

Le dessin comme voie d'accès au vécu psychologique de l'enfant confronté à l'intervention chirurgicale pédiatrique au Togo
Étude clinique qualitative des productions graphiques pré- et postopératoires au CHU-Campus de Lomé

PALOUKI Essoham, épouse N'LOWA

Doctorante, École Doctorale Lettres et Humanités (ED730-LH), Université de Lomé, Togo
Psychologue clinicienne, Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU-Campus de Lomé,
epalouki@gmail.com

BARMA Marodégueba

Maître de Conférences de psychologie clinique et pathologique, Université de Lomé
mbarma2001@yahoo.fr

Résumé : Introduction : chez l'enfant, la verbalisation directe des affects liés à l'expérience chirurgicale demeure souvent limitée, ce qui invite à recourir à des médiations projectives telles que le dessin. Objectif : cette étude vise à décrire, à travers l'analyse clinique de productions graphiques, le vécu psychologique des enfants confrontés à une intervention chirurgicale pédiatrique (ICP), aux périodes pré- et postopératoires. Méthode : dans le cadre d'une recherche qualitative menée auprès de 50 dyades parent-enfant (6-12 ans) au service de chirurgie pédiatrique du CHU-Campus de Lomé (2024), chaque enfant a produit deux dessins sous la consigne « dessine-toi comme tu te sens aujourd'hui », l'un en préopératoire, l'autre en postopératoire, commentés lors d'un entretien semi-directif. L'analyse a utilisé une grille clinique multidimensionnelle, nourrie par des approches développementales, psychodynamiques et projectives du dessin. Résultats : les dessins préopératoires révèlent un continuum entre une anxiété identifiable, centrée sur des objets de soin (seringue, hôpital), déclinée en formes anticipatoire, agitée, contrôlée, combative ou sécurisée par la figure parentale, et une angoisse plus archaïque marquée par la fragmentation corporelle, la régression ou l'envahissement graphique. Les dessins postopératoires mettent en évidence cinq dimensions psychiques récurrentes : la douleur, la colère (le plus souvent contenue), le sentiment de diminution narcissique, le sentiment de handicap fonctionnel et l'angoisse d'abandon social ou familial. Conclusion : le dessin constitue un outil clinique pertinent d'évaluation et de médiation du vécu opératoire de l'enfant, qui gagnerait à être intégré aux protocoles d'accompagnement psychologique périopératoire.

Mots-clés : dessin de l'enfant ; vécu opératoire ; anxiété ; angoisse ; chirurgie pédiatrique ; Togo.

Abstract: Introduction: Children's direct verbal expression of affects related to the surgical experience often remains limited, which calls for projective mediations such as drawing. Objective: This study describes, through clinical analysis of graphic productions, the psychological experience of children undergoing pediatric surgery during the pre- and postoperative periods. Method: Within a broader qualitative study of 50 parent-child dyads (aged 6-12) at the pediatric surgery department of the Campus University Hospital of Lomé (2024), each child produced two drawings under the instruction "draw yourself as you feel today," one preoperatively and one postoperatively, discussed during a semi-structured interview. Analysis combined a multidimensional clinical grid (spatial organization, line quality, color use, body schema, symbolization) inspired by Machover and Goodenough, with a thematic analysis of the associated discourse. Results: Preoperative drawings revealed a continuum between identifiable anxiety centered on care-related objects (syringe, hospital), expressed in anticipatory, agitated, controlled, combative, or parent-secured forms, and a more archaic anguish marked by bodily fragmentation, regression, or graphic invasion. Postoperative drawings highlighted five recurring psychic dimensions: pain, anger (mostly contained), a sense of narcissistic diminishment, a sense of functional disability, and separation anxiety, whether social or familial. Conclusion: Drawing constitutes a relevant clinical tool for assessing and mediating children's surgical experience, and should be integrated into perioperative psychological support protocols.

Keywords: children's drawing; surgical experience; anxiety; anguish; pediatric surgery; Togo.

