



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mémoire

## Cancer du sein, image du corps et Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP)



*Breast cancer, image of the body and psychotherapy by photographic mediation (PP)*

Sophie Lantheaume<sup>a,b,\*</sup>, Lydia Fernandez<sup>b,c</sup>, Stéphane Lantheaume<sup>d</sup>, Mathieu Bosset<sup>e,f</sup>,  
Arnaud Pagès<sup>g</sup>, Stéphanie Blois-Da Conceição<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Psycho-oncologue, soins de support, groupe Ramsay générale de santé, institut du sein, hôpital privé Drôme-Ardèche, clinique Pasteur, 294, boulevard Charles-de-Gaulle, 07500 Guilherand-Granges, France

<sup>b</sup> Laboratoire santé, individu et société (EAM-SIS 4128), département de psychologie de la santé, institut de psychologie, campus Porte-des-Alpes, université Lumière – Lyon 2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69676 Bron cedex, France

<sup>c</sup> Département de psychologie de la santé, de l'éducation et du développement (PSED), institut de psychologie, campus Porte-des-Alpes, université Lumière – Lyon 2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69676 Bron cedex, France

<sup>d</sup> Groupe Ramsay générale de santé, institut du sein, hôpital privé Drôme-Ardèche, clinique Pasteur, 294, boulevard Charles-de-Gaulle, 07500 Guilherand-Granges, France

<sup>e</sup> Oncologie-radiothérapie, centre Marie-Curie, 159, boulevard Maréchal-Juin, 26000 Valence, France

<sup>f</sup> Oncologie-médicale, groupe Ramsay générale de santé, hôpital privé Drôme-Ardèche, clinique Générale, rue Delpeuch, 26000 Valence, France

<sup>g</sup> Centre Claude-Bernard, groupe Ramsay générale de santé, hôpital privé Drôme-Ardèche, clinique Pasteur, 294, boulevard Charles-de-Gaulle, 07500 Guilherand-Granges, France

### INFO ARTICLE

#### Historique de l'article :

Reçu le 15 septembre 2014

Accepté le 14 janvier 2015

Disponible sur Internet le 26 juillet 2015

#### Mots clés :

Cancer  
Image du corps  
Médiation thérapeutique  
Photographie  
Sein  
Soins de support

#### Keywords:

Body image  
Breast cancer  
Therapeutic  
Complementary therapy mediation  
Supportive care

### R É S U M É

Les thérapies complémentaires à médiation artistique ont démontré leur efficacité dans l'amélioration des symptômes (fatigue, diminution de l'estime de soi, altération de l'image corporelle, etc.) chez les patients atteints de cancers, en proposant des prises en charge adaptées et personnalisées. L'objectif de cet article est d'évaluer l'impact de séances de psychothérapie par médiation photographique (PMP) sur l'image corporelle (IC) de cinq patientes atteintes d'un cancer du sein. Des photographies des patientes ainsi que des entretiens semi-directifs ont été réalisés à plusieurs temps de leur prise en charge. Grâce au dispositif mis en place, l'IC des patientes évolue de manière positive au cours des séances : la féminité semble préservée et le corps est appréhendé dans son ensemble. La PMP, en travaillant sur l'IC, intervient directement sur les relations sociales, le rapport à la maladie et l'estime de soi. Ce dispositif encourage les patientes à conserver le contact avec un corps qui change sous l'effet des traitements. Il semble alors agir comme une thérapie de soutien sur l'IC ainsi que sur les dimensions psychologique, physique et sociale des symptômes présentés par les patientes atteintes d'un cancer du sein.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### A B S T R A C T

Complementary therapies, such as oncology supportive care, combine care and support (psychological, physical, social, etc.). They are proposed to persons living with a cancerous pathology, during the illness and in addition to traditional specific treatments, when they exist. These unconventional treatments are more and more requested and used by patients who would like a complete and personalized assistance (as recommended by Cancer Plans 2 and 3). In 2012, 48,800 women developed breast cancer in France. Many studies have been done concerning the alteration of the body image for these patients: at the announcement of the diagnosis, then after the treatments (surgery, chemotherapy, radiotherapy) and its consequences (alopecia, mastectomy, etc.). The image of the impaired body modifies the relationship

\* Auteur correspondant. Département de psychologie de la santé, institut de psychologie, campus Porte-des-Alpes, université Lumière – Lyon 2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69676 Bron cedex, France.

Adresse e-mail : [lantheaume.sophie@hotmail.fr](mailto:lantheaume.sophie@hotmail.fr) (S. Lantheaume).

with illness but also social relationships and patients' self-esteem. In order to investigate and re-appropriate this impaired body, the patient must, on the one hand, think about her body to represent it, and, on the other hand, be able to speak about it. The entire assimilation (both physical and psychological) of the changes must come from the whole patient. Psychotherapy by photographic mediation (PPM) is an entertaining complementary therapy between photographic medium and photolanguage. This process is in two parts: the first part is the photographing of patients during their treatment (chemotherapy, radiotherapy, when they go back to work after the treatments and at the one-year evaluation), the second part encourages patients to describe and comment on each photograph. The aim of this study is to evaluate the impact of the PPM on the body image and on the symptoms of the patient living with cancer (fatigue, decreased self-esteem, social relationships, etc.). Five patients between 38 and 54 living with breast cancer and on treatment (medical and psychological) at the Institut-Du-Sein (Drôme-Ardèche) took part in this study. A professional took the photographs and psycho-oncologist conducted semi-directive interviews. The study results confirm a positive impact of the PPM on the body image and on its aspects: physical (fatigue), psychological (emotions, self-esteem, etc.), social (relationships). Indeed patients body image, social relationships, relationship with illness, and self-esteem are evolving positively. PPM assistance encourages the self-investigation and helps to preserve femininity. Patients are becoming active in their assistance and aware of their evolution. Social relationships are changing; the patient is opening up to others. Concern and anxiety linked to the illness are put aside. Patients place more trust in themselves and in their future. Psychological well-being (self-image, self-esteem, etc.) improves gradually during the sessions. So, the PPM can be qualified as a support therapy, which provides patients space to express their emotions (by words and by their body). This process enables patients to keep a memory of their experiences so they can share it with other patients.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

