la feuille par un « bouton pause » marquant l'arrêt du cours du temps, du défilement des images, dans un instant de choc. Sa couleur rose pourrait être synonyme de régression, nécessaire lorsque l'angoisse est trop forte, tout comme son emplacement sur la feuille. La zone haut-gauche, correspond à la régression, le repli sur soi et la crainte, mouvements psychiques représentatifs de la phase de « choc / refus ». De même, dans cette zone est dessiné un second symbole, un soleil avec des rayons en pointillés, comme ceux que l'on trouve sur les télécommandes de climatiseur. Ce symbole est décrit comme un froid glaçant ce qui montre déjà une forme d'ambivalence entre l'image d'un soleil en pointillé en bleu et la représentation du froid : « *Je suis restée sans émotion, c'est-à-dire j'ai pas pleuré, je suis restée de marbre* ». L'utilisation d'un bleu foncé renvoie à une certaine froideur, qui ajoute une intensité au gel éprouvé, et ainsi à la fixation des affects sous le choc de l'annonce.

Par la suite, Laurence dessine un marteau de couleur verte, assurant avoir reçu « *un coup de marteau sur la tête* », l'ayant « *assommée* ». Un sentiment de violence à son égard est ainsi exprimé, l'annonce est « tombée » et l'a frappée à la tête. Le marteau se situe entre le *haut-gauche* et le *haut-centre*, semblant faire une passerelle entre le choc et la pensée car le coup ressenti amène à une mise en représentation qui suit le moment de pause. Le dernier élément dessiné est Laurence elle-même, représentée non pas sous une forme humaine, mais sous l'apparence d'un robot. Plusieurs éléments de dissociation apparaissent dans son discours en réaction au choc de l'annonce diagnostique et du traumatisme induit : « *j'avais l'impression*

qu'il parlait mais pas forcément de moi » ; « *j'ai été un robot quoi, c'était pas moi* ». Ce robot représente donc une autre version d'elle-même, celle que Laurence ne peut encore considérer comme faisant partie d'elle-même, qui agit de façon automatique, et qui traduit le vide émotionnel provoqué par le choc : « *Le visage sans pleurs, sans sourire, sans rien* ». Ce visage inexpressif est à l'image d'un robot, vide de tout affect. Les éléments relevant de la phase de « choc / refus » prédominent. Ils sont donc très riches, dans le dessin tout comme dans son discours, excluant quelque peu l'apparition des autres phases. Cependant le vert, pouvant être synonyme de colère, est associé au marteau en tant qu'arme, représentative de la violence et relevant de la phase de « révolte » contre la maladie. Dans son discours de refus, Laurence met ainsi à distance l'annonce diagnostique, luttant contre la réalité : « *c'était pas moi* ».

Par ailleurs, des traces de pas, de couleur orange (action), sont également représentées à la suite du marteau. Elles viennent illustrer sa volonté « *d'aller de l'avant* », pensées apparues dans les premiers instants ayant suivi l'annonce diagnostique de son cancer. Ces pas pourraient donc s'inscrire dans la phase « d'acceptation » ou plus précisément comme des éléments de mise en mouvement de la pensée et de projection. En effet, les traces de pas débutent dans la zone *milieu-gauche* de la feuille, synonyme du passé, des regrets, de la peur, puis se déplacent vers le *milieu-centre* symbolisant le Moi, le présent et le réalisme. Il est donc question de quelque chose de franchissable, afin de ré-établir un équilibre du Moi. La phase de « dépression » pourrait être représentée comme le point de départ de ces pas, mais aucun élément de discours ne permet de venir étayer l'élaboration de cette phase. Au contraire, Laurence semble vouloir éviter le sombre, le négatif, utilisant des couleurs gaies comme le jaune, bien qu'associé au robot : « *Je ne voulais pas faire une croix. Si je l'avais fait...* ». De plus, selon notre modèle d'analyse, l'utilisation du vert peut également

représenter l'amertume, à l'origine des regrets et de la déception engagés dans la phase de « dépression ».

- *Séance 2*

- ✓ Le second dessin (*insérer le dessin 2 ici*)

- ✓ Analyse du dessin et du discours associé

Lors de notre seconde rencontre, Laurence est dans un état de fatigue avancé, en raison des effets secondaires de la chimiothérapie. Elle ne parle alors pas beaucoup, préférant s'exprimer par le dessin, omettant parfois la consigne de se référer au moment de l'annonce diagnostique.

