



Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de la personne autrice de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'autrice ou l'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

L'ART-THÉRAPIE COMME VOIE DE RECONSTRUCTION INTÉRIEURE POUR LES
FEMMES ATTEINTES OU EN RÉMISSION D'UN CANCER DU SEIN

Essai
présenté comme exigence partielle
de la maîtrise en art-thérapie

Par
Joanie Douville

Mai 2026
© Joanie Douville, 2026

REMERCIEMENTS

J'ai une profonde reconnaissance envers toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ma maîtrise en art-thérapie. Ce long parcours n'aurait pas été le même sans vous.

Je dédie une mention spéciale à ma famille maternelle. Vos encouragements ont constitué un moteur motivationnel essentiel. Maman, ma *superwoman*, merci de croire en moi depuis le début.

Je tiens à remercier Suzanne Cloutier pour la supervision clinique reçue durant mon premier stage en oncologie et pour m'avoir encouragée à suivre mon intuition et à développer mon identité professionnelle.

Merci aux femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein que j'ai eu le privilège d'accompagner en art-thérapie. Votre résilience et votre confiance m'ont profondément touchée.

J'exprime ma gratitude à ma directrice de recherche, Lise Pelletier, pour son expertise et ses précieux commentaires. Merci pour ta patience, ta disponibilité, ta sensibilité et ton soutien constant. Ton souci du bien-être de tes étudiantes transparaît dans tes enseignements et dans tes partages. Tu représentes une source d'inspiration pour moi.

Merci à mes amies qui me nourrissent et m'élèvent intérieurement. Rosalie, Claudia, Mélanie, Kim, Judith et Clémence, merci pour tous ces précieux moments qui m'ont permis de rester ancrée et de fleurir au travers les cailloux rencontrés.

Merci à mon amoureux, Antoine, pour ton appui et ton enthousiasme face à mes ambitions.

Finalement, je ne peux passer sous silence, Audrey-Anne et Amélie, mes collègues et chères amies de la maîtrise qui ont été présentes et m'ont soutenue chaque fois que j'en avais besoin, dans mes hauts comme dans mes bas. Vous êtes mes phares. Merci de danser sous la pluie avec moi. Je vous aime tant !

DÉDICACE

À la mémoire de ma mamie, qui a habité ce monde avec courage, beauté et éclats de rire jusqu'à son dernier souffle.

À ma mère et ma tante, toutes deux survivantes du cancer du sein.

Et à toutes les femmes qui ont déjà ressenti ce sentiment de dépossession de leur corps...

De cette maison qui, tout d'un coup, peut vous sembler étrangère...

Sachez qu'il est possible de vous réapproprier cet espace profondément intime.

De réaménager l'intérieur, pièce par pièce, jusqu'à vous sentir chez vous, en sécurité à nouveau, dans votre propre maison.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
INTRODUCTION	7
1. PROBLÉMATIQUE	8
<i>1.1 La pertinence sociale et scientifique</i>	10
<i>1.2 Question de recherche</i>	13
2. CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	14
<i>2.1 Le sein et ses fonctions multiples</i>	14
<i>2.1.1 La fonction sexuelle du sein</i>	15
<i>2.1.2 La symbolique du sein</i>	15
<i>2.1.3 Les seins féminins, un sujet tabou ?</i>	16
<i>2.2 Le corps féminin dans les médias</i>	17
<i>2.2.1 La pudeur du corps féminin</i>	18
<i>2.3 Le corps médicalisé</i>	19
<i>2.3.1 Le plan de traitement</i>	19
<i>2.3.2 L'intervention chirurgicale</i>	20
<i>2.3.3 Les répercussions des traitements</i>	21
<i>2.4 Le corps vécu</i>	22
<i>2.4.1 La phénoménologie</i>	22
<i>2.4.2 À propos de l'image de soi</i>	23
<i>2.4.3 L'image du corps</i>	24
<i>2.5 L'image inconsciente du corps selon Dolto</i>	24
<i>2.5.1 L'image de base</i>	25
<i>2.5.2 L'image fonctionnelle</i>	25
<i>2.5.3 L'image érogène</i>	26
<i>2.5.4 L'image dynamique du corps</i>	27
3. MÉTHODE DE RECHERCHE	27
<i>3.1 La collecte de données</i>	28

3.2 <i>Les limites de la méthode</i>	30
4. RÉCENSION DES ÉCRITS	31
4.1 <i>Les bénéfices de l'art-thérapie</i>	32
4.1.1 <i>Sur la santé mentale</i>	32
4.1.2 <i>Sur la santé physique</i>	34
4.1.3 <i>Sur le corps vécu</i>	37
4.1.4 <i>Devant un traumatisme</i>	41
4.2 <i>Les facteurs de changement</i>	42
4.2.1 <i>Empowerment : reprise narrative de leur vécu</i>	43
4.2.2 <i>Saisir le sens pour mieux s'incarner</i>	43
5. DISCUSSION	44
5.1 <i>L'identité</i>	44
5.2 <i>L'expérience du cancer comme rite de passage</i>	45
5.3 <i>La symbolisation</i>	47
5.4 <i>Corps et image : vers une approche hybride alliant art-thérapie et danse-thérapie</i>	48
5.5 <i>L'importance de la sécurité</i>	49
5.6 <i>Les limites de la recherche</i>	50
CONCLUSION	51
LISTE DE RÉFÉRENCES	53

INTRODUCTION

Mon intérêt pour l'art-thérapie auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein est ancré dans une expérience très personnelle. Témoin du vécu de ma mère, de ma tante et de ma grand-mère face à cette maladie, j'ai perçu dans l'intimité de leur souffrance, les empreintes invisibles qu'elle laisse sur l'âme et l'esprit de celles qu'elle affecte. Bien que le lien de sang qui les unit soit indéniable, il convient de rappeler que chaque corps, chaque expérience et chaque parcours médical demeurent uniques. De l'annonce du diagnostic à la rémission de leur cancer, j'ai été profondément émue par la puissance de leur résilience.

Ce bagage m'a naturellement conduit vers mon premier stage en art-thérapie au *Centre Se Reconstruire*, un lieu dédié à l'accompagnement des personnes touchées par le cancer du sein. Les témoignages des patientes sur leur manière de percevoir leur corps transformé dans toutes ses dimensions m'ont amenée à approfondir les données scientifiques existantes sur le sujet. Au fil de mes recherches, j'ai réalisé que la littérature scientifique s'attarde peu à l'expérience subjective vécue par les femmes atteintes d'un cancer du sein : les enjeux identitaires, le rapport à soi et au monde demeurent moins explorés, au profit d'une attention davantage centrée sur la souffrance physique.

Cet essai s'articule en plusieurs sections. La première pose les bases de la réflexion en présentant la problématique, la question de recherche et les principaux objectifs. La deuxième section introduit les concepts-clés : les différentes fonctions du sein, la pudeur, le corps médicalisé, le corps vécu et l'image du corps. La troisième détaille la méthodologie retenue afin d'explicitier le paradigme et les choix épistémologiques qui guident cette recherche. La quatrième section met en lumière les bénéfices de l'art-thérapie sur la santé mentale et physique, sur le rapport au corps vécu et dans le contexte du trauma, en examinant également les facteurs de changement propres à la pratique art-thérapeutique. Enfin, la cinquième et dernière section ouvre une réflexion sur les enjeux identitaires, la période de transition, l'importance de la symbolisation et le rôle de la sécurité dans le processus thérapeutique, ainsi que sur l'apport de la danse-thérapie en tant qu'approche complémentaire à l'art-thérapie.

1. PROBLÉMATIQUE

Le cancer du sein se développe à partir de cellules anormales qui prolifèrent de manière incontrôlée dans les tissus mammaires (Ruban rose, 2025b). Cette multiplication anarchique entraîne la formation d'une tumeur cancéreuse qui peut demeurer localisée ou s'étendre vers les tissus environnants et se transformer en métastases si elle n'est pas traitée et selon sa nature.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes au Canada (Société canadienne du cancer, 2024). Près d'une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie et environ une sur trente-six en mourra. Le cancer du sein représenterait 25,4 % de tous les nouveaux cas en oncologie chez les Canadiennes, et parmi les principaux facteurs de risque associés à la maladie, on retrouve les mutations des gènes BRCA1 et BRCA2, la densité mammaire et les antécédents familiaux (Société canadienne du cancer, 2024). Bien que ce type de cancer n'exclue pas totalement les hommes cisgenres Canadiens puisque « moins de 1 % de tous les cancers du sein affecte les hommes » (Ruban Rose, 2025a, para.1), le sein masculin n'a pas la même portée symbolique que le sein féminin, ce dernier étant intimement lié à l'identité féminine (Boudrahem, 2022; Ernest, 2023), d'où notre intérêt pour le sujet.

Malgré une certaine stabilisation du nombre annuel de diagnostics de cancer du sein depuis 1992 (Société canadienne du cancer, 2024), une étude récente a néanmoins révélé une augmentation significative des taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes plus jeunes, c'est-à-dire dans la vingtaine, la trentaine et la quarantaine (Seely *et al.*, 2024). Chez les femmes dans la vingtaine, la hausse est alarmante : les cas ont augmenté de 45,5 %. De plus, les femmes racisées sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein à un plus jeune âge par rapport aux femmes blanches. À cet effet, Wilkinson et ses collaborateurs (2025) ont observé que le plus grand nombre de cas diagnostiqués chez elles survenait entre 42 et 60 ans, comparativement à un âge médian de 65 ans chez les femmes caucasiennes, soulignant l'importance de considérer la diversité ethnoraciale dans la recherche et dans la prise en charge.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) s'adresse spécifiquement aux femmes âgées de 50 à 74 ans (Gouvernement du Québec, 2024). Cependant, la Société canadienne d'imagerie mammaire ne souscrit pas à cette ligne directrice et préconise plutôt un dépistage annuel dès l'âge de 40 ans (Canadian Society of Breast Imaging, 2025). Depuis 2019, l'étude

PERSPECTIVE a inclus les femmes de cette tranche d'âge afin d'évaluer une nouvelle stratégie de dépistage par mammographie, fondée sur le profil de risque individuel (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2021). À l'issue de cette évaluation, le protocole PERSPECTIVE propose un plan d'action personnalisé en fonction de la catégorie de risque. Il importe toutefois de souligner que les outils d'estimation du risque utilisés ont principalement été élaborés à partir de groupes composés de femmes d'origine européenne, ce qui pourrait en compromettre la précision lorsqu'ils sont appliqués à des populations issues d'autres groupes ethniques (PERSPECTIVE, 2025).

Actuellement au Québec, la prise en charge de la personne est assurée par une équipe médicale dès le diagnostic d'un cancer du sein. Le traitement implique presque toujours une intervention chirurgicale qui peut être suivie d'une radiothérapie, d'une chimiothérapie, de la thérapie ciblée, de l'hormonothérapie, de l'immunothérapie ou d'une combinaison de ces approches (Choi, 2023; Société Canadienne du cancer, 2024). La majorité de ces traitements modifient les hormones sexuelles des patientes, entraînant diverses conséquences possibles sur le corps telles que la perte de cheveux (l'alopecie), la cessation des menstruations (l'aménorrhée), la prise ou la perte de poids, les bouffées vasomotrices (sensations de chaleur intense, souvent accompagnées de rougeurs au niveau du cou, du torse et du visage), le vieillissement cutané, la sécheresse vaginale et le lymphœdème aux membres supérieurs (enflure des bras liée à une accumulation de la lymphe) (Boudrahem, 2022; Knobé, 2008; Mathelin et Annane, 2005).

Outre les effets indésirables des traitements et les lourdes conséquences physiques, la maladie entraîne également des bouleversements significatifs sur les plans psychologique, spirituel, affectif, social et somatique. Ainsi, les femmes atteintes du cancer du sein sont plus à risque de développer des symptômes liés à l'anxiété et la dépression (Odermatt *et al.*, 2013), et une altération de la qualité de vie est aussi généralement observée (Fischer et Tarquinio, 2014). Enfin, la plupart des patientes vivent des changements émotionnels importants liés à leur nouvelle image corporelle (Seghaier *et al.*, 2024), ce qui a des répercussions sur la dynamique relationnelle qu'elles entretiennent avec leur entourage, sur leur identité et sur leur estime de soi (D'Souza *et al.*, 2025; Knobé, 2008).

En somme, le cancer du sein affecte profondément l'image du corps. Ce concept même de l'image du corps englobe « [des] attitudes et [des] sentiments éprouvés pour le corps, son apparence

physique et la représentation mentale de soi dans son contour, son volume, sa surface, son poids, sa solidité » (Reich, 2009, p. 248). Cela se manifeste notamment dans le « corps vécu », c'est-à-dire dans l'expérience subjective du corps. Plus encore, une mastectomie totale ou partielle peut engendrer une blessure relative à l'identité féminine (Rhondali *et al.*, 2013) du fait que le sein est perçu comme un symbole de féminité et de maternité dans la culture occidentale (Mathelin et Annane, 2005). Bien que le sein devienne porteur d'un danger potentiellement mortel, plusieurs femmes rapportent avoir l'impression qu'une partie de leur identité féminine a été retirée au même moment que l'a été la masse cancéreuse. De la même façon, les traitements peuvent donner l'impression que le corps est dépourvu de vie psychique et que la globalité de l'être n'est pas entièrement prise en compte.

L'art-thérapie, en tant qu'approche complémentaire (Piot et Plante, 2009; Rhondali *et al.*, 2013) et en tant qu'approche psychosomatique reliant le corps et l'esprit (Collette *et al.*, 2022; Wood *et al.*, 2011), pourrait représenter un soutien psychologique adapté aux femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein.

1.1 La pertinence sociale et scientifique

Un nombre croissant d'études démontre l'apport de l'art-thérapie en oncologie (Fernandez-Henocque et Geider, 2016). En 2010, Geue et ses collaborateurs ont réalisé une revue de la littérature explorant les articles publiés en ligne entre 1987 et 2009 et s'intéressant aux interventions en art-thérapie basées sur la peinture ou le dessin auprès de personnes atteintes de cancer. Leur conclusion souligne que l'art-thérapie augmente le bien-être général, l'estime, la confiance et la revalorisation de soi, en plus de diminuer temporairement les symptômes causés par les effets secondaires des traitements contre le cancer (nausée, fatigue, douleur, etc.). Parmi les dix-sept articles analysés, seize comportaient une majorité de femmes et trois portaient exclusivement sur des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Plus récemment, Bosman et ses collaborateurs (2021) ont mené une revue systématique mettant en évidence quatre études démontrant les effets positifs de l'art-thérapie sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie des adultes atteints d'un cancer. Toutefois, une seule de ces études comportait un essai randomisé contrôlé s'adressant à des femmes atteintes d'un cancer du sein. Selon Collette et ses collaborateurs (2022), le manque d'études rigoureuses et de méthodes standardisées

concernant l'art-thérapie en oncologie représente toujours un obstacle majeur pour en démontrer l'efficacité.

Finalement, des recherches en psychologie menées en dehors du champ de l'art-thérapie se sont également intéressées aux impacts d'un cancer sur l'image corporelle des femmes. Par exemple, Ranieri et ses collaborateurs (2022) ont examiné la gestion de la santé mentale chez les patientes atteintes d'un mélanome ou d'un cancer du sein à un stade précoce. Les chercheurs ont étudié « les facteurs liés à la perception corporelle afin de comprendre le lien entre les changements adaptatifs et le traitement oncologique, en se référant à la perception de l'image » (p. 2). Leurs résultats ont mis en lumière le fait que la perception de leur apparence physique impacte significativement les dimensions psychologiques. Ainsi, une perception négative de son image corporelle est corrélée à une forte détresse psychologique, tandis qu'une perception positive de son image corporelle est liée à une diminution des ruminations et par conséquent, à une meilleure santé mentale.

De leur côté, Ghaffari et ses collaborateurs (2020) soulignent que les préoccupations liées à l'image corporelle des patientes atteintes d'un cancer du sein augmentent considérablement après l'intervention chirurgicale et durant la période de traitement, puis diminue progressivement avec le temps. À long terme, les insatisfactions corporelles entraîneraient des conséquences néfastes telles que la détresse psychologique et la dépression. Par ailleurs, l'âge des femmes semble jouer un rôle important dans la perception de l'image corporelle. Les femmes plus jeunes éprouveraient davantage de difficultés au niveau de l'estime de soi que les femmes plus âgées, ce qui s'explique par le fait que la capacité d'adaptation et d'acceptation évolue avec l'âge (Ghaffari *et al.*, 2020), mais aussi parce qu'elles ont conscience que les changements corporels s'inscrivent dans le cours normal de la vie (Hannoun-Levi, 2005). Pour les jeunes femmes touchées par un cancer du sein, voir leur corps se transformer prématurément peut constituer une expérience particulièrement éprouvante à traverser.