Introduction

L'intervention chirurgicale pédiatrique constitue, pour l'enfant, une expérience corporelle et psychique singulière, susceptible de mobiliser des affects intenses dont la teneur échappe fréquemment à la verbalisation directe (Kain *et al.*, 2006 ; Li & Lopez, 2008). Bien qu'elle représente une intervention thérapeutique nécessaire, la chirurgie confronte l'enfant à une succession d'expériences inhabituelles : hospitalisation, séparation temporaire d'avec les figures parentales, examens médicaux, exposition à un environnement inconnu, anesthésie, effraction corporelle, douleur et modifications du corps (Youngblut & Brooten, 1999 ; Fortier *et al.*, 2010). L'entrée au bloc opératoire peut notamment constituer un moment fortement anxiogène, marqué par la peur de la séparation, les pleurs, l'agitation ou la crainte du matériel médical et de l'anesthésie (Kain *et al.*, 2006 ; Davidson *et al.*, 2006).

Chez l'enfant d'âge scolaire, cette expérience est rendue plus complexe par l'écart possible entre ce qu'il éprouve et ce qu'il est capable de verbaliser. Les capacités cognitives et langagières en développement permettent progressivement à l'enfant de comprendre la maladie et les soins, sans pour autant lui donner les moyens d'élaborer et de communiquer l'ensemble des éprouvés suscités par une situation de menace corporelle (Piaget, 1977 ; Bibace & Walsh, 1980). L'enfant peut ainsi savoir qu'il doit être « soigné » sans comprendre précisément ce que signifie l'intervention, comment elle va se dérouler, ni ce qu'il va ressentir. Cette situation peut renforcer l'incertitude, l'anticipation anxieuse et les représentations fantasmatiques associées à l'acte chirurgical (Kain *et al.*, 2006 ; Li & Lopez, 2008).

La difficulté à verbaliser ne saurait cependant être assimilée à une absence d'élaboration psychique. Les affects peuvent emprunter des voies d'expression indirectes à travers les comportements, le jeu, les attitudes relationnelles ou les productions symboliques (Winnicott, 1971 ; Vygotsky, 1978). Dans le contexte chirurgical, certains enfants peuvent apparaître calmes tout en demeurant particulièrement observateurs et méfiants, tandis que d'autres expriment leur détresse par les pleurs, l'agitation ou des attitudes agressives envers les soignants (Fortier *et al.*, 2010). Ces manifestations invitent ainsi à considérer l'expérience chirurgicale au-delà du seul discours verbal et à accorder une place aux modalités non verbales par lesquelles l'enfant exprime et élabore son vécu (Rollins, 2005 ; Clatworthy *et al.*, 1999).

Dans cette perspective, le dessin apparaît comme une médiation clinique susceptible d'offrir à l'enfant une voie alternative d'expression. Depuis les travaux de Luquet (1927), Goodenough (1926) et Machover (1949), les productions graphiques de l'enfant ont été envisagées comme pouvant renseigner sur ses représentations, son image corporelle et certains aspects de son monde interne. Sans constituer à lui seul, un instrument diagnostique, le dessin permet à l'enfant de donner une forme figurative à des expériences difficiles à mettre en mots (Anzieu, 1992 ; Malchiodi, 1998, 2012). L'analyse du trait, de l'organisation spatiale, de la représentation du corps, des éléments symboliques et du contenu relationnel et émotionnel peut ainsi être articulée au discours de l'enfant et aux observations cliniques (Di Leo, 1983 ; Golomb, 1992 ; Malchiodi, 1998). Cette approche a été retenue dans la présente étude pour appréhender les productions graphiques réalisées avant et après l'intervention chirurgicale.

La fonction du dessin peut également être comprise à partir de la notion de symbolisation. Dans une perspective winnicottienne, l'espace graphique peut être envisagé comme un espace potentiel dans lequel l'enfant peut approcher indirectement une expérience menaçante et jouer avec ses représentations, sans être nécessairement submergé par celles-ci (Winnicott, 1971/1975). La production graphique peut ainsi contribuer à transformer une expérience émotionnelle difficile en une représentation partageable, dans un processus de mise en forme et de médiatisation de l'expérience subjective (Roussillon, 1999, 2010 ; Malchiodi, 1998, 2012). Cette fonction de médiation prend une importance particulière lorsque l'expérience chirurgicale engage directement le rapport de l'enfant à son corps (Di Leo, 1983 ; Golomb, 1992). Avant l'intervention, le corps est susceptible de devenir le support d'une menace anticipée : peur de la douleur, de l'anesthésie, de l'inconnu médical, de la séparation

