

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
LOUISE PERRON

EFFET DE L'IMAGERIE MENTALE SUR L'ANXIÉTÉ  
ET LA PERCEPTION DE CONTRÔLE INTERNE SUR LA SANTÉ DES  
PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

SEPTEMBRE 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

Ce travail de recherche a pour but de vérifier si une intervention psychothérapeutique utilisant l'imagerie mentale permet d'offrir un soutien psychologique aux personnes atteintes de cancer dont le nombre est sans cesse croissant au Québec. Plus spécifiquement, cette étude vise à évaluer si l'imagerie mentale diminue l'anxiété des personnes atteintes de cancer et augmente la perception de contrôle sur leur santé comparativement à un groupe de thérapie et à un groupe de soutien. De plus, elle explore, au moyen de présentation de cas, l'expérience vécue par les participants avec l'imagerie et les bénéfices qu'ils ont retirés de l'intervention. Pour ce faire, 34 personnes atteintes de cancer de la population québécoise participent à trois différents types d'intervention : groupe d'imagerie mentale ( $n = 19$ ), groupe de thérapie ( $n = 6$ ) et groupe de soutien ( $n = 9$ ). Chaque participant de l'échantillon est soumis à trois évaluations : un questionnaire socio-démographique, l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA-Y; Spielberger, Gorsuch, Luschene, Vaag, & Jacobs, 1983) mesurant le niveau d'anxiété et enfin l'échelle du Multidimensional Health Locus Control Scale (MHLC-C; Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978) évaluant la perception de contrôle sur la santé. Les résultats quantitatifs de cette étude montrent que l'imagerie mentale diminue l'anxiété des personnes atteintes de cancer et que ce type d'intervention s'avère plus efficace qu'un groupe de thérapie pour empêcher une diminution de la perception de contrôle sur la santé chez les individus souffrant de cancer. Les résultats qualitatifs émergeant des présentations de cas montrent que l'imagerie facilite l'exploration psychologique, aide à la prise de conscience de conflits psychiques et favorise leur

dénouement chez plus de la moitié des participants de ce groupe. De plus, contrairement aux données quantitatives, l'étude révèle que l'imagerie permet à ces malades de contacter leurs ressources intérieures et de développer des sentiments de contrôle, de sécurité et d'espoir. L'utilisation de l'imagerie, durant les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, permet de diminuer l'anxiété et encourage le malade à se centrer sur la guérison et à participer activement au traitement. L'imagerie mentale apparaît en somme une intervention efficace pour réduire l'anxiété des personnes atteintes de cancer ce qui ouvre la porte à son utilisation comme support psychologique auprès de ces malades et comme méthode complémentaire aux traitements médicaux.

## *Table des matières*

Sommaire .....	ii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux .....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique.....	5
Relation entre le corps et l'esprit .....	6
Réactions physiologiques .....	9
Réactions psychologiques .....	11
Facteurs prédisposant à la maladie .....	13
Stress et maladie .....	14
Traits de personnalité et maladie .....	14
Facteurs favorisant la guérison.....	17
Perception de contrôle chez l'individu.....	17
Soutien psychologique aux personnes atteintes de cancer .....	21
Imagerie mentale comme soutien psychologique.....	22
Définition et historique de l'imagerie mentale .....	23
Fonctionnement de l'imagerie .....	25
Rôle du thérapeute .....	30
Limites de l'utilisation de l'imagerie mentale.....	31
Effets de l'imagerie mentale sur l'anxiété.....	32
Effets de l'imagerie mentale sur la perception de contrôle.....	34
Objectifs et hypothèses de recherche.....	35
Méthode .....	37
Participants .....	38
Déroulement .....	39
Instruments de mesure .....	44
Résultats .....	47

Analyses descriptives.....	48
Influences des variables socio-démographiques.....	53
Vérification des hypothèses de recherche.....	55
Discussion.....	62
Données descriptives.....	63
Vérification des hypothèses de recherche.....	65
Forces, limites et recommandations.....	72
Présentation de cas.....	76
Le cas de Marjolaine.....	77
Le cas d'Estelle.....	83
Le cas de Rémi.....	88
Le cas d'Adrien.....	93
Effets de l'imagerie au niveau psychologique.....	98
Conclusion.....	102
Références.....	105
Appendice A Imageries.....	115
Appendice B Questionnaires.....	122

*Liste des tableaux*

Tableau 1	Caractéristiques socio-démographiques des participants .....	49
Tableau 2	Types de cancer retrouvés dans l'échantillon .....	51
Tableau 3	Traitements médicaux en cours.....	52
Tableau 4	Temps écoulé depuis le diagnostic de cancer .....	53
Tableau 5	Corrélations entre les variables socio-démographiques et les variables à l'étude .....	54
Tableau 6	Analyses de variance à mesures répétées de l'anxiété et de la perception de contrôle interne sur la santé des personnes atteintes de cancer des groupes d'imagerie, de thérapie et de soutien avant et après leur participation au groupe .....	56

*Liste des figures*

- Figure 1. Moyennes de l'état d'anxiété des trois groupes au pré-test et au post-test..... 58
- Figure 2. Moyennes de la perception de contrôle interne sur la santé des trois groupes au pré-test et au post- test. .... 60
- Figure 3. Scores de changement de la perception de contrôle interne sur la santé entre le pré-test et le post-test des trois groupes. .... 61

## *Remerciements*

Je désire exprimer ma reconnaissance à mes deux directeurs de recherche, monsieur Richard Hould, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour avoir été le premier à croire à la réalisation de mon projet de recherche et pour ses conseils judicieux tout au long de son élaboration et monsieur Léandre Boisvert, professeur à l'Université de Sherbrooke, pour le partage de ses expériences et pour l'encadrement et la supervision des interventions avec l'imagerie mentale.

Je remercie tout particulièrement madame Audrey Brassard, chargée de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son aide technique, ses encouragements et son amitié qui m'ont soutenue et m'ont permis de mener à terme mon mémoire et ma maîtrise.

Merci aux organismes de soutien aux personnes atteintes de cancer (dont je dois taire le nom pour des raisons de confidentialité) pour leur collaboration au recrutement des personnes atteintes de cancer et leur appui technique.

Finalement, j'adresse un sincère remerciement à ma sœur pour son appui inconditionnel et pour les nombreuses heures qu'elle a consacrées à alléger ma tâche.

## *Introduction*

Le cancer constitue un lourd fardeau pour la société au niveau humain, social et économique. Ce fardeau se traduit par des années de vie perdues, le décès prématuré des individus ainsi que par l'augmentation des coûts de santé. En effet, la Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada (2005) estiment qu'il y aura 149 000 nouveaux cas de cancer au Canada et 69 500 décès dus à cette maladie au cours de l'année 2005. Ces organismes rapportent un taux d'incidence selon lequel 38 % des femmes et 44 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2003) estime à plus de 35 000 les nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Québec pour l'année 2003, soit environ presque 100 cas par jour. En regard de cette situation, il devient primordial d'axer la recherche sur le traitement de cette maladie et sur l'évaluation d'interventions pouvant fournir un soutien psychologique au malade.

Aujourd'hui, de plus en plus de professionnels de la santé comprennent la nécessité de traiter la personne malade dans sa globalité en tenant compte de la dimension physique, psychologique et spirituelle (Achterberg, Dossey, & Kolkmeier, 1994). Médecins et psychologues constatent l'importance d'apporter un soutien psychologique complémentaire au traitement médical pour parvenir à une guérison complète et durable du cancer (LeShan, 1982; Simonton & Matthews-Simonton, 1981). Cependant, les

thérapies traditionnelles de type verbal semblent limitées avec des personnes malades qui vivent beaucoup d'anxiété et d'impuissance à la suite de l'annonce d'un diagnostic de cancer et surtout d'un pronostic de vie limitée, tant au niveau de la qualité que de la durée de vie (LeBaron, 1989).

La littérature scientifique rapporte qu'un niveau élevé d'anxiété diminue le système immunitaire et bloque les processus naturels de guérison entravant ainsi le rétablissement du malade (Chrousos & Gold, 1992). De plus, un sentiment d'impuissance empêche souvent la personne atteinte de cancer de participer activement à sa guérison (Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton, 1982). Par conséquent, un soutien psychologique utilisant les techniques d'imagerie mentale peut aider le malade à développer un sentiment de sécurité et de contrôle et favoriser une participation active au traitement de la maladie (Epstein, Manhart-Barrett, Halper, Seriff, Phillips, & Lowenstein, 2001). Ce soutien contribue aussi à renforcer sa santé psychologique et à rehausser son système immunitaire (Cousins, 1989 ; Dillon, Minchoff, & Baker, 1986; Tsao, Gordon, Maranto, Lerman, & Murasko, 1991).

La présente étude porte sur l'évaluation de l'efficacité de l'imagerie mentale comme aide psychologique pour réduire l'anxiété et augmenter la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer. Cet ouvrage comporte cinq chapitres. Le premier chapitre comprend une recension des études scientifiques portant sur l'influence du stress dans le déclenchement de la maladie et le rôle de la perception de contrôle dans

la guérison du malade. Cette section s'attarde également aux recherches reliées à l'utilisation de l'imagerie mentale comme soutien psychologique. Les objectifs de l'étude et les hypothèses de recherche complètent cette partie. Le deuxième chapitre porte sur la description des groupes de sujets et des instruments de mesure et sur le déroulement de l'expérimentation. Le troisième chapitre du travail est consacré à l'analyse des résultats. Le quatrième chapitre rapporte la discussion des résultats et comprend une présentation de cas pour expliquer les résultats et le fonctionnement de l'imagerie mentale. Une synthèse des effets de l'imagerie mentale au niveau psychologique complète cette partie. Le dernier chapitre comprend une brève conclusion de la recherche.

*Contexte théorique*

De nombreuses études (LeBaron, 1989; Pettingal, 1985; Schmale, 1972) démontrent la présence d'anxiété et d'un sentiment d'impuissance chez les personnes atteintes de cancer. Toutefois, peu de recherches mesurent l'efficacité d'intervention pouvant aider à réduire le niveau d'anxiété et à augmenter la perception de contrôle chez ces malades. Ce chapitre se divise en cinq sections principales. La première partie examine le lien entre le corps et l'esprit et décrit, plus particulièrement, les effets du stress sur l'individu. La deuxième section met en évidence certains facteurs prédisposant à la maladie alors que les facteurs favorisant la guérison sont abordés dans la troisième section. La section suivante présente l'imagerie mentale comme un outil d'intervention psychothérapeutique pour offrir un soutien psychologique aux personnes atteintes de cancer. Finalement, la dernière section énonce les objectifs et les hypothèses de recherche de la présente étude.

#### Relation entre le corps et l'esprit

Depuis plusieurs décennies, des recherches (Achterberg et al., 1994; Epstein et al., 2001; Simonton et al., 1982) sont effectuées dans le but d'améliorer le bien-être physique et psychologique des individus au prise avec des problèmes de santé. Bien que la science ait fait de grandes découvertes dans le domaine de la médecine, certaines maladies, dont le cancer, posent un défi de taille aux chercheurs. La recherche de

traitements pour guérir le cancer et d'autres maladies a conduit les chercheurs à explorer le rôle de l'esprit, du corps et des émotions dans le processus de la maladie (Achterberg et al., 1994; Epstein et al., 2001; Simonton et al., 1982).

Dès l'Antiquité, Socrate (377 ans av. J.-C.; cité dans Simonton & Henson, 1993) insiste sur la nécessité de tenir compte de l'esprit et des émotions pour soulager les symptômes physiques des malades et, selon lui, ignorer ce lien c'est faillir à son rôle de médecin. Par la suite, Galien (160 ans apr. J.-C.; cité dans Simonton & Henson, 1993) poursuit l'étude de l'influence de l'esprit sur le corps et devient le premier médecin à établir une relation entre les émotions et le cancer. Malheureusement, bien que déjà énoncé, le concept d'interrelation entre le psychologique et le physique a été mis de côté pendant de nombreuses années au profit d'une médecine scientifique centrée sur le traitement des symptômes physiques.

Aujourd'hui, plusieurs chercheurs (Achterberg et al., 1994; LeShan, 1982), autant dans le domaine de la psychologie que de la médecine, s'intéressent à l'influence de l'esprit sur le corps en insistant sur l'importance de traiter la personne malade dans sa globalité, en tenant compte des dimensions physique, psychologique et spirituelle pour obtenir une guérison complète et durable. Cette vision est partagée par Simonton et Matthews-Simonton (1975) qui expliquent que la maladie n'est pas exclusivement un problème physique mais qu'elle touche la personne toute entière. La maladie inclut non seulement le corps mais aussi l'esprit et les émotions et, par conséquent, un traitement

qui vise le maximum d'efficacité doit tenir compte de toutes les dimensions de l'être humain. En somme, si l'esprit, le corps et les émotions agissent comme un tout, comme un système unique, des changements dans l'état psychique conduisent à des changements dans l'état physique et inversement (Simonton et al., 1982).

Dillon et al. (1989) et Tsao et al. (1991) démontrent un lien entre l'attitude psychologique de la personne et sa guérison. En effet, les émotions telles que les sentiments de sécurité, de contrôle et de bien-être favorisent la santé psychologique et contribuent à rehausser les réponses immunitaires des individus. De plus, les guérisons et les rémissions spontanées des cancéreux en phase terminale semblent associées à un changement psychologique et à l'adoption d'une attitude positive face à leur avenir (LeShan, 1982; Simonton & Matthews-Simonton, 1975).

#### *Effets du stress sur l'individu*

La relation entre le corps et le psychisme a été clairement mise en évidence dans les travaux de Selye (1975) qui affirme que le stress favorise le déclenchement de la maladie chez l'individu. L'auteur définit le stress comme la réponse non spécifique du corps à toute demande qui lui est faite. Selon Selye (1975), le stress fait partie de la vie et la personne doit s'adapter continuellement aux modifications de son environnement interne et externe. Lorsque les états de stress deviennent trop nombreux, intenses ou successifs, ils risquent de dépasser les capacités d'adaptation de l'individu. Après une période de résistance ou de combat, le corps se fatigue et la personne entre dans une

phase d'épuisement. C'est dans cette phase qu'apparaissent souvent les désordres psychosomatiques qui constituent une menace pour la santé et même la vie de l'individu (Selye, 1974).

Des études récentes (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001) démontrent que ce n'est pas l'événement lui-même qui produit le stress mais bien la perception et le ressenti émotionnel et physiologique de l'individu. En effet, le stress résulte de la façon de percevoir certaines situations de la vie comme des menaces ou des pertes au lieu de les regarder comme des défis à surmonter. Par conséquent, l'individu éprouve du stress et de l'impuissance seulement s'il évalue l'événement stressant comme débordant ses ressources et ses capacités (Lazarus & Folkman, 1984). Si l'expérience est perçue comme menaçante, elle peut induire des perturbations émotionnelles et avoir à long terme des effets néfastes sur la santé psychique et physique (Ray, Lindop, & Gibson, 1982). Dans ce sens, le stress « perçu » devient plus significatif que le stress « réel » (Alder & Matthew, 1994; Lindsay & Norman, 1980). Ainsi, le stress reflète un sentiment d'impuissance et d'insécurité face à une situation perçue comme étant difficile à surmonter par l'individu (Holmes & Rahe, 1967).

### *Réactions physiologiques*

Depuis 1976, Benson effectue des recherches dans le but de comprendre les réactions physiologiques de l'organisme face au stress. L'auteur affirme que la réponse au stress conduit à la production d'hormones qui préparent à la fuite ou au combat : le

métabolisme s'accélère, le rythme cardiaque et la respiration augmentent de même que la pression artérielle et l'apport de sang aux muscles. De plus, cette réponse au stress peut perdurer et engendrer de nombreux problèmes de santé. Par contre, l'utilisation de la réponse de relaxation, c'est-à-dire l'état de détente, permet de traiter plusieurs symptômes reliés au stress comme l'anxiété et la détresse psychologique (Benson et al., 2001; Benson et al., 2002).

Les travaux de Chrousos et Gold (1992) présentent un intérêt fondamental pour la recherche médicale. Ces chercheurs ont été les premiers à démontrer que l'émotion n'est pas seulement un phénomène psychique, mais qu'elle a des répercussions sur le corps en entraînant des modifications organiques à travers le système nerveux autonome et le système endocrinien. En effet, le stress émotionnel exerce un impact significatif sur les processus physiologiques. Cet impact se traduit par la diminution de l'efficacité du système immunitaire et une altération des défenses naturelles du corps contre le cancer (Simonton et al., 1982). Tout dérèglement important dans la réponse adaptative de l'individu au stress se manifeste par de l'anxiété, des maladies affectives et des processus inflammatoires chroniques (Chrousos & Gold, 1992). Ainsi, le stress et l'anxiété deviennent des facteurs importants dans la prédisposition et la résistance de l'organisme face au cancer (Simonton & Henson, 1993). En effet, une revue de la littérature effectuée par Schutzenberger (1978, 1979) sur 250 articles scientifiques confirme la relation entre les émotions, le stress et l'apparition d'une tumeur maligne ou d'une maladie grave.

### *Réactions psychologiques*

Dans la culture nord-américaine, trop de médecins considèrent le cancer comme un processus d'ordre purement biologique et négligent la contribution des facteurs psychologiques. De plus, ils sous-estiment souvent la détresse émotionnelle consécutive à un diagnostic de cancer et son impact sur l'évolution de la maladie et le bien-être psychologique des patients (Bruchon-Schweitzer, 1994).

Depuis les travaux d'Engel (1971) sur les effets des expériences traumatisantes pouvant entraîner la mort, peu de recherches ont été effectuées dans le but d'évaluer l'effet de l'anxiété après un diagnostic de cancer et surtout un pronostic de vie limitée. L'étude longitudinale de Simonton et Matthews-Simonton (1975), auprès de 159 personnes atteintes de cancer qui présentent une espérance de vie de moins de 6 mois, révèle que le stress vécu par le malade à l'annonce du diagnostic de cancer constitue un traumatisme très sévère. Selon ces auteurs, l'annonce soudaine d'une maladie parfois incurable, accompagnée d'un pronostic de vie limitée, ébranle la capacité d'adaptation de l'individu et le plonge dans un état de détresse psychologique. De plus, ces auteurs affirment que les théories de Rosenthal (cité dans Simonton et al., 1982) sur la réalisation automatique des prédictions (effet Pygmalion) s'appliqueraient aussi au cancer et exerceraient une influence déterminante sur l'évolution de la maladie et la durée de vie du patient. Lorsque le médecin croit en la fatalité de la maladie et que le malade croit en l'expertise de son médecin, alors l'attitude du médecin joue un rôle déterminant dans le traitement et l'évolution de la maladie (Goffman, 1976). Par contre,

une attitude confiante du malade et du médecin, des images mentales positives face à la maladie et à la guérison peuvent changer l'évolution et l'issue de la maladie (Schutzenberger, 1978,1979; Simonton & Matthews-Simonton, 1975).

Dans le même sens, Burns (2001) rapporte la présence d'un état de détresse émotionnelle intense comme une caractéristique des personnes cancéreuses. Cet état de stress entraîne des réactions psychologiques qui s'expriment par de l'angoisse, de la colère et de la dépression (Fabre & Ong, 1977). En réalité, une personne qui apprend, ou même imagine, qu'elle a le cancer vit un stress très intense dont les conséquences peuvent être fatales (Schutzenberger, 1978,1979). Selon Dantzer (1990), la réponse de stress s'avère souvent plus intense lorsqu'elle arrive d'une façon soudaine et inattendue et les réactions adaptatives du corps sont alors inversement proportionnelles au niveau d'intensité des émotions engendrées par la situation stressante.

#### *Manifestations de l'anxiété*

Les individus soumis au stress manifestent fréquemment des symptômes d'anxiété qui se traduisent par un état anxieux ou un trait d'anxiété (Cattell, 1966). En effet, l'anxiété s'exprime par un état temporaire et passager ou par un trait stable de personnalité (Spielberger,1972). Selon cet auteur, l'état d'anxiété se définit comme un ensemble de cognitions et d'affects momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante. Il se traduit par des sentiments d'appréhension, une perception de danger imminent associé à l'activation du système nerveux autonome et sympathique

(Spielberger & Laux, 1983). Pour sa part, le trait d'anxiété correspond à une dimension plus stable de la personnalité reliée à une tendance à percevoir les situations comme dangereuses ou menaçantes et à y répondre par un état d'anxiété élevé (Spielberger & Laux, 1983). En somme, c'est une sensibilité permanente aux agents anxiogènes de l'environnement qui s'accompagne d'une activation du système nerveux sympathique (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001). Par conséquent, les individus présentant un trait d'anxiété faible perçoivent les événements comme moins menaçants et ont une plus grande perception de contrôle que ceux qui possèdent un trait d'anxiété élevé (Spielberger & Laux, 1983).

#### Facteurs prédisposant à la maladie

L'être humain vit dans une société de plus en plus complexe qui nécessite une grande capacité d'adaptation. Les changements technologiques et les pressions sociales engendrent continuellement des situations de stress qui le forcent à s'adapter rapidement. C'est pourquoi plusieurs chercheurs (Gerits, 1997; LeShan, 1982; Riley, 1975; Simonton & Matthews-Simonton, 1975) étudient l'effet du stress sur la santé des individus et son rôle dans le développement de la maladie. Levy (1985) souligne que l'apparition et l'évolution du cancer résultent de l'interaction de facteurs génétiques, immunologiques, psychologiques et environnementaux.

### *Stress et maladie*

La quantité de stress présent dans l'environnement de l'individu semble avoir un lien significatif avec le développement du cancer (Riley, 1975). De plus, la confrontation à des événements de vie stressants est souvent associée à une évolution défavorable de la maladie (Gerits, 1997). D'autres recherches (Engel, 1971; Greene, 1966; Schmale, 1972) établissent aussi une relation entre l'apparition de la maladie et une difficulté d'adaptation prolongée à des changements de vie ou à une accumulation de problèmes. Parmi les situations stressantes et difficiles à surmonter par l'individu, la perte d'un objet d'amour significatif (un être cher, un emploi, etc.) est souvent mise en évidence (LeShan, 1959, 1982; Simonton & Matthews-Simonton, 1975). Une revue de la littérature effectuée par LeShan (1959), portant sur soixante-quinze recherches étudiant le rôle des facteurs psychosociaux dans le développement du cancer, arrive à la conclusion que la perte d'une relation affective importante est le facteur prédisant le mieux l'apparition du cancer. En effet, plusieurs études rapportent que la perte d'un proche précède souvent de six à dix-huit mois un diagnostic de cancer (Greene, 1966; LeShan, 1982; Schmale & Iker, 1971; Simonton & Matthews-Simonton, 1975). En plus de l'influence des événements stressants, les facteurs de la personnalité semblent directement reliés à l'origine ou au développement des maladies auto-immunes (Hammer, 1996).

### *Traits de personnalité et maladie*

Bon nombre de chercheurs (Eysenck, 1991; Greene, 1966; LeShan, 1982; Schmale & Iker, 1971) s'intéressent au lien entre la personnalité et la maladie. Dès 1926, Evans

publie les résultats d'une étude effectuée sur un échantillon de 100 patients atteints de cancer. Cette étude permet de comprendre le lien entre les traits de personnalité, le stress vécu et le développement de la maladie. Selon ses observations, de nombreux cancéreux rapportent la perte d'une relation émotionnelle importante avant l'apparition de la maladie. Ces individus semblent s'investir en totalité dans un seul objet (relation, travail, etc.) ou dans un seul rôle (parent, conjoint, etc.) tout en mettant de côté leur propre identité et leurs propres besoins. Lorsque la personne perd son objet d'amour ou son rôle, elle se retrouve dépourvue de ressources intérieures pour affronter cette perte. À la fin de sa recherche, Evans (1926) émet l'hypothèse que le cancer résulte de problèmes non résolus dans la vie des patients.