En résumé, bien que plusieurs études en art-thérapie aient cherché à démontrer les effets bénéfiques de cette approche sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression des adultes atteints de cancer (Collette *et al.*, 2022; Nainis *et al.*, 2006; Piot et Plante, 2009; Planchon, 2004; Wood *et al.*, 2011), peu d'entre elles se sont intéressées à l'impact de l'art-thérapie sur la perception de l'image du corps des femmes, et encore moins sous l'angle du « corps vécu » en oncologie. Cette absence dans

la recherche contraste toutefois avec l'expérience rapportée par de nombreuses femmes, pour lesquelles le corps devient soudainement un lieu étranger et menaçant devant l'apparition d'un cancer.

La maladie peut en effet leur donner l'impression que leur organisme se retourne contre elles, provoquant une déconnexion entre la corporéité et l'identité personnelle (Sebri *et al.*, 2025). De manière souvent inconsciente, plusieurs cessent alors d'habiter pleinement leur corps en raison des modifications drastiques qu'entraîne le cancer du sein, notamment la perte de marqueurs de la féminité, et qui vient perturber l'architecture identitaire dans sa globalité (Pounders et Mason, 2018). Face à cette rupture du lien au corps et à l'identité, certaines approches en art-thérapie apparaissent particulièrement pertinentes pour soutenir la réappropriation du corps vécu en oncologie, dont l'*embodiment* et l'art-thérapie somatique.

L'*embodiment*, première de ces approches, est une théorie relativement récente mais bien présente dans le domaine de la recherche en art-thérapie (Koch et Fuchs, 2011). Elle propose un nouveau paradigme voulant que l'humain s'incarne dans un système organique dans lequel le corps est indissociable du soi, dépassant ainsi la conception cognitiviste selon laquelle l'esprit humain serait avant tout un « système de traitement de l'information » (Steiner, 2005, p. 15). À ce propos, Van Manen affirme que notre savoir réside également « dans nos actions, nos expériences, nos relations et, bien sûr, dans nos corps » (2014, p. 270). En ce sens, l'existence humaine dépend du corps, car le corps est ce par quoi nous sommes liés à la matérialité du monde (Merleau-Ponty, 1976). Bref, cette approche s'avère particulièrement intéressante, puisqu'elle inclut une conception davantage physique et corporelle de la personne (Koch et Fuchs, 2011). Elle permet d'accéder à l'expérience du corps autrement que par l'expression verbale, notamment à travers le mouvement, le toucher et l'imagerie.

L'art-thérapie somatique s'inscrit dans cette même logique en utilisant les médiums artistiques tels que la peinture, le dessin ou l'argile, afin de mettre en image (en deux ou en trois dimensions) les ressentis corporels (Hamel, 2014). La représentation d'une sensation physique éprouvée offre un accès privilégié à la mémoire implicite et aux émotions intenses ancrées dans le corps. Cette mise en forme visuelle favorise une communication plus aisée avec les expériences vécues, puisqu'il devient possible pour la personne de les conscientiser, les interroger et les transformer (Hamel,

2014). Cette approche a été développée en partie par Johanne Hamel, psychologue et psychothérapeute, pionnière de l'art-thérapie somatique au Québec. Hamel s'inspire des théories de Levine, de van der Kolk et de Scaer dans l'intention de démontrer les bénéfices des interventions en art-thérapie somatique, tant dans le processus de guérison à la suite d'un stress post-traumatique que dans le traitement des douleurs chroniques. Elle propose une approche centrée sur le soma, c'est-à-dire les sensations subjectives du corps telles qu'elles sont ressenties et vécues par la personne (Hamel, 2014). Cette dimension somatique prend tout son sens lorsqu'on considère que la maladie implique des sentiments, des sensations et des conflits internes souvent difficile à soutenir et à exprimer. Ceux-ci s'inscrivent parfois dans le système nerveux sous forme de mémoires émotionnelles (Boudrias, 2021; Hogan, 2012; van der Kolk, 2021). Afin de pouvoir être reconsolidée, ces mémoires requièrent un processus de mobilisation et de transformation que l'art-thérapie somatique soutient à travers l'engagement corporel et symbolique.

1.2 Question de recherche

Au regard de ce qui précède, la question de l'acceptation et de la réappropriation du corps vécu se pose ainsi : comment soutenir les femmes atteintes d'un cancer du sein ou en rémission dans leur reconstruction intérieure? L'art-thérapie pourrait-elle jouer un rôle déterminant dans ce processus d'acceptation et de reconstruction identitaire pendant et après la maladie ?

Ces interrogations ont naturellement conduit à la question à l'origine de cette recherche : dans quelle mesure les pratiques en art-thérapie peuvent-elles favoriser une réappropriation positive du corps vécu chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ou en rémission?

Plus précisément, cet essai poursuit un double objectif : d'une part, documenter les effets de ces pratiques sur le processus d'acceptation et d'intégration (ou de réintégration) du corps transformé, d'autre part, explorer la manière dont elles peuvent soutenir l'*empowerment* (pouvoir d'agir) des femmes dans leur parcours de guérison.

2. CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Cette section vise à soutenir l'analyse de la problématique en exposant les principaux fondements théoriques et conceptuels qui éclairent l'expérience du cancer du sein sous l'angle du corps vécu. Elle présente d'abord les fonctions multiples du sein féminin (sexuelles, symboliques et culturelles) afin de situer l'importance de cet organe dans la construction identitaire et sociale des femmes. Elle aborde ensuite le corps féminin à travers une perspective phénoménologique. Enfin, l'image inconsciente du corps telle que conceptualisée par Françoise Dolto, sera brièvement expliquée de manière à approfondir les assises théoriques relatives au corps vécu et éclairer les enjeux subjectifs qui traversent l'expérience du cancer du sein.

2.1 Le sein et ses fonctions multiples

Le sein est un organe complexe présent chez les individus des deux sexes. Sur le plan anatomique, on retrouve successivement et de manière simplifiée : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la glande mammaire et son tissu environnant (Ramelli, 2020). Toutefois, la composition du tissu mammaire et le profil hormonal des femmes diffèrent de ceux des hommes (Société canadienne du cancer, 2025), les exposant davantage aux risques d'un cancer du sein.

La fonction biologique primaire du sein féminin est la production et la sécrétion du lait maternel destiné à la toute première alimentation de l'enfant. Pendant la grossesse, l'augmentation des taux d'œstrogène et de progestérone favorise le développement des glandes mammaires. À la suite de l'accouchement, la prolactine stimule la production de lait, tandis que l'ocytocine, libérée en réponse à la succion du bébé, déclenche le réflexe d'éjection lactée (Société canadienne du cancer, 2025).

Outre la fonction nourricière du sein, la relation que la mère entretient avec son enfant s'exprime également à travers le corps, qu'elle soit allaitante ou non. Par exemple, la pratique de la méthode « peau à peau » procure de nombreux bénéfices neurologiques et psychologiques, dont une amélioration de l'humeur, de la capacité d'adaptation, de la qualité des interactions et du lien d'attachement entre le parent et l'enfant (Feldman *et al.*, 2014). Du point de vue de la psychanalyse, le sein est « le lieu d'une relation symbiotique entre la mère et l'enfant, source d'un plaisir fusionnel

partagé » (Baas *et al.*, 2008, p. 73). Ainsi, le contact corporel favorise la construction d'une relation sécurisante.

2.1.1 La fonction sexuelle du sein

Le sein occupe également une place importante dans la vie intime et le rapport au corps des femmes puisqu'il est impliqué dans la pulsion sexuelle (Freud, 1905). Il remplit une fonction sexuelle, de plaisir et de désir érotique, pour la femme comme pour son ou sa partenaire (Guéguen, 2025). Concrètement, les stimulations dans cette zone érogène participent à l'excitation et à la satisfaction liée aux relations sexuelles (Hannoun-Levi, 2005).

Les seins contiennent des terminaisons nerveuses sensibles dont le rôle consiste à détecter les stimuli tactiles, thermiques et douloureux (Ramelli, 2020). Ils possèdent une forte densité de récepteurs sensitifs, surtout au niveau de l'aréole et du mamelon qui permettent son érection. Ces récepteurs traduisent les différentes formes de sensibilité objective, c'est-à-dire mesurable et quantifiable à l'aide de moyens d'évaluation cliniques (Cordeau *et al.*, 2015). La peau capte les signaux, les transmet au cerveau qui les interprète avant de déclencher une réponse physiologique et corporelle.

D'une part, la sensibilité objective contribue au fonctionnement et à l'épanouissement psychosexuel des femmes. D'autre part, le traitement des informations sensorielles dépend de la sensibilité subjective (Ramelli, 2020), laquelle est liée au contexte physique, psychique, affectif et social de la personne. Cette sensibilité subjective varie en fonction de l'expérience vécue ainsi que d'une multitude d'autres facteurs tels que l'histoire de la personne, ses pensées, son environnement et son état émotionnel, et repose sur un ressenti intime et individuel (Ramelli, 2020). Par conséquent, même si le chirurgien incise le sein au même endroit et prélève la même quantité de tissus, chaque femme peut ressentir de manière très différente les répercussions de cette intervention dans son corps.

2.1.2 La symbolique du sein

À travers les siècles, le sein féminin a été à la fois source de fascination, de vénération et d'exécration, reflétant les ambivalences culturelles et symboliques qui lui sont associées.

Dans la mythologie grecque, une dichotomie entre « fécondité » et « plaisir », et entre « la mère protectrice » et « la femme tentatrice », existait déjà. Les vénus dotées d'une forte poitrine symbolisaient « l'abondance, la fécondité, la toute-puissance protectrice et soutenaient un concept maternel » (Lanouzière, 2007, p. 47). De l'autre côté, celles qui présentaient une poitrine plus menue évoquaient « un féminin séducteur à la gloire de la sensualité et de l'amour, mais potentiellement dangereux » (Lanouzière, 2007, p. 47).

La psychanalyse freudienne n'échappe pas à cette perspective d'opposition entre le « bon » sein (nourricier et protecteur) et le « mauvais » sein (associé aux pulsions sexuelles). Freud perçoit le sein comme un objet de désirs oraux, de pulsions, de fantasmes et d'anxiété (Freud, 1905), dans lequel peuvent se cacher des conflits psychiques. Par exemple, des souvenirs blessants de l'enfance, de l'adolescence ou de la vie adulte peuvent s'y loger insidieusement et créer des enjeux liés à la filiation et à l'identification (Brullmann, 2007).

Aujourd'hui, le sein est perçu comme un emblème de féminité, un idéal féminin (Boudrahem, 2022; Ernest, 2023), et comme l'atout sexuel le plus visible chez les femmes (Boudrahem, 2022). Bien qu'il ne soit pas nécessaire d'avoir des seins pour être une femme ou pour se sentir féminine, la poitrine demeure néanmoins une part importante de l'identité féminine pour de nombreuses femmes (Froidevaux-Metterie, 2020). Cela conduit souvent à envisager des interventions chirurgicales réparatrices après les traitements invasifs contre le cancer du sein ou suivant d'autres considérations.

2.1.3 Les seins féminins, un sujet tabou ?

L'érotisation de la poitrine féminine n'est ni universelle ni intemporelle. Avant l'influence des normes occidentales introduites par le colonialisme, la nudité mammaire était socialement acceptée dans la plupart des sociétés africaines, américaines, asiatiques, indiennes, australiennes et océaniques (Lécuyer, 2023). À titre d'exemple, avant la Seconde Guerre mondiale, la société japonaise ne portait aucune attention particulière à la nudité mammaire. Cependant, à partir du Moyen-Âge, l'injonction à la pudeur s'est progressivement enracinée dans les normes de tolérance de nombreuses sociétés (Lécuyer, 2023). Aujourd'hui, dans plusieurs cultures et religions, le sein est associé à la sexualité et au péché et doit donc être couvert afin de ne pas susciter d'excitation ou attirer le regard d'autrui (Lanouzière, 2007). Selon les croyances, certaines patientes peuvent

éprouver « le sentiment d’être puni[e]s pour quelques choses qu’[elles] ont fait – le corps est intrinsèquement impliqué dans la discipline et la punition » (Sibbett, 2005, p. 56).

Par conséquent, les questions concernant la santé intime des femmes sont peu ou pas abordées selon la culture dans laquelle elles ont grandi. Par exemple, une étude qualitative menée par Kwok et ses collaborateurs (2006) révèle que la poitrine féminine porte une symbolique culturelle taboue en Chine. Les auteurs indiquent que les discussions et les préoccupations relatives aux seins sont considérées comme inappropriées. Ainsi, les conceptions culturelles influencent fortement la perception que peuvent avoir les femmes à l’égard du cancer du sein, et ce qu’elles choisissent de partager avec le personnel soignant. Puisque les personnes immigrantes au Canada représentent près du quart de la population (Statistique Canada, 2022), la sensibilité ethnoculturelle est essentielle.

2.2 Le corps féminin dans les médias

Le corps des femmes est souvent représenté de manière stéréotypée et sexiste dans l’espace médiatique (Gouvernement du Québec, 2026). Les publicités, les films et les réseaux sociaux diffusent massivement des images de corps minces, sexualisés et exempts de défauts, construisant ainsi une norme corporelle restreinte à laquelle très peu de femmes peuvent réellement correspondre. La domination de ces images standardisées exerce une réelle pression sur les femmes, entraînant des répercussions importantes sur la santé mentale, l’estime de soi et l’image corporelle (Aimé *et al.*, 2022).

Le Gouvernement du Québec définit l’image corporelle comme « la perception qu’une personne a de son propre corps, [c’est-à-dire] l’image qu’elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu’elle ressent quand elle y pense » (2025, para. 4). Elle est également le produit de diverses injonctions sociales et culturelles (Gerge *et al.*, 2020).

Aimé et ses collaborateurs (2022) mettent en lumière plusieurs études scientifiques qui ont démontré que l’exposition élevée aux images dans l’espace médiatique entraîne d’importantes conséquences sur l’image corporelle et est associée à une plus grande insatisfaction envers son corps. Ainsi, la représentation médiatique actuelle façonne des perceptions sociales qui peuvent

être malsaines et profondément limitatives, comme par exemple l'absence constatée de corps féminins portant des cicatrices à la suite d'une mastectomie. Pourtant, il s'agit de la réalité de nombreuses femmes, une réalité à peine évoquée et montrée dans les médias, alors qu'elle pourrait justement aider à transformer le regard que les femmes mastectomisées portent sur elles-mêmes.

2.2.1 La pudeur du corps féminin

Même si les tabous entourant le corps et la sexualité des femmes se dissipent peu à peu au Canada, la pudeur liée aux parties intimes demeure une préoccupation bien réelle pour une grande majorité de patientes dans le domaine des soins de santé (Gagnon et Marcotte, 2023). La pudeur se définit comme étant « liée au corps, à la sexualité, et au rapport à l'autre, régie par des règles de comportement à adopter en société » (Deschodt, 2010, p. 97). Elle permet d'affirmer une limite, propre à chaque personne, entre ce qu'elles souhaitent garder privé et ce qu'elles acceptent d'exposer.

Toutefois, la nudité mammaire s'impose dans le parcours de traitement et de guérison des patientes. Cette mise à nu peut alors être vécue comme une intrusion dans les territoires intimes : une frontière de la pudeur qui se trouve franchie, pouvant faire émerger un sentiment de honte et de gêne à l'égard d'elles-mêmes (Gagnon et Marcotte, 2023). Néanmoins, le fait de devoir exposer leur poitrine de manière aussi régulière devant le personnel médical peut aussi avoir pour effet de transformer leur rapport à la pudeur, allant parfois jusqu'à une forme de désinhibition.

En effet, pour les femmes ayant recours à la radiothérapie par exemple, la fréquence des séances est élevée : elles ont généralement lieu tous les jours de la semaine (Gagnon et Marcotte, 2023). Par conséquent, sur une certaine durée, l'association primaire au sein n'est plus celle du « sein érotique », du « sein féminin » ou du « sein maternel ». Il devient temporairement « le sein malade » ou le « sein médicalisé » qui doit être exposé à des rayonnements ionisants ou des particules à haute énergie afin d'être traité (Knobé, 2008; Gagnon et Marcotte, 2023).