ou de l'atteinte corporelle (Kain *et al.*, 2006 ; Fortier *et al.*, 2010). Après l'intervention, cette menace anticipée devient une expérience corporelle effective, susceptible de s'exprimer sous différentes formes : douleur, colère, sentiment de diminution, crainte d'une altération corporelle ou inquiétude concernant les relations avec autrui (Melamed & Siegel, 1975 ; Rennick *et al.*, 2002 ; Li *et al.*, 2007). Le dessin peut dès lors constituer un moyen d'appréhender les transformations du vécu psychique au cours du parcours chirurgical, en donnant accès à certaines dimensions de l'expérience subjective qui peuvent difficilement être exprimées uniquement par la verbalisation (Malchiodi, 1998, 2012 ; Roussillon, 2010).

La littérature internationale soutient l'intérêt du dessin comme voie d'accès au vécu subjectif de l'enfant hospitalisé. Les travaux de Clatworthy, Simon et Tiedeman (1999) et de Wennström *et al.* (2014) ont notamment montré son intérêt dans l'exploration de l'anxiété associée à l'hospitalisation et aux procédures médicales. D'autres recherches, notamment celles de Kortessluoma, Punamäki et Nikkonen (2008) et de Rollins (2005), ont souligné la pertinence des productions graphiques pour accéder à l'expérience subjective de la douleur pédiatrique. Ces travaux convergent vers l'idée que l'évaluation du vécu de l'enfant ne peut être réduite à ses seules capacités de verbalisation et que les médiations graphiques peuvent contribuer à rendre accessibles des expériences émotionnelles et corporelles difficilement exprimables par le langage.

Alors que la littérature montre que l'enfant peut difficilement verbaliser certains aspects de son vécu hospitalier et chirurgical, et que le dessin peut constituer une médiation permettant l'expression de dimensions émotionnelles et corporelles de l'expérience, peu de travaux ont exploré, dans le contexte togolais, l'évolution des représentations graphiques de l'enfant entre les périodes pré- et postopératoires. Comment les productions graphiques, articulées au discours de l'enfant, permettent-elles d'appréhender les transformations de son vécu psychologique au cours du parcours chirurgical ?

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude qui poursuit deux objectifs : d'une part, caractériser, à travers les productions graphiques et le discours associé, le vécu préopératoire de l'enfant, notamment les manifestations d'anxiété et d'angoisse liées à l'intervention ; et d'autre part, décrire et comprendre les principales dimensions du vécu postopératoire exprimées dans les dessins et les commentaires des enfants, notamment la douleur, la colère, l'atteinte de l'image corporelle, le sentiment de diminution et le sentiment de handicap. Il s'agit, en définitive, de montrer comment le dessin peut contribuer à rendre perceptible une dimension de l'expérience chirurgicale qui demeure parfois silencieuse dans le discours de l'enfant, mais qui se manifeste dans ses représentations du corps, ses productions symboliques et la manière dont il raconte ce qu'il vit.

1. Méthodologie

1.1. Type d'étude et participants

Cette étude qualitative, descriptive, interprétative et comparative s'inscrit dans une recherche plus large menée auprès de 50 dyades parent-enfant hospitalisées pour une intervention chirurgicale programmée ou semi-programmée au service de chirurgie pédiatrique du CHU-Campus de Lomé, entre janvier et décembre 2024. Les enfants inclus étaient âgés de 6 à 12 ans, scolarisés pour 96 % d'entre eux, opérés pour la première fois et accompagnés d'un parent stable tout au long du parcours de soins. Le présent article porte spécifiquement sur l'analyse clinique des productions graphiques réalisées à deux moments du parcours chirurgical, avant et après l'intervention.

La démarche comparative visait à appréhender les variations du vécu psychologique telles qu'elles étaient exprimées dans les productions graphiques et dans le discours associé. Les catégories cliniques dégagées n'ont donc pas été considérées comme des diagnostics

psychologiques établis à partir du dessin, mais comme des constructions interprétatives issues de la mise en relation des caractéristiques graphiques, des commentaires de l'enfant et du contexte clinique.