Dans ce contexte, le second dessin de Laurence nous est apparu comme plein de paradoxes, d'opposition, d'ambivalence. En effet, elle commence par dessiner un soleil jaune « *qui brille* » dans la zone *haut-droit* toutefois synonyme de repli sur soi et de crainte. Puis, immédiatement, un lit bleu clair apparaît, représentant l'extrême fatigue qu'elle subit depuis plusieurs jours. Les petits dessins s'enchaînent, tous agrémentés de leur qualification écrite, et sont de moins en moins figurés pour finalement se transformer en mots, posés sur le papier.

Dans un premier temps, la phase de « choc / refus » est difficilement interprétable sur le dessin, et peu d'éléments de discours s'y rapportent, mis à part le fait que sa perception du moment de l'annonce semble figée : « *non ça n'a pas changé ça* ». Par ailleurs, la phase de « révolte » transparait à travers le dessin bien que son discours ne s'y réfère à un aucun moment. Ainsi, la couleur rouge avec laquelle Laurence a désigné ses proches par l'écriture, et autour desquels elle a dessiné des cœurs, se rapporte à l'amour incontestablement, mais également à la violence et l'agressivité, pouvant être tournées vers la maladie qui impose des moments difficiles à ceux qu'elle aime. De plus, la situation de ces écritures se trouve dans la zone *haut-droit* de la feuille, se référant à l'impulsivité, l'irréalisme, l'insouciance et la projection. Dans un mouvement défensif, Laurence se consacre alors à un projet, celui d'une

maison, qu'elle représente en orange et qui la « booste ». Celui-ci lui permet de reprendre place dans sa vie, son futur, et dans lequel elle souhaiterait s'investir davantage. Cette maison, au centre du dessin dans la zone *haut-milieu* (imaginaire, pensée, idéalisme) paraît sécurisante, enveloppante, et fait émerger la phase de marchandage comme si elle négociait une vie avec le cancer tout en continuant de poursuivre ses anciens projets, bien qu'elle ne puisse les réaliser autant qu'elle le voudrait. Elle dessine le V de « *Victoire* », mais n'en dit rien. La couleur violette est choisie, pourtant en relation avec le deuil, la mélancolie, la tristesse. La phase « dépressive » prend alors une place importante durant cette seconde séance. Laurence prend conscience des impacts de la maladie sur sa vie et de son impuissance face à celle-ci. Un travail de deuil de « l'avant » est engagé : « *je ne pensais pas que ça serait si dur* » ; « *je dis pas qu'en temps normal je pleure jamais, mais bon je pleure moins que ça quand même* » ; « *maintenant à chaque fois que je pense à la porte, j'ai envie de pleurer, celle d'ici* ». Ses pleurs, apparus au moment d'évoquer ses proches et de mettre en avant l'aide qu'ils lui apportent, laissent également transparaître une forme de culpabilité inhérente à la phase de « dépression » : « *bon c'est vrai que quand je suis mal, tout le monde est mal donc...je peux pas trop me laisser aller* » ; « *c'est difficile pour eux* ». En revanche, peu d'éléments graphiques témoignent de l'engagement dans une phase dépressive, à l'exception du violet et du lit bleu, représentatifs de la fatigue, se situant dans la zone *haut-gauche* en rapport avec le repli sur soi, et la crainte. Enfin, la phase « d'acceptation » est également très peu présente, dans le dessin comme dans son discours. La représentation du soleil peut tout de même laisser envisager une éclaircie dans le contexte difficile de l'annonce diagnostique du cancer, appuyée par les couleurs jaune (gaité, sagesse) et orange (joie, action).