À terme, la désinhibition peut agir comme un mécanisme de protection en leur permettant de prendre de la distance et de se sentir moins vulnérables face au regard porté sur leur corps malade. Cependant, elle peut également constituer un frein au processus de réappropriation corporelle

puisqu'elles peuvent avoir l'impression que leur corps appartient davantage à l'équipe médicale qu'à elles-mêmes (Ernest, 2023).

2.3 Le corps médicalisé

Lors de l'annonce du diagnostic d'un cancer du sein, c'est tout un monde intime qui vacille, comme si une immense vague d'angoisse se levait et venait se fracasser contre les parois de l'être, fissurant l'identité et laissant derrière elle un paysage intérieur profondément transformé, parfois même inconnu. En d'autres termes, la représentation symbolique et affective que la personne a d'elle-même et de son corps se trouve soudainement ravagée. La cartographie de son univers psychique n'est plus la même qu'avant l'apparition de la maladie, car le sein représente bien plus qu'un organe biologique : il constitue « un lieu de multiples investissements conscients et inconscients » (Mazoyer *et al.*, 2023, p. 58).

2.3.1 Le plan de traitement

Tous ces bouleversements s'intensifient au moment où le processus de soins s'enclenche. Le cancer fait basculer la personne « du statut de sain à celui de malade » dans lequel son corps devient « un objet d'analyse et de soins sous contrôle médical » (Knobé, 2008, p. 93). La maladie plonge l'individu dans une expérience existentielle exigeante, au cours de laquelle sa santé physique et psychique est mise à l'épreuve. Certaines femmes rapportent avoir l'impression que leur corps les a trahies en laissant s'installer, à leur insu, un intrus pernicious au cœur même de leur sein (Brullmann, 2007; Ernest, 2023). Pour les femmes asymptomatiques, cette impression est d'autant plus marquée, puisqu'elles se sentent trompées par leur propre ressenti corporel (Knobé, 2008).

Pour combattre ce vilain crabe, les femmes s'en remettent à la médecine. Le pouvoir d'action est donc dirigé vers l'équipe médicale qui met en place le plan de traitement qu'elle juge le mieux adapté (Marcotte, 2023). Il existe trois types de traitements possibles : le traitement principal (souvent la chirurgie, mais dans des cas moins fréquents, la radiothérapie peut être le traitement principal), le traitement néoadjuvant (avant le traitement principal) et le traitement adjuvant (après le traitement principal).

Le plan de traitement se base sur l'état de santé global et les renseignements propres au cancer, dont son stade, la présence ou non de manifestations liées à la ménopause, le statut des récepteurs

hormonaux et HER2 du cancer ainsi que le risque de récurrence (Société Canadienne du Cancer, 2025). Il peut comprendre une intervention chirurgicale, la radiothérapie, l'hormonothérapie, le traitement ciblé, l'immunothérapie, la chimiothérapie, ou une combinaison de ces approches (Société Canadienne du Cancer, 2025). Ici, l'attention sera portée non pas sur les traitements et leurs effets indésirables, mais plutôt sur les impacts qu'ils entraînent sur l'image du corps et sur la manière dont ils peuvent modifier la perception de soi des femmes touchées.

2.3.2 *L'intervention chirurgicale*

L'intervention chirurgicale est l'approche médicale utilisée chez plus de 90 % des patientes atteintes d'un cancer du sein (Mathieu, 2022). Elle consiste à retirer la tumeur maligne ou le tissu cancéreux du corps. Cela peut être une partie du sein seulement (chirurgie conservatrice ou tumorectomie), l'ablation d'un sein (mastectomie), ou parfois des deux seins (double mastectomie) (Ernest, 2023). Dans tous les cas, les changements corporels consécutifs à la chirurgie sont immédiats. Les femmes doivent dès lors composer avec un corps modifié et mutilé, ce qui peut s'avérer particulièrement confrontant et déstabilisant.

Pour certaines, l'ablation du sein peut être vécue comme un traumatisme menant à l'insécurité en soi (Ernest, 2023). De nombreuses femmes mastectomisées rapportent éprouver de la difficulté à se représenter « sans sein » et sa perte peut créer un sentiment d'incomplétude et même une impression de régression dans leur développement (Ernest, 2023). Plusieurs auteurs soulignent également que l'opération chirurgicale peut instaurer une blessure narcissique profonde, c'est-à-dire une atteinte majeure à l'identité, à l'estime de soi et à l'image que la personne a d'elle-même (Brédart *et al.*, 2007; Ernest, 2023; Reich, 2009).

La déformation ou l'ablation d'un sein génère une détresse psychologique chez la plupart des patientes en période post-opératoire, bien que cette détresse tende à s'atténuer après environ six mois (Hannoun-Levi, 2005). L'impact dépend également « de la phase de la vie dans laquelle se trouve la femme, du degré de réalisation et d'épanouissement sexuel et maternel, de l'investissement de sa féminité » (Hannoun-Levi, 2005, p. 178). Ainsi, chez les femmes plus âgées, l'impact tend à être amoindri puisque plusieurs transformations s'inscrivent naturellement dans le parcours de vie et relèvent du processus de vieillissement normal.

La perte de cet organe peut également être vécue comme un deuil des différentes fonctions auxquelles le sein se rapporte. Ainsi, le rapport à soi, à son identité, à sa féminité, à sa maternité, à sa sexualité et à son corps est perturbé (Dong *et al.*, 2023; Hannoun-Levi, 2005). L'acte chirurgical crée non seulement un déséquilibre corporel, mais également psychique puisqu'il altère l'image du corps et l'estime que les femmes ont d'elles-mêmes (Dong *et al.*, 2023; Ernest, 2023; Suzor, 2017).

2.3.3 Les répercussions des traitements

La perception que les femmes ont de leur corps pendant et après les traitements peut se répercuter sur leurs relations interpersonnelles (Mazoyer *et al.*, 2023). Cette fragilisation de l'image de soi peut les amener à se replier sur elles-mêmes et à s'isoler, car l'interaction avec les autres, en particulier avec des personnes du même sexe, peut leur rappeler leur perte (Ernest, 2023).

Dans un contexte de rapprochements intimes, des inconforts psychologiques et des blocages peuvent surgir, notamment lorsque la personne ne se sent pas prête à ce que ses cicatrices soient vues, touchées ou questionnées (Suzor, 2017). Ces regards ou ces contacts sur le corps lésé peuvent raviver des images, des angoisses et des pensées associées à l'expérience traumatisante du cancer (Dong *et al.*, 2023; Ernest, 2023; Suzor, 2017). Le sentiment d'attrait sexuel et de désirabilité peut alors s'en trouver diminué, voire être temporairement annihilés (Hannoun-Levi, 2005).

Pour la plupart des femmes, le moment le plus éprouvant correspond souvent au premier regard qu'elles posent sur leur corps transformé. Il existe une pratique ritualisée devant un miroir qui permet à la femme d'être accompagnée et soutenue par une autre personne, souvent une infirmière ou un proche (par exemple un conjoint ou une conjointe), afin de se voir à travers le regard rassurant et bienveillant de l'autre (Craus *et al.*, 2025). Ces regards croisés sur la poitrine après l'intervention chirurgicale agissent parfois comme un baume, apaisant le discours nuisible que les femmes peuvent développer à l'égard de leur nouveau reflet.

De plus, les traitements en chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie induisent des répercussions importantes au niveau de la fonction des organes sexuels (Mathelin et Annane, 2005), ce qui impacte considérablement l'image corporelle et l'identité (Chan et Michaels, 2022). Pour les jeunes femmes qui désirent devenir mères, « l'annonce du cancer sonne aussi comme le

glas de la fertilité » (Mazoyer *et al.*, 2023, p. 52). En effet, plusieurs traitements peuvent compromettre la capacité reproductive. L'impossibilité éventuelle d'avoir des enfants amène alors les femmes à remettre en question les discours dominants sur la féminité et les normes genrées dans la société. Bien que des protocoles de stimulation ovarienne puissent aider à préserver la fertilité (Comtet *et al.*, 2015), ces démarches ajoutent une lourdeur supplémentaire et peuvent leur donner l'impression que leur corps est « défaillant ». Les transformations reproductives et corporelles qui accompagnent le cancer poussent donc les femmes à se réapproprier leurs choix, ainsi que leur rapport à leur corps, à leur féminité, à leur sexualité et à leur maternité. Dans de rares cas, il arrive que les femmes découvrent qu'elles ont un cancer du sein au cours d'une grossesse. La confrontation simultanée à la maladie et à la maternité peut alors être vécue comme un « véritable traumatisme qui suscite des émotions intenses et contrastées, l'idée de la mort surgit au moment où la femme s'apprête à donner la vie » (Ouandelous et Zouani, 2021, p. 763).

2.4 *Le corps vécu*

La réalité biologique du cancer ébranle le corps, mais il importe tout autant de considérer la manière dont cette réalité est vécue par la personne qui doit désormais composer avec la maladie. Nous possédons tous un corps composé d'os, d'organes, de muscles et de chairs : un corps physiologique. Cependant, au-delà de cette anatomie, il existe une expérience subjective du corps, à travers laquelle chaque personne entretient une perception et une représentation de ce qui se passe tant à l'extérieur qu'à l'intérieur d'elle-même (Antoni, 2018). Cette dimension sensible de la corporéité renvoie au « corps vécu », une notion principalement explorée dans les champs de la philosophie, de la psychanalyse et de la psychologie phénoménologique. Ce corps vécu « reste parfois inconscient pour la personne jusqu'à ce qu'intervienne la maladie qui met en lumière et modifie le rapport avec son corps » (Antoni, 2018, p. 9). Lorsque le cancer surgit, cette prise de conscience devient particulièrement bouleversante et souffrante : la personne se voit confrontée aux limitations réelles ou potentielles que la maladie lui impose, tant dans sa relation avec elle-même que dans son rapport aux autres (Guité-Verret et Vachon, 2022).

2.4.1 *La phénoménologie*

La phénoménologie cherche à saisir le sens profond de l'expérience vécue par un individu, incluant parfois une dimension spirituelle de l'existence humaine (Husserl, 1970). Elle permet de mieux

comprendre un phénomène (tel l'expérience d'un cancer du sein) en tenant compte de la perception et de l'histoire propre à la personne qui le vit.

Cette approche propose de penser le corps autrement que comme une entité purement objectivable. Elle prend ses distances avec la pensée cartésienne en cherchant à unifier la conscience et le corps. Merleau-Ponty (1976) présente d'ailleurs le corps comme le médiateur fondamental de l'être au monde, indissociable de l'affectivité et de la perception. Dans cet espace incarné, l'individu projette des significations personnelles dans le monde à travers son expérience corporelle (Wang, 2025).

Ainsi, le corps vécu peut être envisagé comme une planète à part entière, avec ses propres lois, ses territoires, son langage symbolique singulier, ses sensations, ses émotions et la manière unique qu'il a d'en tisser les significations. Pourtant, il demeure trop souvent relégué à l'arrière-plan, alors qu'il représente souvent le cœur de nombreux troubles et déséquilibres (Godin, 2016).

2.4.2 À propos de l'image de soi

Les premières images de soi se construisent dès un très jeune âge, à partir des perceptions que l'individu a de son propre corps (L'Écuyer, 1978). Au fil du développement de l'enfant, un ensemble d'autres éléments perceptuels internes et externes s'ajoutent et contribuent à l'élaboration d'un sens de l'identité plus solide.

L'image que l'on a de soi n'est pas une fatalité qui nous tombe dessus un jour. Elle est une perception qui se construit, s'établit, s'éduque au fur et à mesure du quotidien, notamment à travers ce que nous percevons de nous et ce que nous renvoyons comme image. Cette perception est rarement objective et, la plupart du temps, ce que nous percevons de notre image est inconscient. (Odul, 2006, p. 188)

Le concept de soi puise au cœur de l'expérience vécue, initialement ressentie, puis perçue, pour se transformer en représentation symbolique ou conceptuelle par l'individu (L'Écuyer, 1978). Ce processus permet l'intégration de l'expérience vécue au concept de soi et contribue à renforcer le sentiment d'habiter son corps.

2.4.3 *L'image du corps*

Les impacts reliés aux traitements abîment et induisent des changements corporels susceptibles d'altérer l'image du corps, c'est-à-dire l'image subjective du corps qui se forme dans notre esprit (Schilder, 1980). Plus précisément, elle se définit par l'ensemble des perceptions, pensées, émotions et comportements liés à l'apparence, incluant l'esthétique et l'attractivité sexuelle (Gerge *et al.*, 2020). Elle est également influencée par des facteurs culturels dont l'âge, le genre, l'ethnicité, la classe sociale, etc. (Grogan, 1999).

Paul Schilder est l'un des premiers chercheurs à s'être intéressé à l'expérience corporelle dans une perspective psychosociale. Il concevait l'identité corporelle comme un sentiment d'unité subjective de son propre corps, constituant une représentation inconsciente en constante élaboration. Pour lui, l'énergie pulsionnelle agit dans l'image du corps et peut se concentrer dans certaines parties, surtout les organes liés à la sexualité (Schilder, 1980), tel que les seins féminins. Ainsi, en posant l'image du corps comme une réalité psychique subjective, Schilder dépose les bases d'une réflexion que Françoise Dolto mènera plus loin.

2.5 *L'image inconsciente du corps selon Dolto*

Françoise Dolto, médecin, psychiatre et psychanalyste, a élaborée une perspective plus approfondie de l'image du corps. S'inscrivant dans la filiation des travaux de Sigmund Freud, elle s'approprie ces concepts de manière très personnelle. Elle reprend notamment les stades de développement freudiens et conçoit l'image du corps comme un équivalent du Moi, profondément façonné par la libido.

Dans le cadre de cet essai, et afin d'établir et d'articuler des liens entre les travaux de Dolto et l'image du corps chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, seuls les éléments les plus pertinents ont été retenus. Au regard de la complexité et de l'ampleur de son œuvre, le lecteur est ainsi invité à se référer à l'ouvrage *L'image inconsciente du corps*¹ pour en approfondir sa compréhension.

¹ Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.

Bien que Dolto ait principalement consacré ses travaux à l'enfance, elle évoque dans cette perspective quelques cas cliniques concernant des femmes adultes chez lesquelles une « mutation du Moi, une mutation du narcissisme » (Dolto, 1984 p. 361) a pu survenir à la suite d'une maladie ou d'un événement souffrant. Elle postule d'ailleurs que « le corps lui-même, par la santé, ou par la maladie, est langage » (Dolto, 1984, p. 367). La personne malade tend alors à mobiliser une part importante de son énergie psychique autour de son processus de guérison.

L'image du corps représente selon Dolto, « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » (Dolto, 1984, p. 22) et s'articule autour du concept du narcissisme, c'est-à-dire l'investissement du sujet sur lui-même. Distincte du schéma corporel qui est la représentation biologique et objective du corps dans l'espace (sensiblement la même pour tous), Dolto explique que l'image du corps est surtout inconsciente et propre à chacun : elle est indissociablement liée à la personne, à son histoire et à ses relations avec les autres et avec le monde. Elle se compose de trois éléments : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène.

2.5.1 L'image de base

L'image de base, dite aussi « image de sécurité » est la première composante de l'image du corps, mais également la plus fragile. Elle permet à l'individu de se ressentir dans une « mêmeté d'être », c'est-à-dire dans une continuité narcissique qui persiste et s'élabore depuis la naissance (narcissisme primaire), malgré tout ce que le corps est amené à subir au cours de la vie (Dolto, 1984). De là provient la notion d'existence, le sentiment d'exister, qui fixe solidement le corps au narcissisme primordial (déjà présent avant même la venue au monde par héritage du désir des parents) afin d'animer les pulsions de vie chez la personne (désir de vivre). L'image de base évolue et se construit au fil des identifications, formant une structure identitaire habituellement stable mais susceptible d'être ébranlée lorsqu'apparaît une représentation qui menace la vie elle-même, telle que l'annonce d'un cancer du sein par exemple.