En 2012, l'Institut National du Cancer (INCa) recensait 48 763 nouveaux cas de cancer du sein chez la femme en France avec 11 886 décès<sup>1</sup>. Le taux d'incidence<sup>2</sup> de cette maladie est de 88 pour 100 000 femmes et son taux de mortalité est de 15,7 pour 100 000 femmes. Affection tumorale la plus fréquente chez la femme, le cancer du sein est un réel problème de santé publique. Malgré les avancées thérapeutiques réalisées ces dernières années et l'évolution dans la prise en charge des patientes notamment grâce aux trois Plans Cancer mis en place depuis 2003, les effets secondaires induits par la maladie et ses traitements restent lourds. Les patientes se sentent diminuées physiquement [25]. Les bouleversements corporels liés aux thérapeutiques déstabilisent, les remaniements identitaires fragilisent. Le sein, symbole de féminité, de sexualité et de maternité, est touché ; l'image corporelle des patientes se trouve alors modifiée. Les répercussions s'étendent aux relations interpersonnelles [3] : toute l'homéostasie du système familial (couple, enfants), et plus largement du système social, est atteinte. Les patientes se replient sur elles-mêmes. Ainsi, le cancer du sein et ses traitements viennent fragiliser tout l'équilibre de la femme qui en est atteinte, en touchant les dimensions physique, psychologique et sociale. La qualité de vie<sup>3</sup> est altérée.

Afin d'améliorer leur bien-être psycho-social, les patientes peuvent bénéficier de soins oncologiques de support. Ces soins répondent aux besoins de la patiente et principalement aux conséquences des traitements contre le cancer, à court, moyen et long termes. Dans ce sens, leur objectif est d'assurer une meilleure qualité de vie aux malades.

### 1.1. Les traitements non conventionnels dans la prise en charge du cancer : thérapies complémentaires et soins oncologiques de support

La préoccupation principale pour une personne atteinte d'un cancer, pour ses proches et l'équipe médico-psycho-sociale qui la prend en charge est le soin. Il doit être considéré dans sa dimension globale en intégrant les différentes composantes de la personne (médicale, psychologique, sociale, etc.). Ainsi, en parallèle des traitements conventionnels spécifiques du cancer (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, etc.), d'autres traitements « non conventionnels » et non spécifiques peuvent être proposés [4]. Parfois qualifiés de « complémentaires et alternatifs », ces derniers renvoient à *des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle, à un endroit et à une période donnée*<sup>4</sup> [37]. Ces traitements parallèles regroupent un large ensemble de moyens plus ou moins approuvés, allant des thérapies complémentaires à visée somatique (vitaminothérapie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, etc.), aux approches centrées sur le psychisme (soutien psychologique, psychothérapies diverses, relaxation, sophrologie, imagerie mentale, hypnose, groupes de parole, méditation, etc.), en passant par les approches traditionnelles (médecine traditionnelle chinoise, Ayurveda, qi gong, yoga, etc.), énergétiques (Reiki, réflexologie, magnétismes, etc.) et autres (naturothérapie, ostéopathie, chiropraxie, activité physique adaptée, etc.).

Certaines de ces pratiques complémentaires participent aux soins de support en oncologie. Ces derniers renvoient à un *ensemble de soins et soutiens* (psychologiques, physiques, sociaux, etc.) *proposés à une personne atteinte d'une pathologie cancéreuse à côté des traitements standards spécifiques lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves*<sup>5</sup>. Ils visent à prendre en charge les conséquences de la maladie et de ses traitements, afin d'améliorer la

<sup>1</sup> <http://lesdonnees.e-cancer.fr>.

<sup>2</sup> Standardisation sur la population mondiale.

<sup>3</sup> La qualité de vie est définie comme « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (OMS, 1994).

<sup>4</sup> Définition des traitements non conventionnels selon le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). <http://nccam.nih.gov/health/whaticam>.

<sup>5</sup> Définition des soins de support de la MASCC (Multidimensional Association of Supportive Care in Cancer).

qualité de vie des patients. Outre la prise en charge de la douleur, des problèmes nutritionnels et fonctionnels, ils incluent également une prise en charge psycho-sociale grâce à des interventions telles que l'accompagnement psychologique, la relaxation, les thérapies à médiation artistique, la socio-esthétique, etc. En 2012, l'AFSOS<sup>6</sup> a souhaité faire le point sur ces pratiques non conventionnelles qui correspondent à une demande et à un besoin de personnalisation dans les prises en charge de la part des patients [1,18]. Les résultats de l'étude montrent que 28 à 60 %<sup>7</sup> des patients atteints de cancer en France ont recours à ce type de thérapie [20,22,32] et que 84 % des patients atteints de cancers trouvent efficace l'utilisation de ces thérapeutiques [32]. Ces résultats viennent appuyer la littérature qui montre que, selon les auteurs, la fréquence d'utilisation chez les adultes des thérapies complémentaires est de 18 à 83 % [33]. Par ailleurs, 72 % des patientes atteintes d'un cancer du sein y auraient recours [35]. Burstein et al. (1999) ajoutent que dans 18,8 % des cas, il s'agit de traitements physiques et dans 21,5 % des cas, de traitements à visée psychologiques [8]. Pour de nombreux patients, le recours aux thérapies non conventionnelles se fait dans une approche intégrative [27], en complément des traitements conventionnels [6]. L'étude d'Eisenberg et al. (2001) montre d'ailleurs que pour 79 % des patients la combinaison des deux types de traitements est supérieure à l'utilisation exclusive d'un seul type de traitement [17].

Les raisons de l'utilisation de ces thérapies sont nombreuses et peuvent être liées au malade, à la famille, au contexte culturel, à la relation thérapeutique médecin-malade, etc. [14]. Les patients souhaitent notamment :

- une prise en charge globale holistique [15] ;
- un retour aux « sources », aux médecines traditionnelles dans une recherche de sens, de signification à la maladie [29] ;
- une participation active dans le choix des traitements, dans le cadre d'une aspiration à l'autonomie ;
- l'amélioration de leur qualité de vie et de leur bien-être global avec une prise en charge véritable des effets secondaires des traitements comme les nausées, les vomissements, la fatigue, les réactions dépressives (non suffisamment prises en compte par les médecins selon les patients) [4,27] ;
- le renforcement des défenses de l'organisme pour mieux supporter les traitements anticancéreux [32].

Afin d'accompagner au mieux les patients dans une démarche de médecine intégrative, certains professionnels proposent de nouvelles médiations thérapeutiques [24,26] et notamment dans la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein [39]. Le développement de certaines pratiques non conventionnelles telles que le conseil en image, la socio-esthétique ou l'activité physique adaptée témoignent de l'importance d'un (ré)investissement du corps par les patientes pendant la maladie [12]. Elles ont pour principal objectif de réconcilier ces femmes avec ce corps en souffrance.