1.2. Protocole de recueil des productions graphiques

Chaque enfant a été invité à réaliser deux productions graphiques à l'aide d'une feuille blanche, d'un crayon à papier, de crayons de couleur et d'une gomme, sous une même consigne de représentation de soi : « Dessine-toi comme tu te sens aujourd'hui ». Le premier dessin, qualifié de préopératoire, a été réalisé la veille ou quelques heures avant l'intervention. Le second dessin, qualifié de postopératoire, a été recueilli entre le premier et le troisième jour suivant l'intervention, en fonction de l'évolution clinique et de la disponibilité de l'enfant.

À l'issue de chaque production, un entretien semi-directif a permis à l'enfant de nommer, décrire et commenter les différents éléments représentés. Le commentaire de l'enfant a constitué un élément central de contextualisation de la production graphique et a orienté les relances de l'entretien. En cas de refus initial, notamment en période postopératoire, l'enfant pouvait d'abord réaliser un dessin libre non évalué afin de faciliter son engagement dans la situation de médiation, avant de reprendre la consigne initiale.

1.3. Procédure d'analyse clinique et thématique

L'analyse des productions graphiques a adopté une démarche clinique qualitative et non psychométrique. Elle s'est appuyée sur des apports issus de l'étude développementale du dessin, des approches de l'image du corps, de la symbolisation et des traditions projectives, notamment les travaux de Luquet (1927), Wallon (1942), Dolto (1984), Anzieu (1981), Winnicott (1971/1975), Machover (1949) et Goodenough (1926). Ces références ont été mobilisées comme cadres de lecture clinique et historique et non comme des règles permettant d'inférer automatiquement un état psychopathologique à partir d'un indice graphique isolé.

Dans un premier temps, chaque dessin a fait l'objet d'un codage descriptif selon cinq axes : (1) l'organisation générale du dessin, incluant l'occupation de l'espace, la structuration et le rapport aux limites de la feuille ; (2) la qualité du trait, notamment la pression, la régularité et le rythme ; (3) le chromatisme, incluant la diversité, la dominance et l'usage contextuel des couleurs ; (4) la thématique et les éléments symboliques représentés ; et (5) la représentation du corps et de soi, incluant la présence, la taille, l'intégrité corporelle et l'expression faciale.

Dans un second temps, les indices graphiques ont été mis en relation avec le discours de l'enfant recueilli au cours de l'entretien. Une analyse thématique inductive, inspirée de Braun et Clarke (2006), a permis d'identifier des thèmes récurrents dans les commentaires associés aux productions. La construction des catégories cliniques présentées dans les résultats résulte ainsi d'une triangulation entre les caractéristiques graphiques, le contenu verbal et le contexte clinique. Lorsqu'une interprétation clinique était proposée, elle était considérée comme une hypothèse de compréhension du matériel et non comme la signification univoque d'un signe graphique particulier.

1.4. Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par les instances éthiques compétentes de l'établissement de collecte et de l'université d'attache. Le consentement écrit du parent a été recueilli, tandis que l'assentiment verbal de l'enfant était systématiquement sollicité. Les enfants étaient informés qu'aucune notation ni évaluation scolaire n'était associée au dessin. Ils conservaient la liberté de refuser ou d'interrompre la production à tout moment.

2. Résultats

L'analyse comparative des productions pré- et postopératoires met en évidence des différences dans les contenus graphiques et verbaux associés au parcours chirurgical. Les catégories présentées ci-dessous ne sont pas exclusives : plusieurs dimensions pouvaient être présentes chez un même enfant et se combiner dans une même production. Les interprétations reposent sur la mise en relation des indices graphiques avec le commentaire de l'enfant.

2.1. Vécu préopératoire : des formes différenciées d'anxiété et d'angoisse

2.1.1. Une anxiété centrée sur des éléments identifiables de la situation de soins

Plusieurs modalités d'anxiété préopératoire ont été repérées dans les productions et les discours associés. Une anxiété anticipatoire apparaissait dans des scènes narratives relativement cohérentes, par exemple autour du trajet vers l'hôpital ou de la présence d'une figure parentale. Dans certains dessins, l'accentuation graphique d'éléments perçus comme menaçants, tels que l'hôpital ou certains personnages, pouvait être interprétée, au regard des commentaires de l'enfant, comme une focalisation sur l'événement à venir.