○ **Séance 3**

- ✓ Le dernier dessin (*insérer le dessin3 ici*)

✓ Analyse du dessin et du discours associé

La dernière séance se caractérise par beaucoup de résistances de la part de Laurence concernant la consigne, allant jusqu'à se positionner en opposition face à celle-ci (« *j'ai plus envie d'y penser* »). Sa capacité d'énonciation sur la thématique devient plus restreinte, Laurence n'associe plus autour d'images mais passe à une version écrite, plus secondarisée : « *je peux pas écrire plutôt ?* » ; « *... c'est compliqué. Il faut à tout prix que je vous fasse un dessin ?* ». Elle répète souvent les mêmes mots, les mêmes phrases, niant presque son implication dans le dessin, se détachant alors de la responsabilité de ses gestes graphiques : « *vous voulez que je vous fasse des petits pas ?* ». Ce moment de l'annonce diagnostique est en cours de transformation, même si l'affect est aussi intense en début de séance, il n'en demeure pas moins une mise en représentation d'un autre scénario pour dépasser la phase de « choc / refus ». Dans un premier temps les émotions liées à l'annonce diagnostique sont « *toujours pareilles [...], c'est les mêmes* » paraissant ainsi figées dans le temps, toujours imprégnées de l'intensité du moment.

Laurence « *évite d'y penser* » pour que ça « *reste derrière* », fait à partir duquel nous observons des éléments de refus de cette réalité qu'elle souhaite littéralement « *cacher* » sans pour autant y parvenir. Le moment de l'annonce diagnostique semble encore douloureux : « *ça me fait toujours de l'émotion de penser comment j'ai été à ce moment-là* » ; mais également menaçant : « *c'est près et c'est loin* ». Globalement, ce troisième dessin est situé en haut et à gauche de la feuille, marquant encore plus que les précédents un accrochage au passé, supposant le caractère encore latent de la phase de « choc / refus ». La sensation de morcellement persiste même si elle tente d'intégrer ce qui est épar. Il réside une correspondance avec les éléments de discours relevés. Un premier bonhomme représentant Laurence au moment de l'annonce diagnostique est dessiné dans la zone *haut-gauche*, synonyme de repli sur soi, la crainte et la régression. Les critères d'analyse du bonhomme de

Jourdan-Ionescu et Lachance [20] permettent d'expliquer la raideur de la posture du premier bonhomme comme étant en relation avec l'inhibition et l'anxiété en rapport avec ce souvenir. De même, ce bonhomme présenté de face, au visage dépourvu de nez, de bouche, et d'yeux, apparaît vide de toute expression, seul reste le contour. Nous observons une mise à distance de l'annonce diagnostique par l'éloignement du second bonhomme dessiné comme s'il s'agissait d'un changement de perspective du premier bonhomme, vu de loin par sa petite taille. Celui-ci est situé dans le *haut-centre* de la feuille, marquant à la fois l'instant présent dans lequel se trouve Laurence et sa difficulté à investir l'avenir. En effet, rien ne figure après le deuxième personnage. Une impression dynamique apparaît dans ce troisième dessin, tel un mouvement opéré par ce second bonhomme représenté dans la zone *haut-centre*, qui signe un travail de la pensée.

L'utilisation d'un rose fuchsia foncé, presque rouge, traduit une forme de régression. Or, l'utilisation exclusive du rouge dans ce dernier dessin renvoie à de la violence et de l'agressivité. Laurence marque son dessin de l'inscription « *grrrr* », afin d'exprimer sa colère envers l'annonce de son diagnostic, « *parce que c'est une merde* ». Nous constatons ici la phase de « révolte » dans laquelle elle s'inscrit pouvant expliquer en partie les résistances défensives : « *quand on nous dit ça, ça fait rager quoi* » ; « *on se dit mais pourquoi ?* » ; « *c'était pas le bon moment* ».

Dans un second temps, Laurence parvient à dessiner des traces de pas approximatives, abimées, représentant le fait qu'aujourd'hui elle « *avance* », ce qu'elle répète plusieurs fois. Son discours est en contradiction avec ce qui est dessiné et écrit car l'emplacement des pas sur la feuille laisse penser qu'elle stagne ou qu'elle fait du sur place. L'indication qui les qualifie « *pas j'avance* » sur le côté, semble alors se confondre avec « *j'avance pas* » ou « *pas suffisamment* ». Encore une fois, la zone droite de la feuille, symbole de l'avenir, apparaît difficile à investir. Le positionnement de ces traces de pas, entre la zone *haut-gauche* (repli