### 1.2. Cancer du sein et image du corps

Schilder définit l'image du corps comme « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même » [30]. Cette image est constituée de perceptions, représentations, sentiments et attitudes que l'individu a élaborés vis-à-vis de son corps à travers les expériences qui ont jalonné son existence, et qui servent à évoquer et à évaluer notre corps non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques, mais aussi comme sujet ou partie de nous-

mêmes chargé d'affects multiples et parfois contradictoires [7,39]. L'image du corps a une fonction protectrice, stabilisante et adaptative. Elle est le fondement de l'identité.

Parmi les travaux effectués sur l'image corporelle dans le contexte de la maladie cancéreuse, un nombre important concerne le cancer du sein en lien avec les différents aspects de la qualité de vie. Ils suggèrent qu'une image corporelle satisfaisante peut être une composante d'une bonne qualité de vie [11]. Or, l'annonce du cancer du sein puis ses traitements viennent rompre l'unité corporelle en provoquant d'emblée des modifications de l'apparence de la femme qui en est atteinte : perte ou modification d'une partie du corps (mastectomie, cicatrice, etc.), sensations différentes, impression d'être incomplète, difficultés d'ajustement aux prothèses (lorsqu'il est possible d'en porter), limitation de certaines habiletés fonctionnelles (difficulté à se déplacer, problème de motricité du bras où le sein a été enlevé, etc.), effets secondaires des traitements (fatigue, alopecie, teint terne, etc.), etc.

Les modifications de l'image du corps et de soi ne reposent pas uniquement sur les changements « objectifs » du corps cités précédemment, mais sur ce qui relève du corps perçu et vécu par les patientes au cours de la maladie [11]. Le rapport à la maladie, les relations sociales, le bien-être physique et l'estime de soi s'en trouvent alors altérés [25]. Les patientes ne peuvent plus se regarder dans un miroir et ne supportent pas le regard de leur entourage. La dépersonnalisation est fréquente chez les patientes atteintes d'un cancer et peut correspondre soit à une non-reconnaissance du sujet par lui-même, soit à un sentiment de dédoublement dépersonnalisant [21]. La véritable intégration des changements corporels doit passer par la modification du sujet tout entier (autant psychique que physique) [11]. Afin d'investir et se réapproprier ce corps mutilé, il importe, d'une part, de pouvoir penser son corps pour pouvoir se le représenter et, d'autre part, de pouvoir le mettre en mot [13].

### 1.3. Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP), cancer du sein et image du corps

De nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années dans la prise en charge globale des patientes atteintes de cancer du sein avec notamment, le développement des soins de support. Ces derniers sont marqués par la coordination de compétences pluridisciplinaires et pluri-professionnelles (médecins, psychologues, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, esthéticiennes, etc.) mises au service des patientes en parallèle des soins spécifiques oncologiques. Parmi les moyens proposés, les pratiques corporelles (socio-esthétique, activité physique adaptée, etc.) ont comme fonction essentielle celle de « porte identité » [11]. La PMP s'inscrit dans ce cadre. Elle est une thérapie ludique qui se situe à l'interface entre l'art-thérapie utilisant le médium photographique et le Photolangage<sup>®</sup> [9,10,34,38,39].

Deux grandes étapes marquent le déroulement d'un atelier de PMP :

- une première étape où la patiente est modèle et est photographiée tout au long de son parcours de soins (de la chimiothérapie à un an de l'annonce du diagnostic de cancer du sein). Ces séances de *pose* permettent d'énoncer des mots, d'évoquer des angoisses contenues et d'obtenir un regard positif et rassurant par la photographe ;
- une seconde étape où la patiente commente les photographies auprès du thérapeute. Les ressentis sont exprimés à partir du *voir*. Le cliché décrit produit une parole exprimant le vécu corporel (image troublée, difficultés d'adaptation à un nouveau corps, perte de repères, déstabilisation, etc.). L'expression de sentiments douloureux, voire conflictuels, qui peuvent être difficiles à mettre en mots est favorisée.

<sup>6</sup> Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

<sup>7</sup> Les différences de pourcentage dépendent des définitions des thérapies complémentaires utilisées pour chaque étude.

Ce double processus permet à la patiente de se « regarder activement » [19], afin qu'elle se sente actrice et non plus spectatrice. L'image s'inscrit dans une temporalité et apporte de nombreuses informations (la repousse des cheveux, la posture féminine, etc.). La photographie rend visible, à travers un cliché, un corps (réel, idéalisé ou dévalorisé) qui évolue. Elle est globale et suscite des interprétations différentes en convoquant à la fois de la subjectivité, mais aussi de l'objectivité, ce qui en fait sa force. Elle « est une somme de messages plus un état affectif » [19] qui fait naître l'envie, chez la patiente, d'intégrer et d'investir ce corps nouveau.

## 2. Méthode

### 2.1. Objectif et hypothèse

La présente recherche vise à évaluer l'impact d'un atelier de PMP sur l'image corporelle de patientes atteintes de cancer du sein, ainsi que sur d'autres critères d'ajustement physiques et psychologiques (fatigue, diminution de l'estime de soi, rapport à l'autre, etc.). L'hypothèse générale de cette étude est que la PMP influence positivement l'ajustement des patientes sur les critères mentionnés ci-dessus. Plus spécifiquement, les séances photographiques devraient permettre aux patientes :

- d'éprouver du plaisir, en participant à une activité ludique ;
- de s'observer ;
- d'intégrer les changements relatifs à la maladie et aux traitements, et de soulager les symptômes ressentis ;
- d'améliorer leur estime et confiance en soi ;
- de se sentir actives dans le processus de soin ;
- d'intégrer cette expérience dans leur vie quotidienne pour réutiliser certaines acquisitions et du savoir-faire.

### 2.2. Échantillon

Cinq patientes âgées de 38 à 54 ans ( $m = 41,8$  ans ;  $\sigma = 5,5$ ) atteintes de cancer du sein en phase initiale et bénéficiant de prises en charge (médicale et psychologique) à l'Institut-Du-Sein (Clinique Pasteur, Drôme-Ardèche) ont été incluses dans cette étude. Le temps moyen depuis le diagnostic au moment de l'inclusion (T1) était de 5,3 mois. Toutes les patientes ont été traitées par chirurgie (mastectomie) puis ont reçu des traitements adjuvants (chimiothérapie puis radiothérapie). Elles ont participé librement et de manière éclairée à la recherche.

### 2.3. Procédure

Les patientes ont été suivies durant plus d'un an selon le protocole présenté dans le [Tableau 1](#). Des photographies des patientes ont été réalisées par une photographe professionnelle bénévole au cours de quatre séances de PMP (T1, T2, T3 et T4).