Chez d'autres enfants, une anxiété accompagnée d'agitation émotionnelle se manifestait par une forte occupation de l'espace, une multiplication des éléments graphiques ou des tracés peu organisés. Ces caractéristiques ne sont toutefois pas interprétées isolément comme des signes d'anxiété ; leur sens a été discuté à partir du discours associé et de la situation clinique.

Une autre modalité, qualifiée d'anxiété contrôlée ou inhibée, concernait notamment des productions dans lesquelles l'enfant recourait à une figure de substitution, telle qu'un personnage de dessin animé, plutôt qu'à une représentation directe de lui-même. Dans ce contexte, la figure de substitution pouvait constituer une manière de parler de soi de façon indirecte et de mettre à distance certains affects.

Enfin, certains enfants se représentaient sous les traits d'une figure puissante ou héroïsée, tandis que d'autres associaient explicitement leur représentation à une figure parentale protectrice. Ces productions suggèrent des modalités différentes de régulation de la situation anticipée : mobilisation d'une image de puissance d'une part, recherche de sécurité relationnelle d'autre part.

2.1.2. Une angoisse plus diffuse et difficilement mise en représentation

Certaines productions étaient davantage caractérisées par la difficulté à organiser ou à symboliser l'expérience anticipée. Chez quelques enfants, la représentation de soi prenait une forme régressive ou fortement dépendante, en association avec des figures parentales ou médicales perçues comme protectrices ou intrusives. Dans d'autres cas, des représentations corporelles très simplifiées, partielles ou envahies par des tracés ont été interprétées avec prudence comme pouvant évoquer une difficulté à élaborer l'expérience corporelle à venir, lorsque cette lecture était cohérente avec le discours de l'enfant.

La présence simultanée d'objets associés, dans le discours de l'enfant, au danger ou à la blessure, par exemple une seringue, une arme ou un éclair, pouvait également témoigner d'une représentation de l'intervention comme une menace corporelle. Dans certains cas, cette perception était liée par l'enfant à des expériences antérieures ou à des images auxquelles il avait été exposé. Ainsi, plutôt qu'un passage strictement catégoriel entre anxiété et angoisse, les données suggèrent un continuum allant d'une inquiétude centrée sur des éléments identifiables de la situation de soins à des formes plus diffuses, moins facilement verbalisables et plus difficilement mises en représentation.

2.2. Vécu postopératoire : cinq dimensions psychologiques récurrentes

L'analyse des productions postopératoires et des discours associés a permis d'identifier cinq dimensions psychologiques récurrentes : la douleur, la colère ou la frustration, le sentiment de diminution, le sentiment de handicap ou d'incapacité fonctionnelle, et la crainte de l'isolement ou de l'exclusion sociale. Ces dimensions pouvaient être enchevêtrées au sein d'une même expérience.

2.2.1. Le vécu de douleur

La douleur apparaissait à travers l'accentuation de zones corporelles ou d'objets directement associés aux soins, tels qu'un plâtre, un membre atteint, un point d'injection ou un pansement. Dans un cas d'appendicectomie, la représentation de l'intérieur du corps semblait correspondre, au regard du commentaire de l'enfant, à une tentative de comprendre ce qui avait été fait au cours de l'intervention. Dans plusieurs situations, le discours permettait de localiser précisément la douleur et de la relier aux soins ou à la zone opérée.

2.2.2. Le vécu de colère ou de frustration

La colère apparaissait moins directement dans les productions graphiques que dans le discours. Elle se manifestait notamment sous la forme de mécontentement à l'égard d'un plâtre, de frustration liée aux limitations imposées ou de déception face à des attentes non satisfaites. Cette faible expression graphique ne permet pas, à elle seule, de conclure à une inhibition de l'agressivité ; elle suggère plutôt que, dans le corpus étudié, la colère était plus facilement verbalisée ou déplacée vers des situations concrètes qu'explicitement représentée.

2.2.3. Le sentiment de diminution de soi

Certaines productions associaient la représentation d'un corps affaibli, amaigri ou asymétrique à des propos de dévalorisation ou de sentiment de perte. Dans quelques cas, un décalage apparaissait entre une représentation graphiquement idéalisée du corps et un discours faisant état d'une limitation fonctionnelle. Cette configuration a été interprétée comme une possible tentative de préserver une image de soi valorisée, plutôt que comme la preuve d'un mécanisme défensif spécifique.