sur soi, crainte) et *milieu gauche* (passivité, passé, regrets, peur), pourrait traduire le travail d'élaboration en cours de réalisation. En effet, les pas montrent une direction opposée à celle initiée par l'écriture. De plus les pas sont en nombre impair, signe d'un flou, peut-être quelque chose d'illogique qui se transforme au cours de l'écriture dans une tentative de mise en ordre. Même si la phrase n'est pas correctement construite, elle amorce une forme de re-symbolisation de ce qui fait trauma avec l'introduction d'un verbe. Cette dynamique de transformation correspondrait à la phase de « dépression » contre laquelle Laurence semble tant lutter. Même si son discours porte sur l'acceptation, on peut noter une forme de fragilité concernant le dépassement de la phase de « choc / refus » vécue lors de l'annonce : « *j'ai appris à le digérer* » ; « *je l'ai assimilé* » ; « *maintenant je sais que ça et puis voilà* » ; « *je sais que ça a été dur, mais du fait que j'avance, j'y pense plus* » ; « *c'est loin* ». Ces éléments de discours sont appuyés par la représentation graphique du chemin parcouru depuis l'annonce diagnostique, réalisé en pointillés. Ce chemin non-continu témoigne des difficultés rencontrées, comme la ponctuation de plusieurs étapes à franchir avant le point d'arrivée. Nous notons un certain décalage entre ces productions, ces projections graphiques et son discours qui montre les prémices d'une acceptation partielle de l'événement traumatique.

Cotation de l'IES-R (T4)

A la fin de la troisième séance, Laurence a de nouveau côté l'IES-R, pour laquelle il lui a été demandé d'évaluer les difficultés rencontrées au cours des sept derniers jours, au regard de l'annonce diagnostique du cancer. Ainsi, après la réalisation des trois séances de dessin sur une période d'environ deux mois, Laurence présente un score global de 19 et une moyenne de 0,9 pour l'ensemble des items. Les scores obtenus en T4 aux trois sous-échelles de l'IES-R sont représentatifs de l'intensité des symptômes du traumatisme, ressentis après les trois séances de dessins. Laurence obtient les moyennes de 0,9 pour les symptômes d'intrusion, de

0,5 pour les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, et enfin de 1,1 pour les symptômes d'évitement.

Analyse des résultats de l'IES-R par comparaison des séances 1 et 3 :

Tableau 2. Comparaison des cotations à T2 et T4

Comparaison à T2-T4	Symptômes d'intrusion (items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20)	Symptômes d'hyperactivité neurovégétative (items 4, 10, 15, 18, 19, 21)	Symptômes d'évitement (items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22)	<i>Scores et moyennes sur l'ensemble des items</i>
<i>Séance 1 (T2)</i>	1,6	1,5	2,6	Score : 43 Moyenne : 2
<i>Séance 3 (T4)</i>	0,9	0,5	1,1	Score : 19 Moyenne : 0,9
<i>Evolution des symptômes (%)</i>	-43,8	-66,7	-57,7	-55

Lors de la première séance, la cotation de l'IES-R à T2 avait révélé un score global de 43, et une moyenne de 2 pour l'ensemble des items. Laurence présentait ainsi un tableau clinique avancé du stress post-traumatique, dépassant d'environ 30 points le seuil diagnostique fiable, établi à 1,5 ou 33 en score global. Une fois le protocole de recherche terminé, Laurence a de nouveau coté l'IES-R à T4, et obtenu un score global de 19 et une moyenne de 0,9 pour l'ensemble des items. Une diminution globale importante des symptômes traumatiques, à hauteur de 55 % (calculée sur la moyenne des items) est donc à noter.

De plus, chaque sous-échelle de l'IES-R à T2 avait montré une intensité des symptômes s'élevant en moyenne à 1,6 pour les symptômes d'intrusion, à 1,5 pour les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, et à 2,6 pour les symptômes d'évitement. A la fin des trois

séances de dessin (T4), Laurence obtient les moyennes de 0,9 pour les symptômes d'intrusion, soit une diminution de 43,8 %, de 0,5 pour les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, soit une diminution de 66,7 %, et enfin de 1,1 pour les symptômes d'évitement, soit une diminution de 57,7 %. Au terme des séances, Laurence présente une importante régression de l'impact traumatique de l'annonce diagnostique de son cancer, ne rencontrant plus le tableau clinique du stress post-traumatique.