L'étude de LeShan (1982), portant sur l'analyse du récit de vie de 500 patients atteints de cancer, confirme les observations de Evans (1926). LeShan (1982) identifie quatre composantes typiques souvent présentes chez ces personnes. Premièrement, la jeunesse du patient est marquée par des sentiments d'isolement, de manque d'affection, de désespoir avec des relations interpersonnelles souvent très difficiles. Deuxièmement, au début de sa vie d'adulte, la personne semble capable d'établir une relation profonde ou trouver une grande satisfaction dans un travail qui devient sa raison de vivre. Troisièmement, si la relation ou le travail est éliminé, la personne vit alors un grand désespoir qui demeure enfoui en elle car elle ne parvient pas à exprimer ses sentiments de tristesse ou de colère. Finalement, elle perd le goût de vivre et la mort devient la seule issue. L'auteur rapporte que 76 % des patients cancéreux interviewés et 95 % des

patients en psychothérapie présentent la même histoire émotionnelle de base. Par contre, seulement 10 % du groupe contrôle de patients non cancéreux manifeste ce modèle de comportement. D'ailleurs, des recherches (Greene, 1966; LeShan, 1982; Schmale & Iker, 1971) rapportent la présence d'un sentiment de désespoir et d'impuissance chez les personnes atteintes de cancer et cela même avant son apparition.

Une étude plus récente de Eysenck (1991) décrit la personnalité prédisposée au cancer (personnalité de type C) comme agréable, non autoritaire, trop coopérante, cherchant l'harmonie et évitant le conflit. D'autre part, Temoshok (1987) met en évidence deux composantes psychiques souvent présentes chez les personnes atteintes de cancer. Tout d'abord, la présence d'une résignation et d'une perte de contrôle accompagnée d'un sentiment d'impuissance et de désespoir tel que rapporté par Seligman (1975). Ce sentiment d'impuissance face aux événements stressants que l'individu ne peut contrôler résulte d'échecs répétés entraînant ainsi l'abandon des efforts (Temoshok, 1987).

D'autres études montrent une relation entre la résignation apprise et l'apparition de tumeurs cancéreuses (Antoni-Michael & Goodkin, 1988; Wirsching, Georg, Hoffman, Riehl, & Schmidt, 1988). Les chercheurs expliquent que des comportements de résignation et d'impuissance affaiblissent le système immunitaire (Peterson & Seligman, 1987) et peuvent entraver le rétablissement des personnes atteintes de cancer (Pettingale, 1985). La deuxième composante psychique observée concerne l'incapacité à reconnaître

et à verbaliser les émotions, en particulier, la colère (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001 ; Temoshok, 1987). D'autres études vont dans le même sens, indiquant que la répression émotionnelle est plus fréquente chez les cancéreux et qu'elle est associée à une moins grande espérance de vie (Contrada, Leventhal, & O'Leary, 1990). Les individus identifiés comme « anti-émotifs » auraient par conséquent plus de risques que d'autres personnes de développer le cancer (Grossarth-Maticek, Eysenck, Schmidt, & Vetter, 1988).

### Facteurs favorisant la guérison

Deux facteurs contribuent à aider les malades à traverser plus facilement la maladie. Un sentiment de pouvoir et de contrôle interne sur la santé favorisent une prise en charge par le malade de sa guérison et une participation active au traitement de sa maladie (Epstein, 2001). Un soutien psychologique complémentaire aux traitements médicaux permet de traiter la personne malade dans sa globalité et de favoriser la guérison (LeShan, 1982; Simonton & Matthews-Simonton (1975).

#### *Perception de contrôle chez l'individu*

Le contrôle est un concept polysémique (Nuissier, 1994), c'est-à-dire qu'il présente plusieurs sens. L'un de ses aspects est le lieu de contrôle (Locus of control) défini par Rotter (1966) comme une croyance généralisée de l'individu que les événements et leur issue dépendent ou non de son comportement et de ses actions. De plus, l'auteur met en

évidence la présence de deux lieux de contrôle distincts, soit un lieu de contrôle interne et un lieu de contrôle externe.

Des études plus récentes (Cohen & Edwards, 1989; Folkman, 1984; Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976; Wallston et al., 1978) précisent que le lieu de contrôle se manifeste chez l'individu par la tendance à croire, a priori, que les événements ultérieurs dépendent de facteurs internes (capacité, comportement, effort) ou de facteurs externes (destin, chance, hasard, autrui). La perception de contrôler ou non les événements constitue une dimension stable chez l'individu; elle correspond à la croyance ou non d'une relation causale entre son propre comportement et les résultats qui en découlent (Dubois, 1987). Cette perception dans la capacité de contrôler le cours des événements dépend de l'évaluation faite par l'individu de ses ressources personnelles et sociales (Cohen & Edwards, 1989; Folkman, 1984). Selon Lindsay et Norman (1980), la croyance dans la capacité de contrôler une situation serait un facteur cognitif important pouvant modérer la relation stress-émotions. Dans le même sens, Cohen et Edwards (1989) affirment que le contrôle interne est un modérateur significatif des effets du stress, tandis qu'un contrôle externe amplifie les perturbations psychologiques induites par le stress.

Étant donné la multidimensionnalité du concept de contrôle (Dubois, 1987), la psychologie de la santé utilise un concept plus spécifique au domaine médical soit le lieu de contrôle de la santé (Multidimensional Health Locus of Control ou MHLC)

développé par Wallston et al. (1978). Selon ces auteurs, le lieu de contrôle de la santé comprend deux dimensions, le lieu de contrôle interne de la santé (capacité, comportement, effort) et le lieu de contrôle externe de la santé (médecin, autrui, chance, destin). Bundek, Marks et Richardson (1993) précisent la définition du contrôle interne de la santé par une croyance que le maintien de la santé est déterminé par nos propres actions et nos propres décisions. D'autre part, le pouvoir du médecin et des autres renvoie à la croyance que les actions des médecins et des autres professionnels de la santé par leurs recommandations, leurs médications et leurs traitements s'avèrent les plus déterminantes pour le maintien de la santé de l'individu. En ce qui a trait à la chance, elle se définit par la croyance que la santé et la maladie sont largement une question de chance, de destin ou de hasard (Wallston et al. (1978).

#### *Effets de la perception de contrôle sur la guérison*

Plusieurs chercheurs estiment que le sentiment de perte de contrôle conduit à des comportements de victime et à des sentiments d'impuissance qui peuvent diminuer l'efficacité du système immunitaire (Goodall, 1994; Peterson & Seligman, 1987) et augmenter le risque de développer certaines maladies comme le cancer (Goodall, 1994). De plus, les sentiments d'impuissance qui accompagnent souvent le diagnostic du cancer peuvent entraver le rétablissement des malades (Pettingale, 1985). Une étude de l'histoire personnelle des patients atteints de cancer révèle la présence de sentiments d'impuissance et de désespoir accompagnés, de renoncement et d'abandon face à une situation pour laquelle la personne ne trouve pas de solution (Greene, 1966 ; Schmale,

1972). Selon ces auteurs, ce conflit apparaît souvent six mois avant le diagnostic du cancer.

Une étude effectuée auprès de 124 étudiants a permis à Johnston et Sarason (1978) de démontrer qu'il existe une relation positive entre l'anxiété, la dépression et le lieu de contrôle externe. Ainsi, selon Folkman (1984), dans une situation difficile, un individu possédant un lieu de contrôle interne est plus enclin à évaluer la situation comme étant contrôlable qu'un individu ayant un lieu de contrôle externe. C'est pour cette raison qu'un lieu de contrôle interne est considéré comme un facteur jouant un rôle protecteur contre le stress (Horner, 1998; Nelson & Cohen, 1983; Parkes, 1984; Sandler & Lakey, 1982; Turner & Noh, 1983).

En définitive, un lieu de contrôle interne de la santé favorise un style de vie sain et une bonne santé physique (Horner, 1998). La perception de contrôle perçue par le malade diminue la douleur, améliore la santé, favorise la guérison et contribue à une meilleure qualité de vie (Horner, 1998). Cette perception de contrôle se traduit par des comportements préventifs et une collaboration thérapeutique (Goodall, 1994). À l'opposé, un lieu de contrôle externe entraîne la passivité, le manque de collaboration et des comportements plus à risques pour la santé de l'individu (Horner, 1998).

### *Soutien psychologique aux personnes atteintes de cancer*

Quelques travaux, encore très rares, plaident pour un modèle de cofonctionnement bio-psycho-social dans la carcinogénèse et le traitement du cancer (Contrada et al., 1990). La durée, la gravité et la guérison de la maladie sont souvent si variables d'un patient à l'autre que l'hypothèse relative à une source psychologique à l'origine du cancer paraît pertinente (Bruchon-Schweitzer, 1994). Par conséquent, la compréhension de la maladie doit être multidisciplinaire et conduire à l'intégration des connaissances physiologiques, psychologiques et sociales dans le but d'offrir un traitement global pour guérir les souffrances psychiques et physiques des personnes malades (Steptoe, 1991).

Selon Paul-Cavallier (1998), le concept de maladie psychosomatique définit certaines maladies comme une impasse psychologique exprimée au niveau physique par le corps. L'auteur ajoute que les affects refoulés par l'individu se matérialisent dans un symptôme ou une maladie et, pour parvenir à guérir le malade, il faut intervenir simultanément sur le corps, l'esprit et les émotions. Selon cet auteur, un travail thérapeutique à l'aide des techniques d'imagerie mentale permet au malade de découvrir la signification de l'image symbolique exprimée par le symptôme, d'identifier le sens profond de la maladie et de verbaliser la somatisation ( Paul-Cavallier, 1998).

À ce jour, peu de recherches (Simonton et al., 1982) ont combiné des techniques thérapeutiques comme la relaxation, l'imagerie mentale et la thérapie de groupe dans le but de développer des stratégies de contrôle et d'adaptation afin de réduire des attitudes

dysfonctionnelles comme la détresse psychologique, l'anxiété, l'impuissance et le désespoir. Ces techniques ont pour objectifs de renforcer la perception de contrôle, de diminuer la détresse et l'anxiété des malades et d'augmenter l'immuno-compétence (Baum, Herberman, & Cohen, 1995).

LeShan (1977) ainsi que Simonton et Matthews-Simonton (1975) ont ouvert la voie à une intervention psychologique complémentaire au traitement médical. Selon les chercheurs, la combinaison de traitements physiques et psychologiques peut arrêter l'évolution fatale du cancer et conduire à des guérisons souvent attribuables à l'influence des images mentales positives chez le malade. La vision positive de la maladie et de la guérison peut être renforcée par une approche thérapeutique incluant la psychothérapie, la relaxation et l'imagerie mentale (Simonton & Matthews-Simonton, 1975).

### Imagerie mentale comme soutien psychologique

Aujourd'hui, le concept d'imagerie mentale suscite un intérêt grandissant dans le domaine de la psychologie et de la médecine en proposant un complément psychologique au traitement médical des symptômes physiques reliés au stress (Maak & Nolan, 1999). Les patients atteints de cancer sont souvent affaiblis par les traitements et requièrent un soutien physique, mental, émotionnel et spirituel (Baker, 2000). Les travaux de LeBaron (1989) démontrent que des sentiments d'impuissance et d'apathie sont souvent observés chez les personnes atteintes de cancer et qu'ils constituent un obstacle important à la résolution logique et rationnelle des problèmes. Les

psychothérapies centrées uniquement sur l'expression verbale semblent souvent limitées dans leur efficacité pour aider les personnes malades à résoudre les difficultés face à une crise existentielle (LeBaron, 1989). Selon cet auteur, le travail thérapeutique avec l'imagerie mentale et plus spécifiquement avec les images émergeant de l'inconscient du malade présente une valeur particulière pour l'aider à résoudre les dilemmes face à sa maladie voire même, sa mort. Ainsi, les thérapies utilisant l'imagerie mentale semblent s'avérer plus efficaces que les thérapies verbales avec des patients atteints de maladies graves et confrontés souvent à une espérance de vie limitée (LeBaron, 1989).

#### *Définition et historique de l'imagerie mentale*

Le concept d'imagerie mentale utilisé dans le cadre de cette recherche réfère à la technique décrite par Frétigny et Virel (1968) comme :

Une méthode d'exploration psychologique dans laquelle le sujet étant relaxé, apparaissent spontanément ou sur induction des images mentales, visuelles ou non, qui tendent à s'articuler selon un déroulement dramatique et dans laquelle le sujet verbalise ses sensations et ses états de conscience en présence du thérapeute. (p. 326)

L'état de conscience atteint durant l'imagerie mentale est décrit par Desoille (1961) comme :

Un état intermédiaire et nuancé entre l'état de veille et l'état de sommeil, entre le « physiologique » et le « psychique » est, par essence, le reflet de ce réservoir inépuisable où le sujet a accumulé depuis sa naissance, ses angoisses, ses craintes, ses désirs, ses espérances, lesquels demeurent, en tout état de cause et face au monde extérieur, les facteurs déterminants de son comportement. (p.10)

Freud (1926) s'avère le premier thérapeute à travailler avec les images émergeant de l'inconscient de ses clients et à essayer d'établir une psychologie des représentations. Selon cet auteur, les représentations chargées d'émotions sont à l'origine des souffrances psychiques. Il observe, au cours de sa pratique psychanalytique, que le matériel inconscient émerge plus souvent sous forme d'images que de mots et la compréhension de ce langage symbolique conduit à des prises de conscience importantes. De plus, il s'aperçoit que le symptôme, ressenti par le malade, exprime souvent à travers le corps un malaise profondément refoulé dans l'inconscient. Paul-Cavallier (1998) précise que la compréhension de l'image symbolique exprimée par le symptôme, permet d'identifier le sens profond du malaise et de verbaliser progressivement la somatisation.

Desoille (1957a, 1961) décrit l'imagerie mentale qu'il nomme « rêve éveillé dirigé » comme un état entre la vigilance et le sommeil, entre le conscient et l'inconscient. Elle est une porte ouverte sur les mémoires affectives et corporelles de l'individu. Selon cet auteur, c'est souvent sous forme d'images visuelles que l'individu prend conscience des sentiments et des émotions qui l'animent.

Par la suite, Jung (1971) ajoute une vision positive de l'inconscient en tant que réservoir du potentiel de la personne. Il propose le postulat que l'inconscient communique avec le Moi conscient en utilisant des images diurnes et nocturnes, des sentiments et des intuitions et que ces images symboliques favorisent toujours le bien-être de l'individu. L'auteur observe qu'au cours de la méditation et de l'imagerie, il

arrive parfois que se forment des images spontanées (archétypes) ayant en quelque sorte une « existence indépendante », une « vie en soi ». Au moyen de l'imagination active, il invite la personne à établir une communication avec les ressources positives de son inconscient.

La démarche anthropologique de Gilbert Durand (1963, 1984) enrichit considérablement la valeur de l'image mentale grâce à l'étude de sa fonction symbolique. Cet auteur définit l'image comme un symbole dont l'activité repose sur la production d'images conscientes et inconscientes souvent soumises à l'influence du milieu culturel. Il insiste sur l'expression créatrice de l'imaginaire et le pouvoir de transformation de l'activité symbolique. En effet, le symbolisme possède non seulement une capacité de représentation du conflit intérieur et du malaise, mais aussi une force et un pouvoir de transformation du conflit et du malaise ressentis (Durand, 1984). En somme, le symbole aurait une fonction médiatrice, libératrice, socialisante et thérapeutique (Ginger & Ginger, 1992).

#### *Fonctionnement de l'imagerie*

L'imagerie mentale se définit comme un processus de l'imagination qui a la capacité de donner une forme concrète et une structure aux sentiments inconscients, aux attitudes et aux éléments refoulés et ce processus est en lien avec les processus physiologiques autonomes (Jaffe & Bresler, 1980). Les études menées par Achterberg et al. (1994) montrent l'effet des images mentales sur la physiologie de l'individu. En

effet, des images de tristesse conduisent à la fabrication de substances chimiques pouvant diminuer l'humeur, des images agressives influencent la production d'adrénaline tandis que des images de détente ont un effet relaxant sur le corps et sur la production de neuropeptides pouvant stimuler le système immunitaire. De plus, ces auteurs arrivent à la conclusion que le corps ne peut pas discriminer entre des images sensorielles dans l'esprit et un événement réel extérieur et, par conséquent, la concentration sur une image mentale positive ou négative génère une réaction physiologique dans tout l'organisme.

Un examen plus approfondi du fonctionnement de l'imagerie mentale montre l'existence de trois processus mentaux différents associés à l'imagination : un processus visuel correspondant à des images spontanées ou une construction d'images, un processus auditif s'identifiant au dialogue intérieur et finalement, un processus kinesthésique composé de ressentis tels les sensations, les émotions, les intuitions, le toucher, le goût et l'odorat (Grinder & Bandler, 1976). À l'opposition de la pensée logique qui permet d'établir la communication avec la réalité objective du monde extérieur, l'image mentale permet à l'individu d'entrer en contact avec sa réalité intérieure subjective (Epstein, 1991).

Selon Paul-Cavallier (1998), pour effectuer un travail d'intériorisation, la personne doit atteindre un niveau profond de relaxation correspondant aux ondes alpha découvertes par Hans Berger en 1926 (cité dans Paul-Cavallier, 1998). La zone alpha se

située à la frontière entre l'état de veille (zone bêta) et le sommeil profond (zone thêta). C'est dans cette zone que s'effectue le transfert du matériel inconscient vers le conscient et c'est aussi dans cette zone que peut s'effectuer le déclenchement des mécanismes naturels de guérison (Paul-Cavallier, 1998). Selon cet auteur, pour atteindre la zone de perméabilité (alpha) et travailler avec l'imagerie mentale, la relaxation s'avère une étape préliminaire indispensable. En effet, la réponse de la relaxation, c'est-à-dire l'état de détente, est déclenchée tout comme la réponse au stress par le système nerveux autonome et elle joue un rôle important en permettant au corps de se détendre et de décharger l'accumulation de tension (Jacobson, 1938). De plus, la relaxation constitue un élément clé conduisant à l'efficacité du traitement des maladies liées au stress (Hammer, 1996; Maak & Nolan, 1999).

Pour sa part, l'utilisation de l'imagerie mentale dans le domaine de la psychologie est décrite comme une technique d'exploration psychologique (Assagioli, 1991; Desoille, 1957a, 1957b; Freud, 1970) et un procédé de perfectionnement spirituel (Caslant, 1937). L'imagerie mentale est donc un outil qui aide la personne à entrer en contact avec sa réalité intérieure qui lui révèle, sous une forme symbolique, son histoire passée et présente, ses conflits intérieurs, ses affects et ses ressources.

La technique d'imagerie mentale peut être dirigée ou non par le thérapeute. Si elle est dirigée, une image de départ ou un court scénario est proposé à la personne dans le but de stimuler et de mettre en mouvement les images déjà présentes à l'intérieur de

l'individu (Lavoie, 1995, 1999). Ces images de départ sont choisies en fonction des symptômes et des problématiques rencontrées chez la personne (Desoille, 1957b). Selon Assagioli (1991), cette méthode consiste à proposer un symbole au sujet et à attendre que d'autres symboles émergent spontanément pour former un scénario permettant ainsi de dévoiler la problématique et d'aider la personne à résoudre son problème.

Selon Desoille (1957a) et aussi selon Frétigny et Virel (1968), la symbolique de l'imagerie facilite l'exploration psychologique; elle déjoue les mécanismes de défense et, contourne les résistances de l'individu. Les auteurs soulignent que le transfert s'effectue directement sur l'image symbolique du client, et lorsque la situation conflictuelle émerge, elle peut se résoudre dans l'imagerie. En effet, l'imagerie permet de dénouer symboliquement les conflits intérieurs et de lever les interdictions du surmoi au niveau symbolique pour préparer des comportements plus appropriés dans la vie réelle. En somme, elle permet aux matériaux inconscients refoulés et aux conflits psychiques d'émerger au niveau conscient grâce à la symbolisation (Paul-Cavallier, 1998).

### *Symbolisme dans l'imagerie mentale*

Le travail avec l'imagerie mentale permet non seulement aux expériences passées enfouies dans l'inconscient de l'individu d'émerger au niveau de la conscience sous un aspect symbolique, mais il donne aussi à la personne un accès à ses ressources intérieures et à tout son potentiel (Picat, 1984). Le symbole utilise les mémoires

sensorielles de l'individu et les présente à la conscience sous forme d'images visuelles, de mots, de sentiments, de sensations ou de malaises physiques. Selon Desoille (1961) pour comprendre le langage symbolique et trouver à ces images ou symboles un sens exprimable en langage conventionnel, l'individu doit faire des liens entre la situation imaginaire et une situation réelle de sa vie présente ou passée. Ces associations permettent à la personne de prendre conscience des sentiments qui l'animent, de découvrir ses ressources intérieures et ses valeurs profondes ainsi que l'origine de ses comportements, de sa dynamique personnelle et de ses maladies.

#### *Pouvoir de représentation et de transformation des symboles*

L'efficacité de l'imagerie repose sur le pouvoir de représentation et de transformation des symboles. La capacité de représentation réfère à la réunion d'un « sens » et d'une « image » ou « symbole » (Durand, 1988). D'une part, le symbole représente un désir ou un conflit inconscient lié aux expériences passées de l'individu (Freud, 1926). D'autre part, le symbole exprime et active les ressources intérieures encore latentes et le potentiel de l'individu (Jung, 1971). Selon cet auteur, le symbole s'avère plus qu'une simple représentation du vécu présent ou passé de la personne, il indique une direction et, par conséquent, oriente la personne vers son devenir.

Le symbole possède une capacité de représentation du conflit intérieur et du malaise somatisé dans le corps ainsi qu'une force et un pouvoir de transformation du conflit et du malaise ressenti (Durand, 1988). Selon cet auteur, l'image symbolique favorise la

prise de conscience du conflit et de l'émotion qui l'accompagne. Mais, c'est le ressenti des émotions liées au conflit qui permet son dénouement et apporte une libération émotionnelle. Par la suite, l'énergie libérée est utilisée par le corps pour stimuler le système immunitaire et les processus naturels de guérison (Simonton et al., 1982). De fait, c'est l'émotion qui fournit l'énergie nécessaire à la transformation du conflit psychologique ou du malaise physique (Shone, 1986). La capacité de transformation s'exprime aussi à travers l'expérience de l'individu. En effet, l'émergence d'images symboliques de sa problématique amène la personne à se questionner sur l'action à poser pour résoudre son problème, ce qui favorise un processus de changement (Desoille, 1957a, 1961; Frétiigny & Virel, 1968). Finalement, le symbole permet à la personne de prendre contact avec sa dimension spirituelle qui s'avère souvent génératrice d'une grande force et d'une grande sérénité.