Toutes les photographies ont été prises dans le même local. À la différence de certaines techniques d'art-thérapie où le patient est à l'initiative de la production artistique, encouragé dans un processus de créativité, la photographie constitue, ici, moins un acte d'expression en elle-même (bien que les patientes soient dans une démarche participative et que la manière dont elles se mettent en scène lors des séances de pose exprime la façon dont elle se présente au monde) qu'une matière à penser. Dans ce dispositif, elle est envisagée non pas dans sa pratique, mais dans sa finalité, c'est-à-dire comme le support d'une analyse et d'une réflexion sur son image, le vecteur d'une parole : elle est la médiation par laquelle la communication et l'expression des émotions vont être facilitées.

Ces productions photographiques ont été visionnées et analysées au cours de trois séances intermédiaires. Les patientes ont été invitées à exprimer leurs ressentis à partir des clichés, à faire part de leur vécu corporel. Des entretiens semi-directifs permettant d'évaluer les perceptions des patientes relatives aux interventions proposées dans le cadre de la PMP ont été réalisés. Il s'agissait également d'évaluer l'impact de ses interventions sur l'image corporelle et la symptomatologie physique et psychologique.

### 2.4. Analyse des données

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique [2]. Les thèmes principaux et les thèmes secondaires ont été repérés et illustrés à partir d'extraits du discours des patientes.

## 3. Résultats

L'analyse de contenu des entretiens met en évidence une évolution concernant l'IC des patientes et les relations sociales, le rapport à la maladie et l'estime de soi ([Tableau 2](#)).

Avant l'atelier PMP, l'IC est négative et associée à : un corps mutilé (« partie manquante »), dégradé, disgracieux (« laid »), dysfonctionnel (« malade ») qui ne rentre pas dans « la norme » (de soi, sociale) et qui échappe (« trahi »). Il existe un véritable décalage entre l'image d'un « corps de référence » connu, désiré ou imaginé et l'image d'un « corps en présence » désinvesti. Les changements rapides du corps réel viennent déstabiliser le schéma corporel : la chirurgie induit une modification majeure identitaire (image de soi et identité troublées, non-reconnaissance de soi, mauvaise estime de soi – « honte de son corps » –, incapacité, inutilité – « une moins que rien » –). La féminité est mise à mal (« perdue » ; corps non attirant). Le regard d'autrui est mal perçu car reflétant une carence, un défaut personnel (« cataloguée ») ; le corps devient une chose que l'on doit cacher (« dégoût »). Les solutions sont le repli sur soi (« à l'écart ») et la mise à distance d'autrui (« refuse »).

Après l'atelier PMP, l'IC est positive et associée à la beauté (« belle »), la grâce et la féminité (« femme »). Le corps est considéré et représenté dans son ensemble (« Je me suis vue en entier. Je ne

**Tableau 1**  
Protocole de recueil de données et prises photographiques.

Temps	Descriptions
T1 (temps des traitements 1)	La patiente est photographiée au cours de sa chimiothérapie
T2 (temps des traitements 2)	La patiente est photographiée au cours de sa radiothérapie
Entre T2 et T3	Visionnage des photographies de T1 et de T2 par la patiente et son thérapeute
T3 (environ un mois après la fin des traitements)	La patiente est photographiée au moment de la reprise du travail
Entre T3 et T4	Visionnage des photographies de T1, T2 et T3 par la patiente et son thérapeute
T4 (environ un an après l'annonce du cancer)	La patiente est photographiée
T5 (environ une semaine après T4)	Visionnage des photographies de T1, T2, T3 et T4 par la patiente et son thérapeute

**Tableau 2**

Illustrations cliniques pré- et post-atelier PMP en fonction des différentes dimensions de l'ajustement à la maladie.