Discussion

Notre dispositif, concernant dans le cadre de cet article une seule patiente, confirme les résultats mis en exergue par d'autres études ayant montré le caractère traumatique de l'annonce diagnostique [27,14]. Ce résultat qualitatif va dans le sens d'un caractère traumatique de l'annonce diagnostique de cancer sans prétendre qu'il le soit de façon systématique. Cependant, l'originalité de notre travail est d'avoir utilisé le dessin comme support d'élaboration chez des adultes atteints de cancer. Le dessin en tant que voie d'accès à l'inconscient, est fréquemment utilisé dans la clinique de l'enfant au travers du jeu mais il peut également être un outil intéressant auprès d'une population adulte. Il s'agit de recourir au dessin quand la parole fait défaut, de façon ponctuelle pour dépasser les points de butée et de fixation. L'accueil et le recours au dessin a fonctionné pour Laurence et quelques autres sujets. Le dessin est souvent, voire toujours, réalisé dans un bain narratif car il doit permettre au sujet malade comme au thérapeute de trouver du matériel clinique qui puisse faciliter le travail d'élaboration psychique.

L'évaluation par l'IES-R nous a permis de montrer l'impact traumatique de l'annonce et son évolution en termes de symptomatologie au cours de la recherche. Les résultats ont montré une nette diminution de l'intensité des symptômes. Cependant notre recherche ne permet pas d'affirmer que le dessin, par sa figuration graphique et le discours associé, est à l'origine de la

réduction des symptômes. En effet, l'ensemble de la littérature en psycho-oncologie décrit ce phénomène de réinvestissement psychique nécessaire à la suite d'une annonce diagnostique sans pour autant avoir recours au dessin. Cependant, passer par le dessin durant la prise en charge psychologique est une voie possible, apportant un éclairage théorico-clinique qui peut relancer ou potentialiser le travail d'élaboration du sujet, mais également du thérapeute dans sa lecture du suivi.

Ce type de recherche montre une mise en relation entre les dessins réalisés et l'analyse du discours par des séquences qui renvoient à l'émergence de processus intrapsychiques et intersubjectifs à l'œuvre. Les relations entre les dessins et les discours viennent appuyer, confirmer et insister sur la dynamique en cours, laissant place, par moment à l'expression d'une ambivalence. Il s'agit également d'observer comment les points de fixation peuvent être dépassés au cours du temps avec une forme de va-et-vient entre le dessin, sa signification et les discours associés dans une perspective d'insight. C'est ici tout l'enjeu d'un tel dispositif qui réside dans une flexibilité des outils proposés qui sont à analyser, à la fois de façon séparée dans un premier temps, pour ensuite être confrontés afin d'en dégager des résultats en lien avec les hypothèses préalables.

Nous avons été agréablement surpris par une forme d'appétence à recourir au dessin par les sujets auprès desquels nous avons proposé de participer à cette recherche. Au total, 6 patients ont été contactés, 4 ont accepté dont une est sortie de l'étude par le caractère « trop angoissant » de la consigne qui invite à se confronter à ce moment de l'annonce diagnostique, et 2 sujets ont refusé. Bien sûr ce dispositif doit nécessairement impliquer une réflexion sur les modalités d'inclusion et s'assurer de l'atmosphère contenante et rassurante pour les participants. La personne qui est sortie de l'étude a mis en exergue la possible composante anxieuse du dispositif, et de ce fait, à amener le chercheur guidé par son éthique, à assurer une

vigilance toute particulière pour contenir l'émergence émotionnelle et respecter son temps d'élaboration psychique.

Ici une question éthique et théorique est à discuter pour déterminer l'intérêt thérapeutique d'amener le sujet à se confronter à plusieurs reprises uniquement sur l'impact traumatique de l'annonce diagnostique. En effet, le protocole opte pour une centration au moment du diagnostic alors que le sujet est amené par la suite à intégrer d'autres modalités dans sa prise en charge comme par exemple la gestion des effets secondaires ou la compréhension des informations médicales. D'un point de vue éthique, toutes les conditions ont été requises pour réaliser des entretiens de recherche qui puissent régulièrement évaluer des difficultés psychiques induites par le dispositif. Dès l'apparition de symptômes, potentiellement liée à l'étude comme la réactualisation d'affects telle que l'angoisse, le psychologue-chercheur a favorisé la sortie de l'étude et orienté sa prise en charge par entretien clinique. Du point de vue théorique, cette question de la confrontation par le chercheur à l'évènement traumatique est complexe car, par définition, ce qui fait traumatisme a nécessité une réorganisation des défenses du Moi pour que le sujet puisse contenir à la fois les affects et mettre à distance les représentations associées afin de continuer peu ou prou de fonctionner. Ainsi cette confrontation à l'évènement traumatique peut déstabiliser cette organisation et provoquer de ce fait des symptômes. Cependant, nous pensons que travailler précisément sur l'évènement traumatique peut favoriser ce travail de re-symbolisation, relancer le processus de pensée et de mentalisation afin que les affects puissent être plus supportables. Il appartient alors au chercheur de déterminer des critères d'inclusion d'ordre psychologique lorsque nous aurons plus d'expérience dans ce type de dispositif.