### *Rôle du thérapeute*

Filliozat (1983) souligne le rôle joué par le thérapeute au cours des séances d'imagerie. Ce rôle consiste à guider l'individu dans la compréhension de sa symbolique à l'aide de son histoire personnelle et de son unicité car seule la personne elle-même peut donner une signification à sa symbolique. Il favorise l'expression émotionnelle en aidant l'individu à contacter et à ressentir les sentiments exprimés par le symbole. Tout au long de l'imagerie, le thérapeute permet à la personne d'effectuer des prises de conscience en lien avec ses images et ses symboles. Il favorise le processus de

changement en amenant la personne à se questionner sur l'action que ses images intérieures et ses symboles l'invitent à faire.

#### *Limites de l'utilisation de l'imagerie mentale*

Selon Blondeau (1989), l'utilisation de l'imagerie mentale est déconseillée avec des personnes présentant des réactions psychotiques, de l'hypochondrie ou un état limite. D'autres chercheurs ne recommandent pas de travailler avec des toxicomanes, des personnes présentant une structure schizoïde (Paul-Cavallier, 1998) ou des paranoïaques (Frétigny & Virel, 1968). En ce qui concerne les effets secondaires du traitement, il est très rare qu'une personne puisse devenir dépendante de cette technique (Blondeau, 1989).

Cependant, les techniques d'imagerie mentale doivent être utilisées par des psychothérapeutes qualifiés pour traiter les bouleversements émotionnels qui pourraient survenir à la suite des prises de conscience traumatisantes (Blondeau, 1989). De plus, le thérapeute doit posséder une base solide en psychologie (Frétigny & Virel, 1968), un entraînement et une supervision adéquate de l'utilisation de techniques d'imagerie (Maack & Nolan, 1999). En effet, il est primordial que cette méthode ne vise pas seulement la disparition des symptômes, mais aussi une recherche des causes psychologiques profondes du malaise et un accroissement des ressources personnelles de l'individu (Blondeau, 1989).

### *Effets de l'imagerie mentale sur l'anxiété*

Une étude longitudinale de Simonton et Matthews-Simonton (1975) utilisant l'imagerie mentale avec 159 patients atteints de cancer a permis d'élaborer une approche psychologique et psychosomatique dans le traitement du cancer. Ce modèle basé sur la relation psychosomatique ou somato-psychique explique comment des états psychologiques et physiques travaillent de concert dans le déclenchement du cancer et comment ils peuvent, ensemble, contribuer à la guérison. Les résultats de cette recherche démontrent l'efficacité de la relaxation et de l'imagerie mentale pour diminuer l'anxiété et encourager le malade à jouer un rôle actif dans sa guérison (Simonton & Matthews-Simonton, 1975).

Maintes études témoignent de l'efficacité de l'imagerie mentale dans le domaine médical. Plusieurs chercheurs rapportent une réduction de la détresse psychologique et de la douleur chez les patients atteints de cancer utilisant la relaxation et l'imagerie mentale (Baider, Uziely, & Kaplan-De Nour, 1994; Graffam & Johnson, 1987). Par ailleurs, le travail avec l'imagerie entraîne une diminution significative de l'anxiété des malades qui ont subi une chirurgie et favorise une guérison plus rapide des plaies opératoires (Holden-Lund, 1988).

Une étude effectuée par Hammer (1996) montre l'effet de l'imagerie mentale et de la musique auprès de 16 individus dépendants de l'alcool et des drogues. L'échantillon est randomisé et neuf personnes formant le groupe expérimental participent à 10 sessions

d'imagerie mentale avec musique d'une durée de 30 minutes par semaine. Pour sa part, le groupe contrôle est formé de sept participants qui ne reçoivent aucun traitement. Le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger et al., 1983 sert d'instrument de mesure pour évaluer le niveau d'anxiété des participants. Cette recherche a permis de démontrer que l'imagerie mentale diminue le stress perçu et l'anxiété chez des personnes alcooliques et toxicomanes.

En somme, plusieurs recherches confirment que les thérapies utilisant l'imagerie s'avèrent plus efficaces que d'autres formes de psychothérapie pour diminuer l'anxiété d'individus vivant un stress intense ou présentant des troubles anxieux (Fiore, 1989; Maack & Nolan, 1999; Morrison, Becker, & Heeder, 1983). À l'opposé, des études rapportent que les patients atteints de maladie grave et soumis à un stress élevé ne retirent aucun bénéfice des interventions psychologiques visant à diminuer leur détresse psychologique et leur anxiété (Carey & Burish, 1985, 1988). D'autres auteurs affirment que les techniques d'imagerie déconcentrent certaines personnes et empêchent le contact intérieur amenant ainsi une augmentation de leur niveau d'anxiété (Kwekkeboom, Huseby-Moore, & Ward, 1998).

Étant donné la contradiction des résultats de certaines études, il s'avère donc pertinent de poursuivre la recherche et de vérifier l'effet de l'imagerie mentale sur l'anxiété des personnes atteintes de cancer.

### *Effets de l'imagerie mentale sur la perception de contrôle*

Une recherche quantitative effectuée par Epstein et al. (2001) montre l'impact de l'utilisation des techniques d'imagerie mentale auprès d'un échantillon de 60 personnes atteintes d'asthme. Le groupe expérimental se compose de 30 asthmatiques qui participent à des séances de groupe avec l'imagerie mentale. Pour sa part, le groupe contrôle comprend 30 participants atteints d'asthme qui assistent à un groupe de discussion. Après deux mois, les personnes atteintes d'asthme dans le groupe expérimental sont invitées à participer à une étude phénoménologique dans le but de connaître l'expérience vécue avec l'imagerie mentale. Cette étude permet d'observer des changements au niveau physique et psychologique chez les participants qui utilisent l'imagerie mentale. Au niveau physique, les participants perçoivent l'utilisation de l'imagerie mentale comme un traitement sans risque pour eux, une amélioration plus rapide de l'état de santé ainsi qu'une diminution de la médication et des visites chez le médecin. Au niveau psychologique, 86% des participants associent l'augmentation de la perception de contrôle ou de pouvoir personnel et l'amélioration de la qualité de vie à l'utilisation des techniques d'imagerie mentale (Epstein et al., 2001). Ces auteurs rapportent que l'imagerie mentale aide le malade à devenir plus actif dans le traitement de sa maladie au lieu d'être uniquement un receveur passif de médicaments et de soins. Selon eux, l'imagerie conduit à de nouvelles prises de conscience et contribue à l'émergence de nouveaux sentiments comme la sécurité, la liberté et l'espoir.

Par ailleurs, les malades rapportent que l'utilisation de l'imagerie mentale favorise la prise de conscience de leur dynamique personnelle et facilite le changement du mode « victime/impuissance » au mode « contrôle/pouvoir » (Epstein et al., 2001). De plus, le malade éprouve des sentiments de pouvoir et d'espoir en ayant, grâce à l'imagerie, une autre méthode lorsque la médication s'avère inefficace ou limitée. Selon ces auteurs, l'augmentation de la perception de contrôle (pouvoir personnel) s'avère le plus grand changement observé au cours de l'expérimentation. En effet, le malade qui choisit d'utiliser l'imagerie mentale a le sentiment de participer activement au traitement de sa maladie. Les conclusions de cette recherche rapportent que l'imagerie mentale pourrait être utilisée comme un outil efficace pour augmenter la perception de contrôle chez le malade et l'amener à une participation proactive dans la gestion de sa maladie.

Étant donné les résultats encourageants de cette recherche avec des asthmatiques, il apparaît important de vérifier si l'utilisation de l'imagerie mentale peut aussi augmenter la perception de contrôle sur la santé chez les personnes atteintes de cancer en les aidant à sortir de l'impuissance et à prendre en main leur guérison tout en coopérant activement aux traitements médicaux.

#### Objectifs et hypothèses de recherche

Plusieurs recherches (Fiore, 1989; Hammer, 1996; Holden-Lund 1988; Maack & Nolan, 1999; Morrison et al., 1983) démontrent que l'imagerie mentale peut diminuer l'anxiété des personnes malades. Par ailleurs, l'étude de Epstein et al. (2001) montre que

l'imagerie contribue à développer une perception de contrôle chez les personnes atteintes d'asthme. À la lumière de ces résultats, il convient de poursuivre la recherche et d'évaluer l'efficacité de l'imagerie mentale avec des individus souffrant de cancer. Par conséquent, les objectifs de la présente étude consistent à vérifier si l'imagerie mentale peut aider à diminuer l'anxiété des personnes atteintes de cancer et augmenter leur perception de contrôle sur la santé. À partir de ces objectifs, les hypothèses de recherche suivantes ont été formulées :

La première hypothèse stipule que les personnes atteintes de cancer qui participent à un groupe d'imagerie mentale présentent une diminution plus grande de leur niveau d'anxiété que les individus souffrant de cancer qui prennent part à un groupe de thérapie ou à un groupe de soutien.

La seconde hypothèse énonce que les personnes atteintes de cancer qui participent à des séances de groupe avec l'imagerie mentale rapportent une plus grande augmentation de la perception de contrôle sur la santé que les individus souffrant de cancer qui prennent part à un groupe de thérapie ou à un groupe de soutien.

## *Méthode*

Ce chapitre se divise en trois sections distinctes. La première section comprend la description de l'échantillon de personnes atteintes de cancer inclus dans le groupe expérimental et dans les deux groupes contrôles. La deuxième section décrit le déroulement détaillé de l'expérimentation. La dernière section présente les instruments de mesure utilisés dans le cadre de cette recherche.

### Participants

Au début de l'expérimentation, l'échantillon comprend 38 participants. Cependant, les données de 4 participants ont dû être exclues de l'étude pour les motifs suivants : abandon ( $n = 2$ ), hospitalisation d'une durée d'un mois ( $n = 1$ ) et décès ( $n = 1$ ). L'échantillon final se compose donc de 34 personnes atteintes de cancer, soient 29 femmes et cinq hommes, dont l'âge varie entre 30 et 84 ans. Toutes les personnes faisant partie de cette étude ont reçu un diagnostic de cancer dont le temps s'échelonne entre deux mois et 6,6 années. Ces individus sont atteints de différents types de cancer, dont le cancer du sein qui représente 50% de l'échantillon total. Dans cet échantillon, 15 participants reçoivent des traitements en oncologie et 19 n'ont plus aucun traitement. De plus, seulement cinq participants affirment avoir un autre problème de santé qui les inquiète.

Selon les données socio-démographiques, 22 participants vivent en couple et 12 sont séparés ou divorcés. En ce qui a trait aux responsabilités familiales, seulement neuf d'entre eux ont encore un ou des enfants à charge. La majorité des participants travaillent ou sont à la retraite (64,8 %) et la majorité possède un revenu annuel brut de moins de 35 000 dollars (72,7%).

Les participants sont répartis dans trois groupes : un groupe expérimental soit un groupe d'imagerie mentale ( $n = 19$ ) et deux groupes contrôles, comprenant un groupe de thérapie ( $n = 6$ ) et un groupe de soutien ( $n = 9$ ). Pour une question d'éthique, le groupe de thérapie a été limité à six participants qui ont eu, par la suite, la possibilité de s'inscrire au groupe d'imagerie mentale.

### Déroulement

Cette étude quasi-expérimentale s'est déroulée sur une période de 15 mois, soit du 15 septembre 2003 au 15 décembre 2004. Le recrutement des participants a été effectué au moyen d'un bulletin d'informations envoyé aux membres des organismes de soutien pour personnes atteintes de cancer, d'affiches placées dans les départements d'oncologie de différents centres hospitaliers de la région de Québec et de la Mauricie, ainsi que des annonces dans les médias locaux. Les participants se sont inscrits sur une base volontaire à l'activité de leur choix. L'échantillon n'a pas été randomisé car le haut niveau de détresse psychologique vécu par les personnes atteintes de cancer à la suite d'un diagnostic de cancer accompagné parfois d'un pronostic de vie limitée, rend

impossible la randomisation qui entraînerait un problème éthique (Baider et al., 1994; Cunningham, Fox, & Greer, 1992).

Le but premier de l'utilisation des techniques d'imagerie mentale avec les personnes atteintes de cancer est de libérer le corps des affects bloqués pour libérer l'énergie et stimuler les processus naturels de guérison tel que suggéré par Filliozat (1983). Pour atteindre ce but, cette expérimentation vise tant l'aspect psychologique que l'aspect physique chez le malade. Au niveau psychologique, l'imagerie s'effectue en groupe et cible plusieurs objectifs : premièrement, aider le malade à exprimer ses sentiments et son vécu, favoriser l'émergence des matériaux inconscients refoulés, dénouer des conflits psychiques et libérer l'énergie de façon à accroître l'efficacité du système immunitaire; deuxièmement, favoriser les prises de conscience conduisant à un processus de changement; finalement, aider la personne à contacter ses ressources intérieures et à développer un sentiment de contrôle, de paix et de sécurité. Au niveau physique, les exercices de visualisation se font individuellement à la maison ou à l'hôpital durant les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. Ces exercices ont pour but de diminuer l'anxiété et les effets secondaires des traitements et de maximiser leur efficacité. Ils permettent aussi d'amener le malade à participer activement au traitement de la maladie, à se centrer sur la guérison et ainsi accroître la perception de contrôle sur la santé.

Le traitement appliqué au groupe expérimental comprend huit séances d'imagerie mentale en petit groupe de cinq à huit personnes atteintes de cancer, d'une durée de 2 heures 30 minutes, à une fréquence d'une fois par semaine. Chaque séance comprend une imagerie, dirigée ou non (voir Appendice A), qui cible un des huit objectifs suivants :

1. *Le processus de guérison* : Visualiser le processus de guérison qui s'opère à l'intérieur du corps ainsi que l'efficacité des traitements, accroître la perception de contrôle et développer des sentiments de paix et de sécurité.
2. *La plaine* : Explorer la présence du goût de vivre et d'un sens à la vie.
3. *La source* : Prendre conscience de situations difficiles pouvant être une source de stress ou de mal-être intérieur et favoriser un processus de changement.
4. *Le secret* : Explorer ce que la maladie veut exprimer au moyen des symptômes physiques. Identifier la présence de conflit psychique et favoriser, s'il y a lieu, son dénouement.
5. *Le ressentiment* : Vérifier la présence de ressentiment, verbaliser les émotions et enclencher, s'il y a lieu, un processus de pardon.
6. *Le chemin de guérison* : Être à l'écoute de son propre chemin de guérison.
7. *L'arbre et le magasin d'antiquité* : Contacter ses ressources intérieures et ses valeurs profondes.
8. *La montagne* : Permettre une intériorisation par la technique du dialogue intérieur, développer une vision d'avenir et un sentiment d'espoir.

Au début de la première rencontre, les participants signent un formulaire de consentement après avoir été informés du déroulement de l'expérimentation et des mesures prises pour assurer la confidentialité. Ils sont également invités à répondre à un questionnaire socio-démographique ainsi que les deux questionnaires de recherche qui constituent le pré-test (voir Appendice B). Au début de la séance, quelques notions théoriques sur le fonctionnement des techniques d'imagerie mentale sont transmises aux participants. Ensuite, une imagerie guidée est proposée aux participants pour les initier au travail avec l'imagerie mentale. Lorsque les participants ont terminé cet exercice, ils sont priés d'inscrire dans un carnet personnel l'essentiel de leur imagerie ainsi que les émotions qu'ils ont vécues. Par la suite, chaque participant est invité, s'il le désire, à partager son expérience aux autres membres du groupe.

Chaque rencontre subséquente commence par une courte période d'échange sur le vécu personnel en lien avec l'imagerie. Par la suite, une courte relaxation de 3 à 5 minutes est proposée pour aider la personne à atteindre un état de détente. Cette période de relaxation est suivie d'une imagerie dirigée ou non sur un thème précis, d'une durée de 10 à 15 minutes. Après l'imagerie, chaque participant partage, avec les autres membres du groupe, l'expérience qu'il a vécue au cours de l'imagerie. Tous les partages des participants sont enregistrés sur bandes audio et un verbatim (c.-à-d. un compte rendu intégral des partages) de chaque rencontre est effectué. À la fin de la huitième rencontre, les participants remplissent une seconde fois les questionnaires de recherche (post-test) ainsi qu'une évaluation de la session d'imagerie (voir Appendice B).

Pour sa part, le groupe de thérapie est formé de personnes atteintes de cancer qui participent à huit rencontres de thérapie de groupe animées par un psychologue, d'une durée de 2 heures 30 minutes chacune, à une fréquence d'une fois par semaine. L'intervention vise à aider le malade à traverser la maladie en économisant le plus d'énergie possible. Pour ce faire certains objectifs sont privilégiés (exprimer le vécu, ouvrir aux ressources, poser une action efficace, axer sur le moment présent, retour à l'enfance si nécessaire). Les approches utilisées sont l'Analyse transactionnelle et la Gestalt. En ce qui a trait au groupe de soutien, il est composé d'individus atteints de cancer qui se rencontrent une fois par deux semaines pendant deux heures pour partager leur vécu ou recevoir de l'information sur des sujets variés (alimentation, douleur, fatigue, sexualité, spiritualité, droit des malades, services en oncologie, médecines douces). Les rencontres de partage et les séances d'information alternent sur une période de 16 semaines.

Trois mois après la fin des séances d'imagerie, une entrevue de recherche semi-structurée (voir Appendice B) est effectuée auprès des quatre participants du groupe d'imagerie mentale qui ont obtenu le plus bas et le plus haut niveau d'anxiété ainsi que ceux présentant une plus grande diminution et une plus grande augmentation de leur perception de contrôle sur la santé.

Selon Boutin (1997), l'entrevue de recherche s'avère un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des

informations pertinentes servant de complément aux questionnaires de recherche. Cette méthode se révèle utile et pertinente pour la collecte de données qui ne peuvent pas être obtenues par les méthodes quantitatives. Selon cet auteur, elle permet d'approfondir le questionnement et de vérifier la congruence de certaines données quantitatives. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1996 ; Pourtois & Desmet, 1988) insistent sur la combinaison de la méthode du questionnaire et de l'entrevue de recherche pour favoriser la vérification et la compréhension des résultats.

En dernier lieu, une recherche de type exploratoire comprenant quatre présentations de cas est effectuée à partir des verbatims des séances d'imagerie et de l'entrevue de recherche. Ce volet qualitatif vise quatre objectifs : premièrement, examiner le rôle joué par les images mentales dans la prise de conscience du participant et leur impact dans le processus de changement; deuxièmement, connaître les bénéfices retirés par les participants du travail avec l'imagerie mentale; troisièmement, faire ressortir les facteurs qui ont pu influencer la mesure des variables de l'anxiété et de la perception du contrôle interne sur la santé; finalement, permettre aux lecteurs de mieux comprendre le fonctionnement de l'imagerie mentale.

#### Instruments de mesure

Tous les participants des trois groupes répondent aux mêmes questionnaires au début de la première rencontre (pré-test) et à la fin de la dernière rencontre (post-test). Parmi les instruments de mesure utilisés, le questionnaire socio-démographique permet

d'obtenir des informations pertinentes concernant le sexe, l'âge, le statut civil, l'occupation, le revenu des participants, le nombre d'enfants à charge, les types de cancer, les traitements en cours, la présence d'autres maladies, le temps écoulé depuis le diagnostic de cancer et l'expérience avec l'imagerie mentale.

Le niveau d'anxiété est évalué à l'aide de l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA-Y). Cet instrument est une adaptation canadienne-française effectuée par Gauthier et Bouchard (1993) de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger et al. (1983). Les échelles de mesure pour l'anxiété situationnelle et l'anxiété de trait de l'IASTA comprennent chacune 20 items évalués à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points allant de (1) pas du tout à (4) beaucoup. La version française utilisée dans le cadre de cette recherche rapporte des coefficients alpha de 0,86 pour les hommes et de 0,94 pour les femmes à l'échelle d'anxiété situationnelle et de 0,90 à l'échelle de trait d'anxiété (Gauthier & Bouchard, 1993). Dans la présente recherche, le coefficient alpha de l'anxiété d'état atteint 0,92 pour le pré-test et 0,96 pour le post-test et celui du trait d'anxiété varie entre 0,92 et 0,94.

La perception de contrôle sur la santé est évaluée à l'aide du Multidimensional Health Locus Control Scales (MHLC-C) de Wallston et al. (1978). Cet instrument comprend 18 items mesurant quatre dimensions : la perception de contrôle sur la santé (6), le pouvoir du médecin (3), le pouvoir des autres (3) la chance (6). La validité et la fidélité de la version anglaise de l'instrument ont été vérifiées auprès d'une population de personnes

présentant différents problèmes de santé tels que le diabète, l'hypertension, l'épilepsie et auprès de patients traités en hémodialyse et en chimiothérapie. Les coefficients alpha observés varient de 0,61 à 0,80 (lieu de contrôle interne de la santé), de 0,56 à 0,75 (pouvoir du médecin et des autres) et de 0,55 à 0,83 (chance) et les coefficients de fidélité test-retest effectués après 4 à 6 mois varient entre 0,66 et 0,73 (Lefcourt, 1991). La validité et la fidélité de l'instrument ont aussi été vérifiées auprès de personnes souffrant d'arthrite, de douleur chronique, de diabète et de cancer (Wallston, Stein, & Smith, 1994). Les coefficients de cohérence interne rapportés par ces auteurs vont de 0,85 à 0,87 (lieu de contrôle interne de la santé), de 0,79 à 0,82 (chance) et de 0,70 à 0,71 (médecin et les autres). Pour cette étude, la traduction française du questionnaire a été vérifiée par une traductrice agréée<sup>1</sup>. Une analyse de la fidélité de la version française effectuée auprès de cet échantillon indique des coefficients alpha qui se situent entre 0,79 et 0,82 (perception de contrôle sur la santé), 0,70 et 0,76 (pouvoir du médecin), 0,83 et 0,84 (chance). Seule la sous-échelle du pouvoir des autres présentent un alpha faible de 0,39 au pré-test et 0,61 au post-test. Par conséquent, cette sous-échelle devra être interprétée avec prudence.

---

<sup>1</sup> Remerciement à Elizabeth Doyle, traductrice agréée et membre de l'OTTIQ (Ordre des Traducteurs, Terminologues et Interprètes du Québec).

## *Résultats*

L'objectif du présent chapitre est de présenter les résultats des différentes hypothèses mises à l'épreuve dans le cadre de cette étude. La première section fait état des données descriptives servant à fournir un portrait global de l'échantillon et de sa répartition dans les différents groupes de l'expérimentation. La seconde partie met en évidence l'impact des facteurs socio-démographiques sur les variables de l'anxiété et de la perception de contrôle sur la santé. La dernière partie présente les résultats des analyses permettant de vérifier les hypothèses de recherche.