2.5.2 L'image fonctionnelle

L'image fonctionnelle vise pour sa part, l'accomplissement du désir de la personne dans laquelle les pulsions de vie peuvent se manifester et s'objectifier dans la relation au monde et avec les autres (Dolto, 1984). Ce processus passe par la médiation d'une demande localisée dans le schéma corporel, en un lieu érogène où se fait sentir le manque. Par exemple, Dolto souligne que la main

offre une liberté de mouvement qui permet à l'enfant d'agripper, de manger, de flatter un animal... Bref, de satisfaire ses désirs et ses besoins. Le corps éprouve d'abord des sensations, ressent le manque, puis répond à son besoin en passant par l'action. En revanche, si l'image fonctionnelle se trouve rejetée, comme lors d'une intervention verbalement castratrice (« ne touche pas à cela, tu vas te faire mal »), celui-ci peut se replier sur lui-même afin que la main n'entre pas en contact avec l'objet perçu comme « dangereux ». Toutefois, cette castration symboligène constitue une étape structurante importante pour son développement psychoaffectif en lui permettant d'advenir à sa conservation.

Pour établir un parallèle avec le cancer du sein, le plan de traitement peut entraîner une réémergence de l'angoisse de castration chez les patientes (Mazoyer *et al.*, 2023; Reich, 2009). En effet, les méthodes invasives subies transforment les capacités fonctionnelles du corps : l'amplitude des mouvements corporels devient limitée, voire douloureuse, et certaines femmes ne peuvent plus allaiter à cause de l'ablation des glandes mammaires et du mamelon. Cette transformation corporelle, marquée par une perte d'autonomie et de proximité, altère « les rapports à soi et aux autres, et donc la dignité même de l'individu » (Guité-Verret et Vachon, 2022, p. 19). Toutefois, dans le contexte du cancer du sein, l'angoisse de castration est le résultat d'une menace bien réelle. L'expérience du cancer du sein peut donc être interprétée comme une régression du processus de castration symboligène décrit par Dolto (1984), un processus qui en temps normal repose sur des séparations structurantes menant à un gain d'autonomie. Or, là où la castration symboligène de Dolto constitue une perte qui construit le sujet, l'expérience du cancer du sein s'inscrit plutôt comme une perte qui le déconstruit.

2.5.3 *L'image érogène*

L'image érogène, associée à l'image fonctionnelle, est le lieu où se situe le plaisir et le déplaisir érotique (Dolto, 1984). L'image fonctionnelle permet l'utilisation du schéma corporel, alors que l'image érogène signe l'expérience des sensations agréables ou désagréables. Si elle est atteinte, alors il peut y avoir une baisse du désir. Ainsi, l'expérience du cancer risque d'affecter l'image érogène du corps puisque le sein peut perdre de sa sensibilité sensuelle et sexuelle (Ramelli, 2020). Ces changements forcent le déploiement de nouveaux chemins par rapport à la sexualité, à la sensualité et à la pudeur.

2.5.4 *L'image dynamique du corps*

Ensemble, ces trois aspects (l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène) constituent l'image du corps et visent à protéger l'intégrité du narcissisme. Elles sont reliées entre elles par ce que Dolto désigne comme l'image dynamique du corps. L'image dynamique du corps représente en quelque sorte, une forme de prise de possession de son corps.

L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation à ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et gestes. (Dolto, 1984, p. 23)

Ce passage de Dolto nous paraît particulièrement intéressant puisqu'il met en lumière le potentiel des art-thérapies dans la mobilisation du corps et de l'esprit en tant que puissant processus d'actualisation de l'image du corps. Par ailleurs, encore une fois, la chercheuse est consciente que le concept même de l'image du corps pourrait faire l'objet d'une étude approfondie afin d'en saisir tous les contours, mais là n'est pas l'intention de cet essai.

3. MÉTHODE DE RECHERCHE

La présente recherche s'inscrit dans un paradigme interprétatif-constructiviste, selon lequel la compréhension d'un phénomène résulte de l'interaction entre l'expérience subjective du chercheur, celle des auteurs consultés et de l'interprétation qu'en fera le lecteur (Mucchielli et Paillé, 2021). Dans cette perspective, le sens n'est pas considéré comme fixe, mais plutôt comme co-construit au fil de l'analyse, de l'appropriation progressive du sujet et de la mise en dialogue des différentes sources. Inspirée de l'analyse en mode écriture proposée par Mucchielli et Paillé (2021), la chercheuse s'est engagée dans un travail intentionnel d'écriture et de réécriture. Ce mouvement réflexif continu lui a permis de maintenir un dialogue ouvert avec le matériel théorique et d'approfondir sa compréhension du phénomène étudié.

Cette démarche réflexive s'est appuyée sur une recension des écrits de type narratif, laquelle permet de dégager plusieurs thèmes de manière simultanée, tout en suivant l'évolution des concepts cliniques dans le temps (Ferrari, 2015). Elle présente également l'avantage d'ouvrir sur des domaines ou des sujets connexes au champ d'investigation principal du chercheur (Poupart *et al.*, 1997). À titre d'exemple, plusieurs auteurs rapportent que l'annonce d'un diagnostic de cancer peut être vécue par les patientes comme une expérience traumatique (Knobé, 2008; Zimmers *et al.*, 2012). Dans cette perspective, l'exploration d'un lien potentiel entre les travaux de Bessel van der Kolk (psychiatre et spécialiste du syndrome de stress post-traumatique) et l'art-thérapie somatique s'avère tout à fait cohérent avec la méthode privilégiée.

Par ailleurs, afin d'explorer de quelle manière l'art-thérapie peut contribuer à une réappropriation positive du corps vécu chez les femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein, la revue narrative s'avère particulièrement appropriée puisqu'elle accorde une grande place à la réflexivité et à la subjectivité. Cette méthode offre une occasion d'analyser les publications pertinentes sur un sujet donné, tout en adoptant un regard critique sur leur contenu (Cronin *et al.*, 2008). Grove et ses collaborateurs (2013) soulignent que l'analyse critique et la synthèse des connaissances existantes contribuent à la rigueur et à la qualité de cette méthode de recherche. Elle permet également de mettre en lumière les zones d'ombre ainsi que les aspects encore peu explorés de la problématique à l'étude (Saracci *et al.*, 2019), notamment l'angle du corps vécu en oncologie.

Enfin, ce type de revue littéraire s'avère particulièrement appropriée compte tenu de la complexité de la question soulevée, dans la mesure où elle favorise l'intégration de connaissances variées ainsi que l'examen de points de vue multiples (Cronin *et al.*, 2008; Institut national de santé publique, 2021). Une vue d'ensemble de la littérature favorisera donc dans un premier temps, l'analyse des effets de l'art-thérapie sur l'acceptation du corps transformé. Dans un deuxième temps, elle permettra d'explorer comment cette méthode peut soutenir l'*empowerment* (pouvoir d'agir) et la reconstruction identitaire des femmes tout au long de leur parcours de guérison.

3.1 La collecte de données

Nambiema et ses co-auteurs définissent la revue narrative comme une analyse documentaire qui « permet d'avoir une vue générale sur un sujet précis, pour soulever des problèmes habituellement négligés et encourager d'autres recherches sur ce sujet » (2021, p. 544). Fortin et Gagnon (2016)

expliquent qu'une recension des écrits requiert un examen approfondi des publications et précisent que ces écrits peuvent provenir de sources théoriques et empiriques variées. Ils rapportent également que la recension des écrits s'inscrit dans une démarche en trois étapes : « L'accès aux sources documentaires pertinentes; le traitement de l'information et la rédaction d'un texte sur les écrits » (2016, p. 97).

La recherche documentaire débute par l'identification du sujet d'étude, suivie de l'investigation des sources secondaires pertinentes (Fortin et Gagnon, 2016). Dans ce dernier cas, il s'agit de documents résultant d'une interprétation et d'une rédaction effectuées par un chercheur distinct de l'auteur initial. La démarche cherche à cerner les principaux enjeux. Par la suite, il convient de sélectionner les bases de données appropriées, d'élaborer un plan de concepts structuré, puis de repérer les sources primaires (de première main). Cette démarche s'accompagne du choix judicieux des termes de recherche et de l'application de limites afin d'optimiser la pertinence des résultats obtenus.

Puisque le sujet de recherche s'inscrit dans les domaines de la psychologie, de la médecine ainsi que des sciences sociales et humaines, les données ont été recueillies à partir d'une recherche manuelle dans les bases de données suivantes : PsycINFO, PubMed, Cairn.info, Taylor & Francis, Érudit, ScienceDirect et Google Scholar. Certains ouvrages en version papier contenant des informations empiriques et théoriques importantes ont également été consultés à la bibliothèque de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

La recherche a été effectuée à partir des mots-clés suivants : (« art-thérapie » OU « thérapie par l'art »), (« cancer du sein » OU « mastectomie »), (« soma » OU « somatique »), (« conscience de soi » OU « image de soi »), (« image corporelle » OU « image du corps »), (« expérience du corps » OU « corps vécu »), (« trauma* » OU « SSPT » OU « TSPT ») et « identité ». Ces mots-clés ont été combinés à l'aide d'opérateurs logiques (ET, OU) et traduits en anglais afin d'élargir le champ de recherche (Fortin et Gagnon, 2016; Institut national de santé publique, 2021).

Tel que le recommandent Cronin et ses collaborateurs (2008), les publications des cinq à dix dernières années ont été privilégiées. Toutefois, certaines recherches plus anciennes ont également été analysées lorsqu'elles présentaient un intérêt particulier ou en raison du nombre limité d'études récentes disponibles sur le sujet. Par ailleurs, certaines bibliographies issues de revues de la

littérature ont été consultées lorsqu'elles étaient congruentes relativement à la question de recherche (Ely et Scott, 2007). Afin que cette recension des écrits soit la plus exhaustive possible, des articles cités dans les publications sélectionnées ont également été inclus (Saracci *et al.*, 2019).

La deuxième étape, soit le traitement de l'information, consiste à examiner de manière critique les articles sélectionnés, à en juger la valeur et la pertinence, et à structurer les idées en vue de la rédaction de la recension des écrits (Fortin et Gagnon, 2016). Ces idées ont donc été rassemblées et organisées dans des fiches de lecture afin de consigner l'ensemble des sources consultées et de mettre en évidence les points de convergence et de divergence entre les différents auteurs (Fortin et Gagnon, 2016; Saracci *et al.*, 2019). Pour effectuer la sélection des articles, une lecture des résumés a d'abord été réalisée pour en valider la pertinence. L'adoption d'un regard à la fois interprétatif et critique sur les publications sélectionnées a permis de saisir leurs liens logiques, d'en établir de nouveau et de juger de leur valeur globale.

Finalement, la recension des écrits marque la dernière étape, où l'on regroupe dans un texte toutes les informations trouvées sur le sujet tout au long de la démarche (Fortin et Gagnon, 2016). Selon Saracci *et al* (2019), la discussion dans une revue narrative doit mettre en lumière les résultats clés, proposer une interprétation de ces résultats, et souligner les forces et les faiblesses des études analysées. Les points d'accord et de désaccord entre les différents articles sont mis de l'avant afin d'alimenter l'argumentation et de soutenir le point de vue des auteurs. Il est important de rappeler que la revue narrative repose sur le jugement du chercheur, ce qui en fait une démarche fondamentalement subjective. D'ailleurs, Marshall et Rossman (2016) soulignent le risque que le chercheur puisse être influencé par certains biais et hypothèses.

3.2 Les limites de la méthode

Parmi les limites de cette méthode de recherche, l'Institut national de santé publique rapporte que « le lecteur ne peut pas juger de la qualité de la preuve, de l'exhaustivité, des biais potentiels et de la base sur laquelle les conclusions sont établies » (2021, p. 23).

En effet, les expériences et convictions personnelles peuvent influencer la lecture, le traitement et l'interprétation de l'information. Il est donc essentiel de les reconnaître et de les identifier clairement. Dans un souci de réduire cet impact, la chercheuse a estimé primordial de conjuguer

objectivité et transparence tout au long du processus de collecte et d'analyse des données. Elle demeure consciente que ses expériences personnelles et professionnelles auprès des femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein, ainsi que ses propres croyances concernant la maladie et le parcours de guérison, risquent de teinter, même inconsciemment, le corps de cet essai.

4. RÉCENSION DES ÉCRITS

Les thérapies par les arts constituent un ensemble de modalités thérapeutiques regroupant l'art-thérapie, la danse-thérapie, la musicothérapie et la dramathérapie, incluant le psychodrame. Une revue de la littérature récente, menée en 2025 par Jauffret Seron, Klein et Toledano, a mis en lumière les apports pluriels de ces dernières dans l'appropriation de l'expérience du cancer et de la transformation corporelle en oncologie.

Dans le cadre de cet essai, l'attention est portée spécifiquement sur l'art-thérapie, caractérisée par le recours à l'image et aux médiums artistiques comme outils thérapeutiques. La sélection des articles s'est concentrée sur les interventions impliquant les arts visuels, bien que certaines études retenues abordent d'autres types d'interventions en complément. Les articles les plus récents et les plus pertinents portant sur l'art-thérapie auprès sur des femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein ont été privilégiés.

Les critères d'inclusion guidant la collecte de données étaient les études abordant au minimum l'image du corps, l'image corporelle, l'identité ou l'expérience du cancer. Il convient de noter qu'une seule étude publiée il y a de plus de dix ans a été incluse en raison de sa spécificité à l'égard de l'image corporelle (Thyme *et al.*, 2009), un aspect rarement traité de manière approfondie dans la littérature plus récente. Les critères d'exclusion ont conduit au rejet des études qui se limitaient au coloriage, qui n'étaient pas spécifiques au cancer du sein, ou qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion.

Au total, neuf études ont été retenues pour cette analyse. Il s'agit d'une revue systématique suivie d'une méta-analyse (Patel *et al.*, 2025), de trois essais cliniques randomisés (Gerge *et al.*, 2020; Jang *et al.*, 2016; Thyme *et al.* 2009), d'une analyse secondaire transversale (Weinfeld-

Yehoudayan *et al.*, 2025), d'une étude à méthodes mixtes (Chan et Michaels, 2022), d'une étude de portée (Effa *et al.*, 2020), d'une recherche phénoménologique (Buday, 2019) et d'une étude quasi-expérimentale (Jalambadani et Borji, 2019).

Les études ont été analysées sous deux angles principaux, soit les bénéfices de l'art-thérapie et les facteurs de changement.

4.1 Les bénéfices de l'art-thérapie

De nombreux bénéfices ont été répertoriés dans les études. Dans le cadre de cet essai, nous retiendrons ceux relatifs à la santé mentale, à la santé physique, au corps vécu et en contexte de traumatismes.

4.1.1 Sur la santé mentale

Le diagnostic et le traitement du cancer du sein constituent une expérience éprouvante et hautement stressante, susceptible d'engendrer des symptômes de détresse psychologique tels que l'anxiété, la dépression et la détresse non spécifique (Fortin *et al.*, 2021). De nombreuses études démontrent les impacts positifs de l'art-thérapie sur la santé mentale des patientes en ce qu'elle améliore significativement la qualité de vie (Gerge *et al.*, 2020; Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2025), diminue le stress, l'anxiété (Chan et Michaels, 2022; Gerge *et al.*, 2020; Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2025; Thyme *et al.* 2009) et les symptômes dépressifs (Chan et Michaels, 2022; Gerge *et al.*, 2020; Jang *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2025; Thyme *et al.* 2009; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025), tout en renforçant le sentiment de bien-être général (Chan et Michaels, 2022).

L'impact des émotions sur la santé mentale

Les émotions jouent un rôle déterminant dans le vécu de la maladie. Elles permettent de mieux reconnaître ses besoins et ses limites, de connecter à soi et aux autres et de donner un sens à la situation. Les émotions non exprimées ou non régulées sont associées à des niveaux de dépression plus élevés (Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). L'art-thérapie s'avère une méthode thérapeutique efficace pour soutenir le processus émotionnel (Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2025; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025) en facilitant activement le traitement émotionnel défini comme l'ensemble des processus conscients et inconscients par lesquels l'individu perçoit,

évalue, interprète et régule ses émotions (Greenberg, 2021). Le processus émotionnel est d'ailleurs associé à une meilleure santé chez les survivantes du cancer du sein (Lelièvre *et al.*, 2024).

Les réponses émotionnelles sont habituellement amenées à la conscience, symbolisées, explorées et intégrées cognitivement afin de construire des significations et développer des comportements adaptés à la situation (Jalambadani et Borji, 2019). Cependant, face à un diagnostic de cancer du sein, le niveau de stress augmente significativement et peut entraîner des difficultés dans l'identification, l'exploration et la régulation des émotions (Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016). Dans le but de se protéger, et souvent de manière implicite, certaines adoptent des stratégies tels que la suppression émotionnelle et l'évitement afin d'oublier temporairement leur nouvelle réalité ou ne pas y faire face tout de suite (Guimond, 2019). Bien que ces stratégies puissent apporter un certain apaisement à court terme, elles tendent à devenir néfastes et maladaptées sur le long terme, engendrant davantage de détresse psychologique (Guimond, 2019).