Conclusion et perspectives

Cette étude a mis en évidence la possibilité d'avoir recours au dessin dans la prise en charge thérapeutique du traumatisme induit par l'annonce diagnostique du cancer. Nous constatons un apport de notre dispositif dans cette démarche de symbolisation du traumatisme initié par le dessin en tant qu'outil thérapeutique à part entière, et non plus seulement, en tant qu'outil de recherche. C'est dans ce double enjeu de réexposition et de re-symbolisation par le dessin, que réside toute la spécificité de notre recherche, promulguant ainsi un outil clinique très peu utilisé en oncologie adulte.

Le passage par le dessin peut rendre compte du travail psychique exigé par la pathologie. Il s'agit de trouver/créer les conditions et les modalités pour que le sujet puisse continuer de désirer, de favoriser une relance désirante tout en respectant le rythme psychique de chacun en termes d'élaboration psychologique. « Dessine ce qui ne peut se dire ou dit ce qui ne peut se dessiner », ce qui reste fondamentale est la relation à partir de laquelle tout est rendu possible. Ce type de recherche montre enfin la nécessité pour les équipes médicales d'être formés à l'annonce, de prendre conscience de l'impact des mots où la parole s'avère être un soin qui d'ailleurs, influera dans la qualité de la prise en charge.

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

Références

1. Abraham N, Torok M (1978) *L'écorce et le noyau*. Flammarion (1987), Paris
2. Bacqué MF (2005) Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuil dans les cancers. *Rev Fr Psycho-oncologie* 4:117-123
3. Beck JG, Grant DM, Read JP, *et al.* (2008) The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of anxiety disorders* 22:187-198

4. Belamich G, Costantino C (2011) Effraction pubertaire et ascèses anorexiques : du vécu adolescent à la construction du symptôme. *Cliniques* 2:30-47
5. Bouak J, Bouteyre E (2010) Cancer et socio-esthétique : évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Rev Fr Psycho-Oncologie* 4:38-46
6. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, *et al.* (2003) Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *The Canadian Journal of Psychiatry* 48:56-61
7. Charles C, Dauchy S (2011) Étudier l'image du corps en oncologie : un point sur la méthodologie de recherche. *Bulletin du Cancer* 98:1209-1220
8. Clément-Hryniewicz N, Paillaud E (2008) Quand le mot cancer fait trauma : réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer. *Rev Fr Psycho-Oncologie* 2:44-48
9. Couillard M (2011) Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez des adolescents. Thèse de Doctorat. Université du Québec, Trois-Rivières
10. Creamer M, Bell R, Failla S (2003) Psychometric properties of the impact of event scale—revised. *Behaviour research and therapy* 41:1489-1496
11. Crotti E, Magni A (1996) *Gribouillages : le langage secret des enfants*. Editions Jouvence, Genève
12. Damiani C, Pereira M (2006) *Traumaq : questionnaire d'évaluation du traumatisme*. Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris
13. Doray B (2007) « Vous êtes ici » : les traumatismes et la question des thérapies de resymbolisation active. In: Aubert AE, Scelles R (eds), *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Erès, Toulouse, pp 159-183
14. Du Colombier M (2011) Une entrée en terre étrangère : le travail psychique de la maladie chez les patients atteints de cancer. *Cliniques* 2:108-122