### Analyses descriptives

Cette première partie des résultats rapporte les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de personnes atteintes de cancer évaluées dans le cadre de cette étude. Parmi les 34 personnes atteintes de cancer de cette recherche, il y a 29 femmes et cinq hommes (voir Tableau 1). La moyenne d'âge des participants est de 54 ans ( $M = 54,18$ ;  $ÉT = 11,56$ ). La majorité des personnes se retrouvent dans le groupe des 50 à 59 ans, mais trois participants sont âgés de moins de 40 ans. En regard du statut social, le Tableau 1 indique que la majorité des individus de l'échantillon vivent en couple (mariés ou conjoints de fait). Parmi les personnes malades qui participent à cette recherche, un nombre équivalent d'individus travaillent ou sont à la retraite tandis qu'un faible

Tableau 1  
Caractéristiques socio-démographiques des participants

Variables	%	<i>n</i>
<b>Sexe</b>		
Femme	85,3	29
Homme	14,7	5
<b>Âge</b>		
30 ans à 39 ans	8,8	3
40 ans à 49 ans	23,4	8
50 ans à 59 ans	38,1	13
60 ans et plus	29,4	10
<b>Statut civil</b>		
Vivant en couple	64,7	22
Vivant seul	35,3	12
<b>Occupation des participants</b>		
Travail	32,4	11
Sans emploi	8,8	3
Retraite	32,4	11
À la maison	8,8	3
Congé de maladie	17,6	6
<b>Revenu brut</b>		
15 000 \$ et moins	27,3	9
16 000 \$ à 25 000 \$	24,2	8
26 000 \$ à 35 000 \$	21,2	7
36 000 \$ et plus	27,3	9

pourcentage d'entre eux bénéficient d'un congé de maladie, demeurent à la maison ou sont sans emploi. Plus de la moitié des participants (51,5 %) disent bénéficier d'un revenu annuel inférieur à 25 000 \$. À l'intérieur de l'échantillon, vingt-trois personnes ont des enfants et 39,1 % d'entre eux ont toujours un ou plusieurs enfants à leur charge ( $n = 9$ ). En regard de l'expérience acquise avec l'imagerie, seulement neuf individus (26,5%) ont déjà participé à des séances d'imagerie dans le passé tandis que près des trois quarts d'entre eux (73,5%) n'ont jamais expérimenté les techniques d'imagerie mentale.

Les personnes faisant partie de cet l'échantillon présentent 13 types différents de cancer. Tel que présenté au Tableau 2, le cancer du sein est le plus fréquemment rencontré, puisqu'il se retrouve chez la moitié de l'échantillon total. Le cancer du côlon se situe au deuxième rang, suivi du cancer du pancréas et celui des ovaires qui sont équivalents au troisième rang. Tous les autres types de cancer (poumon, utérus, ganglions, thyroïde, leucémie, moelle osseuse, lymphome non hodgkinien, cordes vocales et vessie) ne se retrouvent qu'une seule fois dans l'échantillon. Finalement, deux participants ont reçu le diagnostic de cancer généralisé (c.-à-d., cancer présent dans plus de deux endroits du corps).

Parmi l'échantillon, 29 participants ne sont pas inquiétés par d'autres problèmes de santé. Cinq personnes atteintes de cancer présentent un des problèmes de santé suivants :

Tableau 2  
Types de cancer retrouvés dans l'échantillon

Types de cancer	%	<i>n</i>
Sein	50,0	17
Côlon	8,8	3
Pancréas	5,9	2
Ovaire	5,9	2
Poumon	2,9	1
Utérus	2,9	1
Ganglions	2,9	1
Thyroïde	2,9	1
Leucémie	2,9	1
Moelle osseuse	2,9	1
Lymphome non-Hodgkinien	2,9	1
Cordes vocales et vessie	2,9	1
Cancer généralisé (plus de deux endroits )	5,9	2

diabète, pneumonie, maladie de Crohn, amnésie, dépression et anxiété. Par ailleurs, il apparaît que plus de la moitié des participants ne reçoivent plus aucune forme de traitement (voir Tableau 3). Parmi les 15 personnes sous traitement, un plus grand

Tableau 3  
Traitements médicaux en cours

Traitements médicaux en cours	%	<i>n</i>
Aucun	55,9	19
Chimiothérapie	23,5	8
Radiothérapie	11,8	4
Chirurgie	2,9	1
Chimio et radio	2,9	1
Chimio, radio et chirurgie	2,9	1

nombre de malades reçoivent de la chimiothérapie, un peu moins sont traités en radiothérapie et un seul individu a été opéré au cours de l'expérimentation. Finalement, deux participants reçoivent deux ou trois traitements simultanément.

Le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic de cancer varie de moins de six mois à plus de cinq ans. Dans l'échantillon, un peu plus du tiers des participants ont appris qu'ils étaient atteints de cancer depuis moins de six mois, alors que 15 personnes (43,8%) ont reçu leur diagnostic depuis une période variant de six mois à trois ans (voir Tableau 4). Finalement, sept individus (20,3%) connaissent leur diagnostic depuis plus de trois ans.

Tableau 4  
Temps écoulé depuis le diagnostic de cancer

Temps écoulé depuis le diagnostic de cancer	%	<i>n</i>
Moins de 6 mois	35,3	12
6 mois à 1 an	20,5	7
1 an à 2 ans	8,7	3
2 ans à 3 ans	14,6	5
3 ans à 4 ans	11,6	4
4 ans à 5 ans	2,9	1
Plus de 5 ans	5,8	2

#### Influences des variables socio-démographiques

Dans la présente étude, les facteurs socio-démographiques susceptibles d'entrer en relation avec les variables dépendantes ont été intégrés en vue d'évaluer leur impact sur l'anxiété et la perception de contrôle sur la santé. Des analyses de tests *t* ont révélé l'absence de différences significatives sur les variables dépendantes (anxiété et perception de contrôle) en ce qui a trait au sexe des participants, à leur statut civil (seuls ou en couple), ainsi qu'à leur expérience antérieure avec l'imagerie. De plus, des corrélations révèlent qu'il y a peu de liens significatifs entre les caractéristiques des participants et les variables observées, tel que le démontre le Tableau 5. En effet, seul le lien unissant l'âge à la perception de contrôle sur la santé s'est avéré significatif.

Tableau 5

Corrélations entre les variables socio-démographiques et les variables à l'étude

	État d'anxiété	Trait d'anxiété	Perception de contrôle sur la santé
Âge	0,08	0,10	-0,35*
Nombre d'enfants	0,17	0,34	-0,10
Revenu	-0,32	-0,29	0,08
Temps écoulé depuis le diagnostic	-0,13	-0,18	-0,21

\*  $p < 0,05$ .

Par ailleurs, il apparaît essentiel de vérifier si la répartition des individus s'avère homogène dans les différents groupes de l'expérimentation. Pour ce faire, des analyses de chi-carré (variables nominales) et des analyses de variances (variables continues) comparent les trois groupes sur les variables socio-démographiques. Globalement, les individus des trois groupes ne diffèrent pas quant au sexe ( $\chi^2(2, N = 34) = 3,79, n.s.$ ), le statut civil ( $\chi^2(2, N = 34) = 2,80, n.s.$ ), le revenu ( $F(2,30) = 0,75, n.s.$ ), le nombre d'enfants ( $F(2,30) = 1,20, n.s.$ ), l'expérience antérieure avec l'imagerie mentale ( $\chi^2(2, N = 34) = 0,51, n.s.$ ), ainsi que sur le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic ( $F(2,30) = 1,64, n.s.$ ). Toutefois, l'analyse de variance effectuée sur l'âge ( $F(2,31) = 5,59, p < 0,01$ ) révèle que le groupe de thérapie ( $M = 42,83$ ) est en moyenne plus jeune que le groupe d'imagerie ( $M = 54,63$ ) et de soutien ( $M = 60,78$ ). En regard de ces résultats, il apparaît pertinent de vérifier l'impact de l'âge lors des analyses subséquentes.

Des analyses de variance ont également été réalisées sur les variables dépendantes au pré-test, afin de vérifier si les trois groupes sont similaires quant à l'évaluation de l'anxiété et de la perception de contrôle sur la santé avant le traitement. Les résultats montrent l'absence de différences entre les types d'intervention en ce qui a concerné la perception de contrôle sur la santé ( $F(2,31) = 0,55, n.s.$ ), de même que l'anxiété de trait ( $F(2,31) = 1,29, n.s.$ ). Cependant, le groupe d'imagerie ( $M = 42,11$ ) présente, au pré-test, un état d'anxiété significativement supérieur à celui du groupe de soutien ( $M = 31,33$ ), mais non à celui du groupe de thérapie ( $M = 36,67$ ) ( $F(2,31) = 3,51, p < 0,05$ ).

#### Vérification des hypothèses de recherche

La première hypothèse de recherche propose que les personnes atteintes de cancer qui participent à des séances d'imagerie mentale présentent une diminution significativement plus grande de leur niveau d'anxiété que les individus souffrant de cancer qui participent à un groupe de thérapie ou à un groupe de soutien. Pour vérifier cette hypothèse, une analyse de variance à mesures répétées (plan mixte) des moyennes d'anxiété entre les 3 groupes (imagerie, thérapie et soutien) X 2 temps de mesure (pré-test et post-test) a été effectuée. L'analyse révèle l'absence d'un effet principal du type d'intervention peu importe le temps de mesure, ainsi que l'absence d'un effet principal du temps de mesure peu importe le type d'intervention (voir Tableau 6). Toutefois, l'analyse montre un effet d'interaction significatif entre les différents types d'intervention et le temps de mesure qui explique 28% de la variance de l'anxiété d'état.

Tableau 6

Analyses de variance à mesures répétées de l'anxiété et de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer des groupes d'imagerie, de thérapie et de soutien avant et après leur participation au groupe

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	$\eta^2$
État d'anxiété						
Imagerie ( <i>n</i> = 19)	42,11	30,00				
Thérapie ( <i>n</i> = 6)	36,67	28,67				
Soutien ( <i>n</i> = 9)	31,33	38,33				
Échantillon total	38,29	31,97				
Source de variation						
Type d'intervention			2	53,37	0,32	
Résiduel			31	167,53		
Temps de mesure			1	259,90	2,82	
Intervention X Temps			2	562,41	6,11**	0,28
Résiduel			31	92,09		
Trait d'anxiété						
Imagerie ( <i>n</i> = 19)	40,58	36,00				
Thérapie ( <i>n</i> = 6)	37,00	33,00				
Soutien ( <i>n</i> = 9)	35,11	40,11				
Échantillon total	38,50	36,56				
Source de variation						
Type d'intervention			2	49,42	0,41	
Résiduel			31	120,87		
Temps de mesure			1	19,38	0,38	
Intervention X Temps			2	147,81	2,89	
Résiduel			31	51,20		

Tableau 6

Analyses de variance à mesures répétées de l'anxiété et de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer des groupes d'imagerie, de thérapie et de soutien avant et après leur participation au groupe (suite)

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	$\eta^2$
Perception de contrôle sur la santé						
Imagerie ( <i>n</i> = 19)	23,21	24,58				
Thérapie ( <i>n</i> = 6)	26,33	21,68				
Soutien ( <i>n</i> = 9)	23,33	23,67				
Échantillon total	23,79	23,82				
Source de variation						
Type d'intervention			2	1,22	0,02	
Résiduel			31	75,95		
Temps de mesure			1	13,30	1,19	
Intervention X Temps			2	41,80	3,73*	0,19
Résiduel			31	11,22		

Note.  $\eta^2$  = taille de l'effet.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

Pour comprendre l'effet d'interaction, une analyse des effets simples a été réalisée (voir Figure 1). Cette analyse révèle qu'il y a une diminution significative de l'état d'anxiété des personnes atteintes de cancer seulement dans le groupe qui utilise l'imagerie mentale ( $F(1,31) = 15,12, p < 0,001$ ). Cependant, la diminution de l'état d'anxiété ne se révèle pas significative pour les participants du groupe de thérapie ( $F(1,31) = 2,08, n.s.$ ). De plus, une augmentation non-significative de l'état d'anxiété est

observée chez les individus du groupe de soutien ( $F(1,31) = 2,39, n.s.$ ). La première hypothèse de recherche est ainsi confirmée.

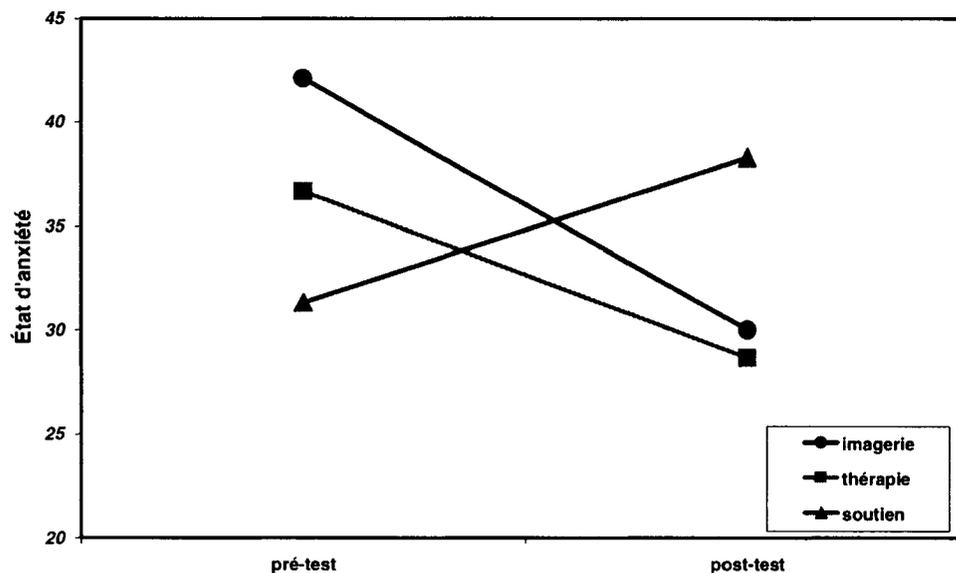


Figure 1. Moyennes de l'état d'anxiété des trois groupes au pré-test et au post-test.

Pour la mesure du trait d'anxiété des personnes atteintes de cancer dans les différents groupes, l'analyse révèle l'absence d'un effet principal du type d'intervention peu importe le temps écoulé ainsi que l'absence d'un effet principal de temps peu importe le type d'intervention. De plus, l'analyse ne démontre aucun effet significatif de l'interaction entre les différents groupes et le temps de mesure (voir Tableau 6).

La deuxième hypothèse de recherche soutient que les individus souffrant de cancer qui participent à un groupe d'imagerie mentale montrent une plus grande augmentation de la perception de contrôle sur leur santé que les malades cancéreux qui participent à un

groupe de thérapie ou à un groupe de soutien. Afin de procéder à la vérification de cette hypothèse, une analyse de variance à mesures répétées (plan mixte) des moyennes de la perception de contrôle sur la santé entre les 3 groupes (imagerie, thérapie et soutien) X 2 temps de mesure (pré-test et post-test) a été effectuée. De façon globale, les résultats obtenus montrent l'absence d'un effet du type d'intervention sur la perception de contrôle sur la santé, de même que l'absence d'un effet du temps de mesure. Par contre un effet d'interaction significatif du type d'intervention X temps de mesure est observé qui explique 19% de la variance (voir Tableau 6). La vérification de l'impact de l'âge des participants sur la perception de contrôle sur la santé a été réalisée à l'aide d'une seconde analyse de variance à mesures répétées en contrôlant la variable de l'âge. Les résultats obtenus sont demeurés inchangés et ne sont pas présentés.

Pour comprendre l'effet d'interaction significatif, une analyse des effets simples a été réalisée (voir Figure 2). Cette analyse révèle que le changement dans la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer qui utilisent l'imagerie mentale est non-significatif ( $F(1,31) = 1,59, n.s.$ ). De plus, la perception de contrôle sur la santé demeure également inchangée chez les malades qui assistent à un groupe de soutien ( $F(1,31) = 0,04, n.s.$ ). Par contre, l'analyse démontre une diminution significative de la perception de contrôle sur la santé des individus atteints de cancer qui participent à un groupe de thérapie ( $F(1,31) = 15,12, p < 0,001$ ).

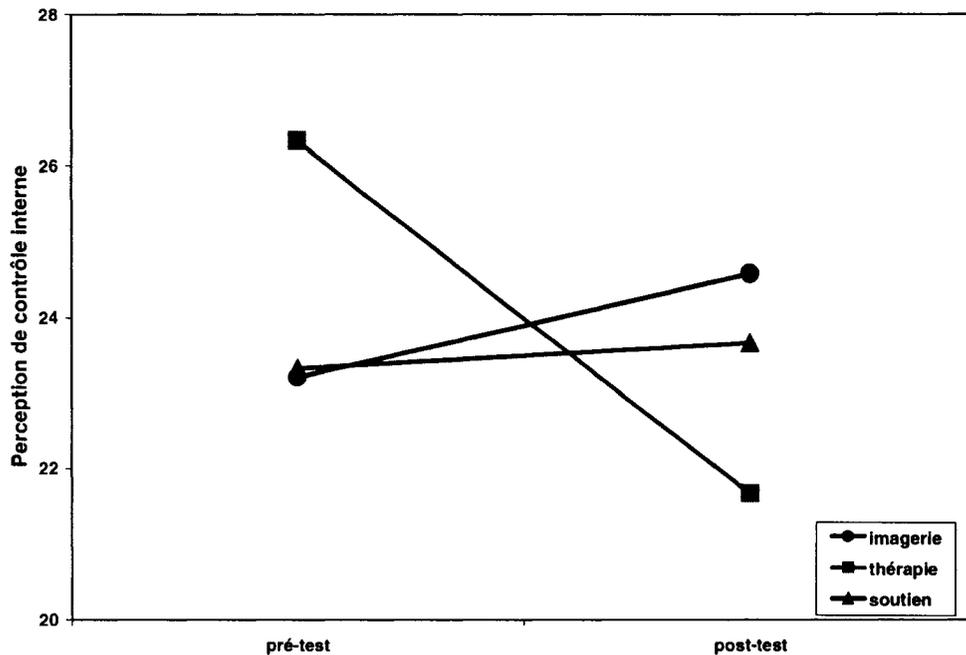


Figure 2. Moyennes de la perception de contrôle sur la santé des trois groupes au pré-test et au post-test.

Par ailleurs, une analyse de variance supplémentaire a été réalisée en comparant les trois groupes sur leur score de changement de la perception de contrôle sur la santé (post-test moins pré-test). Cette analyse permet de vérifier si le changement observé entre les deux temps de mesure diffère entre les trois types d'intervention. Les résultats démontrent qu'il existe une différence significative entre les types d'intervention sur le score de changement de la perception de contrôle sur la santé ( $F(2,31) = 3,73, p < 0,05$ ). Le test des comparaisons de moyennes a posteriori de Scheffe révèle que les participants du groupe d'imagerie présentent un changement significativement plus élevé de la perception de contrôle sur la santé ( $M = 1,37$ ) comparativement aux participants du groupe de thérapie ( $M = - 4,67$ ), mais qu'ils ne diffèrent pas des participants du groupe

de soutien ( $M = 0,33$ ) (voir Figure 3). Ainsi, ce dernier résultat vient confirmer en partie l'hypothèse de recherche. En effet, bien que les participants du groupe d'imagerie ne rapportent pas une augmentation significative de leur perception de contrôle sur la santé, ils présentent cependant un changement significativement supérieur aux individus du groupe de thérapie qui rapportent même une diminution significative de leur perception de contrôle sur la santé.

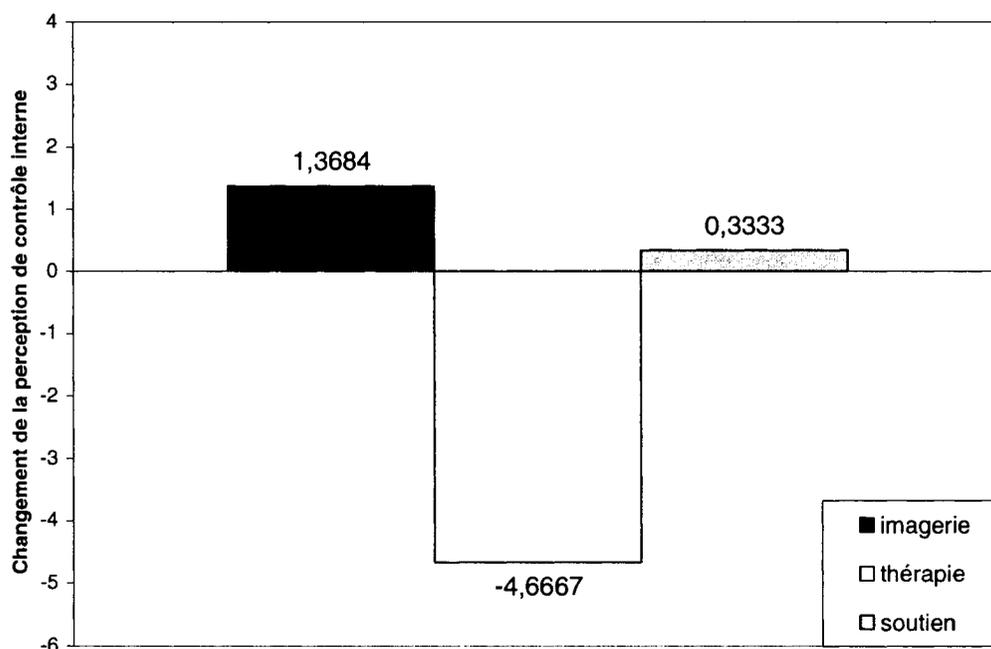


Figure 3. Scores de changement de la perception de contrôle sur la santé entre le pré-test et le post-test des trois groupes (types d'intervention).

## *Discussion*

Ce chapitre propose des éléments d'explication et de réflexion en regard des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus dans cette étude. En premier lieu, un examen des données descriptives et quelques particularités de l'échantillon sont présentés. Deuxièmement, les résultats sont discutés en fonction des hypothèses et du cadre théorique de la recherche. Troisièmement, les forces, les limites et les recommandations de l'étude sont présentées. La dernière section de ce chapitre rapporte quatre présentations de cas pour permettre de mieux comprendre les résultats quantitatifs et le fonctionnement de l'imagerie mentale. Une synthèse des effets de l'imagerie mentale au niveau psychologique termine cette section.

#### Données descriptives

Avant de poursuivre l'analyse des données descriptives, il est à préciser que l'échantillon de personnes atteintes de cancer de cette étude n'a pas été réparti de façon aléatoire dans le groupe expérimental et les deux groupes contrôles. En effet, les participants se sont inscrits eux-mêmes dans les groupes d'imagerie, de soutien et de thérapie. L'échantillon n'a pas été randomisé car le niveau élevé de détresse psychologique des personnes atteintes de cancer rend difficile la randomisation et soulèverait un problème éthique (Baider et al., 1994; Cunningham et al., 1992). En effet,

s'il existe un traitement disponible, chaque participant a le droit de le recevoir s'il le désire.

L'examen des caractéristiques socio-démographiques révèle que l'échantillon de personnes atteintes de cancer dans les trois groupes (imagerie, thérapie et soutien) apparaît équivalent sauf en regard de la variable de l'âge. En fait, les participants du groupe de thérapie sont plus jeunes que ceux du groupe d'imagerie et que ceux du groupe de soutien. Cependant, les analyses démontrent que la variable de l'âge n'a aucun effet sur les résultats de la mesure de l'anxiété et de la perception de contrôle sur la santé.

Par ailleurs, les trois groupes apparaissent similaires, au pré-test, en ce qui concerne la perception de contrôle sur la santé et le trait d'anxiété. Cependant, même si l'état d'anxiété ne montre pas de différence significative entre les participants du groupe d'imagerie et du groupe de thérapie, les analyses démontrent un plus haut niveau de l'état d'anxiété chez les personnes atteintes de cancer du groupe d'imagerie comparativement au groupe de soutien. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les techniques d'imagerie mentale sont perçues par certains malades comme un traitement de dernier recours lorsque la médication ou les traitements médicaux ne s'avèrent plus disponibles (Simonton et al., 1982). Par conséquent, les malades, qui font face à une telle éventualité, intègrent le groupe d'imagerie avec un très haut niveau d'anxiété. Toutefois, ceci n'est qu'une hypothèse qui mériterait d'être vérifiée par des recherches subséquentes.