2.2.4. Le sentiment de handicap et d'incapacité fonctionnelle

Le vécu de limitation fonctionnelle s'exprimait notamment par la représentation d'aides techniques, telles que des béquilles ou un plâtre, par des postures statiques et par un discours centré sur l'impossibilité temporaire de courir, jouer ou participer à certaines activités familiales. Dans certains cas, l'enfant exprimait également une préoccupation pour les tâches ou les rôles qu'il ne pouvait momentanément plus assumer auprès de sa mère ou de sa fratrie.

2.2.5. La crainte de l'isolement ou de l'exclusion sociale

Cette dimension apparaissait principalement dans le discours et, plus discrètement, dans la représentation d'un personnage seul ou peu inscrit dans un environnement relationnel. Certains enfants exprimaient la crainte d'être éloignés du groupe de pairs ou de ne plus pouvoir participer aux activités scolaires et ludiques. Dans quelques situations, l'enfant envisageait lui-même de limiter ses contacts afin de se protéger ou d'éviter une aggravation de son état physique. Ces données renvoient ainsi à la dimension relationnelle du vécu postopératoire.

3. Discussion

3.1. Le dessin comme support d'exploration du vécu préopératoire

Les résultats suggèrent que le dessin, lorsqu'il est articulé au discours de l'enfant et au contexte clinique, peut constituer un support utile pour explorer différentes modalités du vécu émotionnel préopératoire. Cette conclusion s'inscrit dans la continuité des travaux ayant montré l'intérêt des productions graphiques dans l'exploration du vécu hospitalier de l'enfant, notamment ceux de Clatworthy et al. (1999) et de Driessnack (2005). Elle ne signifie toutefois pas qu'un élément graphique isolé permette d'établir un diagnostic ou d'identifier de manière certaine un état émotionnel.

La distinction proposée entre une inquiétude centrée sur des éléments identifiables de la situation de soins et des formes plus diffuses d'angoisse doit donc être comprise comme une lecture clinique du matériel recueilli. Elle peut être mise en perspective avec les modèles psychodynamiques mobilisés dans l'étude, notamment les élaborations freudiennes sur l'angoisse et les conceptualisations kleinienne de l'angoisse liée à la fragmentation. Ces cadres théoriques offrent ici une fonction heuristique ; ils ne constituent pas des catégories directement mesurées par le dessin.

3.2. La fonction régulatrice de la figure parentale

La présence de figures parentales dans certaines productions préopératoires, lorsqu'elle était associée à des commentaires de protection ou de réassurance, met en évidence l'importance du lien relationnel dans la régulation de l'expérience chirurgicale. Cette observation peut être discutée à partir de la théorie de l'attachement, selon laquelle une situation perçue comme menaçante est susceptible d'activer la recherche de proximité et de sécurité auprès des figures d'attachement (Bowlby, 1969/1982 ; Ainsworth et al., 1978).

Dans cette perspective, la figure parentale ne doit pas être considérée comme un symbole universellement protecteur du seul fait de sa présence dans un dessin. C'est l'articulation entre sa représentation, le contexte de la scène et le discours de l'enfant qui permet de lui attribuer, dans certains cas, une fonction sécurisante.

3.3. Le dessin comme médiation de la symbolisation et de la communication

Les productions recueillies montrent que le dessin peut offrir un espace intermédiaire permettant à l'enfant d'aborder indirectement certaines dimensions de son expérience. Cette fonction peut être discutée à partir de la notion d'espace potentiel chez Winnicott et des travaux consacrés à la fonction symbolisante de l'image. Les figures de substitution observées dans certaines productions peuvent ainsi être comprises comme des supports permettant de parler de soi sans se représenter de manière immédiatement frontale.

Cette fonction de médiation rejoint les travaux soulignant l'intérêt du dessin pour faciliter la communication avec l'enfant malade. Le dessin ne remplace cependant pas la parole : il crée plutôt une situation dans laquelle le commentaire de l'enfant devient possible, plus précis ou plus riche. Dans cette étude, c'est précisément l'association entre production graphique et entretien qui a permis d'accéder aux significations attribuées par les enfants à leur propre dessin.