C'est particulièrement à ce niveau que l'art-thérapie intervient en offrant un espace sécuritaire pour entrer en contact avec son monde intérieur et exprimer ses émotions de manière créatives (Jang *et al.*, 2016). Selon les articles sélectionnés, les résultats soulignent que l'art-thérapie favorise la conscience émotionnelle (Chan et Michaels, 2022 ; Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025), soutient les femmes dans l'accueil et l'acceptation des émotions qui les traversent (Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025), facilite l'expression des émotions latentes (Buday, 2019; Chan et Michaels, 2022; Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025) et améliore les stratégies et les capacités d'adaptation devant l'expérience du cancer (Chan et Michaels, 2022; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025).

L'art-thérapie basée sur la pleine conscience

Parmi les études recensées, deux se sont particulièrement intéressées aux impacts de l'art-thérapie basée sur la pleine conscience, soit celle de Jalambadani et Borji (2019) et celle de Jang *et al.* (2016). Cette méthode invite les patientes à entrer en contact avec leurs corps et avec leurs émotions, y compris celles qui génèrent de l'inconfort, afin de les accueillir, de les comprendre et ultimement de les intégrer à leur expérience. Plus concrètement, les exercices proposés visent à développer la conscience corporelle des participantes, notamment par la posture et l'interprétation

du langage du corps (Jalambadani et Borji, 2019; Jang *et al.*, 2016). Par exemple, une séance peut comprendre un scan corporel, une pratique de méditation ou de visualisation guidée, suivie d'un dessin permettant de transposer l'expérience corporelle en image.

Jang *et al.* (2016) ont mené un essai contrôlé randomisé auprès de 24 patientes atteintes d'un cancer du sein, dont la moitié constituait un groupe contrôle. Les participantes ont reçu 12 séances d'art-thérapie basée sur la pleine conscience. Leurs résultats montrent que l'anxiété et les symptômes dépressifs ont diminué significativement dans le groupe d'art-thérapie basée sur la pleine conscience, comparativement à l'absence de changement significatif dans le groupe contrôle. Cette approche a permis aux femmes d'accepter davantage leur situation grâce aux interactions verbales et non verbales et au soutien du groupe (Jang *et al.*, 2016). Quant à l'étude quasi expérimentale de Jalambadani et Borji (2019), elle impliquait un nombre légèrement plus élevé de patientes atteintes d'un cancer du sein, soit 84 au total, dont la moitié formait un groupe contrôle. Cette étude s'est déroulée en groupe et comptait 10 séances. Les résultats indiquent que l'art-thérapie basée sur la pleine conscience améliore la régulation émotionnelle, favorise la flexibilité cognitive et émotionnelle, et contribue significativement à réduire le stress et l'anxiété, tout en améliorant la qualité de vie globale (Jalambadani et Borji, 2019).

Un essai randomisé, tel que celui de Jang *et al.* (2016), confère une forte validité interne. En effet, la randomisation des participantes entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle permet d'établir une relation de cause à effet plus robuste. Cependant, la petite taille de l'échantillon, la durée restreinte de l'étude et l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation représentent des limites à considérer dans les deux études (Jang *et al.*, 2016; Jalambadani et Borji, 2019), surtout en ce qui concerne le potentiel de biais.

4.1.2 Sur la santé physique

La douleur constitue un symptôme fréquent chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, surtout en phase métastatique en raison de l'envahissement tumoral. Elle peut également résulter de l'acte chirurgical ou des traitements, et persister longtemps après ceux-ci (Spica *et al.*, 2010). Ces douleurs iatrogènes présentent par ailleurs une grande hétérogénéité entre les patientes, tant en ce qui concerne leur intensité, leur durée que leur origine (Spica *et al.*, 2010). Fondras, praticien

hospitalier, décrit la douleur comme « à la fois une sensation et une émotion désagréable, dont le lien avec une lésion corporelle n'est pas univoque » (2007, p. 67). En 2021, Vader et ses collaborateurs ont révisé la définition initiale de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) et précisent désormais que la douleur constitue « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Vader, *et al.*, 2021, p. 107). Ainsi, la douleur peut être vécue en l'absence de lésion objectivable, ce qui met en lumière la dimension profondément personnelle et subjective de l'expérience douloureuse. L'IASP (2020) souligne également que l'expérience de la douleur est modulée, à des degrés variables, par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, et rapporte que la verbalisation n'en est qu'un indicateur parmi d'autres. Par conséquent, l'incapacité à exprimer verbalement la douleur n'exclut en aucun cas qu'une personne puisse la ressentir.

Expression et diminution de la perception de douleur

Les thérapies expressives, dont l'art-thérapie, s'avèrent des outils précieux pour diminuer la perception de la douleur (Jauffret Seron *et al.*, 2025; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). L'art-thérapie favorise l'expression de la douleur et offre aux professionnels de la santé des informations complémentaires, parfois inaccessibles par les méthodes d'évaluation conventionnelles (Gerge *et al.*, 2020; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). À cet égard, Weinfeld-Yehoudayan *et al.* (2025) soulignent que l'usage des couleurs dans les dessins peuvent servir à représenter visuellement l'intensité de la douleur, offrant ainsi un indicateur supplémentaire des sensations physiques ressenties. De leur côté, Gerge *et al.* (2020) ont observé que la création d'autoportraits auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein permettait de saisir certains effets des traitements qui échappent aux mesures verbales. Par exemple, plusieurs participantes ont représenté des rougeurs au niveau des seins et des organes génitaux, et les zones plus sombres étaient associées à une intensité plus élevée de la douleur (Gerge *et al.*, 2020).

Drawing-Based Emotional Processing : un outil précieux en art-thérapie

Dans leur analyse, Weinfeld-Yehoudayan et ses collaborateurs (2025) proposent un modèle théorique visant à mieux comprendre le traitement émotionnel à travers la création artistique ainsi que ses liens avec la douleur, la fatigue et la dépression. Pour examiner ce processus, les chercheurs ont codé les dessins réalisés par 81 survivantes en utilisant l'échelle DRAWEP (*Drawing-Based*

Emotional Processing). Cet outil comprend 14 indicateurs regroupés en quatre catégories (la création artistique, la construction de sens, l'organisation et l'incarnation) et permet de quantifier, à partir des caractéristiques artistiques des œuvres, les aspects conscients et inconscients du traitement émotionnel.

Les résultats montrent que deux catégories de l'échelle, soit la construction de sens et la création artistique, étaient significativement et négativement associées à l'interférence de la douleur. Autrement dit, plus les femmes éprouvaient de la douleur, plus il devenait ardu pour elles de donner un sens à leur image.

Toutefois, bien que l'échelle DRAWEP ait fait l'objet d'une validation préliminaire, les résultats de cette étude reposent sur un échantillon composé exclusivement de femmes juives israéliennes, ce qui limite la transférabilité et la généralisation des conclusions à d'autres contextes socioculturels.

Réduction des symptômes généraux et somatiques

Les résultats de la présente recension indiquent que l'art-thérapie contribue à une réduction des symptômes généraux (Thyme *et al.*, 2009), mais surtout des symptômes somatiques (Buday 2019; Chan et Michaels, 2022; Jalambadani et Borji, 2019; Thyme *et al.*, 2009). Ceux-ci apparaissent parfois comme la conséquence d'émotions vives, non intégrées ou mal régulées, pouvant accentuer les manifestations physiques désagréables dans le corps souffrant (Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). En mettant l'accent sur le développement de l'attention et de la conscience de soi, l'art-thérapie renforce la flexibilité émotionnelle et cognitive, permettant ainsi de recréer des pensées et des sensations physiques positives (Jalambadani et Borji, 2019).

Enfin, au-delà des symptômes somatiques telles que la douleur, la fatigue, l'insomnie, la perte d'appétit, la peur et l'anxiété peuvent s'ajouter des répercussions plus profondes comme la confusion, la détresse, le manque de confiance, la dépression, une diminution de la qualité de vie et une perte d'identité (Chan et Michaels, 2022). Cela illustre le rapport étroit entre la santé physique et la santé mentale.

4.1.3 Sur le corps vécu

À travers l'épreuve de la maladie, la souffrance corporelle interpelle les femmes dans leur totalité, à un niveau existentiel et parfois spirituel (Guité-Verret et Vachon, 2022). Elles appréhendent désormais le monde avec un regard renouvelé, plus conscientes de leur corporalité, de leur rapport au monde et de leur propre finitude.

L'image corporelle

L'image corporelle a fait l'objet de nombreuses études dans la littérature scientifique, notamment dans le contexte du cancer du sein et de ses répercussions sur la qualité de vie des patientes. Toutefois, peu de recherches se sont véritablement intéressées à l'expérience vécue du corps, et plus rares encore sont celles qui abordent cet aspect dans le domaine de l'art-thérapie. Pourtant, comme le soulignent Effa et ses collaborateurs, « à l'instar de la qualité de vie, l'image corporelle influence la santé cognitive, physique, émotionnelle, sociale et comportementale des personnes atteintes d'un cancer du sein, démontrant la multidimensionnalité du concept » (2020, p. 432).

Dans la revue systématique de Patel et ses collaborateurs (2025), parmi les dix articles sélectionnés portant sur les interventions en art visuel, une seule étude s'est penchée sur l'image corporelle soit celle de Thyme *et al.* (2009). Ces chercheurs ont mené un total de cinq séances en groupe d'art-thérapie auprès d'un groupe témoin de 20 participantes suivant les traitements oncologiques. Le protocole comprenait également un groupe contrôle de 21 participantes. Les chercheurs n'ont trouvé aucune différence significative entre les deux groupes concernant l'image corporelle.

Une recension des écrits menée par Effa et ses collaborateurs (2020) a regroupé des études portant sur l'exercice physique (l'entraînement musculaire, le yoga et le Pilates) ainsi que sur l'art-thérapie, en lien avec l'image corporelle. Les auteurs n'ont trouvé aucune étude combinant ces deux approches, et une seule portait spécifiquement sur l'art-thérapie (Svensk *et al.*, 2009). Cette dernière n'a relevé aucune différence significative concernant l'image corporelle, à l'exception du suivi post-traitement. En effet, six mois après la fin des cinq séances, une amélioration intra-groupe significative de l'image corporelle a été observée dans le groupe d'art-thérapie (n = 20) entre la mesure initiale (effectuée avant la randomisation et le début de la radiothérapie) et la mesure finale (six mois plus tard). Toutefois, Svensk et ses collaborateurs (2009) avancent que ces résultats

pourraient être liés, du moins en partie, au phénomène de déplacement de réponse (Jansen *et al.* 2001)

Le déplacement de réponse désigne une mesure des résultats rapportés par les patients qui reflète une amélioration au fil du temps, non pas parce que l'état du patient s'est amélioré, mais parce que celui-ci s'est adapté psychologiquement à ses nouvelles conditions de vie [...] afin de mieux les gérer (Ilie *et al.*, 2019, p. 2).

Finalement, une étude menée par Chan et Michaels (2022) met en lumière des effets positifs de l'art-thérapie sur l'image corporelle pendant et après les interventions. Ces auteurs ont mené une étude en valorisant une méthode mixte développée en deux phases. La première phase reposait sur une approche non-directive visant à identifier les objectifs thérapeutiques et les thèmes centraux dégagés par les participantes (n = 54, séparées en neuf groupes) dont le deuil et les réajustements. La deuxième phase consistait en six séances structurées en art-thérapie. Parmi les principales préoccupations exprimées par les participantes figuraient les transformations de l'image corporelle et de l'identité pendant et après les traitements médicaux. Leurs résultats ont démontré que l'art-thérapie facilite l'adaptation et l'acceptation de ces transformations (Chan et Michaels, 2022).

Deux éléments pourraient expliquer cette différence. Premièrement, le fait de tenir compte dès le départ des pensées, des besoins et des objectifs du groupe a potentiellement contribué à l'optimisation des ressources pour faire face aux changements corporels. Deuxièmement, il est plausible que le moment choisi, c'est-à-dire la période de rémission, ait été plus propice à percevoir et intégrer un réel changement. En effet, certaines participantes ont mentionné avoir l'impression de revenir à la conscience à la fin de leur suivi à l'hôpital (Chan et Michaels, 2022; Svensk *et al.*, 2009).

Image corporelle et sécurité intérieure (neuroception)

Lorsqu'une tempête surgit, le premier réflexe est de se mettre à l'abri. Mais que se passe-t-il lorsque la menace provient de l'intérieur même de notre corps? Comment rétablir un sentiment de sécurité ?

Le concept de neuroception, pierre angulaire de la Théorie Polyvagale développé par Stephen Porges, désigne un processus neurophysiologique subconscient par lequel le système nerveux évalue continuellement le niveau de sécurité ou de menace dans notre environnement (Porges, 2025). Ce processus est programmé pour détecter les signaux sûrs ou risqués afin de déclencher des réponses autonomes qui orientent les comportements relatifs aux interactions sociales ou les stratégies défensives (Porges, 2025). Par exemple, si la personne perçoit qu'elle est en sécurité, son système nerveux parasympathique s'active ce qui favorise la détente et rend l'interaction possible envers les autres. Inversement, si la neuroception identifie des signaux de danger, le système nerveux sympathique mobilise l'organisme en réaction, soit vers la lutte ou la fuite (Porges, 2025). Dans les situations perçues comme menaçantes pour la vie, l'activation du système vagal dorsal peut entraîner une immobilisation ou contribuer à des états dissociatifs (Porges, 2025). Bien que la théorie de Porges fasse encore l'objet de critiques de la part de certains physiologistes (Grossman *et al.*, 2026), le concept de neuroception demeure une hypothèse intéressante et pertinente pour décrire comment les êtres humains perçoivent et ressentent leur réalité.

L'art pour retrouver un sentiment de sécurité

Pour les femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein, les expériences liées à la maladie peuvent entraîner une méfiance envers leur propre corps. Cette insécurité corporelle affecte non seulement leur sentiment de sécurité intérieure, mais compromet également leur capacité à s'engager socialement, même dans des environnements familiers (Taylor *et al.*, 2026).

En 2020, Gerge et ses collaborateurs ont mené un essai randomisé concernant l'image du corps auprès de femmes ayant survécu à un cancer du sein ou un cancer gynécologique. L'étude a impliqué 57 participantes qui ont produit 65 images (Gerge, 2020). Celles-ci ont ensuite été analysées à l'aide du *Safety Assessment Tool of Pictorial Artefact* (SATPA), un outil développé par Gerge en 2017. Le SATPA est conçu pour évaluer les niveaux d'activation physiologique manifestés dans les images (Gerge, 2017). Au total, 11 thèmes et perspectives liés à la neuroception ont été identifiés, tels que les symboles, les états corporels et les postures représentées dans les créations artistiques des participantes. Ces dernières ont créé des œuvres illustrant leurs propres perceptions de l'image du corps à trois moments distincts : avant, pendant et après la psychothérapie par les arts.

Les résultats ont indiqué que l'image du corps a évolué vers une neuroception accrue de sécurité à la fin du suivi (Gerge *et al.*, 2020). Cela suggère que les femmes ont développé une perception plus sécurisante de leur corps, conduisant à une plus grande relaxation et à un sentiment de sécurité, ce qui a influencé positivement leur relation avec leur corps, elle-même et les autres (Gerge *et al.*, 2020).

Les chercheurs ont également observé que les œuvres réalisées avant et après le suivi présentaient des différences visuelles significatives. Avant la psychothérapie par l'art, les autoportraits des femmes représentaient des corps déstabilisés, tandis qu'après le suivi, les corps dessinés exprimaient une force intérieure et un ancrage plus solide. Plus précisément, 25 % des participantes avaient représenté leur corps de manière fragmentée avant la psychothérapie par l'art, une configuration souvent associée à une expérience de menace sévère et d'effondrement psychique (Gerge *et al.*, 2020). Après l'intervention, le pourcentage diminuait à 7,1%. De même, 25 % des participantes se représentaient sans sein ou sans leur partie génitale avant la psychothérapie par l'art même si elles ont eu recours à une reconstruction mammaire contre 7,1% après le suivi. Ces représentations initiales peuvent être interprétées comme le reflet d'un sentiment d'impuissance ou d'un morcellement au niveau de l'image du corps. Cependant, il est essentiel de rappeler que dans certaines cultures, la représentation de l'humain, surtout des parties intimes, demeure taboue et inappropriée (Gerge, 2017). Par ailleurs, il est possible qu'au début de leur parcours, certaines femmes aient préféré se représenter sans sein parce qu'elles associaient cet organe à quelque chose de dangereux.