Dimensions	Sous-dimensions	Avant atelier PMP	Après atelier PMP
<b>DIMENSION PHYSIQUE ET IMAGE DU CORPS</b>	<b>Apparence, féminité et reconstruction</b>	<p>« Je ne me supporte plus » (Mme L., 35 ans)</p> <p>« Je trouve mon enveloppe corporelle disgracieuse » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« Mon corps a été jeune et beau, désormais je le trouve laid et vieux » (Mme D., 38 ans)</p> <p>« J'ai perdu toute féminité le jour où je suis passée sur le billard » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« Je ne pense qu'à la reconstruction » (Mme F., 42 ans)</p>	<p>« Mon corps a gardé une forme de féminité en réalité et ce tout au long des traitements. J'ai appris à le mettre en valeur différemment. Sur les photos on ne voit pas que ce sein manquant, on voit aussi tout le reste : les défauts comme les qualités » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« J'ai ré-aimé petit à petit ce nouveau corps. Je lui impose quelques artifices comme du maquillage et plus de couleurs. Grâce aux photos, j'ai vu que les couleurs me rendaient plus jeune. Je fais moins terne. Je m'habillais tout le temps en noir avant, comme si j'étais en deuil » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« La reconstruction n'est pas une finalité en soi. Il y a tout un travail d'acceptation de cette première image de soi sans ce sein à réaliser avant. Ensuite, une fois que c'est fait on peut penser à la reconstruction. Du moins, c'est comme cela que je l'imagine pour moi » (Mme V., 45 ans)</p>
	<b>Rapport au corps</b>	<p>« Je suis détachée de ce corps. Je refuse l'idée qu'il soit malade » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« Je n'ai plus confiance en mon corps, il m'a trahi, il ne m'a pas prévenu qu'il était malade, c'est la mammographie qui l'a fait » (Mme L., 35 ans)</p> <p>« J'ai l'impression que mon corps ne m'appartient plus » (Mme F., 42 ans)</p> <p>« Je me détourne de la glace pour ne pas voir l'ampleur des dégâts » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« Mon corps se réduit à cette partie manquante » (Mme L., 35 ans)</p> <p>« J'ai honte de mon corps, je me déshabille aujourd'hui hors de la vue de mon conjoint » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« J'ai l'image d'un corps mutilé, d'un corps qui a souffert, qui est blessé et donc moins attirant » (Mme D., 38 ans)</p> <p>« J'ai un corps anormal » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« Mon corps me manque. Du moins mon ancien corps me manque. Je ne supporte pas celui-là » (Mme F., 42 ans)</p>	<p>« Les séances n'ont pas été faciles. Se voir dans cet état ! Mais j'ai pu aller réellement à sa découverte. Je me suis découverte différente en fait » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« J'ai investi petit à petit cette perte. Elle ne représente pas mon corps en entier, il s'agit d'une partie localisée » (Mme L., 35 ans)</p> <p>« La partie mutilée de mon corps me pose moins de problème. Je sais que ce n'est qu'une étape. J'ai appris à l'apprivoiser. J'arrive réellement à me trouver belle aujourd'hui. Il m'était impossible de dire cela au début de ma maladie » (Mme F., 42 ans)</p> <p>« J'ai apprécié ce que je voyais sur ces photos. Un corps beau, une femme belle, gracieuse » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« J'ai autorisé ce corps, mon corps à ne plus être dans la maladie mais à redevenir mien, à redevenir femme » (Mme D., 38 ans)</p> <p>« Par ces photos, je me suis vue en entier. Je ne suis plus restée centrée uniquement sur mes seins ou mon crâne chauve. Et, en réalité, j'ai du potentiel ! » (Mme V., 45 ans)</p>
<b>DIMENSION PSYCHOLOGIQUE</b>	<b>Bien-être physique, fatigue et réadaptation psychologique</b>	<p>« J'ai l'impression d'étouffer. Je suis prise par mes angoisses de mort. C'est un cataclysme dans ma vie ce cancer » (Mme L., 35 ans)</p> <p>« Je suis épuisée. Un rien m'épuise. Mon corps ne me suit plus » (Mme D., 38 ans)</p>	<p>« J'ai pu libérer des angoisses, des émotions que je n'arrivais pas forcément à laisser sortir avant » (Mme D., 38 ans)</p> <p>« J'ai réussi à oublier un moment la fatigue aussi. Les séances sont fatigantes mais il s'agit de bonne fatigue, j'ai pris du plaisir à y participer et reprendre du plaisir à quelque chose ; quand on est en chimiothérapie c'est chose rare ! » (Mme F., 42 ans)</p>
	<b>Identité</b>	<p>« C'est plus difficile de voir ma tête que de voir mon corps... mes cheveux qui viennent à manquer sont la première chose que je vois le matin dans la glace. Je ne suis plus moi » (Mme F., 42 ans)</p> <p>« Je crois que je me cherche encore... » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« Je ne me reconnais plus » (Mme V., 45 ans)</p>	<p>« J'ai apprécié voir mon évolution et notamment ma repousse de cheveux. C'était différent de les voir dans la glace et de les voir sur photo » (Mme F., 42 ans)</p> <p>« J'ai eu l'impression de découvrir une autre moi lors de ces séances. Je me suis autorisée des choses, j'ai dépassé certaines de mes limites. Je suis allée voir au-delà de ce sein qui me manque » (Mme V., 45 ans)</p>
	<b>Estime de soi</b>	<p>« J'ai l'impression que je ne suis plus capable de rien faire, de rien entreprendre, je suis soumise à un protocole que je dois suivre » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« J'ai l'impression d'être bonne qu'à me plaindre aujourd'hui » (Mme D., 38 ans)</p> <p>« Il ne faut pas que je pleure, il ne faut pas que je me laisse aller. Si je pleure c'est que je tombe dans la dépression » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« Je me sens nulle, je me sens inutile. C'est dur de se sentir comme une moins que rien parce qu'avec les traitements je ne peux plus faire grand-chose » (Mme F., 42 ans)</p>	<p>« Je me suis surprise à être capable de poser presque comme les modèles dans les magazines que l'on voit même si je ne suis pas parfaite et qu'il me manque un sein... ça je l'oubliais presque » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« Chacune des séances représentait pour moi de véritables challenges que j'ai relevés avec fierté et réussi ! » (Mme V., 45 ans)</p> <p>« Il m'arrive aujourd'hui de me surprendre à sourire dans ma glace » (Mme D., 38 ans)</p> <p>« Les regards de la photographe et de la thérapeute m'ont aidée, elles m'ont poussé à dépasser mes limites. C'est ce qui m'a permis petit à petit de reconnaître ce corps de femme en entier et non plus uniquement par cette partie manquante » (Mme P., 49 ans)</p> <p>« J'ai redécouvert un corps, mon corps » (Mme F., 42 ans)</p> <p>« Je me suis découverte » (Mme L., 35 ans)</p> <p>« Poser sans bonnet ni perruque : ça a été pour moi la séance la plus difficile mais j'en ai été capable. Derrière j'ai réussi à enlever mon bonnet à la maison » (Mme L., 35 ans).</p> <p>« Je me sens beaucoup plus forte aujourd'hui. Cette expérience a été si enrichissante. Je me sens prête à affronter l'après cancer et cette épée de Damoclès au-dessus de ma tête » (Mme L., 35 ans)</p>

Tableau 2 (Suite)

Dimensions	Sous-dimensions	Avant atelier PMP	Après atelier PMP
	<b>Rapport à la maladie</b>	« Comment on dit déjà ? Je pense cancer, je rêve cancer, je mange cancer. . . et bien voilà c'est un peu ça en fait ! » (Mme F., 42 ans) « La maladie représente pour moi un trou noir, un puits sans fond ; c'est une perte de quelque chose qui m'appartient, elle touche à la fois mon corps et ma personnalité » (Mme D., 38 ans) « Ne rien maîtriser, c'est ce qui me semble le plus compliqué à accepter » (Mme L., 35 ans)	« Les séances m'ont permis de mettre à distance un peu la maladie et tout ce parcours de soin [...] C'était un moment à moi, pour moi » (Mme F., 42 ans) « Je me suis sentie pendant un moment comme une personne, même comme une femme, plus en tout cas comme un objet de soin. Il s'agit d'une approche personnalisée et ça fait du bien » (Mme D., 38 ans) « Ces séances font parties d'un processus thérapeutique mais ça m'a permis aussi de me détendre, d'exprimer des choses, des émotions, de réaliser des choses inattendues comme de poser quasiment nu. Il y a eu des séances plus difficiles que d'autres, des séances où les émotions étaient plus intenses. Mais je me sentais en vie » (Mme V., 45 ans)
<b>DIMENSION SOCIALE</b>	<b>Regard d'autrui (général)</b>	« Je vis très mal le regard des autres » (Mme L., 35 ans) « C'est le regard des autres qui me dit que je suis malade » (Mme D., 38 ans) « Je suis cataloguée de cancéreuse. . . J'ai l'impression qu'on ne me considère même plus comme une femme » (Mme V., 45 ans)	« Mon corps ne me gêne pas et il attire toujours les sympathies » (Mme V., 45 ans) « Quand je parle autour de moi de ce projet, à mes amis, ma famille, ils sont fiers de moi. J'ai hâte de leur montrer le résultat » (Mme F., 42 ans) « Je suis heureuse d'avoir réalisé ces photos. Elles marquent mon parcours. Je crois que mon évolution, rapide, peut donner de l'espoir malheureusement aux futures nouvelles patientes » (Mme L., 35 ans) « Le fait d'avoir pu rencontrer d'autres patientes, mes sœurs de cancer, prises en charge comme moi grâce à ce projet de photo, m'a permis de partager mes difficultés et être entendue différemment » (Mme L., 35 ans) « Pouvoir partager cette expérience avec mon époux a été fantastique. Le travail avec la thérapeute et ces séances ensemble de photo nous ont permis de maintenir ce lien amoureux si fragile pendant ces traitements violents physiquement » (Mme P., 49 ans) « Partager cette expérience avec lui, voir dans ces yeux cet amour m'a énormément aidé. J'ai vu autre chose dans son regard que ce corps meurtri. J'ai pris plaisir à partager cela avec lui. Nous avons apprivoisé ce corps ensemble et c'est ça qui m'a aidé, son regard » (Mme F., 42 ans)
	<b>Relations au conjoint</b>	« Je ne prends plus de plaisir à voir mon corps, à le sentir. Je m'éloigne de mon conjoint. Je me dégoûte » (Mme P., 49 ans) « Il ne me regarde plus. Mais je pense que c'est moi qui refuse qu'il me regarde. . . J'ai peur de ce que je pourrai lire dans ces yeux alors je me mets à l'écart » (Mme F., 42 ans)	