3.4. Du vécu anticipé à l'expérience corporelle postopératoire

La comparaison des productions pré- et postopératoires suggère un déplacement du contenu du vécu exprimé : avant l'intervention, les préoccupations se concentrent davantage sur l'anticipation de la menace, l'incertitude et les représentations de l'acte à venir ; après l'intervention, elles s'organisent plus directement autour du corps effectivement douloureux, limité ou modifié. Cette évolution doit néanmoins être interprétée à l'échelle qualitative du corpus et non comme une trajectoire identique pour tous les enfants.

La place de la douleur dans les productions et les discours postopératoires rejoint les travaux de Kortessluoma et al. (2008) et de Rollins (2005), qui soulignent l'intérêt du dessin pour explorer la localisation et la signification subjective de la douleur. De même, les limitations fonctionnelles exprimées par certains enfants peuvent être discutées en référence à la CIF de l'Organisation mondiale de la Santé (2001), qui envisage le fonctionnement et le handicap comme résultant de l'interaction entre l'état de santé et les facteurs personnels et environnementaux.

3.5. La faible expression graphique de la colère : une hypothèse à approfondir

La faible représentation graphique de la colère dans le corpus contraste avec sa présence dans le discours de certains enfants. Cette observation peut indiquer que la colère était davantage verbalisée sous forme de frustration ou de mécontentement que directement figurée. Une influence des modalités relationnelles et socioculturelles de l'expression de l'opposition envers l'adulte ou l'autorité médicale peut également être envisagée, mais cette interprétation demeure hypothétique dans la présente étude. Elle nécessiterait des investigations spécifiques, notamment comparatives et interculturelles, avant d'être attribuée au seul contexte togolais.

Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, l'interprétation clinique des productions graphiques implique nécessairement une part de subjectivité. La triangulation entre les caractéristiques du dessin, le discours de l'enfant et le contexte clinique a permis de renforcer la plausibilité des interprétations, sans toutefois supprimer toute possibilité de biais interprétatif. Deuxièmement, le recrutement monocentrique limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes hospitaliers. Troisièmement, l'hétérogénéité potentielle des pathologies et des interventions peut influencer le vécu corporel et émotionnel des enfants. Enfin, le recueil postopératoire immédiat ne permet pas de documenter l'évolution du vécu à moyen ou à long terme.

Une autre limite tient à la temporalité variable du second recueil, réalisé selon l'évolution clinique de l'enfant. De futures recherches gagneraient à standardiser davantage les moments de recueil et à documenter les trajectoires individuelles sur plusieurs temps.

Conclusion

Cette étude suggère que le dessin, lorsqu'il est utilisé comme médiation et systématiquement articulé au discours de l'enfant ainsi qu'au contexte clinique, peut contribuer à l'exploration du vécu psychologique de l'enfant confronté à une intervention chirurgicale. En période préopératoire, les productions recueillies renvoient à un continuum allant d'inquiétudes centrées sur des éléments identifiables de la situation de soins à des formes plus diffuses et plus difficilement mises en représentation. La présence de figures parentales dans certaines productions souligne également l'importance de la dimension relationnelle et sécurisante du parcours chirurgical.

En période postopératoire, cinq dimensions récurrentes ont été identifiées dans le corpus : la douleur, la colère ou la frustration, le sentiment de diminution de soi, la limitation fonctionnelle et la crainte de l'isolement ou de l'exclusion sociale. Ces dimensions montrent que l'expérience chirurgicale ne se réduit pas à l'acte médical lui-même, mais engage le rapport de l'enfant à son corps, à son identité et à ses relations.

Le dessin ne doit toutefois pas être considéré comme un instrument diagnostique autonome. Son intérêt réside dans sa fonction d'exploration clinique et de médiation, en complément de l'entretien et de l'observation. Dans le contexte de la chirurgie pédiatrique au Togo, son utilisation pourrait ainsi enrichir l'accompagnement psychologique périopératoire. Des recherches longitudinales et multicentriques permettraient de mieux documenter l'évolution du vécu de l'enfant et d'évaluer l'apport d'interventions psychologiques intégrant des médiations graphiques.