### Vérification des hypothèses de recherche

Les résultats sont encourageants et prometteurs pour la première hypothèse de recherche. Ces résultats démontrent que l'utilisation de l'imagerie mentale, pendant une période de huit semaines, est associée à une diminution significative de l'état d'anxiété des personnes atteintes de cancer. Par contre, dans un groupe de thérapie, conduit sur une même période de temps, la diminution de l'état d'anxiété ne s'est pas avérée significative. De plus, l'état d'anxiété semble avoir augmenté mais d'une façon non-significative chez les personnes atteintes de cancer participant au groupe de soutien. Par conséquent, la première hypothèse, stipulant qu'il y aurait une diminution plus grande du niveau d'anxiété des personnes atteintes de cancer dans le groupe d'imagerie, a été confirmée auprès de cet échantillon.

Les résultats de cette étude vont dans le même sens que les recherches de Simonton et al. (1982), ainsi que Simonton et Matthews-Simonton (1975) démontrant que les interventions psychothérapeutiques avec l'imagerie mentale aident à diminuer l'anxiété des personnes atteintes de cancer. Une des pistes d'explication de la réduction plus marquée de l'anxiété chez les participants du groupe d'imagerie réside dans le fait que les techniques d'imagerie mentale permettent au malade de se centrer sur la guérison au lieu de se centrer sur les symptômes de la maladie (Simonton et al., 1982). En effet, la visualisation de la guérison qui s'effectue dans le corps permet au malade de diminuer son anxiété, de participer activement au traitement et de garder une vision positive face à

la maladie et à la guérison. De plus, visualiser l'effet bénéfique de la chimiothérapie et de la radiothérapie à l'intérieur du corps diminue l'anxiété durant le traitement ainsi que les effets secondaires (Simonton et al., 1982).

Une autre avenue envisageable suggère que l'imagerie permet à la personne malade de se désensibiliser et de se distancer de sa maladie (Simonton et al., 1982; Simonton & Matthews-Simonton, 1975). En visualisant une image précise de leur maladie, dans un endroit déterminé de leur corps, les patients deviennent capables d'objectiver leur maladie et de s'en distancer (Fiore, 1989; Simonton et al., 1982). En effet, cette distance face à la maladie permet de réduire l'anxiété et d'augmenter les moments de paix et de détente (Fiore, 1989).

Au cours de cette recherche, l'imagerie fut perçue comme une ressource de dernier recours pour trois participants alors que la médecine traditionnelle ne disposait plus de traitements curatifs à leur offrir. Dans de tels cas, l'imagerie fournit aux malades une autre méthode pour pallier aux limites des traitements médicaux (Simonton et al., 1982). L'imagerie augmente le sentiment d'espoir du malade lorsqu'il connaît une méthode qui peut l'aider quand la médication est insuffisante ou non disponible (Epstein et al., 2001). De plus, selon le témoignage des participants de cet échantillon, le travail en groupe contribue à sécuriser et à donner de l'espoir car il permet à la personne de côtoyer d'autres malades qui sont parvenus à traverser des traitements difficiles et à dépasser de plusieurs années les pronostics médicaux.

Finalement, plusieurs chercheurs (Baider et al., 1994; Berglund, Balund, & Gustavsson, 1993; Ford, Jones, & Scannell, 1990) rapportent que beaucoup de personnes atteintes de cancer refusent l'aide psychologique individuelle ou de groupe. Pourtant, les données de l'évaluation de l'intervention et l'entrevue de recherche rapportent que le travail psychothérapeutique utilisant l'imagerie mentale est perçu comme plaisant et efficace par la majorité des participants.

D'autre part, la persistance de l'anxiété chez les personnes atteintes de cancer du groupe de soutien comparativement aux deux autres groupes (thérapie avec et sans imagerie), pourrait s'expliquer par un moins grand soutien psychologique. En effet, selon Kelly (2001), un groupe de soutien pour personnes atteintes de cancer permet de partager des expériences communes, d'échanger de l'information, d'offrir un soutien affectif et d'aider le malade à sortir de l'isolement. Dans ces groupes, les malades sont encouragés à s'entraider au lieu de compter sur le soutien de l'intervenant (Kelly, 2001). Dans ce cas, le soutien s'avère davantage d'ordre affectif que psychologique, ce qui expliquerait un moins grand changement dans le niveau d'anxiété.

Cependant, un facteur aurait pu influencer la mesure de l'anxiété du groupe de soutien. Les personnes atteintes de cancer de ce groupe assistaient à une rencontre aux deux semaines pendant seize semaines comparativement au groupe d'imagerie et au groupe de thérapie dont les rencontres avaient lieu une fois par semaine pour une durée de huit semaines. De plus, les rencontres de partage et d'information alternaient aux

deux semaines. Ainsi, les personnes ne pouvaient bénéficier d'un soutien affectif qu'une fois par mois. Bien que le nombre de rencontres ait été identique dans les trois groupes, la fréquence des rencontres différait pour le groupe de soutien. Par conséquent, il s'avère nécessaire de tenir compte de cette différence dans l'interprétation des résultats.

En regard de la vérification de la deuxième hypothèse, les résultats de cette étude rapportent que le changement de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer dans le groupe d'imagerie mentale est non-significatif. D'autre part, les résultats n'indiquent aucun changement interne sur la santé chez les individus atteints de cancer du groupe de soutien. De plus, les analyses démontrent une *diminution* significative de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer dans le groupe de thérapie. Bien que ces résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse de recherche, la différence dans les scores de changement indique que l'intervention de groupe avec l'imagerie mentale semble plus efficace qu'un groupe de thérapie pour contrer une baisse de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer. Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés par Hammer (1996) et LeBaron (1989) à l'effet que les thérapies utilisant l'imagerie mentale s'avèrent plus efficaces que les thérapies verbales avec des patients atteints de maladies graves et confrontés souvent à une espérance de vie limitée.

Certains facteurs peuvent avoir empêché les résultats d'atteindre le seuil de signification lors de la mesure de la perception de contrôle sur la santé. Il est possible

que le manque de puissance statistique soit en cause et que la faible taille de l'échantillon ait influencé les analyses statistiques. Même s'il est difficile de constituer un grand échantillon de personnes atteintes de cancer possédant des caractéristiques similaires, il serait important de reprendre les analyses avec un échantillon plus large afin d'obtenir une plus grande puissance statistique. De plus, le questionnaire servant à la mesure de la perception de contrôle comporte seulement six énoncés pour évaluer la perception de contrôle sur la santé des participants comparativement aux 20 items du questionnaire pour la mesure de l'état d'anxiété. Une investigation approfondie de ce concept permettrait certainement une meilleure consistance dans les résultats.

Un biais important peut avoir influencé négativement la mesure de l'effet de l'imagerie mentale sur la perception de contrôle sur la santé des participants de cette étude. En effet, aucun critère d'exclusion n'a été appliqué dans la présente recherche pour contrer un seuil trop élevé de détresse psychologique. Il est à noter que Baider et al. (1994) préconisent d'exclure de l'étude les personnes atteintes de cancer présentant une espérance de vie de moins de six mois car un niveau élevé de détresse psychologique peut influencer les résultats. De fait, parmi les participants du groupe d'imagerie, trois participants avaient reçu un pronostic de vie de moins de six mois et ils sont décédés moins de trois mois après la fin des rencontres. Étant donné qu'un haut niveau de détresse psychologique entraîne souvent un sentiment de désespoir et d'impuissance chez le malade (LeShan, 1982), un sentiment accru d'impuissance pourrait avoir causé un biais dans l'évaluation de l'efficacité de l'imagerie sur la perception de contrôle des

participants. C'est pourquoi l'absence d'une diminution significative de la perception de contrôle sur la santé, auprès de l'échantillon de personnes atteintes de cancer de cette étude, doit être interprétée avec prudence.

Même si l'effet de l'imagerie mentale sur la perception de contrôle des personnes atteintes de cancer n'a pas été démontré statistiquement, l'imagerie se révèle toutefois une intervention plus efficace que la thérapie pour contrer une baisse de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer. En effet, la perception de contrôle de ces personnes sur l'évolution de leur maladie est relativement limitée. Étant donné que l'imagerie ne vise pas à créer de fausses illusions chez le malade, elle peut, cependant, empêcher une diminution excessive de la perception de contrôle sur la santé, ce qui semble se produire dans le groupe de thérapie. En effet, le processus de thérapie est axé sur l'expression du vécu de la personne, ce qui entraîne une plus grande conscientisation de l'état du malade et des autres membres du groupe qui peut amener un sentiment d'impuissance face à la maladie. Par contre, les interventions utilisant l'imagerie mentale aident le malade à exprimer ses émotions, à rester centré sur la guérison, à garder une distance face à la maladie (Fiore, 1989; Simonton et al., 1982) et à participer activement au traitement de sa maladie (Epstein et al., 2001). Ainsi, le maintien d'une perception de contrôle sur la santé constitue une contribution importante pour le bien-être du malade.

Le facteur le plus important qui explique comment l'imagerie mentale peut contrer une perte de contrôle chez les personnes atteintes de cancer réside dans le fait que la technique d'imagerie se définit comme une méthode d'intériorisation qui permet à la personne de contacter ses forces et ses ressources intérieures et de reprendre son pouvoir (Epstein et al., 2001). En effet, selon cet auteur, l'imagerie peut être utilisée pour aider le malade à sortir de l'impuissance et à changer du mode « victime » au mode de « maîtrise ».

En ce qui a trait à la diminution de la perception de contrôle sur la santé chez les individus atteints de cancer du groupe de thérapie, celle-ci pourrait s'expliquer en fonction du type de thérapie. Dans un groupe de thérapie, l'intervention est axée sur l'expression des émotions et du vécu de la personne et souvent la personne trouve un appui dans le soutien du thérapeute. En effet, le groupe de thérapie aide la personne à se libérer émotionnellement, mais pas nécessairement à rehausser sa perception de contrôle sur la santé. Par contre, dans un groupe d'imagerie, l'intervention vise une intériorisation, la personne contacte ses ressources intérieures et trouve son pouvoir à l'intérieur d'elle-même (Epstein, 1991) au lieu de rechercher une prise en charge par le thérapeute ou le médecin. Toutefois, cette piste d'explication demeure une hypothèse et plus de recherches seraient nécessaires pour approfondir la compréhension de ces résultats.

### Forces, limites et recommandations

La présente recherche a permis de démontrer l'efficacité de l'imagerie mentale pour réduire l'anxiété des personnes atteintes de cancer faisant partie de cette étude. De plus, étant donné que la mesure de l'effet de l'imagerie mentale sur la perception de contrôle sur la santé des individus souffrant de cancer n'avait jamais fait l'objet d'études empiriques antérieurement, la présente étude apporte, par conséquent, des connaissances nouvelles dans l'utilisation et le fonctionnement de l'imagerie mentale auprès de ces malades.

Une force majeure de cette étude réside dans le fait que les résultats obtenus avec l'imagerie mentale ont été comparés avec deux groupes contrôles. En effet, la première comparaison est effectuée avec un groupe de soutien pour permettre d'éliminer l'effet du soutien psychologique de la part de l'intervenant et du soutien affectif des membres du groupe. La deuxième comparaison est réalisée avec un groupe de thérapie pour soustraire l'effet du traitement psychothérapeutique par un professionnel de la psychologie. Par conséquent, les résultats permettent d'isoler l'effet de l'imagerie mentale sur les variables à l'étude.

Une autre force de cette recherche se situe dans la rapidité du traitement avec l'imagerie mentale. En effet, la diminution de l'anxiété s'est effectuée sur une période de temps relativement courte, en l'occurrence, huit semaines comparativement à dix semaines rapportées dans l'étude de Hammer (1996) avec des personnes dépendantes de

l'alcool ou des drogues. Ceci démontre que l'imagerie mentale est un outil efficace et rapide pour diminuer l'anxiété des personnes atteintes de cancer même si ces personnes éprouvent souvent un haut niveau d'anxiété.

Certaines précautions ont été prises pour respecter la validité interne de l'étude. En effet, les participants ignoraient s'ils faisaient partie du groupe expérimental ou d'un groupe contrôle. De plus, tous les échanges des participants étaient enregistrés sur bandes audio et un verbatim des rencontres et de l'entrevue de recherche a été effectué. Cependant, il est à souligner que la chercheuse s'avérait aussi la clinicienne qui animait les interventions avec l'imagerie mentale et qui compilait les résultats de la recherche. Le fait de ne pas avoir eu recours à des évaluateurs externes a peut-être causé un biais et affecté la validité interne de l'étude. Par contre, cette recherche a permis à l'intervenante de se sensibiliser avec les techniques d'imagerie mentale et de recevoir une rétroaction directe de la part des participants.

Par ailleurs, il est nécessaire de mentionner une limite importante qui empêche la généralisation des résultats de cette étude à une population plus large. En effet, les personnes atteintes de cancer de l'échantillon n'ont pas été distribuées au hasard dans les trois groupes de recherche. Ainsi les conclusions émises se limitent à l'échantillon de participants. Cependant, comme il a déjà été discuté antérieurement, il devient très difficile avec des personnes atteintes de maladies graves et soumises à une grande détresse psychologique de les randomiser dans un groupe avec traitement et un groupe

sans traitement (Baider et al., 1994) et il s'avérerait non-éthique de ne pas donner un traitement lorsque celui-ci est disponible.

De plus, la taille réduite de l'échantillon s'est possiblement avérée une limite considérable. En effet, un plus grand nombre de participants aurait peut-être permis aux résultats de la seconde hypothèse de rencontrer le seuil de signification. Bien qu'il soit particulièrement difficile et complexe de constituer un large échantillon de personnes atteintes de cancer présentant des caractéristiques similaires, il serait important pour les recherches futures d'utiliser un plus large échantillon afin de s'assurer d'une plus grande puissance statistique.

La présence d'une disparité entre les participants de l'étude constitue aussi une certaine limite. En effet, l'âge des participants et le niveau d'anxiété au début de l'expérimentation étaient différents entre les groupes. Même si l'âge ne corrèle pas avec l'anxiété et la perception de contrôle, il serait préférable dans des recherches ultérieures de constituer des groupes de comparaison présentant les mêmes caractéristiques. De plus, il serait aussi important de reprendre la mesure de la perception de contrôle en utilisant des critères d'exclusion lors du recrutement des participants et de ne pas retenir les malades qui ont une espérance de vie de moins de 6 mois (Baider et al., 1994). De fait, ces personnes vivent un très grand sentiment d'impuissance qui peut influencer la mesure de leur perception de contrôle ainsi que celle des autres membres du groupes.

En dernier lieu, cette étude diffère des autres études dans le domaine de l'imagerie mentale car la mesure quantitative de l'anxiété et de la perception de contrôle sur la santé des personnes atteintes de cancer est appuyée par des études de cas basées sur les observations et les verbatims des huit séances d'imagerie ainsi qu'une entrevue de recherche effectuée trois mois après la fin de la session. Ces observations apportent des explications supplémentaires aux résultats quantitatifs et de nouveaux éléments de compréhension sur le fonctionnement de l'imagerie mentale.

## Présentation de cas

Cette dernière partie du chapitre décrit une recherche de type exploratoire rapportée sous la forme de quatre présentations de cas à partir de l'analyse des verbatims des séances d'imagerie et de l'entrevue de recherche semi-structurée. La première section décrit les objectifs ciblés par l'étude. La deuxième section rapporte les présentations de cas comprenant une brève analyse de l'expérience vécue par les participants et des bénéfices retirés de l'intervention avec l'imagerie mentale. La dernière section présente une synthèse des effets de l'imagerie au niveau psychologique.

Cette partie de l'étude vise quatre objectifs : premièrement, saisir la signification de l'expérience vécue avec l'imagerie; deuxièmement, mieux comprendre le fonctionnement de l'imagerie et observer l'efficacité du symbole dans son pouvoir de représentation et de transformation; troisièmement, vérifier si l'imagerie mentale s'avère un outil pour explorer la présence de conflit psychique, favoriser la prise de conscience de ce conflit et aider à son dénouement. Finalement, cette recherche apporte des explications supplémentaires aux résultats de la recherche quantitative en faisant ressortir les facteurs qui ont pu influencer le niveau d'anxiété et la perception de contrôle sur la santé des participants.

Dans le but d'aider à la compréhension des résultats quantitatifs, les études de cas ont été effectuées avec les participants du groupe d'imagerie qui ont montré le plus bas et le plus haut niveau d'anxiété ainsi que ceux qui ont présenté une plus grande diminution et

une plus grande augmentation de leur perception de contrôle sur la santé. Par conséquent, l'exploration vise particulièrement les dimensions de l'anxiété et de la perception de contrôle des personnes atteintes de cancer et s'attarde uniquement à l'expérience vécue durant l'imagerie et aux bénéfices retirés de l'intervention.

### *Le cas de Marjolaine*

Il s'agit de la participante dont l'anxiété a le plus augmenté à la fin de la session d'imagerie (+14,00). Marjolaine est une femme célibataire de 46 ans qui a pris soin de sa mère pendant 23 ans. Il s'est développé, au fil des ans, une relation fusionnelle entre la mère et la fille qui a empêché Marjolaine d'être autonome et de faire ses propres choix. La mère et la fille demeurent à la campagne où elles vivent immensément de stress et de peurs à la suite d'intimidations allant jusqu'aux menaces de mort pour les forcer à vendre leur propriété. Après plusieurs années de stress, la mère décède d'un cancer généralisé et trois semaines plus tard Marjolaine apprend qu'elle a un cancer (...). Elle doit quitter son milieu pour être opérée et recevoir des traitements en oncologie. Marjolaine vit depuis 2 ans chez un membre de sa famille et malgré la distance, elle craint toujours que les personnes qui la menaçaient, dans son ancien entourage, puissent la retrouver et lui faire du mal. Elle souffre d'insomnie et elle fait, à l'occasion, des crises d'angoisse. Marjolaine a un très grand besoin de protection et de sécurité, elle réalise qu'elle est seule maintenant pour affronter la maladie et l'avenir. Elle se sent angoissée. La perte de sa mère et l'annonce du diagnostic de cancer ont ébranlé sa capacité d'adaptation.

Au début de la session d'imagerie Marjolaine vit beaucoup d'anxiété et d'impuissance, elle ne trouve pas de solution au problème d'intimidation qu'elle a subi et elle appréhende le retour dans son milieu. Lors des premières rencontres, une imagerie guidée est proposée aux participants dans le but de les familiariser avec la méthodologie de l'imagerie et de les aider à prendre contact avec leur monde intérieur. Cette imagerie invite la personne à marcher dans un sentier qui conduit à une plaine, d'explorer cette plaine puis de s'étendre quelques instants en laissant émerger leurs impressions au questionnement: « Quel est mon désir de vivre? » Après l'imagerie, Marjolaine partage son expérience au groupe : « Je marchais dans un sentier, des arbres en bordure du sentier formaient un dôme au-dessus de ma tête et la plaine était entourée de montagnes. » Elle explique la signification de ses symboles : « Le dôme formé par les arbres ainsi que les montagnes bordant la plaine représentent une protection et un besoin de sécurité. » La symbolique de l'imagerie a fait émerger un besoin de sécurité non comblé depuis de nombreuses années. Quant à la question : « Quel est mon désir de vivre? », la participante affirme ne pas avoir entendu cette phrase. Selon Desoille (1961), les consignes non entendues démontrent une résistance de la personne à explorer une dimension d'elle-même. C'est comme si Marjolaine craignait de se questionner sur son désir de vivre. Dans un tel cas, Desoille (1961) recommande de mettre de nouveau la personne en contact avec l'objet qui suscite une résistance pour permettre de la faire émerger au niveau de la conscience. La thérapeute invite donc la participante à refaire son imagerie à la maison et à explorer de nouveau son « désir de vivre ».

C'est déjà un grand pas de franchi, grâce à l'imagerie, d'avoir mis en évidence une résistance et d'avoir permis la prise de conscience de besoins non satisfaits. Les images symbolisant son besoin de sécurité et de protection ravivent la peur et l'angoisse vécues les années précédant l'apparition de son cancer. Marjolaine partage avec émotions les événements stressants vécus durant cette période. Ce partage permet à la participante de libérer des émotions bloquées et de laisser circuler l'énergie. Marjolaine s'interroge sur le rôle que le stress a pu jouer dans le déclenchement de sa maladie et sur l'impact qu'il peut avoir sur sa guérison. La souffrance, physique et psychologique, semble un fardeau difficile à porter pour cette participante et elle le démontre en disant : « Je me fous de vivre ou de mourir, je ne veux plus souffrir ». Ces mots expriment son désespoir et son impuissance face à sa maladie et à certaines situations pénibles de sa vie.

À la rencontre suivante, une imagerie non dirigée est proposée dans le but d'aider les participants à découvrir leur chemin de guérison. Marjolaine voit deux images au cours de cette imagerie, celle d'un chien appartenant à des voisins et l'image d'un cercueil. La participante partage au groupe la signification de la symbolique de son imagerie : « Le chien symbolise mon désir d'être heureuse car j'éprouve beaucoup de joie et de bonheur à me promener et à m'amuser avec ce chien. Il représente aussi mon désir de faire confiance aux gens. » C'est la première fois que cette femme connaît une relation entre voisins basée sur l'entraide et le respect. Quant à l'image du cercueil, elle confie : « La symbolique du cercueil représente pour moi la mort et la fin de mes souffrances morales et physiques. » Marjolaine réalise qu'il y a une partie en elle qui désire être heureuse et

établir des relations confiantes avec les gens et une autre partie qui désire mourir pour ne plus souffrir. Ces images lui font prendre conscience du désir de mort qui l'habite. « Je demandais à mon père qui est décédé de venir nous chercher ma mère et moi et aujourd'hui, il m'arrive encore de dire à ma mère de venir me chercher.» Elle réalise aussi que si elle veut guérir, il est important qu'elle ait le goût de vivre et le désir de guérir. Pourrait-il y avoir une autre solution que la mort pour régler ses problèmes? Cette imagerie a placé Marjolaine face à un choix, celui d'abandonner et se laisser mourir ou de lutter pour guérir.

La semaine suivante, Marjolaine partage au groupe ses réflexions face à la dernière imagerie : « Mon imagerie m'a fait réfléchir, j'ai le goût de choisir la vie et d'essayer de m'en sortir.» Cette imagerie a permis une prise de conscience bénéfique en mettant en images un conflit intérieur inconscient. Selon Freud (1926), les images ont plus de force que les pensées pour aider une personne à faire une prise de conscience. Marjolaine confie aussi au groupe : « J'ai pensé souvent au chemin que j'ai vu lors de ma première imagerie, le chemin avec les arbres en forme de dôme au-dessus de ma tête et lorsque cette image venait à mon esprit, je me sentais protégée et en sécurité. » L'image ou le symbole a un pouvoir de représentation. Pour Marjolaine, l'image symbolique du dôme représente la protection et la sécurité mais cette image possède aussi un pouvoir de transformation à l'intérieur de l'individu. Le symbole du dôme la protège et la sécurise, il transforme son angoisse en un sentiment de sécurité et lorsqu'elle reprend contact avec l'image symbolique, elle éprouve les mêmes sentiments.