suis plus restée centrée uniquement sur mes seins ou mon crâne chauve », c'est un tout avec des « défauts comme des qualités ». Il est appréhendé comme un construit multidimensionnel qui inclut des composantes perceptuelles (« redécouvert », « reconnaître »), attitudinales (« me surprendre à sourire ») mais aussi affectives (« apprécié »). Le dépassement possible des limites de soi (« voir au-delà »), la détente (« ça m'a permis de me détendre, d'exprimer des choses ») et la prise de plaisir (« ça fait du bien ») sont exprimés. Les changements corporels visualisés par photographies améliorent l'estime de soi (« fiers », « avec fierté ») et favorisent le sentiment d'être en vie. L'IC réappropriée retrouve ses fonctions premières : protectrice (« plus forte »), stabilisatrice (« affronter ») et adaptative (« être capable de ») ; elle (re)participe au fondement de l'identité (« un autre moi »). La permission de libérer les émotions et les angoisses ressenties déculpabilise (« Je me suis autorisée »). Dans son rapport à la maladie, la femme semble oublier pour un temps celle-ci ; elle s'autorise à penser à elle (« approche personnalisée ») et à redevenir active dans le partage avec autrui (« ensemble »). Le conjoint, par sa présence aux séances, participe au maintien du lien, la femme s'ouvre et le couple est alors (ré)investi : « Maintenir ce lien amoureux si fragile pendant ces traitements violents physiquement. » La patiente se sent moins seule dans ce combat. Le travail du corps et son réinvestissement peuvent être réalisés à deux (« j'ai pris plaisir à partager cela avec lui. Nous avons apprivoisé ce corps ensemble et c'est ça qui m'a aidé, son regard »). L'attention n'est plus portée uniquement sur la maladie et les conséquences négatives des traitements mais davantage centrée sur autrui (« mon corps ne me gêne pas et il attire toujours les sympathies » ; « j'ai vu autre chose dans son regard que ce corps meurtri »). Les patientes se sentent impliquées dans la

transmission de leur expérience du cancer palpable à travers les photographies réalisées (« mon évolution, rapide, peut donner de l'espoir »). La rencontre possible et permise avec les autres patientes prises en charge par la PMP favorise un échange différent et orienté vers leurs difficultés qu'elles s'autorisent à partager (« partager mes difficultés et être entendue différemment ») ; elles forment un groupe (« mes sœurs de cancer »).

#### 4. Discussion

Les patientes atteintes de cancer du sein présentent une altération de l'IC qui s'exprime dans plusieurs dimensions de l'ajustement : le rapport à la maladie, les relations sociales, le bien-être physique et l'estime de soi [25]. L'IC est constituée de perceptions et de représentations qui nous servent à évoquer et à évaluer notre corps, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques, mais aussi comme sujet ou partie de nous-même, en tant que fondement de l'identité, chargé d'affects multiples et parfois contradictoires [7,39]. Un corps est, avant toute chose, un statut et une stature. La photographie met en scène le corps, elle l'interpelle puis en restitue une image réelle. *Image corporelle et PMP.*

Les éléments retrouvés dans le discours des patientes permettent de témoigner d'une évolution réelle concernant leur IC. La prise en charge par PMP favorise l'investissement du corps et permet d'accéder à une IC positive. Les frontières corporelles sont réaffirmées sous les prises photographiques et la féminité semble préservée. La réalité extérieure qui échappe souvent aux patientes [26] est réintroduite grâce aux temps de visionnage (entre T2 et T3,

entre T3 et T4 et à T5) des photographies réalisées (observation, description). Le corps n'est plus réduit aux zones manquantes ou détruites [5] mais vu dans son ensemble. Chaque partie du corps est (ré)investie. Au fil des séances, les patientes ont perçu les changements corporels (pousse des cheveux, teint moins terne, etc.). Pour certaines patientes, les séances de pose ont permis de découvrir un rapport au corps jamais expérimenté et de considérer chaque séance comme un « nouveau challenge ». Ces résultats sont également observés dans les études réalisées concernant l'impact de la socio-esthétique sur l'image corporelle chez des patientes atteintes de cancer du sein [5]. En effet, la littérature concernant la socio-esthétique souligne un effet fréquent de restauration de l'image du corps, d'autant plus qu'il s'agit d'investir un corps parfois douloureux et dont la représentation est parfois synonyme de trahison [5].

Même si le corps réel est présent durant les séances, la dimension esthétique est parfois reléguée au second plan pour privilégier le bien-être. Ces séances permettent de faire une pause, de « respirer » entre les traitements, d'autant plus qu'elles sont axées sur un programme non médicalisé [5]. Elles présentent aussi l'avantage d'être dispensées en dehors de la structure où les patientes sont suivies médicalement, ceci répondant à une demande de prise en charge adaptée et personnalisée de la part des malades [1,18]. À la différence de certaines études témoignant d'un « masquage des modifications corporelles » [5,11,12], les patientes expriment, ici, une envie « de ne pas cacher » les cicatrices (notamment celle de la chambre implantable). Cette volonté de ne « pas mettre de côté » les effets des traitements marque un besoin d'intégrer cette expérience de maladie dans leur continuum de vie. Notons toutefois que les patientes ont souhaité l'aide de la socio-esthéticienne de l'équipe lors de certaines prises photographiques. Elles souhaitent que leur apparence soit maintenue ; les effets de la maladie (teint terne, visage fatigué, etc.) étaient défiés. L'activité de PMP semble alors encourager les patientes à s'occuper davantage d'elles-mêmes [5].