En somme, les œuvres artistiques réalisées par les femmes atteintes d'un cancer du sein ou gynécologique en thérapie reflètent potentiellement leur neuroception, mais des études futures sont nécessaires pour développer cette hypothèse. De plus, l'étude de Gerge et ses collaborateurs (2020) ne peut être généralisée puisqu'il n'existe aucune donnée sur la valeur SATPA pour les non-cliniciens. Finalement, la subjectivité varie grandement en fonction des cultures.

Incarnation (embodiment)

Dans l'étude de Weinfeld-Yehoudayan et ses collaborateurs (2025), la dimension de l'incarnation (*embodiment*) figure parmi les sous-échelles de l'outil DRAWEP, tel que présenté précédemment. Pour évaluer cette composante, les auteurs ont examiné la manière dont le corps des participantes

entrait en contact avec leur monde intérieur, puis le papier et les matériaux artistiques. Ainsi, les patientes qui recouraient davantage à la symbolisation, notamment par l'utilisation de l'image et de la métaphore pour exprimer leur expérience concernant le vécu du corps dans sa totalité, obtenaient des scores plus élevés à l'échelle de l'incarnation (Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025).

Les résultats révèlent par ailleurs qu'un score élevé à cette sous-échelle est significativement et négativement corrélé aux symptômes dépressifs (Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). Autrement dit, plus une personne s'investit corporellement et psychiquement dans son processus créatif, moins elle tend à présenter de symptômes dépressifs. Néanmoins, les symptômes dépressifs peuvent aussi influencer l'énergie déployée dans la création. Les auteurs soulignent que des recherches futures demeurent nécessaires pour confirmer cette corrélation.

4.1.4 Devant un traumatisme

Une méta-analyse au sujet de la détresse psychologique associée à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein (Fortin *et al.*, 2021) rapportent une prévalence de 31% relativement aux symptômes post-traumatiques. À noter que ces manifestations ne conduisent pas systématiquement à un diagnostic de trouble du stress post-traumatique (TSPT) car celui-ci dépend entre autres de la durée des symptômes et de leur impact sur le fonctionnement social ou professionnel (Barnhill et Zimmerman, 2023). Bien que la majorité des femmes ne développent pas un TSPT en lien avec l'expérience du cancer du sein, il demeure important de reconnaître cette possibilité et d'orienter les patientes concernées vers un soutien adapté lorsque nécessaire.

Lors d'une reviviscence traumatique, l'aire de Broca, responsable de la verbalisation des pensées et des émotions, semble s'éteindre (van der Kolk, 2021, p. 85). Située dans l'hémisphère gauche du cerveau, cette partie est associée aux faits, aux informations factuelles et objectives et au vocabulaire. Une déconnexion temporaire de l'aire de Broca pourrait donc expliquer, du moins en partie, les limites de la thérapie verbale (van der Kolk, 2021). Dans ce contexte, la thérapie par les arts apparaît particulièrement pertinente en ce qu'elle sollicite les zones de l'hémisphère droit du cerveau, lesquelles sont liées aux émotions, aux expériences visuelles, à l'intuition, à la spatialité ainsi qu'à la perception tactile (van der Kolk, 2021, p. 84).

Ces données soulignent l'importance de considérer les expériences traumatisantes antérieures, notamment celles liées à l'image corporelle ou à l'intégrité physique, lorsqu'elles peuvent être réactivées chez certaines patientes durant et après leur parcours de traitement (Gerge *et al.*, 2020). À cet égard, Buday explique que

Lorsqu'une personne est confrontée à un traumatisme, il a été démontré que l'expression de ses émotions et de ses expériences par le biais de métaphores et d'images est utile, car il est souvent difficile de verbaliser ce que l'on vit. (2019, p. 86)

Chez les personnes qui ont vécu un traumatisme, les chercheurs ont observé une tendance à regrouper et encapsuler des symboles dans leurs productions artistiques comme autant de tentatives d'adaptation et de protection (Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). Par conséquent, le rôle de l'art-thérapeute consiste en premier lieu à créer un climat sécuritaire. À cet effet, Chan et Michaels (2022) ainsi que Weinfeld-Yehoudayan et ses collaborateurs (2025) ont proposé aux patientes, lors de la première séance, de créer un lieu de sécurité afin d'offrir aux patientes un point d'ancrage visuel vers lequel elles peuvent se tourner lorsque les vagues d'angoisses refont surface. La création d'un tel refuge constitue un premier pas vers soi, permettant de tracer doucement un chemin vers l'intériorité. Selon Klein (2009), le processus art-thérapeutique débute par cet accès à l'intériorité, lequel peut être favorisé de différentes manières, comme la méditation, la relaxation, l'imagerie guidée ou la représentation d'un lieu sûr.

4.2 Les facteurs de changement

Les femmes atteintes d'un cancer du sein sont projetées dans une expérience qui peut leur sembler suspendue, hors du temps. Dans cet intervalle où les structures internes (psychiques, identitaires et corporelles) semblent elles aussi passer sous le bistouri, l'art-thérapie devient un espace entièrement dédié à soi. Cet espace ouvre la voie à une métamorphose, une nouvelle perspective : il offre aux femmes non seulement la possibilité de transformer leur création, mais aussi l'occasion de transformer et de reconstruire leur perception d'elles-mêmes, favorisant ainsi l'émergence de changements profonds et une meilleure adaptation à la maladie (Chan et Michael, 2022; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025). Par ailleurs, plus la personne s'engage activement dans le processus art-thérapeutique, plus les effets observés tendent à être positifs, soutenant des transformations plus grandes et plus intégrées (Patel *et al.*, 2025; Weinfeld-Yehoudayan *et al.*, 2025).

4.2.1 Empowerment : reprise narrative de leur vécu

La prise en charge médicale entraîne une diminution importante du pouvoir d'agir. Plusieurs femmes rapportent ne plus avoir de contrôle sur de nombreux aspects de leur vie : les décisions liées au cancer, la durée des traitements, leur niveau d'énergie, l'amplitude de leurs mouvements ou encore les pertes physiques, cognitives et symboliques qu'elles subissent (Guité-Verret et Vachon, 2022). Le corps n'a plus la même autonomie qu'avant la maladie, ce qui accentue le sentiment de dépossession.

Le désir de retrouver leur agentivité, c'est-à-dire le sentiment d'exercer une certaine maîtrise et une capacité d'agir sur leur propre vie devient donc central. Dans cette perspective, l'art-thérapie contribue à raviver cette agentivité en permettant un passage du statut de patiente à celui de participante active. Les femmes se remettent alors en mouvement dans le respect de leurs limitations physiques : c'est tout le corps qui s'implique dans la création, une création qu'elles ont choisie, qu'elles ont eu la liberté de représenter selon leurs propres symboles. Par ailleurs, les résultats des études recensées montrent clairement que les interventions en art-thérapie augmentent l'autonomisation, la capacité d'agir et le sentiment d'auto-efficacité (Buday, 2019; Gerge *et al.*, 2020; Jalambadani et Borji, 2019).

4.2.2 Saisir le sens pour mieux s'incarner

Le besoin de donner un sens au cancer à partir de son récit personnel est universel et représente un enjeu existentiel dans le processus de guérison (Guité-Verret et Vachon, 2022). Dans l'étude phénoménologique de Buday (2019), les femmes ont pu construire une expression unique de la maladie et lui attribuer un sens lors d'un atelier ponctuel d'art-thérapie basée sur la création d'un photogramme. L'auteure souligne que cette étude constitue un point de départ intéressant pour mieux comprendre la manière dont les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein donnent un sens à la maladie. Toutefois, elle précise que des recherches plus vastes et menées sur une plus longue durée sont nécessaires pour approfondir et confirmer ces résultats.

Enfin, les productions artistiques des patientes semblent avoir ouvert la voie à un nouveau récit incarné et à un potentiel de croissance post-traumatique (Gerge *et al.*, 2020). Cette évolution

témoigne du potentiel de l'art-thérapie pour remanier le rapport au corps et favoriser une reprise narrative plus intégrée et plus humaine de l'expérience vécue.

5. DISCUSSION

Les résultats qui précèdent ont mis en lumière les effets bénéfiques de l'art-thérapie sur la santé mentale, physique et somatique des femmes atteintes d'un cancer du sein ou en rémission. Certains thèmes ont cependant été peu explorés par les auteurs, notamment l'identité et la symbolisation. Cette section vise donc, dans un premier temps, à approfondir ces thèmes, puis à établir un parallèle entre le cancer et le rite de passage, avant d'aborder le potentiel de la danse-thérapie et l'importance de la sécurité dans l'accompagnement thérapeutique.

5.1 *L'identité*

Pour de nombreuses femmes ayant subi une mastectomie, l'observation de leur corps devant un miroir révèle souvent la cicatrice, un rappel physique de leur combat contre le cancer. Cependant, cette image ne se limite pas à l'expérience médicale : elle convoque également une profonde remise en question identitaire à propos de la perception de ce que signifie « être femme ». Le diagnostic et le traitement du cancer du sein confrontent les injonctions liées au genre et les normes sociales associées au féminin. Cela conduit à une introspection sur la signification de la féminité, la perte potentielle ou réelle de la capacité à procréer, et la distinction entre les désirs personnels et les attentes socioculturelles. À ces réaménagements identitaires s'ajoute une catégorisation liée à la maladie. Tout au long du parcours de soins, les femmes sont désignées comme « malades » ou « patientes » puis, après la fin des traitements actifs, comme « survivantes ».

Bien que l'identité occupe une place centrale dans l'expérience des femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein, elle est rarement abordée comme un thème central explicitement nommé dans les études recensées, celles-ci se concentrant principalement sur des résultats jugés plus facilement mesurables. En effet, des variables telles que la réduction de l'anxiété, de la dépression ou de l'amélioration de la qualité de vie peuvent être évaluées à l'aide d'échelles

standardisées. Dans la présente revue narrative, seule l'étude menée par Chan et Michaels (2022) a intégré l'identité parmi ses mots-clés.

Cette absence relative s'explique par la nature intrinsèquement complexe du concept d'identité, lequel ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature. Pour certains auteurs, l'identité est synonyme du soi, tandis que pour d'autres, elle constitue une composante du soi (Berjot et Bourguignon, 2023). Selon Pireyre (2015), l'identité s'inscrit comme l'une des sous-composantes interdépendantes de l'image du corps. Sa construction s'opère entre autres à travers l'expérience vécue des sensations corporelles permettant à l'individu d'éprouver un sentiment d'identité et de continuité de soi. Au-delà de son assise corporelle, l'identité est également décrite comme « un processus d'interprétation [...] ce n'est pas une image ou une étiquette figée, [mais un ensemble] d'interprétations en constante évolution et transformation » (McNiff, 1988, p. 94). En résumé, l'identité s'élabore comme une construction narrative, symbolique et sociale.

Bien que l'identité n'ait été qu'effleurée, la notion du soi est présente dans l'ensemble des écrits recensés, à travers des concepts tels que l'image de soi, l'acceptation de soi et la conscience de soi, et le soi phénoménal, c'est-à-dire le soi tel que vécu par la personne à l'instant précis (Gerge *et al.*, 2020). Il s'avère important au regard des données précédentes d'accorder plus d'attention aux atteintes identitaires à plus long terme, c'est-à-dire à la suite du processus de rémission. Vu la complexité et les dimensions multiples de l'identité, cette dernière demande un certain recul pour se déployer.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le moment le plus approprié et opportun pour l'art-thérapie se situe à la fin des traitements invasifs (Chan et Michaels, 2022; Gerge *et al.*, 2020; Svensk *et al.*, 2009). De nombreuses femmes considèrent la période qui suit les traitements comme une phase d'adaptation et de transition chargée en émotions. L'acte de créer n'est pas futile : il ouvre un chemin vers les dimensions profondes de l'identité de la personne.

5.2 L'expérience du cancer comme rite de passage

La phase de rémission dure en moyenne cinq ans. Durant cet entre-deux ponctué d'incertitudes, un médicament est généralement prescrit afin de réduire au maximum le risque de récurrence. La peur

d'être malade à nouveau se conjugue alors à un travail de reconstruction et de réaffirmation identitaire (Riessman, 2008). À cet effet, plusieurs auteurs adoptant une perspective anthropologique établissent un parallèle intéressant entre l'expérience du cancer et une transition de type rite de passage ² caractérisée par trois phases : la séparation, la liminalité et l'incorporation (ou la ré-incorporation) (Sibbett, 2008).

La séparation correspond à la sortie d'un statut antérieur au sein de la structure sociale à laquelle la personne appartenait (Sibbett, 2008). Les femmes passent d'un statut de « femme en bonne santé » à celui de « patiente ». Le cancer remue leur vie habituelle, leur état de santé, leur identité, leur image du corps et leurs croyances. Les ruptures sont multiples : perte d'un statut, d'un ou de plusieurs rôles, de repères, de leurs seins, parfois de leur emploi. Cette première phase leur donne l'impression d'être hors du temps, comme si leur monde intérieur (leur corps-maison) s'effondrait, pendant que le reste du monde continue de tourner.

Puis vient la phase de liminalité qui correspond à l'entre-deux, c'est-à-dire au temps de transition situé entre l'avant et l'après cancer. Elle comprend les traitements, les changements corporels et l'attente des résultats (Sibbett, 2008). Durant cette traversée, la femme chemine dans une quête identitaire et une quête de sens. Tel le serpent qui mue, elle se retrouve entre deux peaux : celle qu'elle a dû quitter et celle qui n'est pas encore tout à fait sienne. Suspendue entre perte et devenir, cette phase porte en elle une possibilité de renaissance, de transformation. Il ne s'agit pas d'un retour à ce qu'elle était, mais plutôt de laisser émerger une version d'elle-même plus incarnée, plus consciente de sa fragilité tout autant que de ses ressources intérieures.

Enfin, la phase d'incorporation (ou de ré-incorporation) marque la clôture du rite de passage et signifie que la personne a changé d'état ou de statut. Dans le contexte du cancer du sein, cette phase correspond à la fin des traitements actifs et l'entrée dans le statut de survivante (Sibbett, 2008). Les femmes intègrent doucement les changements physiques et psychologiques, s'adaptent à leur nouvelle réalité et reconstruisent leur identité en tenant compte de l'expérience de la maladie.

² Une théorie développée par Arnold van Gennep

C'est notamment dans cette perspective que l'art-thérapie assure une transition entre différents états. L'art-thérapie offre aux femmes un espace et une suspension du temps leur permettant de se distancer du contexte biomédical afin de renouer avec leur réalité subjective (Sibbett, 2008). Ce détour par la création les invite également à faire le point sur leur propre vie, à mettre de l'ordre dans leur maison intérieure et à se dégager de la charge symbolique et affective associée au cancer du sein. C'est une occasion de déconstruire ce qui ne leur sert plus et d'ouvrir un espace pour accueillir autre chose.

Bref, l'art-thérapie accompagne ces femmes dans la réintégration progressive de leur maison intérieure, leur permettant d'habiter leur corps de manière plus authentique et plus sensible au monde qui les entoure. En réapprivoisant leurs ressentis, elles découvrent qu'elles peuvent à nouveau se fier à leur expérience intérieure et ce faisant, réaménager leur rapport à leur corporalité (Hamel, 2014). Ce processus met en évidence le rôle du corps comme voie d'accès à une conscience de soi plus intégrée.

5.3 La symbolisation

La faculté de symboliser est inhérente à la condition humaine (Klein, 2009). Il s'agit de la capacité à représenter quelque chose par des symboles, à comprendre ces symboles et à tisser un rapport de signification entre eux. Le processus de symbolisation se déploie en trois étapes. D'abord, l'expérience subjective s'inscrit dans la psyché sous forme de trace mnésique perceptive. Celle-ci est ensuite liée et symbolisée principalement en représentation de chose, avant d'être finalement transférée dans l'appareil de langage, c'est-à-dire la symbolisation secondaire, celle de la mise en mots et de la mise en sens (Roussillon, 2004).