La semaine suivante, Marjolaine raconte au groupe deux rêves qu'elle a faits durant la semaine. Le premier rêve : « Je suis debout près d'un ravin, je veux descendre dans le ravin mais cela me paraît impossible. Puis, je vois trois scènes : la première, je ne vois pas d'issue; la deuxième, je vois un tronc d'arbre entouré de lianes que je peux utiliser pour descendre mais la descente semble difficile; et la troisième, j'ai seulement deux marches très faciles à descendre. Je disais dans mon rêve : moi qui pensais cela insurmontable et c'était si facile. » Le symbole du ravin représente une situation conflictuelle pour laquelle la participante ne voit aucune issue et l'inconscient trouve une solution à laquelle la personne n'a pas pensé (descendre deux marches). La personne doit trouver la correspondance de la symbolique du rêve dans sa vie réelle. Marjolaine explique au groupe sa compréhension de son rêve : « Le ravin, c'est la situation insurmontable liée à l'intimidation et à la vente de notre propriété mais mon rêve est rempli d'espoir; il me montre, par les deux marches à descendre, que je vais pouvoir m'en sortir plus facilement que je le crois.» Ce rêve apporte un élément de compréhension pour vérifier l'hypothèse du pouvoir de transformation des symboles. Dans le rêve, l'inconscient laisse émerger des symboles au niveau de la conscience du rêveur. Par contre, dans l'imagerie, le thérapeute suggère une image de départ qui favorise l'émergence de la symbolique inconsciente. Il s'agit donc des mêmes matériaux oniriques possédant la capacité de conscientisation et de transformation de l'expérience.

Marjolaine raconte son deuxième rêve : « Je suis sur le trottoir et j'attends un moyen de transport, peut-être un autobus? J'ai, près de moi, mes bagages et une boîte de livres.

À mon réveil, je me sens bien intérieurement et j'ai le sentiment qu'une chose imminente va se produire. » Elle partage la signification de la symbolique de son rêve : « Ce rêve révèle que j'attends depuis très longtemps et que je dois maintenant me mettre en action, c'est-à-dire embarquer et prendre ma place. » Pour Marjolaine, prendre l'autobus représente prendre la vie, embarquer dans la vie. La symbolique des bagages signifie « que je possède tout ce qu'il faut pour embarquer dans la vie. Les livres symbolisent mes acquis intellectuels ou de nouvelles études? » La compréhension de la symbolique de ses rêves a fait naître un sentiment d'espoir et lui a montré des possibilités d'avenir. Les images symboliques du rêve, ainsi que celles de l'imagerie sont reliées aux expériences présentes ou passées mais aussi au potentiel et au devenir de l'individu (Jung, 1971).

Vers la fin de la session, Marjolaine apprend au groupe qu'elle a réussi à se libérer de son insomnie : « Je profite des moments où je ne dors pas la nuit pour visualiser de belles choses et je m'endors. » De plus, elle confie qu'elle n'a pas eu de crise d'angoisse depuis qu'elle participe aux séances d'imagerie et qu'elle l'utilise individuellement, à la maison, avec l'imagerie et la relaxation. Malgré les progrès de Marjolaine, les résultats aux tests psychométriques indiquent, à la fin des rencontres, une augmentation de son niveau d'anxiété.

Comment expliquer l'augmentation du niveau d'anxiété de cette participante? À la dernière rencontre, Marjolaine raconte un événement inattendu survenu quelques jours

auparavant. Un de ses hôtes l'a fortement invitée à se trouver un emploi et un appartement le plus rapidement possible : « Cette situation me procure beaucoup de stress et d'angoisse car je n'ai pas, pour le moment, l'énergie physique nécessaire pour faire ces démarches. » Cet événement semble avoir été une source importante de stress qui peut avoir provoqué une augmentation de l'anxiété de la participante. Il apparaît donc important, lors de l'évaluation de l'efficacité d'une intervention, de tenir compte des événements extérieurs pour parvenir à une interprétation plus juste des résultats.

Lors de l'entrevue de recherche, Marjolaine explique qu'elle a retiré de la session d'imagerie « des techniques d'imagerie et de relaxation pour m'aider à diminuer le stress et l'anxiété au quotidien. » À la question « Qu'est-ce qui vous a le plus aidée? » Elle répond : « C'est de comprendre la symbolique de mes rêves et de mes imageries. » La compréhension de ses images diurnes et nocturnes lui a permis de faire des prises de conscience importantes, de changer certaines attitudes face à la vie. Aujourd'hui, Marjolaine a retrouvé son énergie et son autonomie. Elle a décidé de retourner aux études et elle étudie présentement au CÉGEP en technique infirmière.

### *Le cas d'Estelle*

Il s'agit de la participante dont l'anxiété a le plus diminué à la fin de la session d'imagerie (-36,00). Estelle est une femme mariée de 55 ans et mère de deux enfants. Estelle doit prendre sa retraite car elle ne possède plus les capacités physiques pour effectuer son travail depuis qu'elle a un cancer. Elle a dû subir quatre opérations au

cours de la dernière année et ses traitements de chimiothérapie ont été très pénibles, nécessitant de nombreuses hospitalisations. Cependant, Estelle croit que la guérison est possible et elle désire vivre pour aider et voir grandir ses enfants. Elle reçoit beaucoup de soutien de la part de son mari, ses enfants, ses deux familles et ses amies.

À la première rencontre, Estelle est excessivement anxieuse et elle éprouve énormément de difficulté à se concentrer pour répondre aux questionnaires. Elle confie au groupe qu'elle ressent beaucoup d'anxiété, ce qui l'empêche de se détendre et souvent même de dormir. Lors de la première séance d'imagerie, elle éprouve de la difficulté à visualiser des images et à se centrer sur son dialogue intérieur mais elle parvient à ressentir une sensation de détente. Estelle partage : « J'ai réussi à me détendre mais je sentais un serrement dans la poitrine, c'est de l'angoisse. J'ai toujours le mot « cancer » dans la tête, c'est lourd à porter, jour après jour, cette maladie. » Elle est surprise, cependant, d'être parvenue à se détendre avec les techniques de relaxation et d'imagerie.

Pendant trois semaines, lors des séances d'imagerie, Estelle ne réussit pas à voir des images, mais elle ressent une très grande relaxation et une diminution de la douleur: « Je me sentais bien, je sentais une bonne pesanteur qui enlevait tous mes malaises et toutes mes douleurs.»

Chaque individu a un mode particulier de fonctionnement, certaines personnes sont visuelles, d'autres, plus auditives ou kinesthésiques. Le travail avec l'imagerie utilise les trois modes et la symbolique émerge selon le mode privilégié par l'individu. Estelle est une personne kinesthésique, capable de ressentir les sensations dans son corps. Elle partage au groupe : « Je me suis construit une imagerie pour améliorer ma santé et je la fais deux fois par jour. C'est plus facile pour moi de visualiser à la maison, je me sens calme et la douleur disparaît. Je parviens à voir la guérison qui s'effectue dans mon corps, je vois les cellules cancéreuses disparaître et je me sens libérée. » Dans l'approche psychosomatique du cancer, Simonton et al. (1982) recommandent aux malades atteints de cancer de visualiser la guérison qui se produit dans leur corps. Selon ces auteurs, imaginer le travail que le corps doit faire pour se débarrasser de la maladie déclenche ou accélère le processus de guérison. Étant donné la dominance kinesthésique de la participante, il est plus facile pour elle de ressentir la guérison dans son corps que d'en visualiser le processus. Par la suite, avec de la pratique, elle parvient graduellement à imaginer la guérison qui s'opère en elle. En réalité, le ressenti s'avère suffisant pour obtenir une transformation même si la personne ne parvient pas à voir des images ou à comprendre leur signification. Desoille (1966) ainsi que Leuner et Kornadt (1971) affirment qu'une transformation peut se produire sans avoir nécessairement des images visuelles et une compréhension intellectuelle.

Après quelques rencontres, une imagerie plus fantaisiste est proposée aux participants. La personne doit s'imaginer devenir très, très grande pour aller chercher un

morceau de soleil et le déposer dans la partie atteinte de cancer. À la suite de cet exercice, Estelle partage l'expérience qu'elle a vécue au cours de cette imagerie : « J'ai senti une grande chaleur intérieure, c'était plein de petites étoiles qui éclairaient à l'intérieur de moi et je voyais la partie qui avait eu le cancer, devenir très, très belle. J'ai ressenti une grande paix intérieure et une certitude profonde de guérison que je ne peux expliquer.» Cette expérience fut très marquante pour la participante. Plusieurs semaines plus tard, elle confie au groupe : « L'image des étoiles à l'intérieur de moi, me revient souvent spontanément comme un « flash » et cette image me dit que je suis guérie et je ressens une grande paix intérieure. Moi, j'ai une très grande foi et j'ai confiance dans la guérison.»

Comment expliquer l'expérience vécue par Estelle au cours de son imagerie? Le scénario de l'imagerie proposait un stimuli d'élévation verticale. Selon Desoille (1961), les mouvements d'ascension ou d'élévation touchent souvent à la biologie de l'émotion et à la dimension spirituelle de l'individu. Ils font apparaître des images lumineuses accompagnées de sentiments intenses de bien-être et de sécurité. Pour Estelle, cette imagerie d'élévation lui a permis d'entrer en contact avec sa force intérieure et sa dimension spirituelle. L'image des étoiles et de la lumière symbolisant cette force intérieure a dissous son angoisse pour faire place à une sensation de bien-être et un sentiment de sécurité et d'espoir. Ce contact a provoqué une transformation en elle et un grand sentiment de sérénité.

À la fin de la session, Estelle s'avère la participante qui a montré la plus grande diminution de son niveau d'anxiété. Comment expliquer ces résultats? Il est certain qu'à cette période, la participante avait terminé ses traitements de chimiothérapie et subi sa dernière opération, mais pour la participante une autre explication est possible : « L'émergence d'une image imprégnée de paix, de sécurité et d'espoir, au cours de l'imagerie, a produit une transformation en moi. » Estelle décrit, au cours de l'entrevue de recherche, ce qui fut le plus aidant pour elle : « C'est l'imagerie où j'ai visualisé les étoiles et la lumière à l'intérieur de moi, j'ai senti que tout était guéri. Cela m'a donné de l'espoir et a renforcé ma foi dans la guérison. Cette image me revient souvent depuis trois mois, elle est encore présente en moi et je ressens une force intérieure, de l'espoir et le sentiment que la guérison continue en moi.» Ce cas témoigne de la puissance du symbole et de son pouvoir de transformation. En effet, le symbole est porteur d'une force qui agit et transforme l'individu. Dans le cas d'Estelle, la transformation a eu lieu au niveau physique (diminution des symptômes de l'anxiété), au niveau psychologique (naissance de sentiments de paix, de sécurité et d'espoir) et au niveau spirituel (foi et croyance dans la guérison). Pour cette participante, le contact avec sa force intérieure et le sentiment de sécurité que ses images ont fait naître ont peut-être joué un rôle dans la diminution de son niveau d'anxiété.

Selon Simonton et al., (1982), certains malades guérissent et d'autres pas avec le même diagnostic de cancer. Selon les auteurs, une caractéristique importante est leur attitude face à la maladie. Ils observent que les personnes qui guérissent du cancer ont

un regard positif sur la vie, une croyance dans la guérison et un très grand désir de vivre. En regardant le cheminement d'Estelle pendant plus de deux mois, il résulte qu'elle possède les caractéristiques favorisant la guérison, c'est-à-dire une attitude positive malgré les traitements et les multiples opérations, un grand désir de vivre pour aider et voir grandir ses enfants et une certitude face à la guérison. De plus, deux facteurs non négligeables ont aidé cette participante à mieux traverser l'épreuve de la maladie : sa foi et sa croyance dans un soutien spirituel ainsi que le soutien physique et moral de ses proches.

#### *Le cas de Rémi*

Il s'agit du participant qui a montré la plus grande augmentation de son état d'anxiété et la plus grande diminution de sa perception de contrôle sur la santé à la fin de la session d'imagerie (-9,00). Rémi a 51 ans, il se décrit comme un homme rationnel et réaliste. Il est marié et père d'un enfant d'une vingtaine d'années. Il y a trois mois, il a appris qu'il est atteint d'un cancer très grave et selon les statistiques médicales, il lui reste moins de 6 mois à vivre. L'annonce soudaine d'un tel diagnostic de cancer sévère avec une espérance de vie limitée lui cause un très grand traumatisme qui provoque énormément d'angoisse et d'impuissance. Rémi arrête de travailler pour suivre des traitements de chimiothérapie même s'il y a peu ou pas de chance de réussite. Il décide de participer à la session d'imagerie mentale malgré un état de tristesse profond et beaucoup de douleurs physiques.

Lors de la première rencontre, Rémi est encore sous le choc de l'annonce du diagnostic de cancer. Il partage au groupe ses appréhensions et son angoisse face à sa maladie : « J'ai un cancer (...) qui n'est pas opérable. Le médecin me donne de 3 à 6 mois à vivre et les statistiques prouvent que, mathématiquement, j'ai un maximum d'un an à vivre. C'est une maladie fatale selon les médecins et personne ne guérit de ce cancer. » Rémi vivait beaucoup d'anxiété et énormément d'impuissance face au pronostic médical : « Je ne guérirai jamais de cette maladie, je l'accepte et je suis prêt à mourir. » Ces mots reflétaient une grande résignation face à la maladie et à la mort.

Au cours du premier exercice d'imagerie, Rémi ne voit aucune image mais il ressent de la chaleur et de la détente : « Je ne suis pas embarqué dans l'imagerie, c'est peut-être mon côté rationnel qui a été un obstacle. » Selon Frétigny et Virel (1968), toute rationalisation empêche l'individu de contacter sa réalité subjective intérieure. D'autre part, il arrive parfois, selon Desoille (1961), qu'au cours d'une période dépressive, la personne éprouve de la difficulté à percevoir des images visuelles. Dans ce cas, il ne faut pas insister pour les provoquer, il suffit simplement de demander à la personne d'exprimer verbalement ce qu'elle ressent. C'est ce qui a permis à Rémi, malgré l'absence d'image, de se libérer émotionnellement.

À la deuxième séance, chaque participant est invité à se construire une imagerie individuelle qu'il effectue à la maison. L'exercice consiste à imaginer le travail du système immunitaire. La personne visualise, sous une forme symbolique, ses globules

blancs robustes et forts puis elle les voit détruire les cellules cancéreuses faibles et désorganisées. Rémi est incapable de visualiser ses globules blancs détruire ses cellules cancéreuses : « Les médecins m'ont dit que c'était impossible. Moi, je sens mon cancer comme une grosse masse avec des ramifications dans le poumon et le foie. Mon cancer me dit qu'il ne peut pas partir. » Le pronostic des médecins et les statistiques médicales ont enlevé tout espoir de guérison à Rémi, le plongeant ainsi dans l'impuissance et le désespoir. Ces sentiments le paralysent et l'empêchent de participer activement au traitement de sa maladie.

Après quelques séances d'imagerie guidée, une imagerie non dirigée est proposée aux participants dans le but de développer leur capacité d'imagination et de laisser libre cours à l'émergence du matériel inconscient. Cette imagerie a pour objectif d'aider le malade à découvrir s'il y a une cause psychologique pouvant provoquer un blocage de l'énergie au niveau physique. Durant l'imagerie, la personne est invitée à entrer en contact avec la partie atteinte de cancer en elle et à écouter ce que cette partie malade veut lui dire. Au cours de l'imagerie, Rémi entend trois mots : « Tu vas payer. » Ces mots provoquent en lui un bouleversent émotif. Il partage au groupe son expérience avec beaucoup d'émotions car ces mots ont fait émerger un grand sentiment de culpabilité : « Je sais que durant 30 ans de ma vie, je n'ai pas toujours été correct, rien de criminel, mais je ne me sentais pas correct. Je n'ai pas fait de tort à personne, sauf à moi-même. Je me disais souvent : Un jour je vais payer pour cela. La maladie, c'est ma punition et je l'accepte. J'avais pris conscience de cette situation avant mais j'ai été saisi lorsque mon

imagerie me l'a ramenée en plein visage. Maintenant, je n'ai pas le choix de la regarder.» Après son partage, Rémi confie : « Je n'avais jamais partagé ça avec personne, je ressens un immense soulagement et une grande libération ».

Par le symbole auditif « tu vas payer », Rémi prend contact avec une interdiction introjectée qui produit beaucoup de culpabilité et un grand désir de réparation. Selon Jaffe et Bressler (1980), les symptômes physiques expriment un mal-être intérieur et il est essentiel que le malade puisse en identifier la cause s'il désire surmonter la maladie. Les auteurs ajoutent que c'est souvent à travers l'imagerie que la somatisation peut être identifiée et ressentie.

Comment expliquer l'expérience vécue par Rémi au cours de son imagerie? Le scénario de l'imagerie proposait un stimuli de descente. Cette descente intérieure a permis à Rémi de conscientiser un sentiment de culpabilité qu'il avait refoulé depuis plusieurs années et qu'il n'avait jamais réussi à exprimer. Selon Desoille (1961), le stimuli de la descente, suscite des images parfois plus sombres accompagnées de sentiments négatifs comme la peur, la tristesse et parfois même, l'anxiété. L'auteur observe que l'anxiété survient lorsque les résistances du sujet cèdent et qu'il entre en contact avec les émotions négatives qui accompagnent le conflit intérieur. L'anxiété disparaît lorsque le conflit se dénoue et que la personne découvre le sens symbolique de ses images. Cette imagerie a permis à Rémi d'identifier un malaise intérieur somatisé

dans son corps et de libérer l'émotion bloquée. Cependant, la seule façon envisagée par Rémi pour réparer ses erreurs, c'est la maladie et même la mort.

La semaine suivante, une imagerie est proposée ayant pour objectif de laisser émerger de l'inconscient le chemin de guérison. La personne est invitée à entrer en contact, de nouveau, avec la partie atteinte de cancer car cette partie malade connaît le chemin de la guérison. Au cours de l'imagerie, Rémi voit une image, c'est un chien de garde. Il partage au groupe la signification de ce symbole : « Ce chien de garde, c'est mon cancer. Je me demande ce qu'il garde ce chien, qu'est-ce qu'il protège? Je pense que je le sais : Quand j'ai appris que j'avais le cancer, j'ai tout arrêté mais je pense qu'il était trop tard; je réalise que la maladie m'a empêché de continuer certains comportements. » Selon Rémi, la maladie l'a arrêté pour lui permettre de changer certaines attitudes dans sa vie. À la question : Quel chemin de guérison l'imagerie vous invite à suivre? Il répond : « Au niveau physique, la guérison est impossible, les médecins me l'ont dit. Ce sont des spécialistes, ils n'ont vu aucune guérison du cancer (...) dans toute l'histoire médicale. Au niveau psychologique, le chemin de guérison serait de parvenir à me déculpabiliser. Ce qui m'a rendu malade, c'est ma culpabilité. »

Rémi réalise par la symbolique du « chien de garde » qu'il retire des bénéfices secondaires de la maladie : « Mon chien de garde, mon cancer, il ne veut pas partir. Pour moi, la maladie a été bénéfique, je n'ai plus besoin de travailler et cela m'enlève un paquet de problèmes. Dans le fond, je suis content d'être malade, je ne suis plus obligé

de me lever le matin pour aller travailler et je n'ai plus les conflits reliés au travail. Sur certains aspects, je suis heureux comme je ne l'ai jamais été. Avec un pronostic de moins de 2 ans à vivre, nous pouvons demander d'avance nos prestations de décès au gouvernement, alors j'ai beaucoup d'argent pour faire ce que je veux. » La prise de conscience des bénéfices secondaires à la maladie et la recherche de solutions pour trouver les mêmes avantages, sans avoir recours à la maladie, s'avèrent une étape importante vers le chemin de la guérison (Fanning, 1992).

Rémi décrit ce que lui a procuré le travail avec l'imagerie mentale : « J'ai appris une méthode pour aller voir à l'intérieur de moi. Grâce à l'imagerie, je voyais une évolution de semaine en semaine dans l'approfondissement de mes réflexions. J'ai aussi découvert une méthode, que je peux pratiquer partout, pour me détendre et enlever la douleur. » Cependant, ce malade n'est pas parvenu à sortir de l'impuissance et à se détacher du verdict médical qui tuait tout espoir dans l'amélioration de sa santé. Sans espoir, il ne reste au malade que le désespoir et souvent, inconsciemment, seule la mort peut le délivrer (Simonton et al., 1982).

### *Le cas d'Adrien*

Il s'agit du participant qui a le plus augmenté sa perception de contrôle sur la santé à la fin de la session d'imagerie (+11,00). Adrien est un professeur à la retraite depuis un an et demi. Il a toujours été perfectionniste et cette recherche d'excellence dans son travail lui a fait vivre beaucoup de pressions et de stress. Adrien se perçoit comme un

homme rationnel, souvent porté à percevoir négativement les situations. À l'annonce du diagnostic de cancer (...), Adrien passe plusieurs mois dans un état dépressif, qui le porte à penser négativement à la maladie et à la mort. Il se visualise déjà, séparé de ceux qu'il aime, dans une maison accueillant les personnes en phase terminale. Les membres de sa famille l'encouragent à aller chercher du soutien psychologique, mais son côté rationnel le fait hésiter longuement avant de décider de se joindre à un groupe d'imagerie mentale.

Lors de la première rencontre, une période de temps est attribuée pour expliquer aux participants le fonctionnement de l'imagerie mentale et les objectifs visés par l'intervention. La façon de procéder convient à Adrien et il décide finalement de poursuivre l'expérience : « Les médecins vont faire leur bout de chemin au niveau médical avec les traitements et moi je vais faire mon bout de chemin avec le mental et le psychologique. » Par son attitude, Adrien venait de décider de sortir de l'impuissance et de l'isolement pour participer activement au traitement de sa maladie.

Au cours de la deuxième partie de la rencontre, les participants sont invités à essayer de visualiser la guérison dans leur corps. Adrien visualise ses globules blancs comme des gouttes d'eau qui nettoient tout (...). L'eau enlève toutes les cellules cancéreuses et laisse l'organe propre et sain. Au cours des semaines suivantes, il fait ses exercices de visualisation à tous les jours mais il préfère les faire durant sa promenade quotidienne : « Je pense à la guérison en marchant dans la nature. » De plus, il utilise l'imagerie

durant les séances de radiothérapie : « Je concentre mentalement le rayon sur la zone affectée et je mets une clôture pour protéger les organes sains à proximité. » Ce participant emploie aussi les techniques de relaxation et d'imagerie durant ses traitements de chimiothérapie. Selon Simonton et al. (1982), la participation active du malade aux traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aide à diminuer l'anxiété et les effets secondaires du traitement. Les auteurs ajoutent que l'imagerie aide le malade à percevoir la chimiothérapie, non pas comme un médicament pouvant être nocif à l'organisme mais comme un « allié » efficace capable de l'aider à détruire les cellules cancéreuses et à retrouver la santé. En participant activement au traitement de sa maladie, Adrien reprend peu à peu de contrôle sur sa santé et sa guérison.