Références bibliographiques

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Erlbaum.
- Anzieu, D. (1992). *Le dessin de l'enfant*. Dunod.
- Anzieu, D. (1981). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Bibace, R., & Walsh, M. E. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66(6), 912–917. <https://doi.org/10.1542/peds.66.6.912>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*, Vol. 1: *Attachment* (2e éd.). Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 3-20). Guilford Press.
- Clatworthy, S., Simon, K., & Tiedeman, M. E. (1999). Child Drawing: Hospital—An instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 2-9.
- Davidson, A. J., Shrivastava, P. P., Jansen, K., Huang, G. H., Czarnecki, C., Gibson, M. A., Stewart, S. A., & Stargatt, R. (2006). Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children: A prospective cohort study. *Paediatric Anaesthesia*, 16(9), 919–927. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.01904.x>
- Di Leo, J. H. (1983). *Interpreting children's drawings*. Brunner/Mazel.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.
- Driessnack, M. (2005). Children's drawings as facilitators of communication: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 415-423. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.03.011>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Norton.
- Fortier, M. A., Del Rosario, A. M., Martin, S. R., & Kain, Z. N. (2010). Perioperative anxiety in children. *Paediatric Anaesthesia*, 20(4), 318–322.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile*. Presses de l'Université Laval.
- Frank, L. S., Greenberg, C. S., & Stevens, B. (2000). Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*, 47(3), 487-512.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Traduit de l'allemand par Joël Doron,

- Roland Doron Quadrige. 2011. Presses Universitaires de France.
- Golomb, C. (1992). *The child's creation of a pictorial world*. University of California Press.
- Goodenough, F. (1926). Measurement of intelligence by drawings. World Book.
- Irwin, E. C., & Kovacs, A. (1979). Analysis of children's drawings and stories. *Journal of the Association for the Care of Children in Hospitals*, 8(2), 39-48.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E., & McClain, B. C. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 118(2), 651–658.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. Hogarth Press.
- Kortesluoma, R.-L., Punamäki, R.-L., & Nikkonen, M. (2008). Hospitalized children drawing their pain: The contents and cognitive and emotional characteristics of pain drawings. *Journal of Child Health Care*, 12(4), 284-300. <https://doi.org/10.1177/1367493508096204>
- Li, H. C. W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63–73. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00138.x>
- Li, H. C. W., Lopez, V., & Lee, T. L. I. (2007). Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 34–41.
- Luquet, G. H. (1927). *Le dessin enfantin*. Alcan.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Charles C. Thomas.
- Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding children's drawings*. Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2012). *Handbook of art therapy* (2nd ed.). Guilford Press.
- Marvin, R. S., Britner, P. A., & Russell, B. S. (2016). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (3e éd.). Guilford Press.
- Melamed, B. G., & Siegel, L. J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 511–521.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. OMS.
- Piaget, J. (1977). *The Development of Thought. Equilibration of Cognitive Structures*. Oxford: Basil Blackwell.
- Rennick, J. E., Dougherty, G., Chambers, C., Stremler, R., Childerhose, J. E., Stack, D. M., Harrison, D., Campbell-Yeo, M., Dryden-Palmer, K., Zhang, X., & Hutchison, J. (2014). Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. *BMC pediatrics*, 14, 276. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-276>
- Rollins, J. A. (2005). Tell me about it: Drawing as a communication tool for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(4), 203-221.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2010). La symbolisation primaire et secondaire. In R. Roussillon (Ed.), *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson.

- Stumer, R. A., Rothbaum, F., Wolfer, J., Visintainer, M., & Katz, S. L. (1977). The effect of stress on children's drawings. *Pediatric Research*, 11, 383.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.
- Tisseron, S. (1995). *Psychanalyse de l'image*. Dunod.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., Lobar, S. L., Hernandez, L., & McKenry, M. (2005). Utilisation de la garde d'enfants par les mères célibataires à faibles revenus d'enfants d'âge préscolaire nés prématurés versus ceux des enfants d'âge préscolaire nés à terme. *Revue des soins infirmiers pédiatriques*, 20(4), 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.02.013>
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Flammarion.
- Wennström, B., Bergsten-Brucefors, A., Hakeberg, M., & Ringnér, A. (2014). Children's drawings and salivary cortisol in children undergoing preoperative procedures associated with day surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(1), 2-9.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard. (Ouvrage original publié en 1971)
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.