15. Einsle F, Kraft D, Köllner V (2012) Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology—which diagnostic tools should be used?. *Journal of psychosomatic research* 72:434-438
16. Fernandez L (2008) *Le test de l'arbre : un dessin pour comprendre et interpréter*. Editions In Press, Paris
17. Fernandez L, Finkelstein-Rossi J, Lecointe P, *et al.* (2011) Approche de l'image du corps chez un fumeur atteint d'un cancer pulmonaire par les dessins de l'arbre et du bonhomme. In: Finkelstein-Rossi J (eds), *Techniques projectives : 12 cas cliniques*. Editions In Press, Paris, pp 241-266
18. Ho RTH, Potash JS, Fu W, *et al.* (2010) Changes in breast cancer patients after psychosocial intervention as indicated in drawings. *Psycho-Oncology* 19:353-360
19. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W (1979) Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine* 41:209-218
20. Jourdan-Ionescu C, Lachance J (2000) *Le dessin de la famille : présentation, grille de cotation, éléments d'interprétation*. Éditions et applications psychologiques, Paris
21. Kübler-Ross E, Kessler D (2009) *Sur le chagrin et le deuil*. Editions Jean-Claude Lattès, Paris
22. Laplanche J, Pontalis J-B (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris
23. Léveillé S, Lefebvre J, Bossé M, *et al.* (2008) L'utilisation des méthodes projectives. *Revue québécoise de psychologie* 29:5-10
24. Mucchielli R (1960) *Le jeu du monde et le test du village imaginaire*. PUF, Paris
25. Pujol JL (2012) *L'annonce du cancer, entre corps-symptôme et langage traumatique*. Thèse de Doctorat. Université Paul Valéry, Montpellier
26. Roman P, Lempen O (2013) Traumatisme et restes à symboliser : une contrainte à créer ? In: Dumet N (eds), *De la maladie à la création*. Erès, Toulouse, pp 91-107

27. Ronson A (2005) Réponses post-traumatiques et dissociation en oncologie. Revue francophone de psycho-oncologie 4:53-59
28. Royer J (1995) Théories et pratiques psychologiques concernant le dessin d'enfant. Psychologie et psychométrie 16:79-97
29. Steele W (2003) Using drawing in short-term trauma resolution. In: Malchiodi C (eds), Handbook of art therapy. The Guildford Press, New-York, pp 139-151
30. Sundin EC, Horowitz MJ (2002) Impact of Event Scale: psychometric properties. The British Journal of Psychiatry 180:205-209
31. Thewes B, Meiser B, Hickie IB (2001) Psychometric properties of the Impact of Event Scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. Psycho-Oncology 10:459-468
32. Weiss DS, Marmar CR (1997) The impact of event scale–revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds), Assessing psychological trauma and PTSD. The Guildford Press, New-York, pp 399-411

ANNEXES

Annexe 1 : Extrait du IES-R

	Pas du tout	Un peu	Moyen-nement	Passable-ment	Extrême-ment
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci.	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit.	0	1	2	3	4
...	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Annexe 2 : Grille de cotation des items couleurs d'après Jourdan-Ionescu et Lachance, 2000 ; Fernandez, 2008

COULEURS	SIGNIFICATIONS
Bleu	<i>Douceur ; pureté ; intellectualisme froid</i>
Vert	<i>Espoir ; renaissance ; amertume ; colère</i>
Orange	<i>Joie ; action</i>
Rouge	<i>Agressivité ; violence ; passion ; amour ; dynamisme</i>
Jaune	<i>Gaité ; sagesse ; supériorité ; sensorialité</i>
Marron	<i>Contrainte ; sérieux, inhibition</i>
Noir	<i>Tristesse ; dépression ; culpabilité ; deuil ; anxiété</i>
Violet	<i>Deuil ; mélancolie ; tensions ; tristesse</i>
Rose	<i>Régressivité ; douceur ; sentimentalisme</i>

Annexe 3 : Grille de cotation concernant l'utilisation de l'espace (adaptation de Couillard, 2011)

Haut – Gauche crainte ; repli sur soi ; rêverie ; régression	Haut – Centre pensée ; imaginaire ; idéalisme	Haut – Droit insouciance ; irréalisme ; impulsivité ; projection
Milieu- Gauche passé ; regrets ; passivité ; mère ; peur	Milieu – Centre présent ; réalisme ; action ; Moi	Milieu – Droit futur ; désir ; énergie ; père
Bas – Gauche angoisse ; rétractation ; fuite ; peur	Bas – Milieu réalité ; matérialisme ; insécurité	Bas – Droit avidité ; désir