#### 4.1. Symptomatologie du cancer du sein et PMP

Les patientes de notre étude rapportent que les séances de PMP leur ont permis de faire l'expérience d'une importante implication, à la fois psychologique mais aussi cognitive, leur permettant de mettre à distance leurs symptômes (fatigue, mauvaise estime de soi, etc.) et d'éviter de penser à leurs préoccupations et inquiétudes habituelles en lien avec la maladie. Ces résultats sont retrouvés dans les études réalisées sur l'art-thérapie, notamment en contexte de soins palliatifs : « Ce moyen d'expression (l'art-thérapie) permet au patient d'apaiser la tension qu'il peut exister entre son ressenti, des émotions et une réalité extérieure » [26]. Il semblerait également que les séances leur aient permis de se relaxer, d'obtenir un temps à elle, un temps en dehors des traitements. D'autres patientes indiquent que la mobilisation de certaines parties douloureuses de leur corps (notamment le bras du côté du sein qui a été enlevé) était difficile mais que cette douleur était liée à la fonction du « faire » (contre le cancer) et non à celle du « subir » (le cancer). Cet élément négatif était donc rapidement contrebalancé par des considérations positives. Il s'agissait d'une « bonne fatigue » car elles se sentaient actives et dans un processus de soin adapté.

La PMP favorise l'expression verbale en passant par le corps, il s'agit d'un mode d'expression émotionnelle différent de la parole [28]. Le sens associé à l'expérience de la maladie et les relations sociales sont réinterrogés. Ainsi, le rapport à l'autre et notamment au conjoint évolue. Les patientes témoignent être davantage dans le « partage », dans la communication et l'extériorisation. Le regard de l'autre les effraie moins, les liens amoureux sont maintenus. Le conjoint est davantage investi. La position de femme est retrouvée.

La PMP favorise l'ouverture et l'autonomie en évitant rupture et isolement : elle permet aux patientes de maintenir une vie sociale active par un partage de leur expérience. Les rapports à autrui sont questionnés ; les patientes restaurent peu à peu leurs liens sociaux. Elles se sentent utiles notamment par cet « héritage photographique » qu'elles laissent. Ce point rappelle les résultats de certaines études qui montrent que grâce aux médiations thérapeutiques, le patient déplace le focus de son état actuel à des aspects positifs de sa personnalité afin de trouver un sens à l'expérience de la maladie qu'il traverse, un sens à sa vie, à ses choix [26].

Les résultats obtenus avec la PMP sont concordants avec ceux rapportés par une récente revue de la littérature concernant l'amélioration des symptômes (ajustement psychologique, fatigue, rapport à l'autre, etc.) chez des patients atteints de cancer utilisant l'art-thérapie [39]. Un effet de décentration, de mise à distance, a également été décrit lors de la mise en place de thérapies comportementales et cognitives dans le cadre de la gestion de la douleur, de l'anxiété et de la dépression [36,40]. Cet effet pourrait en partie expliquer les résultats positifs concernant l'amélioration des symptômes présentés par les patientes incluses dans l'étude. Le temps des ateliers, les patientes ne sont plus envahies par des préoccupations liées à la maladie et aux soins médicaux [26]. Toute leur attention se focalise sur les poses. Pendant quelques instants, la fatigue, les douleurs, les difficultés, etc. sont presque oubliées. Les bénéfices de ce dispositif pourraient également être expliqués par le fait que le processus mis en place permet aux patientes de maintenir une identité personnelle et de ne pas se définir seulement par leur cancer [39]. Elles retrouvent ainsi un rôle social [26]. Elles s'identifient à une personne, à une femme et non plus comme objet recevant des soins.

#### 4.2. Autres apports de la PMP

La médiation photographique peut être considérée comme une psychothérapie de soutien participative qui fournit aux patientes un espace pour exprimer leurs émotions par la parole et par le corps [28]. Les apports de ce dispositif thérapeutique concordent avec ceux observés dans les études réalisées sur la mise en place d'ateliers d'art-thérapie pour patients atteints de cancer [24] ou en fin de vie [26], mais aussi pour des patients ayant subi des traumatismes [31]. Elle trouve son originalité dans le fait qu'elle est un médium relationnel faisant intervenir patiente, thérapeute et photographe [19]. Elle s'intéresse à la relation au corps convoqué, retrouvé et parfois revendiqué, ainsi qu'à la relation à l'autre dans un souci de restauration du lien social [23]. Le photographe représente cet Autre, la tierce personne qui porte un regard [9,19]. Ce lien est très important dans ce contexte de maladie où isolement et repli sur soi sont des symptômes souvent présentés par les patients atteints de cancer [16].

Enfin, il semble que pour certaines patientes, les photographies permettent de laisser une trace autobiographique, témoignant de leur expérience et de leur évolution auprès d'autres patientes. Elles ont, en effet, souhaité qu'une exposition leur soit consacrée et proposée lors d'une soirée d'Octobre rose<sup>8</sup>. Un autre sens à ce travail est alors trouvé : transmettre son expérience par le biais des images. La photographie est porteuse d'un message et trouve une utilité véritable, non plus individuelle mais groupale. Ce qui est en jeu dans la PMP dépasse alors, à bien des égards, la seule question de l'apparence et des modifications physiques. Il semblerait que celle-ci interroge les rôles sociaux des patients, leur identité sociale et la valeur communicative du corps [11].

<sup>8</sup> Le mois d'octobre représente le mois de mobilisation contre le cancer du sein. À cette occasion, différentes campagnes d'information (radio, affiches, conférences, etc.) sont proposées.