Lors d'une imagerie ayant pour but de découvrir ce que la partie atteinte de cancer veut exprimer par le biais de la maladie, Adrien prend conscience du stress vécu avant l'apparition de sa maladie : « J'associe ma maladie au stress et à la pression que j'ai vécus surtout au niveau du travail. Si ce stress a permis à la maladie de s'installer, alors je peux travailler pour enlever le stress dans ma vie et ne plus donner de chance au cancer. Mon souci de perfection, de viser 100%, c'est fini. Si j'ai une responsabilité dans la maladie, j'ai aussi une responsabilité dans la guérison. » Pour Adrien, le chemin de guérison consiste à éliminer ce souci constant de perfection et de parvenir à diminuer le stress dans sa vie : « Si je diminue la perfection, je diminue le stress. »

Lors d'une rencontre subséquente, une imagerie est proposée aux participants dans le but de les aider à prendre conscience de ce qui est le plus important dans leur vie et de favoriser l'émergence de buts et de projets pouvant être une source de motivation pour traverser la maladie. L'imagerie proposée consiste à aller dans un magasin d'antiquités à la recherche d'un objet de grande valeur et de placer cet objet dans un endroit particulier de la maison. Adrien partage au groupe la signification des symboles de son imagerie : « J'ai trouvé une table, deux magnifiques lampes et une bibliothèque que j'ai installées dans une partie de la salle familiale de ma demeure. Pour moi, la bibliothèque représente mon désir de connaissances et de compréhension. La table, pour sa part, démontre mon goût pour l'écriture et mon souci d'être utile aux autres. Ce que tu comprends, tu ne le gardes pas pour toi, tu le partages avec les autres. » Adrien réalise qu'il a placé ses objets de valeur dans la salle familiale car cette pièce représente aussi quelque chose de très important pour lui, soit les relations avec sa famille et ses petits-enfants. Les images qui ont émergé au cours de son imagerie lui ont permis de contacter deux valeurs très importantes pour lui : le bonheur d'être entouré de sa famille et sa passion pour l'enseignement et l'écriture : « Cette imagerie m'incite à continuer à faire ce que j'ai toujours aimé et qui me procure du plaisir. Je réalise que la maladie m'a fait mettre de côté beaucoup d'activités que j'aimais et plusieurs projets à long terme. »

Lors de la séance suivante, Adrien partage au groupe que la dernière imagerie l'a invité à se fixer des buts à court terme et à long terme: « Je veux vivre le plus longtemps possible avec ma conjointe, je veux voir grandir mes petits-enfants et à plus long terme,

écrire mon livre car personne ne peut écrire ce que j'ai à dire. » Les buts et les projets sont une source de motivation pour aider le malade à traverser la maladie.

Lors de l'entrevue de recherche, Adrien rapporte que le travail avec l'imagerie permet « de prendre un temps d'arrêt et de réflexion pour mettre en harmonie l'esprit et le corps. L'imagerie favorise aussi une démarche intérieure qui m'a conduit à prendre conscience de ma tendance à percevoir négativement les situations et tout l'impact du perfectionnisme dans ma vie. » Cette prise de conscience a encouragé Adrien à changer des comportements générateurs de stress qui pouvaient nuire à son bien-être et à sa santé.

À la rencontre suivante, Adrien annonce au groupe qu'il a décidé de continuer à enseigner même s'il est à la retraite: « Je vais donner un seul cours, c'est un plaisir pour moi de transmettre des connaissances et de me sentir utile aux autres. » Selon Simonton et al. (1982), les malades qui réussissent souvent à guérir du cancer sont ceux qui continuent les activités qui sont pour eux une source de plaisir et de réalisation personnelle.

À la fin de la session, Adrien est le participant qui a le plus augmenté sa perception de contrôle sur la santé. Comment expliquer ces résultats? Plusieurs facteurs semblent avoir joué un rôle. Tout d'abord, en acceptant de participer aux rencontres de groupe avec l'imagerie mentale, Adrien est parvenu à sortir de l'impuissance et de l'isolement.

Le soutien affectif du groupe est un facteur important qui enrichit le travail avec l'imagerie mentale (Baider et al., 1994; Epstein et al., 2001). La prise de conscience de l'impact du perfectionnisme et la tendance à percevoir négativement les situations ont permis à Adrien de changer certains comportements et de diminuer le stress dans sa vie. La continuité d'activités lui procurant plaisir et satisfaction ainsi que l'élaboration de projets à court et à long terme ont été une source de motivation dans son cheminement vers la guérison. Un facteur important à considérer est le travail individuel avec l'imagerie à la maison et durant les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. L'utilisation de l'imagerie procurait à Adrien le sentiment de pouvoir coopérer au traitement de sa maladie et de posséder un outil efficace pour diminuer son anxiété. Le travail avec l'imagerie, au niveau physique et psychologique, a permis de développer chez le malade une perception de contrôle sur sa santé. Pour Adrien, prendre en charge sa guérison, ce n'est pas tout remettre dans les mains des médecins, mais coopérer avec eux au traitement de la maladie.

#### Effets de l'imagerie au niveau psychologique

Le cas de Marjolaine montre que l'imagerie mentale peut être utilisée comme un outil d'exploration psychologique favorisant la prise de conscience de blocages inconscients qui peuvent nuire au rétablissement du malade. La symbolique de l'imagerie a permis à la participante de prendre conscience d'un conflit intérieur qui la faisait osciller entre le désir de vivre et celui de mourir et de le dénouer. Ses images intérieures l'ont aidée à faire un choix primordial, le « choix de la vie » et d'avancer dans la direction de ses buts

dont le plus important était la guérison. Selon Simonton et Matthews-Simonton, (1975), un tiraillement intérieur persistant crée un stress qui bloque l'énergie et les mécanismes naturels de guérison du corps et contribue ainsi à diminuer l'efficacité du système immunitaire.

Le cas d'Estelle illustre de quelle façon l'imagerie mentale aide la personne malade à contacter ses forces et ses ressources intérieures. Ce cas témoigne du pouvoir des images mentales sur le psychisme du malade et de son efficacité pour réduire l'anxiété. Grâce à l'imagerie, cette participante a contacté une force intérieure qui a produit un sentiment d'espoir et de sécurité. Ces images ont agi au niveau physique en transformant son état d'anxiété en une sensation de bien-être et de sérénité. Elles ont agi au niveau psychologique en faisant naître un grand sentiment de confiance et une certitude dans la guérison. De plus, l'effet de l'imagerie est encore présent trois mois après que la participante en eut fait l'expérience et le symbole continue à agir en elle en dépit du temps. Cette observation va dans le même sens que les recherches de Baider et al. (1994), qui affirment que l'effet de l'imagerie se maintient pendant une période de six mois et plus après les interventions.

Le cas de Rémi explique comment l'imagerie mentale favorise l'émergence des émotions refoulées, permettant ainsi une libération émotionnelle. Le symbole auditif de l'imagerie du participant lui a permis de contacter un interdit introjecté ainsi qu'un sentiment de culpabilité refoulé depuis plusieurs années. Cette prise de conscience a

permis de verbaliser un tiraillement intérieur et de libérer une émotion qui causait un grand malaise psychique. Selon Dufour (2003), la maladie semble être une démonstration objective d'un mal-être et d'une discordance chez l'individu, plus la personne exprime et libère l'émotion, plus elle guérit le corps. Finalement, la symbolique de ses imageries lui a aussi permis de conscientiser des bénéfices secondaires reliés à la maladie. Ces bénéfices retardent ou empêchent parfois la guérison du malade (Simonton et al., 1982).

Ce cas montre comment un pronostic médical peut détruire l'espoir du malade et le faire sombrer dans l'impuissance, la dépression et le désespoir. Il convient de se questionner sur la pertinence de donner un pronostic de vie basé sur des statistiques, ainsi que le rôle qu'il peut jouer dans l'évolution de la maladie. Ce pronostic peut-il avoir contribué à abrégé la vie du malade? Un diagnostic de cancer sévère ne serait-il pas suffisant pour permettre à la personne de se préparer à toute éventualité?

Le cas d'Adrien rapporte comment l'utilisation du pouvoir de l'imagination permet au malade de se fixer sur la guérison et de conserver l'espoir. En visualisant la guérison qui s'effectuait dans son corps ainsi que l'effet bénéfique des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, le participant a réussi à diminuer son angoisse et à développer une perception de contrôle. Ce sentiment de contrôle l'a aidé à sortir de l'impuissance et à participer activement au traitement de sa maladie. De plus, l'imagerie devenait un outil précieux pour se détendre et diminuer son anxiété confirmant ainsi les

recherches antérieures de Simonton et Matthews-Simonton (1975) ainsi que Simonton et al. (1982).

Ce cas a permis de mettre en évidence deux objectifs visés par les interventions avec l'imagerie. Tout d'abord, découvrir ce que le corps exprime par le biais de la maladie puis, identifier le chemin de guérison qui s'avère souvent différent pour chaque individu. Au cours de l'imagerie, le participant prend conscience de la présence d'une tendance au perfectionnisme et à la perception négative des situations. À la suite de cette conscientisation, il réalise que son chemin de guérison passe obligatoirement par le changement de sa propension au perfectionnisme et à la négativité qui, selon lui, nuisent à sa santé. De plus, l'imagerie a permis au malade de contacter ses besoins véritables et ses valeurs profondes. Pour ce participant, il était impératif pour guérir de continuer à faire des activités lui procurant du plaisir et de la satisfaction. Ses images intérieures ont ravivé des buts et des projets délaissés qui sont alors devenus une source de motivation pour traverser la maladie et retrouver la santé.

Avant de conclure, il est important de préciser que chaque participant a pris connaissance du texte comprenant sa présentation de cas, et tous ont accepté la publication de leur expérience avec l'imagerie mentale.

*Conclusion*

La présente étude a permis de vérifier si l'imagerie mentale diminue l'anxiété des personnes atteintes de cancer et augmente leur perception de contrôle sur la santé. L'ajout d'une étude qualitative a conduit à une meilleure compréhension du fonctionnement de l'imagerie mentale, de l'expérience vécue par les participants et des bénéfices retirés de l'intervention.

Sur le plan scientifique, les résultats préliminaires de cette étude apportent une contribution intéressante. Ces résultats démontrent que l'imagerie mentale permet de diminuer l'anxiété des personnes atteintes de cancer de l'échantillon étudié. Cependant, il faudra d'autres recherches avec un plus grand nombre de participants pour démontrer clairement son effet sur la perception de contrôle sur la santé des individus souffrant de cancer. Toutefois, les résultats révèlent que l'imagerie mentale s'avère plus efficace qu'un groupe de thérapie pour contrer une baisse de la perception de contrôle sur la santé chez ces malades.

Sur le plan exploratoire, les études de cas témoignent des bénéfices retirés par les malades de l'utilisation de l'imagerie mentale. Grâce à la symbolisation, l'imagerie favorise la prise de conscience et le dénouement des conflits psychiques qui bloquent l'énergie du malade. Elle aide l'individu à découvrir des comportements ou des situations qui nuisent à son bien-être et à effectuer les changements nécessaires pour

aider à la guérison. D'autre part, l'imagerie permet de contacter ses ressources intérieures et de développer des sentiments de sécurité et d'espoir qui encouragent le malade à se centrer sur la guérison et à participer activement au traitement de sa maladie. Finalement, l'utilisation de l'imagerie, durant les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, permet de diminuer l'anxiété et certains effets secondaires des traitements.

Sur le plan clinique, des recommandations découlent des observations effectuées au cours de l'expérimentation. Les interventions utilisant l'imagerie mentale devraient être effectuées par un thérapeute possédant une formation qualifiée en psychologie et en imagerie mentale ainsi qu'une supervision adéquate avec cette méthode. De plus, il serait recommandé, avec certaines personnes malades, d'approfondir le travail de groupe avec l'imagerie par des interventions individuelles afin de permettre une plus grande expression des émotions et une intégration plus rapide des prises de conscience dans la vie du malade. Toutefois, il serait préférable que la thérapie individuelle soit administrée par le même thérapeute.

À la lumière de ce travail, il apparaît évident que l'imagerie mentale constitue une intervention efficace qui favorise la diminution de l'anxiété des personnes atteintes de cancer, ce qui ouvre la porte à son utilisation comme soutien psychologique auprès de ces malades et comme méthode complémentaire aux traitements médicaux.

## *Références*

- Achterberg, J., Dossey, B., & Kolkmeier, L. (1994). *Rituals of healing: Using imagery for health and wellness*. Boston: Bantam Books.
- Alder, N., & Matthew, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Antoni-Michael, H., & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.
- Assagioli, R. (1991). *Psychosynthèse : Principes et techniques*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Baider, L., Uziely, B., & Kaplan De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 340-347.
- Baker, F. S. (2000). Healing in psychotherapy: Using energy, touch, and imagery with cancer patients. *Gestalt Review*, 4, 267-289.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1976). *The structure of magic: II*. Oxford: Science & Behavior.
- Baum, A., Herberman, H., & Cohen, L. (1995). Managing stress and managing illness: Survival and quality of life in chronic disease. *Journal of Clinical Psychology a Medical Setting*, 2, 309-333.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. Boston: G. K. Hall.
- Benson, H., Deckro, G. R., Ballinger, K. M., Hoyt, M., Wilcher, M., Dusek, J., Myers, P., Greenberg, B., & Rosenthal, D. S. (2002). The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. *Journal of American College Health*, 50, 281-287.
- Benson, H., Nakao, M., Fricchione, G., Myers, P., Zuttermeister, P. C., Baim, M., Mandel, C. L., Medich, C., Wells-Federman, C. L., Arcari, P. M., Ennis, M., & Barsky, A. J. (2001). Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 50-57.

- Berglund, G., Balund, C., & Gustavsson, U. L. (1993). Starting again: A comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncology*, 32, 15-21.
- Blondeau, F. (1989). L'imagerie mentale peut-elle avoir une utilité clinique? *Le Médecin du Québec*, 24, 105-119.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitative*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bruchon- Schweitzer, M. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies : Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Bundek, N. I., Marks, G., & Richardson, J. L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women. *Health Psychology*, 12, 193-199.
- Burns, S. D. (2001). The effect of the Bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of Music Therapy*, 38, 51-65.
- Carey, M. P., & Burish, T. G. (1985). Anxiety as a predictor of behavioral therapy outcome for cancer chemotherapy patients. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 53, 860-865.
- Carey, M. P., & Burish, T. G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. *Psychology Bulletin*, 104, 307-325.
- Caslant, E. (1937). *Méthode de développement des facultés supra-normales*. Paris : Éditions Meyer.
- Cattell, R. B. (1966). *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *Journal of the American Medical Association*, 26, 1244-1254.
- Cohen, S., & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. Dans W. J Neufeld (Éd), *Advance in the investigation of psychological stress* (pp.235-280). New York: John Wiley & Sons.

- Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. Dans L. A. Pervin (Éd), *Handbook of Personality* (pp. 638-669). London: Guilford Press.
- Cousins, N. (1989). *Head first: The biology of hope*. New York: Dutton.
- Cunningham, A. J., Fox, B. H., & Greer, S. (1992). Can randomised studies of psychosocial interventions for cancer harm the control groups? *Advances*, 8, 80-87.
- Dantzer, R. (1990). *Du stress à la maladie*. Neuilly-sur-Seine : Artem.
- Desoille, R. (1957a). Le rêve éveillé dirigé comme méthode d'exploration et de cure psychologique. *Archives hospitalières*, 9, 221-228.
- Desoille, R. (1957b). L'expression symbolique dans le rêve éveillé dirigé. *Archives hospitalières*, 10, 286-291.
- Desoille, R. (1961). *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Genève : Mont-Blanc.
- Desoille, R. (1966). *The directed daydream*. New York: Psychosynthesis Research Foundation.
- Dillon, K. M., Minchoff, B., & Baker, K. H. (1986). Positive emotional states and enhancement of the immune system. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 15, 13-17.
- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle*. Grenoble : PUG.
- Dufour, D. (2003). *Les tremblements intérieurs*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Durand, G. (1963). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Durand, G. (1984). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire : Introduction à l'archétypologie générale* (10<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Durand, Y. (1988). *L'exploration de l'imaginaire : Introduction à la modélisation des univers mythiques*. Paris : Bibliothèque de l'Imaginaire.
- Engel, G. L. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress. *Annals of Internal Medicine*, 74, 771-782.
- Epstein, G. (1991). *Visualisation de guérison : Le pouvoir de votre imagination au service de votre santé*. Genève : Éditions Jouvence.

- Epstein, G. (1994). *Healing into immortality: A new spiritual medicine of healing stories and imagery*. New York: Bantam.
- Epstein, G., Manhart-Barrett, E-A., Halper, J. P., Seriff, N. S., Phillips, K., & Lowenstein, S. (2001, 20 février). *The meaning of the lived experience of mental imagery*. Récupéré le 10 février 2003 de <http://www.drjerryepstein.org/meaning.html>
- Evans, E. A. (1926). *A psychological study of cancer*. New York: Dodd Mead.
- Eysenck, H.J. (1991). Psychosocial factors, prognosis and prevention of cancer. *Biopsychosocial Medicine*, 5, 31-45.
- Eysenck, H. J. (1988). Health's character. *Psychology Today*, 22, 28-32.
- Fabre, J., & Ong, H. (1977). La prise en charge psychologique du malade cancéreux. Dans G. Mathe & B. Hoerni (Éds), *Actualités cancérologiques à l'usage des praticiens* (pp.169-175). Paris : Expansion scientifique.
- Fanning, P. (1992). *Se guérir par la visualisation*. Paris : Jean-Claude Lattès.
- Filliozat, A. M. (1983). Relaxation, visualisation et thérapie. *Études psychothérapeutiques*, 14, 27-32.
- Fiore, N. A. (1989). The inner healer: Imagery for coping with cancer and its therapy. *Journal of Mental Imagery*, 12, 79-82.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 939-852.
- Ford, M. F., Jones, M., & Scannell, T. (1990). Is group psychotherapy feasible for oncology outpatient attendees selected on the basis of psychology? *British Journal of Cancer*, 62, 624-626.
- Fréteigny, R., & Virel, A. (1968). *L'imagerie mentale : Introduction à l'onirothérapie*. Genève : Éditions du Mont-Blanc.
- Freud, S. (1926). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1970). *Essais de psychanalyse*. Paris : PUF.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 559-578.

- Gerits, L. J. H. (1997). *Psycho-neuro-immunology and breast cancer: Predictors of acute stress symptoms as a consequence of the diagnosis*. Thèse de doctorat inédite : Université de Leiden.
- Ginger, S., & Ginger, A. (1992). *La Gestalt : Une thérapie de contact*. Paris : Hommes & Groupes éditeurs.
- Goffman, E. (1976). *Stigmates*. Paris : Seuil.
- Goodall, D. B. (1994) *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.
- Graffam, S., & Johnson, A. (1987). A comparison of two relaxation strategies for relief of pain and its distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 229-231.
- Greene, W. A. (1966). The psychological setting of the development of leukaemia and lymphoma. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 794-801.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1976). *The structure of magic: II*. Oxford: Sciences and Behaviour.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., Vetter, H., & Schmidt, P. (1988). Psychosocial types and chronic diseases: Results of the Heidelberg prospective psychosomatic intervention study. Dans S. Maes & C. D. Spielberger et al. (Éds), *Topics in health psychology* (pp.57-75). Oxford: John Wiley & Sons.
- Hammer, S. (1996). The effects of guided imagery through music on state and trait anxiety. *Journal of Music Therapy*, 33, 47-70.
- Holden-Lund, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing and Health*, 11, 235-244.
- Holmes, T. H., & Rahe R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horner, K. L. (1998). Individuality in vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 3, 71-85.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jaffe, D. T., & Bresler, D. E. (1980). Guided imagery: Healing through the minds eye. Dans J.E Shorr et al. (Éds), *Imagery: Its many dimensions and application* (pp. 253-266). New York: Plenum Press.

- Johnson, J. H., & Sarason, I. G. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.
- Jung, C. G. (1971). *Les racines de la conscience*. Paris : Buchet-Chastel.
- Kelly, P. (2001). *Les groupes d'entraide pour les personnes touchées par le cancer : Mode d'emploi*. Québec : Guy Saint-Jean.
- Kwekkeboom, K., Huseby-Moore, K., & Ward, S. (1998). Imaging ability and effective use of guided imagery. *Research in Nursing and Health*, 21, 189-198.
- Lavoie, L. C. (1995). *L'étude de certains processus d'intégration psycho-spirituelle en counseling pastoral grâce à l'imagerie mentale dirigée*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Lavoie, L. C. (1999). *L'imagerie mentale : intégration psycho-spirituelle*. Outremont : Carte blanche.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LeBaron, S. (1989). The role of imagery in the treatment of a patient with malignant melanoma. *Hospice Journal*, 5, 13-23.
- Lefcourt, H. M. (1991). Locus of control. Dans J. P. Robinson, P. R Shaver, & L. S. Wrightsman (Éds), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 475-479). New York: Academic Press.
- LeShan, L. (1959). Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *Journal of National Cancer Institute*, 22, 1-18.
- LeShan, L. (1982). *Vous pouvez lutter pour votre vie : les facteurs psychologiques dans l'origine du cancer*. Paris : Robert Laffont.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondement et pratique*, 2<sup>e</sup> éd., Montréal : Éditions Nouvelles.
- Leuner, H., & Kornadt, H. J. (1971). *Initiated symbol projection in psychosynthesis*. New York: Viking Press.
- Levy, S. M. (1985). *Behaviour and cancer: Lifestyle and psychosocial factors in the initiation and progression of cancer*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Lindsay, P. H., & Norman, D. A. (1980). *Comportement humain et traitement de l'information*. Montréal : Études vivantes.
- Maack, C., & Nolan, P. (1999). The effects of guided imagery and music therapy on reported change in normal adults. *Journal of Music Therapy*, 36, 39-55.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Morrison, J., Becker, R., & Heeder, R. (1983). Reduction of anxiety: Comparative effectiveness of imagery psychotherapy vs self-help seminars. *Psychological Reports*, 5, 417-418.
- Nelson, D.W., & Cohen, L. H. (1983). Locus of control and control perceptions and the relationship between life stress and psychological disorder. *American Journal of Community Psychology*, 11, 705-722.
- Nuissier, J. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 655-668.
- Paul-Cavallier, F. J. (1998). *Visualisation : Des images pour des actes*. Paris : InterÉditions.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 237-265.
- Pettingale, K.W. (1985). Towards a psychological model of cancer: Biological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 779-787.
- Picat, J. (1984). *Le rêve et ses fonctions*. Paris : Masson.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles : Pierre Madaga.
- Ray, C., Lindop, J., & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine*, 12, 385-395.
- Riley, V. (1975). Alteration of incidence as apparent function of stress. *Science*, 189, 465-470.