Le passage de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire est essentiel pour traiter, comprendre et intégrer les émotions ainsi que le matériel refoulé. L'absence de ce processus de représentation et de symbolisation rend le deuil difficile, voire impossible, puisque l'introjection de l'expérience subjective et des mouvements pulsionnels et émotionnels qui lui sont associés se trouve bloquée (Roussillon, 2004). L'art-thérapie parvient à mettre en image des pans de leur histoire, aidant ainsi les femmes à s'approprier leur vécu. Elle facilite également le processus de symbolisation dans la mesure où elle offre la possibilité de donner une forme visible aux ressentis. Plus précisément, cette approche les amène à représenter ce qui les tourmente et à appréhender les

éléments sous-jacents à leur diagnostic, à leur inconfort ou à leurs symptômes. Ce processus s'opère grâce aux allers-retours et à une mise en mouvement entre le vécu corporel et la symbolisation de l'expérience (Antoni, 2018). C'est donc en représentant que l'on parvient à se représenter.

À cet effet, Sibbett (2005) souligne que l'expérience du cancer peut engendrer des sensations, des perceptions et des modifications dans le corps ayant un impact à la fois physique et fonctionnel, tout en suscitant des réponses émotionnelles intenses. Elle revêt souvent une dimension symbolique importante (Sibbett, 2005). L'art-thérapie, par sa nature à la fois kinesthésique/sensorielle, perceptuelle/affective et cognitive/symbolique lorsqu'inscrite en concordance avec le continuum des thérapies expressives (CTE) (Hinz, 2019), facilite l'expression et l'intégration de ces dimensions (Hogan, 2012). Le modèle CTE s'avère particulièrement pertinent pour intervenir auprès de personnes en contexte traumatique puisque le trauma couvre l'ensemble des niveaux précédemment énumérés. Il permet de retisser les liens entre le corps, l'esprit et le cerveau (van der Kolk, 2021).

Bien que ce processus n'efface ni la souffrance ni l'histoire des patientes, il modifie néanmoins leur rapport subjectif au corps-vécu (Guité-Verret et Vachon, 2022; Roussillon, 2004). La symbolisation, par l'intermédiaire des médiums artistiques, de la métaphore et de l'image, permet de projeter les états intérieurs, de les transformer de manière psychologiquement adaptée afin de les interioriser de nouveau (Jauffret *et al.*, 2025).

Ce ne sont pas seulement les matériaux qui importent, mais tout le processus créatif et la manière dont les femmes les utilisent : l'amplitude et la direction des mouvements, le rapport à la matière, la quantité de matière plastique appliquée, ou encore le bris volontaire ou involontaire, etc. Entrent également en jeu les sensations, les émotions et les pensées que ces gestes et images font émerger, ainsi que le sens que les femmes leur accordent.

5.4 Corps et image : vers une approche hybride alliant art-thérapie et danse-thérapie

L'expérience du cancer du sein est une expérience profondément corporelle et incarnée (Sibbett, 2005). Mobiliser la dimension kinesthésique s'avère dès lors essentiel dans l'accompagnement thérapeutique, particulièrement en contexte traumatique (van der Kolk, 2021). Le corps étant à la

fois vecteur de guérison, d'expression et d'*empowerment* (Cantrick *et al.*, 2018), intégrer le mouvement aux séances d'art-thérapie, ou encore collaborer avec un ou une danse-thérapeute, pourrait offrir des conditions et des outils supplémentaires pour accompagner les femmes vers une résolution et une réappropriation de leur corps, de leur vécu et de leur identité.

Plusieurs études portant sur la danse-thérapie font état de différences significatives concernant la perception de l'image corporelle en faveur des groupes d'intervention, comparativement aux groupes témoins (Barcelos de Souza *et al.*, 2025; Patel *et al.*, 2025). Dans la méta-analyse de Patel et ses collaborateurs (2025), trois études sur cinq (60 %) ont rapporté de telles différences. En revanche, cette même méta-analyse n'a pas mis en évidence un impact comparable sur la dépression et l'anxiété, contrairement à l'art-thérapie qui a démontré une diminution significative des symptômes anxieux et dépressifs.

Selon Zedet Saunders (2026), la danse-thérapie permet d'apprivoiser un corps en transition, de l'habiter à nouveau, d'accueillir les effets des traitements tout en cultivant une conscience et un confort corporel renouvelé. Elle offre également un espace sécurisant où les femmes peuvent non seulement percevoir les transformations physiques et émotionnelles liées au traitement, mais aussi y répondre activement par le geste et l'expression corporelle (Cantrick *et al.*, 2018). À cet égard, Koch et Fuchs (2011) soutiennent que les gestes et les postures exercent une influence sur la perception, l'action, l'émotion et la cognition. Selon ces auteurs, lorsqu'une femme adopte une posture de fierté par exemple, elle ne fait pas que l'exprimer physiquement : elle amplifie le sentiment lui-même et reconfigure la perception qu'elle a d'elle-même et de son corps.

En somme, l'image et le mouvement étroitement tissés ensemble, semblent constituer un moyen particulièrement puissant pour aider les femmes atteintes d'un cancer du sein à renouer avec leur corps et, à travers lui, avec elles-mêmes.

5.5 L'importance de la sécurité

Les résultats de cette recherche soulignent l'importance de la sécurité pour les femmes atteintes ou en rémission d'un cancer du sein. En art-thérapie, « grâce à la présence du thérapeute et au réceptacle que constitue l'image, se trouvent la sécurité et le soutien nécessaires pour aider le corps à vivre et à traverser une catharsis réparatrice » (Hogan, 2012 p. 145). Le rôle de l'art-thérapeute

n'est pas d'analyser les productions artistiques, mais d'accompagner la personne vers la symbolisation. Contrairement à la psychothérapie traditionnelle où la personne s'exprime au « je », l'art-thérapie offre une mise à distance bienveillante en invitant la personne à s'exprimer à travers l'image, c'est-à-dire à la troisième personne, de manière indirecte, ce qui s'avère moins menaçant (Sibbett, 2005) et moins brutal. Cette médiation suppose également une alliance thérapeutique solide, à partir de laquelle les femmes se sentent suffisamment en confiance pour retrouver un sentiment de sécurité intérieure.

5.6 Les limites de la recherche

La présente recension des écrits comporte des limites importantes qu'il convient de souligner. D'abord, il est possible qu'un biais interprétatif, inhérent à ce type de méthodologie, a pu influencer la sélection des sources et le processus d'écriture de la chercheuse. De plus, bien que plusieurs stratégies aient été mises en place, cette recension des écrits ne prétend pas à l'exhaustivité, s'inscrivant avant tout dans le cadre d'un essai de deuxième cycle universitaire.

Par ailleurs, certaines limites sont également présentes dans la littérature existante. Sur le plan méthodologique des articles recensés, la taille des échantillons était généralement très réduite, ce qui limite considérablement la généralisation des résultats. La courte durée des interventions constitue également une limite importante, la majorité des études comptait moins de huit séances, ce qui restreint la possibilité d'observer des effets à moyen et long terme sur le corps vécu.

Sur le plan clinique, le travail en lien avec le trauma s'avère particulièrement difficile à isoler comme variable, d'autant que certaines participantes présentaient peut-être un trouble de stress post-traumatique non diagnostiqué, ce qui a pu influencer les résultats sans être pris en compte dans les analyses.

Enfin, la formation et l'expérience de l'art-thérapeute représentent une limite non négligeable. Dans l'étude de Chan et Michaels (2022), l'analyse des données a été réalisée par une art-thérapeute disposant d'une expérience limitée en recherche, ce qui soulève des questions quant à la rigueur analytique. Les recherches futures gagneraient à privilégier des études longitudinales, à mieux opérationnaliser les concepts clés et à tenir compte des biais culturels susceptibles d'influencer l'expérience du corps et de la féminité.

CONCLUSION

*Ta maison n'est pas brisée, mais craquelée.
 À travers les fissures, la lumière jaillit.
 Je t'invite à humidifier l'argile...
 À solidifier les fondations...
 À façonner de nouveaux espaces...
 À devenir l'architecte de ton monde intérieur.*

Lorsque le diagnostic survient, ce n'est pas seulement un organe qui est atteint : c'est l'ensemble de la maison intérieure de la patiente qui vacille, traversée par une expérience qui ébranle à la fois le corps, l'esprit et l'identité. La présente revue narrative avait pour objectif d'examiner comment l'art-thérapie peut favoriser une réappropriation positive du corps vécu chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ou en rémission. Elle a permis de documenter les bénéfices de cette approche sur les plans physique, psychologique et somatique. Puis, elle a exploré son rôle dans le soutien du pouvoir d'agir et de la quête de sens des femmes dans leur parcours de guérison.

À la lumière des écrits recensés et de la discussion, cette recherche met en évidence l'importance d'un cadre thérapeutique sécurisant pour permettre aux femmes de se réapproprier cet espace intérieur. Les données analysées montrent que l'art-thérapie ne se limite pas à un espace d'expression : elle constitue également un lieu de rencontre avec soi, de réflexion sur l'existence et de transformation du vécu subjectif. Par la création, les femmes peuvent donner forme à leur expérience, la déposer à l'extérieur d'elles-mêmes, la modifier, puis l'intégrer autrement. Les médiums artistiques et l'image créent ainsi un pont entre le monde intérieur et le monde extérieur. L'image devient un objet tiers, une représentation symbolique, concrète et parfois complexe des préoccupations de la personne. Elle offre un espace de projection qui favorise une meilleure compréhension de soi et facilite la relation aux autres, particulièrement lorsqu'elle est créée dans un contexte de groupe (Springham et Huet, 2018). Le fait d'être vue, entendue, soutenue et comprise dans son expérience contribue à la préservation d'une forme de continuité psychique (Buday, 2019) et soutient la résilience individuelle et collective (Riessman, 2008).

Bien que la question de l'identité n'ait pas été abordée aussi directement que souhaité dans les études recensées, elle demeure au cœur de l'expérience du cancer du sein. Des recherches futures

de nature phénoménologique et longitudinale seraient nécessaires afin d'approfondir le potentiel de l'art-thérapie dans le soutien à la reconstruction identitaire.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Aimé, A., Dion, J. et Maïano, C. (dir.). (2022). L'image corporelle sous toutes ses formes. Presses de l'Université du Québec.
- Antoni, A. (2018). *Les possibilités en art-thérapie de créer le lien entre corps, psyché et création avec un groupe de femmes atteintes du cancer* [Mémoire de fin de formation, Centre Rhapsodie]. <https://www.anne-antoni.com/wp-content/uploads/2021/05/Anne-Antoni-MEMOIRE-compressé.pdf>
- Baas, C., Henry, M. et Mathelin, C. (2008). Les reconstructions mammaires : enjeux médicaux et psychologiques. *Psycho-Oncologie*, 2, 71-76.
- Barcelos de Souza, J. C., Rodrigues Gil, P., da Silveira, J., de Bem Fretta, T. et Coutinho de Azevedo Guimarães, A. (2025). What are the effects of free dance and dance therapy on self-esteem, anxiety, body image and depressive symptoms of women undergoing breast cancer surgery? A randomized clinical trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 42, 1159-1167.
- Barnhill, J. W. et Zimmerman, M. (2023). Trouble de stress post-traumatique. *Manuel MSD, version pour professionnels*. Berjot, S. et Bourguignon, D. (2023). *Le Soi et l'identité en psychologie sociale : Fondements, concepts et applications*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.berjo.2023.01>.
- Berjot, S. et Bourguignon, D. (2023). *Le Soi et l'identité en psychologie sociale : Fondements, concepts et applications*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.berjo.2023.01>.
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G. et Van Laarhoven, H. W. M. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: A systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2289-2298. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Boudrahem, S. (2022). Sexualité de la femme après un cancer du sein : une dimension souvent méconnue. Dans J.-C. Ferrandez et D. Serin (dir.), *Cancer du sein : rééducation, réadaptation, qualité de vie* (p. 202-203). Elsevier Health Sciences.
- Boudrias, S. (2021). Neuroscience and somatic art therapy: Emotional memory reconsolidation. Dans J. Hamel, *Somatic art therapy: Alleviating pain and trauma through art* (p. 51-62). Routledge.
- Bredart, A., Swaine Verdier, A. et Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale" (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho Oncologie*, 1, 24-30. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0001-9>

- Brullmann, F. (2007). Reconstruction du sein après cancer : témoignages cliniques. *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 75-82. <https://doi.org/10.3917/rfps.031.0075>.
- Buday, K. M. (2019). Mending through metaphor: Art therapy for healing in cancer care. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 32(2), 86-94. <https://doi.org/10.1080/08322473.2019.1603073>
- Canadian Society of Breast Imaging. (2025, 10 mars). *Canadian Society of Breast Imaging statement in response to the Canadian Task Force for Preventative Health Care updates*. <https://csbi.ca/canadian-society-of-breast-imaging-statement-in-response-to-the-canadian-task-force-for-preventative-health-care-updates/>
- Cantrick, M., Anderson, T., Bennett Leighton, L. et Warning, M. (2018). Embodying activism: Reconciling injustice through dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 40, 191–201. <https://doi.org/10.1007/s10465-018-9288-2>
- Chan, N. C. T. et Michaels, D. (2022). Brief, structured, group art therapy for women with breast and/or gynaecological cancer. *International Journal of Art Therapy*, 27(3), 130-142. <https://doi.org/10.1080/17454832.2022.2088818>
- Choi, L. (2023). Cancer du sein. Dans *Manuel Merck, version pour le grand public*. Merck Manuals. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/cancer-du-sein/cancer-du-sein>
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2021). Étude et perspective. Gouvernement du Québec. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/actualites/etude-perspective>
- Collette, N., Sola, I., Bonfill, X. et Pascual, A. (2022). Art therapy in advanced cancer: A mapping review of the evidence. *Current Oncology Reports*, 24(12), 1715-1730. <https://doi.org/10.1007/s11912-022-01321-0>
- Comtet, M., Sonigo, C., Valdelièvre, C., Sermondade, N., Sifer, C. et Grynberg, M. (2015). Préservation de la fertilité chez les patientes atteintes de cancer du sein : état de l'art en 2014 ? *Bulletin du Cancer*, 102(5), 443-453. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.01.008>
- Cordeau, D., Bélanger, M. et Courtois, F. (2015). Intérêt de l'évaluation de la sensibilité sur la région périnéale et la poitrine pour le diagnostic des dysfonctions sexuelles chez la femme. *Sexologies*, 24(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.04.006>
- Craus, O., Soulié, M., Dugert, F. Kimmel, M. Rodriguez Cortina, B. et Yoon, B. (2025). Enlever, pallier, cicatriser : les atteintes corporelles et psychiques de la chirurgie oncologique. *L'évolution Psychiatrique*, 90(4), p.601-618. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2025.06.006>
- Cronin, P., Ryan, F. et Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-44.

- Deschodt, G. (2010). La pudeur, un bilan. *Hypothèses*, 13(1), 95-105.
<https://doi.org/10.3917/hyp.091.0095>.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.
- Dong, T., Magne Fongang, A. G. et Njifon Nsangou, H. (2023). Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein. *Perspectives Psy*, 62(3), 268–277. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2023623268>
- D'Souza, M. S., Gidda, R., Karkada, S. N. et Nairy, A. (2025). Déterminants de l'expérience des soins de soutien vécue par des femmes atteintes d'un cancer du sein habitant en milieu rural en Colombie-Britannique. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 35(3), 429-445.
<https://doi.org/10.5737/23688076353429>
- Effa, C. J., Dolgoy, N. D., et McNeely, M. L. (2020). Resistance exercise and art therapy on body image in breast cancer: A scoping review. *Women's Health Reports*, 1(1), 424-435.
<https://doi.org/10.1089/whr.2020.0058>.
- Ely, C. et Scott, I. (2007). *Essential study skills for nursing*. Elsevier.
- Ernest, K. R. (2023). Vécu du deuil du sein chez des femmes mastectomisées : perception du nouveau corps. *Revue Internationale De La Recherche Scientifique (Revue-IRS)*, 1(6), 1253-1263. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10420577>
- Feldman, R., Rosenthal, Z. et Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>
- Fernandez-Henocque, M. et Geider, S. (2016). L'apport de l'art-thérapie en oncologie. *Cancer(s) et psy(s)*, 2(1), 116-126. <https://doi.org/10.3917/crpsy.002.0116>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235.
<https://doi.org/10.1179/2047480615Z.0000000000329>
- Fischer, G. N. et Tarquinio, C. (2014). *Psychologie de la santé, applications et interventions*. Dunod.
- Fondras, J. C. (2007). Qu'est-ce que la douleur ? Enjeux philosophiques d'une définition. *Psycho Oncologie*, 1, 76-80. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0019-z>
- Fortin, J., Leblanc, M., Elgbeili, G., Cordova, M. J., Marin, M.-F. et Brunet, A. (2021). The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 125(11), 1582-1592. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01542-3>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.

- Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. Verso.
- Froidevaux-Metterie, C. (2020). *La révolution du féminin*. Gallimard.
- Gagnon, É. et Marcotte, R. (2023). De la pudeur dans les soins. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.7202/1098553ar>
- Gerge, A. (2017). *Psychotherapeutic development: Assessment of pictures through development of the SATPA : a safety assessment tool of pictorial artefacts*. Aalborg Universitetsforlag. <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.hum.00094>
- Gerge, A., Pedersen, I. N., Gattino, G. et Wärja, M. (2020). The body in the mind – Assessing the phenomenal self through paintings created by gynaecological cancer survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 71, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101691>
- Geue, K., Goetze, H., Buttstaedt, M., Kleinert, E., Richter, D. et Singer, S. (2010). An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(3-4), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.04.001>
- Ghaffari, F., Ghahramanian, A., Zamanzadeh, V., Onyeka, T. C., Davoodi, A., Mazaheri, E. et Asghari-Jafarabadi, M. (2020). Patient-centred communication for women with breast cancer: Relation to body image perception. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4674-4684. <https://doi.org/10.1111/jocn.15508>
- Godin, L. (2016). *Anorexie, boulimie et société : penser des corps qui dérangent*. Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2024, 1^{er} février). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/depistage-et-offre-de-tests-de-porteur/programme-quebécois-de-depistage-du-cancer-du-sein>
- Gouvernement du Québec. (2026, 4 mai). *Santé : conséquences des stéréotypes sur le développement*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/effets-stereotypes-sante>
- Greenberg, L. S. (2021). Research on emotional change. Dans L. S. Greenberg (dir.), *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide* (p. 39-57). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000248-003>
- Grogan, S. (1999). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Routledge.
- Grossman, P., Ackland, G. L., Allen, A. M., Berntson, G. G., Booth, L. C., Burghardt, G. M. et Zucker, I. H. (2026). Scientific evaluation of polyvagal theory: Fundamental conceptual and physiological limitations. *Clinical Neuropsychiatry*. Publication en ligne avant impression.

- Grove, S. K., Burns, N. et Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (7^e éd.). Elsevier.
- Guéguen, N. (2025). Les seins des femmes, au centre du désir des hommes : regards masculin et féminin. *Sexologies*, 34(2), 103-108. <https://doi.org/10.1684/sexol.2025.62>
- Guimond, A.-J. (2019). *Le rôle de la régulation émotionnelle dans l'adaptation psychologique au cancer* [Thèse de doctorat, Université Laval].
- Guité-Verret, A. et Vachon, M. (2022). Creuser un chemin en soi : l'expérience du corps racontée par des femmes atteintes d'un cancer du sein. Dans F. Vinit et C. Thiboutot (dir.), *Habiter le monde au féminin : Entre récits et phénoménologie* (p. 23-45). Presses de l'Université du Québec.
- Hamel, J. (2014). *L'art-thérapie somatique : pour aider à guérir la douleur chronique* (3^e éd.). Québec-livres.
- Hannoun-Levi, J. M. (2005). Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*, 9(3), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2004.11.005>
- Hinz, L. D. (2019). *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy* (2^e éd.). Routledge.
- Hogan, S. (2012). *Art therapy and the creative process: A guide for practitioners*. Jessica Kingsley.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of european sciences and transcendental phenomenology*. Northwestern University Press.
- Ilie, G., Bradfield, J., Moodie, L., Lawen, T., Ilie, A., Lawen, Z., Blackman, C., Gainer, R. et Rutledge, R. D. H. (2019). The role of response-shift in studies assessing quality of life outcomes among cancer patients: A systematic review. *Frontiers in Oncology*, 9(783), 1-25. <https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00783>
- Institut national de santé publique. (2021). *Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Direction de la valorisation scientifique et qualité. Gouvernement du Québec.
- International Association for the Study of Pain. (2020, 16 juillet). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Jalambadani, Z et Borji, A. (2019). Effectiveness of mindfulness-based art therapy on healthy quality of life in women with breast cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 193-197.

- Jang, S. H., Kang, S. Y., Lee, H. J. et Lee, S. Y. (2016). Beneficial effect of mindfulness-based art therapy in patients with breast cancer: A randomized controlled trial. *Explore*, 12(5), 333-340.
- Jansen, S. J. T., Stiggelbout, A. M., Nooij, E. M. et Kievit, J. (2001). Response shift in quality of life measurement in early-stage breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Quality of Life Research*, 9, 603-615.
- Jauffret Seron, V., Klein, J.-P. et Toledano, A. (2025). Les arts-thérapies en oncologie : la création au service de l'accompagnement des patients atteints de cancer. *Journal de l'hypnose et de la santé intégrative*, 30(1), 66-75. <https://doi.org/10.3917/jhsi.030.0066>
- Klein, J.-P. (2009). Symbolisations accompagnées. *Perspectives Psy*, 48(3), 265-270. <https://shs.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-3-page-265?lang=fr>.
- Knobé, S. (2008). Personnification et individualisation des corps malades : enjeu politique ou gestion individuelle dans la lutte contre le cancer du sein. *Lien social et Politiques*, (59), 93-102. <https://doi.org/10.7202/018816ar>
- Koch, S. C. et Fuchs, T. (2011). Embodied arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 38(4), 276-280. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.08.007>
- Kwok, C., Sullivan, G. et Cant, R. (2006). The role of culture in breast health practices among Chinese-Australian women. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 268-276. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.03.003>
- Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 41-58. <https://doi-org.proxy.cegepat.qc.ca/10.3917/rfps.031.0041>
- L'Écuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Presses Universitaires de France.
- Lécuyer, Y. (2023). L'hypersexualisation de la poitrine des femmes. *Europe des Droits & Libertés / Europe of Rights & Liberties*, 8(2), 473-490.
- Lelièvre, M., Delpech, L. et Sudres, J. L. (2024). « Sens et motions » : apports d'un soin de support art-thérapeutique en oncologie. Une analyse mixte dans le cadre d'une étude exploratoire. *Canadian Journal of Art Therapy*, 37(2), 157-169. <https://doi.org/10.1080/26907240.2024.2408853>
- Marcotte, S. (2023). *Cancer mode d'emploi : un guide pour affronter la tourmente*. Cardinal.
- Marshall, C. et Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research* (6^e éd.). Sage.

- Mathelin, C. et Annane, K. (2005). Répercussions somatiques et psychologiques des modifications hormonales liées aux traitements adjuvants des cancers du sein de la femme jeune. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(3), 151-156.
<https://doi.org/10.1007/s10332-005-0075-1>
- Mathieu, J. (2022). *Les approches conservatrices utilisées dans la réadaptation physique des patientes atteintes d'un cancer du sein devant subir ou ayant subi une mastectomie : une revue intégrative de la littérature* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10303/>
- Mazoyer, A.-V., Michaud, C. et Bourdet-Loubère, S. (2023). Projections et identifications chez une jeune mère en rémission d'un cancer du sein génétique. *Psychologie clinique et projective*, 33(1), 51-74. <https://doi.org/10.3917/pcp.033.0051>.
- McNiff, S. (1988). *Fundamentals of art therapy*. Charles C Thomas.
- Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Mucchielli, A. et Paillé, P. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J. et Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.006>
- Nambiema, A., Fouquet, J., Guilloteau, J. et Descatha, A. (2021). La revue systématique et autres types de revue de la littérature : qu'est-ce que c'est, quand, comment, pourquoi ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 82(5), 539-552.
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2021.03.004>
- Odermatt, R., Wolfer, A. et Zaman, K. (2013). Hormonothérapie dans le cancer du sein : efficacité et effets adverses. *Revue Médicale Suisse*, 9(387), 1090-1094.
- Odoul, M. (2006). *Un corps pour me soigner, une âme pour me guérir : aux sources de la guérison*. Albin Michel.
- Ouandelous, N., et Zouani, N. (2021). Grossesse et cancer : entre Eros et Thanatos – illustration d'un cas clinique [Article scientifique, Université Hadj Lakhdar].
- Patel, A., Dehkordi, S. R., Lee, S. F., Bhinder, J., Abud, A., Al Aadah, C. F., Thavarajah, E., Al Hayah, T., Kennedy, S., Fazelzad, R., Nyhof-Young, J., Lustberg, M., Jones, J. M., Chan, A. W., Chow, E., Wong, H. C. Y., Kwan, J. Y. Y. et Al-Khaifi, M. (2025). Effectiveness of art interventions on improving psychological outcomes and quality of life among survivors of breast cancer: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*.
<https://doi.org/10.1007/s11764-025-01864-8>

- PERSPECTIVE (2025). *Évaluation personnalisée du risque*.
<https://etudeperspective.ca/evaluation-personnalisee-du-risque>
- Piot, V. et Plante, P. (2009). L'approche studio libre en oncologie : description de l'atelier offert par Maurice Brault à la Fondation Québécoise du Cancer. *Revue québécoise de psychologie*, 30(3), 99-119.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept* (2^e éd.). Dunod.
- Planchon, C. A. (2004). L'art-thérapie en cancérologie. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3(1), 33-38. <https://doi.org/10.1007/s10332-004-0006-6>
- Porges, S. W. (2025). Polyvagal theory: A journey from physiological observation to neural innervation and clinical insight. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 19, 1-32.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2025.1659083>
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin.
- Pounders, K. et Mason, M. (2018). Embodiment, illness, and gender: The intersected and disrupted identities of young women with breast cancer. Dans S. N. N. Cross, C. Ruvalcaba, A. Venkatesh et R. W. Belk (dir.), *Research in Consumer Behavior* (19), 107-121.
<https://doi.org/10.1108/S0885-211120180000019008>
- Ramelli, E. (2020). *Sensibilité du sein en reconstruction mammaire : analyse, intérêt et perspectives* [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg].
https://publicationtheses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_RAMELLI_Eloi.pdf
- Ranieri, J., Di Giacomo, D., Guerra, F., Cilli, E., Martelli, A., Ciciarelli, V., Ventura, A. et Fagnoli, M. C. (2022). Early diagnosis of melanoma and breast cancer in women: Influence of body image perception. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159264>
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, (3), 247-254.
- Rhondali, W., Chirac, A. et Filbet, M. (2013). L'art-thérapie en soins palliatifs : une étude qualitative. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 12(6), 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2012.11.002>
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage.
- Roussillon, R. (2004). *Processus de symbolisation et niveaux d'appropriation subjective* [Document non publié]. <https://reneroussillon.com/wp-content/uploads/2014/07/symbol-et-subjec-2-04.pdf>

- Ruban Rose. (2025a). *Cancer du sein chez l'homme*. <https://rubanrose.org/je-minforme/prevention-et-sensibilisation/cancer-du-sein-chez-lhomme/>
- Ruban Rose. (2025b). *Qu'est-ce que le cancer du sein ?* <https://rubanrose.org/je-minforme/prevention-et-sensibilisation/quest-ce-que-le-cancer-du-sein/>
- Saracci, C., Mahamat, M. et Jacquério, F. (2019). Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Revue médicale suisse*, 15(664), 1694-1698.
- Schilder, P. (1980). *L'image du corps : étude des forces constructives de la psyché* (F. Gantheret et P. Truffert, trad.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1935)
- Sebri, V., Martino, M. L., Singer, J., D'Onofrio, I. et Lemmo, D. (2025). Transformative process in narratives of bodily autobiographical memories: A psychological clinical group intervention with breast cancer survivors. *Health Psychology Open*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/20551029251317905>
- Seely, J. M., Ellison, L. F., Billette, J.-M., Zhang, S. X. et Wilkinson, A. N. (2024). Incidence of breast cancer in younger women: A Canadian trend analysis. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 75(4), 847-854. <https://doi.org/10.1177/08465371241246422>
- Seghaier, A., Ounis, M., Bouchahda, R. et Kaabia, O. (2024). Image de soi chez les patientes avec un cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 52(5), 348-380. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.03.038>
- Sibbett, C. (2005). Art therapy and the cancer experience. Dans D. E. Gussak et E. A. G. Gussak (dir.), *The Wiley handbook of art therapy* (p. 315-328). John Wiley & Sons.
- Sibbett, C. (2008). Liminal embodiment: Embodied and sensory experience in cancer care and art therapy. Dans C. Sibbett et D. Waller (dir.), *Art therapy and cancer care* (p. 97-158). OUP.
- Société canadienne du cancer. (2024, mai). *Statistiques sur le cancer du sein*. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/statistics>
- Société canadienne du cancer. (2025). *Les seins : qu'est-ce que le cancer du sein ?* <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/what-is-breast-cancer/the-breasts>
- Spica, L., Bendiane, M. K., Peretti-Watel, P. et Rey, D. (2010). L'expérience de la douleur parmi des femmes atteintes d'un cancer du sein (cohorte ELIPPSE). *Bulletin du Cancer*, 97(8), 909-916. <https://doi.org/10.1684/bdc.2010.1133>
- Springham, N. et Huet, V. (2018). Art as relational encounter: An ostensive communication theory of art therapy. *Art Therapy*, 35(1), 4-10. <https://doi.org/10.1080/07421656.2018.1460103>
- Statistique Canada. (2022, 26 octobre). *Les immigrants représentent la plus grande part de la population depuis plus de 150 ans et continuent de façonner qui nous sommes en tant que*

Canadiens. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026a-fra.htm>

- Steiner, P. (2005). Introduction : cognitivisme et sciences cognitives. *Labyrinthe*, 20(1), 13-39. <https://doi.org/10.4000/labyrinthe.88>
- Suzor, C. (2017). Miroirs : identité, intimité, sexualité postmastectomie totale. *Psycho Oncologie*, 11, 33-36. <https://doi.org/10.1007/s11839-017-0611-9>
- Svensk, A. C., Öster, I., Thyme, K. E., Magnusson, E., Sjödin, M., Eisemann, M., Åström, S. et Lindh, J. (2009). Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: A randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 18, 69-77.
- Taylor, P., Morton, L. et Cogan, N. (2026). Feeling unsafe in one's own body: The impact of illness on psychological safety and social engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23(2), 148. <https://doi.org/10.3390/ijerph23020148>
- Thyme, K. E., Sundin, E. C., Wiberg, B., Öster, I., Åström, S. et Lindh, J. (2009). Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: A randomized controlled clinical study. *Palliative and Supportive Care*, 7(1), 87-95. <https://doi.org/10.1017/S147895150900011X>
- Vader, K., Bostick, G. P., Carlesso, L. C., Hunter, J., Mesaroli, G., Perreault, K., Tousignant-Laflamme, Y., Tupper, S., Walton, D. M., Wideman, T. H. et Miller, J. (2021). La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie. *Physiotherapy Canada / Physiotherapie Canada*, 73(2), 106-109. <https://doi.org/10.3138/ptc-2020-0124-gef>
- van der Kolk, B. (2021). *Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Pocket.
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Left Coast Press.
- Wang, Y. (2025). Body and perception: A study of Merleau-Ponty's theory of the body. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 78, 50-55.
- Weinfeld-Yehoudayan, A., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L. et Cohen, M. (2025). Using drawings to measure emotional processing in breast cancer survivors and its association with depression, pain, and fatigue. *Psycho-Oncology*, 34(2). <https://doi.org/10.1002/pon.70099>
- Wilkinson, A. N., Ng, C., Ellison, L. F. et Seely, J. M. (2025). Breast cancer incidence and mortality, by age, stage and molecular subtypes, by race/ethnicity in Canada. *The Oncologist*, 30(8), 1-10. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyae283>

- Wood, M. J. M., Molassiotis, A. et Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(2), 135-145. <https://doi.org/10.1002/pon.1722>
- Zedet Saunders, C. (2026). L'impact de la danse thérapie dans l'accompagnement des personnes atteintes de cancer : regards croisés entre une danse thérapeute et une psychologue, les premiers pas d'une co-construction en santé intégrative. *Journal de l'hypnose et de la santé intégrative*, 34(1), 99-108. <https://doi.org/10.3917/jhsi.034.0099>.
- Zimmers, S., Brédart, A. et Dolbeault, S. (2012). L'accompagnement psychologique des femmes après un cancer du sein. *Soins*, 57(765), 50-52. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2012.03.024>