## 5. Conclusion

Les résultats de cette étude témoignent des bénéfices des séances de PMP sur l'IC et les dimensions qui lui sont rattachées, notamment physiques (fatigue), psychologiques (émotions, estime de soi, etc.) et sociales (relations interpersonnelles). Cette pratique, adaptée et personnalisée, encourage les patientes à (re)trouver ou à conserver le contact avec un corps qui change sous l'effet du cancer et des traitements. Sans faire oublier la maladie, la PMP contribue à améliorer le bien-être psychologique (image de soi, estime de soi, relations aux autres, etc.) des patientes. Le corps, devenu objet de la maladie et des soignants, redevient celui de la patiente le temps des prises photographiques. Cette activité est un vecteur de familiarisation et de confiance avec ce corps nouveau. Ainsi, la PMP permet de penser le corps à travers le support photographique, et par ce biais de panser une image corporelle mise à mal par la maladie et les traitements. Il semble aussi que la PMP soit vectrice d'un soutien social considérable, que ce soit par la présence du conjoint lors des séances ou par le partage avec d'autres patientes atteintes de la même pathologie et issues du même parcours de soin. Les bienfaits portés à l'estime et l'image de soi sont favorables à la restauration, puis à la consolidation des liens sociaux. Les résultats témoignent de véritables bénéfices en termes de réinsertion sociale. En considérant l'ensemble des points présentés, il semble que la PMP soit une approche, voire une thérapie multimodale, qui pourrait apporter, dans certaines situations, une réponse globale à la symptomatologie (physique, psychologique et sociale) vécue par les patientes atteintes d'un cancer du sein. Ce point nous autorise à encourager la mise en place de ce type de thérapie complémentaire dans d'autres centres en prenant, bien entendu, en considération l'investissement notamment financier qu'un tel dispositif peut requérir.

Il serait important de pouvoir confirmer ces résultats par des études prospectives multicentriques utilisant des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) sur des échantillons plus importants avec une réévaluation à distance afin d'évaluer la rémanence de ces effets [41].

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Anderson JG, Taylor AG. Use of complementary therapies for cancer symptom management: results of the 2007 national health interview survey. *J Altern Complement Med* 2012;18:235–41.
- [2] Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2009.
- [3] Blois S, Dany L, Mahieux M, Morin M. Cancer et relations interpersonnelles : une étude qualitative des représentations des patients. *Cah Int Psychol Soc* 2010;85:35–67.
- [4] Boon H, Stewart M, Kennard MA, Gray R, Sawka C, Brown JB, et al. Use complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. *J Clin Oncol* 2000;18:2515–21.
- [5] Bouak J, Bouteyre E. Cancer et socio-esthétique : évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Psychooncology* 2010;4:38–46.
- [6] Brami C, Bouché O, Karp C, Curé H. La cancérologie intégrative ou l'utilisation des thérapies complémentaires. À propos d'un modèle américain. *Bull Cancer* 2014;101:531–2.
- [7] Bruchon-Schweitzer M. Une psychologie du corps. Paris: PUF; 1990.
- [8] Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 1999;340:1733–9.
- [9] Carrère S. Photographier le corps en souffrance. [thèse] La Plaine – Saint-Denis: École Nationale Supérieure Louis-Lumière; 2009.
- [10] Civalleri C. La photographie : un objet de médiation thérapeutique ? *Enfances Psy* 2005;1(26):55–66.
- [11] Dany L. Elle ne supporte plus son image. In: Ben Soussan P, Dudoit E, editors. Les souffrances psychologiques des malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter ? Paris: Springer; 2009. p. 43–8.
- [12] Dany L, Apostolidis T, Cannone P, Suarez-Diaz E, Filippetto F. Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale 2009;3(2):101–17.
- [13] Deschamps D. Psychanalyse et cancer, Au fil des mots... un autre regard. Paris: L'Harmattan; 2000.
- [14] Dilhuudy JM. L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter. *Bull Cancer* 2003;90:623–8.
- [15] Doan BD. Alternative and complementary therapies. In: Holland JC, editor. *Psychooncology*. 1998. p. 817–27.
- [16] Dukes Holland K, Holahan CK. The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychol Health* 2003;18:15–29.
- [17] Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a National Survey. *Ann Intern Med* 2001;15:344–51.
- [18] Fouladbakhsh JM, Stommel M. Gender, symptom experience, and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the U.S. cancer population. *Oncol Nurs Forum* 2010;37:E7–15.
- [19] Guillin-Hurlin M. L'image en art-thérapie : « la photographie comme médium relationnel ». Paris: L'Harmattan; 2010.
- [20] Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integr Cancer Ther* 2012;11:187–203.
- [21] Jamart C. Le corps malade à l'épreuve du miroir. *Psychooncology* 2007;1:7–12.
- [22] Klafke N, Elliott J, Wittert G, Olver N. Prevalence and predictors of Complementary and Alternative Medicine (CAM) use by men in Australian cancer outpatient services. *Ann Oncol* 2012;23(6):1571–8.
- [23] Pataut M. C'est la relation qui fait les photos. *Art Ther* 1995;52:106.
- [24] Pellecchia A, Gagnayre R. L'art comme support dans l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de cancer : résultats d'une étude exploratoire. *Pediatr Med* 2010;11:57–66.
- [25] Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *Inf Psychiatr* 2009;85:247–54.
- [26] Rhondali W, Chirac A, Filbet M. L'art-thérapie en soins palliatifs : une étude qualitative. *Med Palliat* 2013;12(6):279–85.
- [27] Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Stingleary SE. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol* 2000;18:2505–14.
- [28] Rossi I. La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique. *Anthropol Sante* 2011;2 [en ligne].
- [29] Saillant F. Cancer et culture : produire le sens de la maladie. Montréal: Saint-Martin éd; 1988.
- [30] Schilder P. L'image du corps : études des forces constructives de la psyché. Paris: Gallimard; 1980.
- [31] Sénéquier A, Faleh S, Jousselle C. Atelier portrait : médiation artistique pour une reconstruction narcissique dans un contexte de blessé de guerre. *Ann Med Psychol (Paris)* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012.11.010>.
- [32] Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, et al. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bull Cancer* 2007;94:483–8.
- [33] Sparber A, Baver L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, Parks S, et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncol Nurs Forum* 2000;27:623–30.
- [34] Stewart D. Phototherapy: theories and practice. *Art Psychother* 1979;6:41–6.
- [35] Tagliaferri M, Cohen I, Tripathy D. Complementary and alternative medicine in early-stage breast cancer. *Semin Oncol* 2001;28:121–34.
- [36] Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 2006;29:17–27.
- [37] Träger-Maury S, Tournigand C, Maindault-Goebel F, Afchain P, De Gramont A, Garcia-Larnicol ML, et al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. *Bull Cancer* 2007;94:1017–25.
- [38] Van Vliet K. Creativity and self-image, An Odyssey into Poetry through photography. *Art Psychother* 1977;4:89–93.
- [39] Vassileiou MC, Mariage A. Le conseil en image, une nouvelle médiation thérapeutique. *Psychooncology* 2011;5:138–44.
- [40] White GA. Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology* 2000;9:183–92.
- [41] Wood MJ, Molassiotis A, Payne S. What research evidence is there for the use of art-therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology* 2011;20:135–45.