- Rotter J B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Sandler, I. N., & Lakey, B. (1982). Locus of control as a moderator: the role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, 65-80.
- Schmale, A. H. (1972). Giving up as a final common pathway to change in health. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 20-40.
- Schmale, A. H., & Iker, H. (1971). Hopelessness as a predictor of cervical cancer. *Social Sciences and Medicine*, 5, 95-100.
- Schutzenberger, A. A. (1978, 1979). Image mentale et visualisation. *Bulletin de Psychologie*, 32, 361-374.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Montréal : La Presse.
- Selye, H. (1975). *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard.
- Shone, R. (1986). *Visualisation créatrice*. Montréal : Québec Amérique.
- Simonton, O. C., & Henson, R. (1993). *L'aventure d'une guérison*. Belfond : J'ai lu.
- Simonton, O. C., & Matthews-Simonton, S. (1975). Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 7, 29-47.
- Simonton, O. C., & Matthews-Simonton, S. (1981). Cancer and stress : Counseling the cancer patient. *Medical Journal of Australia*, 6, 679-683.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. (1982). *Guérir envers et contre tout : Le guide du malade et de ses proches pour surmonter le cancer*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada. (2005, avril). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*. Récupéré le 3 mai 2005 de <http://www.cancer.ca> et <http://www.ncic.cancer.ca>
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Oxford: Academic Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vaag, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, (S.T.A.I.) form Y. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., & Laux, L. (1983). Stress, trait-state anxiety, and learning: Two competing models. *Clinical and Community Psychology Stress and Anxiety*, 2, 145-154.
- Step toe, A. (1991). *Psychologie de la réaction au stress : Du stress à la maladie*. Neuilly-sur-Seine : Artem.
- Tsao, C. C., Gordon, T., Maranto, C. D., Lerman, C., & Murasko, D. (1991). *The effects of music and directed biological imagery on immune response*. Washington: National Association of Music Therapy.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: toward an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1983). Class and psychology vulnerability among women: The significance of social support and personal control. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 2-15.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). The development and validation of the health-related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-553
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- Wirsching, M., Georg, H., Hoffman, F., Riehl, J., & Schmidt, P. (1988). Psychosocial factors influencing health in breast cancer and mastopathia: A general systems study. Dans C. L. Cooper (Éd.), *Stress and breast cancer* (pp.97-107) Oxford: John Wiley & Sons.

*Appendice A*

**Imageries**

## Liste des imageries

### *Imagerie 1 : Le processus de guérison*

C'est une belle journée d'été...la température est très agréable...Vous avez décidé de profiter de cette belle journée près d'un lac...Vous marchez dans le petit chemin qui conduit au lac...Vous ressentez du bien-être et de la sécurité...Vous descendez une légère pente et vous apercevez le lac avec une magnifique plage de sable...Vous approchez...L'endroit est splendide...Vous décidez d'enlever vos chaussures pour marcher pieds nus sur la plage...Vous apercevez une chaise longue et vous décidez de vous asseoir quelques instants pour vous reposer et goûter au calme et à la sérénité de cet endroit...Vous pensez que ce moment serait merveilleux si vous aviez un moyen pour participer plus activement à votre guérison...Vous décidez de commencer à visualiser le processus de guérison qui s'effectue dans votre corps...Prenez contact avec la partie souffrante en vous...Imaginez un rayon d'énergie ou de lumière qui se répand à travers tout votre corps, dans chacune des cellules de votre organisme...Visualisez la lumière qui atteint la partie malade en vous...Ce rayon de lumière et d'énergie circule librement dans toute la partie affectée...Imaginez qu'au contact de cette énergie de guérison, les cellules commencent à se régénérer...Visualisez cette partie se guérir peu à peu...elle reprend sa couleur normale...son fonctionnement normal...Prenez quelques instants pour bien visualiser et ressentir le processus de guérison qui s'opère à l'intérieur de vous (pause). Pour les personnes qui ont terminé leurs traitements, continuez simplement à visualiser la guérison en vous et à vous centrer sur ce processus de guérison et sur la certitude d'être guéri. Pour les personnes en attente ou en cours de traitements de chimiothérapie, de radiothérapie ou de chirurgie, nous allons visualiser le travail du système immunitaire pour aider les traitements médicaux. Imaginez que vous appelez vos globules blancs pour vous aider...Visualiser vos globules blancs, gros et forts, sous une forme symbolique propre à vous...Regardez-les travailler. Ils détruisent toutes les cellules cancéreuses, faibles et désorganisées. Ils nettoient tout, jusqu'à ce que la partie affectée soit entièrement libérée. Prenez quelques instants pour visualiser le travail des globules blancs dans votre corps (pause). Vous ressentez maintenant un grand bien-être et une grande sérénité... car vous savez que vous pourrez visualiser de nouveau le processus de guérison dans votre corps quand vous en sentirez le besoin...Vous décidez de repartir de cet endroit magnifique lorsqu'un papillon vient se poser doucement sur votre épaule...Ce papillon a un message pour vous...Écoutez bien ce qu'il veut vous dire (pause). Après quelques instants, le papillon s'envole, bercé par le vent. Vous reprenez le chemin du retour rempli d'une énergie nouvelle et vivifié par l'expérience que vous avez vécue. Quand vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou senti au cours de l'imagerie.

### *Imagerie 2 : La plaine<sup>2</sup>*

Imaginez que vous êtes dans une plaine...Prenez le temps de bien regarder le paysage qui vous entoure...de vous laissez apaiser par le silence qui émane de cette plaine...vous sentez les odeurs...le souffle du vent sur votre visage...vous sentez la chaleur du soleil...Un grand sentiment de bien-être vous envahit...Vous partez à la découverte de cette plaine...Vous prenez le temps de la parcourir et de la découvrir dans tous ses recoins, dans tous ses aspects (pause). Vous décidez de vous reposer un moment...vous trouvez un lieu confortable pour vous étendre...Allongez-vous et abandonnez-vous à ce moment de repos. Dans cet état de détente et de tranquillité, monte un questionnement à l'intérieur de vous : « Quel est mon désir de vivre? » Prenez quelques instants pour bien accueillir, sans jugement, ce qui émerge de l'intérieur de vous (pause). Maintenant, vous sortez lentement de cet état de détente...vous regardez la plaine autour de vous...Vous apercevez un papillon...c'est votre papillon qui vient se poser sur une partie de votre corps...que ressentez-vous?...Votre papillon est venu pour vous transmettre un message ou pour préciser le message que vous avez déjà reçu...Écoutez bien ce qu'il veut vous dire...Vous pouvez lui parler et dialoguer avec lui si vous le désirez (pause). Votre papillon s'envole doucement...vous conservez ce moment de contact intérieur comme un précieux cadeau...Quand vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

### *Imagerie 3 : La source*

C'est une belle journée d'été...Vous marchez dans un sentier qui traverse un petit boisé...Le paysage est très beau...Tout est calme et dégage une atmosphère de sérénité...Des rayons de soleil éclairent le sentier devant vous...Vous entendez le chant des oiseaux dans les arbres... Vous sentez l'air frais qui pénètre dans vos poumons...Vous aimez ces promenades dans la nature...Le sentier longe maintenant le bord d'un ruisseau...Vous regardez l'eau qui coule...Votre vie est comme le mouvement de l'eau...Suivez le courant du ruisseau et vérifiez s'il y a des obstacles qui empêchent l'eau de couler...ou qui obligent l'eau à faire des détours...Suivez le courant de l'eau et soyez attentif à ce que vous ressentez (pause). Vous arrêtez un moment pour écouter le bruit de l'eau...Soudain, vous entendez une voix qui semble provenir de l'eau : « Tu peux me confier quelque chose que tu aimerais changer dans ta vie ou tout simplement améliorer pour t'aider à guérir. Quelque chose de différent de ta maladie mais qui est difficile pour toi. Il suffit de l'envoyer dans mon eau et je te montrerai comment la changer ou l'améliorer. Vous prenez dans vos mains ce que vous aimeriez confier à l'eau...Quelle est sa forme symbolique? Maintenant, vous l'envoyez dans l'eau...Au contact de la surface de l'eau, celle-ci se met à bouillonner et transforme

---

<sup>2</sup> Cette imagerie est inspirée de l'imagerie de la plaine de L.-C. Lavoie, *L'imagerie mentale : Intégration psycho-spirituelle*, Outremont, Carte Blanche, 1999, p. 245.

entièrement ce que vous avez envoyé...Quel est son nouvel aspect? Que ressentez-vous maintenant? Prenez le temps de bien visualiser cette scène et de voir la transformation de ce que vous avez confié à l'eau (pause). Vous reprenez le chemin du retour tout heureux des découvertes que vous avez faites. Quand vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

#### *Imagerie 4 : Le secret*

Prenez contact avec la partie atteinte de cancer en vous...Pour les personnes qui ont la certitude d'être guéri...prenez simplement contact avec une partie de vous qui est plus souffrante en ce moment...Si aucune partie de vous n'est souffrante, prenez simplement contact avec votre corps...Cette partie malade en vous ou votre corps a quelque chose à vous dire...un secret à vous révéler...Accueillez, sans jugement, ce que la maladie ou ce que votre corps veut vous dire (pause). Lorsque vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

#### *Imagerie 5 : Le chemin de guérison*

Prenez contact avec la partie atteinte de cancer en vous...Pour les personnes qui ont la certitude d'être guéri...prenez simplement contact avec une partie de vous qui est plus souffrante en ce moment...Si aucune partie de vous n'est souffrante, prenez simplement contact avec votre corps...Cette partie malade en vous ou votre corps...avec son secret...connaît le chemin de la guérison...et comment conserver la santé. Cette partie veut vous montrer son propre chemin de guérison...Accueillez, sans jugement, le chemin de guérison que la maladie ou votre corps vous invite à suivre (pause). Lorsque vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

#### *Imagerie 6 : Le ressentiment<sup>3</sup>*

Imaginez que vous êtes devant un grand miroir...votre corps est entièrement nu...Vous pouvez voir votre corps à partir du cou jusqu'au pieds...Avec votre index, touchez la partie malade de votre corps...ou touchez la zone qui vous procure le plus d'inconfort...Soudain, dans cette zone émerge le visage d'une personne ou une situation

---

<sup>3</sup> Cette imagerie est inspirée de l'imagerie de l'exorcisme de Epstein et al., *The meaning of the lived experience of mental imagery*, 2001, p. 5.

qui vous procure un malaise intérieur et dont vous aimeriez vous libérer...Laissez émerger sans jugement ce qui monte de l'intérieur de vous (pause). À l'aide d'une grande expiration, expulsez cette personne ou cette situation de votre corps...voyez-la sortir de votre corps propulsée par cette longue expiration...Si la personne ne sort pas facilement alors augmentez la force...du plus gentil au plus vigoureux...si elle ne veut pas sortir, attrapez-la et sortez-la de force de votre corps...libérez-vous...Dites à cette personne ou à cette situation qu'elle n'a plus le droit de revenir dans votre corps et de vous empêcher de goûter le bien-être et la sérénité...Une fois que la personne ou la situation est partie, vous vous imaginez devenir grand (ou grande)...très, très grand (ou grande)...jusqu'à ce que vous atteigniez le soleil...Vous prenez un morceau de soleil ou un rayon de soleil dans la paume de votre main et vous le mettez dans la zone libérée par la personne...Toute cette zone est maintenant remplie de lumière et de chaleur...Voyez cette zone guérir au contact de la lumière et de la chaleur...Maintenant, vous remettez vos vêtements...Vous apercevez la personne qui s'éloigne loin de vous...Vous sentez une grande libération...Souhaitez-lui de bonnes choses...tout ce que vous pensez que cette personne aimerait recevoir...Prenez conscience de vos réactions...Si vous avez de la difficulté à voir de bonnes choses lui arriver, c'est une réaction normale...Cela deviendra plus facile avec de l'entraînement...Resentez à quel point vous vous sentez maintenant libéré et plus détendu...Goûtez le bien-être qui est maintenant présent en vous (pause). Dites-vous que vous conserverez désormais ces nouveaux sentiments à l'intérieur de vous. Lorsque vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

### *Imagerie 7 : L'arbre et le magasin d'antiquités*

Imaginez maintenant que vous marchez dans un sentier...Ce sentier traverse une magnifique forêt...L'endroit est calme et paisible...vous goûtez à l'atmosphère de paix qui règne dans cette forêt... Vous ressentez une paix intérieure et une grande sécurité...Vous avancez dans cette forêt à la recherche d'un arbre particulier et unique...Prenez le temps d'explorer cette partie de la forêt à la recherche de votre arbre...Vous regardez paisiblement tous les arbres qui vous entourent. Soudain vous apercevez votre arbre.... Regardez bien chacune de ses parties, ses racines...son tronc...ses branches...ses feuilles (pause). Quelles caractéristiques avez-vous en commun ? (pause). Maintenant, dites à votre arbre ce qu'il possède pour que vous le préfériez à tous les autres arbres (pause). Prenez maintenant congé de votre arbre et reprenez le sentier...Il y a beaucoup de rayons de soleil qui vous aident à retrouver facilement le chemin qui conduit au village...Vous arrivez dans le village...Vous marchez doucement dans une petite rue qui regroupe plusieurs boutiques...Cette rue est très belle...Vous regarder chacune des vitrines...Votre attention est attirée par la vitrine d'un magasin d'antiquités...Vous êtes fasciné par la beauté de tous ces objets anciens de grande valeur...Vous décidez d'entrer à l'intérieur du magasin...Le propriétaire vous reçoit cordialement en vous disant : « Prenez le temps qu'il vous faudra pour trouver ce

qui vous convient véritablement. » Vous regardez avec soin tous les objets et les meubles qui vous entourent...vous admirez leur beauté... Le caractère unique de chacun. Soudain, votre regard est attiré par quelque chose d'une grande valeur pour vous...C'est exactement ce que vous avez toujours désiré...Prenez le temps de bien visualiser ce que vous avez trouvé (pause). Vous décidez sans aucune hésitation de l'acheter...Le propriétaire vous l'enveloppe soigneusement...et vous décidez de l'emporter avec vous...Vous inventez un moyen pour le transporter jusqu'à votre domicile peu importe sa taille...À votre arrivée, vous placez cet objet de valeur dans une pièce de votre maison (pause). Vous regardez votre nouvelle acquisition. Que ressentez-vous? Prenez quelques instants pour voir ce que cet objet de valeur représente pour vous (pause). Lorsque vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

#### *Imagerie 8 : La montagne<sup>4</sup>*

Vous êtes dans la plaine que vous avez explorée au début de la session d'imagerie...L'air est bon...la température est agréable...Vous prenez le temps de bien regarder la plaine...de l'explorer de nouveau...pour découvrir de nouveaux détails...de prendre conscience de nouvelles choses (pause)...Vous voyez une montagne au loin...Vous suivez le sentier qui vous y mène...Vous sentez votre corps en harmonie et énergique... la marche est facile...Vous approchez lentement de la montagne...vous voyez mieux son contour et sa forme...le sentier devient plus abrupt...Votre énergie est mobilisée...Le silence devient plus profond...Vous poursuivez votre ascension...vous sentez maintenant l'effort de l'ascension...un obstacle s'oppose maintenant à votre ascension...vous vous en approchez...vous le découvrez mieux maintenant...il bloque totalement le sentier...Vous cherchez comment contourner l'obstacle...il se présente à vous une issue et vous parvenez à contourner cet obstacle...Prenez quelques instants pour visualiser la scène...restez en contact avec le ressenti que vous éprouvé après avoir réussi à contourner l'obstacle (pause). Vous poursuivez votre chemin...l'ascension est maintenant plus facile...l'air est léger et frais...l'ascension devient maintenant beaucoup plus facile...vous êtes presque arrivé...Vous arrivez maintenant au sommet de la montagne...vous sentez une présence...très accueillante...très bonne et très sécurisante...vous prenez contact avec cette présence à la fois mystérieuse et attirante...Prenez le temps de dialoguer avec cette présence...écoutez ce que cette présence a à vous dire...vous pouvez lui poser toutes les questions que vous voulez (pause). La présence vous invite maintenant à la suivre...vous l'accompagnez...rendu sur le plus haut sommet de la montagne, la présence vous dit : « regarde » (pause). Vous reprenez maintenant le chemin du retour...cette présence vous accompagne

---

<sup>4</sup> Cette imagerie est inspirée de l'imagerie de la montagne de L.-C. Lavoie, *L'imagerie mentale : Intégration psycho-spirituelle*, Outremont, Carte Blanche, 1999, p. 246.

maintenant...vous descendez la montagne...Arrivé au bas de la montagne, vous vous apercevez que la présence a disparu...Vous reprenez le sentier...vous demeurez imprégné par la rencontre que vous avez faite...Vous sentez en vous une joie de vivre nouvelle...et une grande sérénité. Lorsque vous serez prêt, reprenez doucement contact avec la pièce...vous vous sentez détendu, en pleine forme physique et mentale et prêt à reprendre vos activités quotidiennes. Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à noter ce que vous avez vu, entendu ou ressenti au cours de l'imagerie.

© Tous droits réservés.

*Appendice B*

Questionnaires

### *Questionnaire de renseignements socio-démographiques*

1. Sexe: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ 2. Âge: \_\_\_\_\_
3. État civil: Marié(e) \_\_\_\_ Union de fait \_\_\_\_ Divorcé(e) \_\_\_\_ Veuf(ve) \_\_\_\_ Célibataire \_\_\_\_
4. Occupation actuelle :
1. Travailleur
  2. Sans emploi
  3. Retraité(e)
  4. À la maison
  5. Étudiant(e)
  6. Congé de maladie
  7. Autre \_\_\_\_\_
5. Nombre d'enfants \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à votre charge \_\_\_\_\_
6. Quel est votre revenu personnel brut annuel (avant impôt et déductions) ?
1. 15 000 \$ et moins
  2. de 16 000 \$ à 25 000 \$
  3. de 26 000 \$ à 35 000 \$
  4. de 36 000 \$ à 45 000 \$
  5. de 46 000 \$ à 55 000 \$
  6. 56 000 \$ et plus
7. Type de cancer \_\_\_\_\_
8. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui vous inquiètent. 1. oui 2. non  
Si oui lesquels \_\_\_\_\_
9. Traitement médical en cours :
1. Chimiothérapie
  2. Radiothérapie
  3. Chirurgie
  4. Aucun traitement
  5. Chimiothérapie et radiothérapie
  6. Chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie
  7. Hormonothérapie ou médication pour le cancer
10. Temps écoulé depuis l'annonce du diagnostique de cancer : \_\_\_\_ année \_\_\_\_ mois
11. Avez-vous déjà participé à des séances d'imagerie mentale (visualisation) 1. oui 2. non

### *Questionnaire d'évaluation personnelle*

Développé par Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978  
Traduit par Louise Perron et Elizabeth Doyle, traductrice agréée

MHLC (Forme-C)

Nom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Sexe F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Chacun des énoncés ci-dessous exprime une opinion concernant votre état de santé avec laquelle vous pouvez être en accord ou ne pas être en accord. À côté de chaque énoncé il y a une échelle qui varie de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (6). Pour chaque énoncé, encerclez le numéro qui décrit jusqu'à quel point vous êtes en accord ou n'êtes pas d'accord avec cet énoncé.

Plus vous êtes en accord avec un énoncé, plus le numéro que vous encerclez sera élevé. Plus vous êtes en désaccord avec l'énoncé, plus le numéro que vous encerclez sera petit.

S'il vous plaît, vérifiez si vous avez répondu à **tous les énoncés** et si vous n'avez encerclé **qu'un seul numéro** par énoncé. Le but de ce test est de recueillir votre opinion personnelle, il n'y a donc aucune bonne ou mauvaise réponse.

		Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légerement en désaccord	Légerement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
1.	Si mon état de santé se détériore, c'est mon propre comportement qui déterminera le temps qu'il faudra pour que je me sente mieux de nouveau.	1	2	3	4	5	6
2.	En ce qui concerne mon état de santé, il arrivera ce qui arrivera.	1	2	3	4	5	6
3.	Si je rencontre régulièrement mon médecin, j'aurai probablement moins de problèmes avec mon état de santé.	1	2	3	4	5	6
4.	La plupart des choses qui affectent mon état de santé m'arrivent par hasard.	1	2	3	4	5	6
5.	Chaque fois que mon état de santé se détériore, je devrais consulter un professionnel de la santé.	1	2	3	4	5	6
6.	Je suis directement responsable de l'amélioration ou de la détérioration de mon état de santé.	1	2	3	4	5	6

		Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légerement en désaccord	Légerement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
7.	Les autres jouent un rôle important si mon état de santé s'améliore, reste stationnaire ou se détériore.	1	2	3	4	5	6
8.	Chaque fois que mon état de santé se détériore, c'est de ma propre faute.	1	2	3	4	5	6
9.	La chance joue une part importante pour déterminer si mon état de santé va s'améliorer.	1	2	3	4	5	6
10.	Pour que mon état de santé s'améliore, les autres doivent veiller à ce que des choses adéquates m'arrivent.	1	2	3	4	5	6
11.	Quelle que soit l'amélioration de mon état de santé, c'est en grande partie une question de chance.	1	2	3	4	5	6
12.	Ce sont les choses que je fais moi-même qui ont la plus grande influence sur mon état de santé.	1	2	3	4	5	6
13.	Je m'attribue le mérite quand mon état de santé s'améliore et je me blâme quand il se détériore.	1	2	3	4	5	6
14.	Suivre les consignes du médecin à la lettre est la meilleure façon de faire en sorte que mon état de santé ne se détériore pas.	1	2	3	4	5	6
15.	Si mon état de santé se détériore, c'est une question de destin.	1	2	3	4	5	6
16.	Si je suis chanceux, mon état de santé va s'améliorer.	1	2	3	4	5	6
17.	Si mon état de santé s'aggrave, c'est parce que j'e n'ai pas pris soin de moi correctement.	1	2	3	4	5	6
18.	Le type d'aide que je reçois des autres détermine le temps qu'il faudra pour améliorer mon état de santé.	1	2	3	4	5	6

*Évaluation de la session d'imagerie mentale*

Qu'est ce que vous avez retiré de votre session d'imagerie mentale?

Les séances d'imagerie vous ont-elles aidés dans votre démarche pour améliorer votre bien-être?

Si oui, précisez de quelle façon?

a) Au niveau du bien-être psychologique :

b) Au niveau du bien-être physique :

Qu'est-ce qui vous a le plus aidé?

Qu'est-ce que vous avez aimé le moins?

Avez-vous apprécié l'animation des sessions d'imagerie?

Voyez-vous des points qui pourraient être améliorés ?

*Questionnaire de l'entrevue de recherche*

1. Si vous deviez parler de votre expérience avec l'imagerie mentale à un(e) ami(e), que lui diriez-vous?
  - a) Qu'est-ce que vous avez retiré de votre expérience avec l'imagerie mentale?
  - b) Qu'est ce qui a été le plus utile et le plus aidant pour vous durant la session d'imagerie?
  - c) Y a-t-il des aspects qui vous ont semblé difficiles au cours de votre expérience avec l'imagerie mentale ?
  - d) Est-ce que les imageries vous ont permis de faire des prises de conscience?  
Si oui, pouvez-vous me parler de ces prises de conscience?
  - e) Quel a été l'impact de ces prises de conscience dans votre vie?  
Souvent ces prises de conscience concernent notre vie intime, serez-vous à l'aise d'en parler?
  - f) Avez-vous eu le courage de changer ce que vous vouliez changer à la suite des prises de conscience que vous avez faites?
2. Est-ce que le travail avec l'imagerie a suscité des changements au niveau physique ou psychologique?
3. Est-ce que vous avez continué à pratiquer des exercices ou conservé des attitudes apprises au cours de la session d'imagerie?
4. Est-ce que vous prévoyez continuer à faire des exercices d'imagerie par vous-même?
5. Si vous deviez parler de votre expérience de groupe à un(e) ami(e), que lui diriez-vous?
  - g) Qu'est-ce que vous avez retiré de l'expérience de groupe?
  - h) Qu'est ce qui a été le plus utile et le plus aidant pour vous au cours de cette expérience en groupe?
  - i) Y a-t-il des aspects qui vous ont semblé difficiles dans le groupe?
6. En résumé, est-ce que la session d'imagerie mentale vous a aidé à traverser cette période de maladie?